

# ALMEN PRAKSIS' ROLLE I FREMTIDENS SUNDHEDSVÆESEN



**MINISTERIET  
FOR SUNDHED  
OG FOREBYGGELSE**

**Kolofon**

Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis

**Udarbejdet af:** Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen

**Copyright:** Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

**Udgivet af:**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

**Grafisk design:** 1508 A/S

**ISBN:** 978-87-7601-271-7 (elektronisk version)

978-87-7601-274-8 (trykt udgave)

**Version:** 1. version.

**Versionsdato:** 10.11. 2008

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>KAPITEL 1 – INDLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1. UDVALGETS NEDSÆTTELSE OG OPGAVER .....	1
1.2. UDVALGETS SAMMENSÆTNING .....	1
1.3. UDVALGETS ARBEJDE.....	2
1.4. KARAKTERISTIK AF ALMEN PRAKSIS .....	3
1.5. RAPPORTENS OPBYGNING.....	4
<b>KAPITEL 2 – SAMMENFATNING .....</b>	<b>5</b>
<b>KAPITEL 3 – FREMTIDENS OPGAVER .....</b>	<b>18</b>
3.1. SAMMENFATNING .....	18
3.2. INDLEDNING .....	21
3.3. ALMEN PRAKSIS' NUVÆRENDE OPGAVER .....	22
3.4. UDVIKLINGSTENDENSER OG UDFORDRINGER .....	23
3.5. ALMEN PRAKSIS' ROLLER .....	24
3.5.1. <i>Generalist</i> .....	25
3.5.2. <i>Gatekeeper og visitorator</i> .....	25
3.5.3. <i>Tovholder</i> .....	27
3.6. FREMTIDIGE OPGAVER.....	28
3.6.1. <i>Kronisk sygdom</i> .....	29
3.6.2. <i>Pakkeforløb på kræftområdet</i> .....	31
3.6.3. <i>Forebyggelse</i> .....	31
3.6.4. <i>Psykisk sygdom</i> .....	35
3.6.5. <i>Uhelbredeligt syge og døende</i> .....	36
3.6.6. <i>Svage ældre patienter</i> .....	36
3.6.7. <i>Den socialmedicinske indsats mv.</i> .....	37
3.6.8. <i>Akut sygdom og tilskadekomst</i> .....	39
3.6.9. <i>Sundhedsberedskab</i> .....	39
<b>KAPITEL 4 – AKUTFUNKTIONEN .....</b>	<b>41</b>
4.1. SAMMENFATNING .....	41
4.2. INDLEDNING .....	42
4.3. UDFORDRINGER.....	42
4.4. DEN NUVÆRENDE AKUTBETJENING .....	43
4.4.1. <i>Almen praksis i dagtiden</i> .....	43

4.4.2. Lægevagten .....	43
4.4.3. Aktivitet .....	44
4.5. ALMEN PRAKSIS' OG LÆGEVAGTENS ROLLE I DET FREMTIDIGE AKUTBEREDSKAB .....	46
4.6. DEN FREMTIDIGE ORGANISERING AF AKUTBETJENING I DAGTID OG LÆGEVAGT .....	48
4.6.1. Brug af praksispersonale i akutfunktionen .....	48
4.6.2. Den fremtidige organisering af akutbetjeningen i lægevagt .....	50
<b>KAPITEL 5 – KAPACITET OG LÆGEDÆKNING .....</b>	<b>54</b>
5.1. SAMMENFATNING .....	54
5.2. INDLEDNING .....	57
5.3. UDFORDRINGER .....	58
5.4. LÆGEPOPULATIONEN OG LÆGEDÆKNINGEN .....	58
5.4.1. Lægepopulationen .....	58
5.4.2. Det fremtidige udbud af praktiserende læger .....	61
5.4.3. Patienternes fordeling på tværs af de praktiserende læger .....	64
5.4.4. Lægedækning .....	66
5.5. REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE AF LÆGER .....	67
5.5.1. Flerlægepraksis .....	68
5.5.2. Tidsubegrænset ansættelse af læger i almen praksis .....	79
5.5.3. Fastholdelse af ældre læger .....	81
5.6. ØGET OG MÅLRETTET BRUG AF PRAKSISPERSONALE .....	82
5.6.1. Brugen af praksispersonale .....	85
5.6.2. Udviklingsmuligheder i opgavefordelingen og kapacitetspotentialer .....	87
5.6.3. Fremme målrettet brug af praksispersonale .....	90
5.7. NORMTAL, LÆGEDÆKNING OG FRIT VALG .....	91
5.7.1. Fordelingen af patienter på tværs af lægerne .....	92
5.7.2. Muligheder for ændring af normtalsreguleringen .....	94
5.7.3. Delepraksis .....	101
5.7.4. Ophævelse af kilometergrænsen ved lægevalg .....	103
5.7.5. Styring af lægedækningen .....	105
<b>KAPITEL 6 – SAMSPIL OG SAMARBEJDE .....</b>	<b>110</b>
6.1. SAMMENFATNING .....	110
6.2. INDLEDNING .....	112
6.3. RAMMER FOR ET FORPLIGTENDE SAMSPIL .....	113
6.3.1. Gældende regler og organisering .....	114
6.3.2. Udfordringerne i det nuværende aftalesystem .....	115
6.3.3. Præcisering af aftalekomplekset .....	116

6.3.4. Supplerende rammer for dialog .....	118
6.4. UDREDNING OG HENVISNING .....	120
6.4.1. Henvisningsundersøgelsen .....	120
6.4.2. Muligheder for at understøtte udredning og behandling i almen praksis og sikre hensigtsmæssig henvisningsadfærd .....	121
6.5. FOKUSOMRÅDER FOR STYRKET SAMSPIL .....	126
6.5.1. Indlæggelse og udskrivning fra sygehus .....	127
6.5.2. Kronisk sygdom .....	128
6.5.3. Forebyggelse .....	131
6.5.4. Medicinhåndtering .....	132
6.5.5. Uhelbredeligt syge i eget hjem .....	134
6.5.6. Socialmedicinsk samarbejde .....	134
6.5.7. Sundhedsberedskabet .....	135
6.5.8. Pakkeforløb på kræftområdet .....	136
<b>KAPITEL 7 – KVALITET, SERVICE OG IT .....</b>	<b>138</b>
7.1. SAMMENFATNING .....	138
7.2. INDLEDNING .....	140
7.3. KVALITET .....	141
7.3.1. Dokumentation af den kliniske kvalitet og de kliniske aktiviteter .....	142
7.3.2. Dokumentation af den patientoplevede kvalitet .....	146
7.3.3. Offentliggørelse og formidling af data om kvaliteten .....	147
7.3.4. Relevant efteruddannelse .....	149
7.3.5. Forskning vedr. almen praksis .....	150
7.3.6. Kvalitet i flerlægepraksis og solopraksis .....	151
7.3.7. En samlet kvalitetsmodel .....	152
7.4. SERVICE .....	154
7.4.1. Tilgængeligheden ved kontakt til almen praksis .....	156
7.4.2. Øget fleksibilitet ved telefonkonsultationer .....	159
7.4.3. Udvidede åbningstider .....	160
7.5. IT .....	160
7.5.1. IT-udviklingen .....	161
7.5.2. Datafangstmodulet .....	163
<b>KAPITEL 8 – HONORARSYSTEM .....</b>	<b>165</b>
8.1. SAMMENFATNING .....	165
8.2. INDLEDNING .....	168
8.3. HONORARSYSTEMET OG AKTIVITETEN I ALMEN PRAKSIS .....	171

8.3.1. Honorering af almen praksis.....	172
8.3.2. Udgifter, honorering og aktivitet i almen praksis .....	174
8.4. HONORARTYPER OG MULIGHED FOR JUSTERINGER .....	176
8.4.1. Basishonorering .....	180
8.4.2. Ydelsesafhængig honorering.....	188
8.5. FASTE TILSKUD OG SÆRLIGT PRAKSISOMKOSTNINGSHONORAR .....	194
8.6. PRODUKTIVITET I ALMEN PRAKSIS.....	199
8.6.1. Eksempler på mulige krav til produktivetsforbedringer.....	199
8.6.2. Opgørelse af produktivitet.....	201
8.7. HONORERING FOR PRÆSTATION .....	204
8.7.1. Praksisbudget.....	205
8.7.2. Kvalitetshonorering.....	207
8.7.2. Effekten af præstationshonorering .....	211
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>214</b>
<b>BILAG .....</b>	<b>218</b>

# Kapitel 1 – Indledning

## 1.1. Udvalgets nedsættelse og opgaver

Som opfølgning på regeringsgrundlaget *Mulighedernes samfund* og økonomiaftalen for 2008 har regeringen i samarbejde med Danske Regioner og KL i begyndelsen af 2008 nedsat et bredt sammensat udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Der henvises til bilag 1.1., hvori udvalgets kommissorium er gengivet.

