

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2010.03

Kapacitet i fremtidens almen praksis

Muligheder og udfordringer for at
realisere de overordnede visioner

Jakob Kjellberg red.
Martin Sandberg Buch red.





Kapacitet i fremtidens almen praksis

Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner

Jakob Kjellberg red.

Martin Sandberg Buch red.

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2010.03

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-654-9 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2010.03

DSI projekt nr. 2513

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Design: DSI

Forord

Almen praksis står overfor væsentlige udfordringer, idet der bliver flere ældre og flere kronisk syge patienter, og idet flere regioner står overfor lægemangel i yderområder. Samtidig undergår det samlede sundhedsvæsen en udvikling, hvor stadig flere opgaver søges udlagt til primærsektoren, og hvor almen praksis tiltænkes en større rolle hvad angår kronikeromsorg og forebyggelse.

Store lægehuse, der mere systematisk bruger forskellige former for praksisunderstøttende personale til at øge opgave- og patientkapacitet, fremstår på mange måder som løsningen på ovenstående udfordringer. Men selv om der langt hen ad vejen er enighed om retning og mål for almen praksis, er der dog langt fra samme klarhed om, hvordan man skal komme derhen, hvad det må koste, eller hvor hurtigt det skal gå.

Dansk Sundhedsinstitut ønsker med denne kapacitetsundersøgelse at bidrage til det fremadrettede arbejde med at øge kapaciteten i almen praksis. Afsættet for analysen er de strukturer, der er under udvikling via overenskomstforhandlingerne, samt den eksisterende viden der bl.a. er sammenfattet i Praksiskommissionens rapport. Med de fire sammenhængende analyser, der er indeholdt i dette projekt, vil vi spadestikket dybere og vinde indblik i, hvad der helt konkret skal til for at udvide kapaciteten i almen praksis – herunder både hvad der kan gøres af de praktiserende læger selv, og hvad beslutningstagere på nationalt og regionalt niveau kan gøre for at støtte den ønskede udvikling.

Publikationen er en del af Dansk Sundhedsinstituts program om almen praksis, der undersøger udfordringerne i almen praksis i forhold til kapacitet, kvalitet, produktivitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Der er udgivet en række publikationer under dette program, som alle kan downloades gratis fra www.dsi.dk. Dette studie følges i løbet af 2010-11 op af analyser af regionale forskelle i styringsindsatsen og variationen i såvel kvalitet, ydelse og henvisninger i almen praksis.

Tak for sparring og hjælp til udtræk og tolkning af data til Peter Vedsted, ph.d., professor og assisterende forskningsleder, Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, ph.d. og seniorforsker, og Henry Jensen, videnskabelig medarbejder, cand.scient.san., alle fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. Vi vil også takke alle informanter, der har stillet op til interview og dataindsamling.

Undersøgelsen er finansieret af Den Kommunale Momsfond og Dansk Sundhedsinstitut. Rapporten er kvalitetssikret internt af direktør og professor Jes Søgaard, Dansk Sundhedsinstitut og har gennemgået eksternt review af praktiserende læge og praksiskoordinator Jørgen Peter Ærthøj og udviklingschef Karen Nørskov Toke.

*Claus Correl Rebien
Vicedirektør
Dansk Sundhedsinstitut*

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Sammenfatning af kapacitetsprojektet	11
1.1 Introduktion til kapacitet i almen praksis.....	11
1.2 Rapportens indhold og opbygning	12
1.3 Kapacitetsundersøgelsens afsæt og væsentligste resultater	13
1.4 Tværgående diskussion og anbefalinger	19
2. Kapacitet i almen praksis: Litteraturgennemgang.....	23
2.1 Resumé.....	23
2.2 Indledning og formål.....	23
2.3 Søgestrategi	24
2.4 In- og eksklusionskriterier.....	26
2.5 Internationale erfaringer med tiltag rettet mod at øge kapaciteten i almen praksis.....	26
2.6 Diskussion og konklusion	28
3. Organisering og arbejdsdeling i kompagniskabspraksis med mange tilmeldte patienter	33
3.1 Resumé.....	33
3.2 Indledning og formål.....	34
3.3 Undersøgelhedsdesign og metode	35
3.4 Introduktion til de otte lægehuse	37
3.5 Lægehusenes personaleressourcer, patientkapacitet og ydelser.....	41
3.6 Arbejdsdeling og organisering i de otte lægehuse	46
3.7 Konklusion og diskussion af kapacitet i store lægehuse	60
4. Regionale initiativer der skal afhjælpe lægemangel.....	65
4.1 Resumé.....	65
4.2 Indledning og formål.....	68
4.3 Metode	69
4.4 Regionale instrumenter til sikring af lægedækning i Region Midtjylland	71
4.5 Diskussion af årsager til udfordringerne med at komme fra plan til handling	82
4.6 Sammenfatning og anbefalinger.....	99
5. Kvantitativ analyse af listestørrelsen i almen praksis.....	103
5.1 Indledning og formål.....	103
5.2 Materiale og metoder	104
5.3 Resultater.....	105
5.4 Diskussion	108
Litteratur	109

Resumé

Formål

Formålet med dette projekt er at bidrage med perspektiver på, hvordan det er muligt at udvide patient- og opgavekapaciteten i almen praksis. Projektet er udarbejdet med afsæt i den viden, der tidligere er genereret, og som bl.a. er sammenfattet i Praksiskommissionens rapport fra 2008.

Projektet er sammensat af fire selvstændige undersøgelser og en sammenfattende diskussion, der tilsammen sætter fokus på:

1. Om der er udenlandske erfaringer med tiltag på policy niveau, der har øget kapaciteten i almen praksis.
2. Hvad vi kan lære af de danske almen praksis, der i dag er tættest på at leve op til Praksiskommissionens anbefalinger for fremtidens bæredygtige lægehus.
3. Hvad vi kan lære af Region Midtjyllands samarbejde med almen praksis om at sikre tilstrækkelig kapacitet og lægedækning i hele regionen.
4. Om det er muligt og hensigtsmæssigt at udvikle et fleksibelt normtalssystem, der tager højde for sammensætningen af de tilmeldte patienter og sammensætningen af det lokale sundhedsvæsen.

Væsentligste resultater

Gennemgangen af udenlandske erfaringer viser, at litteraturen på området er meget sparsom, samt at den ikke kan danne grundlag for entydige konklusioner. De få inkluderede studier indikerer for det første, at økonomiske incitamenter i form af betaling pr. ydelse medfører, at der produceres flere ydelser. Der er ikke direkte erfaringer med, at en fast aflønning pr. tilmeldt patient giver tilsvarende flere patienter på listen eller øger andelen af opgaver, der varetages i almen praksis. For det andet indikerer flere studier, at praksispersonale kan frigive lægelig tid, men kun hvis praksispersonalet løser opgaverne selvstændigt og med minimal indblanding fra lægen. Stram styring og koordinering af brugen af praksispersonale til klinisk arbejde er derfor nøglen til at øge kapaciteten i almen praksis. Litteraturundersøgelsen giver dog ikke anledning til at fremhæve nye tiltag, der kan eller bør overføres til Danmark.

Undersøgelsen af udvalgte danske kompagniskabslægehuse viser, at fremtidsvisionen for almen praksis stort set er realiseret for nogle alment praktiserende læger i Danmark. En række praksis er i dag allerede ganske store med specialiseret praksispersonale ansat samt næsten færdiguddannede speciallæger, som arbejder på lønmodtagerlignende vilkår. Konklusionen er, at der helt klart er mulighed for stordriftsfordele, men også at det er meget forskelligt, i hvilket omfang de enkelte praksis realiserer disse. Undersøgelsen giver derfor anledning til at påpege, at der fremover bør sættes endnu mere fokus på de interne arbejdsgange og den daglige personale- og driftsledelse, der er i almen praksis, med henblik på at realisere de fordele der er indeholdt i visionen om fremtidens almen praksis.

Analysen af det regionale samarbejde omkring kapacitet og lægedækning konkluderer, at der er en række udfordringer forbundet med at sikre lægedækning og gode fysiske rammer for almen praksis i yderområder. I det regionale samarbejdsudvalg er der uenighed om, hvilke initiativer der aktuelt og fremadrettet er relevante at udbyde. Endvidere står økonomi og (fag)politik i nogle sammenhænge i vejen for fælles handling. Det konkrete samarbejde mellem individuelle lægehuse og region er ikke i samme grad præget af politik og økonomi. Til gengæld udfordres samarbejdet af, at samarbejdspar-

terne har meget forskellige arbejdsbetingelser og manglende gensidig forståelse for disse forskelle. De praktiserende læger oplever derfor, at man 'bliver væk' i det store bureaukrati, fordi regionens sagsbehandling opleves som langsom, og fordi regionens embedsmænd ifølge de interviewede læger mangler beslutningskompetence. Samlet set illustrerer analysen de vanskeligheder, der er med at komme fra vision til praksis, og der gives konkrete forslag til justeringer i sagsbehandlingsprocessen, som kan fremme samarbejdet mellem almen praksis og regionen.

Analysen af listestørrelse i almen praksis viser for det første, at de faste basishonorarer og lukkegrænser, der aktuelt regulerer patientkapacitet og indtjening i almen praksis, medfører en ulighed i indtjening og arbejdsbyrde, som bl.a. gør det uattraktivt at nedsætte sig i socialt belastede eller tyndt befolkede områder. Normtalsanalysen illustrerer endvidere, at det er praktisk muligt at indføre fleksible normtalsgrænser. Analyserne er eksplorative og bør i højere grad ses som bidrag til metodeudvikling end en færdig model for, hvordan patienter bør fordeles mellem praktiserende læger. Dette til trods illustrerer analysen, at der er udviklet et anvendeligt sårbarhedsindeks, som – med videreudvikling – kan anvendes til at give en mere 'retfærdig' listestørrelse, som kan fremme øget patientkapacitet og øget mobilitet i forhold til, hvor praktiserende læger ønsker at slå sig ned.

Med ovenstående analyser belyser rapporten kapacitet i almen praksis fra en række forskellige vinkler og med brug af forskellige metodiske tilgange. Resultaterne af de enkelte analyser er gengivet i separate kapitler, og der er udarbejdet et indledende kapitel, der sammenfatter og diskuterer de vigtigste resultater op imod Praksiskommissionens anbefalinger.

Baggrund for undersøgelsen

Almen praksis står overfor en væsentlig udfordring, idet der bliver flere ældre og flere kronisk syge patienter, og idet flere regioner står overfor lægemangel i yderområder. Samtidig undergår det samlede sundhedsvæsen en udvikling, hvor stadig flere opgaver søges udlagt til primærsektoren, og hvor almen praksis tiltænkes en større rolle, hvad angår kronikeromsorg og forebyggelse.

Politisk er der bred enighed om, at almen praksis fortsat skal spille en væsentlig rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Der er udpræget tilfredshed med almen praksis, som både spiller en væsentlig rolle som gatekeeper i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen og som tovholder for patienter med komplicerede sygdomsforløb. Der er efterhånden også bred enighed på politisk og administrativt niveau om, at almen praksis i fremtiden skal samles i store lægehuse, der mere systematisk bruger forskellige former for praksisunderstøttende personale til at øge opgave- og patientkapacitet.

Danske Regioner forhandler pt. med Praktiserende Lægers Organisation om en ny overenskomst. Det forventes, at der med den ny overenskomst vil introduceres nye styrings- og honorarsystemer for almen praksis, men den konkrete udformning heraf kendes naturligvis ikke.

Dansk Sundhedsinstitut ønsker med denne kapacitetsundersøgelse at bidrage til det fremadrettede arbejde med at øge kapaciteten i almen praksis inden for rammerne af de strukturer, der skabes med afsæt i overenskomstforhandlingerne, og med afsæt i den viden der tidligere er genereret, og som bl.a. er sammenfattet i Praksiskommissionens rapport. Med de fire sammenhængende analyser, der er indeholdt i dette projekt, vil vi spadestikket dybere og vinde indblik i, hvad der helt konkret skal til for at udvide kapaciteten i almen praksis – herunder både hvad der kan gøres af de praktiserende læger selv, og hvad beslutningstagere på nationalt og regionalt niveau kan gøre for at støtte den ønskede udvikling.

Anvendte metoder

Rapportens undersøgelser er baseret på gennemgang af litteratur fundet ved en litteratursøgning, gennemgang af policy dokumenter, semistrukturerede interview med nøglepersoner, læger og ansatte i og omkring almen praksis, indsamlede personaledata og retningslinjer fra udvalgte lægehuse og registeranalyser. Uddybende metodebeskrivelser kan ses i kapitel 2-5, der selvstændigt afrapporterer de fire delundersøgelser.

1. Sammenfatning af kapacitetsprojektet

Almen praksis er til debat. I foråret 2008 nedsatte regeringen Praksiskommissionen, hvor hovedparten af de institutionelle aktører på området var inviteret med til at forme visionerne for almen praksis. Umiddelbart før dette initiativ havde Danske Regioner afsluttet et stort udviklingsprojekt omkring almen praksis, det såkaldte RAP-projekt (1). De praktiserende lægers organisation (PLO) har også selvstændigt arbejdet med visioner om fremtidens almen praksis, som det fx fremgår af publikationen "På vej mod større lægehuse" fra 2007 (2). Samtidig er der på regionalt niveau udarbejdet strategier i samarbejde med almen praksis og igangsat konkrete initiativer, der skal understøtte en bæredygtig fremtidig praksisstruktur (3); (4); (5); (6); (7); (8); (9). Større enheder, mere personale og kvalitetsudvikling med henblik på styrket kronikeromsorg står helt centralt i disse regionale strategier.

På policy niveau er der ingen større uoverensstemmelser i forhold til den langsigtede vision for almen praksis. Der er stort set enighed om, at store tidssvarende lægeklinikker udgør rammerne for fremtidens sundhedsfaglige tilbud i nærområdet. Store klinikker ses bl.a. som en forudsætning for at kunne rekruttere og fastholde praktiserende læger i alle dele af Danmark, ligesom større lægeklinikker forbindes med mulighed for uddelegering af opgaver til fx sygeplejersker og bioanalytikere. Intentionen er på sigt også, at almen praksis i højere grad skal udgøre nærområdets alternativ til nogle af de opgaver, der i dag varetages andre steder i sundhedsvæsenet. Især opfølgning og behandling af kronisk syge patienter og muligheden for en udvidet akutindsats hos de praktiserende læger fremstår i den forbindelse centralt (10).

Da Praksiskommissionens rapport udkom i november 2008, var overenskomstforhandlingerne for praksisområdet udskudt i ni måneder for at afvente Praksiskommissionens anbefalinger. Skinner var altså lagt for indgåelse af en ny overenskomst, der i høj grad skulle tegne udviklingen af almen praksis – ikke mindst i forhold til at aftale den udvikling, der skal sikre fremtidig lægedækning og øget kapacitet. Overenskomstforhandlingerne led imidlertid skibsbrud, og pt. er der ingen klar ruteplan for vejen til fremtidens almen praksis. Selv om der langt hen ad vejen er enighed om retning og mål for almen praksis, er der således langt fra samme klarhed om, hvordan man skal komme derhen, hvad det må koste, eller hvor hurtigt det skal gå.

1.1 Introduktion til kapacitet i almen praksis

Kapacitet – eller ydeevne, som er ordbogsdefinitionen – er et bredt og upræcist begreb. Derfor er det naturligt – og relevant – at diskutere kapacitet i mange sammenhænge. I de aktuelle udredninger og drøftelser om fremtiden for almen praksis sættes ofte lighedstegn imellem kapacitet og lægedækning, men også egnede lokaler, ændret opgavedeling med resten af sundhedsvæsenet, ændret opgavedeling internt i praksis, forbedret kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse og it-systemer, der kan effektivisere samarbejdet med kommuner og hospitaler, er del af kapacitetsdiskussionen.

Kapacitet i almen praksis har altså mange ansigter, og det kan være relevant at være bevidst om, hvad man præcist mener, når man diskuterer kapacitet i almen praksis. Ikke mindst fordi de mange aktuelle ønsker om øget kapacitet ofte er indbyrdes forbundet, delvist modstridende eller kræver grundlæggende forandringer i almen praksis. Kapacitet handler altså ikke kun om, at der er ydelser nok, men også om at sikre, at det er de rigtige ydelser, der leveres af de rigtige personer i rigtige omgivelser. Produktion af unødige ydelser til raske patienter eller ansættelse af praksispersonale, der fx udfører kommunale opgaver, vil udefra kunne ses som en forøgelse af kapaciteten, men samtidig være

uhensigtsmæssigt set i et overordnet perspektiv. Målet er altså ikke bare flere ydelser, men de rigtige ydelser.

I drøftelserne om almen praksis skelnes der sjældent eksplicit imellem de forskellige vinkler på kapacitet. Ønskerne for almen praksis knytter sig snarere til, at alle former for kapacitet skal øges fremadrettet. Store tidssvarende lægehuse med uddelegering italesættes i den forbindelse som en løsning, der – bakket op af nye incitamentsstrukturer og forpligtelser – kan tilgodese alle ønskerne om øget kapacitet og øget kvalitet på én gang. Med mindre at produktiviteten øges, vil der dog opstå et trade-off mellem et ønske om, at almen praksis skal levere flere typer af opgaver og samtidig have flere patienter på sin liste, ligesom en øget produktion skal målrettes patienternes og sundhedsvæsenets behov.

Det er oplagt, at det ikke giver mening at diskutere, hvad almen praksis skal yde, hvis der ikke er en almen praksis. Lægedækning fylder derfor meget i den regionale debat om almen praksis, særligt i de områder hvor det er svært at sikre tilstrækkelig lægedækning. At rekruttering og fastholdelse er en basal forudsætning for at arbejde med kapacitet i almen praksis, er indlysende. I de fleste områder er det fundament dog på plads, ligesom prognosen for antallet af praktiserende læger viser, at der inden for en overskuelig fremtid igen vil være balance mellem udbud og efterspørgsel af praktiserende læger. Dette retter så fokus imod, hvad det så er, almen praksis skal yde? Er formålet, at den enkelte praktiserede læge skal have så mange patienter på sin liste som muligt (patientkapacitet), eller at man skal lave så mange opgaver som muligt (opgavekapacitet), eller skal almen praksis aflaste sygehuse mest muligt (aflastningskapacitet) – eller noget helt fjerde? Den vinkel eller definition, der lægges på kapacitet, vil således være central for, hvilke tiltag der vil henholdsvis højne eller mindske "kapaciteten" i almen praksis.

1.2 Rapportens indhold og opbygning

De enkelte kapitler i denne rapport er udarbejdet ud fra et ønske om at indsamle viden, der kan kvalificere udvalgte dele af arbejdet med at realisere en fremtidig bæredygtig praksisstruktur. Rapporten er baseret på fire delprojekter, der afrapporteres som selvstændige kapitler. Kapitlerne sætter fokus på følgende elementer:

- ◆ Kapitel 2 afdækker via en litteraturgennemgang internationale erfaringer med – og effekt af – tiltag, der har til hensigt at skabe en større kapacitet i almen praksis. Fokus er dels på strukturelle ændringer (fx overenskomster), som beslutningstagere kan anvende til at fremme den ønskede udvikling af praksissektoren, dels på at finde studier der forklarer forskelle i kapacitet som følge af øget brug af praksispersonale.
- ◆ Kapitel 3 formidler et casestudie af otte danske kompagniskabslægehuse, der, når det kommer til størrelse, ansat personale og patientkapacitet, allerede lever op til Praksiskommissionens anbefalinger. Fokus for analysen er at afdække det enkelte lægehus' erfaringer med at øge patient- og opgavekapacitet samt at analysere forudsætninger og effekt af at lykkes med sådanne omlægnings af praksisdriften.
- ◆ Kapitel 4 formidler et casestudie af Region Midtjyllands samarbejde med almen praksis om at sikre lægedækning og udvikling af større praksisenheder med mere ansat personale. Fokus er her på at afdække muligheder og barrierer for de fremadrettede regionale bestræbelser på at realisere en bæredygtig praksisstruktur.
- ◆ Kapitel 5 stiller spørgsmålstejn ved at anvende listestørrelse som udtryk for kapacitet. Giver udviklingen af nye typer af almen praksis også behov for at udvikle nye indikatorer for kapacitet?

- ◆ Kapitel 1 samler resultaterne fra de enkelte kapitler og sætter dem i kontekst i forhold til den aktuelle debat om almen praksis.

Vi har således angrebet kapacitetsdiskussionen fra flere vinkler, men langt fra alle. Diskussionen om, hvilke opgaver der evt. kunne flyttes fra ambulatorier til almen praksis, er fx ikke berørt, ej heller kravene til den faglige kapacitet der i den forbindelse skulle opbygges i almen praksis. På samme måde berøres det vigtige spørgsmål om forholdet mellem kapacitet og kvalitet kun perifert. Der er med andre ord stof til mange fremtidige analyser af kapacitet i almen praksis.

1.3 Kapacitetsundersøgelsens afsæt og væsentligste resultater

Dette afsnit starter med en kommenteret sammenfatning af Praksiskommissionens anbefalinger til, hvordan der skal arbejdes med at realisere fremtidens praksissektor. Bagefter præsenteres de væsentligste resultater og anbefalinger fra DSI's fire delundersøgelser af kapacitet i almen praksis.

1.3.1 Praksiskommissionens anbefalinger

Fordi Praksiskommissionens arbejde står helt centralt i udviklingen af almen praksis, og fordi vores analyser dykker ned i en række af kommissionens overordnede anbefalinger, har vi valgt at bruge kommissionsarbejdet som fortolkningsramme for undersøgelsesresultaterne. Praksiskommissionens arbejde er baseret på en lang række andre arbejder, bl.a. Danske Regioners RAP-initiativer, men hovedparten af de tidligere initiativer er indarbejdet i Praksiskommissionens rapport. Udgangspunktet i Praksiskommissionens arbejde kan således ikke ses som et fravalg af øvrige initiativer på området, men mere som et destillat af hvad der generelt er konsensus om mellem de primære aktører på området.

Med nedsættelsen af Praksiskommissionen i 2008 blev der lagt op til de største forandringer af almen praksis siden nedlæggelsen af sygekasserne. Nu skulle almen praksis fornys og tilpasses de forandringer, der skete i sygehusvæsenet og på det kommunale sundhedsområde. Resultaterne af kommissionens arbejde blev præsenteret i efteråret 2008. I præsentationen af kommissionens anbefalinger var der særligt fokus på større lægehuse med mere personale, som kunne overtage opgaver fra sygehuse – herunder også have fx mere akutberedskab. Der blev altså lagt op til ændrede samarbejds mønstre både internt i praksis og mellem almen praksis og sygehuset.

Selv om den overordnede vision for fremtidens almen praksis på mange måder er rimelig klar, så er der færre konkrete handlingsanvisninger i form af Praksiskommissionens anbefalinger (resumeret i tekstboks 1). At resultatet af et kommissionsarbejde sammensat af de nuværende aktører støtter op om det eksisterende system og har primært fokus på de nære problemer som fx at sikre lægedækning, og at allerede indgående aftaler implementeres, kan næppe overraske. Når udgangspunktet også på mange områder er velfungerende, så er det også vanskeligt at være særlig kritisk over for kommissionens anbefalinger.

<p>1. Øget kapacitet og effektiv ressourceudnyttelse bør understøttes ved at</p> <ul style="list-style-type: none">◆ sikre et attraktivt og udfordrende arbejdsmiljø◆ udbrede flerlægepraksis og i den forbindelse skabe lettere adgang til egnede lokaler◆ give mulighed for tidsubestemt ansættelse af læger◆ indføre et højere loft for, hvor mange patienter en læge kan have tilmeldt◆ øge den nedre lukkegrænse for normtallet◆ styrke indsatsen over for læger, der ikke efterspørges af borgerne◆ støtte øget anvendelse af praksispersonale.
<p>2. Lægedækning overalt i landet bør understøttes ved at</p> <ul style="list-style-type: none">◆ give regionerne øget frihed til selvstændigt at fastlægge antallet af læger i regionen◆ sikre ejerskab i forhold til beslutninger, der træffes i de regionale samarbejdsudvalg◆ give regionen mulighed for at fastlægge den geografiske placering af praksis i regionen◆ ophæve kilometergrænsen for borgernes frie valg af læge.
<p>3. Et forbedret samspil og samarbejde bør understøttes ved at</p> <ul style="list-style-type: none">◆ skabe en overenskomstmæssig forpligtelse til at følge retningslinjer og aftaler om arbejdsdeling mv., herunder at der skal være mulighed for sanktioner, hvis det ikke sker◆ målrette brugen af dialogbaserede rammer og redskaber, fx praksiskonsulentordningen og de kommunale lægelige udvalg.
<p>4. Kvalitet, service og IT bør forbedres ved at</p> <ul style="list-style-type: none">◆ samordne de eksisterende og planlagte kvalitetsinitiativer for almen praksis◆ indføre måling og evt. offentliggøre kvalitetsdata◆ eksplicitere, monitorere og sanktionere manglende overholdelse af servicemål for tilgængelighed.
<p>5. Honorarsystemet bør ændres med henblik på at</p> <ul style="list-style-type: none">◆ øge basishonorardelen på bekostning af den ydelsesafhængige honorering◆ reducere antallet af tillægsydelse◆ indarbejde produktivetskrav for almen praksis◆ understøtte resultatbaseret honorering frem for aktivitetshonorering.

Selv om kommissioners anbefalinger i deres natur ofte er relativt overordnede og konsensusorienterede, så understøttes status quo også af, at afgørende ændringer i opgavefordelingen inden for det nuværende aftalesystem let bliver uforholdsmæssigt dyre – hvilket ikke er i Finansministeriets interesse. Endvidere har PLO en naturlig interesse i at varetage medlemmernes interesser, hvoraf en stor del er solopraktiserende læger, der ikke nødvendigvis alle står på spring til at deltage i store praksisfællesskaber med grundlæggende ændrede (sam)arbejdsvilkår. Uenighed om prisen på forandring kan da også ses som den primære årsag til, at forhandlingerne om en ny overenskomst med de praktiserende læger led sammenbrud i foråret 2009. Praksiskommissionens anbefalinger er overordnede og generelle. Derfor er det vanskeligt at spå om, hvordan den fremtidige konkretisering og implementering af anbefalingerne bliver.

Når Praksiskommissionen er sparsom med konkrete anbefalinger om, hvordan visionen om fremtidens almen praksis realiseres, så stiller det større krav til de lokale partnere, herunder særligt de enkelte praksis og regionerne. Det giver den fordel, at løsninger kan tilpasses lokale forhold, men også risiko for at den dybe tallerken skal opfindes mange gange. For uagtet anbefalinger og overenskomster så sker der allerede en stille bevægelse i retning af visionen om fremtidens almen praksis. Fremtidens almen praksis findes altså allerede, om end den måske ikke er så udbredt, som nogle kunne ønske. Men hvordan er nogle praksis kommet til at ligne visionen om fremtidens praksis, hvordan fungerer det i praksis, og hvordan understøttes processen hen imod visionen om fremtidens almen praksis? De spørgsmål er fokus for denne rapport, hvor vi forsøger at bidrage til at udfylde gabet mellem de overordnede visioner og de konkrete handlinger, der sker for at komme derhen.

1.3.2 Udenlandske erfaringer med tiltag der skal sikre større kapacitet i almen praksis

Både i Danmark og udlandet findes store lægehuse med meget personale, mange patienter pr. læge og udvidede opgaver i forhold til forebyggelse og behandling af kronisk sygdom. Men hvordan er de kommet derhen og under hvilke forhold, hvis nogle, og har store moderne lægehuse en højere produktivitet, anderledes kvalitet eller anden snitflade til sygehusvæsenet sammenlignet med traditionelle lægehuse? For at få svar på de spørgsmål har vi i kapitel 2 gennemgået litteraturen om, hvad det er, der skaber kapacitet i almen praksis.

Resultatet af gennemgangen af den meget sparsomme litteratur er ikke entydigt. Ikke overraskende er der meget, der tyder på, at økonomiske incitamenter i form af betaling pr. ydelse medfører, at der produceres flere ydelser. Der er dog ikke direkte erfaringer med, at aflønning pr. patient giver tilsvarende flere patienter på listen. Fastsættelse af andre grænser for, hvor mange patienter man skal have på sin liste, kan tilsyneladende påvirke patientlistens størrelse. Betydning for arbejdsdelingen til sygehuset vides der meget lidt om, ligesom studier om kvalitet i praksis er udfordret af, at det er svært at definere kvalitet præcist. Flere studier viser, at praksispersonale kan frigive lægelig tid, men også at lægen ofte vælger at begrænse sin arbejdstid frem for at varetage flere patienter eller flere opgaver. Dette er formodentlig også en af årsagerne til, at kompagniskabslægehuse i Danmark gennemsnitligt har færre patienter pr. læge end solo- og samarbejdspraksis.

Litteraturen viser også, at praksispersonale kan aflaste den praktiserende læge, hvis de løser opgaverne selvstændigt og med minimal indblanding fra lægen. Stram styring og koordinering af brugen af praksispersonale til klinisk arbejde er derfor jf. litteraturen nøglen til at øge kapaciteten i almen praksis. Det er imidlertid også relevant at stille spørgsmålet om, hvordan man sikrer, at praksispersonalets bidrag til øget kapacitet rent faktisk omsættes til bedre lægedækning og overtagelse af nye opgaver frem for mere fritid for den praktiserende læge. Dette vigtige spørgsmål giver hverken Praksiskommissionen eller litteraturen noget godt svar på.

1.3.3 Organisation og arbejdsdeling i fremtidens lægehuse

For at komme visionen om fremtidens almen praksis nærmere, har vi i kapitel 3 sat fokus på, hvad der faktisk sker inde i de lægehuse, der ser ud, som Praksiskommissionen anbefaler. Otte nøje udvalgte relativt store kompagniskabslægehuse med mere personale og væsentligt flere patienter pr. læge end den danske gennemsnitspraksis anno 2010 er analyseret både fra en kvantitativ og kvalitativ tilgang. Indledningsvis findes det, at et stort antal tilmeldte patienter i de otte praksis ikke kan forklares med 'lette' patienter eller et stort antal af henvisninger til sekundærsektoren. Endvidere ses det, at lægehuse gennemsnitligt leverer flere honorerede ydelser pr. patient end gennemsnittet for almen praksis. De har altså etableret en organisation, som både muliggør høj patient- og høj opgavekapacitet.

For at kunne have mange patienter på listen, er lægehusene meget afhængige af klinikpersonale, og alle lægehusene har ansatte læger i form af uddannelseslæger eller ansatte amanuensislæger. Uddelegering er altså et nøgleord for at få hverdagen til at hænge samme. Men antallet af personaleresourcer pr. fuldtidslæge pr. uge varierer mellem 39 og 101. På samme måde varierer længden af ejerlægenes selvoplyste arbejdsuge markant. I nogle praksis angiver lægen at arbejde 35 timer om ugen, i andre er arbejdsugen omkring 50 timer. Disse forskelle, som ikke kan forklares med udgangspunkt i, hvor mange tilmeldte patienter det enkelte lægehus har, er betydelige. Både i forhold til den langsigtede bæredygtighed i almen praksis og i forhold til visionen om, at praktiserende læger ikke alle i fremtiden skal være ejerlæger, men også kan være ansatte læger, som næppe ønsker en 50 timers arbejdsuge.

Der er to forhold, som ser ud til at kunne forklare forskellene i ejerlægenes arbejdstid og forbrug af personaleresourcer: henholdsvis ejerlægenes tilgang til ledelse og organisation samt hvor eksplicit lægehuset tackler spørgsmålet om uddelegering. Disse forhold ser igen ud til at have betydning for, hvor langt de enkelte lægehuse er kommet med at uddelegere patientrettede opgaver på kronikerområdet. De lægehuse, der bedst udnytter deres stordriftsfordele, er de, hvor der er funktionsopdelt personale, uddelegering samt en formel ledelsesstruktur og organisation. Selvkørende sygeplejersker og laboranter giver ifølge ejerlægerne en god økonomi, aflastning og forbedret serviceniveau til patienterne. Men det selvkørende personale kommer ikke af sig selv.

Forudsætningerne for at lykkes omfatter skriftlige behandlingsvejledninger, klare opgavebeskrivelser, definering af kompetencer og kriterier for, hvornår det er nødvendigt at involvere lægerne, faglig sparring og målrettet ledelse. De lægehuse, der har det klareste fokus på udelegering og ansvarsfordeling mellem lægerne, er også de, hvor man er kommet længst med implementering af behandlingsvejledninger for kroniske patienter, og det er også i de praksis, hvor arbejdsugen for lægerne er kortest. Lykkes øvelsen med uddelegering gennem en fokuseret ledelsesindsats, så er belønningen altså stor. Samlet set er konklusionen, at der er stordriftsfordele i almen praksis, men at det kræver ledelse og meget arbejde at realisere fordelene ved et stort lægehus.

Undersøgelsen peger altså på, at der er et stort potentiale ved at sætte fokus på arbejdstilrettelæggelse og ledelse i store praksisenheder. Men på spørgsmålet om, hvordan de otte store praksis er kommet dertil, er svaret mere uklart. Der kan ikke peges på nogen entydige faktorer. Generelt har der ikke været tale om en bevidst strategi. Lægehusene har traditionelt set altid haft mange patienter pr. læge, og det har man så håndteret ved at ansætte personale, i takt med at opgavemængden er steget. Ledelsesudfordringen er derfor kommet hen ad vejen og er tacklet via en større eller mindre fokuseret indsats og med mere eller mindre held og dygtighed. Lægerne vurderer generelt, at de ikke har været særlig godt klædt på til at opgaven. Samtidig fremhæver ingen læger, at de har fået hjælp til at udvikle deres ledelseskompetencer, og kun i to lægehuse har lægerne anvendt ekstern bistand til at udvikle deres organisation og samarbejde: Et lægehus har haft en regional praksiskonsulent til at hjælpe med udvikling af møde- og samarbejdsstruktur, og et lægehus har anvendt en konsulent til at håndtere et samarbejdsproblem mellem ejerlægerne.

Konklusionen fra kapitel tre er klar! Det er allerede i dag muligt at realisere stordriftsfordele i et større lægehus. Ansættelse af andre personaletyper som fx dedikerede kronikersygeplejersker og laboranter mv. kan aflaste lægerne markant, hvis der er de rigtige rammer for deres arbejde. Men kapitlet viser dog også, at der er et klart behov for at støtte de dele af almen praksis, der fremadrettet ønsker at omlægge deres organisation og arbejdsdelingen mellem læger og personale. Tidspunktet for en sådan indsats er gunstig, da flerlægehuse er en forudsætning for fortsat at kunne rekruttere nye læger til almen praksis. Flere læger under samme tag stiller krav til retningslinjer om, hvordan man kan fungere som flere læger sammen på en effektiv måde sammen med ansat personale, både i form af læger,

sygeplejersker og andet personale. Dette stiller markant øgede krav til den praktiserende læge til i højere grad at fungere som personaleleder. Hvis udviklingen skal accelereres, er flere initiativer, der hjælper lægerne i omstillingsprocessen, en oplagt mulighed. På det område er Praksiskommissionens anbefalinger om initiativer dog stort set fraværende. De enkelte regioner er allerede ved at igangsætte en række lokale initiativer vedrørende kompetenceudvikling af kronikerpersonale, uddelegering af opgaver og kurser i effektiv organisation og praksisledelse.

De nye initiativer illustrerer, at regionerne er ved at have fundet deres ben at stå på efter kommunalreformen, og at de sammenlignet med amterne forsøger at tage en mere offensiv og dagsordensættende rolle i forhold til at støtte og forpligte almen praksis i at sætte fokus på ledelse og organisation. Udviklingen og implementering af sådanne nye initiativer er ingen let øvelse. Derfor har vi sat fokus på Region Midtjylland, som i samarbejde med de enkelte praksis i regionen tidligt udviklede en række lokale initiativer med henblik på at sikre lægedækning og bedre ressourceudnyttelse. Ikke alle initiativer har været en lige stor succes, og årsagerne til de svingende resultater skal både findes i selve initiativerne som i deres implementering. Kapitel 4 går i dybden med erfaringerne med samarbejdet mellem regionen og almen praksis om sikring af lægedækning i de rekrutteringssårbare områder i regionen.

1.3.4 Samarbejdet mellem region og almen praksis

I Region Midtjylland har parterne i flere år arbejdet med nogle af de initiativer til sikring af lægedækning, som også Praksiskommissionen anbefaler. Derfor er der i Region Midtjylland gode forudsætninger for at afdække erfaringer fra samarbejdet, samt i hvilket omfang de aftalte værktøjer anvendes i praksis.

De konkrete initiativer, som er aftalt, omfatter etablering af egnede lokaler til bæredygtig praksisdrift og økonomisk støtte til lægehuse, som gør en ekstra indsats for at sikre lægedækning i lokalområdet, samt tilbud om støtte til organisations- og ledelsesudvikling via praksiskonsulenter og ledelseskurser.

Analysen undersøger, hvordan de aftalte initiativer fungerer i praksis, og konkluderer at der er en række udfordringer med at få dem aktiveret og med at blive enige om, hvilke initiativer der fremadrettet er relevante at udbyde. Analysen indikerer, at overordnede økonomiske interessekonflikter ofte står i vejen for målet, og at en del af de tilbud, der er til stede, ikke findes relevante af de læger og lægehuse, der skal benytte dem. Endvidere viser undersøgelsen, at samarbejdet mellem den enkelte læge og regionen er præget af en gensidigt manglende forståelse for forskelle i arbejdsvilkår.

Fx er det at sikre lokaler til store moderne lægehuse langt fra simpelt, når det kommer til konkrete sager. Hvor meget må det fx koste, og hvis ønsker er det, man søger at imødekomme? Afklaring af sådanne spørgsmål er afgørende for, om lægerne ønsker at flytte sammen i større lokaler. Lægerne ønsker nemlig ikke for enhver pris at flytte sammen med andre læger, og slet ikke hvis de har en oplevelse af ikke at være ordentligt inddraget i processen, eller hvis den nye løsning medfører øgede udgifter til lokaler. Lokaler gør det altså langt fra alene.

Andre regionale initiativer som tilbud om ægtefællebeskæftigelse og garanteret institutionsplads har til formål at tiltrække praktiserende læger til yderområder. Initiativerne efterspørges imidlertid slet ikke af målgruppen, da de ikke har behov for dem på det tidspunkt, hvor man etablerer sig som praktiserende læge. Informanterne vurderer, at der skal sættes langt tidligere ind under fx speciallægeuddannelsen, hvis initiativerne skal have en effekt. Også her efterlyser lægerne brugerinddragelse og større forståelse for målgruppens reelle behov.

At det er svært at få samarbejdet mellem region og almen praksis til at glide i praksis skyldes også, at der er tale om to meget forskellige størrelser. De praktiserende læger, der er vant til at kunne træffe

og gennemføre beslutninger hurtigt, oplever, at regionens sagsbehandling er meget langsommelig. Endvidere er det frustrerende for lægerne, at regionens embedsmænd mangler beslutningskompetence, og der er en udpræget oplevelse af, at man 'bliver væk' i det store bureaukрати. En del af lægernes frustration bunder i, at de har meget høje forventninger til samarbejdet med regionen. Derfor bliver de også lettere skuffet over regionens manglede fleksibilitet i forhold til den enkelte læges behov. Nogle elementer kan relativt let afhjælpes fx ved at sikre, at lægerne får en kvittering, når de har henvendt sig, sammen med en beskrivelse af den forventede politisk-administrative proces.

Samarbejdet mellem regionen og de praktiserende læger udfordres også af, at selv om lægen og den enkelte embedsmand i regionen måske kan blive enige om en løsning, så er det ikke sikkert, at PLO eller det politiske niveau er enig. Fx er PLO modstander af brugen af satellitpraksis, og af at læger kan ansættes i almen praksis i stedet for at nedsætte sig. PLO kan have gode grunde til sin modstand, ligesom en region kan have valide politiske argumenter for, hvorfor man ikke ønsker en anden udvikling, men undersøgelsen afdækker en række eksempler på, hvordan det daglige samarbejde mellem embedsmand og almen praksis om de udbudte tilbud besværliggøres. Derfor er det vigtigt, at der er bedre klarhed i forhold til de krav og principper, som PLO og regionen begge støtter, så det er lettere for den enkelte embedsmand og læge at samarbejde og navigere i forhold til de tilbud, der er adgang til.

I analysen af de otte store lægehuse i kapitel 3 blev der efterspurgt redskaber til støtte af organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis. Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland har udbudt organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis netop med det formål at give lægerne redskaber til at tackle det organisations- og ledelsesoverhead, der ligger i større enheder. To konkrete initiativer er etableret: 1) Praksisudviklingskonsulenterne (PUK) og 2) kursus i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP). En PUK er en erfaren praktiserende læge, som almen praksis kan rekvirere med henblik på at udvikle lægepraksis. Praksisudviklingskonsulenterne har eksempelvis været brugt i forbindelse med praksisfusioner eller ejerskifte af praksis. Erfaringen med PUK er gode på caseniveau, men PUK efterspørges kun i meget begrænset omfang. Kursus i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP) afholdes to gange årligt med 25 deltagere og er meget efterspurgt fra lægernes side. Interventionens natur gør dog, at det er vanskeligt konkret at vurdere, hvad der er kommet ud af kurserne. Erfaringerne fra Region Midtjylland er på den ene side, at der er interesse og basis for at tilbyde uddannelse i effektiv praksisdrift og støtte til omlægninger af praksis. På den anden side viser erfaringerne også, at det er vigtigt at tage udgangspunkt i, hvad der konkret efterspørges og sikre, at initiativerne markedsføres tilstrækkeligt over for de praktiserende læger.

Samlet set viser vores analyse, at parterne i Region Midtjylland ikke er nået særlig langt med at udmønte konkrete initiativer til sikring af lægedækning. På regionalt niveau besværliggøres samarbejdet ikke mindst af, at parterne synes at være spundet ind i en forhandlingslogik, som blokerer for en række løsninger. Når regionen samarbejder med et lægehus om lokale løsninger, der skal sikre lægedækningen i lokalområdet, så er denne forhandlingslogik mindre udtalt. Til gengæld oplever de lokale lægehuse, at regionen er meget tung at danse med.

1.3.5 Listestørrelse i almen praksis

Når en praktiserende læge har 1.600 tilmeldte patienter på sin liste, har lægen i dag ret til at lukke for patienttilgangen. Dette afspejler, at der i Danmark er tradition for at fokusere på listestørrelsen – altså hvor mange patienter den enkelte praksis har tilmeldt pr. ejerlæge i styringen af patientkapacitet i almen praksis. At antallet af patienter på listen ikke er et særligt præcist mål for kapacitet er ikke nogen nyhed, men problemstillingen er blevet højaktuel på grund af de kommende års mangel på praktiserende læger. Samtidig er problemstillingen vanskelig, fordi de seneste 30 år har budt på en konstant stigning i antallet af praktiserende læger fra ca. 2.600 til de godt 3.600, således at antallet af patient-

ter pr. fuldtidslæge er faldet fra ca. 2.000 til ca. 1.500. Den udvikling skal nu stoppes (og vendes i yderområder), hvis alle patienter i de næste 10-15 år fortsat skal have mulighed for at være fast tilknyttet en praktiserende læge.

Hvor det har været relativt uproblematisk at sænke antallet af patienter pr. læge i takt med, at der er kommet flere opgaver, vil den modsatte bevægelse være noget vanskeligere, bl.a. fordi en stigning i antallet af patienter pr. læge vil stille mange læger over for krav om reorganisering, som eksemplificeret i kapitel 3, et forringet serviceniveau til patienterne eller en øget arbejdsbyrde. Et væsentligt spørgsmål er i den forbindelse, hvordan den ekstra arbejdsbyrde mest rimeligt kan fordeles? Nogle praksis vil have bedre lokaler, mere personale, lettere adgang til at henvise til speciallæge og hospital eller yngre og mere raske patienter end andre. Disse forhold taler for en mere differentieret tilgang til listestørrelse for tilmeldte patienter. Denne problemstilling er i fokus i kapitel 5.

Analyserne af listestørrelse er eksplorative og bør i højere grad ses som bidrag til metodeudvikling end en færdig model for, hvordan patienter bør fordeles mellem praktiserende læger. Trods dette forbehold genkendes de mønstre, der er observeret i analysen af de store lægehuse med mange tilmeldte patienter fra kapitel 3. Begge analyser bekræfter således den logiske antagelse om, at meget praksispersonale eller relativt raske patienter alt andet lige muliggør en større gennemsnitlig listestørrelse.

Beregningerne viser for eksempel, at en praksis med relativ lav patienttyngde og mere end 40 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp bør kunne have over 2.000 patienter på sin liste. Hvis en sådan praksis ikke stilles over for et egentligt krav om en patientliste, der er større end de nuværende 1.600 patienter, så er der risiko for, at den ekstra kapacitet konverteres til øget opgavekapacitet (i form af flere ydelser til de allerede tilmeldte patienter) og mere fritid til den enkelte praktiserende læge frem for en større patientkapacitet.

I forhold til denne problemstilling giver analyserne et bud på, hvordan normgrænserne for listestørrelse kan differentieres i henhold til antallet af fuldtidslæger, patientkarakteristik og brug af praksispersonale. Selv om beregnede grænser for patientantal næppe i sig selv løser lægemanglen, så kan det være et input til en diskussion af fx en differentiering af basishonorar, hvis der er afvigelser i forhold til den beregnede patientliste. Beregningerne kan også bruges som løftestang for dialog og konkrete initiativer som støtter op om omlægningsinternt i praksis med henblik på at øge patientkapaciteten.

1.4 Tværgående diskussion og anbefalinger

Dette afsnit indeholder en kort tværgående diskussion af de anbefalinger, som det samlede analysearbejde giver anledning til. Anbefalingerne er målrettet de nationale og regionale parter, der fremadrettet skal arbejde med at sikre udvidet kapacitet og fremtidig lægedækning i almen praksis.

Visionerne for fremtiden i almen praksis, hvor større lægehuse med mere personale løser flere opgaver, samtidig med at patientantallet fastholdes, kan synes langt væk i en tid, hvor overenskomstforhandlingerne mellem PLO og Danske Regioner står stille. Analysen af de store lægehuse dokumenterer dog, at visionen (i hvert fald når det kommer til antallet af tilmeldte patienter og opgaver i relation til en proaktiv kronikerbehandling) kan realiseres af det enkelte lægehus. Samtidig viser analysen af samarbejdet mellem almen praksis og region, at viljen også er til stede. Der er således et godt udgangspunkt for at skabe forandring i almen praksis.