Udvalget har haft til opgave at gennemføre en gennemgribende analyse af almen praksis, herunder analyse af kapacitetsmæssige, kvalitetsmæssige, økonomiske og styringsmæssige aspekter af sektoren.

Udvalget har i størst muligt omfang skulle komme med konkrete vurderinger og analyser, der kan benyttes som grundlag for nytænkning af indretningen af almen praksis.

I kommissoriet for udvalgsarbejdet er der lagt op til en analyse dels af de nationale rammer for fremtidens almen praksis og dels af rammerne for det decentrale sundhedsvæsen i forhold til regionernes og kommunernes planlægning. I lyset af tidsrammen for udvalgsarbejdet har der i arbejdet primært været sat fokus på analysen af de nationale rammer for almen praksis bl.a. med henblik på input til de kommende overenskomstforhandlinger på området.

Udvalget har skullet aflægge rapport i oktober 2008.

## 1.2. Udvalgets sammensætning

Udvalget har haft følgende medlemmer:

- Administrerende direktør Jesper Fisker, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Sundheds- og socialpolitisk direktør Lone Christiansen, Danske Regioner
- Professor Bo Christensen, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- Formand Michael Dupont, Praktiserende Lægers Organisation
- Direktør Kirsten Kenneth Larsen, Dansk Sygeplejeråd
- Formand Roar Maagaard, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Afdelingschef Vagn Nielsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kontorchef Peter Kjærsgaard Pedersen, KL

- Afdelingschef Astrid Ravnsbæk, Velfærdsministeriet
- Kontorchef Lise-Lotte Teilmand, Finansministeriet

Supplerende deltager: Forhandlingsdirektør Signe Friberg, Danske Regioner

Sekretariat for udvalgsarbejdet er varetaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL.

### **1.3. Udvalgets arbejde**

Udvalget har afholdt 6 møder i perioden 14. april 2008 til 20. oktober 2008.

Udvalget har gjort brug af ekstern konsulentbistand til at få udarbejdet undersøgelser og analyser til inspiration og brug i udvalgsarbejdet.

Der blev indhentet ekstern konsulentbistand hos Deloitte Business Consulting i forhold til at få belyst hensigtsmæssig praksisorganisering i Danmark. Deloitte har gennemført en casebaseret analyse af best practise organisering i fem praksis i Danmark. Deloitte aflagde rapport i september 2008: "Tilrettelæggelse af flerlægepraksis – best practise organisering i Danmark."

Der blev desuden indhentet konsulentbistand hos Dansk Sundhedsinstitut (DSI) til at få belyst udenlandske erfaringer. DSI gennemførte en analyse af de hollandske og engelske erfaringer med effektiv praksisorganisering, herunder en analyse af fem konkrete tiltag: udvidet praksisbudgetter, kvalitetshonorering, praksisakkreditering, specialuddannede kronikersygeplejersker og sundhedscentre. DSI aflagde rapport i august 2008: "Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet."

Udvalget har i september 2008 afholdt et seminar om best practice organisering i Danmark. Til seminaret deltog bl.a. repræsentanter fra de praksis, der indgik i Deloitte casestudie samt repræsentanter fra Deloitte og DSI.



## 1.4. Karakteristik af almen praksis

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, hvor alle almindelige sygdomme og tilstande hos befolkningen varetages. Almen praksis har som den primære indgang en bred berøringsflade med befolkningen. I 2007 var der i alt 38.5 mio. kontakter til almen praksis svarende til, at hver enkelt borger i gennemsnit havde kontakt til almen praksis 7 gange årligt. Enhver med bopæl i Danmark har ret til at tilmelde sig en praktiserende læge eller praksis.

Som borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet varetager almen praksis en funktion som gatekeeper til specialiseret behandling i sundhedsvæsenet. Den alment praktiserende læge vurderer, om patienter har et lægefagligt begrundet behov for videre udredning og behandling i det øvrige sundhedsvæsen. I ca. 10 pct. af patientkontakterne foretager den praktiserende læge henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. Set i forhold til antal patienter henviser den praktiserende læge hvert år ca. 40 pct. af sine tilmeldte patienter til det øvrige sundhedsvæsen (STS 2008).

De praktiserende læger har ansvaret for størstedelen af ordinationen af lægemidler til patienterne i Danmark. Derfor spiller almen praksis en vigtig rolle i forhold til at sikre, at patienterne har den rette adgang til og brug af lægemidler.

Der er i almen praksis 3.416 alment praktiserende læger samt 240 praktiserende delelæger (september 2008). Almen praksis har derudover ansat ca. 3.100 personer som praksispersonale (januar 2008). Der er i alt 2.138 lægepraksis (2008). I 2007 var 63 pct. af praksis organiseret som enkeltmandspraksis og de resterende 37 pct. var organiseret som kompagniskabspraksis med to eller flere læger. Der er gennemsnitligt 1.583 tilmeldte borgere pr. praktiserende læge (september 2008); og gennemsnitligt 1.479 borgere tilmeldt pr. praktiserende læge, inkl. praktiserende delelæger.

De nærmere vilkår for almen praksis fastlægges i Landsoverenskomsten om almen lægegering, der indgås af Praktiserende Lægers organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Landsoverenskomsten tager udgangspunkt i, at de alment praktiserende læger er selvstændigt erhvervsdrivende. Den enkelte læge har et selvstændigt driftsansvar for sin klinik, men er forpligtet til at yde almen lægehjælp, under de vilkår der er fastsat i aftalesystemet.

## **1.5. Rapportens opbygning**

I *kapitel 2* er en sammenfatning af udvalgets konkrete vurderinger og analyser.

I *kapitel 3* beskrives og vurderes de nuværende og fremtidige roller og opgaver for almen praksis.

I *kapitel 4* beskrives og vurderes rammerne for akutfunktionen i almen praksis.

I *kapitel 5* beskrives og vurderes rammerne for kapacitet, lægedækning og effektiv ressourceanvendelse, herunder brug af praksispersonale i almen praksis.

I *kapitel 6* beskrives og vurderes rammerne for samspil og samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

I *Kapitel 7* beskrives rammerne for kvalitet, service og IT i almen praksis.

I *kapitel 8* beskrives og vurderes honorarsystemet i almen praksis.

Det bemærkes vedrørende terminologien i rapporten, at termerne almen praksis, praktiserende læger, alment praktiserende læger mv. bruges synonymt, med mindre det af sammenhængen fremgår, at der med ”almen praksis” sigtes til den samlede organisatorisk enhed, hvori også praksispersonalet indgår, jf. især afsnit 5.6., der omhandler øget brug af praksispersonale i almen praksis.

## Kapitel 2 – Sammenfatning

Ifølge sundhedsloven skal borgerne sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, gennemsigtighed og kort ventetid på behandling. Loven fastlægger også, at regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne skal sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv.

Sundhedsvæsenet består af den primære sundhedssektor, herunder almen praksis, og af sygehussektoren. Almen praksis er en hjørnesteen i sundhedsvæsenets opbygning og er borgerne hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet. I Danmark har den praktiserende læge funktioner som ”egen” læge, tovholder, primære behandler og generalist. Almen praksis er dermed væsentlig for hele sundhedsvæsenets organisation og funktion.

På denne baggrund er det vigtigt at sikre tidssvarende og effektive rammer for sektoren, herunder for at almen praksis indgår i et integreret og sammenhængende sundhedsvæsen. Dette skal bl.a. understøtte, at patienterne behandles på det rigtige niveau i sundhedsvæsenet, at en ensartet, høj faglig kvalitet leveres på dokumenteret grundlag, og at ressourcerne anvendes bedst muligt via effektiv arbejdstilrettelæggelse, arbejdsdeling og anvendelse af IT mv.

Ifølge kommissoriet for dette udvalg skal arbejdet ”i størst muligt omfang resultere i konkrete vurderinger og analyser, der kan benyttes som grundlag for nytænkning af indretningen af almen praksis”.

Det er udvalgets samlede vurdering, at hele sundhedsvæsenet – og dermed også almen praksis som en central aktør - står midt i nogle grundlæggende udfordringer. Udvalget kan samlet tilslutte sig rapportens beskrivelse af de udfordringer, som almen praksis står midt i og som sammenfattende beskrives i dette kapitel.

Det er desuden udvalgets samlede vurdering, at der er behov for at ændre rammerne for almen praksis i en række henseender, så udfordringerne effektivt kan imødekommes og for-

bedringspotentialer realiseres. I denne sammenfatning peges der på nogle af de løsningsmuligheder, udvalget finder centrale at overveje, når udfordringerne skal mødes.

Udvalget er i henhold til kommissoriet relativt bredt sammensat, jf. kapitel 1. Det er i udvalgsarbejdet tilstræbt at redegøre for både fordele og ulemper eller risici ved mulige løsninger på givne udfordringer. Hvorvidt parterne i udvalgsarbejdet samlet set kan tilslutte sig en udmøntning af specifikke forslag til rammeændringer og løsningsmuligheder afhænger i sagens natur bl.a. af den nærmere kontekst og vilkårene herfor.

Det bemærkes i den forbindelse, at selv om de analyserede rammer hovedsageligt omhandler de alment praktiserende læger, vil en udmøntning af rapportens forskellige forslag til rammeændringer skulle ske på forskellige niveauer.

Noget er aftalespørgsmål, der behandles i regi af overenskomstforhandlinger mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Andet kræver ændring af lovgivning. Atter andre spørgsmål relaterer sig til sundhedsmyndighedernes opgavevaretagelse og indsatsområder. Især i forhold til regionerne, der har det overordnede planlægnings- og driftsansvar for almen praksis, men også kommunerne og de statslige sundhedsmyndigheder. Endelig er der rammer og tiltag, som kun kan gennemføres af almen praksis selv.

#### *Generelle udviklingstendenser for det samlede sundhedsvæsen*

Udvalget finder, at overvejelser om opgaver og rammer i relation til almen praksis i fremtiden må tage afsæt i udviklingstendenserne for det samlede sundhedsvæsen.

Udvalget skal pege på kommunalreformen, der bl.a. med skabelsen af bæredygtige regioner og kommuner med et større ansvar for sundhedsvæsenet samt obligatoriske sundhedsaftaler mellem disse myndighedsniveauer har tydeliggjort behovet for, at almen praksis på linje med det øvrige sundhedsvæsen indgår på forpligtende vis i et samlet sundhedsvæsen.

Udviklingen i sygehusstrukturen indebærer bl.a. øget samling af specialer og funktioner og dermed et øget fokus på indsatsen uden for sygehusvæsenet. Ikke mindst på akutområdet, hvor samling af sygehusenes akutfunktioner kan øge behovet for udvidet akutindsats hos de praktiserende læger.

Den medicinske og behandlingsteknologiske udvikling peger på behovet for rammer og tiltag, der effektivt understøtter almen praksis' mulighed for faglig udvikling og ajourføring, og som sikrer, at almen praksis yder et ensartet og højt kvalitetsniveau overalt i landet.

På grund af udviklingen i demografien og samtidige ændringer i sygdomsmønsteret forventes i de kommende år en stigning i antallet af patienter med behandlingskrævende kroniske sygdomme. Dette forhold, sammen med den medicinske og behandlingsteknologiske udvikling og den strukturelle udvikling i sundhedsvæsenet, stiller almen praksis over for nye udfordringer.

#### *Fremtidens opgaver i almen praksis*

Udvalget finder, at almen praksis skal fastholde sin centrale placering som patienternes primære indgang og kontakt til sundhedsvæsenet. Der foretages i rapporten en nærmere overordnet beskrivelse og vurdering af de opgaver, som almen praksis hensigtsmæssigt skal varetage i fremtiden.

Udvalget finder grundlag for at fremhæve nogle centrale udfordringer i forhold til de opgaver, som almen praksis forventes at varetage i de kommende år. Dette vedrører indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, forebyggelsesindsatsen samt behovet for at målrette almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov.

For det første: Det at behandle patienter med kronisk sygdom er i sig selv ikke en ny opgave i almen praksis. Det nye er, at der i stigende grad er faglig konsensus om, at almen praksis i højere grad og mere systematisk skal behandle denne patientgruppe med mere proaktive og planlagte forløb jf. også Sundhedsstyrelsen forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Et sådant paradigmeskift – fra reaktiv til proaktiv og planlagt indsats – kræver ikke nødvendigvis mere kapacitet eller større ressource- og tidsforbrug i almen praksis, for herigennem kan man samtidig reducere behov for ad hoc og akut indsats i almen praksis. Et væsentligt mål med paradigmeskiftet er samtidig at forebygge og dermed reducere patienternes behov for behandling i det specialiserede sundhedsvæsen samt i øvrigt at styrke patienternes evne til egenomsorg. Det må antages, at paradigmeskiftet kan kræve en øget indsats i almen praksis i forhold til specifikke patientgrupper eller individuelle patienter, bl.a. betinget af variationen i de praktiserende lægers nuværende indsats.

Udvalget skal endvidere pege på, at i takt med at almen praksis lykkes med mere proaktive og planlagte forløb, kan det være hensigtsmæssigt, at almen praksis behandler flere patienter med kronisk sygdom eller yder en større del af behandlingsindsatsen over for disse patienter. Og tilsvarende at sygehusambulatorierne får færre patienter eller en mindre del af behandlingsopgaven i overensstemmelse med det grundlæggende princip, at omsorg og behandling ydes på det laveste, effektive niveau. Det er til fordel for patienterne, der får bedre sundhedstilbud tæt på eget hjem. Og det kan sikre en bedre ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Udvalget peger i rapporten på en række rammer og tiltag, der må antages at kunne fremme og understøtte denne udvikling og dermed en planlagt opgaveglidning mellem især sygehusvæsen og almen praksis. Der kan hér peges på kapacitetsmæssige forhold så som muligheden for øget og målrettet anvendelse af praksispersonale, udbredelse af flerlægepraksis samt styrkelse af ledelse og effektiv arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksisenhed.

Der kan også peges på kvalitetsmæssige forhold så som muligheden for at understøtte proaktive og planlagte forløb på grundlag af systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i regi af den enkelte praksis og i forhold til den enkelte patient.

Også rammerne for samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen har betydning, da dette faglige paradigmeskifte og en relateret planlagt opgaveglidning nødvendigvis forudsætter, at almen praksis indgår i et fagligt integreret sundhedsvæsen, hvor alle parter følger fælles, faglige retningslinjer og aftaler for samarbejde og arbejdsdeling på tværs i sundhedsvæsenet. Endelig er det af væsentlig betydning, at økonomiske incitamentter understøtter og målretter den ønskede udvikling.

Udvalget skal som nævnt for det andet pege på, at forebyggelsen udgør en udfordring blandt de opgaver, som almen praksis forventes at have yderligere fokus på de kommende år. Udvalget finder, at det er en grundlæggende udfordring at styrke forebyggelsesindsatsen i det samlede sundhedsvæsen som en væsentlig del af både forebyggelsen af livsstilssygdomme som af behandlingen af patienter med kronisk sygdom, herunder at sikre en hensigtsmæssig opgavedeling mellem almen praksis, sygehus og det kommunale sundhedsvæsen, så de samlede ressourcer anvendes bedst muligt.

Udvalget skal i den forbindelse pege på hensigtsmæssigheden af, at der ikke etableres parallelle forebyggelsestilbud til patienter med forebyggelsesbehov i almen praksis og i kommunerne. Mere specifikt er der behov for at målrette almen praksis' ressourcer mod den medicinske forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov og indledende motiverende samtale, mens de specifikke forebyggende tiltag i form af fx ryggestoptilbud, diætvejledning og anden patientuddannelse varetages af kommunen.

Udvalget skal for det tredje pege på hensigtsmæssigheden af, at aftalesystemet især på længere sigt fremmer muligheden for, at den enkelte region i særlige tilfælde og grundet særlige behov og muligheder i det decentrale sundhedsvæsen, herunder som led i den samlede regionale sundhedsplanlægning, fastlægger udmøntningen af de praktiserende lægers opgaver ved lokalaftale med de praktiserende læger. Dermed kan opgavevaretagelsen i almen praksis i højere grad blive målrettet decentrale behov og muligheder.

Det er dog samtidig vigtigt, at der fortsat sker en central fastlæggelse af almen praksis kerneopgaver, således at der sikres et så ensartet serviceniveau i hele landet som muligt. Dels kan der være hensyn til at sikre ensartethed i serviceniveau og i forhold til de ydelser, som en borger kan forvente at modtage, uanset hvilken region borgeren er bosat i. Dels vil der være kerneopgaver i forhold til visitation og behandling mv. af patienter, som almen praksis hensigtsmæssigt varetager, uanset region; og dermed kerneydelser, der med fordel omfattes af en landsdækkende overenskomst.

De praktiserende læger varetager som udgangspunkt allerede en stor del af de akutte opgaver i dagtiden og gennem vagtlægeordningen. På kortere sigt kan det især være relevant med regionale aftaler om fastlæggelse af almen praksis' opgaver på akutområdet, hvor samling af akutmodtagelser i sygehusvæsenet kan øge behovet for udvidet akutindsats hos de praktiserende læger, men i varierende grad på tværs af regionerne.

Udvalget peger i den sammenhæng på, at selv om det som udgangspunkt også i fremtiden er hensigtsmæssigt at opretholde lægevagtens forankring i almen praksis, er det hensigtsmæssigt at overveje større regional frihed til at organisere vagtlægeordningen i fremtiden efter decentrale behov og muligheder, fx integreret med akutmodtagelserne i sygehussektoren. Det skal dog ske inden for ensartede, centrale krav.