Praksiskommissionen anviser på mange måder vejen til forandring, men pt. er forhandlingerne stranded på økonomien. Der er da også god grund til at bekymre sig om økonomien. Analyserne af listestørrelsen i almen praksis finder nemlig, at medmindre der arbejdes målrettet på at realisere visionen for fremtidens almen praksis, så er der risiko for, at investeringer i praksispersonale ikke nødvendigvis omsættes i fx en øget patientkapacitet, men i stedet i mere fritid til lægerne eller i ikke relevante ydel-

ser til den enkelte patient. Hvis antallet af tilmeldte patienter pr. læge samtidig fortsætter med at falde, er der risiko for, at manglede lægedækning fortsat vil skygge for de mere langsigtede udviklingsmål for almen praksis. Derfor anbefales det, at der etableres differentierede normtalsgrundlag for den enkelte praksis, og at der stilles klarere krav til, hvilke opgaver almen praksis skal løse inden for hvilke rammer. At det er muligt at udarbejde sådanne normtal er eksemplificeret i kapitel 5, og litteraturlanalysen viser, at det er muligt at motivere en stigning i normtallet via skærpede krav til listestørrelsen.

Når praksis skal påtage sig flere opgaver, så vil der utvivlsomt komme en diskussion om, hvordan der bør aflønnes. Analyserne i kapitel 3 viser, at det ikke nødvendigvis er forbundet med en lang arbejdsuge for den praktiserende læge at have både en høj opgavekapacitet og høj patientkapacitet. Men hvis det skal opnås, så skal der være et meget klart fokus på den måde, arbejdet tilrettelægges internt i den enkelte praksis. Praksiskommissionen lægger op til, at honorarstrukturen fremadrettet kan indeholde krav til stigende produktivitet, hvilket vil medføre et pres på den enkelte praksis for at identificere og høste produktivitetsejendomme. For det enkelte lægehuse – som ofte oplever at være presset af nye opgaver og mangel på tid – kan det dog være svært at finde overskud og overblik til ændrede arbejdsgange. Dette dilemma understreges bl.a. af, at halvdelen af de lægehuse, vi kontaktede med henblik på at deltage i undersøgelsen af de store lægehuse, ikke ønskede at deltage med enstemmig henvisning til, at man havde svært ved at frigøre tid. Der er næppe heller tvivl om, at de lægehuse, der har deltaget, er særdeles velfungerende lægehuse, og det kan næppe forventes, at den gennemsnitlige praksis vil rumme samme naturlige ledelse og organisationstalenter som de undersøgte lægehuse. Derfor vil der være behov for, at lægehuse understøttes med langt flere konkrete initiativer, der understøtter ændrede arbejdsgange, hvis processen hen i mod visionen om fremtidens praksis skal accelereres. Dette kunne fx være i form af konkrete arbejdsbeskrivelser til praksispersonale, så det blev mere klart, hvad man forventer, at forskellige grupper af praksispersonale kan bidrage med, programmer for kompetenceudvikling og modelprojekter for etablering af nye lægehuse mv. Både i Praksiskommissionens anbefalinger og i denne rapport er den type mere konkrete arbejdsbeskrivelser en mangelvare. Hvis en læge allerede arbejder over 50 timer om ugen, så er det ikke uforståeligt, at begejstringen over udsigten til en endnu større arbejdsbyrde er til at overse, ligesom det kan være svært at mobilisere et overskud til at identificere stordriftsfordele mv.

Det er tankevækkende, at analysen af de store lægehuse finder, at praktiserende læger i umiddelbart sammenlignelige praksis har meget forskellig arbejdstid. Nogle praksis bruger 50 timer på det, som andre løser inden for en almindelig 37 timers arbejdsuge. Derfor anbefaler vi, at fremtidige analyser sætter praktisk fokus på sammenhængen mellem lægers arbejdstid og arbejdsgange internt i almen praksis. Dette vil også kunne bidrage til at synliggøre fordelene, som er forbundet med en ændret arbejdsorganisering. Det meget forskellige timeinput stiller dog også spørgsmålstegn ved tolkninger af produktivitetsskud i almen praksis. I en produktivitetsskudanalyse af almen praksis i Danmark antages implicit, at en alment praktiserende læge lægger lige mange timer i praksis, og forskelle i produktionen tolkes i retning af forskellige karakteristika for almen praksis. Men en lav patientkapacitet hos en række praksis kunne måske også blot være et udtryk for, at man har en større præference for frihed end penge, og man derfor heller ikke vil være så tilbøjelig til at komplicere sin dagligdag med at ansætte praksispersonale mv. At der er tolkningsudfordringer ved regressionsanalyser, er ikke enestående for almen praksis. De store observerede forskelle i timeinput mellem praksis kunne dog tyde på, at det kunne være relevant at medtage disse forskelle i fremtidige analyser af produktiviteten i almen praksis.

Regionerne spiller en væsentlig rolle i forhold til at facilitere den omlægning af almen praksis, som allerede er i gang. Skal der ske en udvikling hen imod store lægehuse med meget personale, er det afgørende, at lokale initiativer i den retning understøttes. Undersøgelsen af samarbejdet i Region Midtjylland viser, at muligheden for etablering af nye lægehuse eller ændret organisering internt eller

mellem eksisterende praksis ofte mere opstår med baggrund i et konkret problem eller en nyopstået mulighed end som resultat af en langsigtet strategiproces. Lange sagsbehandlingstider og mangelfuld forståelse for hinandens situation gør, at en række gode initiativer ikke realiseres inden for det tidsvindue, som forandringsmuligheden er afhængig af. Derfor kan det overvejes, om der i en omlægningsperiode skal ske særlig en prioritering af sagsbehandlingen for almen praksis. Omvendt giver analysen også anledning til at overveje en række principielle diskussioner af de forhold, der sætter rammerne for samarbejdet mellem regioner og almen praksis. Sådanne diskussioner kunne fx tage udgangspunkt i:

- ◆ det dilemma, der ligger i, at regionerne ikke har en entydig partner med en fælles ledelse, som de kan henvende sig til i diskussionen af, hvordan almen praksis kan løfte sine forpligtelser i forhold til det samlede sundhedsvæsen
- ◆ det dilemma, der ligger i, at PLO – som fagforening – har ligestilling og vetoret i forhold til regionens praksisplanlægning, samtidig med at den lovfæstede forsyningspligt ligger entydigt hos regionen.

2. Kapacitet i almen praksis: Litteraturgennemgang

Af Marie Henriette Madsen

2.1 Resumé

2.1.1 Formål

Denne litteraturgennemgang har til formål at undersøge eksisterende erfaringer nationalt og internationalt med indsatser til øget kapacitet i almen praksis.

2.1.2 Datagrundlag og metode

Undersøgelsen er baseret på en litteraturgennemgang. Der er søgt efter relevant litteratur i bibliografiske databaser, udvalgte tidsskrifter og relevante hjemmesider. Der er søgt på litteratur publiceret i perioden 2005-2009, og søgningen resulterede i 318 referencer i alt. Kun fem blev udvalgt som relevante for denne undersøgelse.

2.1.3 Væsentligste resultater

Litteraturen er meget sparsom og handler primært om lægers arbejdsbyrde eller aktivitet i form af antal ydelser. Kapacitet i form af antal patienter pr. praktiserende læge er ikke belyst. Derfor er det kun muligt at drage forsigtige konklusioner om, hvad der kan påvirke praktiserende læger til at tage flere patienter på listen.

Økonomiske incitamenter øger aktiviteten

Ikke overraskende viser studier, at økonomiske incitamenter øger antallet af ydelser i almen praksis. Der er ikke på samme måde studier, der viser, om økonomiske incitamenter har indflydelse på antal tilmeldte patienter.

Praksispersonale kan frigive tid til de praktiserende læger

Praksispersonale kan ifølge flere af studierne frigive tid til lægerne. Dette er dog under forudsætning af, at praksispersonalet løser opgaverne selvstændigt og uden indblanding fra lægerne. Desuden er det ikke givet, at lægerne bruger den ekstra tid på at øge aktiviteten eller til at øge antallet af patienter tilknyttet praksissen, da reduceret arbejdsbyrde kan være et mål i sig selv.

2.2 Indledning og formål

Formålet med denne litteraturgennemgang er at undersøge erfaringer med og effekt af tiltag, der nationalt og internationalt har været rettet mod at sikre en større kapacitet i almen praksis.

Forud for denne undersøgelse har DSI gennemført undersøgelser af almen praksis med fokus på almen praksis som koordinator og tovholder (11), effektiv organisering af almen praksis (12) og forskelle mellem små og store lægehuse (13). Undersøgelserne omhandler ikke direkte kapacitet i almen praksis, men berører alligevel temaet på forskellige vis.

De tidligere undersøgelser peger på, at der er et potentiale i at udnytte andre faggrupper til at varetage opgaver i almen praksis. Koordineringsopgaver, løbende kontrol og opfølgning på kroniske patienter er eksempler på opgaver, som fx sygeplejersker kan varetage og frigiver tid til, at praktiserende læger

kan varetage andre opgaver og/eller flere patienter (11) (12). I den seneste DSI-udgivelse er én af konklusionerne, at det større antal praksispersonale pr. praktiserende læge i England og Holland kan forklare det tilsvarende højere antal patienter knyttet til almen praksis i disse lande¹. Erfaringer fra Holland og England peger også på, at øget brug af praksispersonale har ført til, at arbejdsvilkårene for praktiserende læger er blevet bedre. Det kan være en af forklaringerne på den øgede rekruttering til almen praksis i begge lande over de seneste ti år (12).

Styringsmæssige tiltag såsom økonomiske incitamentsstrukturer kan også fremhæves som en måde at øge kapaciteten i almen praksis i form af højere aktivitet og/eller justering af serviceudbuddet. Det engelske system for kvalitetshonorering² er et eksempel på, hvordan belønning efter bestemte incitamentsstrukturer (her i form af opnåelse af kvalitetsstandarder) øger aktiviteten i almen praksis. I England ser man fx øget aktivitet i forhold til opfølgning og kontrol af patienter med kronisk sygdom. Kritikere anfører dog, at aktiviteten kun er øget inden for de områder, som belønnes økonomisk. På andre områder daler aktiviteten. Desuden er kvalitetshonoreringen i England knyttet til den enkelte praksis, og ikke til hvem der leverer ydelsen³. Mange sygeplejersker har fået ansvaret for de aktiviteter, der knytter sig til opfyldelse af standarderne, og den øgede aktivitet kan altså på sin vis (igen) tilskrives en øget arbejdsdeling. Et andet eksempel på økonomiske incitamentsstrukturer er den hollandske model for aflønning af praktiserende læger, hvor der er krav om at have 2.350 patienter tilmeldt for at opretholde en fuldtidsløn (12).

2.3 Søgestrategi

Dette delprojekt er gennemført som en systematisk litteraturgennemgang. Der er søgt i relevante bibliografiske databaser (PubMed, Embase, Cinahl, The Cochrane Library og SweMed), i Google Scholar, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og Ugeskrift for Læger. Desuden er hjemmesiderne for den engelske forskningsinstitution National Primary Care Research and Development Centre og den hollandske forskningsinstitution NIVEL (the Netherlands Institute for Health Services Research) gennemgået for relevant forskning⁴.

Kapacitet er ikke i sig selv et brugbart søgeord, primært fordi det er et upræcist begreb med mange betydninger. Stigende lægemangel og flere opgaver i almen praksis er baggrunden for projektets fokus på kapacitet. Søgestrategien er tilrettelagt med det formål at afsøge litteratur om strategier til bedre udnyttelse af lægetid i form af større arbejdsdeling med andre faggrupper og til øget aktivitet i almen praksis forstået som flere ydelser eller flere patienter på listen. Tidligere undersøgelser i almen praksis viser, at brug af praksispersonale og organisering i større lægehuse med mulighed for større arbejdsdeling kan medvirke både til større aktivitet og bedre udnyttelse af lægens tid. Økonomiske incitamentter kan desuden medvirke til højere aktivitet. Denne viden har dannet baggrund for valg af følgende søgestrategi:

¹ Dog med det forbehold, at tallene også kan dække over, at almen praksis især i Holland formentlig har et lavere serviceudbud end i Danmark.

² Quality and Outcome Framework, QOF.

³ På dette område er kvalitetshonorering i England altså sammenligneligt med det danske honoreringssystem i almen praksis, hvor der også gives samme takst, uanset om det er en læge eller sygeplejerske der leverer ydelsen.

⁴ Dette gav ingen referencer udover dem, der var identificeret ved den øvrige søgning.

Tabel 2.1: Søgestrategi bibliografiske databaser – november 2009

Pubmed (2005-2009)	AND
Family Practice [Mesh] OR Primary Health Care [Mesh]	Substitution [All fields]
	Substitution [All fields] AND Nurse practitioners [Mesh]
	Supplementation [All fields]
	Skill-Mix [All fields]
	Case-load [All fields]
	Work-load [Mesh]
	Practice Size [All Fields]
	Patients list size [All fields]
	Salaries and Fringe benefits [Mesh]
	Reimbursement, Incentives [Mesh]
Cinahl (2005-2009)	
Primary Health Care TX	Supplementation TX
	Substitution TX AND nurses TX
	Work-load TX
	Work-load TX AND physicians TX
	Case-load TX
	Skill-mix TX AND Nurses TX
Embase (2005-2009)	
Exp general practice	Workload AND Substitution Nurse Practitioner AND substitution
SweMed (2005-2009)	
Exp family practice[MeSH] OR exp Primary Health Care [MeSH]	Workload TX
Cochrane (2005-2009)	
Exp Primary Health Care [MeSH]	Economics* [MeSH]/ organization and administration
Månedsskrift for Praktisk Lægegering	AND
Almen praksis	Kapacitet
	Arbejdsvilkår
	Arbejdsbelastning
	Sygeplejerske og arbejdsdeling
	Arbejdsdeling
Ugeskrift for Læger (2005-2009)	
Læger Almen praksis	Kapacitet
	Arbejdsvilkår
	Arbejdsbelastning
	Arbejdsdeling
	Sygeplejerske og arbejdsdeling
Google Scholar (2005-2009)	
General practice OR doctors	Substitution
	Workload
Praktiserende læger	Arbejdsbyrde

Der er søgt på litteratur publiceret i perioden 2005-2009. Søgningen er foretaget i november 2009 i samarbejde med DSI's bibliotek. Søgningen resulterede i 298 referencer og yderligere 20 artikler fra den supplerende søgning.

2.4 In- og eksklusionskriterier

Det er karakteristisk for den litteratur, der behandler aktivitet og kapacitet i almen praksis, at det primært er beskrivelser af fx lægers arbejdstid, art og antal ydelser. En anden stor del af litteraturen beskriver forskellige typer almen praksis organisationer, fx forskelle mellem store og små praksis eller mellem solo- og delepraksis. Endelig handler en stor del af den litteratur, som beskæftiger sig med brug af praksispersonale, om faglige identiteter og uddannelsesbehov.

Abstracts for de fremsøgte referencer blev læst, og relevante studier blev valgt ud på baggrund af følgende inklusionskriterier:

- ◆ Studier som undersøger betydningen af en konkret indsats (fx en ny overenskomst) til forandring af lægers arbejdsbyrde, aktivitet eller kapacitet.
- ◆ Studier som undersøger og forklarer forskelle i arbejdsbyrde, aktivitet eller kapacitet, fx ved brug af praksispersonale.

Studier karakteriseret ved følgende blev ekskluderet:

- ◆ Studier som kun beskriver arbejdsbyrde, aktivitet eller kapacitet uden at forklare forskelle mellem forskellige typer praktiserende læger eller praksisorganisationer.
- ◆ Studier som kun omhandler forandringer i forskellige faggruppers roller, arbejdsforhold, behov for uddannelse eller karrieremuligheder.
- ◆ Studier som kun handler om forholdet mellem behandlingskvalitet og brug af praksispersonale til klinisk arbejde.
- ◆ Studier som kun handler om patienters præferencer for behandling af fx læger vs. sygeplejersker.
- ◆ Studier som kun handler om økonomiske gevinster ved brug af praksispersonale.

2.5 Internationale erfaringer med tiltag rettet mod at øge kapaciteten i almen praksis

Kun fem studier blev udvalgt som relevante for denne litteraturgennemgang (de inkluderede studier fremgår af bilag 1 til dette kapitel). To studier undersøger betydningen af organisering af almen praksis for lægers arbejdsbyrde (14) (15); et studie undersøger mulighederne for at bruge sygeplejersker til at overtage dele af opgaverne i almen praksis (16), og to studier undersøger betydningen af økonomiske incitamentsstrukturer for aktiviteten (17) og sammensætning af personale i almen praksis (18).

Studierne af økonomiske incitamentsstrukturer viser, at ydelseshonorering⁵ og kvalitetshonorering (QOF)⁶ kan medvirke til, at aktiviteten i almen praksis stiger (17) (18). I det ene studie finder man desuden, at den øgede aktivitet ikke har medvirket til en større arbejdsbyrde for de praktiserende læger. Den primære forklaring på dette fund er øget brug af sygeplejersker til klinisk arbejde, hvilket har absorberet en væsentlig del af den øgede aktivitet. I dette studie skelnede man mellem komplekse og ikke komplekse ydelser og typen af det problem, som varetages (akut, kronisk, forebyggelse). På disse parametre rapporterede lægerne om en uændret kompleksitet, men at flere ydelser handlede om forebyggelse og kronisk sygdom og færre om akut sygdom. Et resultat som må ses i lyset af to forhold: a) at forebyggelse og varetagelse af patienter med kronisk sygdom netop er områder, som er prioriteret i det engelske system til kvalitetshonorering, og b) at sygeplejerskerne i samme studier rapporterer om øget kompleksitet i de ydelser, de gennemfører, og altså formentlig ikke kun absorbe-

⁵ I dette tilfælde i Canada, hvor praktiserende læger bl.a. kan vælge at blive honoreret pr. ydelse frem for fx en fast løn.

⁶ I England er indført et honoreringssystem (Quality and Outcomes Framework, QOF), hvor en væsentlig del af honoreringen af almen praksis er afhængig af, om praksissen opnår bestemte kvalitetsstandarder. I QOF'en er bl.a. lagt vægt på behandlingen af kronisk sygdom.

rer en del af lægehusets øgede kapacitet, men også varetager en anden type af ydelser end før QOF'en (18). Aktiviteten bliver i begge studier opgjort som antallet af ydelser pr. læge, og det fremgår ikke, om der er tale om flere ydelser pr. patient eller ydelser til flere patienter. Det er derfor ikke muligt at konkludere, om ydelseshonorering og kvalitetshonorering påvirker kapaciteten i almen praksis i form af flere patienter på listen. Det er heller ikke muligt at afgøre, om den øgede aktivitet kan forklares med, at aktiviteten er faldet på områder, som ikke undersøges i studierne, øget henvisning til speciallæger eller reduceret kvalitet i behandlingen.

Et studie er baseret på en systematisk gennemgang af litteratur om mulighederne for at lade sygeplejersker overtage opgaver i almen praksis for dermed at nedsætte praksislægenes arbejdsbyrde. Studiet viser, at sygeplejersker kan varetage både akutte kontakter og løbende og opfølgende behandling af patienter i almen praksis med samme kvalitet som lægerne. Forfatterne konkluderer desuden, at der er et potentiale for at reducere efterspørgslen af læger ved at lade sygeplejersker overtage veldefinerede opgaver. Denne konklusion bygger kun på et enkelt studie og er under forudsætning af, at den samlede mængde af opgaver ikke stiger, og at lægerne formår at overdrage opgaver til sygeplejersker uden selv at blande sig (16). Et andet studie peger også på, at sammenhængen mellem brug af praksispersonale og lægers arbejdsbyrde ikke er så enkel. Studiet viser, at lægers arbejdsbyrde er mindre i større praksisorganisationer sammenlignet med mindre⁷. Forfatterne forklarer dette med et øget brug af praksispersonale i store praksisorganisationer. Omvendt finder de, at lægers arbejdsbyrde stiger med antallet af ansat praksispersonale. Forklaringen på dette fund er, at praksispersonale tilsyneladende medvirker til at udvide den samlede mængde af opgaver og dermed også efterspørgslen efter læger (14). Hvorvidt dette fund hænger sammen med én reduceret efterspørgsel efter det øvrige sundhedsvæsens ydelser, og dermed et reduceret ressourcetræk, fremgår ikke af dette studie. Endelig peger et studie på, at store og små praksisorganisationer bruger praksispersonale med forskellige formål. Store praksisorganisationer⁸ brugte i dette studie praksispersonale til at udvide kapaciteten enten i form af flere ydelser eller flere patienter på listen. Små praksisorganisationer brugte praksispersonale til at reducere lægens arbejdsbyrde (15).

Baggrunden for ét af de identificerede studier (14) er meget lig baggrunden for denne DSI rapport, nemlig at almen praksis nu og i fremtiden skal varetage mange patienter og flere opgaver i takt med, at antallet af kronisk syge patienter stiger. Studiet undersøger derfor også, om organisering af indsatsen for patienter med kronisk sygdom har betydning for praktiserende lægers arbejdsbyrde. Der er udvalgt en række indikatorer, som beskriver dele af 'Kronikermodellen'⁹, herunder kliniske informationssystemer og redskaber til beslutningsstøtte. Studiets konklusion er dog, at det er størrelsen på praksisorganisationen og ikke organiseringen af kronikerindsatsen, som påvirker praktiserende lægers arbejdsbyrde. I studiet finder man lavere arbejdsbyrde blandt læger i større praksis (14). Brug af praksispersonale er som tidligere nævnt en mulig forklaring på dette fund, men dårligere kvalitet er også en mulig, men ikke undersøgt forklaring. Et andet studie har til formål at undersøge, om der findes en optimal praksisstørrelse blandt almen praksis i Holland i forhold til at reducere lægers arbejdsbyrde. Her finder de, at lægers arbejdsbyrde var mindst i praksis med 2.750-2.900 patienter på listen (15). Dette tal kan naturligvis ikke overføres direkte til danske forhold, da serviceniveau og nor-

⁷ I dette studie er praksisstørrelse defineret ved antal patienter pr. praksis, og grænsen mellem større og mindre praksis er ikke defineret eksplicit. Studiet præsenterer derimod, at en forøgelse af patientantallet på 1.000 patienter betyder en reduktion i lægernes arbejdstid svarende til 1,29 time pr. uge.

⁸ I dette studie er praksisorganisationerne inddelt i ti grupper afhængig af antal patienter pr. praksis, og praksisstørrelse blandt de inkluderede praksis varierer fra 1.400-15.365 patienter pr. praksis. Hvor grænsen mellem større og mindre praksis går, er heller ikke defineret eksplicit i dette studie.

⁹ Kronikermodellen (The Chronic Care Model) udgør en ramme for, hvordan indsatsen for mennesker med kronisk sygdom kan tilrettelægges. Modellen, som er udviklet i USA, beskriver en række elementer som afgørende for at sikre optimale sygdomsforløb. Modellen forudsætter en aktiv indsats fra både patient, sundhedsvæsen og samfund, herunder støtte til egenomsorg, sundhedsvæsenets organisering, den sundhedsfaglige indsats, beslutningsstøtte til sundhedsfagligt personale, kliniske informationssystemer og samfundets ressourcer og politikker (19).

mer for arbejdstid formentlig ikke er sammenlignelige. Studiet indikerer dog, at mange patienter ikke nødvendigvis er lig en større arbejdsbyrde. Som ved de øvrige studier er det ikke givet, at sparet lægetid bruges til at øge kapaciteten i almen praksis.

2.6 Diskussion og konklusion

Litteraturen om indsats til at øge kapaciteten i almen praksis er meget begrænset. Desuden siger de identificerede studier ikke direkte noget om øget kapacitet i form af flere patienter på listen, men om lægers reducerede arbejdsbyrde eller øget aktivitet i form af flere ydelser pr. læge. Kapacitet i form af antal patienter pr. praktiserende læge er tilsyneladende ikke genstand for forskning på samme måde som lægers arbejdsbyrde eller aktivitet i almen praksis. Derfor er konklusionerne i denne undersøgelse baseret på analyser, som kun indirekte kan give indikationer på, hvad der påvirker praktiserende lægers mulighed for at tage flere patienter på listen.

Denne litteraturgennemgang bekræfter, at økonomiske incitamenter har betydning for aktiviteten i almen praksis i form af flere ydelser pr. læge. Dette er hverken et overraskende eller nyt resultat, og litteraturgennemgangen bidrager ikke til en yderligere kvalificering af, om og hvordan økonomiske incitamenter bidrager til, at færre praktiserende læger kan tage sig af flere patienter. Det eneste konkrete tiltag, der specifikt adresserer dette behov, er altså fortsat den hollandske ordning, hvor en del af basishonoreringen til almen praksis afhænger af en norm på 2.350 patienter pr. praktiserende læge (12).

De identificerede studier peger også på, at der er et potentiale i at bruge praksispersonale, hvis aktiviteten skal stige, eller hvis sparsomme ressourcer, primært i form af et begrænset antal læger i almen praksis, skal udnyttes bedst muligt. Det er derved muligt at frigive tid, som lægen kan bruge til at begrænse sin egen arbejdstid, til at varetage flere patienter eller flere opgaver. Sammenhængen er dog ikke enkel, da praksispersonale både kan medvirke til at aflaste eller belaste knappe lægeressourcer. Praksispersonale kan varetage veldefinerede opgaver og derved aflaste den praktiserende læge. Dette dog under forudsætning af at praksispersonalet løser opgaverne selvstændigt og med minimal indblanding fra lægen. Praksispersonale kan dog også medvirke til at øge patienters efterspørgsel efter den praktiserende læge, hvis personalet medvirker til, at den samlede mængde af opgaver øges. Brug af praksispersonale til klinisk arbejde kræver stram styring og koordinering.

Studierne peger ikke på andre tiltag vedrørende organisering af almen praksis, som har medvirket til øget aktivitet, flere patienter på listen eller reduceret arbejdsbyrde for de praktiserende læger. Det kan hænge sammen med, at forhold som fx lokale måder at organisere praksis på ikke er så lette at indfange i studier af den type, som er inkluderet i denne gennemgang. Disse er primært baseret på relativt grove karakteristikkere af de undersøgte praksis og giver ikke blik for de små detaljer, som måske også forklarer de forskelle, som er fundet i de inkluderede studier.

I de studier, som finder, at de praktiserende lægers arbejdsbyrde reduceres, er det ikke givet, at den tid, der frigives, bliver brugt til at øge aktivitet eller til at varetage flere patienter pr. læge. Dette bl.a. fordi det kan være en pointe i sig selv at begrænse praktiserende lægers ugentlige arbejdstid med henblik på fastholdelse og rekruttering. Endelig er arbejdsbyrde, aktivitet og kapacitet et resultat af mange faktorer, herunder behandlingens kvalitet og arbejdsdelingen mellem almen praksis og andre aktører i sundhedsvæsenet. Faktorer som der kun tages højde for i begrænset omfang.

Denne litteraturgennemgang bekræfter i hovedtræk de konklusioner, som er fremhævet i tidligere studier af kapacitet i almen praksis. Litteraturgennemgangen giver dog formentlig ikke et fuldstændigt billede af, hvilke indsats der kan medvirke til øget kapacitet i almen praksis i form af flere patienter

pr. læge. Denne problemstilling er underbelyst i litteraturen, og der mangler fortsat undersøgelser, som kan bidrage med praktisk anvendelig viden om, hvordan kapacitet kan udvides i almen praksis.

Bilag 1: Tabel over inkluderet litteratur

Forfatter & årstal	Formål/baggrund	Metode/datagrundlag	Resultater/konklusion
Laurant et al 2005 (16)	<p>Et litteraturstudie af betydning af substitution af læger med sygeplejersker i almen praksis for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienter (fx dødelighed, sygelighed og tilfredshed med behandling) - Procedurer (fx efterlevelse af kliniske retningslinjer eller behandlingskvalitet) - Ressourceforbrug (fx frekvens og længde af konsultationer, recepter, laboratorietest og henvisningsmønster) - Omkostninger 	<p>Cochrane review: Systematisk gennemgang af publiceret litteratur 1966-2002.</p> <p>Inklusionskriterium: studier, hvor sygeplejerske og læger udførte samme ydelser.</p> <p>25 artikler (svarende til 16 studier) blev inkluderet.</p>	<p>I syv studier varetog sygeplejersker første kontakt og opfølgende behandling blandt alle patientgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingen forskel i udbyttet af læger og sygeplejerskers ydelser, hverken for patienter, procedurer, ressourceforbrug og omkostninger.</i> <p>I fem studier varetog sygeplejersker første kontakt for patienter med akutte henvendelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Der var ingen forskel i udbyttet af læger og sygeplejerskers ydelser i forhold til helbredsmæssige mål, men patienter udtrykte større tilfredshed med sygeplejersker.</i> - <i>Sygeplejersker brugte længere tid pr. konsultation, gav mere information til patienterne og genindkaldte oftere patienter.</i> - <i>Betydningen af substitution af sygeplejersker med læger for lægernes arbejdsbyrde og direkte omkostninger varierede mellem studierne.</i> <p>I fire studier varetog sygeplejersker løbende behandling og opfølgning af kroniske patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ingen forskel i udbyttet af læger og sygeplejerskers ydelser, hverken for patienter, procedurer, ressourceforbrug og omkostninger.</i> <p>Konklusioner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sygeplejersker kan gennemføre behandling af samme kvalitet som læger</i> - <i>Der er potentiale for, at reducere lægers arbejdsbyrde ved substitution af læger med sygeplejersker</i> - <i>Dette er dog under forudsætning af, at den samlede mængde af opgaver ikke ændrer sig</i>

Forfatter & årstal	Formål/baggrund	Metode/datagrundlag	Resultater/konklusion
Wensing et al 2006 (15)	En undersøgelse af sammenhængen mellem praksisstørrelse, bredden i de udbudte ydelser og lægers arbejdsbyrde.	Data indsamlet i forbindelse med et program til kvalitetsforbedring i almen praksis i Holland (2001-2004). Data om: - Lægers arbejdsbyrde (arbejdstimer/uge/1.000 patienter) - Praksispersonale (fuldtidsansatte/1.000 patienter) - Praksisstørrelse (antal registrerede patienter i praksis) - Bredden af de udbudte ydelser (seks mål for ydelser til patienter med diabetes, hjerte/karsygdomme, astma og KOL) - Organisatoriske karakteristika (brug af praksispersonale til at varetage patienter med kronisk sygdom; brug af elektroniske journalsystemer; organisering af praksisen; tid brugt på møder med praksispersonale; audit i lægegruppen; kvalitetsstyring; tilstedeværelse af laboratoriefaciliteter; tilstedeværelse af avanceret medicinsk udstyr) - Patienters socioøkonomiske status (Andel patienter med sygeforsikring)	Lægers arbejdsbyrde var størst i mindre praksis. <i>I praksis med 2.750-2.900 patienter var lægers arbejdsbyrde mindst.</i> <i>Større uddelegering af kliniske arbejdsopgaver til praksispersonale medførte lavere arbejdsbyrde for lægerne. Flere laboratoriefaciliteter medførte øget arbejdsbyrde for lægerne.</i> Større praksis havde en større bredde af tilbudte ydelser. <i>Der var ingen sammenhæng mellem lægers arbejdsbyrde og bredden i de udbudte ydelser.</i> Antal fuldtidsansat praksispersonale/1.000 patienter var mindst i store praksis. <i>Lægers arbejdsbyrde steg med stigende antal praksispersonale.</i> I store praksis var der en sammenhæng mellem uddelegering af kliniske arbejdsopgaver til praksispersonale og antal praksispersonale ansat. <i>En indikation på, at praksispersonale ansættes til at varetage nye opgaver eller flere patienter.</i> I små praksis var der en sammenhæng mellem uddelegering af kliniske arbejdsopgaver til praksispersonale og lægers arbejdsbyrde. <i>En indikation på, at praksispersonale bruges til at reducere lægers arbejdsbyrde i små praksis.</i>
Devlin et al 2008 (17)	En undersøgelse af reaktionen blandt praktiserende lægers i Canada på forskellige økonomiske incitamentsstrukturer. I Canada kan praktiserende læger vælge forskellige former for aflønning, fx honorering pr. ydelse, fast løn, honorering pr. patient, timeløn, servicekontrakter eller kombinationer. Det giver mulighed for at sammenligne forskellige aflønningssystemers betydning for produktiviteten (antal konsultationer pr. læge)	Analyse af sammenhængen mellem finansieringsform (ydelseshonorering og andre former for honorering) og antal konsultationer pr. læger. Analyse kontrolleret for betydningen af patientsammensætning og betydningen af, at bestemte typer (primært de mest produktive) læger vælger ydelseshonorering. Data fra national undersøgelse af 7.352 canadiske praktiserende læger fra 2004.	<i>Ydelseshonorering giver incitament til flere konsultationer pr. læge sammenlignet med andre former for aflønning.</i> Patientsammensætning har betydning for produktiviteten, men forklarer kun en lille del af forskellen i produktiviteten ved forskellige finansieringsformer. Det samme gælder betydningen af, at mere produktive læger vælger ydelseshonorering. Studiet belyser <i>ikke</i> konsekvenser af ydelseshonorering for antal henvisninger til specialister, praktiserende lægers samlede indkomst, sundhedsvæsenets omkostninger og behandlingskvalitet.

Forfatter & årstal	Formål/baggrund	Metode/datagrundlag	Resultater/konklusion
Wensing et al 2009 (14)	<p>En undersøgelse af sammenhængen mellem lægers arbejdsbyrde og organiseringen af behandling af kronikere i almen praksis.</p> <p>Udgangspunktet for undersøgelsen er en antagelse om at stigende krav til behandling af kronisk syge vil betyde mere arbejde for de praktiserende læger med mindre de enkelte praksisorganisationer tilrettelægger og planlægger kronikerindsatsen på bedste og mest effektive vis.</p>	<p>Analyse af data fra 'European Practice Assessment' (EPA).</p> <p>Data fra 140 praksisorganisationer fra Østrig, Belgien, England, Frankrig, Tyskland, Israel, Holland, Slovenien, Schweiz og Wales.</p> <p>Analyse på udvalgte data, som forskerne vurderede var potentielle indikatorer for dimensioner i kronikermodellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den sundhedsfaglige indsats - Kliniske informationssystemer - Beslutningsstøtte - Organisering af patientuddannelse <p>Desuden data om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbejdsklima i praksissen - Størrelse af praksis (antal tilsete patienter/år) - Lægers selvrapporterede arbejdsbyrde (antal arbejdstimer/uge og arbejdstimer/1.000 tilsete patienter) - Antal praksispersonale (antal fuldtidsansættelser, ikke læger) 	<p>Mindre variation i det deltagende praksispersonale ved personalemøder, et positivt arbejdsklima og tilstedeværelse af patientuddannelsesmateriale var associeret med større arbejdsbyrde blandt læger.</p> <p>Efter kontrol for praksisstørrelse og ikke-lægefagligt ansatte i praksissen forsvandt disse sammenhænge.</p> <p><i>Det bliver fortolket som tegn på, at praksisstørrelse frem for organisering af kronikerindsatsen har betydning for lægers arbejdsbyrde.</i></p> <p><i>Lægers arbejdsbyrde var lavere i større praksis og i praksis med et lille antal praksispersonale.</i></p> <p>Betydningen af praksisstørrelse for lægers mindre arbejdsbyrde kan hænge sammen med organisatoriske karakteristika, som ikke blev indfanget i denne analyse.</p> <p><i>Større brug af praksispersonale i større praksis kan også forklare lægers lavere arbejdsbyrde i større praksis.</i></p> <p>Betydningen af antallet af praksispersonale for lægernes større arbejdsbyrde kan fortolkes som, at fx sygeplejersker i højere grad bruges til at supplere (dvs. udvide opgaveporteføljen) end til at substituere (dvs. overtage dele af) lægers arbejde.</p>
Gemmell et al 2009 (18)	<p>En undersøgelse af forandringer i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antal og sammensætning af personale - arbejdsbyrde (i form af flere ydelser pr. læge) <p>... før og efter ny overenskomst for almen praksis i England.</p> <p>I 2004 blev det indført, at lade indkomst i almen praksis afhænge af kvalitet målt ved score på en række mål for kvalitet. Der er særligt lagt vægt på patientrettet forebyggelse og behandling kroniske patienter.</p>	<p>42 almene praksisorganisationer blev udvalgt så de repræsenterede den samlede gruppe af praksisser i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patienters socioøkonomiske niveau - befolkningstæthed - beboelsestyper i området - score på kvalitetsmål <p>(Små praksisser var dog underrepræsenteret)</p> <p>Data om antal og type personale ansat i 2003 og 2005</p> <p>I 2003 og 2005 udfyldte læger og sygeplejersker dagbøger i en uge for hver konsultation med oplysninger om:</p>	<p><i>Den ekstra kliniske arbejdsbyrde, der opstod som følge af den nye overenskomst i 2004 blev absorberet af flere sygeplejersker end læger og en uddelegering af arbejdsopgaver fra læger til sygeplejersker.</i></p> <p>Det gennemsnitlige antal læger steg 4,2 % og det gennemsnitlige antal sygeplejersker steg med 13,5 %</p> <p>Kompleksiteten af arbejdet var uændret for lægerne, men steg for sygeplejerskerne</p> <p>Konsultationsraten (antal konsultationer/personalegruppe) var stigende for sygeplejersker og svagt faldende for læger.</p>

Forfatter & årstal	Formål/baggrund	Metode/datagrundlag	Resultater/konklusion
	<p>I denne nye overenskomst lå en implicit forventning om, at almen praksis skulle arbejde hårdere (dvs. tilbyde flere ydelser) for at for at opnå kvalitetsmålene. Spørgsmålet er om det ville betyde mere personale eller en øget indsats fra det eksisterende personale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - patientens alder og køn - konsultationens kompleksitet - antal og type problem (akut, kronisk, forebyggelse) <p>Efter hver arbejdsdag blev desuden noteret oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antal tilsete patienter - antal timer brugt på direkte patientkontakt (inkl. telefonkonsultationer) - antal timer brugt på indirekte patientkontakt (fx konferencer og henvisningsblanketter) - antal timer brugt på ikke-klinisk aktivitet (fx administration og undervisning) 	<p>Læger brugte lidt mere tid på behandling af kronikere og på forebyggelse, hvor sygeplejersker brugte lidt mere tid på akut behandling og forebyggelse.</p>

3. Organisering og arbejdsdeling i kompagniskabspraksis med mange tilmeldte patienter

Af Martin Sandberg Buch

3.1 Resumé

3.1.1 Formål og målgruppe

Dette er en undersøgelse af, hvad der kendetegner kompagniskabslægehuse med mange tilmeldte patienter, samt hvilke forhold der muliggør en høj patientkapacitet. Undersøgelsen er målrettet praktiserende læger samt planlæggere og beslutningstagere, der er ansvarlige for at støtte udviklingen af almen praksis.

3.1.2 Datagrundlag og metode

Undersøgelsen er baseret på et casestudie, der beskriver og sammenligner otte kompagniskabslægehuse, der for det første har mange tilmeldte patienter pr. læge (1.952 i gennemsnit sammenlignet med 1.583 i landsgennemsnit), for det andet har relativt mange ejerlæger (4,1 fuldtidslæger sammenlignet med 1,60 i landsgennemsnit), for det tredje anvender meget personale (1,45 årsværk i gennemsnit sammenlignet med 0,90 årsværk i landsgennemsnit) og for det fjerde anvender meget lægelig medhjælp (1,38 årsværk i gennemsnit sammenlignet med 0,14 i landsgennemsnit).

Analyserne er baseret på data, der beskriver lægehusenes personaleresourcer, ydelser og henvisninger til sekundærsektoren samt semistrukturerede interview med ejerlæger, ansatte læger og klinikpersonale. Herudover er der indsamlet skriftligt materiale, der beskriver opgavedeling og organisering af kronikerbehandlingen i de otte lægehuse.

3.1.3 Væsentligste resultater

Mange tilmeldte patienter behøver ikke at give flere opgaver til sekundærsektoren

De otte lægehuses henvisninger til sekundærsektoren afviger ikke fra kommunegennemsnittet. Derfor er der ingen indikation på, at lægehusenes høje patientkapacitet har negative konsekvenser for det sekundære sundhedsvæsen. De tilmeldte patienter modtager også gennemsnitligt flere konsultationsydelser (7,45 pr. patient årligt) end landsgennemsnittet (6,88 pr. patient årligt). Lægehuse har altså formået at etablere en organisation, der både resulterer i øget patient- og opgavekapacitet.

Uddelegering og ledelse kan betale sig

De otte lægehuse er generelt afhængige af at have meget klinikpersonale og uddannelseslæger for at kunne opretholde deres høje antal af tilmeldte patienter. Der er dog både stor forskel på, hvor meget personale lægehuse anvender til at passe deres patienter og stor forskel på ejerlægerne selvoplyste arbejdsuge. Undersøgelsen har ikke fundet væsentlige forskelle i lægehusenes patientgrundlag, ydelser eller henvisninger, som kan forklare disse forskelle. Til gengæld har de ejerlæger, der mest entydigt satser på uddelegering til et funktionsopdelt personale samt en formel ledelsesstruktur og organisation kortest selvvalderet arbejdsuge. De samme læger er også nået længst med at uddelegere og standardisere kronikerbehandlingen i henhold til DSAM's vejledninger.

Fremtidens lægehuse bør forpligtes til at realisere de stordriftsfordele, et stort lægehus giver mulighed for

Det kan allerede i dag lade sig gøre at kombinere et kompagniskabslægehus med en høj patientkapacitet, en veludviklet kronikerbehandling og en almindelig arbejdsuge. Et eksplicit fokus på praksisledelse, uddelegering og en effektiv klinikdrift gør tilsyneladende forskellen. Dette forhold er interessant, fordi debat såvel som de fleste af de igangsatte initiativer, der skal øge kapaciteten i almen praksis, knytter sig til rekruttering, lokaler, antallet af ejerlæger og antallet af tilknyttet personale. Forhold vedrørende fx organisering af en effektiv praksisdrift, kompetencer hos praksispersonalet og ledelse af det enkelte lægehus fremstår i højere grad som interne anliggender. Derfor bør den igangværende udvikling suppleres med initiativer, der støtter og forpligter de store praksisenheder i arbejdet med at realisere de fordele, en stor praksisdrift giver mulighed for.

3.2 Indledning og formål

Der er politisk og faglig opbakning til, at almen praksis bør udvikles i retning af større lægehuse med mere personale (1) (2) (10) (20). De væsentligste begrundelser er for det første et behov for øget kapacitet i sektoren som helhed, så almen praksis kan blive omdrejningspunktet for en bedre og mere proaktiv kronikeromsorg. For det andet at yngre læger har et meget klart ønske om at arbejde i flerlægepraksis, fordi disse giver mulighed for et fagligt og kollegialt fællesskab, fleksibilitet i arbejdslivet samt deling af administrative opgaver og udgifter (21).

Viden om, hvordan større lægehuse med høj kapacitet kan skabes, er derfor helt central. De lægehuse, der i dag har højest kapacitet målt på antallet af tilmeldte patienter pr. læge, er solo- og samarbejdspraksis, idet de gennemsnitligt har 100 flere patienter pr. læge end kompagniskabspraksis (13). En af årsagerne er, at læger i kompagniskab ofte arbejder mindre (22)¹⁰. Set i et kapacitetsperspektiv er dette et problem, fordi udviklingen i retning af større lægehuse således risikerer at øge lægemanglen og mindske tilgængeligheden til almen praksis.

Muligheden for at tiltrække flere praktiserende læger er i de kommende 4-5 år begrænset (23), og muligheden for at få de læger, der allerede praktiserer, til at arbejde mere, er formentlig relativt lille (24). Derfor er en af de væsentligste forudsætninger for at sikre kapaciteten i sektoren, at ansættelse af personale i kompagniskaber øger lægehusenes gennemsnitlige patientkapacitet, så den kommer på højde med solo- og samarbejdspraksis.

Anvendelsen af personale i almen praksis er ikke velbelyst, men erfaringerne tyder på, at de fleste lægehuse, der ansætter sygeplejersker, er tilfredse og oplever, at ansættelsen er økonomisk rentabel (25). Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at mere klinikpersonale udvider kapaciteten (10). Tværtimod viser udenlandske undersøgelser, at introduktion af fx kronikersygeplejersker skaber behov for styring af arbejdsdelingen og kvalitetssikringen, da der ellers er en tendens til uklar arbejdsdeling og dobbeltarbejde, fx ved at lægerne udfører samme arbejde som sygeplejerskerne – for at kontrollere kvaliteten, eller hvis sygeplejerskerne inddrager lægerne i opgaverne, fordi de er usikre (16) (26) (27).

Derfor er der brug for viden om, hvordan kompagniskaber med stor kapacitet fungerer, herunder hvordan de anvender deres klinikpersonale til a) at øge antallet af tilmeldte patienter, og b) i hvilket omfang personalet bidrager til at øge opgavekapaciteten – fx i forhold til at realisere den proaktive patientrettede forebyggelse der ønskes på kronikerområdet.

¹⁰ Den ekstra fritid fordeles oftest imellem fridage, der gør det nemmere at få et familieliv, der hænger sammen, ekstra ferieuuger, faglig udvikling eller fagligt engagement fx i form af ansættelse som praksiskonsulent og lignende.

Kapitlet er baseret på en undersøgelse af otte lægehuse, der for det første har mange tilmeldte patienter pr. læge (1.952), for det andet har relativt mange ejerlæger (4,1 fuldtidslæger), for det tredje anvender meget personale (1,45 fuldtidsstillinger pr. fuldtidslæge), og for det fjerde anvender meget lægelig medhjælp (1,38 pr. lægehus). Analysens fokus er opgavedeling mellem ejerlæger og personale samt lægehusenes organisation og ledelse. Undersøgelsen afdækker endvidere, i hvilket omfang lægehusenes ydelses- og henvisningsprofiler adskiller sig fra kommune- og landsgennemsnit, samt hvilke konkrete og praktiske løsninger fra hverdagen læger og personale forbinder med øget patient- og opgavekapacitet.

3.3 Undersøgellesdesign og metode

3.3.1 Kriterier fra udvælgelse af de otte kompagniskaber i undersøgelsen

Lægehusene er udvalgt, så de geografisk er jævnt fordelt samt dækker både land- og byområder. Kriterierne for udvælgelse fremgår i prioriteret rækkefølge af tabel 3.1, der også sammenligner lægehusene med landsgennemsnittet.