### *Kapacitet og effektiv ressourceudnyttelse*

Det er en grundlæggende udfordring at sikre den nødvendige kapacitet og en effektiv ressourceanvendelse i almen praksis, så sektoren kan løfte fremtidens opgaver.

Udvalget peger på en række rammer og tiltag, der påvirker mulighederne for at imødekomme udfordringen med at fremme kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis, herunder sikre rekruttering og fastholdelse af læger og praksispersonale i sektoren. Rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger og praksispersonale handler efter udvalgets opfattelse først og fremmest om at fremme den faglige udvikling i sektoren, arbejdsmiljø mv., så det fortsat er fagligt attraktivt og udfordrende at arbejde i almen praksis.

Udvalget peger derudover på potentialet i udbredelse af flerlægepraksis, idet udvalget samtidig anerkender behovet for at bevare muligheden for at drive solopraksis i fremtiden. Der peges i den forbindelse på en række mere specifikke muligheder for at fremme flerlægepraksis, herunder præcisering i lovgivningen af regioners og kommuners mulighed for at facilitere lægernes adgang til egnede lokaler på markedsvilkår. Det er udvalgets vurdering, at udlejning af lokaler på markedsvilkår fremover vil kunne bidrage til at sikre lægedækningen.

Der peges derudover på et muligt potentiale i at give praktiserende læger mulighed for tidsubestemt ansættelse af læger i deres praksis samt i at sikre, at delepraksis har flere patienter ved at skabe mulighed for at fjerne det nuværende loft for antal patienter tilmeldt delepraksis (øvre grænse) særligt i områder med lægedækningsproblemer, og ved at øge de kapacitetsmæssige krav til delepraksis (nedre grænse).

Udvalget peger også på mulighederne for at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved at øge den nedre lukkegrænse for tilmelding af patienter til praksis (normtallet). Udvalget peger som alternativ på muligheden for, at regionerne, inden for deres økonomiske rammer, indgår lokale aftaler med de enkelte praktiserende læger om at øge lukkegrænsen ud over det til enhver tid eksisterende normtal.

Der peges også på den mulighed, at regionerne og eventuelt de lokale praktiserende læger via initiativer i det regionale samarbejdsudvalg, markant styrker indsatsen over for læger og praksis, der i mindre omfang vælges af borgerne, fx indsats i form af målrettet brug af udviklingskonsulenter.



Endelig peger udvalget på mulighederne for at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet anvendelse af praksispersonale. Der peges på, at realiseringen af kapacitetsgevinsten ved øget brug af praksispersonale forudsætter et øget antal tilmeldte patienter samt målrettet ledelse og arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksis.

#### *Lægedækning overalt i landet*

Udvalget skal desuden pege på den udfordring, der består i at sikre en passende lægedækning overalt i landet, herunder i udkantsområder. Alle borgere skal have mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge eller praksis. Og borgerne skal have reelle valgmuligheder, når de vælger læge eller praksis.

Det forventes, at det samlede antal alment praktiserende læger vil være stigende fra 2008 til 2020 med et midlertidigt fald fra 2011 til 2013, hvor antallet af læger dog fortsat vil være højere end i 2008. De underliggende regionale udbudsprognoser viser, at der regionalt vil være særlige udfordringer i forhold til den fremtidige lægedækning.

Den aktuelle lægedækning og udbudsprognosen understreger, at der ikke generelt er eller forventes at være lægedækningsproblemer i almen praksis. Omvendt kan der i de regioner, og i de geografiske områder i den enkelte region, hvor der allerede er eller kan opstå lægedækningsproblemer være behov for særlige tiltag.

Udvalget skal på denne baggrund pege på en række muligheder for at understøtte en passende lægedækning og et reelt frit lægevalg overalt i landet.

En mulighed er, at regionen – uafhængigt af et central aftalt normtal for den nedre lukkegrænse – selv kan fastlægge antallet af læger i den enkelte region på baggrund af en årlig vurdering af regionale behov. For at understøtte en hensigtsmæssig fordeling af praktiserende læger mellem regionerne, også i lyset af udbudsprognosens indikation af, at lægedækningsproblemerne i fremtiden er regionale, kan der derudover peges på muligheden for, at det gøres obligatorisk, at regionerne ved fastsættelsen af lægedækningen i regionen inddrager hensyn til andre regioner på baggrund af fælles årlige drøftelser af regionale muligheder og behov.

En mulighed er derudover, at regionen, og ikke som i dag de regionale samarbejdsudvalg, får kompetencen til at fastlægge den områdemæssige placering af praksis i den enkelte region, idet særligt hensynet til lægernes, men også til kommunale interesser samtidig skal tilgodeses.

Det bemærkes, at beslutninger, der træffes i samarbejdsudvalgene, har den styrke, at de skaber ejerskab og medansvar blandt de praktiserende læger.

En ophævelse af den nuværende kilometergrænse for borgernes frie valg af læge, vil øge patienternes valgmuligheder og dermed deres rettigheder. Derudover vil denne udvidelse af det frie lægevalg styrke muligheden for at blive tilmeldt en praksis – også for patienter i udkantsområder med lægedækningsproblemer. Ved en ophævelse af kilometergrænsen skal det afklares under hvilke omstændigheder, sygebesøg kan finde sted.

#### *Samspil og samarbejde*

Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er en grundlæggende udfordring for almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen at sikre effektive og sammenhængende patientforløb. Det er også en grundlæggende udfordring at sikre, at behandlingen sker på laveste, effektive omsorgsniveau (LEON-princippet). Det er til gavn for patienterne, og det sikrer den bedst mulige ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Udvalget skal på denne baggrund for det første pege på behovet for, at aftalesystemet sikrer, at almen praksis som en basal del af sektorens funktion indgår i et individuelt forpligtende samarbejde og arbejdsdeling i forhold til sygehusvæsenet, den øvrige praksissektor og det kommunale sundhedsvæsen. En gensidig forpligtelse, der også stiller krav til det øvrige sundhedsvæsen.

Mere specifikt er der behov for en overenskomstmæssig forpligtelse til, som en basal del af almen praksis' funktion, at følge retningslinjer og aftaler mv. om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Fx i forhold til pakkeforløb for kræft- eller hjertepatienter, retningslinjer for ambulant udredning i sygehusvæsenet, forløbsprogrammer for kronisk sygdom og øvrige sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen.

Overholdelse af sådanne decentrale retningslinjer og aftaler for samarbejde og arbejdsdeling betyder, at alle de praktiserende læger i fremtiden skal være overenskomstmæssigt forpligtet til at følge disse, idet det dog konkret skal kunne besluttes, fx i de regionale samarbejdsudvalg, at en læge af særlige grunde kan undtages fra dele af de fastlagte eller aftalte fælles rammer.

Udvalget skal for det andet pege på hensigtsmæssigheden af, at regionen og de regionale samarbejdsudvalg har de fornødne overenskomstmæssige beføjelser og redskaber, der sikrer mulighed for effektiv opfølgning i forhold til praktiserende læger, der ikke følger de fastlagte eller aftalte fælles rammer.

Udvalget skal for det tredje pege på hensigtsmæssigheden af, at der i regionen er beslutningsstrukturer, der effektivt sikrer, at sundhedsaftaler mellem den enkelte region og kommunerne i regionen, også er forpligtende for de praktiserende læger. En mulighed er, at almen praksis bliver direkte forpligtet af sundhedsaftaler, der vedrører opgaver, som i landsoverenskomsten forudsættes varetaget af almen praksis. Og under forudsætning af, at sundhedsaftalerne forud for indgåelsen har været til høring og drøftelse i det regionale samarbejdsudvalg.

Kun i det omfang, der fra regional eller kommunal side er ønske om, at alle eller enkelte praksis skal varetage opgaver, som ikke kan rummes indenfor de i forvejen aftalte ydelser i det centrale aftalesystem, vil der være behov for at indgå en særskilt lokalaftale herom som supplement til landsoverenskomsten.

Derudover peges på hensigtsmæssigheden af målrettet brug af en række dialogbaserede rammer og redskaber, herunder praksiskonsulentordningen og de kommunalt-lægelige udvalg, til understøttelse af samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Endelig peger udvalget på en række mere specifikke områder, hvor rammer og tiltag kan fremme et effektivt samspil mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det vil sige i forhold til rammerne for ambulans udredning i sygehusregi, tværsektoriel behandling af patienter med kronisk sygdom, pakkeforløb for kræftpatienter, forebyggelse, opfølgning efter udskrivning fra sygehus, medicin håndtering, palliation i primærsektoren, socialmedicinsk samarbejde og sundhedsberedskabet.

### *Kvalitet, service og IT*

Udvalget finder, at et sigtepunkt for kvalitetsudviklingen i almen praksis er en samordning af de eksisterende og planlagte initiativer i en kvalitetsmodel for almen praksis og dermed også sammenhæng til Den Danske Kvalitetsmodel.

Derudover peges på perspektiverne ved at arbejde hen imod, at kvalitetsdata, herunder kliniske data, på praksisniveau også er tilgængelig for myndigheder, patienter og offentligheden med henblik på understøttelse af såvel planlægning, kvalitetsudvikling, patientinddragelse samt borgernes frie lægevalg. Der peges også på muligheden for, at regionerne i et vist omfang kan fastsætte obligatoriske emner for de praktiserende lægers efteruddannelse gennem udmøntning af principaftalen om efteruddannelse.

Der peges derudover på hensigtsmæssigheden af systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i forhold til alle de praktiserende læger samt på udbredelse af det såkaldte datafangstmodul, der muliggør automatisk opsamling af data.

Systematisk dokumentation af det kliniske indhold i almen praksis vil på afgørende vis styrke grundlaget for udvikling, planlægning og styring i forhold til almen praksis i fremtiden. Såvel i den enkelte praksisenhed som på regionalt, kommunalt og statsligt niveau.

Der peges derudover på forskellige muligheder for at understøtte almen praksis tilgængelighed for patienterne, bl.a. gennem eksplicitering, monitorering og eventuelt sanktionering i forhold til aftalte servicemål for tilgængeligheden.

### *Honorarsystem*

For en del af de udfordringer, der er skitseret, er der peget på rammer og tiltag, der ikke direkte relaterer sig til honorarsystemet, men imod en ændring af rammer, bedre organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis, samt en klar og bedre arbejdsdeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Det er dog vigtigt, at honorarsystemet understøtter den ønskede fremtidige udvikling i almen praksis. Brug af økonomiske incitamentter til at understøtte sundhedspolitiske målsætninger skal dog bl.a. sammenholdes med risikoen for, at der sker forskydninger i målsætningerne. Samtidig viser betydelige forskelligheder i lægernes adfærd, herunder variationer i antallet af

tilmeldte patienter, ydelsesmønstre og henvisningsmønstre mv., at der er mange andre faktorer end honorarsystemet, der påvirker lægernes adfærd.

Incitamentsstrukturen for almen praksis bør således generelt tilskynde til udgiftsstyring, forøget produktivitet og effektivitet samt fremme af de sundhedspolitiske målsætninger for sektoren. Indretningen af incitamentsstrukturerne i honorarsystemet og aftalesystemet skal i den forbindelse bl.a. understøtte, at almen praksis udgør en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og at der sker en effektiv ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

I det nuværende honorarsystem for almen praksis indgår både honorering pr. tilmeldt patient og en aktivitetsbaseret honorering. Dette betyder bl.a., at der via basishonoreringen er en vis budgetsikkerhed, mens ydeshonoreringen medvirker til, at de praktiserende læger selv varetager udredning og behandling af patienter frem for at henvise dem til andre dele af sundhedsvæsenet. Det er udvalgets opfattelse, at der fortsat skal være et honorarsystem, der indeholder begge disse elementer.

Udvalget finder dog, at det kan være hensigtsmæssigt at overveje, hvorvidt der ud fra en samlet afvejning af hensyn og målsætninger i almen praksis, herunder et afgørende hensyn til at sikre effektiv udgiftsstyring i sektoren, skal ændres i det nuværende honorarsystem.

En mulighed kunne være inden for den nuværende samlede honorering at justere på vægtingen mellem basishonorardelen og den ydelsesafhængige honorering, således at basishonorardelen udgør en større andel af den samlede honorering end i dag. Det er dog vigtigt, at der ikke sker en ændring af sammensætningen af honorarerne, således at balancen i incitamentsstrukturen tipper.

En væsentlig forudsætning for at øge basishonoreringens andel inden for den nuværende samlede honorering af almen praksis, er for det første, at der sker en eksplicitering af krav og forpligtelser i forhold til almen praksis' opgavevaretagelse, som basishonoreringen er betaling for. Det kunne eksempelvis være en klar definition af, hvad almen praksis skal levere for at modtage basishonorar for en patient, forpligtelser i relation til dokumentation, faglig udvikling samt forpligtelser i forhold til samarbejde og arbejdsdeling i forhold til det øvrige sundhedsvæsen.

En anden væsentlig forudsætning for at øge basishonoreringens andel af den nuværende samlede honorering af almen praksis er, at det effektivt monitoreres, om lægerne faktisk indfrier de ekspliciterede krav. En tredje forudsætning er, at regionerne har effektive muligheder for at følge op i forhold til læger, der ikke indfrier de ekspliciterede krav, fx mulighed for økonomiske sanktioner.

Det kan også overvejes, om der i forbindelse med eventuelle ændringer i honorarstrukturen skal ske en forenkling i form af en reduktion i antallet af især tillægsydelser, som enten kan tænkes indeholdt i et konsultationshonorar eller betragtes som honoreret gennem basishonoreringen.

En justering af vægtningen kan også ses i sammenhæng med den beskrevne udvikling i retning af større krav til dokumentation af kvalitet og aktivitet samt behovet for, at almen praksis indgår på forpligtende vis i et integreret sundhedsvæsen med sammenhængende patientforløb.

Der peges derudover på, at der med det nuværende aftale- og honorarsystem ikke stilles produktivetskrav til almen praksis, hvilket er tilfældet på sygehusområdet. For at sikre sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen kan det overvejes, hvorledes ændringer i aftalesystemet og honorarstrukturen kan understøtte en tilsvarende målsætning i relation til almen praksis.

Det kan således også af denne grund være hensigtsmæssigt, hvis aftale- honorarsystemet fremover understøtter systematisk dokumentation af de kliniske aktiviteter, kvaliteten og henvisningsadfærden i almen praksis.

En tredje overvejelse om ændring af honorarsystemet vedrører muligheden for at indføre elementer af resultathonorering, fx relateret til kvalitet eller henvisningsadfærd, idet introduktion af resultathonorering vil kunne skabe en mere synlig sammenhæng mellem de resultater, der ønskes af almen praksis, og det der honoreres for.

Der skal dog samtidig peges på, at i takt med at der sker en systematisk dokumentation af de praktiserende lægers kliniske aktiviteter og kvaliteten, indføres der allerede dermed relativt

stærke faglige incitamenter i forhold til lægerne. Faglige incitamenter, der i øvrigt supplerende kan tænkes forstærket via åbenhed i faglige fora eller ved offentliggørelse.

Spørgsmålet i relation til honorarsystemet er bl.a., hvordan der mest hensigtsmæssigt kan ske en styrkelse af disse faglige incitamenter, der ikke skævvrider lægernes økonomiske incitamenter til at behandle visse patienter eller sygdomsgrupper på bekostning af andre. Foreløbige erfaringer i udlandet med præstationshonorering indikerer, at det med det nuværende dokumentationsniveau i almen praksis i Danmark vil være præmaturligt at implementere præstationshonorering uden nærmere analyser. I det fremadrettede arbejde med bl.a. registrering af aktivitet og kvalitet i almen praksis kan fokus således også være på, hvorledes udviklingen kan tage højde for eventuel senere indarbejdelse af præstationsmål i honorar- og aftalesystemet.

## **Kapitel 3 – Fremtidens opgaver**

### **3.1. Sammenfatning**

Udvalget peger på hensigtsmæssigheden af, at almen praksis fastholder sin centrale placering som den primære indgang til sundhedsvæsenet, og dermed effektivt bl.a. varetager rollerne som den primære behandler, generalist, gatekeeper, visitator og tovholder.

Netop fordi almen praksis er patienternes primære indgang og dermed hyppigste kontakt til sundhedsvæsenet, sker en stor del af diagnostik, behandling og opfølgning i almen praksis. Det er forventningen, at fremtidens almen praksis på udvalgte områder påtager sig disse opgaver i større omfang, først og fremmest vedrørende behandling og kontrol af patienter med kroniske sygdomme.

Behandling af patienter med kronisk sygdom er dog ikke en ny opgave i almen praksis. Der er i stigende grad faglig konsensus om, at almen praksis i højere grad og mere systematisk skal behandle patienter med kronisk sygdom ved mere proaktive og planlagte forløb, der baserer sig på fremadrettede mål og plan for behandlingen samt effektiv opfølgning som tovholder herpå. Dermed får den praktiserende læge et populationsansvar for patienter med kronisk sygdom, der er tilmeldt praksis.

Kapaciteten hertil i almen praksis kan bl.a. tilvejebringes gennem ændret arbejdstilrettelæggelse samt ved at indsatsen i højere grad varetages af et tværfagligt team, bestående af lægerne og praksispersonale, fx sygeplejersker og sekretærer.

Proaktiv adfærd, hvor almen praksis af egen drift tager initiativ til at sikre en effektiv behandlingsindsats samt fremme af patienternes sundhed, kan også være relevant i forhold til forebyggelsesindsatsen samt ved gennemførelse af bl.a. børneundersøgelser og vaccinationer, fx ved aktiv indkaldelse til konsultation og undersøgelse. Dette kan især have relevans i forhold til mere sårbare patientgrupper med socioøkonomisk tyngde.