Tabel 3.1: Udvalgelseskriterier

	Gennemsnit for de otte kompagniskaber	Gennemsnit for almen praksis
Høj patientkapacitet	1.952 pr. fuldtidslæge	1.583 pr. fuldtidslæge
Mange læger	4,08 fuldtidslæger	1,60 fuldtidslæger
Meget personale	1,45 årsværk pr. fuldtidslæge	0,90 årsværk pr. fuldtidslæge
Meget lægelig medhjælp	1,38 årsværk pr. fuldtidslæge	0,14 årsværk pr. fuldtidslæge

Alle lægehuse, der har deltaget i undersøgelsen, har eksisteret i mange år. Alligevel er gennemsnitsalderen for de 35 ejerlæger, der indgår i undersøgelsen, kun 50,8 år, hvilket er godt tre år yngre end gennemsnitsalderen for praktiserende læger på landsplan. Det skyldes, at mange af lægehusene er ved at have gennemført generationsskifte, hvor erfarne læger erstattes af nyledsatte læger.

For at belyse rekrutteringsvinklen i relation til lægehuse med mange patienter er alle lægehusenes uddannelseslæger interviewet om deres oplevelse af at være i et kompagniskab med mange patienter, samt hvilken betydning disse har for deres overvejelser om en fremtid i almen praksis.

3.3.2 Udvalgelse af kompagniskaber til undersøgelsen

De deltagende lægehuse blev i august 2009 fundet via www.sundhed.dk, hvor det lykkedes at finde 17 kompagniskaber¹¹, der matchede undersøgelsens udvalgelseskriterier. Det var intentionen at inkludere ti lægehuse, men det har kun været muligt at inkludere otte, idet syv ikke ønskede at deltage, mens to ikke har haft mulighed for at deltage inden for projektets tidsramme.

Selvom lægehusene er valgt på baggrund af objektive kriterier, indgår således også et væsentligt element af selvselektion. Undersøgelsen giver derfor indsigt i 'best practice', da det må formodes, at det primært er lægehuse med et vist overskud, som takker ja til at deltage i en undersøgelse som denne.

3.3.3 Datagrundlag

Casestudiet kombinerer tre typer data:

1. Baggrundsoplysninger:

¹¹ Analysen fokuserer på kompagniskaber, da disse gennemsnitligt har lavest patientkapacitet.

For hvert af de otte lægehuse er der indhentet oplysninger og skriftligt materiale, der beskriver:

- ◆ Antal tilmeldte patienter
- ◆ Personaleressourcer
- ◆ Lokalemæssige forhold og fremtidsplaner
- ◆ Åbningstider og tilgængelighed
- ◆ Uddelegering af opgaver til klinikpersonale og lægelig medhjælp
- ◆ Ledelse, administration og evt. opdeling af lægelige opgaver.

2. Indhentning af registerdata¹²:

I samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus er der for hvert lægehus gennemført registerudtræk i Sygesikringsregisteret. Opgørelserne sammenligner lægehusenes antal konsultationer, kontakter og henvisninger til sygesikringsydere med gennemsnittet i hjemkommunen. Dataene fra de otte lægehuse er også aggregeret og sammenlignet med gennemsnittet for almen praksis. Der er ligeledes foretaget en sammenligning af henvisningsmønstret til hospitaler på baggrund af data fra Landspatientregisteret. Opgørelserne er lavet for at få en idé om, hvorvidt lægehusenes mange patienter påvirker kontaktmønstret og efterspørgslen på sundhedsydelser i andre dele af sundhedsvæsenet.

3. Semistrukturerede interview med ejerlæger, personale og uddannelseslæger:

Alle lægehuse er besøgt, og forfatteren har fået en rundvisning i lægehuset. Under besøget er der gennemført gruppeinterview med ejerlæger og klinikpersonale samt et individuelt interview med en af lægehusets uddannelseslæger eller ansatte læger. Tabel 3.2 giver en oversigt over de i alt 48 personer, der har deltaget i interview.

Tabel 3.2: Interviewpersoner opgjort efter faggruppe og funktion

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8
Ejerlæge	2	2	4	2	1	2	3	3
Lægelig medhjælp	1	1	1	1	1	1	1	1
Sekretær	1	1	1	3	1	1	1	1
Sygeplejerske	1	2	2	0	1	1	1	1
Bioanalytiker	1	0	0	0	0	0	0	1

Alle interview har fokuseret på følgende temaer:

- ◆ Årsager til – og konsekvenser af – at lægehuset har mange patienter.
- ◆ Arbejdsdeling mellem læger og personale.
- ◆ Brugen af uddannelseslæger og anden lægelig medhjælp.
- ◆ Forhold i lægehusets interne organisering der øger eller mindsker kapaciteten.

Interviewene er optaget og udskrevet, og udskrifterne er anvendt som afsæt for analyse og citering.

¹² Der er indhentet individuelle tilladelser forud for gennemførelsen af de beskrevne analyser.

3.3.4 Kapitlets opbygning

Afsnit 3.4 præsenterer de otte lægehuse via individuelle beskrivelser og en sammenfatning af de mest markante fællestræk og forskelle. Afsnit 3.5 præsenterer data indsamlet i hvert enkelt lægehus og viser forholdet mellem personaleressourcer, antallet af tilmeldte patienter og antallet af leverede ydelser pr. patient. Desuden er det i afsnit 3.6, at lægehusenes kontakt- og henvisningsmønstre sammenlignes med kommune- og landsgennemsnit. Afsnit 3.7 beskriver og analyserer en række forhold vedrørende arbejdsdeling og organisering i de otte lægehuse, som er afdækket i de gennemførte interview. Afsnit 3.8 samler op og konkluderer.

3.4 Introduktion til de otte lægehuse

3.4.1 Individuelle casebeskrivelser

Lægehus nr. 1

Lægehuset ligger i en mindre jysk provinsby og har tre ejerlæger, to sekretærer, en sygeplejerske, en bioanalytiker og en uddannelseslæge. Lægehuset har siden starten af 90'erne udviklet sig fra at være en solo-praksis med over 2.000 patienter til det nuværende trepersoners kompagniskab med 5.144 patienter. Den oprindelige sololæge er i dag den ældste kompagnon. Han fortæller, at han fra starten har arbejdet på at gøre lægehuset stort. I første omgang ansatte han en uddannelseslæge og en bioanalytiker, fordi han sad alene med alt for mange patienter. Siden er antallet af ejerlæger og personale vokset, og ejerlægerne ønsker at være del af et team med flere læger og et funktionsopdelt personale, dels for at opnå aflastning af lægerne, dels for at kunne indfri et højt ambitionsniveau på forebyggelsesområdet. Lægehuset ligger i dag i ejede lokaler, som passer fint til den nuværende størrelse. Men da lægerne ønsker at udvide – i første omgang med en ejerlæge, en uddannelseslæge og en sygeplejerske – leder de i øjeblikket efter større lokaler. I dette lægehus har lægerne fire dages arbejdsuge.

Lægehus nr. 2

I dette lægehus er der fire ejerlæger, to sygeplejersker, fire sekretærer, to bioanalytikere og to uddannelseslæger. Lægehuset, der har eksisteret siden 1974, ligger i en storby og har 8.182 tilmeldte patienter. Lægehuset ligger i et område, der er stærkt socialt belastet. Det betyder, at der bruges mange tolkeressourcer, samt at der er mange patienter med KOL og diabetes.

Lægehuset har altid haft til huse i de samme lejede lokaler, men i 2010 flytter de til et nybygget stort lægehus, som er udformet af lægerne og et arkitektfirma, men bygget og ejet af et investeringsselskab, der lejer lokalerne til lægerne. Lægehuset har altid haft mange patienter pr. ejerlæge, men som følge af flere opgaver er personalet gradvist udvidet over en årrække. Lægerne fortæller at det "i gamle dage" var dem og sekretærene, der sikrede sammenhæng i lægehuset ved at dele opgaver og arbejde på tværs. I takt med at sygeplejersker, bioanalytikere og uddannelseslæger er blevet en fast del af lægehuset, er der sket en markant specialisering af funktionerne, således at der ikke længere er nogen, der fungerer som "blæksprutter". I dag vurderer lægerne derfor, at lægehusets it-systemer og skriftlige vejledninger betyder mindst lige så meget for sammenhængen på tværs af lægehuset som personalet og personlige overleveringer af patienter fra fx læge til personale.

Lægehus nr. 3

Lægehuset, som er et af Danmarks ældste, ligger i en mindre jysk provinsby og ejes af fem læger. Der er ansat fem sekretærer, tre sygeplejersker, tre social- og sundhedsassistenter og en uddannelseslæge. Lægehuset ligger i ejede lokaler, der er bygget til formålet og har ligget på samme adresse siden starten af 80'erne. Så langt tilbage, som den ældste af de nuværende ejerlæger kan huske (1984), har der været fem kompagnoner og mange patienter. Det skyldes bl.a., at lægehuset har haft et princip om aldrig at lukke for tilgang. I 2003 gjorde lægerne dog op med dette princip og lukkede delvist¹³ for tilgang. Siden 2006 har der været helt lukket¹⁴, og antallet af tilmeldte patienter er faldet fra ca. 11.500 til de nuværende 10.022. Lukningen skyldes, at der er flere opgaver pr. patient, og at lægehuset siden årtusindskiftet har gennemgået et generationsskifte, hvor fire af de fem ejerlæger er gået på pension til fordel for nynedsatte læger. I samme periode er lægehusets sygeplejefaglige personale øget, således at lægerne i dag bruger ca. dobbelt så meget plejepersonale, selvom patientantallet er faldet, og lægerne arbejder lige så meget som tidligere.

Lægehuset er et kompagniskab. Sekretærer, it, økonomi og lokaler er således fælles, og patienterne kan frit vælge imellem lægerne. Men i forhold til det sundhedsfaglige klinikpersonale fungerer lægehuset imidlertid som en samarbejdspraksis, idet lægerne har hver deres ansatte, der fungerer som assistenter for den enkelte læge. Valget af denne struktur skyldes, at lægerne vægter kendskabet til den enkelte patient og muligheden for at arbejde individuelt og tæt sammen med et personale højere end de evt. fordele, der kan opnås via et mere funktionsopdelt fælles personale. Lægerne vurderer også, at lægehuset bliver for sårbart overfor sygdom og personaleudskiftning, hvis personalets funktioner bliver for specialiserede. Lægerne tilføjer dog, at man hjælper hinanden i forbindelse med sygemeldt personale.

Lægehus nr. 4

Lægehuset ligger i en mindre jysk by og har 4.150 tilmeldte patienter. Der er tale om et familielægehus, både fordi de to ejerlæger er gift og har haft praksis sammen siden 1982, og fordi næsten alle byens familier er tilmeldt. Den mandlige læge har været i lægehuset siden 1974, mens den kvindelige blev kompagnon i 1982. Indtil år 2000 var der en tredje ejerlæge, men han søgte dengang tilbage til en hospitalsstilling. Siden er det ikke lykkedes at finde en ny kompagnon, så de to ejerlæger klarer sig i stedet med hjælp fra personale og uddannelseslæger. Der er ansat fire sekretærer, og der er normalt 1-2 uddannelseslæger tilknyttet lægehuset. Lægehuset er bygget i 70'erne, og det er bygget til at være lægehus.

For et par år siden ansatte lægerne en sygeplejerske for at kunne uddelegere mere komplicerede opgaver, men det gik slet ikke. Ifølge ejerlægerne "muligvis fordi det er svært at komme ind i et team [af læger og sekretærer], der har arbejdet sammen så længe". Ejerlægerne har derfor besluttet ikke at forsøge med sygeplejersker igen. I stedet har de uddelegeret en række opgaver til sekretærene: Én styrer laboratoriet, én har egen sygeplejeklinik med selvstændige konsultationer, én styrer receptionen, og én arbejder med udgangspunkt i receptionen, men hjælper de andre efter behov. Dermed er lægehuset i princippet lige så funktionsopdelt som de lægehuse, der benytter uddannede sygeplejersker og bioanalytikere. De opgaver, der er uddelegeret, er dog lidt simple, og lægernes løbende supervision af sekretærene er tæt – og baseret på, at de i årtier har arbejdet sammen.

Tre af sekretærene har ca. samme anciennitet og alder som lægerne. Lægehuset står derfor inden for få år over for et generationsskifte, som omfatter både læger og øvrigt personale. Selvom lægehuset er populært blandt uddannelseslægerne, er der endnu ingen, der har vist interesse for at blive optaget som kompagnon. De to ejerlæger oplever, at uddannelseslægerne allerede har slået sig ned og stiftet familie i de større byer, og de ønsker ikke at flytte. Lægerne er derfor usikre på, hvad der skal ske med lægehuset, når de skal på pension, men de håber, at lægehuset kan overdrages til to-tre yngre kolleger.

¹³ Ægtefæller og tidligere tilmeldte patienter, der flyttede tilbage til byen, blev optaget.

¹⁴ Kun børn, der fødes af tilmeldte patienter, kan tilmeldes lægehuset.

Lægehus nr. 5

Lægehuset, som er placeret i Storkøbenhavn, har fire ejerlæger og 7.620 tilmeldte patienter. Huset blev etableret i starten af 80'erne ved, at to topersoners kompagniskaber med mange patienter slog sig sammen. To af husets læger er for nylig gået på pension og erstattet med nynedsatte læger. I den forbindelse holdt lægehuset lukket for tilgang i fem år, og antallet af tilmeldte patienter faldt i perioden med 1.100. Den ejerlæge, som blev interviewet, har været i huset siden 1982 og vurderer, at arbejdspresset over årene er blevet mindre. Lægen mærker dog tydeligt, at de nye kompagnoner oplever, at der er et stort pres på lægehuset. Derfor har begge de nye ejerlæger også kun en firedages arbejdsuge, mens de to erfarne læger stadig arbejder fem dage om ugen.

Lægehuset ligger i en ejerforening, hvor der også er en speciallægepraksis og en fysioterapiklinik. Fysioterapeuterne er netop flyttet, og lægerne har overvejet at overtage de ledige lokaler, da de mangler plads. Den interviewede læge regner dog ikke med, at det bliver til noget, da de to nye læger i forvejen har store lån efter at have købt sig ind i lægehuset.

Lægehuset har ansat to sekretærer, tre sygeplejersker og en uddannelseslæge. Således har de fire læger relativt meget personale, men ejerlægen oplever, at der er mange udfordringer i forbindelse med længerevarende sygdom, hyppig udskiftning og barsel blandt både sygeplejersker og uddannelseslæger. Ejerlægen vurderer derfor, at der indtil videre har været ret dårlig økonomi forbundet med lægehusets forsøg på at udvide klinikpersonalet med kronikersygeplejersker. Det skyldes bl.a., at det har vist sig svært at udfylde de afsatte tider hos sygeplejerskerne, samt at sygeplejerskerne har haft vanskeligt ved at omstille sig til det høje antal patientkontakter, der er i et lægehus sammenlignet med et hospital eller en hjemmesygepleje. Det, der ifølge lægen får dagligdagen til at fungere, er, at de to sekretærer og den ene af sygeplejerskerne er erfarne, effektive og stabile. Der er aktuelt ingen planer om at udvide personalet yderligere, idet første prioritet er at blive bedre til at udnytte de allerede ansatte sygeplejersker.

Lægehus nr. 6

Lægehuset, som ligger i en middelstor sjællandsk provinsby, ejes af fire læger, der deler tre ydernumre og har 5.100 tilmeldte patienter. To af lægerne er på vej på pension og deler derfor et ydernummer. Lægehuset har ansat to sekretærer, to sygeplejersker og to uddannelseslæger. Den ene af uddannelseslægerne er netop blevet tilbudt at overtage det ydernummer, der bliver ledigt, når de to deltidslæger går på pension. Hun har dog ikke besluttet sig endnu, da der er langt til København, hvor hun bor. Sekretærer og sygeplejersker arbejder overvejende funktionsopdelt. Sygeplejerskerne har således selvstændige konsultationer og laver kun sygeplejeopgaver. Lægerne oplever ikke, at sygeplejerskerne har svært ved at fylde deres tidsbestilling eller tjene sig selv ind. Sekretærene passer primært reception og tidsbestilling, men varetager også enkelte sygeplejefaglige opgaver. Alle ansatte hjælper herudover hinanden ved sygdom og travlhed.

Som det eneste lægehus i undersøgelsen indgår lægerne i en samarbejdspraksis med tre andre kompagniskaber. Samarbejdspraksissen har eksisteret siden 1974, og den er netop flyttet til et stort nybygget lægecenter på 2.600 m², som lægerne selv er bygherrer for. De fire kompagniskaber har således fælles lokaler og et fælles telefon-, it- og journalsystem. Derudover deler de også en praksismanager på fuld tid og et laboratorium med fire bioanalytikere. I lægecentret arbejdes også på at implementere fælles retningslinjer (som uddannelseslægerne er med til at udforme) for det samlede lægecenters kronikeromsorg og uddannelse af læger.

Lægehuset har i flere år haft lukket for tilgang, og antallet af tilmeldte patienter er ikke så højt sammenlignet med de andre lægehuse, som er inkluderet i undersøgelsen. Læger og ansatte vurderer også som de eneste, at lægehuset har uudnyttet kapacitet. Dette er dog under ændring, da der er åbnet for tilgang i forbindelse med flytningen til det nye lægecenter. Målsætningen er nemlig, at de fire lægehuse skal optage de godt 2.000 patienter i byen, der i øjeblikket er uden egen læge.

Lægehus nr. 7

Dette lægehus, som ligger i en storby, ejes af fem læger. Lægehuset har tradition for at have mange tilmeldte patienter – i øjeblikket 10.153. Dette er ifølge ejerlægerne ca. 600 for meget, og derfor er der lukket for tilgang.

Lægehuset blev bygget i starten af 70'erne af to brødre. De havde hver to sygeplejersker, der fungerede som assistenter i konsultationen. Huset har siden haft tradition for at have meget personale og for at have sygeplejersker, der aktivt deltager i lægernes konsultation.

Siden starten er antallet af læger og ansatte gradvist udvidet, så der i dag er fem ejerlæger, fem sekretærer, fem sygeplejersker, en bioanalytiker og en uddannelseslæge. Da huset er bygget til at være lægehus, fungerer det fortsat godt, men der begynder at blive pladsmangel. Lægehuset ligger endvidere på en grund, hvor der ikke må bygges til, og derfor er der ingen planer om at udvide antallet af ejerlæger eller ansætte mere personale.

Personalet i lægehuset har hver deres arbejdsfunktion. Sekretærene er funktionsdelte: to arbejder udelukkende med administrative opgaver, der ikke indebærer patientkontakt, to arbejder udelukkende med telefon og reception, mens den femte sekretær arbejder begge steder. Laboranten passer laboratoriet, men aflastes af sygeplejerskerne, der tager mange blodprøver som led i lægernes konsultation.

Sygeplejerskerne har selvstændige konsultationer i lægernes telefontid om morgenen fra kl. 8-9 samt en time hver eftermiddag. Her laver de fx vægtkontrol og kontrol af ukomplicerede hypertensionpatienter (men de har ingen øvrige kronikere). Det meste af dagen fungerer sygeplejerskerne dog som assistenter for ejerlægerne.

Ejerlægerne har som standard 10 minutters konsultationer, hvilket adskiller dem af de øvrige syv lægehuse (som alle har 15 minutters standardkonsultationer). Det kan lade sig gøre, fordi hver ejerlæge pendler imellem to konsultationsrum og har en sygeplejerske, der forbereder og afslutter hver enkelt konsultation. Lægerne oplever, at den nuværende organisering fungerer godt, men der er planer om at udvide sygeplejerskernes selvstændige konsultationer til i højere grad at omfatte kronikerkontroller. Dog ønsker lægerne at gøre det som led i en længerevarende og velforberedt proces, fordi de ønsker, at der skal være meget faste og kvalitetssikrede retningslinjer, før opgaverne uddelegeres.

Lægehus nr. 8

Lægehuset, som er placeret i en mindre provinsby på Sjælland, ejes af syv læger og har 14.984 tilmeldte patienter. Udover at være undersøgelsens største lægehus (målt på antallet af læger og patienter) er det også det lægehus, der har næstmindst personale (målt i fuldtidsstillinger pr. fuldtidslæge). Ejerlægerne vurderer dels, at det kan lade sig gøre, fordi de har en meget effektiv og velfungerende organisation, men også at deres patienter generelt er midaldrende og sunde og dermed relativt lette at passe.

Kompagniskabet blev stiftet i 1966, og det nuværende lægehus blev bygget i 1971. Huset er derfor lavet til at være lægehus, og som sådan fungerer det godt. Det er for nyligt udbygget, og lægerne har hverken planer eller ønsker om at udvide yderligere.

Lægehuset startede med at have fem ejerlæger, og siden 1988 har der været syv. Huset ligger i et villaområde, der blev bygget i slutningen af 60'erne og færdigudviklet i 80'erne. Lægehuset var i mange år det eneste i lokalområdet, og derfor ville lægerne ikke lukke for patienttilgangen, og således har der siden 80'erne været mange patienter tilmeldt. I dag er der kommet endnu et lægehus i lokalområdet, og antallet af tilmeldte patienter ligger stabilt på lidt under 15.000, som er lægernes øvre grænse for, hvor mange patienter de kan klare. Derfor er der stadig åbent for tilgang.

Huset har ansat fire sekretærer, tre sygeplejersker, tre bioanalytikere, en ansat amanuensislæge og en uddannelseslæge. Amanuensislægen er ansat med henblik på kompagniskab om to år, når den ældste af de nuværende ejerlæger går på pension. Personalegrupperne arbejder funktionsopdelt, og hver gruppe har en ejerlæge, der fungerer som deres daglige leder. Ligesom i lægehus nr. 7 er sekretæerne fast opdelt mellem administration og reception. Sygeplejersker og laboranter har egen tidsbestilling og selvstændige konsultationer hele dagen. I dette lægehus har lægerne fire dages arbejdsuge.

3.4.2 Opsamling på fællestræk og forskelle i lægehusenes udvikling

Ovenstående beskrivelser af lægehusene viser, at de deler to centrale udviklingstræk: For det første er der tale om modne kompagniskaber, som gennem en længere årrække har haft mange patienter pr. læge. For det andet har lægehusene igennem en længere periode ansat mere personale, som gradvist har overtaget eksisterende eller nye opgaver fra lægerne.

Det er også væsentligt, at kun lægehus nr. 1 og 4 har været i situationer, hvor der var et akut behov for at udvide klinikpersonalet med henblik på aflastning. Lægehusenes høje kapacitet er også i lille grad påtvunget, og der er ikke tale om lægehuse i 'nød', eller lægehuse med markante ønsker om at mindske antallet af tilmeldte patienter. Til gengæld er der også kun ét lægehus (nr. 6), der ønsker at udvide patientantallet.

Lægehusenes modenhed betyder også, at de har haft mange år til at udvikle deres organisation og de rutiner, der styrer fx personalets opgaver. Den konkrete opgavefordeling, ledelsen af det enkelte lægehus og anvendelsen af klinikpersonale varierer derfor. Disse forskelle belyses nærmere i afsnit 3.5.

3.5 Lægehusenes personaleressourcer, patientkapacitet og ydelser

3.5.1 Lægehusenes personaleressourcer og patientkapacitet

Som led i undersøgelsen er der indhentet oplysninger, som viser ejerlægernes selvoplyste arbejdsuge, den eksakte arbejdsuge for lægehusenes ansatte og antallet af tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge. De indsamlede opgørelser er gengivet i tabel 3.3.

Tabel 3.3: Læge- og personaleressourcer

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8	Gennemsnit
1) Antal fuldtidslæger (Gennemsnitlig arbejdsuge)	3 (35)	4 (37)	5 (50)	2 (50)	4 (42)	3 (41)	5 (42)	7 (34)	4,1 (41,4)
2) Lægelig medhjælp (Gennemsnitlig arbejdsuge)	1 (37)	1 (37)	1 (37)	2 (37)	1 (37)	2 (37)	1 (37)	2 (37)	1,4 (37)
3) Antal sygeplejersker (Gennemsnitlig arbejdsuge)	1 (30)	2 (27)	6 (26)	0	3 (22)	2 (30)	5 (29)	3 (32)	2,8 (28)
4) Antal sekretærer (Gennemsnitlig arbejdsuge)	3 (22)	4 (31)	5 (31)	4 (32)	2 (26)	2 (33)	5 (30)	4 (33)	3,6 (30)
5) Antal bioanalytikere (Gennemsnitlig arbejdsuge)	1 (37)	2 (23)	0	0	0	1 (30)	1 (35)	3 (14)	1,0 (24)
6) Ugentlige personale-timer pr. fuldtidslæge i alt	57	65	70	101	39	77	73	49	67
7) Patienter pr. fuldtidslæge	1715	2045	2004	2075	1905	1700	2030	2141	1952

Note: Lægehus 3 har ansat tre social- og sundhedsassistenter og tre sygeplejersker til at lave sygeplejeopgaver.

Række 1 viser, at ejerlægerne selvoplyste arbejdstid varierer ganske meget. Forskellen mellem de ejerlæger, der arbejder mest (lægehus 3 og 4) og mindst (lægehus 8), er på 16 timer¹⁵.

Række 2-5 opgør antallet af ansatte og deres gennemsnitlige arbejdsuge for hver personalefunktion.

Række 6 viser, hvor mange personaleressourcer hver enkelt fuldtidslæge i alt har til sin rådighed. Opgørelsen viser, at der er store forskelle mellem lægehusene: Lægehus 4 har mest (101 personaletimer ugentligt pr. læge), mens lægehus 5 har mindst (39 personaletimer ugentligt pr. læge). Lægehus 8 (49 timer om ugen pr. læge) og lægehus 1 (57 timer om ugen pr. læge) ligger også lavere end gennemsnittet. De resterende fire lægehuse ligger relativt tæt på hinanden og har ca. 70 personaletimer ugentligt pr. fuldtidslæge.

Række 7 opgør antallet af tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge. Som det ses, er forskellen i patientkapaciteten noget mindre end forskellen imellem lægerne arbejdstid og meget mindre end forskellen på, hvor meget personale hver enkelt læge har til rådighed.

Tabel 3.4 undersøger, om der, set i forhold til patientkapaciteten, er en logisk sammenhæng imellem de afdækkede forskelle. Hvis sammenhængen skal være logisk, bør en kort arbejdsuge og få personaleressourcer alt andet lige hænge sammen med en lav patientkapacitet. En lang arbejdsuge og mange personaleressourcer bør til gengæld hænge sammen med en høj patientkapacitet.

Tabel 3.4: Sammenhæng imellem lægelig arbejdsuge, personaleressourcer og patientkapacitet

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8
1) Lang/middel/kort arbejdsuge	Kort	Kort	Lang	Lang	Middel	Middel	Middel	Kort
2) Høj/middel/lav personaleforbrug	Lav	Middel	Middel	Høj	Lav	Middel	Middel	Lav
3) Høj/middel/lav patientkapacitet	Lav	Høj	Middel	Høj	Middel	Lav	Høj	Høj

¹⁵ Opgørelsen er baseret på lægerne egen vurdering af, hvor lang deres ugentlige arbejdstid i praksis er. Vagtlægearbejde, praksiskonsulentarbejde, undervisning og lignende indgår ikke i opgørelsen.

Det ses, at lægehus 1 og 4 bekræfter antagelsen om en logisk sammenhæng. Lægehus 3 og 6 afkræfter antagelsen, da de har en lavere patientkapacitet end forventet. Lægehus 2, 5, 7 og 8 afkræfter også antagelsen, da de har en højere patientkapacitet end forventet. Særligt lægehus 2 og 8 afviger fra det forventede, fordi de kombinerer en kort arbejdsuge med få personaleressourcer og en høj patientkapacitet.

Sammenstillingen viser derfor, at der ikke er nogen logisk sammenhæng mellem lægernes arbejdstid, mængden af ansat personale og antallet af tilmeldte patienter. Mange personaleressourcer medfører altså ikke nødvendigvis større kapacitet. Forskellene på lægehusenes ressourceforbrug kan også have andre årsager, fx:

1. Karakteristika hos lægerne
2. Karakteristika hos personalet
3. Kvaliteten af ydelserne
4. Karakteristika hos de patienter der er tilmeldt det enkelte lægehus
5. Antallet af ydelser og viderehenvisninger pr. patient.

Det er ikke muligt at undersøge de tre første forhold nærmere med udgangspunkt i det indsamlede talmateriale. Ejerlægenes egen vurdering af lægehusets patientgrundlag kan til gengæld give en indikation af, om det er her, forklaringen findes¹⁶. De eneste lægehuse, der skiller sig ud på dette parameter, er lægehus 8 og 2:

Lægehus 8 har størst patientkapacitet, næstmindst personale og kortest arbejdsuge. Det passer godt med, at lægehuset er det eneste i undersøgelsen, som vurderer, at de tilmeldte patienter er lette. Lægehus 2 har dog også en høj patientkapacitet, mindre personale end gennemsnittet og en kort arbejdsuge, men lægehusets patienter er stærkt socialt belastede. Forskelle i patientpopulationerne kan derfor ikke umiddelbart forklare de observerede forskelle mellem de undersøgte lægehuse.

Punkt 5: Antallet af ydelser pr. patient, undersøges i afsnit 3.5.2.

3.5.2 Lægehusenes ydelser og henvisninger

Dette afsnit opgør – og sammenligner – lægehusenes årlige konsultationer, kontakter og henvisninger med henholdsvis kommune- og landsgennemsnit. Formålet er for det første at undersøge, om lægehusenes patientkapacitet har nogen betydning for de tilmeldte patienter og deres brug af det øvrige sundhedsvæsen, for det andet at undersøge om forskelle i antallet af ydelser pr. patient kan forklare de forskelle på patientkapaciteten, der er vist i afsnit 3.5.1.

Opgørelserne er baseret på tal fra Sygesikringsregisteret 2008, og de er udført af Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. Detaljer om den anvendte metode kan ses i bilag 2 bagest i dette kapitel.

Lægehusenes honorerede patientrettede ydelser

Tabel 3.5 og 3.6 viser det årlige antal konsultationer med personligt fremmøde samt telefon og e-mail konsultationer pr. patient i hvert af de otte lægehuse og sammenligner det med kommune- og landsgennemsnittet.

¹⁶ Et datatræk baseret på det sårbarhedsindeks (et mål for hvor sårbare og dermed ressourcekrævende de tilmeldte patienter er), der anvendes som grundlag for analyserne i kapitel 6, viser, at de otte lægehuses gennemsnitlige score er på 31,0, hvilket er sammenligneligt med landsgennemsnittet, som er på 31,5. Indekset forklares nærmere i kapitel 6.

*Tabel 3.5: Årlige antal personlige konsultationer pr. patient sammenlignet med kommune- og landsgennemsnit**

	Årlige konsultationer pr. tilmeldt patient i samplet	Årlige konsultationer pr. tilmeldt patient kommunegennemsnit
Lægehus 1	4,72	3,93
Lægehus 2	3,53	3,42
Lægehus 3	4,35	4,04
Lægehus 4	3,61	3,73
Lægehus 5	4,11	3,90
Lægehus 6	4,89	3,70
Lægehus 7	4,06	3,63
Lægehus 8	3,45	3,73
Gennemsnit cases	4,00	3,63
Gennemsnit landsplan	3,61	3,61

* Personlig konsultation defineret som besøg hos lægen, hjemmebesøg, graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser samt forløbsydelse.

Tabel 3.6: Årlige antal telefon- og e-mail konsultationer pr. patient sammenlignet med kommune- og landsgennemsnit

	Antal telefon- og e-mail konsultationer i samplet	Antal telefon- og e-mail konsultationer kommunegennemsnit
Lægehus 1	3,23	3,48
Lægehus 2	3,61	3,59
Lægehus 3	3,53	3,29
Lægehus 4	2,91	3,25
Lægehus 5	3,20	3,09
Lægehus 6	4,13	3,45
Lægehus 7	3,78	3,34
Lægehus 8	3,15	2,70
Gennemsnit cases	3,45	3,36
Gennemsnit landsplan	3,27	3,27

Tabel 3.5 og 3.6 viser, at lægehusene gennemsnitligt leverer lidt flere konsultationer pr. patient end henholdsvis kommune- og landsgennemsnittet. Lægehus 1 og 6 leverer relativt mange konsultationer sammenlignet med gennemsnittet, hvilket muligvis afspejler, at de har relativt få tilmeldte patienter i forhold til de disponible personaleressourcer (jf. tabel 3.3). Det ses også, at observerede forskelle på lægehusenes ydelser er små sammenlignet med den variation, der generelt kendetegner almen praksis. Derfor kan det ikke forklare forskellene mellem lægehusenes ressourceforbrug, som blev beskrevet i afsnit 3.5.1.

Alligevel er opgørelsen særdeles interessant i et kapacitetsperspektiv, fordi den viser, at de otte lægehusenes høje patientkapacitet ikke medfører et lavere antal leverede ydelser pr. tilmeldt patient. Tværtimod leverer næsten alle de undersøgte lægehuse flere ydelser end kommune- og landsgennemsnittet. Opgørelsen siger selvfølgelig ikke noget om ventetid eller kvalitet, men den dokumenterer, at de undersøgte lægehuse er meget produktive, når antallet af producerede ydelser sættes i forhold til antallet af tilmeldte patienter.

Lægehusenes henvisninger til sekundærsektoren

Hver gang en praktiserende læge viderehenviser en patient til en speciallæge, er der tale om en mere omkostningstung omsorg. Hvis henvisningerne ikke er nødvendige, kan det derfor have negative konsekvenser for tilgængeligheden til det specialiserede sundhedsvæsen og øge samfundets omkostninger. Lægehuse med mange tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge er derfor kun en god løsning, hvis de ikke har et henvisningsmønster, der på en uhensigtsmæssig måde belaster andre dele af sundhedsvæsenet. Tabel 3.7 og 3.8 undersøger disse forhold for de undersøgte lægehuse.

Tabel 3.7: Antal henvisninger til andre sygesikringsydere (speciallæge, fysioterapeut, psykolog og lignende) pr. patient sammenlignet med kommunegennemsnit

	Samlet antal henvisninger pr. tilmeldt patient i samlet	Samlet antal henvisninger pr. tilmeldt patient kommunegennemsnit
Lægehus 1	0,24	0,25
Lægehus 2	0,33	0,33
Lægehus 3	0,29	0,24
Lægehus 4	0,30	0,27
Lægehus 5	0,37	0,39
Lægehus 6	0,32	0,31
Lægehus 7	0,32	0,31
Lægehus 8	0,42	0,38
Gennemsnit	0,34	0,30
Gennemsnit landsplan	0,35	0,35

Tabel 3.8: Antal henvisninger pr. patient til sygehuse og hospitaler sammenlignet med kommunegennemsnit¹⁷

	Samlet antal henvisninger til sygehus pr. tilmeldt patient i samlet	Samlet antal henvisninger til sygehus pr. tilmeldt patient, kommune-gennemsnit
Lægehus 1	0,32	0,30
Lægehus 2	0,25	0,26
Lægehus 3	0,30	0,28
Lægehus 4	0,50	0,45
Lægehus 5	0,14	0,18
Lægehus 6	0,29	0,29
Lægehus 7	0,40	0,35
Lægehus 8	0,17	0,17
Gennemsnit	0,30	0,29
Gennemsnit landsplan	0,27	0,27

Både tabel 3.7 og 3.8 viser, at der er små (ikke signifikante) forskelle på, hvor meget de undersøgte lægehuse viderehenviser sammenlignet med kommune- og landsgennemsnit. Den observerede variation er endvidere meget lille sammenlignet med de forskelle i henvisningsmønsteret, der generelt kendetegner almen praksis (28). Derfor er der ikke noget, der tyder på, at de undersøgte lægehuses listestørrelse er forbundet med en signifikant øget viderehenvisning til sygesikringsydere eller hospitaler.

¹⁷ Da der ikke har været afsat ressourcer til egentlige registeranalyser, er opgørelsen baseret på de 2006-data fra Landspatientregisteret, som produktivetsanalyserne i kapitel fem er baseret på.

3.5.3 Opsamling på lægehusenes personaleressourcer, patientkapacitet og ydelser

Dette afsnit har vist, at alle lægehusene i undersøgelsen har væsentligt flere patienter tilmeldt pr. fuldtidslæge end gennemsnittet for almen praksis. Samtidig er antallet af udførte konsultationer pr. patient en smule højere end gennemsnittet for almen praksis, mens lægehusenes henvisningsmønstre til andre dele af sundhedsvæsenet ikke adskiller sig signifikant fra hverken kommune eller landsgennemsnittet.

Med andre ord indikerer opgørelserne, at de undersøgte lægehuse har realiseret en praksisdrift, der, når det kommer til patientkapacitet og det gennemsnitlige antal af leverede ydelser, allerede i dag lever op til Praksiskommissionens anbefalinger.

Afsnittet har også vist, at der er stor forskel på, hvor mange personaleressourcer de otte lægehuse anvender pr. tilmeldt patient. Hverken lægernes vurdering af patientgrundlaget eller antallet af leverede ydelser har kunnet forklare forskellene. Derfor vil vi i de følgende afsnit redegøre for, hvilke andre forhold der ifølge læger og personale påvirker deres opgave- og patientkapacitet.

3.6 Arbejdsdeling og organisering i de otte lægehuse

Dette afsnit undersøger, om aspekter i lægehusenes arbejdsdeling og organisering kan belyse forskellene i lægernes arbejdstid og antallet af personaleressourcer. Fokus er på lægehusenes ledelse og på hvordan lægehusene bruger deres ansatte til at aflaste lægerne i hverdagen. Kronikerbehandlingen er en central opgave for almen praksis. Derfor er der også et særligt fokus på at undersøge, hvordan kronikeromsorgen er organiseret i lægehusene, samt hvilke roller klinikpersonalet udfylder i denne.

I de følgende afsnit beskrives:

1. Lægehusenes administration og ledelse
2. Klinikpersonalets opgaver og bidrag til kapaciteten
3. Uddannelseslægers opgaver og bidrag til kapaciteten
4. Konkrete og praktiske løsninger der øger kapaciteten.

Datagrundlaget i dette afsnit udgøres af interview og skriftligt materiale fra de otte lægehuse.

3.6.1 Ejerlægenes arbejdsdeling og ledelsesopgaver

Ledelse af et kompagniskab indebærer to grundlæggende udfordringer, som skal håndteres. For det første er der flere ligestillede ejere, som tilsammen udgør både et fælles lederkollektiv og en meget væsentlig del af 'arbejdskernen'. For det andet er lægehuse små organisationer, hvor der ikke er tradition for at have en formel tilgang til ledelse og organisation (29) (30).

Disse forhold udfordrer mange kompagniskaber, når der opstår behov for strukturer, procedurer og retningslinjer, der regulerer a) forholdet mellem ejerlægerne, b) faglig og personaleledelse, c) klinikens daglige drift og d) de forandringer, der løbende skal gennemføres i et lægehus. Hvis et større lægehus skal være i stand til at skabe stordriftsfordele, er det derfor nødvendigt at have et velfungerende lederkollektiv, effektive beslutningsprocesser samt klarhed over, hvem i lægehuset der gør hvad, hvornår og hvordan. Dette afsnit belyser derfor de interviewede ejerlægers syn på ledelse, samt hvordan de håndterer ovenstående udfordringer.

Fordele og ulemper som følger med antallet af ejerlæger

Ejerlægenes syn på fordele og ulemper ved antallet af ejerlæger er præget af, hvor mange læger der er i deres eget lægehus. I de små lægehuse med op til tre ejerlæger ser ejerlægerne det generelt

som en fordel, at det er muligt at opretholde en relativ uformel ledelses- og beslutningsstruktur og et personligt forhold til personalet. Enkelte ser også deciderede ulemper ved store lægehuse, som de forbinder med tunge beslutningsprocesser og megen koordination, der stjæler lægetid og således enten går ud over kapaciteten og økonomien eller fritiden. Desuden mener enkelte af lægerne i de mindre lægehuse, at patientflowet i de større lægehuse udvander læge-patient relationen og skaber for stor afstand mellem læger og personale.

Læger fra de større lægehuse mener til gengæld, at deres størrelse og patienttal er en forudsætning for at opnå en patientvolumen, der fx muliggør ansættelse af laboranter og deciderede kronikersygeplejersker. Lægerne medgiver, at flere ejerlæger giver længere beslutningsprocesser og skaber behov for en mere formel struktur og ledelse. Til gengæld fremhæver de, at den skoling, som ledelsesstrukturen giver ejerlægerne, er med til at åbne øjnene for værdien af at have fælles retningslinjer og en professionel ledelse af praksis og personale. Det er heller ikke uvæsentligt, at et større antal ejerlæger har en tendens til at øge den enkelte læges indkomst mærkbart, fordi udgifter til lokaler, it, regnskab og lignende reduceres som følge af stordriftsfordele (31).

Deling af administrative opgaver

Den mest oplagte fordel ved at være flere ejerlæger og dermed også flere ledere er muligheden for at dele administrative og ledelsesmæssige opgaver ud på flere hænder. Ejerlægerne i alle otte lægehuse er meget bevidste om at udnytte disse fordele til at frigøre lægetid.

Tabel 3.9: Administrative opgaver: Opgavedeling mellem læger og uddelegering til personale

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8
Ansvarsområder fordelt mellem ejerlægerne	Personale, it og økonomi	Personale, it	Personale, regnskab, it og uddannelseslæger	Personale og it	Personale, regnskab, it og uddannelseslæger	Personale, regnskab, it, uddannelseslæger og huset	Personale, regnskab, it og uddannelseslæger og huset	3 personaleansvarlige, it, regnskab, uddannelseslæger løn og vagtskemaer
Opgaver uddelegeret til ansatte	En bogholder ansat fire timer pr. uge	Regnskab og økonomi er uddelegeret til en bogholder	En erfaren sekretær ordner regnskab, personale og løn	En sekretær fungerer som bogholder		En praksismanager ordner alt regnskab, personaleadministration og løn	En bogholder er ansat 14 timer pr. uge	En sekretær fungerer som bogholder

Som det ses af tabel 3.9, har antallet af overordnede ansvarsområder en tendens til at variere med antallet af ejerlæger. Det ses også, at nogle ansvarsområder går igen i alle lægehuse, fx personaleledelse, økonomi og it, mens mindre udbredte ansvarsområder er uddannelseslæger, 'huset' samt fx ansvar for byggeprocesser eller implementering af kvalitetstiltag. Ca. halvdelen af lægehuse har uddelegeret større dele af ansvaret for det løbende regnskab og personaleadministration til internt personale eller eksterne bogholdere.

Lægehus 6 har en ledelsesstruktur, der adskiller sig fra de øvrige, fordi ejerlægerne indgår i en todelt ledelsesstruktur, hvor de dels styrer deres egen praksis og dels indgår i et 12 mands lederkollegium sammen med ejerlægerne fra de tre andre lægehuse i praksisfællesskabet. Ledelsesmæssigt fungerer praksisfællesskabet som en overbygning, der løfter nogle opgaver helt ud af det enkelte lægehus. Fx er der en læge, der repræsenterer lægecenteret udadtil, én der er personaleleder for de ansatte laboranter, én har det overordnede ansvar for uddannelseslægerne, og én der har det overordnede ansvar for lægecenterets lokaler. Ejerlægerne understreger, at praksisfællesskabet kræver et meget formelt

møde og en beslutningsstruktur, som de bl.a. har fået hjælp af en praksisudviklingskonsulent fra regionen til at finpudse. Praksisfællesskabet har også stor gavn af sin fuldtidsansatte praksismanager, der er ansvarlig for dagsordener, mødestruktur, referater og udformning af skriftlig information til personalet, og alt hvad der knytter sig til ansættelser, regnskab og løn.

Måden, som lægerne i de otte kompagniskaber deler opgaverne imellem sig på, er grundlæggende den samme, men det er forskelligt, hvor ofte posterne skifter. I ca. halvdelen af lægehusene er ansvarsområderne mere eller mindre permanente, mens ansvarsområderne i den anden halvdel roterer mellem lægerne med intervaller på et eller to år. De fordele, ejerlægerne forbinder med faste ansvarsområder, er øget ekspertise, der med tiden gør de uddelegerede opgaver lettere. Omvendt fremhæves de roterende ansvarsområder som en fordel for lægehusenes fælles beslutningsprocesser, fordi der skabes en bedre fælles forståelse for de enkelte ansvarsområder og de udfordringer, de rummer på tværs af ejerlægerne.

Forudsætninger for at håndtere den fælles ledelsesopgave

En af ulemperne ved at være i et større kompagniskab er, at lægernes beslutningsprocesser og implementering af nye tiltag tager tid. Et stærkt og sammentømret team af læger, som lægger stor vægt på fællesskabet, fremstår på baggrund af interviewene som den væsentligste forudsætning for at have et velfungerende lægehus med stor kapacitet. Lægerne fortæller, at deres primære redskaber til at skabe et integreret lægeteam er rekruttering, kontrakter og socialisering af nye kompagnoner.

Rekruttering handler (for begge parter) om at få potentielle kompagnoner set ordentligt an. Uddannelseslægerne udgør en vigtig brik i dette puslespil, fordi de nye og erfarne læger får lejlighed til at se hinanden an på en helt anden måde end ved et traditionelt ansættelsesforløb. Flere læger tilføjer, at en medvirkende årsag til, at lægehusene fik uddannelseslæger, netop var hensynet til rekruttering i forbindelse med et generationsskifte.

Ejerlægernes partnerskabskontrakter er detaljerede og specificerer bl.a., hvilke fælles forpligtelser ejerlægerne har i forhold til hinanden, personalet og lægehusets økonomi. Især når det kommer til arbejdstid og deling af overskud, er der i de fleste lægehuse 'millimeterdemokrati'. Til gengæld er der større forståelse for, at indtjeningen kan være forskellig som følge af, at patienterne fordeler sig imellem lægerne. Optagelse i et kompagniskab indebærer også en forpligtelse til *'ikke at skeje for meget ud'* samt *'vilje til at efterleve flertalsafgørelser'*. Disse egenskaber er ikke altid medfødte hos hverken nye eller erfarne læger. Derfor fortæller flere af lægerne, at der gøres en særlig indsats *'for at slibe nyankomne kompagnoner af i kanterne – evt. med henvisning til kontrakten, hvis det er nødvendigt'*.

På trods af disse fællestræk mellem de otte lægehuse er der forskel på, hvordan lægerne organiserer lægehuset. I lægehus nr. 2, 6, 7 og 8 lægger ejerlægerne stor vægt på, at der skal være formelle procedurer for fx møder og personaleledelse. Lægeteamet tilstræber også at være så sammentømret, at lægerne fx ikke er bange for at træffe beslutninger for hinanden, samt at simple flertalsafgørelser kan afgøre de fleste af lægehusets beslutninger – om end konsensus tilstræbes. Ejerlægerne i disse lægehuse fremhæver også, at de satser på at have et funktionsopdelt personale og en tydelig og ensartet adfærd overfor personalet i det daglige arbejde. Intentionen er også, at formelle opgavebeskrivelser og retningslinjer skal udgøre grundlaget for uddelegering, der i så stort omfang som muligt fjerner opgaver helt fra lægens bord. Klinikpersonale og uddannelseslæger i lægehus to og otte bekræfter, at forholdet mellem ejerlæger og personale er mere formelt, end det de har oplevet i andre lægehuse.

I de resterende tre lægehuse (nr. 1, 4 og 5) er billedet mindre entydigt. Lægehusene arbejder med at udvikle retningslinjer, der skal ligge til grund for reel uddelegering af selvstændige opgaver til klinikpersonalet. Disse kombineres dog i højere grad med en arbejdsdeling, der er baseret på løbende dia-

log og supervision af personalet. Flere af lægerne i disse lægehuse finder det udfordrende at positionere sig som leder af personalet. Lægehus 4 – hvor de to ejerlæger er gift – har karakter af en familiepraksis, hvor læger og personale er meget tæt på hinanden.

I lægehus nr. 3 vægter lægerne deres ret til forskellighed i det patientrettede arbejde højt. Derfor sætter ejerlægerne på at kombinere fordele fra en traditionel solopraksis med fordelene fra et kompagniskab. Det betyder, at hver af de fem ejerlæger selv ansætter, lønner og leder sit eget klinikpersonale. Det meste af tiden fungerer personalet som assistent i forhold sygepleje og prøvetagning, der følger lægens konsultation. Den øvrige tid har de ansatte selvstændige konsultationer – fx i forhold til kronikere. Da det er den enkelte læge, der opstiller rammerne for uddelegering af opgaver, findes ingen fælles retningslinjer eller standarder for, hvilke opgaver der uddelegeres til personalet. På alle andre områder fungerer lægehuset som et almindeligt kompagniskab.

Lægehus nr. 7 minder om lægehus nr. 3 med hensyn til brugen af sygeplejersker. Lægerne har således hver sin sygeplejerske, der skifter mellem rollen som assistent og selvstændig konsultation. Til forskel fra lægehus nr. 3 er sygeplejerskerne dog ansat af lægehuset, ligesom der er fælles funktionsbeskrivelser og retningslinjer for deres opgaver.

Uenigheder er et grundvilkår i mange kompagniskaber. De fleste læger i undersøgelsen har således oplevet konflikter mellem ejerlægerne. Lægernes generelle vurdering er imidlertid, at de er ret gode til at håndtere interne konflikter. Det er således kun lægehus nr. 6 og 8, som har fået ekstern hjælp til at løse konflikter eller ændre organisationen. Ejerlægerne i disse lægehuse er imidlertid meget tilfredse med den hjælp de har fået.

Personaleledelse

Personaleledelse bliver i flere interview fremhævet som et vanskeligt område. Udfordringerne er at sikre et godt forhold mellem nye og erfarne medarbejdere, at sikre et godt tværfagligt samarbejde, samt at skabe rammer for personalets udvikling som understøtter ejerlægernes faglige målsætninger om fx uddelegering af opgaver på kronikerområdet. Ingen steder var den daglige personaleledelse uddelegeret til fx en praksismanager, og ingen af de personaleansvarlige læger var specielt uddannet til at varetage opgaven.

Deling af lægefaglige opgaver og faglig sparring

Muligheden for at dele lægefaglige opgaver mellem ejerlægerne er hyppigt fremhævet som en fordel ved store lægehuse, fx så patienter med kronisk sygdom har mulighed for at se en læge med særlig interesse og viden om deres sygdom. En sådan lægelig subspecialisering finder ikke sted i nogen af de undersøgte lægehuse. Interviewene afdækkede heller ingen ønsker eller planer om at introducere en sådan subspecialisering i fremtiden. Det skyldes, at lægerne ser rollen som en ekspert i det generelle som en helt grundlæggende værdi i deres arbejde. De fleste læger har dog særlige faglige interesseområder, som de andre læger i huset kender og udnytter ved behov for sparring.

Den væsentligste kilde til opgavedeling mellem lægerne er således patienterne, der via deres ret til at vælge imellem lægerne skaber en opgavedeling, som er baseret på, at mange patienter vælger læger, der matcher dem selv med hensyn til køn og alder. Der er også enkelte lægehuse, hvor patienterne opsøger specifikke læger, der er særligt gode til fx samtalerapi eller akupunktur. Flertallet af læger vurderer, at patienternes *”stemmen med fødderne”* skaber en mærkbar deling af opgaver, men interviewene giver ikke mulighed for at vurdere omfanget eller konsekvenserne af patienternes valg.

En del af lægehusene benytter også muligheden for at dele funktionen som ‘akutlæge’ og ansvarlig for hjemmebesøg mellem sig efter et fast rul.

Alle ejerlæger oplever, at fællesskabet med andre læger giver gode muligheder for faglig sparring, både på generelt plan og i forhold til at drøfte konkrete patienter, hvor lægen er i tvivl.

Opsamling på ejerlægernes arbejdsdeling og ledelsesopgaver

Det er først og fremmest de økonomiske fordele ved at være flere om at dele faste udgifter samt muligheden for at frigøre lægetid ved at dele og uddelegere administrative og personaleledelsesopgaver, som udnyttes i de otte lægehuse. Lægerne har faglige interesseområder, som udnyttes til faglig sparring, men egentlig subspecialisering af de lægelige opgaver finder fortsat ikke sted. Disse resultater svarer ret præcist til det, tidligere undersøgelser har vist (13) (22) (30) (32).

Patienternes valg af 'foretrukken' læge inden for kompagniskabet skaber imidlertid mange steder en uformel opgavedeling mellem henholdsvis yngre og ældre læger og mellem mandlige og kvindelige læger.

Næsten alle interviewede læger sætter lighedstegn mellem et godt og gnidningsløst forhold mellem ejerlægerne og muligheden for hhv. et godt samarbejde med personalet og høj kapacitet.

3.6.2 Klinikpersonalets bidrag til lægehusenes kapacitet

Dette afsnit analyserer delingen af opgaver mellem ejerlæger og klinikpersonale. Fokus er dels på klinikpersonalets generelle opgaver, dels på personalets funktioner og opgaver specifikt i forhold til kronikerbehandlingen.

Klinikpersonalets standardopgaver

Tablet 3.10 opsummerer personalegruppernes opgaver i hvert enkelt lægehus. Af tabellen ses, at der er mindre forskelle på, hvilke personalegrupper der varetager hvilke opgaver i det enkelte lægehus. I udgangspunktet er opgaverne i alle lægehusene funktionsopdelte, og næsten alt klinikpersonalet beskæftiger sig med det, de er uddannet til. Eneste væsentlige undtagelse er lægehus 4, hvor sekretærens opgaver er udvidet væsentligt med sygepleje- og laboratorieopgaver.

Bioanalytikerne arbejder i ingen af lægehusene andre steder end i laboratoriet. Dermed er de den mest specialiserede personalegruppe. Enkelte sekretærer er oplært i lettere sygeplejeopgaver og prøvetagning, men langt de fleste arbejder i receptionen med bl.a. telefonvisitation, kommunikation med patienter og eksterne samarbejdspartnere, receptfornyelser og diverse administrative opgaver.

Sygeplejerskerne er den mest alsidige personalegruppe. I lægehus 1, 2, 6 og 8 arbejder de primært med selvstændige konsultationer. I lægehus 3, 5 og 7 veksler arbejdet mellem selvstændig konsultation og funktion som assistent i lægens konsultation.

Tabel 3.10: Oversigt over praksispersonalets opgaver

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8
Primære sygeplejerskeopgaver	Almene sygeplejeopgaver ¹⁸ , har egen tidsbestilling, afløser i laboratorium.	Almene sygeplejeopgaver. Har overtaget ansvaret for lægernes telefontid om morgenen.	Almene sygepleje- og laboratorieopgaver. Deler tiden mellem selvstændige konsultationer og assistent for hver enkelt læge.	Oplært sekretær laver samme almene sygeplejeopgaver som i de øvrige lægehuse.	En sygeplejerske er ren sygeplejerske, to andre sygeplejersker arbejder også som sekretærer. Alle sygeplejersker laver laboratorieopgaver. Har overtaget ansvaret for lægernes telefontid om morgenen.	Almene sygeplejeopgaver. Afløser sekretærer når det er nødvendigt.	Almene sygeplejeopgaver. Deler tiden mellem selvstændige konsultationer og assistent for hver enkelt læge.	Almene sygeplejeopgaver.
Primære sekretæropgaver	Reception ¹⁹ og ugeregnskab.	Reception.	Reception, regnskab og personaleadministration.	Reception og ugeregnskab.	Reception. Herudover små blodprøver såsom blod-sukker og blodprocent.	Reception. Kan ordinere medicin i visse tilfælde ud fra prøvesvar, skal i fremtiden give akupunktur og kostvejledning.	Rene sekretæropgaver. 2,5 sekretærer passer reception og telefon. 2,5 sekretærer skriver for lægerne.	To passer reception og to skriver. Hjælper ved behov priktest og podning og instruerer i måling af hjemmeblodtryk.
Primære opgaver bioanalytiker	Alle laboratorieopgaver. ²⁰	Alle laboratorieopgaver.	Varetages af sygeplejerske. Primært blodprøver, podning og urinprøver.	Oplært sekretær laver samme opgaver som laboranterne i de øvrige lægehuse.	Varetages af sygeplejerske og sekretær. Primært blodprøver, podning og urinprøver.	Alle laboratorieopgaver.	Alle laboratorieopgaver.	Alle laboratorieopgaver.

¹⁸ Fx vortebehandling, suturfjernelse, blodprøvetagning, udlevering af urinprøver, priktest, øreskylning, instruktion i hjemmeblodtryksmåling, hjertekardiogrammer, lungefunktionstest, vægtkontrol, diætvejledning, vaccinationer og ukomplicerede hjemmebesøg.

¹⁹ Inkluderer bl.a. receptfornyelse, telefonpasning, tidsbestilling, forberedelse af blanketter, udlevering af ukomplicerede prøvesvar, udlevering af urinprøver.

²⁰ Inkluderer bl.a. blodprøver, podning, dyrkning og mikroskopering, glukosebelastning, INR kontrol.

Klinikpersonalets funktioner og opgaver i kronikerbehandlingen

Planlagte kronikerforløb og uddelegering af ansvaret for koordinering og løbende kontrol og opfølgning på kroniske patienter er en opgave, der ikke har haft tid til at vokse frem på samme måde som de standardopgaver, der er beskrevet ovenfor. Den formelle arbejdsdeling mellem læger og personale, der fx lægges op til i forløbsydelsen for diabetes, udfordrer også i højere grad mange læger, der fortsat har et ideal om, at det er lægen, der er patientens tovholder (33). Det skyldes, at kronikerkontrollerne indebærer behandlingsmæssige skøn for personalet, som rækker længere ind i den medicinske behandling, end der er tradition for i almen praksis. Derfor er der i dette afsnit særligt fokus på at belyse, hvor langt lægehusene er nået med at uddelegere deres kronikerbehandling, samt hvordan opgaverne deles mellem læger og personale. Lægehusenes organisering af kronikerbehandlingen og klinikpersonalets opgaver er beskrevet i tabel 3.10.

Som det fremgår af tabellen, har lægehusene taget ideen om strukturerede kronikerforløb til sig. En del har stort set implementeret forløbsydelser for de største kronikergrupper, og de resterende er i gang med at forberede og implementere planlagte kontrolforløb for deres kronikere. Lægehusene orienterer sig på alle områder efter den grundstruktur, der er indbygget i forløbet for diabetes, dvs. mindre kontroller kombineret med en mere omfattende årskontrol. Når kronikeropfølgningen er fuldt implementeret, er det de fleste steder meningen, at de mindre kontroller skal udføres af personale med bemyndigelse til at tage prøver, justere allerede ordineret medicin samt vejlede om livsstil og kost – alt sammen med udgangspunkt i nedskrevne vejledninger, der specificerer principper og kriterier for, hvornår lægen skal inddrages. Årskontrollen skal de fleste steder forberedes af personalet og udføres af patientens foretrukne læge.

Selvom målet er det samme, viser tabel 3.11, at der er ret stor forskel på, hvor struktureret kronikerbehandlingen er i de enkelte lægehuse, samt hvor mange opgaver der er uddelegeret til personalet. Interviewene viser også, at der er forskel på, hvor vidtgående en uddelegering ejerlægerne ønsker.

Lægehus 2 har som det eneste uddelegeret stort set hele kronikeropfølgningen inklusiv ukomplicerede årskontroller til sygeplejersker. Lægehus 5 har uddelegeret hele diabeteskontrollen til en sygeplejerske, men patienter med andre kroniske sygdomme har fortsat lægerne som primær ansvarlig for opfølgning og kontrol. Lægehus 1, 6 og 8 er også kommet langt med uddelegering af kronikerkontroller til personalet, men holder fast i, at lægerne foretager årskontrollerne. Med undtagelse af lægehus 5 vurderer lægehusene, at de har implementeret løsninger, der fagligt og økonomisk hænger godt sammen samtidig med, at der reelt frigøres lægetid. Lægerne begrundede det, de oplever, som en succes på kronikerområdet med at:

1. Der er skriftlige vejledninger, og lægerne har tillid til personalets opgavevaretagelse.
2. Lægerne er bevidste om, at de skal agere ens, når de henviser, superviserer og vejleder personalet.
3. Det er lykkedes at tiltrække og fastholde kompetent personale: Nogle har været så heldige at rekruttere erfarne diabetes- eller hjertesyggeplejersker fra hospitalerne, som har haft særligt gode forudsætninger for at løfte selvstændige opgaver på kronikerområdet. Andre har afsat væsentlige midler til opkvalificering af nye eller allerede ansatte sygeplejersker – de fleste hentet fra den kommunale hjemmepleje.

Tabel 3.11: Oversigt over klinikpersonalets opgaver og funktioner i kronikerbehandlingen

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8
Selvstændige konsultationer relateret til kronisk sygdom udført af klinikpersonale	Tre måneders kontrol og forbedelse af årskontrol for KOL, Diabetes, hypertension og astma.	KOL, Diabetes, og astma er helt uddelegeret til sygeplejersker. Hypertension deles mellem personale og læger.	Tremåneders kontroller og forbedelse af årskontrol for diabetes og KOL er under opstart.	Forberedelse af diabeteskontroller. Alle kontroller indebærer konsultation hos en læge.	Diabetes er helt uddelegeret til den mest erfarne sygeplejerske. Hypertension deles med lægerne.	Tremåneders kontrol for og forbedelse af årskontrol for diabetes. Opfølgning på ukompliceret KOL, hypertension og astma kører også hos personalet.	Ukompliceret hypertension varetages af sygeplejersker på forsøgsbasis.	Tre måneders kontrol og forbedelse af årskontrol KOL, Diabetes, hypertension.
Vejledninger og forløbsbeskrivelser for personalet	Diabetes, hypertension, KOL og astma.	Diabetes, hypertension, KOL og astma.	Omfanget af kliniske retningslinjer afhænger af den læge, personalet er ansat hos.	Diabetes.	Diabetes. Hypertension, astma og KOL er på vej.	Diabetes, hypertension, KOL og astma.	Hypertension, øreskyl, væggtab, vorter og sår.	Diabetes, hypertension og KOL.
Forløbsorienteret tilgang	Implementeret for KOL, Diabetes, hypertension og astma.	Implementeret for KOL, diabetes, hypertension og astma.	Diabetes, KOL og hypertension under udvikling.	Implementeret Diabetes. Stort fokus på KOL og hypertension, men det kører ikke som fast forløbsydelse.	Diabetes og hypertension i henhold til anbefalinger. Fokus på at få systematik i forhold til KOL og astma.	Diabetes i henhold til anbefalinger. Fokus på at få samme systematik for de øvrige diagnoser.	Hypertension kører som forsøg.	KOL, diabetes og hypertension implementeret i henhold til anbefalinger. Diabetes fungerer bedst.

Lægehus 5 har blandede erfaringer med kronikersygeplejersker. På den ene side er erfaringerne med at bruge lægehusets mest erfarne sygeplejerske i kronikerbehandlingen rigtigt gode. På den anden side har lægerne haft vanskeligt ved at introducere yderligere sygeplejersker med opgaver på kronikerområdet. Ejerlægen fremhæver følgende forhold, som har udfordret lægehuset: For det første har der været meget barsel og sygdom. For det andet er flere sygeplejersker søgt videre til andre stillinger, efter at lægehuset havde brugt ressourcer på at opkvalificere. Og for det tredje har lægerne haft svært ved at udfylde sygeplejerskernes konsultationstid.

Lægehus 3, 4 og 7 har i lille omfang uddelegeret kronikerkontrol til personalet og lægerne er generelt mere afventende i deres tilgang til området. I lægehus 3 er der planer om både diabetes, KOL og hjerteambulatorium bemandet med sygeplejersker, men det er grundet den høje grad af individuel frihed til lægerne i kompagniskabet op til den enkelte læge, hvornår og hvordan det skal ske. I lægehus 4 vurderer lægerne, at kronikerkontroller er for komplicerede til, at de kan uddelegeres til sekretærerne. I lægehus 7 er lægerne i gang med at øve sig på uddelegering – i første omgang med 25 ukomplicerede hypertensionpatienter. Her lægger lægerne meget vægt på, at de skal være helt sikre på, at kvaliteten er i orden, inden de går videre. Lægerne lægger derfor op til en langsom og trinvis strategi for uddelegering, og det er ikke afgjort endnu, hvor mange diagnoser og hvor mange kronikeropgaver lægerne ønsker at uddelegere.

Ingen af lægehusene har i dag personale, der kun arbejder med kroniske patienter. Kronikerkontrollerne er indført som supplement til de opgaver, der i forvejen var uddelegeret til personalet. De fleste læger vurderer, at der endnu ikke er tilstrækkelig volumen på kronikerområdet til, at de kan ansætte sygeplejersker udelukkende til det.

Personalets overvejelser om ledelse og uddelegering

Klinikpersonalet lægger vægt på de samme forhold som ejerlægerne, når det kommer til uddelegering. Klinikpersonalet i de lægehuse, der klart satser på uddelegering, understreger dog, at lægerne hverken er så gode til at opstille tydelige rammer for de opgaver, der uddelegeres, eller til at agere ensartet over for personalet, som lægernes selv mener, de er. Til gengæld oplever personalet, at lægerne er tilgængelige, når der er noget, personalet er i tvivl om, og at den sparring, de får i konkrete situationer, er god.

Interviewene viser, at klinikpersonalet som helhed ønsker at arbejde med afgrænsede, men selvstændige, funktioner. Det begrundes med udsagn som: *"Det er rart at have noget, man er rigtigt god til"*, og at *"det let bliver meget stressende, hvis man hele tiden skal rende fra det ene til det andet"*. Sygeplejersker og bioanalytikere lægger også vægt på, at *"det er fagligt tilfredsstillende at blive brugt til det, man er uddannet til"*, samt at *"det giver en helt anden arbejdsglæde, når man får lov til at beskæftige sig med noget, der er fagligt udfordrende"*.

Kliniksyeplejerskerne er delt i forhold til spørgsmålet om uddelegering. Flertallet ønsker så mange selvstændige opgaver og fagligt specialiserede funktioner, som deres uddannelse tillader. Et mindretal (primært sygeplejersker fra lægehus 3 og 7) er mere ambivalente over for uddelegering, fordi de er glade for deres tætte samarbejde med lægerne. Positive aspekter som forbindes med at være assistent for den enkelte læge er kendskabet til patienterne og det tætte samarbejde, som over tid har mulighed for at udvikle sig imellem en enkelt læge og en ansat.

I de lægehuse, hvor kronikerkontrollen er uddelegeret til sygeplejersker, oplever læger og personale, at de fleste patienter er meget tilfredse med at have en sygeplejerske som primær tovholder – ikke mindst fordi sygeplejersken oftest har bedre tid end lægen. En del ældre og komplicerede patienter med flere sygdomme bliver dog fortsat hos lægerne.

Opsamling på klinkpersonalets bidrag til lægehusenes kapacitet

Interviewene viser, at alle lægehusene er kommet langt med at uddelegere grundlæggende sygeplejefaglige opgaver, prøvetagning og sekretæropgaver. I alle lægehusene er sådanne opgaver stort set ude af lægernes konsultation. Dette forhold er formentlig med til at forklare, hvorfor lægehusene har kunnet opretholde en nogenlunde konstant patientkapacitet i en tid, hvor de fleste andre lægehuse har mindsket antallet af patienter, fordi der er kommet nye opgaver.

Personalets opgaver og ansvar i forbindelse med kronikerbehandling er i kraftig vækst i alle lægehusene. Hvor langt man er nået, og hvor systematisk der arbejdes med uddelegering, er dog ret forskelligt. I forhold til lægehusenes kapacitet og ejerlægenes ugentlige arbejdstid er det interessant, at lægehus 2 og 8, som mest entydigt satser på at uddelegere opgaver til personalet, har en markant kortere arbejdsuge end de øvrige lægehuse i undersøgelsen.

3.6.3 Uddannelses- og ansatte lægers bidrag til lægehusenes patient- og opgavekapacitet

Introduktion

Almen praksis har to typer uddannelseslæger: basislæger og praksisamanuensis. Basislæger er nyuddannede læger, der er i gang med deres kliniske basisuddannelse og som led i denne har valgt at arbejde seks måneder i almen praksis. Praksisamanuensis er læger, der er i gang med speciallægeuddannelsen i almen medicin. Uddannelsen til speciallæge i almen medicin indeholder fire længerevarende ophold i almen praksis: introduktionsamanuensis (seks måneder), praksisamanuensis fase et (seks måneder) praksisamanuensis fase to (seks måneder) og praksisamanuensis fase tre (12 måneder).

Basislægers løn betales af den pågældende region, og lægehuset får derudover et honorar på ca. kr. 5.800 pr. måned, som skal dække omkostninger til supervision, sparring og administration. Introduktions- og praksisamanuensislægers løn betales af regionen, men der udbetales ikke noget honorar til lægehuset. For amanuensislæger på niveau to og tre betaler lægehuset en andel af lønnen jf. tabel 3.12.

Tabel 3.12: Fordeling af lønomkostninger mellem region og lægehus ved ansættelse af amanuensis²¹

Uddannelsestype	Regionens tilskud %	Lægehusets andel %
Praksisamanuensis fase to	68,00	32,00
Praksisamanuensis fase tre	61,00	39,00

Lægehusets andel af lønnen for amanuensislæger i fase to og tre svarer til ca. 18.000-22.000 kr. pr. måned. Det kræver derfor en vis patientkapacitet at fungere som uddannelsespraksis for amanuensislæger på de afsluttende niveauer af speciallægeuddannelsen. Dels for at økonomien kan hænge sammen for lægehuset, dels for at der skal være nok – og varierede – opgaver for amanuensislægerne²².

²¹ Tabellens oplysninger er baseret på: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/PLO/OEVRIGE_OVERENSKOMSTER/Praksisamanuenser/adm_grundlag.pdf

²² Der er selvfølgelig også mulighed for at veksle uddannelseslægenes kapacitetsbidrag til øget fritid.

Uddannelseslægernes betydning for kapaciteten

Tabel 3.13: Antal uddannelseslæger i forhold til ejerlæger

	Lægehus 1	Lægehus 2	Lægehus 3	Lægehus 4	Lægehus 5	Lægehus 6	Lægehus 7	Lægehus 8
1) Antal fuldtidslæger	3	4	5	2	4	3	5	7
2) Lægelig medhjælp	1	1	1	2	1	2	1	2

Som tabel 3.13 viser, har alle otte lægehuse uddannelseslæger. I interviewene vurderer de fleste ejerlæger (og alle uddannelseslæger), at uddannelseslægerne aflaster ejerlægerne og forbedrer tilgængeligheden for de tilmeldte patienter. I lægehus 1 (som har en uddannelseslæge til tre ejerlæger) fortæller ejerlægerne, at de er afhængige af uddannelseslæger som aflastning. Lægerne vurderer, at de seneste uddannelsesammanuensis, som har været i fase to, har udført ca. 75 % så mange konsultationer som ejerlægerne.

I lægehus 2, 4, 5, 6 og 7 mærker ejerlægerne, at arbejdstempoet stiger, samt at ventetiden til ikke akutte konsultationer øges i perioder, hvor der ikke er uddannelseslæger i huset. Men de har ingen præcise bud på, hvor meget de enkelte uddannelseslæger øger deres kapacitet.

I lægehus 3 og 8 understreger ejerlægerne, at de ikke er afhængige af deres uddannelseslæger. Den aflastningsammanuensis, der er ansat i lægehus otte med henblik på kompagniskab, aflaster til gengæld lige så meget som en ekstra ejerlæge.

Ejerlægerne vurderer generelt, at det er udgiftsneutralt at have uddannelseslæger, hvilket også er deres målsætning. Lægehus 6 er det eneste, som har haft et præcist bud på, hvor mange patienter det kræver at gøre henholdsvis fase to og fase tre amanuensis omkostningsneutrale for lægehuset. Det er via mail oplyst, at en fase to læge er omkostningsneutral ved ekstra 160 patienter, mens en fase tre læge er omkostningsneutral ved 190 ekstra patienter.

Da uddannelseslægerne er ret forskellige, og da man ikke kan være sikker på altid at have en, vurderer alle ejerlæger, at det er uhensigtsmæssigt, hvis et lægehus er afhængigt af fx amanuensislæger på fase to og tre for at få hverdagen til at hænge sammen. Lægehus 2 er også det eneste, der bevidst har åbnet for tilgang af patienter for at sikre nok opgaver til uddannelseslægerne. Det skete, da lægehuset startede som uddannelsespraksis, og betød, at ca. 500 ekstra patienter blev tilmeldt.

Godt halvdelen af de ansatte læger i undersøgelsen oplever, at uddannelseslæger øger lægehusets kapacitet væsentligt. Med undtagelse af lægehus 1 er der dog ingen, der har kunnet sætte præcise patienttal på. Nedenstående afsnit er derfor baseret på lægernes generelle overvejelser:

Ejerlægerne vurderer, at sparring og supervision af basislæger særligt i de første måneder tager mere lægetid, end der frigives via de konsultationer, basislægerne udfører. De vurderer, at regnestykket går nogenlunde lige op for det samlede forløb på seks måneder, fordi lægehuset kompenseres økonomisk for at have basislæger. Introduktions- og praksisamanuensis i fase et er mere selvkørende og bidrager for det meste med en reel forøgelse af kapaciteten. Bidraget giver først og fremmest en bedre tilgængelighed for de patienter, der ikke ønsker at vente på en tid hos deres foretrukne læge. Praksisamanuensis på niveau to og tre øger lægehusenes kapacitet reelt. Til gengæld er lægehuset selv med til at betale en større del af disse lægers løn som angivet i tabel 3.12, og ejerlægerne vurderer generelt, at disse uddannelseslæger er omkostningsneutrale for lægehuset.

Spørgsmålet om uddannelseslægers bidrag til kapaciteten er efterfølgende drøftet med læger og forskere²³ uden for de otte lægehuse. Forskerne har på baggrund af egne erfaringer skønnet, hvor meget patientkapacitet uddannelseslæger på forskellige niveauer bidrager med. Forskernes skøn er som følger:

- ◆ Turnuslæger og introduktionsamanuensis øger gennemsnitligt et lægehus' patientkapacitet med 250-350 patienter.
- ◆ Amanuensislæger i fase et og to øger gennemsnitligt patientkapaciteten med 500-800 patienter.
- ◆ Amanuensislæger på trin tre samt færdiguddannede aflastningsamanuensis øger patientkapaciteten med ca. 800-1.200 patienter.

Forskerne vurderer altså som lægerne i lægehus 1, at uddannelseslæger øger patientkapaciteten i almen praksis.

Uddannelseslægerne opgaver og oplevelse af lægehuset

Ejerlægerne primære begrundelser for at have uddannelseslæger er mulighed for faglig opdatering af lægehuset, at det er sjovt og afvekslende at være tutorlæge, og ikke mindst at lægehusenes langsigtede mulighed for at kunne rekruttere nye ejerlæger styrkes væsentligt.

Alle lægehuse har en intention om, at uddannelseslægerne konsultationer skal have samme indhold som de faste lægers, samt at der hver dag skal være afsat tid til sparring og supervision af uddannelseslægerne. Turnuslæger og introduktionsamanuensis har ca. dobbelt så lang tid til deres konsultationer som ejerlægerne. Herefter indsnævres forskellen på konsultationernes længde gradvist, jo længere amanuensislægerne kommer i speciallægeuddannelsen: I fase to og tre har amanuensis således ca. samme antal konsultationer pr. time som ejerlægerne.

Alle uddannelseslæger bekræftede, at den beskrevne praksis også følges i dagligdagen. Ingen uddannelseslæger følte sig presset til at have flere konsultationer, end de kunne magte. De få, der havde oplevet at have for lidt tid i konsultationen, havde heller ikke haft problemer med at få nedsat arbejdsmængden. Samtidig var alle uddannelseslægerne meget tilfredse med deres introduktion, opgaver og ejerlægerne løbende faglige sparring. Enkelte oplevede dog, at det kan være svært at overholde intentionen om at have et 'beskyttet' tidsrum til supervision og koncentreret sparring.

Alle uddannelseslæger ville anbefale deres lægehus som uddannelsessted til kolleger. Flere fremhævede også deres nuværende lægehus som forbillede sammenlignet med praksis, de tidligere havde været tilknyttet – hvor de netop havde haft en oplevelse af, at deres primære funktion var at øge ejerlægerne indtjening, fx ved at passe konsultationen mens ejerlægen holdt fri.

Interviewene bekræftede, at uddannelseslægerne har en helt klar præference for at slå sig ned i kompagniskab, helst med tre-fire læger. Uddannelseslægerne oplever generelt ikke, at arbejdspresset er ekstraordinært i de undersøgte lægehuse.

Ansættelse af lægelig medhjælp

Ingen af lægehusene har tradition for at have dispensation til at have ansat lægelig medhjælp. Tanken om permanent ansatte læger tiltaler heller ikke informanterne. Idealet er i stedet, at den praktiserende læge bør være chef i egen virksomhed. Der var heller ingen informanter, som troede på, at ansatte læger kommer til at spille en betydelig rolle i almen praksis i fremtiden.

²³ Praktiserende læge i Århus, ph.d. og seniorforsker Morten Bondo Christensen, Forskningsenheden for almen praksis i Århus & Praktiserende læge, ph.d. og professor Peter Vedsted, Forskningsenheden for almen praksis i Århus.

Når lægehuse alligevel anvender aflastningsamanuensis og vikarer, sker det i forbindelse med fx langvarig sygdom blandt ejerlæger, ansættelse med henblik på kompagniskab (aktuelt i lægehus 1, 2, 3, 6 og 8), eller ved at uddannelsesamanuensis, som er kendt af lægehuset, hjælper med at dække ferie og fridage for ejerlægerne.

Opsamling på brugen af uddannelseslæger og lægelig medhjælp

Undersøgelsen tyder ikke på, at de otte lægehuse anvender uddannelseslægerne som led i en bevidst strategi om at øge kapacitet eller indtjening. Ejerlægerne forbinder primært uddannelseslægerne med faglig udvikling og rekruttering af nye kompagnoner, og sekundært med aflastning (øget kapacitet) som mindsker arbejdspresset og gavner patienterne. Uddannelseslægerne selv var glade for deres lægehuse og oplevede ikke, at arbejdspresset var ekstraordinært. Derved bekræfter de ejerlægerens perspektiver.

Det fremgår, at der blandt praktiserende læger og uddannelseslæger er ret forskellige vurderinger af uddannelseslægers bidrag til kapacitet i almen praksis. Denne undersøgelse giver ikke mulighed for at drage endelige konklusioner, men den indikerer, at uddannelses- og amanuensislæger giver et betydeligt og underbelyst bidrag til kapacitet i almen praksis.

3.6.4 Dagligdagens organisering²⁴

Hverdagens praktiske organisering i et lægehus rummer mange muligheder for at optimere driften, dels med henblik på at øge lægehusets kapacitet, dels med henblik på at øge lægehusets tilgængelighed for de tilmeldte patienter. Dette afsnit beskriver de 'smarte' hverdagsløsninger, som informanterne har fremhævet under interviewene. Formålet med beskrivelserne er at opstille et inspirationskatalog til andre lægehuse, der ønsker at øge kapaciteten.

Overdragelse af telefontid til klinikpersonale

To lægehuse har overdraget telefonkonsultationen mellem kl. 8 og 9 til klinikpersonalet. Lægerne begrundede dette med, at få af de telefoniske henvendelser reelt kræver, at lægen involveres – fx fordi mange henvendelser drejer sig om fornyelse af recepter og tidsbestilling. Overdragelsen af telefontiden frigiver i disse lægehuse en times lægetid pr. læge, som kan bruges til morgenkonsultationer, som er meget populære hos erhvervsaktive patienter. Lægerne oplever, at personalet er gode til at håndtere telefontiden. For de henvendelser, hvor personalet vurderer, at det er nødvendigt at inddrage lægen, bookes enten en tid, eller der lægges en besked om, at lægen skal ringe tilbage. Det nås ofte i løbet af formiddagen. En gang imellem oplever lægerne at skulle ringe flere gange, men overordnet vurderer de, at opgaveoverdragelsen frigiver meget lægekapacitet.

Udvidet åbningstid

Flere læger sammen giver mulighed for at udvide åbningstiden ved, at lægerne skiftes til at have lang dag i praksis. Enkelte lægehuse udnytter denne mulighed og har ekstra åbent til kl. 18 to-tre dage om ugen. Den udvidede åbningstid forbedrer især tilgængeligheden for personer, der arbejder i dagtimerne. Når det sker, at tiderne ikke er fyldt helt op, giver de sene eftermiddagstimer lægerne mulighed for at indhente administrative opgaver.

²⁴ Smarte løsninger i relation til lægehusenes samarbejde med kommuner indgik også i interviewene. Der fremkom dog ikke væsentlige eksempler på løsninger, der lettede informanternes hverdag, ud over den aflastning der er forbundet med at uddelegere kontakter til ikke lægeligt personale.

'Pakning' af konsultationstyper

Flere af undersøgelsens lægehuse har gode erfaringer med at organisere læger og sygeplejerskers konsultation i afgrænsede blokke, hvor fx akutte patienter, planlagte kronikerkontroller, børne- og graviditetsundersøgelser og hjemmebesøg samles. Tidsrummene kan ses i lægernes tidsbestilling, og det er sekretærerne, der administrerer blokkene så godt, som det kan lade sig gøre. De læger og sygeplejersker, der fordeler patienterne på denne måde, oplever, at tidsforbruget bliver mere forudsigeligt, og at konsultationen bliver mere effektiv.

Faste vagtrul for 'akutfunktion' og hjemmebesøg

En del af lægehusene fordeler henholdsvis akutfunktion og ansvar for hjemmebesøg i faste vagtrul (enkelte steder er funktionerne slået sammen, så man skiftes til at have begge på en gang). Akutfunktionen indebærer, at en relativ stor del af lægens konsultationstid holdes fri til akutte patienter. Disse konsultationer er oftest korte (forbeholdt det akutte problem og ikke andet), og patienterne kan ikke regne med at komme til hos deres faste læge – til gengæld kommer de til hurtigt. Akutfunktionen hjælper først og fremmest de 'ikke akutte' læger, som får et mere forudsigeligt og uforstyrret dagskema, som bl.a. understøtter 'pakning' af planlagte konsultationer som angivet ovenfor.

Ansvaret for hjemmebesøg sparer først og fremmest transporttid, fordi der kun er en læge, som skal ud af huset, og fordi det bliver muligt at planlægge besøgsruten effektivt. Selvom lægerne er glade for funktionen, forsøger de at tage hensyn til fx terminale patienter og pårørendes behov for at se den samme læge. Da sådanne besøg ikke altid kan vente en uge, sker det, at de er undtaget.

It-systemer der strukturerer det enkelte patientbesøg i lægehuset

De fleste af de undersøgte lægehuse har journalsystemer, der understøtter patienternes forløb igennem lægehuset. Forløbet starter, når patienterne selv scanner deres sygesikringskort i venteværelset. Når det sker, ændrer patientens tidsbestilling farve, så den person, patienten har tid hos, automatisk kan se, at patienten er kommet. Det sparer først og fremmest en kontakt med sekretærerne i receptionen. Systemet fungerer flere steder også som et internt elektronisk henvisningssystem mellem læger, sygeplejersker og laboranter.

Elektronisk kontakt med patienterne

Elektronisk tidsbestilling, receptfornyelse og e-mail konsultation er muligt i alle lægehuse. Lægerne er delte i deres opfattelse af, om de nye kontaktmuligheder øger kapaciteten. Nogen læger oplever det som en klar aflastning, andre oplever, at de nye kontaktformer er neutrale, men forbedrer servicen for visse patientgrupper. Enkelte læger oplever også, at især e-konsultationerne tager mere tid, end de sparer, bl.a. fordi de ofte resulterer i både en e- og en fremmødekonsultation. E-konsultation giver dog mulighed for at spare en del administrativ tid, fordi det er muligt at sende ukomplicerede prøvesvar og lignende direkte fra journalen til patienternes mail.

Uvisiteret konsultation er afskaffet i alle lægehusene

Ingen af lægehusene har uvisiteret visitation, men næsten alle har haft det. De to begrundelser for at inddrage den åbne konsultation er, dels at det er ineffektivt, fordi antallet af fremmødte patienter svinger meget: Nogle dage lægger en åben konsultation programmet ned, andre dage er der spildtid, dels en oplevelse af at de uvisiterede patienter i for stort omfang møder op med ikke relevante eller ikke akutte problemer. Lægerne vurderer, at det sidste forhold til dels hænger sammen med, at ventetiden til ikke akutte tider hos de faste læger i nogle perioder er op til fire uger. Alle lægehuse har dog stadig tidsrum med ubookede (sub)akutte tider i deres dagsprogram. Disse tider holdes åbne til dagen før,

hvorefter læger og sekretærer begynder at udfylde dem på baggrund af telefonisk visitation. I en akut konsultation har patienterne i udgangspunktet kun mulighed for at drøfte det akutte problem, der har udløst konsultationen. Dette giver mulighed for at køre med kortere konsultationer på ti eller i pressede situationer helt ned til fem minutter pr. patient. Lægerne vurderer generelt, at denne fremgangsmåde er med til at gøre deres dag mere forudsigelig og effektiv.

Telefonsluser

Alle lægehusene har de mest avancerede telefonsluser, som deres telefonselskaber kan tilbyde. Der er trykknappvalg, som leder direkte hen til de mulige kontaktmuligheder, som patienterne har i lægehuset, og systemerne fortæller, hvor mange der står i kø. Informanterne oplever, at sådanne telefonsystemer aflaster lægehuset, fordi der er færre opkald, der skal sendes videre internt i lægehuset. Oplysningerne om, hvor lang køen er, giver også patienterne en indikation på ventetiden og derved mulighed for at afbryde opkaldet, hvis denne vurderes at være for lang.

Opsamling på dagligdagens organisering

De præsenterede eksempler bidrager til at øge lægehusenes kapacitet. Først og fremmest fordi de frigiver lægetid og giver mere ro omkring lægehusenes planlagte og ikke akutte konsultationer. Sekundært fordi de effektiviserer afgrænsede dele af lægehusets opgaver. Herudover tillægges det også værdi, at en del af løsningerne forbedrer lægehusenes tilgængelighed for fx akutte og erhvervsaktive patienter.

Flere informanter lægger vægt på, at gevinsterne øges, når 'hverdagsløsningerne' kombineres. Fx er det – hvis der er nok ejerlæger og patienter til at lave vagtrul – oplagt at kombinere 'pakning' af konsultationer med en skiftende 'akutlægefunktion', og en der er ansvarlig for hjemmebesøg.

3.7 Konklusion og diskussion af kapacitet i store lægehuse

Formålet med denne undersøgelse har været at undersøge, hvad der kendetegner kompagniskabslægehuse med mange tilmeldte patienter, samt hvilke forhold ejerlæger og ansatte forbinder med høj patient- og opgavekapacitet. Disse spørgsmål er belyst via et komparativt casestudie af otte kompagniskabslægehuse, der alle har mange tilmeldte patienter og meget ansat personale.

Undersøgelsen viser, at det allerede i dag er muligt at være nedsat i et kompagniskab, der permanent har mange tilmeldte patienter. Samtidig leverer næsten alle de undersøgte lægehuse flere ydelser end kommune- og landsgennemsnittet. Det fremgår også, at et stort antal tilmeldte patienter ikke behøver at hænge sammen med 'lette' patienter, et (for) stort antal af henvisninger til sekundærsektoren eller en uholdbar lang arbejdsuge for ejerlægerne.

Der er fordele ved at være stor, men de kommer ikke af sig selv

- ◆ De fleste lægehuse i undersøgelsen udnytter stordriftsfordele, som ikke kun er relateret til lokaler og administration. De muligheder, som især udnyttes, er en kombination af faste vagtrul og funktionsopdeling af bestemte typer opgaver. De fleste ejerlæger vurderer også, at det forudsætter en vis patientpopulation, hvis fx kronikersygeplejersker og bioanalytikere skal udnyttes ordentligt. Lægernes bedste bud er, at det kræver ca. 5.000 patienter at holde en dedikeret kronikersygeplejerske beskæftiget på fuld tid.
- ◆ Næsten alle de læger, der er interviewet, lægger vægt på, at det kræver øvelse og meget arbejde at realisere fordelene ved et stort lægehus. Forholdet mellem ejerlægerne står ikke overraskende helt centralt i de fleste lægehuse. Et beslutningsdygtigt lederkollektiv – hvor der er mere vægt på

fællesskab end ret til forskellighed – fremhæves således som en helt afgørende forudsætning for et velfungerende lægehuse. Både når det kommer til trivsel, muligheden for at have mange tilmeldte patienter og varetagelse af nye opgaver. Grundige rekrutteringsprocesser, detaljerede partnerskabskontrakter og ikke mindst 'socialisering' fremhæves som redskaber, der bruges aktivt til at sikre dagligt samarbejde og fælles ledelse.

- ◆ Ejerlægerne er generelt mindre orienteret imod personaleledelse. Samtidig er der flere læger, som oplever, at personaleledelse er et vanskeligt område. De udfordringer, som opleves, knytter sig især til at sikre et godt samarbejde mellem nye og erfarne medarbejdere samt til at skabe velfungerende rammer for uddelegering og dagligt samarbejde mellem læger og personale. Selvom interviewene indikerer, at graden af formel personaleledelse stiger med praksisstørrelse, blev der ingen steder givet eksempler på, at de personaleansvarlige læger var særligt klædt på til opgaven.

Uddelegering og en formel ledelsesstruktur kan betale sig

Alle de undersøgte lægehuse er afhængige af klinikpersonale med selvstændig patientkontakt for at kunne opretholde deres nuværende patientkapacitet. Enkelte lægehuse er også afhængige af uddannelseslæger eller ansatte amanuenslæger, men dette anses ikke som en hensigtsmæssig løsning.

Uddelegering af patientrelaterede opgaver har i mange år været en del af hverdagen i de otte lægehuse, og en uddelegeret kronikeropfølgning er i fem af lægehuse helt eller delvist implementeret for de største diagnoser. Der er dog stor forskel på, hvor meget personale lægehuse anvender til at passe de tilmeldte patienter, og længden af ejerlægerens selvoplyste arbejdsuge varierer også meget. Undersøgelsen har ikke fundet forskelle i læghusenes patientgrundlag, ydelser eller henvisninger, som kan forklare dette. To forhold, der til gengæld ser ud til at kunne forklare forskellene, er henholdsvis ejerlægerens tilgang til ledelse og organisation, samt hvor eksplicit læghuset tackler spørgsmålet om uddelegering. Disse forhold ser igen ud til at have betydning for, hvor langt de enkelte lægehuse er kommet med at uddelegere patientrettede opgaver på kronikerområdet, samt hvor langt de er nået med at øge opgavekapaciteten i forhold til den kronikeropfølgning, der anbefales.

Læghus 2 og 8 udmærker sig, fordi de mest entydigt satser på et funktionsopdelt personale, uddelegering samt en formel ledelsesstruktur og organisation. Dette er væsentligt, fordi det også er disse to lægehuse, der mest tydeligt kombinerer fordelene fra et kompagniskab (fagligt fællesskab, lave driftsudgifter og mulighed for et fleksibelt arbejdsliv) med mange tilmeldte patienter, en veludviklet kronikerbehandling og en kort arbejdsuge. Undersøgelsen indikerer derfor, at en formel ledelse og organisation, samt et eksplicit fokus på at uddelegere selvstændige konsultationer og administrative opgaver til personalet, betaler sig – i form af øget kapacitet såvel som kortere arbejdsuge.

- ◆ Enkelte lægehuse har oplevet vanskeligheder med at ansætte og indkøre klinisygeplejersker, men den generelle vurdering er, at der er væsentlige gevinster ved at have selvkørende sygeplejersker og laboranter i form af bedre økonomi, aflastning af lægerne og forbedret serviceniveau over for patienterne. Dette billede bekræftes også af konsultationssygeplejerskerne selv i en undersøgelse gennemført af Dansk Sygeplejeråd fra 2007 (34).
- ◆ Det er også væsentligt, at de sygeplejersker, der arbejder selvstændigt, værdsætter medansvaret for patientforløb og finder deres arbejde fagligt udfordrende. Sygeplejerskerne lægger dog vægt på, at følgende forhold skal skabe en hensigtsmæssig ramme for selvstændige konsultationer:
 - Der skal være relativt faste skriftlige vejledninger og rammer, der beskriver opgaver, kompetencer og kriterier for, hvornår det er nødvendigt at involvere lægerne.
 - Lægerne skal agere ens overfor personalet som daglige ledere såvel som i forbindelse med faglig sparring.

- Lægerne skal aktivt udvise tillid til sygeplejerskernes arbejde og kompetencer.
- Lægerne skal være til rådighed for sparring, når der er behov for det.

'Best practice' og organisering

De undersøgte lægehuse repræsenterer med stor sandsynlighed best practice, både når det kommer til organisation og kapacitet. Det skyldes bl.a., at alle lægehuse (selvom deres tilgange er forskellige) har stor erfaring med at håndtere de ledelsesudfordringer, der er forbundet med kompagniskabspraksisformen. Lægehuse har også lokaler, der er velegnede til praksisdrift og en lang tradition for at have ansat personale og for at uddelegere opgaver. Disse forhold giver tilsammen et stærkt fundament for fx arbejdet med at omlægge og styrke kronikerbehandlingen. Nyfusionerede lægehuse, eller lægehuse der ikke har samme tradition for uddelegering af opgaver, har ikke samme fordele. Til gengæld har de muligheden for fra starten at skabe en organisation, der understøtter systematisk opgavedeling mellem læger og personale. Et konkret værktøj, som kan anvendes i denne proces, er beskrevet i en nyudkommet DSI rapport (35). Rapporten omhandler de ledelsesudfordringer, som et nyfusioneret lægehus skal håndtere, og giver på baggrund af et casestudie konkrete anvisninger til, hvordan uddelegering af opgaver til personalet kan sættes i system.