Den proaktive tilgang i almen praksis skal dog ske inden for rammer, der sikrer balance og rimelighed mellem indsatsen og resultaterne heraf, således at ressourcerne anvendes bedst muligt.



Almen praksis vil med fordel mere systematisk kunne arbejde med at identificere og motivere patienter til aktiv inddragelse i eget behandlingsforløb, bl.a. i form af selvmonitorering og egenbehandling.

I forhold til akut sygdom og tilskadekomst er det hensigtsmæssigt, at patienter med mindre alvorlige akutte lidelser og skader også fremover og i stigende grad varetages af almen praksis i dagtiden og i lægevagten.

I forhold til den patientrettede forebyggelse, der bl.a. indgår som en væsentlig del af indsatsen overfor kroniske patienter, kan almen praksis i fremtiden med fordel varetage den grundlæggende medicinske forebyggende indsats (eventuelt i samarbejde med sygehusene), identifikation af forebyggelsesbehov og indledende motiverende samtale, mens den specifikke forebyggende indsats i form af fx rygestoptilbud, diætvejledning, træningstilbud og anden patientuddannelse bør varetages af kommunerne.

Den borgerrettede forebyggelse ligger i henhold til sundhedsloven primært hos kommunerne. Almen praksis opgave i forhold til den borgerrettede forebyggelse kan være i forbindelse med gennemførelse af almindelige konsultationer, at identificere og motivere de borgere, der har behov for livsstilsændringer og eventuelt henvise disse borgere til de relevante kommunale tilbud.

I forhold til patienter med psykisk sygdom er det udvalgets vurdering, at almen praksis på samme måde som på det somatiske område kan varetage behandlingen af en større del af patienterne, særligt patienter med ikke-psykotiske sindslidelser. Udgangspunktet er tilpassede samarbejdsformer og -modeller, som har den praktiserende læge som udgangspunkt for visitering og videre behandling efter samme principper som for forløbsprogrammerne på kronikerområdet.

Almen praksis har mange opgaver i forhold til svage ældre patienter, der ofte lider af én eller flere kroniske sygdomme. En væsentlig problemstilling er her den praktiserende læges opgave vedrørende ordination af medicin og samarbejde med bl.a. den kommunale hjemmesygepleje om medicin håndteringen. I denne forbindelse er almen praksis' regelmæssige gennemgang og revision af medicineringen et element i en mere hensigtsmæssig praksis.

I forhold til det socialmedicinske samarbejde spiller almen praksis en rolle fx i indsatsen for at nedbringe sygefraværet jf. handlingsplanen for nedbringelse af sygefravær. Almen praksis kan således fx hjælpe arbejdsgiver og den syge medarbejder med at få afklaret, om og hvordan den syge medarbejder kan fastholde sin tilknytning til arbejdsmarkedet under et sygdomsforløb. Ligeledes kan almen praksis have en rolle i forhold til samarbejdet med kommunerne om børn og unge med særlige behov.

Ansvar for at tilbyde behandling til borgere med misbrugsproblemer varetages i vidt omfang af kommunerne, men specielt i forhold til borgere med alkoholmisbrug varetager almen praksis også en del af behandlingsindsatsen, ligesom almen praksis varetager behandlingen af diverse følgesygdomme.

Endelig peges på, at almen praksis bør inddrages i planlægningen af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner, herunder i høring af planerne i relevante samarbejdsfora, hvor almen praksis deltager.

## 3.2. Indledning

I dette kapitel ses der på, hvilke overordnede kliniske opgaver, der mest hensigtsmæssigt løses i almen praksis i fremtiden. Et grundlæggende sigte er en løbende planlagt opgaveglidning fra sygehussektoren til almen praksis særligt i forhold til behandlingen af patienter med kronisk sygdom samt sikring af en hensigtsmæssig opgavefordeling mellem almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Gennem de senere år har der både nationalt og internationalt været en stigende bevidsthed om vigtigheden af en stærk primær sundhedssektor og om behovet for aktivt at koordinere den primære og den sekundære sundhedssektor. Fremtidens udfordringer med bl.a. et stigende antal ældre og patienter med kronisk sygdom nødvendiggør et øget fokus på arbejdsdeling og samarbejde dels i primærsektoren mellem almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen dels mellem primærsektoren og sygehusene, jf. kapitel 6.

Almen praksis har, bl.a. af overenskomstmæssige årsager, traditionelt fungeret overvejende reaktivt, det vil sige reageret på de sygdomme og problemer, som førte til patientens henvendelse. Ved en række sygdomme og problemstillinger er der imidlertid behov for at dette handlingsmønster ændres til en mere proaktiv og planlæggende rolle, hvor almen praksis i samarbejde med patienten planlægger indsatsen fremadrettet og derved søger at fastholde patienten i forløbet med henblik på at forebygge komplikationer og forværring af sygdommen og samtidig sikre den bedst mulige ressourceanvendelse.

Det følger af den mere traditionelle, reaktive rolle, at fokus er på den enkelte patient og det enkelte symptom, men netop behandling af patienter med kronisk sygdom baserer sig med fordel på en mere proaktiv rolle og indebærer dermed et populationsansvar for alle de patienter i praksis, der har et sådant behov. Et populationsansvar forudsætter, at alle patienter med kronisk sygdom, der er tilmeldt en praksis, er kendt og dokumenteret som sådan i den enkelte praksis.

Opgavefordelingen mellem almen praksis og kommunerne bunder på en årelang tradition, hvor den praktiserende læge varetager alle lægelige opgaver i forhold til de enkelte borgere under fastholdelse af det princip, at alle patienter har tilknytning til "egen læge", mens kommunerne varetager pleje, omsorg, sundhedspleje, træning, samt sociale tilbud mv. Der er

således behov for et tæt samarbejde i konkrete sager for at kunne sikre en effektiv opgaveløsning.

Det forudsættes, at kommunerne heller ikke fremover skal varetage lægelige opgaver på patientniveau, hvorimod udviklingen i almen praksis med øget anvendelse af praksispersonale, kan medføre, at der fremover vil være opgaver, som – fagligt set - kan varetages både af almen praksis og kommunerne, fx sårpleje. Det må sikres, at der ikke udvikles parallelle funktioner, som dublerer disse opgaver, hvorfor det er vigtigt, at der er en klar opgavefordeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Opgavefordelingen mellem almen praksis og sygehusvæsenet afhænger bl.a. af udviklingen af teknologi og specialkompetencer på sygehusniveau, men også af de organisatoriske, kompetence- og personalemæssige rammer i almen praksis. En ændret sygehusstruktur med tiltagende specialisering, færre sygehusenheder og ofte større geografisk afstand til den aktuelle sygehusenhed, stiller nye krav til samarbejde og informationsudveksling mellem almen praksis og sygehuse for at gøre det muligt for almen praksis at løfte opgaven som patienternes den primære indgang til og tovholder i sundhedsvæsenet.

### **3.3. Almen praksis' nuværende opgaver**

I henhold til sundhedsloven og den gældende overenskomst yder almen praksis vederlagsfri behandling og forebyggende indsats. Overordnet retter 45 pct. af aktiviteten i almen praksis sig mod patienter med kronisk sygdom, 25 pct. mod patienter med nyopstået akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom, og ca. 20 pct. mod patienter med medicinsk uforklarlige symptomer eller problemer. Ca. 10 pct. af aktiviteten er systematisk forebyggende arbejde i form af svangreprofylakse, børneundersøgelser, screening og forebyggelseskonsultationer (Vedsted et al. 2005)<sup>1</sup>.

Gennem lovgivningen er fastsat en række mere specifikke opgaver for almen praksis, herunder svangreomsorgen, forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer.

Autorisationsloven pålægger den praktiserende læge handlepligt og oplysnings- og indberetningspligt. Almen praksis er dermed på begæring fra offentlige myndigheder bl.a. forpligtet

---

<sup>1</sup> Det bemærkes, at forebyggelse også indgår i behandlingen af patienter med kronisk sygdom.

til at afgive lægeattest i det efter formålet fornødne omfang. Journalføringspligten indebærer, at lægen er forpligtet til at føre ordnede optegnelser over sin virksomhed.

Autorisationsloven og sundhedsloven indebærer derudover forpligtelse til, at lægerne indhenter informeret samtykke, tager stilling til ønsker om aktindsigt og til at foretage ligsyn på egne patienter, som ikke dør på sygehus eller lignende institution.

### **3.4. Udviklingstendenser og udfordringer**

Udviklingen i demografien og samtidige ændringer i sygdomsmønsteret forventes i de kommende år at medføre en stigning i antallet af borgere med behandlingskrævende, kroniske sygdomme. Sammen med udviklingen af ny behandlingsteknologi og en ændret fordeling af opgaverne mellem sygehusene og primærsektoren vil det stille almen praksis over for nye udfordringer.