Patientkapacitet mangler at blive koblet med opgavekapacitet og kvalitet

Dette er den første danske undersøgelse, der viser en sammenhæng imellem praksisorganisation, (opgave)kapacitet og lægelig arbejdsuge. Undersøgelsen viser også, at de undersøgte praksis har skabt en praksisorganisation, der muliggør en stor listestørrelse, uden at det går ud over antallet af ydelser, der produceres pr. patient. Disse indsigter er væsentlige, men der er på mange måder tale om et pilotstudie, som rejser flere spørgsmål, end det besvarer.

For det første er der behov for mere detaljerede analyser af kvalitetsdata, der kan dokumentere, hvordan mange tilmeldte patienter påvirker ydelser og tilgængelighed i lægehuse med mange patienter. Ejerlægerens egen vurdering af patientpopulationen og kvaliteten af de ydelser, patienterne modtager, er ikke tilstrækkelig til at drage valide konklusioner. En mere detaljeret og empirisk underbygget viden om de undersøgte lægehuses patientgrundlag og kvaliteten af de ydelser, de tilmeldte patienter får, vil således kunne styrke undersøgelsens interne validitet.

Det er også problematisk, at vi reelt ikke ved, hvor meget de undersøgte lægehuse adskiller sig fra praksissektoren som helhed, når det kommer til personale og organisering af kronikerindsatsen. Det skyldes dels, at der ikke er lavet valide opgørelser over almen praksis' klinikpersonale og lægelige medhjælp på nationalt niveau siden 2005, dels at der endnu ikke er indsamlet nogen form for systematiske data, der viser, hvor langt almen praksis som helhed er kommet med at organisere en systematisk kronikeropfølgning, samt hvor mange opgaver der er udelegeret til personale.

Tal fra Dansk Sygeplejeråd giver dog en indikation på, at sygeplejen og kronikeropfølgningen i almen praksis er i hastig udvikling: I perioden 2002-2007 er der sket en fordobling i antallet af konsultationssygeplejersker i almen praksis fra 1.076 til 2.261 (34). En spørgeskemaundersøgelse fra 2008, der er besvaret af 758 konsultationssygeplejersker, viser også, at 99 % af konsultationssygeplejerskerne har selvstændige konsultationer, 90 % har eget konsultationsrum og egen tidsbestilling, samt at 77 % har selvstændige kronikerkontroller i forhold til fx astma, diabetes, KOL eller hypertension (36). Disse data indikerer, at de arbejdsdelinger, som er analyseret i denne undersøgelse, formentlig ikke er så ualmindelige i almen praksis som tidligere – men vi ved det ikke.

Endelig er det væsentligt, at der – mellem sammenlignelige lægehuse, som repræsenterer best practice, når det kommer til patientkapacitet – tilsyneladende er stor forskel på såvel opgavekapacitet, samt

hvor effektivt personaleressourcerne udnyttes. Dette er positivt, fordi det indikerer, at der er et stort potentiale for at øge kapaciteten i almen praksis. Men kvalificeret viden om de ansattes reelle bidrag til kapacitet og økonomi fremstår i den forbindelse som en forudsætning for at kunne styre og støtte den udvikling, der er sat i gang i almen praksis. Bedre og mere detaljeret viden om, hvordan det enkelte lægehus' arbejdsgange, retningslinjer og den ledelse, der ligger til grund for uddelegering, påvirker kapacitet og kvalitet, fremstår ligeledes som en væsentlig forudsætning for at realisere de potentialer, der er forbundet med større praksisenheder.

Viden gør det dog langt fra alene. Hvis kapacitetspotentialet i almen praksis skal kunne realiseres bredt – og indenfor en relativt kort tidshorisont – forudsætter det et langt mere systematisk og gensidigt forpligtende fokus på ledelse og effektiv praksisdrift, end det der kendetegner praksissektoren i dag.

Bilag 2: Metodebeskrivelse for dataudtræk

Datakilde

Datakilde er Sygesikringsregisteret samt Yderregisteret.

Population

Personer tilmeldt en praktiserende læge (gruppe 1 sikrede) inkluderes for de praktiserende læger, der var aktive hele 2008. Dermed frasorteres praktiserende læger, der enten begyndte eller stoppede praksis i 2008.

Udtræk

Udtrækket bestod af data for 2008. Data er efter udtræk anonymiseret.

Databehandling

Opgørelsen af ydelser pr. ydernummer bygger på følgende medtagne ydelser:

Ydelser i praksis	Tlf. og e-mail	Hjemmebesøg	Undersøgelse af gravide	Børneundersøgelser
0101	0105	0411	8110	8211
0102	0201	0421	8120	8212
0106		0431	8130	8213
0107		0441	8140	8214
0108		0451		8215
0109		0461		8216
0110		0491		8217

Definition af ydelser i vagttid, laboratorieydelser, tillægsydelser, vaccinationer samt div. ydelser til at-testarbejde er fravalgt. Fravalget skyldes, at disse ydelser vil have en sammenhæng med konsultationsydelserne i skemaet ovenfor.

Medtagelsen af sygebesøg samt forløbsydelser for diabetes i opgørelsen medførte 0,6 % højere antal ydelser. Medtagelsen af undersøgelser af gravide og børn medførte en øgning af antallet af ydelser på 1,7 %. Samlet set øgedes ydelsesantallet hermed med ca. 2,3 %.

Konsultationer

Personligt fremmøde blev defineret som alle ovennævnte ydelser på nær ydelserne 0105 & 0201 (e-mail og tlf.). Tlf. og e-mail konsultationer blev defineret som ydelser med koderne 0105 & 0201.

Henvisninger

Opgørelsen af henvisninger fra praktiserende læger bygger på førstegangsydelser hos sygesikringsydere, hvor sygesikringstilskuddet afhænger af henvisningen fra alment praktiserende læge. Dette medfører fx, at henvisninger til kiropraktor ikke blev medtaget.

Vægtning af patienter

15-17 % af alle patienter skifter læge i løbet af et år. For at få et retvisende billede af antallet af ydelser pr. tilmeldt patient, er patienternes forbrug af konsultationer og henvisninger derfor vægtet i forhold til antallet af dage, patienterne var tilmeldt praksis. Herved undgås bias i form af "list inflation", der vil medføre for høje estimater. Denne vægtning medfører en "mindskelse" i antal ydelser og henvisninger pr. patient på ca. 5 %.

Beregning

Alle beregninger er foretaget i Stata v.11. Data er opgjort som gennemsnit med standard deviation samt som median med 25-75 percentiler.

Forbehold for data

Data samt resultaterne skal tages med følgende forbehold:

- ◆ Fordeling af data er højreskævt, hvorfor gennemsnit skal tolkes med yderst varsomhed.
- ◆ Data er ikke uafhængigt i forhold til kommunegennemsnit og landsgennemsnit, idet den enkelte praksis genfindes i kommune- og landsgennemsnit.
- ◆ Sammenligning med andre opgørelser skal foretages med varsomhed grundet definitioner af ydelser samt medtagne ydere.
- ◆ Data indeholder ingen oplysninger om henvisninger til sygehuse, hospitaler og lignende, idet disse oplysninger ikke forefindes i Sygesikringsregisteret.

4. Regionale initiativer der skal afhjælpe lægemangel

Af Henning Voss

4.1 Resumé

4.1.1 Indledning og formål

Der er lægemangel i almen praksis. Ikke generelt over hele landet, men i bestemte områder. I alle fem regioner findes der rekrutteringssårbare områder, dvs. områder, der allerede har og de kommende år forventes at få stadig sværere ved at sikre lægedækning til alle borgere i området. Disse udfordringer adresseres primært på regionalt niveau i et samarbejde mellem regionen og lægerne. Med Region Midtjylland som case ser vi i dette kapitel på, hvordan man på regionalt niveau arbejder med sikring af lægedækning til almen praksis. Vi har valgt Region Midtjylland som case, fordi der i denne region tidligt – og allerede i amternes tid – har været en opmærksomhed på og sat ind overfor problemstillingen.

Analysens formål er dels at generere indsigt i de generelle forudsætninger for samarbejdet mellem region og praksis, dels at belyse hvilke faktorer, der gør, at nogle specifikke initiativer lykkes bedre end andre. Analysen indeholder bl.a. beskrivelser af tre cases for at belyse, hvordan lægerne oplever samarbejdet med regionen for derved at forstå, hvorfor initiativer nogle gange har svært ved at lykkes. Disse beskrivelser tager i sagens natur alene udgangspunkt i lægernes oplevelse. Hvis samme sager var belyst fra andre vinkler, ville sagerne fremtræde anderledes. Formålet med casebeskrivelserne og den overordnede analyse er imidlertid ikke at evaluere eller placere ansvar i forhold til de problemer, løsninger og erfaringer, der analyseres, men at præsentere generelle og specifikke indsigter, som vil kunne inspirere de aktører, der arbejder med sikring af lægedækning til i fællesskab at forbedre det fremtidige samarbejde.

4.1.2 Metode

Datagrundlaget for dette kapitel er rapporter og interview. En del af de rapporter, der indgår i analysen, er udgivet af Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland og beskriver de instrumenter, som partnerne agter at anvende i sikringen af lægedækning. Samarbejdsudvalgets opgaver er at udmønte de rammer, som der er for lokal tilpasning af overenskomsten. Samarbejdsudvalget træffer afgørelse i enighed, og der sidder repræsentanter for både region, kommuner og læger. Når det er Samarbejdsudvalget, der udgiver en rapport, er der derfor enighed mellem parterne om indholdet i den. Derudover indgår en række rapporter, som udelukkende er udgivet af Region Midtjylland, dvs. her er lægerne ikke nødvendigvis enige med regionen. Udover rapporterne indgår i alt 23 individuelle interview samt et fokusgruppeinterview i analysen. I disse interview har vi talt med regionale embedsmænd på forskellige niveauer, regionale repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisation (PLO) samt ikke mindst en række almindelige speciallæger i almen medicin.

4.1.3 Analyse af arbejdet med sikring af lægedækning i Region Midtjyllands almene praksis

Vores analyse viser, at man i Region Midtjylland har en del instrumenter i værktøjskassen, som et enigt Samarbejdsudvalg har besluttet at anvende til at sikre lægedækningen. I enkelte rekrutteringssårbare områder etablerer regionen fx egnede lokaler til bæredygtig praksisdrift. Regionen giver også i særlige tilfælde økonomisk støtte til udvalgte lægehuse, som gør en ekstra indsats for at sikre læge-

dækning i lokalområdet. Regionen tilbyder også praksisudviklingskonsulenter og ledelseskurser og forsøger dermed at støtte en organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis, som har til hensigt at sikre større kapacitet. Derudover forsøger regionen at øge rekrutteringen til yderområder gennem tilbud som ægtefællebeskæftigelse, adgang til bolig samt garanteret institutionsplads. Endelig har regionen strammet op over for tildelingen af delepraksistilladelser. Vores analyse viser, at der er en række udfordringer med dels at få aktiveret disse instrumenter og dels at blive enige om andre relevante instrumenter. Disse udfordringer kan inddeles i tre kategorier, som gennemgås under følgende overskrifter:

- ◆ Begrænset efterspørgsel efter en række instrumenter
- ◆ Interessekonflikter giver dårlige forudsætninger for implementering samt manglende udbud af relevante instrumenter
- ◆ De lokale læger oplever samarbejdet med regionen om sikring af lægedækning som udfordrende.

4.1.4 Begrænset efterspørgsel efter en række instrumenter

Der er en række udbudte instrumenter, som lægerne kun i meget begrænset omfang efterspørger. Vores analyse viser, at timing, markedsføring og brugerinddragelse kan forklare de praktiserende lægers manglende efterspørgsel.

- ◆ **Bedre timing:** Det er vigtigt, at instrumentet tilbydes til målgruppen på det rette tidspunkt. Eksempelvis forsøger man med adgang til hospitalsboliger, ægtefællebeskæftigelse og garanteret institutionsplads at integrere nedsatte lægers familie i lokalområdet. Instrumenterne efterspørges dog ikke af målgruppen, for den har allerede etableret sig på dette tidspunkt. Derfor kan det med fordel i stedet tilbydes yngre læger, som er på vej i uddannelsessystemet.
- ◆ **Bedre markedsføring:** Instrumenterne kan markedsføres bedre, så målgruppen får et klarere billede af, hvad instrumentet kan gøre for dem. Lægerne ved fx ikke nok om, hvad praksisudviklingskonsulentordningen kan tilbyde dem.
- ◆ **Mere brugerinddragelse:** Lægerne efterspørger i højere grad at blive inddraget i udviklingen af de enkelte instrumenter. De praktiserende læger mener fx, at regionen allerede i opstartsfasen burde have været mere lydhør over for lægernes ønsker i forbindelse med Skive Sundhedshus, hvor regionen etablerer moderne lokaler til lægepraksisdrift.

4.1.5 Interessekonflikter giver dårlige forudsætninger for implementering samt manglende udbud af relevante instrumenter

Almen praksis området er stærkt reguleret i overenskomsten, og hvis man på regionalt niveau vil afvige fra eller tilføje ting til overenskomsten, så skal regionen og PLO blive enige herom i Samarbejdsudvalget. Det er dog svært for de to parter at nå enighed om ret meget, fordi en række stærke interesseudsættninger mellem regionen og PLO gør, at begge parter er meget optaget af at sikre egne interesser. Parterne har især interessekonflikter i forhold til økonomien og i forhold til lægernes tilknytning til almen praksis.

Med hensyn til økonomien har de to parter overordnet helt modsatrettede synspunkter. Regionen har en interesse i at holde på pengene, mens PLO har en interesse i at skabe så favorable økonomiske vilkår til sine medlemmer som muligt. Denne grundlæggende interessekonflikt udmønter sig i holdningen til økonomiske instrumenter. Regionen går ind for målrettede og midlertidige tilskud til udvalgte læger. PLO derimod er bekymret for forskelsbehandling og ønsker generelle og helst blivende tilskudsordninger til alle læger i et rekrutteringssårbar område. For at overvinde disse lidt fastlåste forhandlingspositioner er der behov for, at de to parter i fællesskab udvikler og efterfølgende anvender nogle

principper for brugen af økonomiske instrumenter, som tilsammen balancerer parternes interesser. I vores analyse har vi fundet, at denne balance fremmes, såfremt parterne tager udgangspunkt i følgende fire principper:

- ◆ **Proaktiv:** Man bør tage fremtidige lægedækningsproblemer i et lokalområde i opløbet og tidligt gå i dialog med de lokale læger om mulige løsninger på problemerne.
- ◆ **Igangsætterudvikling:** Den økonomiske støtte bør igangsætte udvikling i det modtagende lægehus. Dette opnås bedst gennem støtte, der er målrettet bestemte formål, og som gives i en afgrænset tidsperiode.
- ◆ **Noget-for-noget:** Det lægehus, der modtager økonomisk støtte, bør i en aftale forpligtiges på specifikke modydelser – eksempelvis at øge patientantallet til et bestemt niveau de næste fem år.
- ◆ **Lige adgang:** Alle læger i et område bør have mulighed for at få adgang til den økonomiske støtte. Instrumentet bør udarbejdes, så der er så få diskvalificerende krav som muligt.

Med hensyn til lægernes tilknytning til almen praksis er parterne ikke mindst uenige om brugen af satellitpraksis og muligheden for, at læger kan ansættes i almen praksis i stedet for at nedsætte sig. Mens regionen støtter, at der åbnes op for disse instrumenter, synes PLO at være imod, at de udbredes. Vores analyse indikerer, at PLO står ret alene med denne modstand, idet den hverken deles af regionen eller af de almindelige praktiserende læger, vi har talt med. Disse almindelige læger peger på, at satellitpraksis er bedre end ingen lægedækning og på, at muligheden for at blive ansat læge vil styrke rekrutteringen af læger til almen praksis.

4.1.6 De lokale læger oplever samarbejdet med regionen om sikring af lægedækning som udfordrende

Analysen finder, at de praktiserende læger, der har samarbejdet med regionen om konkrete instrumenter til sikring af lægedækning, oplever regionens sagsbehandling som langsommelig. Derudover opleves det som frustrerende, at regionen ofte ikke svarer på deres henvendelser. Det er også et irritationsmoment for en del læger, at regionens embedsmænd i de praktiserende lægers optik mangler beslutningskompetence. Endelig finder nogle læger, at regionen ikke har tilstrækkelig fokus på at følge indsatser helt til dørs. Det samlede billede, der tegner sig, er altså et samarbejde, som lægerne i høj grad oplever som udfordrende, og hvor lægerne forventer, at det er regionen, der driver samarbejdet.

Lægens oplevelse af samarbejdet med regionen påvirkes dels af forventningerne til samarbejdet og dels af det konkrete samarbejdsforløb. Jo højere forventninger, desto større er skuffelsen, når forventningerne ikke opleves som indfriet. Og lægerne har generelt ret høje forventninger til samarbejdet. De høje forventninger skyldes dels gode erfaringer fra amternes tid, og dels at praktiserende læger ikke har erfaring med at samarbejde med større organisationer.

Men lægens høje forventninger er ikke den eneste grund til, at lægerne er blevet skuffede over samarbejdsforløbet. Vores analyse viser, at de praktiserende læger oplever en træghed i det politisk-administrative system. Denne oplevede træghed skyldes bl.a., at større sager skal behandles i tre politiske led: Samarbejdsudvalget, Forretningsudvalget og Regionsrådet. Derudover oplever de praktiserende læger, at der er ressourcemangel i embedsværket set i forhold til opgavens omfang.

Relativt små ændringer i sagsbehandlingen vurderes dog at kunne fremme de praktiserende lægers oplevelse af samarbejdet:

- ◆ **Kvittering for modtagelse:** Implementering af et kvalitetssystem, der i højere grad end i dag sikrer, at lægerne får en kvittering, når de har henvendt sig. Region Midtjylland oplyser, at man si-

den dataindsamlingen blev foretaget allerede har taget initiativ til, at alle læger modtager kvittering.

- ◆ **Åbenhed om processen:** Lægerne efterspørger en beskrivelse af den forventede politisk-administrative proces. Denne beskrivelse bør indeholde en tidsplan. Hvis tidsplanen skrider, bør lægerne få dette oplyst. Denne åbenhed om processen er vigtig, fordi den giver lægerne en forståelse for de politisk-administrative vilkår, regionen arbejder under, og den bidrager dermed til, at lægerne får mere realistiske forventninger til regionens sagsbehandling. Region Midtjylland oplyser, at man siden dataindsamlingen blev foretaget allerede har taget initiativer, der sikrer, at alle læger får en omhyggelig orientering om den politiske proces og forventede tidsplan.

Analysens konklusioner er primært rettet mod regionen. Dette skyldes for det første, at det her er muligt at generalisere udsagnene i analysen i forhold til en entydig samarbejdspartner. Ansvar for, at der er et godt samarbejde mellem regionen og de praktiserende læger, hviler selvfølgelig i mindst samme grad på almen praksis. Det skyldes imidlertid også, at udgangspunktet for vores analyse alene er på, hvordan samarbejdet bedst fremmes og forstås under de nuværende omstændigheder. Her er konklusionen, at det formodentlig er mere realistisk at sætte sin lid til, at regionen kan facilitere et bedre samarbejde, end at koordineret handling udspringer fra almen praksis. Analysen tager således i høj grad afsæt i et almen praksis' billede af virkeligheden, og i det lys fremstår regionen selvfølgelig ofte som det primære problem i samarbejdsrelationen. Om den verdensopfattelse, der er den mest korrekte eller rimelige, er ikke fokus for analysen.

Selvom fokus for DSI's analyse er de bestående rammer for samarbejdet, illustrerer analysen en række principielle problemstillinger, som bør analyseres og diskuteres, når de overordnede rammer for det fremtidige samarbejde mellem region og praksissektor fastlægges. For det første kan det principielt diskuteres, om almen praksis – forstået som en privat underleverandør af ydelser – ikke var dem, der fortrinsvist burde være interesseret i et velfungerende samarbejde, samt hvad der kan gøres for at fremme en større imødekommenhed over for de initiativer, der iværksættes fra regionalt regi. For det andet er det relevant at diskutere, om forudsætningerne for samarbejdet er gode nok, når regionen ikke har en entydig partner at henvende sig til. For det tredje er det relevant at sætte fokus på rimeligheden i, at PLO som fagforening har ligeværdighed og vetoret i forhold til regionens praksisplanlægning, samtidig med at den lovfæstede forsyningspligt ligger entydigt hos regionen.

4.2 Indledning og formål

Generelt er det ikke svært at tiltrække speciallæger til almen praksis. I 2007 var der flere læger i almen praksis end nogensinde før (37), og selvom der de kommende år vil være et mindre fald i antallet af praktiserende læger, forventer Danske Regioner, at lægernes antal stiger med i alt 6 % fra de 3.400 praktiserende læger i 2008 til 3.600 i 2020 (10). Denne generelt stigende tendens dækker dog over betydelige regionale forskelle. Region Midtjylland og Region Hovedstaden forventes i 2020 at have omtrent det samme antal læger som i 2008. Region Sjælland og Region Syddanmark formodes i 2020 at have henholdsvis 21 % og 16 % flere læger end i 2008. Region Nordjylland må derimod regne med et fald på 15 % i den tilsvarende periode (10).

Selvom det altså kun er Region Nordjylland, der må forholde sig et fremtidigt fald i det samlede antal praktiserende læger, er der i samtlige regioner problemer med at tiltrække læger til bestemte geografiske områder. Eksempelvis har de tre jyske regioner svært ved at tiltrække læger til ikke mindst de tyndt befolkede områder i den vestlige del af Jylland. Region Sjælland har svært ved at få læger til Lolland-Falster, og Region Hovedstaden kan ikke få nok læger til den københavnske vestegn og Bornholm. Udfordringen med at rekruttere læger til disse og andre yderområder har medført, at der i dag

mangler over 100 praktiserende læger, og der er derfor på landsplan over 2.000 patienter, som enten er helt uden praktiserende læge eller er tilmeldt vikarbetingte klinikker.

Det forventes, at disse udfordringer med rekruttering af praktiserende læger i udkantsområder bliver endnu større i de kommende år (1) (38). Derfor tages der både nationale, regionale og lokale initiativer til at afhjælpe problemet. Af nationale initiativer kan nævnes Praksiskommissionens rapport (10), som indeholder en række forslag til løsninger. Derudover vedtog Folketinget i 2009 en lovændring, der muliggør, at regionerne kan etablere lokaler til lægepraksisdrift (39). Også lokalt arbejdes der mange steder ihærdigt for at tiltrække og fastholde områdets praktiserende læger. Et godt eksempel er landsbyen Hammershøj mellem Randers og Viborg. Her har borgerne dannet en forening, der arbejder for etablering af et sundhedshus i byen. Indtil videre har foreningens aktiviteter bidraget til, at byens afgående læge i 2009 var i stand til at sælge sit ydernummer til to yngre læger.

Der tages altså initiativer både på nationalt og lokalt plan. Sikring af lægedækning er dog et regionalt ansvar, og derfor tages de fleste konkrete initiativer på regionalt niveau. De regionale initiativer tages typisk i samarbejdsudvalget, som er en organisatorisk konstruktion, hvor regionens og lægernes repræsentanter skal nå til enighed om initiativerne. I dette kapitel ser vi nærmere på den regionale implementering af initiativer, der har til hensigt at modvirke lægemanglen i yderområder. Vi har valgt Region Midtjylland som case, fordi der i denne region tidligt – og allerede i amternes tid – har været en opmærksomhed på og sat ind over for problemstillingen. Analysens formål er på baggrund af Region Midtjyllands erfaringer at generere viden om, hvordan man på regionalt plan kan arbejde med sikring af lægedækning i almen praksis. Det er vores håb, at denne viden vil kunne inspirere alle aktører, der arbejder med sikring af lægedækning til i fællesskab at forbedre det fremtidige samarbejde.

4.3 Metode

Datagrundlaget for dette kapitel stammer fra to kildetyper: 1) dokumenter og 2) interview.

4.3.1 Dokumenter

Der er i Region Midtjylland udarbejdet en række planer og øvrige dokumenter, der helt eller delvist beskæftiger sig med de rekrutteringsudfordringer, almen praksis står overfor i Region Midtjylland. I vores analyse indgår de fem dokumenter, der vurderes som de mest centrale for vores problemstilling. Tre af disse dokumenter er vedtaget i både Samarbejdsudvalget og Regionsrådet (5) (6) (40). De initiativer, der beskrives i disse dokumenter, er regionen og lægerne altså enige om. Vi inddrager derudover to dokumenter, som alene er vedtaget i Regionsrådet (41) (42). Disse dokumenter beskriver, på hvilke områder Region Midtjylland ønsker at gå videre, end hvad der kunne opnås enighed om i Samarbejdsudvalget. De fem dokumenter vil ikke blive gennemgået i detaljer, men udgør centralt baggrundsmateriale i vores analyse.

4.3.2 Interview

Vi har gennemført i alt 23 individuelle interview samt et fokusgruppeinterview. Vores interview blev gennemført i to runder. Første interviewrunde blev gennemført fra februar 2009 til april 2009, mens anden interviewrunde blev gennemført fra september 2009 til november 2009.

Interviewrunde 1: Nøglepersoner

I denne runde gennemførte vi i alt ni interview med henholdsvis fem regionale repræsentanter fra Primær Sundhed (afdelingschefen, to kontorchefer og to medarbejdere), en repræsentant fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO), en repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), to praksisudviklingskonsulenter og en praksiskonsulent for yngre almen medicinere. Interviewene varede

omtrent en time og omhandlede følgende temaer: 1) hvordan ser interviewpersonen på lægemanglen i almen praksis, 2) hvilke instrumenter kan afhjælpe problemerne, 3) hvordan går det med anvendelsen af instrumenterne, og 4) hvor har de forskellige instrumenter været taget i anvendelse, dvs. hvilke læger har erfaringer med instrumenterne?

Interviewrunde 2: Udvalgte læger

Nøglepersonerne fra første interviewrunde hjalp os med at identificere læger, som har været i berøring med de instrumenter, der har til hensigt at afhjælpe lægemanglen. Der blev identificeret omtrent 25 potentielle interviewpersoner. På denne baggrund udvalgte og kontaktede vi 16 personer. Heraf svarede 14 positivt tilbage, og dem har vi så gennemført individuelle interview med. To personer besvarede ikke vores skriftlige henvendelse, og vi ved ikke, hvorfor de ikke ønskede deltagelse. De personer, vi interviewede, var interessante af én eller flere af følgende grunde:

- ◆ Har erfaringer med én eller flere af de regionale instrumenter der allerede er vedtaget
- ◆ Har erfaringer med andre instrumenter, som ikke er vedtaget, men som ifølge nogle aktører kan bidrage til at afhjælpe lægemanglen
- ◆ Har holdninger til hvad der mere kunne gøres for at afhjælpe lægemanglen
- ◆ Har selv prøvet at starte uddannelsesforløb i den vestlige del af regionen, men valgte så at nedsætte sig i øst
- ◆ Har forsøgt at nedsætte sig som praktiserende læge, men er endt med at forlade almen praksis
- ◆ Er snart speciallæge i almen medicin og bosiddende i den vestlige del af regionen.

Udover de 14 individuelle interview fik vi af praksiskonsulenten for yngre almen medicinere i den østlige del af Region Midtjylland lov til at benytte en i forvejen arrangeret temadag til at gennemføre et fokusgruppeinterview af omtrent en times varighed. Der deltog i alt 16 kommende praktiserende læger i interviewet. Interviewets primære formål var at afdække, hvad der kunne få dem til at overveje at etablere sig i den vestlige del af regionen.

Samtlige interview – både i første og anden runde – varede omtrent en time, og de fleste blev gennemført ansigt til ansigt²⁵. Interviewene er foretaget efter en generisk semistruktureret interviewguide²⁶, der forud for hvert interview har været tilpasset det enkelte interview. Med interviewpersonens tilladelse blev interviewene optaget med en diktafon. Udover interviewer og interviewpersonen deltog der fra DSI en forskningsassistent, der tog noter under interviewet. Disse noter blev ved behov suppleret med transskriptioner af interviewoptagelsen. Efter interviewene blev der foretaget en kategorisering i temaer på tværs af interview. Analysen er struktureret efter disse temaer. Nogle af temaerne er eksemplificeret med seks casebeskrivelser, der viser et konkret samarbejdsforløb mellem regionen og en eller flere lægepraksis omkring anvendelse af et konkret instrument til sikring af lægedækning.

Alle interviewpersonerne er i udgangspunktet anonymiserede, men de seks casebeskrivelser, der er udarbejdet, er så genkendelige for personer med indsigt i området, at anonymitet ville blive vanskelig at sikre. Derfor har vi efterfølgende sendt de seks casebeskrivelser til de relevante interviewpersoner for at få deres tilladelse til at bringe dem i ikke-anonymiseret form. De relevante interviewpersoner har alle godkendt indholdet i de seks cases, men interviewpersonerne i tre af casene har meddelt os, at de af hensyn til det fremtidige samarbejde med Region Midtjylland ikke ønsker at stå frem i kapitlet. Derfor har vi naturligvis undladt at inddrage disse cases i kapitlet. Der indgår således kun de tre

²⁵ Dog blev i alt tre interviews af praktiske grunde gennemført telefonisk.

²⁶ Disse interviewguides kan udleveres ved henvendelse til DSI.

cases, hvor informanterne har sagt god for, at vi offentliggør beskrivelsen i kapitlet. De tre cases bygger i høj grad på lægernes beretning, og derfor er det lægernes perspektiv på samarbejdet, der er skildret. Hensigten med de tre cases er altså ikke balanceret at skildre det faktiske hændelsesforløb, men snarere at vise hvordan lægerne har oplevet samarbejdet med regionen.

4.4 Regionale instrumenter til sikring af lægedækning i Region Midtjylland

Formålet med at se på Region Midtjyllands erfaringer er som nævnt at blive klogere på, hvordan man på regionalt plan kan arbejde med sikring af lægedækning i almen praksis. Vi vil i denne analyse bl.a. komme ind på, hvilke udfordringer der er ved at komme fra plan til handling. Inden vi i afsnit 4.5 diskuterer dette og andre spørgsmål, skal vi dog først have beskrevet de instrumenter, som Region Midtjylland anvender til sikring af lægedækningen.

Det er vigtigt, at partnerne kan blive enige om instrumenterne, for beslutninger om denne type instrumenter skal træffes i et enigt samarbejdsudvalg, hvor både region og læger er repræsenteret. Baggrunden for samarbejdsudvalgets store indflydelse er, at de praktiserende læger er selvstændige sundhedsprofessionelle, der varetager opgaver i sundhedsvæsenet efter vilkår og retningslinjer, som er fastlagt i landsoverenskomsten mellem Danske Regioner og PLO. I hver region er der så nedsat et samarbejdsudvalg, som har mulighed for at udmønte de vide rammer for indgåelse af lokale aftaler, som landsoverenskomsten giver. Herunder kan samarbejdsudvalget indgå aftaler om instrumenter, der har til hensigt at sikre lægedækning. Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland består af to kommunale repræsentanter, fire regionale repræsentanter og seks repræsentanter fra PLO (43), og samarbejdsudvalget træffer sine afgørelser i enighed (44). Rammerne for almen praksis kan altså kun ændres, hvis lægerne og regionen²⁷ kan blive enige. Derfor er det i det følgende relevant at se på de instrumenter, som samarbejdsudvalget kan blive enige om. I afsnit 4.5 vil vi tillige diskutere, på hvilke områder og af hvilke årsager parterne har svært ved at blive enige om konkrete initiativer. Men først altså en beskrivelse af de instrumenter, de er enige om.

4.4.1 Samarbejdsudvalgets overordnede tilgang til sikring af lægedækning

Som nævnt indledningsvist, har man i Midt- og ikke mindst Vestjylland allerede tidligt erkendt kommende udfordringer med sikring af lægedækning i yderområder. Derfor tog man allerede i amternes tid en række initiativer, der skulle afhjælpe akut opståede problemer med sikring af lægedækning i bestemte lokalområder. I Viborg Amt arbejdede man eksempelvis med lægedækningsproblemer på Thy-Mors, og i Ringkjøbing Amt fandt man en økonomisk løsning på et lægedækningsproblem i Lemvig. Nogle af de amtslige medarbejdere, der arbejdede med disse problemstillinger, kom med over i regionen, hvor man fra starten har haft fokus på problemstillingen. Dette fokus er der som tidligere nævnt kommet en række planer ud af (5) (6) (40), som er vedtaget af Samarbejdsudvalget. Eksempelvis vedtog Samarbejdsudvalget i 2008 en plan for rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis (6).

Samarbejdsudvalgets overordnede tilgang til lægemangel er, at flerlægepraksis er en del af løsningen på lægemanglen:

“En bæredygtig praksis er karakteriseret ved at være fremtidssikret, attraktiv for nye læger, at der typisk er flere læger i praksis, at have uddelegering til ansat praksispersonale, at praksis råder over tidssvarende it og diagnosticeringsudstyr og drives fra hensigtsmæssige lokaler” (40).

²⁷ Præcisering: Der sidder tillige kommunale repræsentanter i Samarbejdsudvalget. De kommunale repræsentanternes interesser vurderes ofte at være sammenfaldende med regionens – ikke mindst i spørgsmål om at sikre lægedækning. Derfor taler vi her og andre steder i analysen om ”regionen” og ikke ”regionen og kommunerne”.

At store praksisenheder er en del af løsningen på lægemangel, bygger på to grundlæggende antagelser. For det første antager ikke mindst de regionale repræsentanter i samarbejdsudvalget, at større praksisenheder muliggør ansættelse af praksispersonale, som igen muliggør opgaveglidning, og dermed at antallet af patienter pr. læge øges. For det andet peger ikke mindst lægerne i samarbejdsudvalget på, at kommende praktiserende læger foretrækker at nedsætte sig i større praksisfællesskaber. Med lidt forskellig betoning af argumenterne synes der altså at være enighed om, at der bør være instrumenter til rådighed, der fremmer en udvikling hen mod større praksisenheder – ikke mindst i rekrutteringssårbare områder.

Selvom samarbejdsudvalget er enig om at arbejde for større praksisenheder, er det regionen, der går stærkest ind for det. Regionen går således videre end samarbejdsudvalget og har defineret, at en bæredygtig praksis bør have 8-12.000 patienter tilmeldt (42). I dette kapitel tager vi ikke stilling til eller tester samarbejdsudvalgets antagelser om, at store praksis bidrager til løsningen af lægemanglen, men konstaterer blot, at antagelserne i høj grad er retningsgivende for den politik, der føres på området i Region Midtjylland.

Samarbejdsudvalget har vedtaget følgende tre instrumenter, der skal understøtte etableringen og driften af større praksisenheder: 1) støtte til egnede lokaler til (flerlæge)praksisdrift, 2) støtte øget anvendelse af praksispersonale og 3) støtte organisations- og ledelsesudviklingen i (større) praksisenheder.

Udover disse tre instrumenter har samarbejdsudvalget vedtaget en række andre instrumenter, der ligeledes forventes at have en positiv effekt på rekrutteringen af læger til almen praksis. Instrumenterne kan inddeles i følgende kategorier: 4) hjælp til integrationen af lægens familie i rekrutteringssårbare områder, 5) hjælp til praksisopstart, 6) opstramning af delepraksisordningen samt 7) fastholdelse af ældre læger. Vi vil nu beskrive erfaringerne med disse syv instrumenter.

4.4.2 Støtte til egnede lokaler til praksisdrift

Region Midtjylland anser adgangen til gode lokaler som en katalysator for, at den nødvendige lægedækning kan bevares i rekrutteringssårbare områder. Derfor har regionen givet økonomisk støtte til etablering eller videreførelse af egnede lokaler. Indtil videre er det dog kun sket i ekstraordinære tilfælde – omtrent fem gange i alt. Regionens tilbageholdenhed skyldtes bl.a. økonomiske begrænsninger og uklarhed om lovgrundlaget.

Med hensyn til lovgrundlaget vedtog Folketinget i juni 2009 en lovændring, som giver regionerne en klar hjemmel til at etablere lokaler til praksisdrift (39). Baggrunden for lovændringen er, at kommunalreformen medførte, at regionerne – i modsætning til amterne – ikke havde kommunalfuldmagt, dvs. ikke uden lovhjemmel selv kunne tage initiativ til at påtage sig opgaver. Indtil lovændringen har der derfor i Region Midtjylland været meget tvivl om, hvorvidt regionen lovligt kunne gå ind i projekter, hvor regionen køber eller etablerer lokaler til praksisdrift. Vores regionale informanter påpeger, at denne tvivl om lovligheden har påvirket sagsbehandlingstiden i de praksislokale projekter, der omtales nedenfor, og det er deres vurdering, at det fremover vil blive nemmere og hurtigere at træffe afgørelser i denne type sager.

Det regionalt initierede lokaleprojekt Skive Sundhedshus er et eksempel på et stort anlagt projekt med samling af en række mindre praksisenheder i én bygning, som regionen stiller til rådighed. Regionens idé med Skive Sundhedshus var at skabe et bæredygtigt praksismiljø i Skive by ved at samle så mange af byens læger som muligt i en fællespraksis på det nedlagte hospital i byen. Skive Sundhedshus er endnu ikke nogen realitet, men har været på tegnebrættet siden regionsdannelsen i 2007. Der har været en del modstand mod projektet fra lægernes side og mange hårde forhandlinger. En del af læ-

gerne er sprunget fra, ifølge regionen ikke mindst på spørgsmålet om huslejestørrelsen. Regionen konstaterer dog med tilfredshed, at der nu er tilsagn fra omtrent halvdelen af byens læger.

Lægehuset i Bøvlingbjerg er et andet eksempel på økonomisk støtte til lokaler, som regionen har valgt at gå ind i. Fællesnævneren for de to cases er, at processen frem mod en afklaring ender med at blive lang og sej. Én af forskellene er, at initiativet i Bøvlingbjerg kom fra lægerne – og ikke regionen som i tilfældet med Skive Sundhedshus. Vores regionale informanter angiver forløbet omkring Lægehuset i Bøvlingbjerg som et vellykket eksempel på, at regionen går ind og giver økonomisk støtte til egnede lokaler i et område med rekrutteringsvanskeligheder. De involverede læger derimod oplevede hele forløbet som mindre vellykket. Lægernes beskrivelse af forløbet skildres nedenfor.

Case: Lægehuset i Bøvlingbjerg

Bøvlingbjerg er en landsby med ca. 600 indbyggere og ligger syd for Lemvig i den nordvestlige del af Region Midtjylland. Der har været lægepraksis i Bøvlingbjerg i ca. 125 år, og den nuværende praksis blev bygget sidst i 60'erne. Lægehuset i Bøvlingbjerg har i dag ca. 3.900 tilmeldte patienter.

For nogle år siden meddeler den daværende tredje kompagnon i lægehuset, at han agter at lade sig pensionere og derfor ønsker at træde ud af praksis senest med udgangen af 2008. De tre læger har fra kompagniskabets begyndelse indgået en kontrakt med hinanden, som betyder, at såfremt det ikke lykkes at finde en ny læge, der ønsker at overtage ydernummeret, så skal de to resterende læger købe den tredje læge ud. Trods flere forsøg er det umuligt at finde en ny læge til at indgå i praksis, og derfor skal de to tilbageværende læger betale den afgangende kompagnon halvanden million kroner i goodwill. De to tilbageværende læger er ligeledes oppe i alderen, og de ønsker ikke at gældsætte sig så meget så tæt på deres egen pensionering. Derfor ser de umiddelbart ingen anden udvej end at lukke lægehuset.

Lægerne får dog en idé: Lægehusets bygninger købes af regionen, så lægerne derved kan få beløbet til den pensionerede kompagnonen frigjort. De to tilbageværende læger arbejder på løsningsforslaget og fremlægger det for regionen som mulighed for fortsat at kunne bibeholde læger i Bøvlingbjerg. Lægerne henvender sig flere gange til regionen, første gang i efteråret 2007, men de får ikke svar. Herefter henvender lægerne sig til embedsmændene i regionen, hvor de får besked om, at regionen vil indkalde til et møde med alle lægerne i Lemvig Kommune i februar 2008. På mødet blev den generelle lægedækningsituation i kommunen drøftet. Regionen kom ikke ind på en løsning på problematikken i Bøvlingbjerg. På Bøvlingbjerg-lægernes forespørgsel oplyser regionens embedsmænd, at regionen anser Bøvlingbjerg som en helt særlig udfordring, og derfor lover regionen at vende tilbage til dette spørgsmål senere på mødet. Men dette sker ikke. Efter fire uger henvender lægerne sig igen til regionen, og her meddeler regionen, at de ønsker et møde med lægerne i Bøvlingbjerg. På dette møde meddeler regionen, at de mener, at lægernes planer er værd at arbejde videre med. Men herefter hører lægerne ikke noget fra regionen. I sommeren 2008 står lægerne i en situation, hvor de har brug for at vide, om henholdsvis praksispersonalet og ydrenumrene skal opsiges, og i frustration over situationen vælger den ene af lægerne at skrive et brev til samtlige af regionrådsmedlemmerne, om at han vil holde dem personligt ansvarlig for lægesituationen i Bøvlingbjerg, hvis der inden længe ikke sker noget i sagen. Lægerne får herefter hurtigt svar fra både en række politikere samt en ledende embedsmand om, at regionen er opmærksom på sagen, og de vil sørge for, at der vil blive sat gang i processen. Efter dette sker der stadig ikke noget i sagen, og det ender med, at lægerne opsiges deres personale og meddeler regionen telefonisk, at de agter at lukke praksis med udgangen af 2008. Regionens reaktion på denne meddelelse er, at det er overilet, og at der snart vil komme en løsning, og at lægerne bare skulle tage den med ro.

Som alternativ til regionens køb af lægehuset bliver lægerne i Bøvlingbjerg kort tid derefter adspurgt af regionen, hvorvidt de er interesserede i at flytte sammen med lægerne fra Vemb. Dette er lægerne i Bøvlingbjerg indstillet på, såfremt regionen stiller de nødvendige faciliteter til rådighed. Det ender dog med, at regionen ikke går videre med denne idé.

I september 2008 er sagen om Lægehuset i Bøvlingbjerg med på et lukket regionsrådsmøde, og her bliver det besluttet, at regionen vil købe lægehuset i Bøvlingbjerg, dog på betingelse af at regionen selv fastsætter henholdsvis købs- og lejepris. Lægerne får selv ejendommen vurderet gennem en ejendomsmægler, og sammenlignet med regionens pris er ejendomsmæglerens vurdering af markedsprisen noget højere. Dertil ønsker lægerne også huslejen fastsat efter markedsværdi, men lejeprisen skal ifølge regionen i stedet fastsættes ud fra den værdi, der skatteteknisk er blevet sat. Lægerne ser sådan på de økonomiske vilkår for den indgåede aftale:

"Regionen købte huset billigt og satte herefter en rigtig dyr husleje. Vi betaler mere i husleje her, end hvad vi skulle betale for nyt byggeri på én af de bedst beliggende grunde i Holstebro. Regionen får huset betalt via huslejen på knap 10 år. Det var ikke en foræring på nogen måde. Men det var nødvendigt, at vi gik med på det, hvis vi ville drive praksis videre. Det var med armen på ryggen". Praktiserende læge, Lægehuset i Bøvlingbjerg.

To dage før jul i 2008 modtager lægerne en opringning fra regionen om, at der er opstået problemer vedrørende regionens køb af huset, og at sagen skal genbehandles i Regionsrådet. I februar 2009 godkender Regionsrådet så endeligt købet af ejendommen. Regionens betaling af huset finder sted i slutningen af april 2009, og herefter kan de to læger betale deres afgåede kompagnon. Den lange, komplekse og usikre proces har påvirket lægerne, men i høj grad også praksispersonalet i Lægehuset i Bøvlingbjerg. Usikkerheden omkring fremtiden har blandt andet resulteret i en dårlig atmosfære i lægehuset.

Forløbet med huskøbet opleves af lægerne som alt andet end positivt, men lægerne i Bøvlingbjerg har også en positiv oplevelse med regionen, idet regionen kom med et tilbud om, at hvis lægerne ansatte en sygeplejerske, ville regionen yde et engangsbeløb på 200.000 kr. til omstilling og oplæring af denne sygeplejerske. Dette tilbud vælger lægerne at tage imod og ansætter herefter en sygeplejerske. Og ved hjælp fra en af regionens praksisudviklingskonsulenter får de diskuteret arbejdsgangene igennem og finder ud af, hvordan de kan udnytte sygeplejerskens kompetencer på den mest optimale måde. Forløbet med ansættelsen af sygeplejersken på baggrund af omstillingstilskuddet forløber ifølge lægerne smertefrit, og regionen er lettere at forhandle med, når det drejer sig om engangsbeløb end med mere permanente og længerevarende løsninger. Løsningen har betydet, at sygeplejersken har overtaget nogle af de opgaver, som lægerne tidligere stod for, eksempelvis forskellige kontroller og sygeplejefaglige konsultationer.

Lægerne i Bøvlingbjerg har selv forsøgt at fremtidssikre deres lægepraksis, idet de har udviklet en idé om et tværfagligt sundhedscenter i Bøvlingbjerg. Planerne går ud på, at sundhedscenteret etableres i forbindelse med det nuværende lægehus samt tandlægeklinikken ved siden af, og sundhedscenteret skal bestå af lægerne, byens tandlæge, fysioterapeuterne i byen, en jordemoderkonsultation, psykologkonsultation samt en klinisk diætist med fælles venteværelse, og dertil byens apotek, skadestuefunktion samt ambulancetilkørsel. Planerne om et sundhedscenter i byen har lægerne selv udarbejdet, de har selv betalt for arkitekttegnede tegninger af sundhedscentret samt for omfattende finansieringsforslag med forskellige modeller.