En gradvis overflytning af opgaver, først og fremmest vedrørende kroniske sygdomme, fra sygehusniveau til almen praksis vil stille større krav til et tæt samarbejde mellem de to sektorer og til en tættere faglig relation mellem almen praksis og sygehuse, som kan konkretiseres og udvikles gennem faglig sparring og faste kontaktmuligheder.

For de store grupper af kroniske sygdomme forudsættes opgavefordelingen og objektive stratificeringskriterier fastlagt i forløbsprogrammer, som bl.a. indeholder kliniske retningslinjer for diagnostik, behandling og kontrol. Der vil hermed være faste kriterier for, hvilke sygdomsfasen, der skal varetages i praksis, og hvilke der skal varetages på sygehusniveau. Denne form for opgavefordeling svarer til det, der ofte betegnes ”shared care”, og har været afprøvet i en række projekter. Som konkrete eksempler på store sygdomsgrupper, der i højere grad kan varetages i almen praksis indenfor rammerne af forløbsprogrammer, kan nævnes visse hjertekarsygdomme, diabetes type 2 og KOL.

I takt med at almen praksis i stigende grad anvender praksispersonale, og i takt med at kommunerne opruster på sundhedsområdet, vil der blive opgaver, som fagligt set kan varetages begge steder. Det er imidlertid som udgangspunkt ikke hensigtsmæssigt, at der udvikles parallelle systemer, der doublerer opgaverne, og en hensigtsmæssig arbejdsdeling skal derfor aftales fx i sundhedsaftalerne mellem den enkelte region og kommunerne i regionen.

Som et element i sundhedsaftalerne forventes i stigende grad, at indgå forløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper, som omhandler indsatsen og fordelingen af opgaver mellem regionen (især sygehuse og almen praksis) og kommunerne i regionen.

### **3.5. Almen praksis' roller**

For 10 år siden igangsatte Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) en proces, hvor lægerne skulle definere almen praksis kernefunktion.

Resultatet blev i 2002 formulering af centrale værdier – frem for opgaver – for almen praksis: ”Den praktiserende læges mål er at kunne behandle og/eller rådgive sine patienter i alle stadier, hvor et helbredsproblem skal løses i forståelse med patienten og ud fra patientens forudsætninger. I forløbet skal lægen koordinere patientens behov for behandling og forebyggelse med andre involverede sundhedspersoner.”(PLO 2002).

De praktiserende læger benævnes ofte ”egen læge” eller ”familielæge”, hvilket bl.a. signalerer, at almen praksis er den primære behandler for borgeren og familien i mange forskellige sammenhænge og gennem mange år.

Med dette afsæt kan almen praksis' roller beskrives som generalist, gatekeeper, visitor og tovholder<sup>2</sup>. Hertil kommer, at almen praksis også løser andre opgaver, som eksempelvis konsulentopgaver for sygehuse, region og kommuner og som underviser og tutor for yngre læger under uddannelse i almen medicin.

---

<sup>2</sup> Denne karakteristik af almen praksis omhandler forholdet til borgere i sikringsgruppe 1 med fast tilknytning til en alment praktiserende læge. Gruppe 2-sikrede med frit lægevalg kan indgå på linje hermed, men har mulighed for at søge alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge og har dermed fri adgang til second opinion. Medens kun 1-2 pct. borgere i dag vælger sikringsgruppe 2 frem for gruppe 1, er der et stigende antal borgere med private sundhedsforsikringer, hvilket bl.a. medfører, at de i et vist omfang kan opnå sundhedsydelser uden at være i kontakt med den praktiserende læge.

### **3.5.1. Generalist**

Alment praktiserende læger er uddannede til at varetage de almindelige sygdomme og tilstande hos befolkningen, til at vejlede og rådgive patienten om helbredsspørgsmål og ikke mindst til at vurdere et evt. behov for mere specialiseret behandling.

Der kan i takt med den stigende specialisering af sundhedsvæsenet og de øgede kvalitetskrav til almen praksis opleves et behov for mere specialiseret viden hos lægen. I flerlægepraksis kan det være hensigtsmæssigt, at de enkelte læger i en praksis - med bevarelse af deres generaliststatus - også udvikler interesseområder, indenfor hvilke de indhenter særlig viden og kompetencer, som de kan bidrage med i den samlede praksis. Denne udvikling kan bl.a. understøttes ved udvikling af guidelines<sup>3</sup>.

En større brug af praksispersonale muliggør også, at praksis tilføres specialiserede kompetencer. For eksempel vil personale med spidskompetencer på konkrete sygdomsområder med et større antal patienter (fx diabetes) med fordel kunne bidrage til den samlede opgaveløsning<sup>4</sup>.

Derudover løser almen praksis også andre opgaver, som eksempelvis konsulentopgaver for sygehuse, region og kommuner og som underviser/tutor for yngre læger under uddannelse i almen medicin.

Almen praksis særlige opgaver i forhold til en uselekeret befolkningsgruppe, hvor det er opgaven at identificere de patienter, der har behov for udredning og behandling, vil have gavn af relevant almenmedicinsk sundhedstjeneste- og klinisk forskning. Forskning kan også fremme udvikling og kvalitetsudvikling på området.

### **3.5.2. Gatekeeper og visitator**

Almen praksis er patienternes primære indgang til sundhedsvæsenet, hvilket indebærer grundlæggende funktioner som gatekeeper, visitator og rådgiver.

---

<sup>3</sup> Der henvises til afsnit 7.3.6. for en nærmere beskrivelse og vurdering af muligheden for en klinisk arbejdsdeling mellem lægerne i flerlægepraksis.

<sup>4</sup> Der henvises til afsnit 5.6. for en nærmere beskrivelse og vurdering af mulighederne for øget anvendelse af praksispersonale i almen praksis.

Gatekeeperfunktionen indebærer, at den praktiserende læge i kraft af en lægefaglig vurdering afgør, om en patient har et medicinsk defineret behov for et videre forløb i det øvrige sundhedsvæsen.

Som den primære indgang til sundhedsvæsenet har den praktiserende læges også en funktion som visitator, der sikrer, at henvisning sker på den rigtige indikation på det rette tidspunkt til det rette niveau og den rette instans.

Gatekeeper- og visitatorfunktionerne kan på den ene side indebære en konflikt mellem den enkelte patients ønsker og på den anden side faglige eller ressourcemæssige hensyn. Den praktiserende læge må derfor lægge vægt på faglige hensyn, som de for eksempel konkretiseres i stratificeringskriterier i forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, i pakkeforløb på kræftområdet eller i vejledninger for ambulant udredning i sygehusregi, og se det som sin opgave at sikre, at diagnostik og behandling sker på det rette niveau, så både hensynet til den enkelte patients behov og en hensigtsmæssig ressourceanvendelse bliver tilgodeset.

Almen praksis visiterer både til det øvrige regionale sundhedsvæsen som til kommunale tilbud. Etablering af flere kommunale sundhedstilbud forventes at medføre et ønske om lægelig henvisning også hertil. På akutområdet forventes det, at de fælles akutmodtagelser i stigende grad bliver visiterede i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, således at patienterne fx skal visiteres via almen praksis og lægevagten.

Almen praksis' funktion som patienternes primære indgang til sundhedsvæsenet indebærer også, at de praktiserende læger skal rådgive patienterne i en række henseender, herunder om diagnostik og behandling, forebyggelse, valg af speciallæge og sygehusbehandling, frit sygehusvalg samt i forhold til kommunale tilbud om forebyggelsestilbud mv.

Med henblik på at sikre, at patienter bliver tilbudt den rette behandling, herunder den rette akutindsats, på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau, er det hensigtsmæssigt at understøtte, at almen praksis har let adgang til ajourførte informationer om relevante tilbud i det øvrige sundhedsvæsen. Der henvises til kapitel 6 for en nærmere beskrivelse og vurdering af rammerne for samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.



### 3.5.3. Tovholder

Ved almen praksis' tovholderfunktion forstås den proaktive, planlæggende og koordinerende rolle i hver enkelt patients undersøgelses- og behandlingsforløb set over tid. For den enkelte patient med langvarig eller kronisk forløb er almen praksis' overblik over forløbet en forudsætning for effektiv behandling og relevant rådgivning.

Koordination af patientforløb på tværs af forskellige sektorer er en central funktion i et sammenhængende og effektive patientforløb. Dette gælder særligt ved kontrol og behandling af kronisk syge. Der er således behov for en aktør, der har overblikket over den samlede sundhedsfaglige og kliniske indsats. I lyset af de fremtidige rammer for sundhedsvæsenet med bl.a. specialisering i sygehusvæsenet får tovholderfunktionen tiltagende vigtighed.