Lægerne i Bøvlingbjerg vurderer, at der er fremtid i den slags tværfaglige sundhedscentre. Fordelene herved er bl.a. den tværfaglige sparring og kommunikation med de andre faggrupper, som vil skabe et frugtbart og dynamisk arbejdsmiljø for alle parter. En af lægehusets tidligere reservelæger kunne også se fremtiden og fordelene i et sådant sundhedscenter. Med denne plan var han interesseret i at over-

tage det ledige ydernummer, men processen gik for langsomt, og han meldte sig derfor ud af planerne. Lægerne i Bøvlingbjerg vurderer, at de med etablering af et sundhedscenter ville kunne øge antallet af tilmeldte patienter til 5.000, idet de nemmere ville kunne tiltrække en læge mere eller alternativt ville kunne ansætte endnu en sygeplejerske. Dermed ville sundhedscentret kunne bidrage til at løse fremtidige problemer med lægedækningen i området syd for Lemvig. På denne måde er tankerne om sundhedscentret i Bøvlingbjerg i høj grad i overensstemmelse med regionens politik om at satse på etablering af store og dermed bæredygtige praksisfællesskaber i yderområder. Derfor fremlægger lægerne ideen og planerne om et sundhedscenter i Bøvlingbjerg for regionen. Men regionen svarer, at de juridisk set ikke har mulighed for at involvere sig i et sådan projekt, da deres involvering i givet fald ville kræve en lovændring. Denne lovændring kommer som ovenfor beskrevet i sommeren 2009, hvorefter embedsmændene laver en indstilling til Regionsrådet om støtte af sundhedscentret i Bøvlingbjerg. Regionsrådet afviser indstillingen på et lukket møde i efteråret 2009 med den begrundelse, at regionen ikke har råd til at involvere sig i sådanne projekter. Planerne for et sundhedscenter i forbindelse med lægehuset og tandlægeklinikken er fra lægernes side efterfølgende blevet opgivet.

Sagen om Lægehuset i Bøvlingbjerg er således endt i, at regionen har set sig nødtvunget til at købe lægehusets ejendom som eneste løsning på at bibeholde læger i Bøvlingbjerg. Processen for at komme hertil har været lang og opslidende. Regionens embedsmænd har derimod umiddelbart været mere engagerede i etableringen af Bøvlingbjerg Sundhedscenter, som regionen efter en lovændring nu juridisk set kan involvere sig i, men senere på grund af økonomiske grunde afviser.

For lægerne har processen vedrørende huskøbet og efterfølgende behandlingen af planerne om et sundhedscenter i Bøvlingbjerg været tung, lang og kompleks, og de oplever en høj grad af desillusionering. Lægerne finder, at mange af embedsmændene, som i det store og hele er flinke og positivt indstillede, har mistet den beslutningskompetence, som embedsmændene havde i amternes tid. Lægerne oplever således i forhold til de store og mere langsigtede løsningsmodeller generel modvillighed fra regionens side, hvorimod når det gælder mindre og mere kortsigtede løsninger, eksempelvis regionens tilbud om omstillingstilskud til sygeplejerske, opleves regionen af de praktiserende læger som mere villige til at hjælpe.

4.4.3 Støtte øget anvendelse af praksispersonale

Øget anvendelse af praksispersonale antages at medføre, at lægen kan have flere patienter på listen. Derfor er man i regionens samarbejdsudvalg enig om at tilskynde til øget brug af praksispersonale. Dette sker gennem tre instrumenter. For det første sker tilskyndelsen gennem organisations- og ledelsesudvikling (jf. afsnit 4.4.4 nedenfor). For det andet har regionen foretaget en grundig udredning af behovet for efteruddannelse til klinikpersonale i almen praksis (45), og i forlængelse heraf har regionen besluttet at arbejde på 1) via en uddannelsesportal at give interessenterne et samlet overblik over eksisterende efteruddannelsesstilbud, og 2) at etablere regionale uddannelsesstilbud på de faglige områder, hvor der er "huller i markedet". Uddannelsesportalen og de kommende regionale uddannelsesstilbud er primo 2010 under planlægning. For det tredje giver regionen i særlige tilfælde engangstilskud til ansættelse af klinikpersonale. Dette er indtil videre sket i omtrent tre tilfælde. Et af disse tilfælde er Lægehuset i Roslev. Dette forløb beskrives nedenfor.

Case: Lægehuset i Roslev

Lægehuset i Roslev ligger på halvøen Salling nord for Skive og i den nordvestlige del af Region Midtjylland. Byen har knap 1.400 indbyggere. Lægehuset i Roslev er en større landpraksis og har i dag ca. 8.000 tilmeldte patienter. Praksis drives i dag som en kompagniskabspraksis, hvor de fem læger deler fire ydernumre. Derudover beskæftiger praksissen en uddannelseslæge, fire sygeplejersker og fem sekretærer, herunder én der er uddannet farmakonom.

Indenfor de seneste år er der sket en række ændringer i lægedækningen i det nordlige Salling, hvor en række lægepraksis i området enten er flyttet eller lukket. Eksempelvis lukker en mindre solopraksis i Durup ca. syv km fra Roslev, da lægen bliver syg. Lægen i Durup kan hverken sælge eller videreføre sin praksis selv. For at sikre lægedækningen i Durup forholder regionen sig ved nabopraksissen i Roslev om, hvorvidt lægerne kunne fordele og modtage de ca. 1200 patienter fra Durup. Lægerne i Roslev var interesserede, men det var på daværende tidspunkt ikke muligt at nå til enighed omkring en ordning.

Som en midlertidig løsning ansætter regionen en lægevikar til praksis i Durup. Denne praksis kan derfor køres videre i de eksisterende lokaler, dog på vikarbasis. En af lægerne fra lægehuset i Roslev fungerer samtidig som principallæge i Durup. Ordningen er dog midlertidig og i længden uholdbar, og efter omtrent et år opsiger regionen ordningen. Patienterne flyttes som resultat heraf til lægeklinikken på Regionshospitalet i Skive, og patienterne har nu ca. 25 km til egen læge.

Lægerne i Roslev er bekymrede for udviklingen med hensyn til lægedækningen i området, og de tager derfor initiativ til en aftale med regionen med det formål dels at skabe en mere langsigtet og bæredygtig løsning for lægedækningen i Nordsalling, dels at kunne opfylde det akutte lægedækningsbehov i lokalområdet. Den samlede aftale, som parterne ender med at indgå, udgøres af to § 2-delaftaler henholdsvis mellem regionen og lægehuset i Roslev og regionen og lægehuset i Selde. I det følgende fokuserer vi på § 2-aftalen indgået mellem regionen og lægehuset i Roslev (46).

Aftalen lyder på, at lægehuset i Roslev hæver sin lukkegrænse med yderligere 1.200 patienter for at kunne afhjælpe den akutte lægemangel i Durup-området. For at kunne udvide sin kapacitet, får lægehuset til gengæld økonomisk tilskud af regionen – dels til en ombygning af de nuværende praksislokaler samt til køb af inventar på i alt ca. 150.000 kr., dels et tilskud på op til 140.000 kr. til udvidelse og opgradering af lægehusets nuværende edb-system samt til indløb af elektronisk apparaturer og analyseapparater, samt et tilskud på 200.000 til ansættelse af ekstra praksispersonale samt til efteruddannelse af personalet.

Aftalen mellem regionen og lægehuset i Roslev kan således betragtes indgået ud fra et "noget-for-noget"-princip, og har været tilfredsstillende for begge parter. Dog er det ved sådanne aftaler, ifølge en af lægerne fra lægehuset i Roslev, nødvendigt at arbejde konkret og realistisk fra begge sider. Lægerne i Roslev havde på et tidspunkt PLO med i forhandlingerne med regionen, men PLO fremsatte ifølge lægerne i Roslev helt urealistiske krav og forventninger til en aftale, fx omkring dobbelt basis-honorar. Lægerne valgte på baggrund heraf selv at arbejde videre med forhandlingerne.

Lægehuset i Roslev har således indgået et samarbejde og en aftale med regionen omkring en fremtidssikring af lægedækningen. Omkring samarbejdet vurderer lægerne, at til trods for at de i sidste ende er nået til en for begge parter tilfredsstillende løsning, har det været en tung og langvarig proces. Lægerne oplever, at der fra embedsmandsniveau er en stor interesse i at finde en løsning, og man kan herfra se mange muligheder, men problemer opstår, fordi:

"Alting skal vurderes politisk, før der kan træffes beslutninger. Og derfor er det tungt. Jeg synes, der er for lidt kompetence til at træffe beslutninger i embedsmandssystemet, og det er synd, for det er gode og velmenende folk". Praktiserende læge, Lægehuset i Roslev.

Siden aftalen blev indgået har lægerne i Roslev selv arbejdet videre med at udvide kapaciteten i praksis. Dette gøres bl.a. ved løbende at effektivisere arbejdsprocesserne i lægehuset ved hjælp af LEAN værktøjer. Ifølge lægerne har de oplevet en ca. 15 % effektivitetsforbedring som følge heraf. Derud-

over har lægerne arbejdet med ledelsesfunktionen i praksissen blandt andet med hjælp fra et af regionens kurser om ledelse og udvikling i praksis (LUP)²⁸.

Lægehuset i Roslev er i dag en dynamisk og ambitiøs lægepraksis, som i fremtiden også har ambitioner om videre udvikling og udvidelse af kapaciteten. Lægehuset har med få og konkrete midler formået at udvide kapaciteten, så de på både kort og længere sigt kan bidrage til en løsning af de udfordringer, som lægemanglen i området giver. Lægerne vurderer også, at de har et ansvar for, at lokalområdet i fremtiden skal være et attraktivt sted, hvilket bl.a. kræver, at borgerne har let tilgængelig adgang til læge. Men det kræver ifølge vores informant i Roslev, at Region Midtjylland er mere proaktiv og mere offensiv i sin tilgang til problemet.

”At yde økonomiske tilskud til lægepraksis med henblik på at udvide og effektivisere er en del af løsningen. En anden løsning er at facilitere dialogen mellem lægerne i et område vedrørende en kommende praksisstruktur. En dialog med fokus på de enkelte praksis’ muligheder, mål og ambitioner. Er praksisstørrelsen hensigtsmæssig? Er praksis placeret fornuftigt i forhold til patienternes bopæl? Er der mulighed for en frivillig patientudveksling, hvorved de enkelte praksis kan opnå en størrelse og patientgrundlag, der er tilpasset en fremtidig struktur? Denne dialog er vigtig, men svær at tage lægehusene imellem – her kunne Region Midtjylland i langt højere grad spille en proaktiv rolle, end de gør i dag”. Praktiserende læge, Lægehuset i Roslev.

Der er således de praktiserende lægers forventning, at det er regionen, der skal sikre, at der sker en dialog med den enkelte lægepraksis, også om de emner der er en del af samarbejdsudvalgets ansvarsområde.

4.4.4 Støtte organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis

Mange læger udtrykker bekymring for, at der med store praksisenheder følger et u hensigtsmæssigt organisations- og ledelsesoverhead. Derfor har samarbejdsudvalget besluttet at udbyde organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis. Formålet er at give lægerne redskaber til at tackle det organisations- og ledelsesoverhead, der ligger i større enheder. Dermed skal disse instrumenter fremme større og mere effektive lægepraksis, og samarbejdsudvalget mener derfor, at organisations- og ledelsesudvikling bidrager til større kapacitet i almen praksis og dermed til at modvirke lægemanglen. Samarbejdsudvalget har vedtaget to primære instrumenter inden for organisations- og ledelsesudvikling: 1) Praksisudviklingskonsulenterne (PUK), og 2) Kursus i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP).

En PUK er en erfaren praktiserende læge, som almen praksis kan rekvirere for at drøfte eller facilitere udviklingen i en konkret lægepraksis. Praksisudviklingskonsulenterne har eksempelvis været brugt i forbindelse med et mindre antal praksisfusioner. Et andet konkret eksempel på brugen af PUK er i forbindelse med ejerskiftet af en tomands praksis i en landsby, som to unge læger overvejede at købe i 2008. De to unge læger anmodede regionen om økonomisk tilskud til købet, idet lægerne argumenterede for, at det uden tilskud ville blive svært at få læger ud i netop denne landpraksis. Regionen afviste at give økonomisk tilskud, men tilbød i stedet de to unge læger et møde med en PUK. På mødet gennemgik PUK'en med udgangspunkt i § 100-opgørelsen de udviklingsmuligheder, som denne praksis rummede. Eksempelvis blev de to unge læger gjort opmærksom på de indtjeningsmuligheder, der lå i opfølgende hjemmebesøg, systematisering af diabetesbehandling og livsstilssamtaler. Derudover blev det diskuteret, hvordan ansættelse af en sygeplejerske kunne bidrage til praksisudvikling og øget ind-

²⁸ LUP-kurserne tilbydes i samarbejde med regionen og har til formål at ruste læger i almen praksis til at varetage ledelsesfunktionerne i deres virksomhed. Derudover skal lægerne lære, hvorledes man organiserer og optimerer driften i deres praksis og gennemfører vellykkede udviklingsprojekter.

tjening. Lægerne valgte at købe landpraksis og er nu i gang med at udvikle deres praksis – herunder gennem ansættelse af en sygeplejerske og gennem øget anvendelse af bestemte ydelser.

De to unger lægers køb af en landpraksis er et godt eksempel på, hvordan PUK-ordningen direkte og konkret har bidraget til at sikre lægedækningen i et rekrutteringssårbart område. Imidlertid er der kun få eksempler herpå. Almen praksis i Region Midtjylland har kun i begrænset omfang efterspurgt PUK-ordningen. Region Midtjylland fører ikke statistik med brugen af PUK-ordningen, men den begrænsede efterspørgsel bekræftes hele vejen rundt: i regionen, blandt lægerne og hos PUK'erne selv.

Kursus i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP) er et andet organisations- og ledelsesudviklingstilbud i Region Midtjylland. Initiativet til etableringen af LUP kommer fra de to praktiserende læger, som også er de bærende kræfter bag PUK-ordningen. Der afholdes to LUP-kurser årligt med 25 deltagere, og det første kursus blev afholdt primo 2009. Indtil videre har der været afholdt tre LUP-kurser, og de har været overtegnede. LUP har altså fået en rigtig fin opstart med stor interesse fra lægernes side. Ifølge initiativtagerne til LUP er spørgsmålet om kapacitet i almen praksis kun en mindre del af LUP-kurset.

4.4.5 Integrere lægens familie i et rekrutteringssårbart område

Region Midtjylland har en række tilbud, som tilsammen skal bidrage til at integrere hele lægens familie i det rekrutteringssårbare område. Regionen tilbyder at arbejde for, at en tilflyttende lægefamilie kan få adgang til hospitalsbolig, ægtefællebeskæftigelse og garanti for institutionsplads. Disse tilbud har dog ikke været efterspurgt i nævneværdig grad, og der er kun få, der har benyttet sig af dem. At der ikke er en stor efterspørgsel betyder dog ikke, at initiativerne bør afskaffes eller er overflødige.

4.4.6 Hjælp til praksisopstart

I Samarbejdsudvalget er der enighed om, at der i særlige tilfælde kan ydes økonomisk hjælp til praksisopstart. Forudsætningen er i praksis, at et ydernummer ikke kan genbesættes på almindelige markedsvilkår, og at der som følge heraf vil være patienter, der ellers vil mangle en læge. I Region Midtjylland er der kun i ét tilfælde ydet økonomisk hjælp til praksisopstart. Hjælpen blev ydet til praktiserende læge Anne Mette Eriksen i Lemvig. Dette forløb beskrives i det følgende.

Case: Økonomisk støtte til Anne Mette Eriksens praksisopstart i Lemvig

Anne Mette Eriksens lægepraksis ligger i bygninger, der har tilknytning til Regionshospitalet Lemvig, der i dag udelukkende består af en røntgenfunktion, laboratoriefunktion og en jordemoderkonsultation. Anne Mette Eriksens praksis er en solopraksis med i dag ca. 1.600 patienter tilknyttet og med henholdsvis en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent ansat samt en sekretærhjælp og bogholder tilknyttet.

I overgangen mellem det gamle Ringkjøbing Amt og Region Midtjylland står regionen i 2006 med et akut rekrutteringsproblem i Lemvig. Her er der tre pensionsmodne sololæger, der ikke kan få solgt deres ydernummer. De tre ydernumre overgår derfor i den samlede pulje, og patienterne forsøges fordelt på andre læger i området. Der er dog ikke kapacitet nok, og en del patienter bliver lægeløse. Region Midtjylland vælger derfor at slå et 0-ydernummer op i området. Et 0-ydernummer har i udgangspunktet ingen patienter, og der skal ikke betales goodwill for at få ydernummeret. I tillæg tilbyder Region Midtjylland at give et engangstilskud til etablering på 300.000 kr. årligt i de første tre år. Region Midtjylland modtager på baggrund heraf flere ansøgninger til ydernummeret.

Anne Mette Eriksen er forholdsvis ny speciallæge i almen medicin og den af de ansøgere, der bliver tildelt ydernummeret. Region Midtjylland ønsker, at hun starter klinikken op pr. 1/10-2006, hvilket hun accepterer, selvom hun ikke føler, der er meget tid til etablering. Pr. 1/10 har Anne Mette Eriksen hverken lokaler, personale eller edb, og den første måned får hun til at fungere ved familiens hjælp i mid-

lertidige lokaler samt på gammeldags manér med gamle håndskrevne regninger og journalnoter. En måned efter opstart får hun en sekretær ansat og to måneder efter en sygeplejerske. De tre flytter herefter ind i de nuværende praksislokaler på Regionshospitalet Lemvig.

Anne Mette Eriksen har ved opstart over for Region Midtjylland udtrykt et ønske om maksimalt 1.600 patienter i sin praksis, men på grund af rod i regionen i overgangen fra amt til region viser det sig efterfølgende, at der ikke er styring med patienttilgangen. Og det går stærkt. Anne Mette Eriksen havde ikke anelse om, hvor hurtigt det ville gå, førend normtallet for antal tilmeldte patienter er nået og kontakter derfor flere gange kommunen med henblik på at følge udviklingen. Da Anne Mette Eriksen efter flere rykkere får besked tilbage, har hun 1.800 patienter tilmeldt. Herefter beder hun om at få patienttilgangen lukket øjeblikkeligt. Dog sker der i den forbindelse en fejl med det resultat, at tilstrømningen af patienter fortsætter. Da patienttilgangen endelig lukkes få måneder efter opstart, har hun ca. 2.100 tilmeldte patienter.

Anne Mette Eriksen forsøger at holde sin praksis kørende med 2.100 patienter, men hun kan rent ud sagt ikke følge med, og i perioder oplever hun at have fire ugers ventetid på almindelige konsultationer. Hun oplever denne periode som meget frustrerende og kan ikke forstå, at hun ikke kan arbejde sig ud af den store arbejdsbyrde. Men patienterne, deres sygdomme og problemer er nye for Anne Mette Eriksen, og hun står meget alene med dem, så det hele tager længere tid end forventet. Hun beslutter sig derfor for at kontakte en ledende embedsmand i regionen, som henviser hende til en af regionens praksisudviklingskonsulenter med henblik på en omorganisering af praksis. Anne Mette Eriksen får besøg af praksisudviklingskonsulenten et par gange. På trods af gode ideer fra praksisudviklingskonsulenten er det grundlæggende problem stadig den alt for store arbejdsmængde. Efter knap et år ender det med, at Anne Mette Eriksen må sygemelde sig i en kortere periode.

For at få antallet af tilmeldte patienter ned på 1.600 sender regionen til sidst, og først efter tillidsmandens inddragelse, breve til samtlige Anne Mette Eriksens patienter, hvor regionen beder dem tage stilling til, hvorvidt de ønsker at beholde Anne Mette Eriksen som deres praktiserende læge. Først i marts måned 2008 kommer Anne Mette Eriksen af med de 500 ekstra patienter.

Anne Mette Eriksen oplever, at det har været en meget hård praksisopstart. Der skete nogle hændelige fejl omkring patienttilstrømningen, som man bør lære af. Derudover var hele opstartsforløbet meget lidt gennemtænkt fra regionens side. Efter hendes mening burde regionen enten have givet mere tid til praksisetablering, før patienterne kunne møde op, og/eller have bidraget med processtøtte i forhold til lokaler, personaleansættelse og edb-udstyr. Anne Mette Eriksen undrer sig over, at regionen efterfølgende ikke har taget kontakt til hende for at drøfte forløbet igennem med hende. Det opfatter Anne Mette Eriksen således, at regionen ikke er interesseret i at lære af forløbet.

Regionen har efterfølgende besluttet, at der ikke længere vil blive givet etableringstilskud. Regionen har således ikke mindst bemærket, at beslutningen om at give etableringstilskud har affødt en del uro blandt andre læger i området. Nogle af lægerne har ytret overfor regionen, at ordningen er udtryk for urimelig forskelsbehandling.

4.4.7 Fastholdelse af ældre læger

I en plan fra begyndelsen af 2008 vedrørende rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis (6) foreslås en række instrumenter, der skal sikre fastholdelse af ældre læger. Planen er vedtaget i Samarbejdsudvalget. Ét af instrumenterne er vagtfritagelse til læger på 60 år eller derover. Instrumentet er fuldt implementeret, det er indskrevet i vagtinstrukserne, at alle læger på 60 år eller derover har ret til at frasige sig vagtarbejde.

Et andet instrument er øget mulighed for delepraksis til praktiserende læger på 62 år eller derover. Instrumentet er ligeledes fuldt implementeret, da det er skrevet ind i administrationsgrundlaget for tildeling af delepraksis, at læger på 62 år eller derover kan få delepraksis. Dvs. at Region Midtjylland administrativt kan godkende ansøgninger med denne begrundelse, og det er også sket et antal gange.

Et tredje instrument er øget adgang til praksisudviklingskonsulentordningen, herunder dialog om øget anvendelse af praksispersonale. Dette instrument har endnu ikke været anvendt, selvom regionen ofte har tilbudt det til ældre læger. Der er således en del læger, der har kontaktet regionen og meddelt, at de ville lukke, hvis ikke de fik økonomisk støtte fra regionen. Regionen har i deres svar afvist at give økonomisk støtte, men tilbyder i stedet lægerne at få adgang til praksiskonsulentordningen. Dette tilbud har de pågældende læger valgt ikke at benytte sig af.

Endelig er det i planen vedtaget, at der skal arbejdes for en facilitering af vikararbejde, så det bliver nemmere at matche udbud og behov på vikarområdet. Én af praksisudviklingskonsulenterne havde i 2008 et konkret forslag til, hvordan regionen kunne facilitere formidling af vikararbejde. Regionen har ikke fulgt op på dette forslag og har heller ikke igangsat eller planlagt initiativer til vagtfacilitering. I den østlige del af regionen er der dog en læge, der på eget initiativ vedligeholder en vikarliste. I den vestlige del af regionen er der ikke nogen tilsvarende liste.

4.4.8 Opstramning af delepraksisordningen

I overenskomsten er der mulighed for, at Samarbejdsudvalget efter ansøgning kan give tilladelse til delepraksis, dvs. at to læger deler et ydernummer. Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland har vedtaget et administrationsgrundlag for administrativ tildeling af delepraksis. Udgangspunktet er, at delepraksistilladelse kan gives i de situationer, hvor lægen har behov for aflastning på grund af alder (62 år), sygdom hos lægen selv eller i den nærmeste familie eller på grund af konsulentarbejde inden for sundhedssektoren (minimum 6 timer ugentlig). Aflastningskravet er således en væsentlig præmis for Region Midtjylland, idet regionen ikke ønsker at give tilladelse, blot fordi lægen evt. generelt ønsker sig en kortere arbejdsuge. Der er dog en enkelt undtagelse fra aflastningskravet: Administrationsgrundlaget åbner op for, at læger, som ikke har behov for aflastning, dog kan få tilladelse til at etablere delepraksis, hvis det tjener et rekrutteringsmæssigt formål i et område. Forudsætningen er, at området i praksisplanen er betegnet som et udviklingsområde, dvs. et område, hvor lægedækningen er kritisk, og hvor man fortsat vil satse på at bibeholde et eller flere lægehuse.

Tildelingen af delepraksistilladelser indebærer et dilemma. På den ene side betyder tilladelsen muligvis, at flere læger vælger almen praksis, fordi de kan få mere fleksible arbejdstider. På den anden side betyder tilladelsen, at der i en tid med lægemangel kommer til at være uudnyttede lægerressourcer i almen praksis. De to parter i Samarbejdsudvalget er enige om, at dette dilemma eksisterer, men er uenige om, hvad der vægter tungest. Region Midtjylland vægter de uudnyttede lægerressourcer højest og går derfor klart ind for stramninger i tildelingen af delepraksistilladelser. I Region Midtjyllands optik har ikke mindst Århus Amt tidligere været for lemfældig i administrationen af delepraksistilladelser. PLO er derimod mere tilbøjelig til at vægte den fleksibilitet, delepraksis kan give de læger, der måtte have behov herfor. Muligheden for delepraksis er populær blandt lægerne – ikke mindst de yngre, som vægter balance mellem arbejds- og familieliv. I det lys er det naturligt, at PLO søger at fremme størst mulig fleksibilitet i medlemmers arbejdstid.

I praksis betyder denne uenighed, at Region Midtjylland ofte bruger sin veto i Samarbejdsudvalget til at afvise ansøgninger om delepraksis. Det er således Region Midtjylland, der modtager ansøgning om delepraksis, og de kan som beskrevet ovenfor administrativt godkende dem, såfremt begrundelsen klart ligger inden for det administrationsgrundlag, Samarbejdsudvalget har aftalt. Når delepraksisansøgninger ikke klart opfylder kriterierne i administrationsgrundlaget, skal de bringes op i Samarbejds-

udvalget. De regionale repræsentanter i Samarbejdsudvalget foretager så en individuel vurdering af de argumenter, som ansøger fremlægger. Oftest er resultatet dog, at de regionale repræsentanter vurderer, at ansøger ikke har et tilstrækkeligt behov for aflastning og derfor vælger at stemme imod ansøgningen. Da parterne skal være enige i Samarbejdsudvalget, betyder det, at ansøgningen ikke kan imødekommes. De regionale repræsentanter har således mulighed for at anvende en vetoret i den slags sager.

Regionens stramninger i delepraksistildelingen deler vandende blandt de læger vi har interviewet. Nogle kan godt se rationalet bag. Andre tror ikke på, at et afslag om delepraksis i Århus vil medføre et øget rekrutteringsgrundlag i Vestjylland. For de læger, der får afslag i Århus, vil ikke flytte til Vestjylland af den grund. Der argumenteres for, at disse læger nok snarere vil forlade almen praksis til fordel for fx en stilling på hospitalet. En del er inde på, at ændringen i regionens politik på området var kommet meget pludseligt, og at man ikke har gjort tilstrækkeligt for at vise ikke mindst kommende og yngre praktiserende læger, at der er alternative måder, hvorved der kan opnås fleksibilitet i hverdagen – herunder ansættelse af vikarer og praksispersonale.

4.4.9 Delkonklusion

I dette afsnit har vi beskrevet de instrumenter, man har vedtaget i Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland, som skal modvirke lægemanglen i de områder af regionen, der oplever rekrutteringsvanskeligheder til almen praksis. Instrumenterne og deres status er opsummeret i tabel 4.1 nedenfor.

Tabel 4.1: Instrumenter der har til hensigt at modvirke lægemangel i almen praksis i Region Midtjylland

Instrument	Status
Støtte til egnede lokaler	Anvendes i særlige tilfælde. Omtrent fem gange indtil nu.
Støtte til anvendelse af praksispersonale	Anvendes i særlige tilfælde. Omtrent tre gange indtil nu.
Støtte organisations- og ledelsesudvikling	Instrumentet indeholder to initiativer: <ul style="list-style-type: none"> • Praksiskonsulentordningen: Begrænset efterspørgsel blandt lægerne. • Kursus i Ledelse og Udvikling i Praksis: Stor efterspørgsel blandt lægerne.
Integrere lægens familie i et rekrutteringssårbart område	Instrumentet indeholder tre initiativer: Adgang til hospitalsbolig, ægtefællebeskæftigelse og garanti for institutionsplads. Ingen af initiativerne har været efterspurgt indtil videre.
Hjælp til praksisopstart	Har været anvendt én gang. Regionen har efterfølgende besluttet ikke at bruge instrumentet igen.
Fastholdelse af ældre læger	Instrumentet indeholder fire initiativer: <ul style="list-style-type: none"> • Vagtfritagelse for +60-årige: Fuldt implementeret (står i vagtinstrukserne). • Adgang til delepraksis for +62-årige: Fuldt implementeret (står i administrationsgrundlaget). • Øget adgang til praksiskonsulentordningen: Ingen efterspørgsel. • Facilitering af vikarbejde: Ikke implementeret af Region Midtjylland.
Opstramning af delepraksisordningen	Administrationsgrundlaget for tildeling af delepraksis gør det muligt, at delepraksistilladelse kan gives for at tiltrække eller fastholde læger i et rekrutteringssårbart område. Derudover bruger Region Midtjylland ofte sin vetoret i samarbejdsudvalget til at stramme op omkring tildeling af delepraksis.

Det fremgår af tabellen, at en række af instrumenterne enten slet ikke har været anvendt eller kun i ganske beskedent omfang. Derudover fremgår det af de beskrevne cases samt de udførte interview, at lægerne ofte opfatter samarbejdet med regionen om instrumenterne som tungt og langsommeligt. Endeligt er der relevante instrumenter, der ikke er nævnt i tabellen, fordi de slet ikke tilbydes i dag.

Årsagen synes at være, at parterne er uenige om anvendelsen af dem. Det kan altså konkluderes, at der er en del udfordringer i at komme fra plan til handling, når man på regionalt niveau skal gøre en indsats for at modvirke lægemangel i almen praksis.

4.5 Diskussion af årsager til udfordringerne med at komme fra plan til handling

I dette afsnit vil vi diskutere mulige årsager til de udfordringer, vi har beskrevet i forrige afsnit med at komme fra plan til handling i indsatsen over for lægemangel i almen praksis. Det er vores håb, at vi med denne diskussion kan inspirere aktører, der arbejder med almen praksis, til i fællesskab at forbedre et fremtidigt samarbejde. Vi vil i diskussionen fortsat tage udgangspunkt i Region Midtjylland, men vores ambition er som nævnt indledningsvist, at diskussionen også vil inspirere aktører i andre regioner.

Vi inddeler diskussionen i tre afsnit. Det første afsnit handler om efterspørgsel. I dette afsnit vil vi diskutere mulige årsager til, at der kun er begrænset efterspørgsel efter en række af de udbudte instrumenter. I det andet afsnit diskuterer vi, hvordan parterne håndterer interessekonflikter i forbindelse med sikring af lægemangel. Afslutningsvis vil vi i det tredje afsnit diskutere, hvordan lægerne opfatter samarbejde om sikring af lægedækning.

4.5.1 Årsager til den begrænsede efterspørgsel efter en række instrumenter

En del af de instrumenter, der udbydes, bliver ikke efterspurgt i særligt omfang. I dette afsnit vil vi diskutere en række mulige årsager til denne begrænsede efterspørgsel. Årsagerne kan inddeles i tre kategorier: timing, markedsføring og brugerinddragelse.

Timing

Region Midtjylland har en række tilbud, som tilsammen skal bidrage til at integrere hele lægens familie i det rekrutteringssårbare område. Regionen tilbyder at arbejde for, at en tilflyttende lægefamilie kan få adgang til hospitalsbolig, ægtefællebeskæftigelse og garanti for institutionsplads. Der er dog stort set ingen, der har benyttet sig af disse tilbud. En væsentlig årsag er, at timingen er forkert i forhold til, hvornår instrumenterne tilbydes målgruppen, som er speciallæger i almen medicin, der står foran valget om, hvor de vil nedsætte sig som praktiserende læge. Alle de kommende og nynedsatte læger, vi har talt med, er inde på, at adgang til gode boliger, ægtefællebeskæftigelse og institutionsplads måske nok er udmærkede tilbud, men at de på ingen måde har indflydelse på, hvor de nedsætter sig. En siger det på følgende vis:

"Mine børn går i skole i Århus, og min mand har gode karrieremuligheder her i byen. Vi er glade for at bo i Århus, og så er det helt og aldeles ligegyldigt, at regionen stiller en bolig og børnepasning til rådighed i Ringkøbing. Uanset hvad de stiller op, tror jeg ikke på, at vi ville flytte fra Århus længere. Vi er kommet så langt i livet – at vi er groet fast her. Hvis ikke jeg kan nedsætte mig som praktiserende læge på Århus-kanten, så er der jo brug for en almen mediciner i andre sektorer". Kommende praktiserende læge bosiddende i Århus.

Tanken om at integrere lægens familie i det rekrutteringssårbare område er måske nok nærliggende, men problemet er, at mange af de læger, der er klar til at nedsætte sig, allerede har købt hus og stiftet familie. Ofte har de også skolesøgende børn. I denne situation vil det for langt de fleste ikke være tilstrækkeligt tillokkende, at der eksempelvis er adgang til en attraktiv bolig. Instrumenternes timing er altså skæv. Det er nødvendigt at få lægerne til at få smag for yderområderne, allerede inden de slår rod familiemæssigt. Derfor kan Region Midtjylland overveje at ændre timingen af instrumenter, så der allerede bliver adgang til instrumenterne for læger, der er på vej igennem uddannelsesforløbet.

Det er imidlertid tvivlsomt, om det i sig selv vil have nogen effekt at ændre timingen for de tre instrumenter, for det, der betyder noget for, om læger kommer ud og får tilknytning til rekrutteringssårbare områder, er placeringen af uddannelsesstillinger. I forhold til uddannelsesstillinger går den strukturelle udvikling i den modsatte retning, for med lukning af de små sygehusenheder lukkes også uddannelsesstillinger i rekrutteringssårbare områder. Centraliseringen af sygehusdriften kan være fornuftig af mange årsager, men betyder, at det i fremtiden må formodes at blive endnu vanskeligere at tiltrække læger til almen praksis i dele af Regionen.

Denne igangværende og accelererende udvikling med færre uddannelsesstillinger tæt på yderområder bør regionerne forholde sig til og udarbejde modoffensiver overfor. I vores dataindsamling kom der en række spændende forslag frem fra de læger, vi har interviewet. Et af forslagene var at gøre arbejdet i en praksis i et yderområde til et obligatorisk element i lægeuddannelsen. Det har man allerede indført med gode erfaringer i den vestlige del af Region Midtjylland. Et andet forslag er at promovere det rekrutteringssårbare område over for læger under uddannelse. Eksempelvis har man gode erfaringer med at invitere uddannelseslæger til Sønderborg for at fortælle om de muligheder, som byen byder på. Det samme har man forsøgt i Vestjylland, hvor der bl.a. var arrangeret en rundtur for kommende læger til forskellige lægepraksis i Lemvig. Hensigten var, at de kommende læger kunne få en fornemmelse af, hvordan livet var i en praksis i Lemvig, men rundturen blev aflyst på grund af for få tilmeldinger.

Et tredje og mere vidtgående forslag er at lave geografiske kvoter til medicinstudiet, så der reserveres et antal uddannelsespladser til studerende fra eksempelvis Vestjylland. Én af informanterne oplyser, at man har gode erfaringer hermed i Norge. Nordmændenes idé er, at hvis den medicinstuderende kommer fra et yderområde, så er den studerende langt mere tilbøjelig til at flytte tilbage dertil efter endt studie. At det forholder sig sådan bekræftes af vores dataindsamling. De læger, vi har talt med, som enten nyligt har valgt at nedsætte sig i Vestjylland eller snart forventer at gøre det, kommer alle sammen oprindeligt fra Vestjylland. Alle fem har valgt at flytte tilbage til området, fordi de forsat har et netværk i området – herunder ikke mindst familiær tilknytning. Selvom forslaget om geografiske kvoter til medicinstudiet måtte være effektivt, er der hverken tradition eller lovgrundlag for denne type kvoter i Danmark, og det er heller ikke noget, regionerne har direkte indflydelse på.

Markedsføring

Det tager tit et stykke tid og kræver en indsats at få skabt en efterspørgsel efter nye tiltag. En mulig årsag til den begrænsede efterspørgsel efter praksisudviklingskonsulent (PUK-)ordningen er fx, at den kun har eksisteret siden 2007, og ordningen ikke har været tilstrækkeligt tydeligt markedsført over for målgruppen. Vores interview med PUK-ordningens målgruppe – lægerne – viser da også, at lægerne måske nok har hørt om ordningen, men at de ikke helt er klar over, hvad ordningen ville kunne tilbyde netop dem. Der er altså behov for at tydeliggøre over for målgruppen, hvad en PUK kan hjælpe med.

Markedsføring over for målgruppen er dog næppe den eneste forklaring på den begrænsede efterspørgsel efter PUK-ordningen. Kurset i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP) har ikke været markedsført særlig meget over for målgruppen, og selvom LUP kun har eksisteret siden 2009 og dermed endnu kortere tid end PUK, er der yderst stor efterspørgsel efter LUP-kurser.

Efterspørgslen efter LUP-kurser viser altså, at efterspørgslen nok skal komme selv med begrænset markedsføring, såfremt målgruppen vurderer instrumentet som relevant. Heraf kan vi udlede, at når PUK-ordningen ikke er mere efterspurgt, må en del af forklaringen være, at målgruppen ikke oplever instrumentet så relevant for dem. Men hvordan øger man instrumentets relevans? Et bud er at inddrage målgruppen i videreudviklingen af instrumentet. Det handler altså om brugerinddragelse.

Brugerinddragelse

De to bærende kræfter bag PUK-ordningen peger på, at der er brug for yderligere udvikling af PUK samt af lignende ordninger. De er selv inde på, at der er behov for, at brugerne inddrages i denne videreudvikling. Behovet for videreudvikling bekræftes af de kommende og nynedsatte praktiserende læger, vi har talt med. Mange af dem peger dog også på, at der er behov for at supplere PUK-ordningen med en mentorordning. Den nystartede praktiserende læge efterspørger mere intensiv sparring og support af en ældre kollega, end en PUK ville kunne tilbyde. Denne efterspørgsel er særligt udtalt blandt nynedsatte læger, der overtager en praksis uden ældre kollegaer. Det kan være sololæger eller eksempelvis to nynedsatte læger, der nedsætter sig i en praksis med to ydernumre. De fire informanter, vi har interviewet, som var netop i denne situation, er alle inde på, at de i deres opstartsperiode ville have haft stor gavn af en erfaren kollega, som kom fast i praksis og derfor kunne agere som mentor og måske også gå til hånd i praksis. Flere af vores informanter peger på, at en regional medfinansiering af en sådan mentorordning kunne være et instrument til sikring af lægedækning, idet tilbuddet kunne gøre det mere tillokkende for én eller flere unge læger at overtage en praksis i et yderområde.

Der er altså behov for videreudvikling af PUK-ordningen. Derudover efterspørges en mentorordning af ikke mindst de nynedsatte læger, der ender i en praksis uden mulighed for sparring med mere erfarne læger. I videreudvikling af PUK og udviklingen af andre og lignende instrumenter kan man i højere grad inddrage brugerne, end man har gjort tidligere. Brugerinddragelsen vil give en større sikkerhed for, at der vil være en efterspørgsel efter instrumenterne.

Et andet eksempel på et område, hvor der kunne have været større fokus på brugerinddragelse, er projektet omkring Skive Sundhedshus. Her har regionen forsøgt at virkeliggøre sin vision om at skabe en stor bæredygtig praksisenhed. Projektet skal ses i lyset af, at regionen mener, at store praksisenheder – helst med et patientgrundlag på 8-12.000 patienter – er nøglen til at afhjælpe lægemanglen. Der har været en del modstand mod Skive Sundhedshus blandt de lokale læger. Modstanden skyldes, at lægerne oplevede, at regionen forsøgte at overtale dem til at flytte sammen i en stor praksisenhed. Regionen mener ikke selv, at de forsøgte at overtale nogen, men blot gjorde opmærksom på mulighederne i at flytte sammen i et større fællesskab. Uanset perspektiv kan den modstand, lægerne faktisk udviste mod projektet, ses som et tegn på, at lægerne ikke i tilstrækkelig grad har følt sig inddraget i udviklingen af projektet. I hvert fald ikke i begyndelsen.

En del læger viste interesse for Skive Sundhedshus, og selvom nogle af dem sprang fra igen i processen, er der stadig en hel del læger, der fortsat forventer at flytte ind i sundhedshuset, når det engang står færdigt. Men den modstand, der har været mod projektet – selv blandt de læger der fortsat er med i det – har ifølge lægerne i høj grad handlet om manglende regional lydhørhed overfor lægernes ønsker. Ifølge lægerne har det for regionen været vigtigt at lave praksisenheden så stor som muligt og med fælles lokaler, der muliggør deling af klinikpersonale og udstyr. Lægerne har godt kunnet se fordelene ved at flytte ind i velegnede lokaler og tæt på hinanden, men en del har været skeptiske over for at skulle indgå i et meget stort og forpligtigende praksisfællesskab. Lægernes modstand har ført til, at de to parter er mødtes på midten. I den løsning, der nu etableres, vil lægerne godt nok flytte ind i samme hus og dele gangarealer samt få en fælles reception, men lokalerne bliver efter lægernes ønske indrettet som mindre praksisenheder. Hver praksis vil altså kunne fortsætte uden nævneværdigt samarbejde med de andre praksis og bevare sit eget organisatoriske set-up med eget klinikpersonale. Selvom lægerne altså endte med at få deres vilje, er det vigtigt for regionen, at den løsning, det endte med i Skive, fortsat rummer muligheden for, at man på sigt kan øge samarbejdet mellem lægerne.

I Grenå har regionen ligeledes forsøgt sig med at få lægerne i området til at flytte sammen i et større praksisfællesskab. Vi har ikke studeret forløbet i Grenå, men regionen oplyser, at lægerne i området er

endte med at trække sig fra projektet. Regionen har alligevel valgt at etablere lokalerne til et stort lægehus i Grenå, idet regionen forventer, at der vil opstå behov for yderligere lægedækning i området. Med det regionale lægehus i Grenå skabes der således de fysiske rammer for, at regionen kan bemande lægehuset med regionalt ansatte speciallæger i almen medicin.

Selvom regionen mener, at de inddrog lægerne fra starten af projektet omkring Skive Sundhedshus og blot påpegede mulighederne ved at indgå i et mere forpligtigende praksissamarbejde, er det ikke den oplevelse, lægerne deler af forløbet. I hvert fald ikke de læger vi har talt med. Skive Sundhedshus er dermed et eksempel på en proces, hvor lægerne oplevede, at regionen i hvert fald i starten undlod at inddrage brugerne af det kommende hus.

Når regionen med Skive Sundhedshus prøver at etablere store praksisenheder, vurderes det at være, fordi regionen tror på, at store praksisenheder er nøglen til en bæredygtig praksisudvikling i områder med rekrutteringsvanskeligheder. Denne regionale tro bygger som tidligere nævnt på to grundlæggende argumenter. For det første argumenterer regionen for, at større praksisenheder øger opgaveglidning fra lægen til andre faggrupper. Opgaveglidningen muliggør så, at hver læge kan have flere patienter på listen. For det andet argumenteres der for, at kommende praktiserende læger foretrækker at nedsætte sig i større praksisfællesskaber. Regionen har kun i begrænset omfang haft succes med at bruge disse to argumenter over for lægerne i Skive. Dokumentationen for, at den enkelte praktiserende læge vil have flere patienter ved etablering af store praksisenheder, er da heller ikke entydig (13).

Til gengæld har kommende læger en meget klar præference for større lægehuse – det tyder en spørgeskemaundersøgelse foretaget af DSAM i hvert fald på. Dels har kommende læger et stort ønske om at arbejde sammen med andre læger. Sololægen er simpelthen yt blandt de unge. Det ved sololægerne i Skive også godt, og derfor er der en vis interesse i at komme ind og bo i samme hus, for så forventer de, at det bliver nemmere at afhænde deres praksis. Vores egne samtaler med kommende praktiserende læger bekræfter DSAM's undersøgelse. De unge, vi har talt med, ønsker sig et arbejdsliv sammen med andre læger, hvor der er mulighed for faglig sparring. På den anden side er de fleste af de unge, vi har talt med, dog også inde på, at de er tilbageholdende over for det ledelsesoverhead og de organisatoriske udfordringer, der ligger i at indgå i større kompagniskaber. Derfor tiltaler de helt store kompagniskaber ikke de unge, vi har talt med. Det var netop også denne skepsis, regionen mødte blandt lægerne i Skive, og den genfindes også i DSAM's undersøgelse. Undersøgelsen peger på, at kun 12 % af de kommende praktiserende læger ønsker at arbejde i store kompagniskaber med mere end fem læger. Heroverfor står Region Midtjyllands erklærede politik om, at en bæredygtig praksisenhed bør bestå af 8-12.000 patienter og dermed reelt set af mindst 4-5 læger.

4.5.2 Hvordan håndterer parterne interessekonflikter?

I Danmark er de praktiserende læger organiseret som selvstændige erhvervsdrivende. Dette betyder, at regionens og lægernes samarbejde om sikring af lægedækning enten er rodfæstet i overenskomsten eller skal vedtages med enstemmighed i samarbejdsudvalget. Almen praksis er dermed et område, der i høj grad er præget af en forhandlingslogik, dvs. af at de to parter i sikringen af egne interesser ser hinanden som deres respektive modstandere. Forhandlingerne kan enten foregå i de nationale overenskomster, hvor det er PLO og Danske Regioner, der tørner sammen, eller på regionalt niveau i samarbejdsudvalget, hvor det er regionens repræsentanter, der forhandler med lægernes regionale PLO repræsentanter.

Vi vil i dette afsnit diskutere denne forhandlingslogik i forhold til sikring af lægedækning: Hvilke interessekonflikter er der? Hvordan påvirker forhandlingslogikken mulighederne for, at parterne finder hen-

sigtsmæssige løsninger? Hvordan kunne forhandlingslogikken suppleres med andre tilgange til samarbejde mellem parterne på regionalt niveau?

Der er en række interessekonflikter mellem Region Midtjylland og PLO. Vi vil diskutere to vigtige: 1) økonomi og 2) lægernes tilknytning til almen praksis.

Økonomi

Regionen har en interesse i at få mest mulig sundhed for de skatte kroner, der bruges på almen praksis, og dermed har regionen en interesse i at holde igen med udgifterne til området. På den anden side har PLO en interesse i at sikre mest mulig indtjening til sine medlemmer. Almen praksis området er derfor præget af en overordnet økonomisk interessekonflikt mellem parterne. Denne konflikt spiller også ind på samarbejdet om at sikre lægedækning i yderområder.

Før Region Midtjylland blev dannet, var der i nogle amter en lidt tilfældig praksis med at give økonomiske tilskud til fx læger, der ellers truede med at opsiges deres ydernummer. I juni 2007 indgik de fem regioner en aftale om at udvise tilbageholdenhed med at give økonomiske tilskud til lægerne, og omtrent samtidig vedtog Region Midtjylland en politik om, at økonomiske tilskud kun gives i helt særlige tilfælde og i givet fald kun som engangstilskud. I de første år efter regionsdannelsen brugte regionen efter eget udsagn meget tid på at afvise henvendelser fra læger, der havde en forventning om at få forskellige økonomiske tilskud. Efterhånden har lægerne forstået, at regionen kun meget sjældent giver disse tilskud, og derfor er henvendelserne fra lægerne blevet meget sjældnere.

Spørgsmålet om økonomiske tilskud til udvalgte læger er ikke ukompliceret. En del læger har som nævnt forsøgt at få tilskud. Alligevel er lægestanden som gruppe imod tilskud til udvalgte læger. PLO i Region Midtjylland mener således, at det er udtryk for uhensigtsmæssig forskelsbehandling, når en lægepraksis får et økonomisk tilskud, uden at nabopraksis også får. I stedet går PLO ind for, at Region Midtjylland mere generelt giver bedre økonomiske vilkår til alle læger i et rekrutteringssårbart område. Hvis der eksempelvis er lægemangel i en bestemt kommune, så går PLO ind for, at alle læger i kommunen får ekstra honorar. Én løsning, som PLO støtter, er fx, at disse læger får mere i basishonorar for hver patient, de har ud over det gennemsnitlige antal patienter pr. læge i kommunen. Region Midtjylland er kategorisk imod denne type generelle ordninger og henviser til, at det er et overenskomstspørgsmål.

Det er i lyset af den økonomiske interessekonflikt, man skal se etableringstilskuddet til Anne Mette Eriksen. Hun fik 300.000 kr. pr. år over tre år for at etablere sig i et 0-ydernummer i Lemvig. Det havde ikke været muligt at skaffe læger til Lemvig. Udsigten til etableringstilskud gjorde, at Region Midtjylland senere modtog indtil flere ansøgninger fra interesserede læger. Fra dette perspektiv var instrumentet særdeles effektivt til at genetablere lægedækning til patienter, der var blevet lægeløse. Støttet af PLO fremførte de øvrige læger i området dog, at der var tale om en urimelig forskelsbehandling. Region Midtjylland har efterfølgende opgivet at bruge instrumentet.

Forhandlinger om lægedækningen i Salling kan også ses i lyset af parternes økonomiske interessekonflikt. I Salling var der opstået en situation med lægemangel, og derfor forhandlede regionen med to lægehuse i Salling om at tage nogle ekstra patienter. Lægehuset i Roslev var ét af dem, og denne case er beskrevet i afsnit 4.4.3. Det fremgår af casen, at PLO deltog i de indledende forhandlinger, men ifølge lægerne i Roslev fremsatte PLO nogle urealistiske krav – herunder om dobbelt basishonorar, dvs. et krav om permanent tilskud for at tage ekstra patienter. PLO's forsøg på at forhandle sig til nogle permanente tilskud kan tolkes som et forsøg på at bruge den konkrete forhandling i Salling til at opnå økonomiske indrømmelser fra regionen, som efterfølgende ville kunne danne præcedens. Hvis PLO eksempelvis var kommet igennem med dobbelt basishonorar til Lægehuset i Roslev, så ville man efterfølgende nemmere kunne have krævet, at der skal udbetales dobbelt basishonorar, hver gang et

lægehus vælger at tage ekstra patienter ind. Regionen afviste PLO's krav, og lægerne i Roslev valgte herefter at fortsætte forhandlingerne uden PLO. Regionen og lægerne i Roslev kunne nu blive enige om en række konkrete økonomiske engangstilskud, der skulle bidrage til at klargøre praksis til de ekstra patienter.

Forhandlingerne om Bøvlingbjerg Sundhedshus er et tredje eksempel på den økonomiske interessekonflikt mellem parterne. Som i de to øvrige eksempler var der tale om lokal udfordring vedrørende sikring af lægedækning i et sårbart område. Casen er beskrevet i afsnit 4.4.2 og handler om, at lægerne i Bøvlingbjerg har udarbejdet planer for etablering af et sundhedscenter i byen. Formålet med sundhedscentret er at sikre et tværfagligt miljø, der gør det mere attraktivt for kommende læger at nedsætte sig i Bøvlingbjerg. Projektet faldt på, at regionsrådet besluttede ikke at bevillige penge til det. Der er altså tale om en legitim politisk prioritering, som ikke desto mindre frustrerer i Bøvlingbjerg, hvor man har investeret mange ressourcer i planerne om et sundhedshus. Det har ikke været muligt at få oplyst begrundelsen for regionsrådets beslutning om ikke at gå ind i Bøvlingbjerg Sundhedshus.

Vi har med Lemvig, Roslev og Bøvlingbjerg givet tre konkrete eksempler på, hvordan den økonomiske interessekonflikt påvirker samarbejdet mellem parterne: PLO ønsker generelle og helst permanente ordninger, der gælder for alle læger i et givent område. Regionen er imod at indgå disse generelle ordninger og ser hellere, at der indgås konkrete aftaler med enkelte læger. De to parter står meget stejlt overfor hinanden på disse punkter, og det gør det svært at enes om økonomiske instrumenter, der kan bidrage til at sikre lægedækningen. Tilskuddet til etablering af praksis i Lemvig var eksempelvis et effektivt økonomisk instrument, som regionen siden har besluttet at droppe igen, både fordi det er en dyr måde at løse problemerne, og fordi lægestanden gav udtryk for, at der var tale om forskelsbehandling.

Spørgsmålet er, om parterne i fremtiden ville kunne bevæge sig ind mod hinanden i forhold til denne grundlæggende økonomiske interessekonflikt. Vores interview viser, at viljen synes at være stede på begge sider. Men hvordan kommer parterne hen til en mere frugtbar dialog om, hvordan økonomiske instrumenter kan anvendes til at afhjælpe lægemangel i yderområder? Et muligt første skridt er, at parterne bliver enige om fælles principper, der danner rettesnor for fremtidig udvikling af økonomiske instrumenter. Af figur 4.1 nedenfor fremgår en række mulige principper, som parterne kunne tage udgangspunkt i. Med principperne i tabellen forsøger vi at balancere de to parter interesser. Principperne er udviklet på baggrund af vores interview med interessenter på begge sider.

Figur 4.1: Principper for brug af økonomiske instrumenter til sikring af lægedækning i yderområder



Det fremgår af figur 4.1, at det bør være et princip, at arbejdet med sikring af lægedækning i yderområder er så proaktivt som muligt. Dvs. man bør tage fremtidige lægedækningsproblemer i et lokalområde i opløbet og tidligt gå i dialog med de lokale læger om mulige løsninger på problemerne. Samarbejdsudvalget har taget de første skridt hen imod at arbejde proaktivt, idet der for hver kommune er udarbejdet en detaljeret kortlægning af den aktuelle og ikke mindst fremtidige lægedækningssituation (6). Man har altså viden om, hvor problemerne vil opstå i fremtiden. Men viden gør det ikke alene – der bør også handles på den. En oplagt handling er, at regionen går i dialog med de lokale læger og andre interessenter i lokalområdet om, hvilke ressourcer der er til stede i lokalområdet samt skal tilføres for at løse lokalområdets udfordringer. Embedsmændene og lægerne er enige om, at

der i dag i for lille grad arbejdes langsigtet og proaktivt med forebyggelse af fremtidige problemer. I stedet arbejdes der i overvejende reaktivt ved at håndtere allerede opståede problemer. Flere af de regionale informanter, vi har talt med, er inde på, at der ikke er ressourcer i embedsværket til at være så proaktiv, som man gerne vil. Regionen anerkender altså problemet, men siger, at det er et spørgsmål om personaleressourcer i embedsværket.

Det andet princip i figur 4.1 er, at instrumentet bør igangsætte en konkret udvikling i det lægehus, der er målgruppen for instrumentet. Hvis fx et lægehus modtager økonomisk støtte for at øge antallet af patienter, så skal denne støtte gives, så lægehuset gennemgår en organisatorisk udvikling hen imod, at det øgede patientantal på sigt indarbejdes i lægehusets økonomi og samlede arbejdsbyrde. Dette opnås bedst ved, at den økonomiske støtte målrettes til bestemte formål og gives i en afgrænset periode. Hvis fx ansættelse af en sygeplejerske muliggør et øget patientantal, så kunne støtten gives til dette formål. Men støtten bør kun gives, så længe det må forventes at være, at sygeplejersken er kørt nok ind i praksis til, at hun faktisk aflaster lægerne og også bidrager tilstrækkeligt til indtjeningen. Den økonomiske støtte bør altså være katalysator for at igangsætte en udvikling snarere end en blivende forudsætning for, at lægerne vil gå med til at tage flere patienter. Med andre ord skal støtten ansøre lægernes lyst til at udvikle praksis til at blive en endnu bedre arbejdsplads og/eller forretning.

Dette princip om, at støtten skal være udviklende og dermed til et specifikt formål og i en afgrænset periode, er et princip, som Region Midtjylland allerede anvender i dag. Der er dog delte meninger om princippet blandt lægerne. PLO foreslår som nævnt, at der gives mere generel og permanent støtte til alle læger i et rekrutteringssårbart område – fx gennem øget basishonorar. En del af de "almindelige" læger, vi har talt med, er på linje med PLO og siger, at regionerne er nødt til at åbne op for kassen og generelt gøre det mere økonomisk attraktivt at nedsætte sig i yderområder og ikke mindst at gøre det økonomisk attraktivt at have mange patienter på listen. Et udbredt argument for eksempelvis progression i basishonorar er, at ekstra patienter på listen skal betragtes som overarbejde, som jo normalt honoreres bedre end almindeligt arbejde. Vi har dog også talt med en del læger, som snarere er på linje med regionens position. Én af dem udtrykker det på følgende vis:

"Almen praksis er jo en privat virksomhed, som selv må sørge for at overleve. Jeg synes ikke, at almen praksis er de første, der har brug for at få bistandshjælp i Danmark. Og det er vigtigt at huske, at økonomien i almen praksis ikke i sig selv er problemet. Man kan godt lave en god forretning i almen praksis – også i Thyborøn. Vi skal holde op med at klynke sådan og lade være med hele tiden at stå med hatten i hånden over for regionen. Lægerne i almen praksis er normalt meget driftige folk. Nogle få kan måske have brug for at få ansøret deres driftighed – det kan regionen så gøre med økonomiske tilskyndelser, men så er det vigtigt, at man skruer det sammen på en måde, så lægehuset faktisk udvikler sig, og tilskuddet derfor hurtigt kan bortfalde igen". Praktiserende læge i Region Midtjylland.

Citatet illustrerer, at der ikke er konsensus blandt lægerne om, hvorvidt der bør arbejdes for generelle og varige tilskud frem for specifikke og midlertidige tilskud. Region Midtjylland er derimod noget klarere i sin holdning: Der gives ikke generelle tilskud.

Det tredje princip er noget-for-noget og handler om, at de lægehuse, der modtager økonomisk støtte, gør det for specifikke modbydelser. Når et lægehus eksempelvis modtager omstillingstilskud, kan modbydelserne være, at lægehuset forpligtiger sig til at øge lukkegrænsen til et konkret fastsat niveau. Vores interview viser, at begge parter allerede går ind for dette princip. Alligevel er der kun indgået ganske få noget-for-noget aftaler. Aftalen med Lægehuset i Roslev er en af disse.

Det sidste princip handler om lige adgang til instrumentet, altså at alle læger i et område har mulighed for at byde ind og få adgang til en noget-for-noget aftale. Om muligt bør der ikke være diskvalificerende krav til de læger, der byder ind. Aftalen om etableringstilskuddet i Lemvig er et eksempel, der

illustrerer pointen. På sin vis var der lige adgang til at byde ind på 0-ydernummeret, og det var der da også flere ikke-nedsatte læger, der gjorde. Alligevel opstod der blandt de andre læger i området polemik om, at ordningen var udtryk for urimelig forskelsbehandling. Årsagen er, at konstruktionen med et tilskud givet til et fuldt 0-ydernummer diskvalificerede de læger i området, som i forvejen havde et ydernummer, i at få del i etableringstilskuddet. Dette problem kunne have været løst ved at designe et mere fleksibelt instrument, hvor man enten kunne få etableringstilskud som helt nystartet læge eller som yder i en allerede eksisterende praksis. Man kunne fx have givet et beløb pr. år over tre år i tilskud pr. ekstra patient, uanset om man så starter med et 0-ydernummer og dermed får dette beløb for alle patienter, eller man i forvejen har et ydernummer og dermed kun får beløbet pr. ekstra patient, man forpligtiger sig på. En videreudvikling af en sådan fleksibel model kunne være at udbyde tilskuddet som en lukket auktion med en beløbsgrænse. Fx kunne interesserede læger byde på, hvor meget de skal have i tilskud pr. patient for at tage ekstra patienter. Regionen kunne så lave aftaler med de billigste udbydere.

Disse ideer omkring etableringstilskud er meget konkrete, men skal blot illustrere, at det er muligt at udvikle instrumenterne på en måde, så der ikke diskrimineres mellem de lokale læger, der kan få adgang til instrumentet. Det er vigtigt, at regionen anerkender lægernes kritik af, at forkert designede økonomiske instrumenter potentielt kan medvirke til forskelsbehandling af lægerne. Derfor kan det overvejes, om lægerne fremover i højere grad inddrages i udviklingen af instrumenterne. Brugerinddragelse er altså også vigtigt i udviklingen af økonomiske instrumenter og bør være baseret på de konkrete lokale behov, dvs. være forankret i den proaktive dialog mellem region og områdets læger om, hvordan kommende problemer med lægemangel kunne forebygges.

Tilsammen bidrager de fire beskrevne principper for udvikling af økonomiske instrumenter til en mere hensigtsmæssig måde at håndtere den naturlige økonomiske interessekonflikt, der er mellem parterne. Der er faktisk allerede sporadiske eksempler i Region Midtjylland på, at de fire principper virker efter hensigten. Lægehuset i Roslev er måske det bedste eksempel:

- ◆ **Proaktiv:** I Roslev havde man en vis dialog mellem områdets læger om, hvordan den fremtidige lægedækning kunne sikres i området. Ifølge vores informant fra Lægehuset i Roslev var det dog på lægernes initiativ, at denne dialog kom i stand.
- ◆ **Igangsætter udvikling:** Parterne nåede til sidst frem til et instrument, der gik til specifikke formål, og som var midlertidige. Dermed var instrumentet med til at igangsætte en organisatorisk udvikling i lægepraksis hen imod, at de ekstra patienter ikke udgjorde en belastning – hverken i forhold til øget arbejdstid eller mindre indtjening til lægerne.
- ◆ **Noget-for-noget:** I den § 2-aftale der er indgået mellem parterne, er det nøje angivet, hvor mange ekstra patienter lægehuset forpligtiger sig på.
- ◆ **Lige adgang:** Den indledende dialog med lægerne i lokalområdet var åben, og dermed kunne alle lægehuse byde ind. Der var to lægehuse, som endte med at få en noget-for-noget aftale.

Der er som nævnt en tilsvarende aftale for et andet lægehus i Salling, og de to aftaler er måske de eneste eksempler på, at et økonomisk instrument balancerer mellem alle fire principper.

Lægernes tilknytning til almen praksis

Der er en tydelig interessekonflikt mellem parterne i forhold til lægernes tilknytning til almen praksis. Denne interessekonflikt gør sig først og fremmest gældende i forhold til to konkrete spørgsmål: 1) satellitpraksis og 2) ansatte læger i almen praksis.

Satellitpraksis

En satellitpraksis kan fx være relevant, når en solopraksis i et tyndt befolket område ikke kan bemandes med en ny læge. I stedet kan ydernummeret tildeles en nærliggende og typisk lidt større praksis. Denne større praksis står så for driften af landpraksis – fx ved at lægerne og praksispersonale på skift tager ud og bemander landpraksis. Mange af de læger, vi har interviewet, har været inde på, at etablering af satellitpraksis kunne være en god løsning i situationer, hvor der ellers vil opstå lægeløse patienter. De fleste af vores informanter ville heller ikke selv have noget imod at bidrage til at bemande en satellitpraksis.

Muligheden for etablering af satellitpraksis er ikke nævnt i nogen af de planer, der er vedtaget af samarbejdsudvalget, men nævnes kort i en af Region Midtjyllands egne planer (42). Når samarbejdsudvalget har været tilbageholdende over for at anvende satellitpraksis, er årsagen ifølge en del af vores informanter, at PLO er imod ordningen. Modstanden er begrundet i et argument om, at det i en satellitpraksisordning er svært at sikre kontinuitet og kvalitet i patientbehandlingen. De læger, vi har talt med, som kun repræsenterer sig selv – og ikke PLO, deler ikke denne bekymring. Mange argumenterer for, at en lægedækning via en satellitpraksis trods alt er bedre end ingen lægedækning i lokalområdet.

I efteråret 2009 tog Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland initiativ til etablering af en satellitpraksis i Haderup nær Holstebro. Samarbejdsudvalget har skrevet ud til lægerne i lokalområdet, om de var interesserede i etablering af satellitpraksis. En praksis i Holstebro har responderet positivt (47) og er i skrivende stund (primo 2010) i gang med at forhandle om vilkårene med Region Midtjylland.

Når PLO i Samarbejdsudvalget nu er åben over for satellitpraksis, er den mest sandsynlige forklaring, at PLO var bekymrede for alternativet. Det blev således drøftet, at et muligt alternativ kunne være at indgå en aftale med en privat driftsherre – fx med rekrutteringsfirmaet Medpro (48). Når PLO i Region Midtjylland nu går ind for satellitpraksis, synes det altså at være fordi, de vurderer, at alternativet trods alt er endnu værre. Alligevel viser den mulige etablering af satellitpraksis i Haderup, at PLO i Region Midtjylland ikke længere er så afvisende over for muligheden for at anvende satellitpraksis som ét af instrumenterne til at løse lægemanglen i yderområder. Tilsyneladende har PLO i Region Midtjylland dermed bragt sig mere i overensstemmelse med hovedparten af dets medlemmers holdning til satellitpraksis.

Ansatte læger

Et andet konfliktspørgsmål handler om at anvende en model med ansatte læger i almen praksis som supplement til den traditionelle model med nedsatte praktiserende læger, der ejer et ydernummer. I dag er den traditionelle ejermodel meget fremherskende i Danmark. For at øge rekrutteringsmulighederne til almen praksis ønsker Region Midtjylland at åbne op for, at speciallæger, såfremt de måtte ønske det, i øget omfang kan ansættes i faste stillinger i en almen praksis.

PLO i Region Midtjylland er imod, at der åbnes for brug af fastansatte læger i almen praksis. Begrundelserne er dels, at det er godt med "ensartethed i flokken", og dels at ansættelse af læger vil skabe et A- og B-hold blandt lægerne i almen praksis.

Når interessenterne taler om ansættelse af læger, er der tre modeller, som diskuteres:

1. **Kommercielle praksis:** Regionen laver en aftale med et kommercielt firma om driften af en lægepraksis. Lægerne og det øvrige personale er ansat af det kommercielle firma. Der er altså ingen nedsatte læger i praksis.

2. **Regionale praksis:** Regionen driver selv en lægepraksis. Lægerne og det øvrige personale er ansat af regionen. Der er altså ingen nedsatte læger i denne praksis.
3. **Private praksis:** En lægepraksis har flere ydernumre end antallet af nedsatte læger i praksis. Derfor ansætter ejerne af lægepraksis læger til de ledige ydernumre.

PLO er imod alle tre modeller, men helt klart mest imod de kommercielle praksis, og det er indtil videre lykkedes PLO i Region Midtjylland at holde de kommercielle praksis stangen. På samme måde som regionen kan bruge sin veto i spørgsmålet om delepraksis, har PLO mulighed for at nedlægge veto imod etablering af kommercielle praksis. Det skyldes, at PLO kan henvise til landsoverenskomsten, som angiver, at et ydernummer kun kan ejes af en speciallæge i almen medicin, og at der kun kan være speciallæger i almen medicin i ejerkredsen af et lægehus. Man kan selvfølgelig altid afvige disse regler, men i givet fald skal dette vedtages med enstemmighed i samarbejdsudvalget. PLO har altså sikret sig vetoet mod kommerciel praksisdrift i Danmark. De regionale informanter, vi har talt med, mener heller ikke, at praksissektoren generelt bør overgå til kommerciel praksisdrift, men er dog langt mere positivt indstillet overfor, at modellen kan anvendes i særlige tilfælde, hvor der ikke er andre muligheder. For regionen er det vigtigere at sikre lægedækning i et rekrutteringssårbar område end at undgå kommercielle lægehuse.

Med hensyn til regional praksisdrift, er PLO og Region Midtjylland enige om, at dette kan være en sidste udvej, såfremt det er umuligt at få lægedækning etableret på anden vis. Regional praksisdrift har fundet sted i Region Midtjylland – bl.a. i Lemvig og Salling. Men regionen er ikke specielt begejstret for selv at drive lægepraksis og forsøger så vidt muligt at undgå det. I Salling valgte regionen fx at opsigte ordningen og i stedet at indgå den før omtalte noget-for-noget aftale med to private lægehuse i området om, at de i stedet skulle optage patienterne på deres lister.

Den sidste model for ansatte læger i almen praksis er, at en læge får tildelt et dobbelt ydernummer og derfor ansætter speciallæger. PLO i Region Midtjylland er også skeptisk over for denne model, men trods alt mindre skeptisk end de to øvrige modeller. Overenskomsten rummer mulighed for, at samarbejdsudvalget kan tildele en læge et dobbelt ydernummer og ansætte en læge i op til fem år. I Region Midtjylland har denne dispensation været givet i tre tilfælde. Vi har talt med to af de tre nedsatte læger, som har fået dispensation, samt med én af de speciallæger der har været ansat i én af de tre praksis.

Blandt de tre tilfælde er der to lægepraksis, som begge har søgt om en femårig dispensation. Den ene fik dispensation for alle fem år, mens den anden måtte nøjes med to år. De to praksis ligner i høj grad hinanden, og der blev kun søgt med seks måneders mellemrum. Denne forskelsbehandling virker derfor umiddelbart ubegrundet og tilfældig og kan tolkes som et forsøg på at begrænse brugen af dispensationen.

Blandt de læger, der har ansatte læger, er der en klar fornemmelse af, at det ikke er velanset i PLO at anvende ansatte læger. Én udtrykker det på følgende vis:

”Der er en vis modstand fra PLO mod, at jeg har ansat en læge. I dispensationen er det fx indskærpet, at jeg bør finde en kompagnon så hurtigt som muligt. Og da jeg ringede til PLA²⁹ for at få hjælp til en ansættelseskontrakt, så var der helt lukket. De sagde, de ingen erfaringer har med speciallæger, der er i længere ansættelsesforhold i almen praksis og derfor ikke kunne hjælpe. Man fornemmer tydeligt, at det bestemt ikke er velanset i PLO”. Praktiserende læge med dobbelt ydernummer.

²⁹ Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening.

Region Midtjylland derimod er mere positiv over for ansættelse af læger i private praksis, idet regionen går ind for, at der bliver lavet en § 2-aftale, der muliggør, at alle lægepraksis kan få op til fem års dispensation til ansættelse af en læge. Regionen går ind for, at denne adgang kan gives administrativt, dvs. uden at den skal godkendes i samarbejdsudvalget.

Hvorfor er PLO tilbageholdende over for ansatte læger i almen praksis? PLO argumenterer som nævnt for, at øget udbredelse af ansatte læger medfører en opdeling af lægerne i A- og B-hold. I de to praksis, vi har interviewet, som har erfaringer med ansatte læger, kan man ikke genkende dette argument. Hverken de nedsatte læger eller den ansatte læge, vi har talt med, oplever, at der i det daglige er et skel mellem de to typer af læger. Vi har også spurgt andre læger til faren for et A- og B-hold. Vores interview indikerer, at PLO står alene med denne frygt for et A- og B-hold. En del informanter taler om, at PLO på dette punkt har en gammeldags og konservativ opfattelse af arbejdslivet i almen praksis. Derudover peger flere informanter på, at hvis der er noget, der skaber et A- og B-hold, så er det, at de speciallæger, der er ansat i almen praksis, ikke kan blive medlem af PLO. Dermed afskæres de bl.a. fra at deltage i videreuddannelse i PLO-regi og fra at få adgang til de økonomisk attraktive PLO-vagter. En del informanter peger altså på, at PLO med sin holdning til ansatte læger reelt skaber det B-hold, de advarer imod.

Men hvorfor er det i et rekrutteringsperspektiv interessant at se på spørgsmålet om ansatte læger? Årsagen er, at stort set alle vores informanter peger på, at øget mulighed for at ansætte praktiserende læger vil øge mulighederne for at rekruttere læger til almen praksis. Én af informanterne siger det på følgende vis:

”Jeg ser muligheden for ansættelse af læger som et vigtigt element i løsningen på lægemanglen i almen praksis. Ved at øge mulighederne for at være ansat i en periode vil speciallæger få lov til at snuse til almen praksis. Det handler om at blive modnet. Det er et stort skridt at etablere sig i egen praksis. Min erfaring er, at de fleste er helt vilde med at etablere sig, når de har været ansatte i et år. Ikke fordi det er dårligt at være ansat, men fordi de kan se, at det jo slet ikke er så slemt at være chef. Man bør dog ikke køre med permanente ordninger, men det er helt fint med fri adgang til at ansætte læger for en periode på fx op mod fem år”.
Praktiserende læge.

Citatet er et eksempel på en udbredt opfattelse blandt vores informanter om, at muligheden for at være ansat læge i almen praksis vil bidrage til, at yngre speciallæger modnes til hurtigere at tage det endelige skridt og nedsætte sig. I dag er der mange, der bruger en del år i løse ansættelser, før de springer til og nedsætter sig.

Der er også mange, der er inde på, at ikke mindst mange kvindelige speciallæger i almen medicin prioriterer familielivet højt og har små børn på netop det tidspunkt, hvor de er klar til at nedsætte sig. Da de unge læger i stigende grad er kvinder, er det derfor attraktivt for stadig flere i en årrække at slippe for det ekstra arbejde og ansvar, det medfører, at være nystartet læge i egen praksis. Mange informanter peger derfor på, at der ikke mindst blandt unge kvindelige læger er en klar efterspørgsel efter at være ansat læge i almen praksis. Vi har eksempelvis interviewet en kvindelig speciallæge i almen medicin, som efter en årrække valgte at forlade almen praksis for at søge ansættelse i en anden sektor. Da hun var nyudklækket speciallæge i almen medicin, kom hun efter en periode med vagtarbejde ”på prøve” i en lægepraksis med henblik på kompagniskab. I samme periode forliste ægteskabet, og hun blev enlig mor til et antal mindre børn. Derfor var hun ikke i stand til at honorere den arbejdsindsats, som lægehuset krævede, og samarbejdet ophørte, uden at hun fik tilbudt ydernummeret. Hun havde herefter behov for stabilitet og en almindelig arbejdsuge. Derfor havde hun ikke lyst til at fortsætte det noget rodløse liv, som ikke-nedsatte speciallæger i almen medicin lever. Hun havde heller ikke lyst til på ny at komme ”på prøve” et sted. Hun vurderer, at en længerevarende

ansættelse i almen praksis havde været oplagt for hende i denne periode. Hvis muligheden havde været der, ville hun klart have valgt den. I stedet valgte hun at forlade praksissektoren og gør nu gavn som læge et andet sted, hvor hun fik den stabilitet i hverdagslivet, som hun havde brug for på det pågældende tidspunkt.

Eksemplet illustrerer, at øget mulighed for ansættelse som læge i almen praksis ville kunne øge rekrutteringen af læger til praksissektoren. En opgørelse fra Sundhedsstyrelsen viser, at omtrent 15 % af alle speciallæger i almen medicin ender med at fravælge almen praksis (49). Hvis mere fleksibilitet i arbejdslivet kunne medføre, at dette fravalg blev halveret, så ville man kunne rekruttere omtrent 75 ekstra læger til almen praksis alene i Region Midtjylland. På landsplan ville denne halvering medføre over 300 ekstra læger til almen praksis³⁰.

Der er også nogle informanter, der peger på, at ikke mindst yderområder vil profitere af øget mulighed for at søge mere langvarig ansættelse i almen praksis. Flere argumenterer for, at det er nemmere at få en familie til at rykke op og fx flytte vestpå, hvis familien kan få lov til at se tingene an i lidt længere tid end maksimalt et år. Før en familie flytter til et nyt område, beslutter familien sig måske til at give sig selv tre år til at falde til. Hvis man ved, at man allerede efter maksimalt et år skal beslutte sig for, om man med et praksiskøb vil lade sig stavnbinde til området, så vurderer nogle af vores informanter, at de slet ikke ville overveje at rykke vestpå.

Mange peger tillige på, at øget mulighed for mere langvarig ansættelse i almen praksis kan bidrage til, at ældre praktiserende læger udsætter deres tilbagetrækning fra almen praksis. Muligheden for at blive ansat læge bidrager således til et mere glidende generationsskifte i en praksis. I eksempelvis en praksis med tre ydernumre kunne man forestille sig, at der er to ejere og en ansat læge. Den ansatte læge er måske en yngre speciallæge, som efter nogle år i praksis beslutter sig for at købe ydernummeret. Hvis der blandt de to oprindelige ejere er en ældre læge, som egentlig gerne vil trække sig langsomt tilbage fra arbejdslivet, er der så mulighed for, at denne læge kan opgive sit ejerskab og i stedet tage rollen som ansat læge i denne lægepraksis. Nu er der altså igen et delt ejerskab, og den erfarne læge kan koncentrere sig om arbejdet med patienterne og dermed nyde sine sidste år på arbejdsmarkedet.

Set fra den nedsatte læges perspektiv gør muligheden for at have ansatte læger, at den nedsatte læge i højere grad kan sætte sig igennem ledelsesmæssigt uden at skulle igennem en besværlig afklaringsproces blandt mange sideordnede medejere. Som tidligere omtalt viser en DSAM-undersøgelse, at mange kommende speciallæger i almen medicin godt kunne tænke sig at slippe for det ledelsesoverhead, som store praksis medfører (50). Samtidig er adgang til faglig sparring med lægekollegaer dog også højt prioriteret hos de fleste (50). Muligheden for at have ansatte læger gør det muligt at opnå begge dele – både at slippe for ledelsesoverhead og have adgang til daglig sparring med lægekollegaer. Derfor vurderes det, at det for mange læger vil være attraktivt at være (med)ejere i en lægepraksis med ansatte læger. Én af de læger, der faktisk har prøvet det, formulerer det på følgende vis:

"Da jeg i sin tid købte praksis, var jeg ikke i tvivl om, at jeg ville være i et kompagniskab – først og fremmest fordi jeg ønskede faglig sparring. Men hurtigt viste det sig, at vi ville forskellige ting med den praksis. For at få det bedste af begge verdener gik jeg derfor efter at blive sololæge med dobbelt ydernummer. Selvom jeg nu har fået mit ekstra ydernummer og formelt set er sololæge i dag, opfatter jeg mig bestemt ikke som sololæge, for jeg har jo min lægekollega at sparre med fagligt. Til gengæld er det mig, der har det sidste ord i forhold til strategien og organiseringen. Det gør, at der er kortere tid fra idé til handling – også selvom det ikke er mig, der får ideen. Min vision er at opbygge en moderne lægepraksis med et stort

³⁰ Disse skøn er baseret på tal fra 2007.

patientgrundlag og en masse kollegaer – både læger og klinikpersonale. Fire ydernumre ville være optimalt, men jeg har fundet ud af, at det er vigtigt for mig at bevare indflydelsen. Derfor ville jeg gerne kunne etablere en organisation, hvor vi er to ejere og to ansatte læger".
Praktiserende læge med dobbelt ydernummer.

Mange af vores lægelige informanter er altså inde på, at der i et rekrutteringsperspektiv er fordele ved at åbne for muligheden for, at læger kan ansættes i længerevarende perioder i almen praksis. De samme informanter peger på, at etablering af satellitpraksis ville kunne sikre, at patienter i yderområder kan få lokal adgang til en praktiserende læge. Der er altså iblandt vores lægelige informanter et ønske om at supplere den traditionelle model med nedsatte læger, der passer patienterne fra den samme matrikel. Også Region Midtjylland går ind for øget fleksibilitet med hensyn til satellitpraksis og ansatte læger. Derimod er PLO som tidligere nævnt tilbageholdende overfor en sådan udvikling.

PLO synes at være bekymret for, at hvis der åbnes op for fx ansatte læger, så vil den traditionelle danske model med nedsatte læger blive afviklet. Når man ser på udenlandske erfaringer, synes denne frygt at være ubegrundet. I eksempelvis Skotland er den fremherskende model som i Danmark, at de praktiserende læger ejer deres egen praksis. Gennem flere år har denne model dog været suppleret af muligheden for, at læger i stedet kan ansættes – enten af nedsatte læger eller i klinikker drevet af de lokale sundhedsmyndigheder. De sidste fem år er der sket en fordobling af ansatte læger, og de ansatte læger udgør i dag ca. 10 % af alle praktiserende læger i Skotland (51). Lægeforeningen i Skotland, British Medical Association in Scotland, anser ikke denne udvikling som en trussel mod den traditionelle model (52).

Som i Skotland vurderes den traditionelle danske model med nedsatte praktiserende læger at være dybt forankret og velkonsolideret. Vi har ikke fundet informanter – hverken blandt lægerne eller i regionen – som ønsker at lave om på, at praktiserende læger i overvejende grad bør være til stede i og eje deres egen praksis. Samtidig peger vores informanter på, at disse tiltag vil kunne bidrage til sikring af lægedækning generelt og også specifikt i yderområder. Denne vurdering deles af Praksiskommisionen, som også peger på, at ansættelse af læger og satellitpraksis kan bidrage til at modvirke lægemangel (10). Derfor opfordres PLO til at overveje en ny strategi, der indebærer, at PLO går i dialog med Region Midtjylland om udvikling af satellitpraksis og øget udbredelse af ansatte læger. Vores analyse viser, at PLO derved sandsynligvis også ville bringe sig i overensstemmelse med en stor del af deres medlemmer.

4.5.3 Hvordan oplever de lokale læger samarbejdet om sikring af lægedækning?

Vi vil i dette tredje afsnit diskutere, hvordan samarbejdet med regionen om sikring af lægedækning opleves af de involverede læger. Mens det forrige afsnit handlede meget om interessekonflikter mellem region og PLO, handler dette afsnit altså mere om det konkrete samarbejde mellem regionen på den ene side og de lokale lægehuse på den anden. Vi har tidligere i dette kapitel beskrevet tre konkrete cases, som viser, at der er en række udfordringer i den måde, parterne samarbejder på. Vi vil i det følgende ridse disse udfordringer op igen for herefter at diskutere mulige årsager til og løsninger på udfordringerne.

I afsnit 4.4 har vi beskrevet tre konkrete cases – Bøvlingbjerg, Roslev og Anne Mette Eriksen. Ud over disse tre interview er der gennemført tre yderligere interview med praktiserende læger i regionen. Et fællesstræk i interviewene er, at lægerne oplever regionens sagsbehandling som langsommelig. Derudover er lægerne frustrerede over, at regionen ikke altid svarer på henvendelser, og at lægerne derfor ser sig nødsaget til skulle rykke for svar. Det er også et irritationsmoment for en del af lægerne, at regionens embedsmænd mangler beslutningskompetence. Endelig fremgår det af flere af de undersøgte cases, at regionen i lægernes optik ikke har tilstrækkelig fokus på at følge indsatser helt til dørs.

Samlet set oplever de interviewede læger altså ret store udfordringer i samarbejdet med regionen om sikring af lægedækning. Vi vil nu diskutere mulige årsager til disse udfordringer.

To faktorer påvirker en praktiserende læges vurdering af et samarbejdsforløb med regionen. Den ene faktor er lægens forventninger til forløbet; den anden er lægens oplevelse af selve forløbet. Forventningerne til forløbet har indflydelse på, hvordan lægen tolker det samarbejdsforløb, lægen og regionen har været igennem. Hvis lægen har høje forventninger og så under selve forløbet oplever, at regionen ikke indfrier disse, så resulterer det i en negativ vurdering af forløbet. Havde lægen derimod ikke haft nogen særlige forventninger til samarbejdet, så ville den samme oplevelse blive vurderet anderledes. Det er derfor interessant at diskutere både forventningerne til samarbejdet og selve samarbejdet. Vi starter med forventningerne.

Lægens forventninger til samarbejdet

Lægens forventninger til samarbejdet påvirkes af flere forhold. Et vigtigt forhold er lægens tidligere erfaringer. Da regionen er en relativt ny organisatorisk konstruktion, har ingen af de læger, vi har talt med, dog nogen erfaringer fra et tidligere samarbejde med regionen at trække på. Men en del af lægerne har tidligere samarbejdet med amtet. Flere har den erfaring, at man som praktiserende læge i amternes tid nemt og hurtigt kunne få en afklaring på en bestemt problemstilling. Disse positive oplevelser med amtet skaber høje forventninger til samarbejdet med regionen. Én af informanterne vurderer eksempelvis, at Region Midtjylland er blevet en meget vanskelig samarbejdspartner, fordi regionen nu er blevet en stor og umedgørlig organisation. Denne vurdering kommer i forlængelse af, at lægen genkalder sig samarbejdet med amtet:

“Da vi havde det gamle Ringkjøbing Amt, var der kortere kanaler. Havde vi et problem i almen praksis, så ringede vi til chefen for området, og han lyttede og sagde, at han godt kunne forstå problemstillingen, og at han ville kigge på det. Så gik der en dag eller to, og så havde han fundet ud af, om der kunne gøres noget ved det. Det kunne man da forstå”. Praktiserende læge.

Den negative vurdering af samarbejdet med regionen skal altså ses i lyset af, at regionen ikke har kunnet leve op til de forventninger, som lægerne har ovenpå deres samarbejde med de gamle amter.

- ◆ Udover lægens tidligere erfaringer påvirkes lægens forventninger til samarbejdet også af lægens generelle tilgang til tingene. Denne tilgang påvirkes af det arbejdsliv, der præger lægens hverdag. Praktiserende lægers hverdag er forankret i et lægehus, som er karakteriseret ved at være en meget lille organisatorisk enhed med få medarbejdere og ansatte. Den lille organisation gør alt andet lige, at der er kortere vej fra idé til organisatorisk implementering. Regionen er i den sammenhæng en meget stor organisation at samarbejde med, hvorfor lægernes utålmodighed kan skyldes, at man ikke har erfaring med at samarbejde med større organisationer.
- ◆ Hvordan får lægerne fremover mere realistiske forventninger til samarbejdet med regionen? Den hårde vej er naturligvis, at lægerne gennem deres nuværende og kommende interaktion med regionen gør sig nogle erfaringer, der gør, at de fremover får mere realistiske forventninger. Denne vej vil utvivlsomt skabe frustration og dårligt samarbejds-klima. Derfor kan det overvejes, om regionen i disse sager bør gøre sig særligt umage med at kommunikere, hvad der foregår rent processuelt. Regionen kunne fx skitsere, hvordan sagen vil blive behandlet administrativt og politisk og i denne forbindelse angive en forventet tidsplan for processen. Hvis tidsplanen så skrider, er det fremmede for forståelsen, at regionen gør lægerne opmærksom på den ændrede tidsplan. Men for at kunne informere udadtil om processen og eventuelle forsinkelser kræver det, at man indadtil opbygger en processtyringstilgang. Region Midtjylland oplyser, at de allerede har taget initiativer, der ligner dem, der er foreslået her.

Lægernes oplevelse af samarbejdet

Lægerne oplever som nævnt regionen som langsommelig og sløv til at svare på henvendelser. En del læger har også oplevet, at regionen mangler fokus på implementering og opfølgning. Hvordan kan det være, at lægerne på tværs af en række cases og uafhængigt af hinanden beretter om disse sammenfaldende oplevelser? En del af forklaringen er givetvis, som vi har diskuteret ovenfor, at lægerne har ret høje forventninger til samarbejdet og derfor let bliver skuffede. Men der er jo en grund til, at lægerne ofte mister tålmodigheden med regionen. Det fremgår tydeligt af vores cases, at der er en vis langsommelighed i afklaringsprocessen, og også at regionen ikke altid får fulgt op med svar til lægerne.

I de følgende afsnit kigger vi på, hvordan konkrete forhold ved samarbejdskonstruktion mellem regionen og lægerne i almen praksis kan have en negativ påvirkning på, hvordan samarbejdet opleves af den lokale læge. Der er en række forhold, som må formodes at spille ind. Disse forhold kan samles i to emneområder: Den politiske beslutningsproces og embedsværkets ressourcer og fokus.

Den politiske beslutningsproces

Den politiske beslutningsproces på almen praksis området gør, at beslutningerne ofte skal igennem tre politiske led: Samarbejdsudvalget, Region Midtjyllands forretningsudvalg og endelig Regionsrådet. I samarbejdsudvalget er det regionspolitikere og PLO, der mødes, og begge parter er som før beskrevet præget af en forhandlingslogik, hvor man ofte går efter at varetage egne interesser. Når en sag har fået samarbejdsudvalgets godkendelse, skal sagen videre til forretningsudvalget. I forretningsudvalget prioriteres alle regionens indsatser, og forretningsudvalgets rolle er derfor ofte at udvise økonomisk tilbageholdenhed. Det hænder derfor, at initiativer, der er godkendt i samarbejdsudvalget, underkendes i regionens forretningsudvalg. En forklaring på denne lejlighedsvis uenighed mellem regionens politikere i henholdsvis samarbejdsudvalget og forretningsudvalget er, at den regionspolitiker, der er formand for samarbejdsudvalget, ikke også er medlem af forretningsudvalget. De beslutninger, som forretningsudvalget sanktionerer, bliver normalt endeligt politisk godkendt i regionsrådet.

Sager, der går lige igennem alle tre led, kan godkendes på omtrent to måneder: Samarbejdsudvalgets medlemmer får dagsorden 14 dage før deres møde (43). Herefter kører sagen videre i først forretningsudvalget og siden regionsrådet. Denne proces tager normalt seks uger. Forretningsudvalget og regionsrådet mødes relativt ofte (hver tredje uge), så det er ikke svært rent processuelt at få sager godkendt i samarbejdsudvalget knyttet an til den regionale beslutningsproces i forretningsudvalget og regionsrådet.

Når sagerne kører glat igennem, kan de altså godt vedtages i alle tre politiske led på omtrent to måneder. Af de cases, vi har analyseret, fremgår det imidlertid, at det som regel tager betydeligt længere tid end de to måneder. Det kan have følgende årsager:

- ◆ **Udarbejdelse af dagsordenspunkt kan forsinke processen:** Embedsværket skal belyse sagen, før de kan lave en indstilling til dagsorden. Denne proces kan være langvarig – jf. i øvrigt nedenstående diskussion vedrørende embedsværkets ressourcer og fokus.
- ◆ **Samarbejdsudvalgets mødefrekvens udgør en flaskehals:** Samarbejdsudvalget mødes kun fire gange årligt (43).
- ◆ **Ved politisk uenighed trækkes processen ud:** Hvis der opstår politisk uenighed, og sagen derfor ikke umiddelbart kan vedtages uden ændringer, så begynder den at køre frem og tilbage mellem de tre politiske led og embedsværket. Det kan i høj grad trække afklaringen i langdrag.

Den politisk-administrative beslutningsproces bidrager altså til en vis langsommelighed og også til, at beslutninger truffet i ét politisk led godt kan underkendes i et andet. Vores interview med de lokale læger viser, at de kun i ringe omfang har indblik i disse politisk-administrative processer. For dem er "regionen" bare én stor sort boks. Derfor er det vigtigt, som vi tidligere har anbefalet, at regionen beskriver den forventede politisk-administrative proces over for de læger, der er involveret i en sag.

Spørgsmålet er, om alle sager behøver at gå igennem den politisk-administrative beslutningsproces, der er beskrevet ovenfor. En del af de læger, der har været i dialog med regionen, efterlyser, at embedsmændene får noget mere beslutningskompetence. Mange læger har den oplevelse, at embedsmændene er flinke, men ikke melder noget ud, før det har været igennem den politiske proces. Dette er faktisk helt efter grundbogen for embedsmænd. De regionale informanter siger til os, at det er deres hensigt altid at understrege overfor lægerne, at der ikke kan stilles noget i udsigt, før den endelige beslutning tages i de politiske organer. Embedsmændenes lykkes dog ikke altid med at kommunikere dette helt klart over for lægerne. Nogle af de læger, vi har talt med, har således haft den oplevelse, at embedsmændene stillede dem ting i udsigt, som de så siden måtte trække tilbage, fordi der gik "politik i det". Embedsmændene bør altså være endnu mere opmærksomme på ikke at love mere, end de kan holde.

Derudover er der som nævnt en del læger, der efterspørger, at embedsmændene får større beslutningskompetence, så de administrativt kan træffe afgørelse i en sag uden at inddrage de tre politiske led. Embedsværket træffer allerede i dag en række administrative afgørelser, som ikke bliver vendt politisk. Når en praksisudviklingskonsulent eksempelvis rykker ud til en lægepraksis, så sker det på baggrund af en administrativ vurdering af behovet. Et andet eksempel er, at Samarbejdsudvalget har opstillet et administrationsgrundlag for tildeling af deleydernummer. Embedsværket kan så administrativt tildele deleydernumre, såfremt de i administrationsgrundlaget opstillede kriterier vurderes som opfyldt.

Når vi taler om sager af mindre økonomisk betydning eller om sager, hvor politikerne på forhånd kan fastsætte nogle klare kriterier for embedsmændenes afgørelse, så er det altså allerede i dag mulighed for, at embedsværket kan træffe afgørelse administrativt. Når det handler om at give økonomiske tilskud, så er vi dog typisk ovre i sager af en vis økonomisk tyngde. Desuden er det i de sager vanskeligere for politikerne at opstille generelle kriterier for tildeling. Man har ikke desto mindre i regionens egne planer opstillet nogle vejledende kriterier for anvendelsen af forskellige typer af instrumenter (42). Af disse kriterier fremgår fx, at Region Midtjylland udelukkende giver tidsafgrænset økonomisk tilskud, og kun såfremt to kriterier er opfyldt: 1) indsatsen bidrager til strukturudvikling, og 2) indsatsen gives i et geografisk område, der er særligt rekrutteringssårbar. Disse kriterier er dog indtil videre kun vejledende og bruges af embedsmændene til kvalificering af de indstillinger, de producerer til den politiske beslutningsproces.

Spørgsmålet er, om der er flere sagstyper, hvor embedsmændene i fremtiden kunne træffe administrative afgørelser. I lyset af, at almen praksis området er præget af udprægede interessekonflikter og en stærk forhandlingslogik, er det nok vanskeligt at forestille sig. Både de regionale politikere og PLO's repræsentanter vil have et behov for at bevare beslutningskompetencen. Derimod kunne man måske forestille sig, at embedsværket i en fremtidig mere proaktiv indsats allerede tidligt får koblet det politiske system på, så det kan udstikke konkrete økonomiske rammer for en fremtidig indsats i et område. Vi har tidligere været inde på, at embedsværket i højere grad bør være proaktive i deres tilgang til lægemanglen. Det betyder, at embedsmændene, allerede før rekrutteringsproblemerne opstår, bør gå i dialog med lægerne i lokalområdet om, hvilke instrumenter man kunne tage i anvendelse for at sikre lægedækningen i området. Forud for denne dialog kunne det politiske system udstikke nogle økonomiske rammer for dialogen med de lokale læger. Eksempelvis kunne det politiske system sige til em-

bedsmændene, at det må koste op til 3 mio. kr. at sikre lægedækning i et givent område henover de næste ti år. Når embedsmændene på denne måde kender den politiske betalingsvillighed, er det nemmere at forhandle sig frem til realistiske indsatser. Hvis summen af de enkelte indsatser – fx en række noget-for-noget aftaler med områdets læger – ligger inden for den definerede økonomiske ramme, så er der også stor sandsynlighed for, at aftalerne så efterfølgende vedtages politisk.

Embedsværkets ressourcer og fokus

Det er nærliggende at pege på, at Region Midt er langt større, end de tidligere amter var, og derfor at hele den politisk-administrative beslutningsproces er blevet tungere. Omvendt er det lige så nærliggende at antage, at den større regionsstørrelse medfører, at embedsapparatet professionaliseres og specialiseres, og dermed at der kan implementeres instrumenter hurtigere og med højere præcision. Selvom der altså ikke kan gives et entydigt analytisk svar på, hvad det betyder for hastigheden i behandlingen af sager, at vi er gået fra mindre amter til en stor region, er det i hvert fald helt tydeligt, at lægerne oplever, at hastigheden er faldet markant. Hvordan kan det være?

En oplagt forklaring er, at kommunalreformen medførte, at regionen ikke længere har kommunalfuldmagt, dvs. ikke uden lovhjælp kan tage initiativer. I forhold til mulighederne i amternes tid har dette medført en indsnævring i regionens handlemuligheder – ikke mindst i forhold til regionale lokalekøb til praksisdrift. I modsætning til andre regioner, valgte Region Midtjylland alligevel at gå ind i et mindre antal lokaleprojekter, men det er sket efter svære og langvarige overvejelser. Når de læger, der samarbejder med regionen om lokaleetablering, oplever regionen som langsommelig, er en del af forklaringen altså, at regionens embedsmænd har været meget i tvivl om lovgrundlaget og derfor meget tilbageholdende. Lovgrundlaget er nu klarlagt (39), og derfor forventer regionen selv, at det fremover vil gå hurtigere med en afgørelse i denne type sager.

Ud over de udfordringer der har været med kommunalfuldmagten, anerkender flere af de regionale informanter, vi har interviewet, at embedsværket til tider kan have problemer med at følge med. Vores informanter peger selv på to grunde. For det første er regionen trods alt fortsat relativt ny – ikke mindst den periode vi i denne analyse kigger på (2007-2009). For det andet er der afsat et relativt begrænset antal medarbejderressourcer til området. Vores regionale informanter oplever, at disse ressourcer ikke står mål med opgavernes omfang, som synes at vokse hele tiden. Ikke mindst opgaven med at sikre lægedækning er taget til de senere år, for rekrutteringsvanskelighederne er eskaleret betydeligt siden 2006.

Region Midtjylland råder altså ikke over flere medarbejdere, end amterne gjorde, men til gengæld er de rekrutteringsproblemer, som disse medarbejdere skal håndtere, blevet betydeligt større, end de var i amternes tid. Dette kan forklare, hvorfor lægerne oplever regionen som mere langsommelig og tungere at danse med end amterne. Et konkret eksempel herpå er, at man internt blandt embedsmændene har aftalt, at man altid kvitterer for modtagelse, når en læge henvender sig. Nogle af vores informanter medgiver, at det i en travl hverdag godt kan ske, at denne kvittering glipper. Set fra lægernes perspektiv opleves disse manglende kvitteringer som tegn på, at regionen slet ikke reagerer på henvendelser, og på at man er nødt til at rykke for svar. Efter vi gennemførte vores dataindsamling, har Region Midtjylland efter eget udsagn taget initiativer, der skal sikre, at der altid kvitteres for henvendelser.

Regionens embedsmænd ville også gerne agere mere proaktivt, end de gør i dag. Men ofte bliver den proaktive indsats nedprioriteret i en travl hverdag, hvor problemsagerne presser sig på. Det er lidt en ond spiral: Man har ikke fokus på en proaktiv og forebyggende indsats, og derfor opstår der problemer, som man så bruger de fleste af sine ressourcer på at løse. Og så er der endnu mindre tid til proaktiv forebyggelse. Det er derfor vigtigt, at man prioriterer en indsats, der bryder denne onde spiral.

Der synes i regionens valg af indsatser overfor lægemangel i almen praksis at være et lidt for snævert fokus i forhold til økonomiske instrumenter. Når pengene er bevilliget og udbetalt, så synes der at være en holdning i regionen om, at det så er lægens eget ansvar at implementere og udmønte det formål, pengene er givet til. Etableringstilskuddet til Anne Mette Eriksen er et godt eksempel. Her kom regionen med en pose penge, og så blev den nystartede læge ellers overladt til sig selv – og måtte starte op uden lokaler, personale og it. Denne uhensigtsmæssige opstart kombineret med, at patienttilstrømningen ved en fejl ikke blev stoppet i tide, medførte lægens kortvarige sygemelding og overvejelser om at kaste håndklædet i ringen. Man var altså tæt på at tabe hele formålet med indsatsen på gulvet, og så havde man igen stået med 1.600 lægeløse patienter. Casen illustrerer altså, at penge ikke gør det alene. Anne Mette Eriksen havde også brug for enten tid eller støtte til praksisopstart. Efter en konkret vurdering bør nogle økonomiske instrumenter altså suppleres med andre indsatser. I denne type sager bør regionen derfor have et bredere fokus end blot på at udbetale et økonomisk tilskud.

4.6 Sammenfatning og anbefalinger

Vi har i dette kapitel kigget på, hvordan man i Region Midtjylland arbejder med sikring af lægedækning i almen praksis. Man har i regionen en del instrumenter i værktøjskassen, som et enigt samarbejdsudvalg har besluttet at anvende til at sikre lægedækningen. Vores analyse viser dog en række udfordringer med dels at få aktiveret disse instrumenter, dels at blive enige om andre relevante instrumenter. Disse udfordringer kan inddeles i tre kategorier:

- ◆ Begrænset efterspørgsel efter en række instrumenter
- ◆ Interessekonflikter er en barriere for implementering og gør det svært at enes om udbud af nye relevante instrumenter
- ◆ De lokale læger oplever samarbejdet med regionen om sikring af lægedækning som udfordrende.

Begrænset efterspørgsel efter en række instrumenter

Der er en række udbudte instrumenter, som lægerne kun i meget begrænset omfang efterspørger. Vores analyse viser, at forkert timing, dårlig markedsføring og manglende brugerinddragelse kan forklare den lave efterspørgsel:

- ◆ **Timing:** Det er vigtigt, at instrumentet tilbydes til målgruppen på det rette tidspunkt. Eksempelvis forsøger man med adgang til hospitalsboliger, ægtefællebeskæftigelse og garanteret institutionsplads at integrere nedsatte lægers familie i lokalområdet. Instrumenterne efterspørges dog ikke af målgruppen, fordi lægerne allerede har etableret sig på dette tidspunkt. Derfor bør de i stedet tilbydes yngre læger, når de starter på speciallægeuddannelsen i almen medicin. En ændring af målgruppen for disse instrumenter bør suppleres med andre instrumenter, der har til hensigt at sikre unge lægers tilknytning til lokalområdet. Én mulighed er fx at gøre arbejdet i en udkantspraksis til et obligatorisk element i lægeuddannelsen. En anden mulighed er at promovere udkantsområdet overfor kommende læger.
- ◆ **Markedsføring:** Instrumenterne bør markedsføres bedre, så målgruppen får et klarere billede af, hvad instrumentet kan gøre for dem. Lægerne ved fx ikke nok om, hvad praksisudviklingskonsulentordningen kan tilbyde dem.
- ◆ **Brugerinddragelse:** Lægerne bør i højere grad blive inddraget i udviklingen af de enkelte instrumenter. Eksempelvis kunne regionen allerede i opstartsfasen have været mere lydhør over for lægernes ønsker i forbindelse med etableringen af Skive Sundhedshus.

Interessekonflikter som barriere for implementering og udvikling af nye instrumenter

Almen praksis området er stærkt reguleret i overenskomsten, og hvis man på regionalt niveau vil afvige fra eller tilføje ting til overenskomsten, så skal regionen og PLO blive enige i samarbejdsudvalget. Det er dog svært for de to parter at nå enighed om ret meget, fordi der er grundlæggende interessemodsigelser mellem regionen og PLO. Parterne har ikke mindst interessekonflikter i forhold til økonomien og i forhold til lægernes tilknytning til almen praksis.

Med hensyn til økonomien har de to parter overordnet set helt modsatte synspunkter. Regionen har en interesse i at holde på pengene, mens PLO har en interesse i at skabe så favorable økonomiske vilkår for sine medlemmer som muligt. Denne grundlæggende interessekonflikt udmønter sig ikke mindst i holdningen til økonomiske instrumenter. Regionen går ind for målrettede og midlertidige tilskud til udvalgte læger. PLO derimod er bekymret for forskelsbehandling og ønsker generelle og helst blivende tilskudsordninger til alle læger i et rekrutteringssårbart område. Der er derfor behov for, at de to parter i fællesskab udvikler og efterfølgende anvender nogle principper for brugen af økonomiske instrumenter, som tilsammen balancerer parternes interesser. I vores analyse har vi demonstreret, at denne balance er mulig, såfremt parterne tager udgangspunkt i følgende fire principper:

- ♦ **Proaktiv:** Man bør tage fremtidige lægedækningsproblemer i et lokalområde i opløbet og tidligt gå i dialog med de lokale læger om mulige løsninger på problemerne.
- ♦ **Igangsætterudvikling:** Den økonomiske støtte bør igangsætte udvikling i det modtagende lægehus. Dette opnås bedst gennem støtte, der er målrettet bestemte formål, og som gives i en afgrænset tidsperiode.
- ♦ **Noget-for-noget:** Det lægehus, der modtager økonomisk støtte bør i en aftale forpligtiges på specifikke modydelser – eksempelvis at øge patientantallet til et bestemt niveau de næste fem år.
- ♦ **Lige adgang:** Alle læger i et område bør have mulighed for at få adgang til den økonomiske støtte. Instrumentet bør udarbejdes, så der er så få diskvalificerende krav som muligt. Hvis fx forudsætningen for at få etableringstilskud er, at lægen er nystartet, så diskvalificerer det de eksisterende læger i området. Derfor bør man tilbyde støtten, så både nystartede og eksisterende læger kan få adgang til den.

Med hensyn til lægernes tilknytning til almen praksis er parterne ikke mindst uenige om brugen af satellitpraksis og muligheden for, at læger kan ansættes i almen praksis i stedet for at nedsætte sig. Mens regionen støtter, at der åbnes op for disse instrumenter, synes PLO at være imod, at de udbredes. Vores analyse indikerer, at PLO står ret alene med denne modstand, idet den hverken deles af regionen eller af de praktiserende læger, vi har talt med. Disse læger peger på, at satellitpraksis er bedre end ingen lægedækning, og på at muligheden for at blive ansat læge vil styrke rekrutteringen af læger til almen praksis.

De lokale læger oplever samarbejdet med regionen om sikring af lægedækning som udfordrende

Vores analyse viser, at de lokale læger, der har samarbejdet med regionen om konkrete instrumenter til sikring af lægedækning, oplever, at regionens sagsbehandling er langsommelig. Derudover er mange læger frustrerede over, at regionen ofte ikke svarer på deres henvendelser. Det er også et irritationsmoment for en del læger, at regionens embedsmænd mangler beslutningskompetence. Endelig har regionen i nogle lægers optik ikke tilstrækkelig fokus på at følge indsatser helt til dørs. Det samlede billede, der tegner sig, er altså et samarbejde, som lægerne i høj grad oplever som udfordrende.

Lægens oplevelse af samarbejdet med regionen påvirkes dels af forventningerne til samarbejdet, og dels af det konkrete samarbejdsforløb. Jo højere forventninger, desto større er skuffelsen, når forventningerne ikke opleves som indfriet. Og lægerne har generelt ret høje forventninger til samarbejdet. De høje forventninger skyldes dels gode erfaringer fra amternes tid, dels at praktiserende læger har tendens til utålmodighed.

Men lægernes høje forventninger er ikke den eneste grund til, at de er blevet skuffede over samarbejdsforløbet. Vores analyse viser, at der synes at være en vis træghed i det politisk-administrative system. Denne træghed skyldes bl.a., at større sager skal behandles i tre politiske led: Samarbejdsudvalget, Forretningsudvalget og Regionsrådet. Derudover synes der at være en vis ressourcemangel i embedsværket.

DSI vurderer, at følgende initiativer kan forbedre samarbejdet:

- ◆ **Kvittering for modtagelse:** Implementering af et kvalitetssystem, der i højere grad end i dag sikrer, at lægerne får en kvittering, når de har henvendt sig. Region Midtjylland oplyser, at man siden dataindsamlingen blev foretaget allerede har taget initiativ til, at alle læger modtager kvittering.
- ◆ **Åbenhed om processen:** Lægerne efterspørger en beskrivelse af den forventede politisk-administrative proces. Denne beskrivelse bør indeholde en tidsplan. Hvis tidsplanen skrider, bør lægerne få dette oplyst. Denne åbenhed om processen er vigtig, fordi den giver lægerne forståelse for de politisk-administrative vilkår, som regionen arbejder under, og bidrager dermed til at lægerne får mere realistiske forventninger til regionens sagsbehandling. Region Midtjylland oplyser, at man siden dataindsamlingen blev foretaget allerede har taget initiativer, der sikrer, at alle læger får en omhyggelig orientering om den politiske proces og forventede tidsplan.

5. Kvantitativ analyse af listestørrelsen i almen praksis

Af Kim Rose Olsen, Torben Højmark Sørensen og Peter Vedsted

5.1 Indledning og formål

Primo 2008 havde Danmark knap 5,5 mio. borgere og ifølge PLO's medlemsregister 3.639 praktiserende læger (ikke fuldtidskorrigeret). Det betyder, at der i gennemsnit er ca. 1.500 borgere pr. alment praktiserende læge i landet. Ca. 2 % af borgerne er gruppe 2-sikret og ikke tilmeldt en læge. De seneste 30 år har der været en stigning i antallet af praktiserende læger fra ca. 2.600 til de godt 3.600, hvor antallet af indbyggere pr. læge samtidig er faldet fra ca. 2.000 til 1.500 (53). På trods af denne udvikling fremgår det af PLO's seneste lægeprognose for perioden 2005-2025, at det forventede udbud af praktiserende læger og den forventede efterspørgsel herpå ikke vil gå hånd i hånd i de kommende år (54). Derfor konkluderer PLO, at der bør gøres noget for at fastholde de +60-årige læger, der er på vej på pension, og for at rekrutteringsreserven³¹ vil nedsætte sig i almen praksis. Hvis ikke dette sker, vil der i år 2015 være et underskud på 400-600 alment praktiserende læger.

Et resultat af den nuværende lægemangel er, at der i 2008 var 114 ledige ydernumre, og Danske Regioner anslår som følge heraf, at der således er fordelt ca. 180.000 borgere på de øvrige praktiserende læger – dvs. en gennemsnitlig forøgelse af listestørrelsen pr. læge på ca. 50 tilmeldte (10) (55) (56). Den senere tid har der været en del fokus på listestørrelsen og mulighederne for, at praktiserende læger kan øge kapaciteten gennem en højere listestørrelse. Som det ser ud i dag, har almen praksis ifølge landsoverenskomsten lov til at bede om at få lukket for tilgang ved 1.600 tilmeldte. Samtidig får en praksis, der har mere end 2.542 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. læge, lukket for tilgang, medmindre de sikredes mulighed for et frit lægevalg forringes urimeligt, som det hedder.

Der er flere forhold, som kan have en betydning for en praksis' listestørrelse og muligheder for at øge denne, herunder fx det frie lægevalg, lokal adgang til specialiseret behandling, brugen af praksispersonale og de tilmeldte på listens behov for lægehjælp og andre forhold så som sociale forhold i et område. Dette er ofte forhold, som praktiserende læger ikke helt selv er herre over. Det er i den forbindelse vigtigt at nævne, at kapacitetsbegrebet ikke nødvendigvis bør knyttes til listestørrelsen, men til praksissens evne til at skabe hensigtsmæssig behandling af de tilmeldte på listen. En analyse af praktiserende lægers produktivitet har vist, at nogle praksis med mange på listen rent faktisk er mindre produktive end praksis med få på listen. Årsagen er, at der er stor forskel i de tilmeldtes behov samt i adgangen til fx praktiserende speciallæger. De praksis, der har mange på listen uden at være produktive, viser sig at være praksis med tilmeldte, der har et lavt behov for ydelser, samt praksis der har relativt god adgang til henvisning til praktiserende speciallæger (57).

Hvis en sådan praksis ikke stilles over for et egentligt krav om en patientliste, der er større end det nuværende krav om 1.600 patienter, så er der risiko for, at den ekstra kapacitet konverteres til øget opgavekapacitet (i form af flere ydelser til de allerede tilmeldte patienter) og mere fritid til den enkelte praktiserende læge frem for en større patientkapacitet.

Formålet med denne analyse er at udforske mulighederne for at etablere et mere fleksibelt normtal frem for det eksisterende faste normtal på 1.600, der tager højde for sammensætningen af de tilmeldte personer, praksissens organiseringsform, lokal adgang til praksispersonale og henvisning til speciali-

³¹ Rekrutteringsreserven består af de øvrige læger med speciale i almen medicin, som ikke er nedsat som almen praktiserende læger. I 2006 var der 836, hvor 376 var sygehusansatte og 460 var i anden ansættelse.

seret udredning og behandling. Analysen kommer med et forslag til, hvordan et sådan system i princippet kunne udformes ved hjælp af traditionel benchmarking analyse. Analysen bygger på tilgængelige tal fra 2006 og bør betragtes som en metodemæssig illustration frem for et færdigudviklet koncept, men metoderne viser, at det umiddelbart er muligt at beregne mere individuelle normtal for den enkelte praksis.

5.2 Materiale og metoder

Data består af en sammenkobling af PLO's praksistælling 2005 med 1) oplysninger om ydelser i almen praksis fra sygesikringsregisteret samt lægerne i en praksis' alder og køn fra yderregisteret, 2) patientfortegnelser (registrerede gruppe 1-sikrede personer pr. praksis) fra CSC Scandihealth, 3) et behovsindex (Danish Deprivation Index (DADI)) dannet med socioøkonomiske data fra Danmarks Statistik, og 4) en række kommunespecifikke (kommuner fra før 2007-reformen) variable fra forskellige offentligt tilgængelige kilder. Praksistællingen 2005 indeholder oplysninger pr. 31/12-2005 og antages dermed at være gældende for 2006, da øvrige data er trukket for året 2006. Hermed kendes praksis' listestørrelse og praksisorganisation, praksispopulationens behov samt praksis' ydelsesprofil. I alt var der ca. 2.200 almen praksis i 2006, og efter sammenkørsel af data fra de forskellige kilder består analysedata af 1.716 almen praksis, dvs. ca. 80 % af praksis. Praksistællingen er en spørgeskemabaseret totaltælling med en svarprocent på ca. 90, og de resterende frasorterede praksis skyldes manglende besvarelse af en række af de for analysen primære variable.

Analysen giver et bud på, hvordan man kan benytte registerdata til at opstille mål for en differentieret listestørrelse. Som udgangspunkt antages det, at listestørrelsen er en funktion af tre faktorer 1) patienternes behov (både selvdefineret og medicinsk defineret), 2) brug af praksispersonale og 3) praksis' adgang til at henvise patienterne til det specialiserede sundhedsvæsen. Hypotesen er, at listestørrelse vil være lavere, hvis de tilmeldtes behov stiger, hvis adgangen til specialiseret behandling falder, eller hvis der anvendes mindre praksispersonale. Som indikator for patienternes behov anvendes et nyligt udviklet sårbarhedsindex (DADI – Danish Deprivation Index)³², som er en sammenvægtning af otte socioøkonomiske variable, der beskriver en praksis' sammensætning af tilmeldte. DADI kan antage værdier mellem 10 og 100, hvor 100 er en liste med stort behov. Som indikator for adgang til det øvrige væsen anvendes speciallægetæthed i kommunen samt en variabel for sygehus i kommunen. Brug af praksispersonale baseres på oplysninger fra praksistællingen.

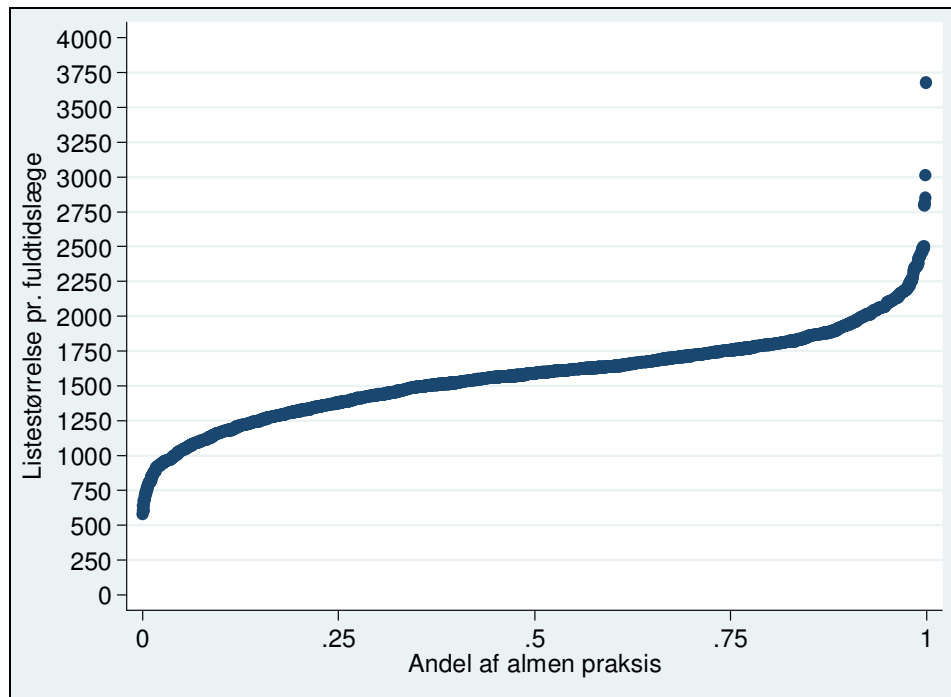
Først præsenteres der beskrivende statistik, hvor vi med forskellige praksis-, patient- og kommune-karakteristika beskriver, hvad der kendetegner praksis med lav, mellem og stor listestørrelse. Med udgangspunkt i, at en praksis' listestørrelse pr. fuldtidslæge er afhængig af listens behov, brug af hjælpepersonale og adgang til specialiseret behandling, foretages dernæst to regressionsanalyser. De estimerer den henholdsvis forventede og den potentielle listestørrelse pr. fuldtidslæge ved et givet brug af hjælpepersonale, DADI-score og adgang til specialiseret udredning og behandling. Den forventede listestørrelse er en gennemsnitsbetragtning, og den potentielle listestørrelse er en 'best practice' betragtning. Best practice skal i denne sammenhæng forstås som en situation, hvor der sammenlignes med de praksis, der har den højeste listestørrelse blandt de mest sammenlignelige praksis. Denne udregning er baseret på en såkaldt 'stochastic frontier analyse'. Med disse analyser kan enhver almen praksis se, hvad dennes kolleger med samme karakteristika i gennemsnit har af tilmeldte, og hvad man potentielt kan opnå af listestørrelse, hvis man sammenligner sig med de 'bedste' af de sammenlignelige praksis.

³² Dette er et sårbarhedsindex udviklet af praktiserende læge, ph.d. og forskningsleder Peter Vedsted fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus i samarbejde med cand.oecon. og projektleder Torben Højmark Sørensen, Dansk Sundhedsinstitut i København.

5.3 Resultater

Figur 5.1 viser, at der er stor variation i listestørrelsen pr. fuldtidslæge, som spænder fra 577 til 3.680 med et gennemsnit på 1.573. Der er således gode muligheder for at undersøge sammenhængen mellem listestørrelse og praksis-, liste- og kommunekarakteristika og derigennem beskrive, hvad der kendetegner praksis med forskellige listestørrelser.

Figur 5.1: Variationsdiagram af listestørrelse pr. fuldtidslæge (N=1.716)



5.3.1 Listestørrelse

Tabel 5.1 viser middelværdi og 95 % konfidensinterval for en række praksis-, patient- og kommunekarakteristika af en opdeling af almen praksis i tre grupper med få (nedre kvartil), mellem og mange (øvre kvartil) tilmeldte pr. fuldtidslæge. Praksis med få på listen har den højeste gennemsnitsalder af tilmeldte på ca. 56 år. Andelen af kvindelige læger viser et mønster, hvor praksis med mellem listestørrelse har flest kvinder, og hvor praksis med få tilmeldte ikke er signifikant forskellig fra praksis med mange tilmeldte. Antal fuldtidslæger viser sig at være signifikant lavest i praksis med mange tilmeldte. Praksistype viser, at der blandt praksis med få tilmeldte er signifikant færre samarbejdspraksis end blandt praksis med mange tilmeldte, hvor det er omvendt for kompagniskabspraksis. Det er dermed en tendens, at samarbejdspraksis i højere grad er forbundet med høj listestørrelse end kompagniskabspraksis. Hvad angår solopraksis, er sammenhængen mindre klar. Tabellen viser, at en øget brug af såvel lægelig som ikke-lægelig medhjælp er associeret med signifikant større listestørrelse, hvor sidstnævnte er interessant i en situation med mangel på praktiserende læger.

Tabel 5.1: Middelværdier for praksis-, liste- og kommunekarakteristika opdelt i tre grupper efter listestørrelse pr. fuldtidslæge. N=1.716 praksis. 2006-priser, DKK

	Listestørrelse pr. fuldtidslæge		
	Få (<1.379)	Mellem (1.379-1.756)	Mange (>1.756)
<i>Praksiskarakteristika</i>			
Andel kvinder	0,26 (0,22-0,29)	0,35 (0,32-0,38)	0,32 (0,28-0,36)
Gennemsnitsalder	56,08 (55,46-56,71)	53,71 (53,32-54,10)	53,31 (52,75-53,87)
Antal fuldtidslæger	1,66 (1,56-1,75)	1,75 (1,67-1,82)	1,41 (1,33-1,49)
Andel solopraksis	0,42 (0,37-0,47)	0,36 (0,33-0,39)	0,43 (0,38-0,48)
Andel kompagniskabspraksis	0,34 (0,30-0,39)	0,37 (0,33-0,40)	0,24 (0,20-0,29)
Andel samarbejdspraksis	0,24 (0,20-0,29)	0,28 (0,25-0,31)	0,32 (0,28-0,37)
Antal uger i året med lægelig hjælp pr. fuldtidslæge	6,07 (4,88-7,27)	9,53 (8,47-10,58)	15,28 (13,12-17,43)
- Praksisreservelæge	3,34 (2,48-4,20)	4,91 (4,16-5,67)	8,45 (7,04-9,85)
- Amanuensis*	1,79 (1,29-2,29)	3,06 (2,54-3,59)	4,98 (3,80-6,17)
- Vikar	0,95 (0,54-1,35)	1,55 (1,16-1,95)	1,85 (1,18-2,51)
Timers Ikke lægelig hjælp om ugen pr. fuldtidslæge	26,66 (24,94-28,37)	35,29 (34,03-36,56)	40,49 (38,35-42,64)
- Bioanalytiker	4,03 (3,24-4,83)	7,43 (6,69-8,16)	8,09 (6,92-9,27)
- Sygeplejersker	6,11 (5,04-7,18)	9,60 (8,77-10,44)	11,62 (10,25-12,99)
- Sekretær	16,51 (15,24-17,78)	18,26 (17,34-19,19)	20,78 (19,29-22,27)
<i>Listekarakteristika</i>			
Bruttohonorar pr. tilmeldt	723,50 (706,64-740,35)	694,03 (685,05-703,00)	697,23 (683,22-711,23)
DADI	34,04 (33,13-34,95)	30,73 (30,16-31,30)	30,59 (29,66-31,52)
<i>Kommunekarakteristika</i>			
Befolkning i bymæssig bebyggelse (%)	86,03 (84,57-87,47)	89,54 (88,68-90,40)	88,75 (87,47-90,03)
Antal praktiserende læger pr. 10.000 indbyggere i kommunen	6,46 (6,33-6,58)	6,43 (6,35-6,50)	6,30 (6,19-6,42)
Antal speciallæger pr. 10.000 indbyggere i kommunen	2,03 (1,87-2,19)	2,35 (2,24-2,46)	2,27 (2,12-2,42)
Andel med sygehus i kommunen	0,60 (0,55-0,65)	0,67 (0,64-0,70)	0,61 (0,56-0,66)

Note: Middelværdi og 95 % konfidensintervaller i parenteserne.

* Amanuensis er en sum af introduktions-, uddannelses- og aflastningsamanuensis.

Tabellen viser, at praksis med få personer på listen har en høj DADI-score og er placeret i kommuner med lav urbaniseringsgrad, færre speciallæger pr. indbygger (signifikant forskel mellem praksis med få og mellem tilmeldte) og uden sygehus. Omvendt er praksis med mange på listen karakteriseret ved at

have en lav DADI-score, højt forbrug af ikke-lægelig hjælp og relativt mange speciallæger i kommunen. Med andre ord tyder resultaterne af den deskriptive analyse på, at noget af variationen i listestørrelse skyldes forskelle i de tilmeldtes karakteristika, brug af praksispersonale og adgang til det øvrige sundhedsvæsen. Formålet med benchmarkinganalysen nedenfor er at give en indikation af, hvad listestørrelsen empirisk bør være, når man har taget højde for forskelle i disse parametre.

5.3.2 Benchmarkinganalyse

Tabel 5.2 viser en statistisk beregning på en praksis' forventelige og potentielle listestørrelse afhængig af brug af klinikpersonale og listens socioøkonomiske sammensætning (DADI). Tabellen er både opgjort for alle praksis totalt samt opdelt på antal fuldtidslæger bestående af 1, 2, 3 og 4 eller derover. I beregningen er der ligeledes kontrolleret for adgangen til speciallæge og sygehus i kommunen, hvorved denne del af variationen i listestørrelsen er taget ud. Estimerne af listestørrelse er en empirisk undersøgelse og dermed datadreven, hvilket betyder, at der er tale om en beskrivelse af, hvordan praksis' listestørrelse faktisk ser ud. Gennemgangen herunder er baseret på resultaterne for alle praksis, men samme tolkning kan anvendes på estimerne opdelt på fuldtidslæge.

Tabel 5.2: Forventet og potentiel listestørrelse opdelt på antal fuldtidslæger, brug af klinikpersonale og DADI score

Antal fuldtidslæger	Ikke lægelig hjælp i alt (ugentligt timeforbrug pr. fuldtidslæge) (Opdelt i tredjedele)	Behovsindeks (DADI)					
		<25,5 (nedre kvartil)		25,5-36,3		> 36,3 (øvre kvartil)	
		forventet	potentiel	forventet	potentiel	forventet	potentiel
1	< 27	1.595	1.963	1.530	1.861	1.450	1.761
	27-40	1.647	1.991	1.594	1.946	1.525	1.885
	> 40	1.727	2.073	1.671	2.024	1.605	1.965
	Total	1.658	2.009	1.602	1.948	1.514	1.855
2	< 27	1.521	1.870	1.469	1.785	1.412	1.716
	27-40	1.602	1.923	1.563	1.865	1.502	1.803
	> 40	1.722	1.965	1.666	1.942	1.598	1.807
	Total	1.588	1.905	1.563	1.861	1.496	1.770
3	< 27	1.462	1.791	1.409	1.774	1.387	1.757
	27-40	1.597	1.834	1.554	1.829	1.504	1.751
	> 40	1.685	1.912	1.667	1.890	1.612	1.818
	Total	1.573	1.844	1.544	1.831	1.497	1.769
4 eller derover	< 27	1.339	1.830	1.321	1.685	1.332	1.793
	27-40	1.542	1.887	1.501	1.808	1.444	1.797
	> 40	1.708	1.894	1.685	1.913	1.571	1.729
	Total	1.551	1.878	1.518	1.813	1.437	1.785
Alle praksis	< 27	1.540	1.901	1.486	1.818	1.439	1.754
	27-40	1.628	1.962	1.575	1.904	1.518	1.862
	> 40	1.720	2.021	1.670	1.981	1.603	1.920
	Total	1.626	1.959	1.579	1.903	1.508	1.835

Note: Forventet listestørrelse svarer til den gennemsnitlige listestørrelse i den givne kategori, mens den potentielle listestørrelse svarer til den listestørrelse, som de 'bedste' i kategorien har. Der er korrigeret for lokal adgang til specialiseret behandling på sygehus og speciallægepraksis.

Beregningen af den forventelige listestørrelse er en gennemsnitstilgang, hvormed en praksis kan se, hvad andre sammenlignelige praksis i gennemsnit kan opnå af listestørrelse. Det ses, at en praksis med under 27 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp samt en DADI-score over 36,3 i gennemsnit bør kunne opnå en listestørrelse på 1.439. Praksis med samme DADI-score, men med over 40 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp har en forventelig listestørrelse på 1.603. Tager man i stedet praksis

med en lav DADI-score, dvs. en score under 25,5, kan man med under 27 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp opnå 1.540 tilmeldte, hvilket er ca. 100 flere på listen end praksis med høj DADI-score. Listestørrelsen i denne DADI-kategori stiger til 1.720, hvis praksis bruger over 40 timers ugentlig medhjælp.

Beregningen af den potentielle listestørrelse skal betragtes som en best practice tilgang, hvor en praksis kan slå op og se, hvad sammenlignelige praksis maksimalt kan opnå af listestørrelse. Det ses, at en praksis med under 27 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp samt en DADI-score over 36,3 i gennemsnit potentielt kan opnå en listestørrelse på 1.754. Praksis med samme DADI-score, men over 40 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp har en forventelig listestørrelse på 1.920. Praksis med en DADI-score under 25,5 og med under 27 timers ugentlig ikke-lægelig medhjælp kan potentielt opnå 1.901 tilmeldte, hvilket stiger til 2.021 for praksis, der bruger over 40 timers ugentlig medhjælp. Det er klart, at der kan være en række årsager til forskelle i listestørrelser, hvormed denne type beregninger for nogle praksis kan være urealistiske. Resultaterne kan anvendes som vejledning for praktiserende læger med uudnyttet kapacitet.

5.4 Diskussion

Den deskriptive analyse viser, at almen praksis med mange tilmeldte er kendetegnet ved at have en lavere gennemsnitsalder, at have en større andel kvindelige læger, at være samarbejdspraksis, at have et højt forbrug af såvel lægelig som ikke-lægelig medhjælp, at have lavere ydeshonorar pr. tilmeldt, at have en mindre sårbar liste og i højere grad at være lokaliseret i områder med god adgang til specialiseret behandling.

Regressionsanalysen for estimering af forventet og potentiel listestørrelse viser samlet set, at øget brug af praksispersonale, lavere DADI-score og færre fuldtidslæger er associeret med større listestørrelse. Dette betyder, at det i høj grad er relevant at fastsætte individuelle normer for listestørrelsen frem for at bevare den nuværende norm på 1.600 tilmeldte. Det skal nævnes, at fundet med øget listestørrelse ved færre fuldtidslæger kan skyldes, at der skal en vis listeforøgelse til for at udløse endnu en fuldtidslæge.

Benchmarking analysen giver et bud på, hvordan normgrænserne kan opdeles i henhold til antallet af fuldtidslæger, patientkarakteristika og brug af klinikpersonale. Man kan stille spørgsmålstejn ved, om alle tre parametre er hensigtsmæssige at differentiere på, da antal fuldtidslæger og brug af praksispersonale jo langt hen ad vejen er parametre, som den enkelte praksis har indflydelse på, mens de tilmeldtes karakteristika er mere eller mindre uden for lægernes egen indflydelse og skal håndteres mest effektivt af praksis. De tilmeldtes karakteristika vil i noget omfang være bestemt af det område, lægen vælger at slå sig ned i, og en accept og understøttelse af, at man har en mindre listestørrelse, hvis man slår sig ned i socialt tungt område, kan muligvis afhjælpe problemet med mangel på læger i 'tunge' områder. Uanset hvor balanceret man forsøger at beregne et normtal for den enkelte praksis, vil metoden formodentlig altid have indbygget en række unøjagtigheder og uretfærdigheder. Modsat kan man stille spørgsmålstejn ved, om den nuværende måde at fordele patienter mellem praksis ikke er endnu mere problematisk. De i analysen beregnede normtal kunne – i kombination med en vægtning i forhold til fx andel indvandrere, ældre, tyndt befolkede områder mv. – danne udgangspunkt for en beregning af basishonoraret og på den måde være med til at skabe incitament for en mere rimelig fordeling af patienterne blandt de alment praktiserende læger.

Litteratur

- 1) Danske Regioner. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2006.
- 2) Praktiserende lægers organisation. På vej mod større lægehuse. Praktiserende lægers organisation; 2007.
- 3) Region Syddanmark. Praksisplan på almenlægeområdet. Vejle: Region Syddanmark; 2008.
- 4) Samarbejdsudvalget for almen praktiserende læger. Praksisplan 2008-2011. Aalborg: Region Nordjylland; 2007.
- 5) Samarbejdsudvalget for Almenlægeområdet. Visioner for almen praksis i Region Midtjylland. Fokus på kvalitet - udvikling - integration: Delpraksisplan. Region Midtjylland; 2009.
- 6) Samarbejdsudvalget for Almenlægeområdet. Delpraksisplan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis. Region Midtjylland; 2009.
- 7) Primær Sundhed. Plan for Almen Praksis i Region Sjælland. Sorø: Region Sjælland; 2008.
- 8) Samarbejdsudvalget for Almen Praksis. Plan for almen praksis 2008-2011. Region Hovedstaden. Koncern Plan og udvikling; 2008.
- 9) Erikson T, Friborg S, Grosen L, DAK-E. Dansk Kvalitetsmodel for almen praksis - integreret kvalitetsmåling, udvikling og efteruddannelse. DAK-E; 2008.
- 10) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- 11) Kjellberg J, Sørensen J, Hansen J, Avnstrøm L, Borgstrøm L. Almen praksis som koordinator. En international belysning. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.
- 12) Hansen J, Madsen MH, Kjellberg PK. Effektiv organisering af almen praksis. Erfaringer fra udlandet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 13) Kjellberg PK, Buch MS, Olsen KR, Juhl HH. Små og store lægehuse. Et komparativt case-studie. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 14) Wensing M, van den HP, van DJ, Grol R, Szecsenyi J. General practitioners' workload associated to practice size rather than chronic care organisation. Health Policy 2009 Jan;89(1):124-9.
- 15) Wensing M, van den HP, Akkermans R, van DJ, Grol R. Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study. Health Policy 2006 Aug;77(3):260-7.
- 16) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD001271.
- 17) Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. J Health Econ 2008 Sep;27(5):1168-81.
- 18) Gemmell I, Campbell S, Hann M, Sibbald B. Assessing workload in general practice in England before and after the introduction of the pay-for-performance contract. J Adv Nurs 2009 Mar;65(3):509-15.

- 19) Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 20) Rendtorff C. Intro Practicus. 3. ed. København: Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning; 2009.
- 21) Holm-Petersen C, Hansen J, Vinge S. Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale - udfordringer og muligheder for psykiatrien. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2006.
- 22) Danske Regioner. Organisering af almen praksis - delrapport: Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
- 23) Sundhedsstyrelsen. Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2004-2025. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- 24) Praktiserende lægers organisation. Medlemsundersøgelse marts 2008. Praktiserende lægers organisation; 2008.
- 25) Dolmer A, Lentz M, Holst-Hansen C, Fjerbæk M, Hunderup J. Sygeplejersker i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2003;81:969-74.
- 26) Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. Med J Aust 2006 Jul 3;185(1):10-2.
- 27) Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency. J Health Serv Res Policy 2007 Apr;12(2):110-7.
- 28) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Henvisningsmønsteret i almen praksis. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- 29) Braskov S. Når samarbejdet i praksis skranter. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2004;82: 1413-26.
- 30) Foged L. Arbejdsglæde gennem arbejdsdeling i en god organisation. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2009;87:1061-78.
- 31) Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen Lægepraksis i Danmark. Håndbog og opslagsværk. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning; 2005.
- 32) Deloitte Business Consulting. Tilrettelægelse af flerlægepraksis - best practice organisering af almen praksis i Danmark 2008. København: Sekretariatet for Udvalg om almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvæsen; 2008.
- 33) Grøn L, Obel J, Bræmer M. Tovholder i praksis. En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.
- 34) Dansk Sygeplejeråd. Konsultationssygeplejersker - nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen. Pjece. København: DSR; 2007.
- 35) Vinge S. Ledelse og udvikling i almen praksis -et pilotstudie om de ledelsesmæssige udfordringer i et lægehus i udvikling. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 36) Dansk Sygeplejeråd. Konsultationssygeplejerskernes arbejdsområde og vilkår ansat i en almen praksis. Notat. København: DSR Analyse; 2008.
- 37) Praktiserende lægers organisation. Praksistælling 2007. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2007.

- 38) Praktiserende lægers organisation. Handlingsplan for almen praksis - om hvordan den aktuelle mangel på praktiserende læger bør håndteres. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2008.
- 39) Lov om ændring af sundhedsloven. Lov nr. 531 af 12/06/2009. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
- 40) Samarbejdsudvalget på Almenlægeområdet. Almen praksis i Region Midtjylland. [U.st.]: Region Midtjylland; 2009.
- 41) Strategi og politiske rammer for sikring af lægedækning i almen praksis i Region Midtjylland. Viborg: Region Midtjylland, Primær Sundhed; 2008.
- 42) Michaelsen P. Region Midtjyllands perspektiver på strukturudviklingen i almen praksis. Viborg: Region Midtjylland; 2009.
- 43) Region Midtjylland. Samarbejdsudvalg for almen læger. Region Midtjylland 2010 January 5. Available from: URL: <http://www.regionmidtjylland.dk/politik/udvalg/samarbejdsudvalg+for+prim%C3%A6r+sektoren/almen+l%C3%A6ger>
- 44) Forretningsorden for Samarbejdsudvalget mellem Region Midtjylland og alment praktiserende læger i Regionen. Viborg: Region Midtjylland, Primær Sundhed; 2008.
- 45) Heine Jensen M-L. Efteruddannelse af klinikpersonale i almen praksis. Viborg: Region Midtjylland, Primær Sundhed; 2008.
- 46) Region Midtjylland. Lægedækningen i Nordsalling (§2-aftale) - PLO's sagsnr.: 2008-798/247613. Godkendt af Region Midtjylland og Praksisudvalget i Region Midtjylland. Region Midtjylland 2010 January 8. Available from: URL: [http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/PLO/2AFTALER_OG_ANDRE_AFTALER/Region%20Midtjylland/L%C3%A6ged%C3%A6kningen%20i%20Nordsalling%20\(%C2%A7%202-aftale\)](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/PLO/2AFTALER_OG_ANDRE_AFTALER/Region%20Midtjylland/L%C3%A6ged%C3%A6kningen%20i%20Nordsalling%20(%C2%A7%202-aftale))
- 47) Region Midtjylland. Referat af åben dagsorden fra mødet i Samarbejdsudvalget på almen lægeområdet 8. september 2009 kl. 17:30 i Regionshuset Horsens. Viborg: Region Midtjylland; 2009.
- 48) Larsen K. Svært at lokke læger til Ishøj. Ugeskrift for læger 2009; 171(1-2):9.
- 49) Sundhedsstyrelsen. Udtræk fra Bevægelsesregister 2009 (ikke offentliggjort). København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- 50) Sørensen PT. FYAM's ønskeseddel: Større praksis. Praticus 2008;32(191):96-9.
- 51) BMA Scotland. General Practice in Scotland: The Way Ahead - Final Report. Edinburgh: BMA Scotland Public Affairs Office; 2010.
- 52) Telefoninterview d. 9. 2. med Gail Grant, Senior Public Affairs Officer (Scotland), British Medical Association. 2010.
- 53) Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Lægepopulation og lægepraksis - population 1977-2008 - nøgletal fra medlemsregisteret. København: PLO; 2008.
- 54) Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Lægeprognosen 2006 - almen praksis. Efterspørgsel og udbud af alment praktiserende læger 2005-2025. København: PLO; 2006.
- 55) Hørsving MB. Analyse, Danske Regioner (dokumentnr. 10358/09). Danske Regioner; 2009.

- 56) Bundgaard B. Spøgelsespatienter kræver forandring i almen praksis. Ugeskrift for læger 2007; 169(50):4386.
- 57) Rose Olsen K, Højmark Sørensen T, Gyrd-Hansen D. Sammenhæng mellem produktivitet, liste-størrelse, patient- og praksiskarakteristika i almen praksis. Ugeskrift for læger 2010;172(16): 1192-6.

Kapacitet i fremtidens almen praksis

Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner

Der er stordriftsfordele forbundet med store lægehuse – men der skal arbejdes målrettet for at opnå dem. Det er en af hovedkonklusionerne i denne DSI rapport, der stiller skarpt på mulighederne for at øge kapaciteten i almen praksis. Konklusionen stammer fra et casestudie af lægehuse, der allerede har en meget høj kapacitet. Nogle lægehuse har skabt en høj kapacitet primært ved at arbejde mange timer, mens andre har opnået stordriftsfordele ved at sætte eksplicit fokus på uddelegering, interne arbejdsgange og den daglige personale- og driftsledelse, der er i almen praksis.

Forskelligheden i hvordan de enkelte lægehuse arbejder, afspejles også i lægehusenes forhold til regionen. Her er det svært at finde generelle løsninger, der passer til den enkelte praksis. Derfor peger rapporten på, at der på regionalt og nationalt niveau bør igangsættes en fælles og forpligtende indsats, som kan langtidssikre almen praksis og de gode resultater, der kan observeres i de enkelte praksis.