En forudsætning for varetagelse af tovholderfunktionen er dermed, at alle patienter med kronisk sygdom er kendte og dokumenteret på en sådan måde, at afvigelser fra det planlagte forløb bliver synlige for den praktiserende læge og fører til relevante ændringer i behandlingen.

#### **Boks 3.1. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kronisk sygdom**

Sundhedsstyrelsen anbefaler i det generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, at alle patienter med en kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

1. at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
2. at vurdere patientens helbred løbende
3. at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
4. at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2008a "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes."

Der kan peges på, at dele af tovholderfunktionen kan varetages af praksispersonalet, jf. nærmere herom i afsnit 5.6.

Det bemærkes, at funktionen som forløbskoordinator (case manager), jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer, er en anden funktion end tovholderfunktionen. Funktionen som forløbskoordinator indebærer, at en sundhedsperson i nærmere definerede situationer kan bistå patienter, som har svær eller kompliceret sygdom eller utilstrækkelige ressourcer, med intensiv støtte for at gennemføre og fastholde undersøgelser, behandling og eventuelle adfærdsændringer.

dringer. Forløbskoordinatoren kan således medvirke til at styrke indsatsen overfor sårbare patientgrupper med særlige behov.

I det omfang det besluttes at implementere forløbskoordinationsfunktionen, er det hensigtsmæssigt, at funktionen placeres det sted i sundhedsvæsenet, der er i den tætteste kontakt med patienten. Det kan være almen praksis, hvor forløbskoordinatoren kan være en person i praksispersonalet med den fornødne kompetence, men i de fleste tilfælde vil det formentlig være hensigtsmæssigt, at funktionen forankres i kommunalt regi, bl.a. fordi funktionen som nævnt er møntet på de sårbare patienter, hvor sociale problemstillinger ofte fylder meget.

En forløbskoordinator vil kunne varetage funktionen for flere patienter med forskellige kroniske sygdomme, og vil ud over koordinatorfunktionen for den enkelte patient således med fordel også kunne varetage en mere tværgående organisatorisk koordinatorfunktion.

### **3.6. Fremtidige opgaver**

Almen praksis varetager en lang række almindelige behandlingsopgaver på en række områder, som også fremover må anses for almenmedicinske og derfor skal varetages i almen praksis.

I dette afsnit sættes fokus på en række væsentlige opgaver som almen praksis med fordel skal varetage i fremtiden. Det bemærkes, at den rækkefølge, som opgaveområderne behandles i, ikke er udtryk for nogen prioritering samt at områderne i sagens natur kan overlape i et vist omfang.

Det bemærkes også, at øget og målrettet brug af praksispersonale vil kunne sikre almen praksis muligheder for at påtage sig en bredere opgaveportefølje. Det vil imidlertid også give den praktiserende læge nye ledelsesopgaver i forhold til arbejdstilrettelæggelse, herunder ved planlagt opgavefordeling, instruktion og supervision af praksispersonalet. Som nærmere beskrevet i afsnit 5.6. vil praksispersonalet kunne varetage store dele af opgaverne i almen praksis, fx kontrol og behandling af patienter med kronisk sygdom, som det beskrives i forløbsprogrammer, ligesom de vil kunne varetage en række akutte opgaver.

### **3.6.1. Kronisk sygdom**

Sundhedsstyrelsens udredning og anbefalinger om kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2005a) peger på, at det er hensigtsmæssigt, at hovedvægten i indsatsen for patienter med kronisk sygdom lægges i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen.

Baggrunden herfor er bl.a., at der ved kronisk sygdom er behov for tidlig opsporing og en langvarig kontinuerlig indsats, som kun i et mindre omfang kræver en kontinuerlig specialiseret og højteknologisk indsats. Almen praksis er i kontakt med en stor del af befolkningen, og har dermed gode forudsætninger for opsporing og tidlig diagnosticering og for at sikre en kontinuerlig indsats, som patientens faste kontakt med sundhedsvæsenet.

Hertil kommer, at den almenmedicinske bredde og ekspertise er nødvendig i forhold til den kontinuerlige kontrol med en patientgruppe, som ofte har en kompleks problemstilling og flere samtidige sygdomme.

Det skal understreges, at behandling af patienter med kronisk sygdom ikke er en ny opgave for almen praksis. Der er tale om velkendte patientgrupper, hvor udviklingen i forekomst og behandlingsmetoder nu og fremover nødvendiggør, at indsatsen i almen praksis ændres med henblik på proaktivitet, planlægning og opfølgning i det sammenhængende patientforløb.

Tidlig diagnostik og systematisk indsats i almen praksis overfor patienter med kronisk sygdom er hensigtsmæssig. Det er herunder i vidt omfang hensigtsmæssigt:

- at sikre tidlig diagnosticering med henblik på forebyggelse af komplikationer samt hindre videreudvikling af sygdomme,
- at anvende mulighederne for screening af patienter med stor risiko for udvikling af især folkesygdommene, når dette er hensigtsmæssigt, og
- at lægen identificerer (dokumenterer) sine patienter med kronisk sygdom med henblik på proaktiv varetagelse af populationsansvar for tilmeldte patienter.

### *Stratificering og opgavefordeling*

I henhold til Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom er det afgørende for valget af behandlingsniveau, dels sygdommens og behandlingens kompleksitet og dels den til enhver tid værende kompetence, organisation og teknologi på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og aktører.

En ændret organisation og øget kompetence i almen praksis vil dermed kunne påvirke stratificeringskriterierne og medføre, at en større del af patienter med en given kronisk sygdom kan behandles i primærsektoren. Fra faglig side forventes, at større kronikergrupper, fx patienter med diabetes type 2 og en betydelig del af patienter med hjertekarsygdomme og KOL for størstedelens vedkommende kan behandles i almen praksis, idet det er en forudsætning, at behandlingen følger forløbsprogrammer.

Der henvises til afsnit 5.6.2. for en nærmere beskrivelse af forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom.

### *Understøttelse af patienternes aktive egenomsorg*

Især den teknologiske udvikling har medført, at patienter med kroniske sygdomme i stigende grad kan monitorere deres egen sygdomstilstand ved måling af biologiske parametre med selvbetjent apparatur. I takt hermed er der i stigende grad fokus på fordelene ved, at patienter deltager aktivt i deres egen behandling i et tæt samarbejde med den ansvarlige læge, herunder den alment praktiserende læge.

Fx ved diabetes type 1 er der udbredt faglig konsensus om, at selvmonitorering er grundlaget for god sygdomskontrol. Der er desuden dokumentation for kapacitets- og kvalitetsgevinster ved mere systematisk inddragelse af patienterne i eget behandlingsforløb, fx i forhold til patienter med diabetes type 2, astma, forhøjet blodtryk og med behov for langvarig antikoagulationsbehandling, jf. ”Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog” (Sundhedsstyrelsen 2006).

Det skal i denne forbindelse understreges, at patienter uden tilstrækkelige fysiske eller psykiske ressourcer som udgangspunkt ikke kan drage fordel af selvmonitorering og egenbehandling.

Der peges på denne baggrund på, at almen praksis med fordel mere systematiske kan identificere og motivere de patienter, der kan varetage selvmonitorering og egenbehandling.

### **3.6.2. Pakkeforløb på kræftområdet**

Regeringen og Danske Regioner indgik i oktober 2007 en aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Der blev aftalt en plan for udarbejdelse af pakkeforløb på kræftområdet, som skal sikre kræftpatienter veltilrettelagte forløb uden unødigt ventetid.

Udover at patienter med mistanke om kræft eller en kræftdiagnose skal sikres hurtige forløb, er et væsentligt formål med initiativet også, at patienterne skal sikres klar besked om både resultater og det videre behandlingsforløb. Formålet med pakkeforløb er således at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling for at forkorte forløbet og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag.

Det er aftalt, at de nu over 30 pakkeforløb, der er udviklet for forskellige kræftformer, skal være implementeret inden udgangen af 2008. Det bemærkes, at man i Sundhedsstyrelsens regi er i gang med at udvikle tilsvarende pakkeforløb for udredning og behandling af livstruende hjertesygdomme. Det forventes, at 4 pakkeforløb på hjerteområdet er klar til implementering ultimo 2008.

Almen praksis' opgave i forhold til pakkeforløb er primært at finde de relativt få patienter blandt praksis' samlede patientpopulation, hvor der er mistanke om en kræftsygdom. Derefter er almen praksis' opgave at henvise til videre udredning og behandling på sygehus. Under hele pakkeforløbet har almen praksis rollen som tovholder.

Der henvises til afsnit 6.5.8. for en nærmere beskrivelse af fokusområder for et styrket samspil mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen ved gennemførelsen af pakkeforløb for patienter på kræftområdet.

### **3.6.3. Forebyggelse**

Der skelnes i sundhedsloven mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Ansvar for den patientrettede forebyggelse er delt mellem regionerne, bl.a. sygehuse og almen praksis,

og kommunerne, idet den nærmere arbejdsdeling mellem region og kommune skal fastlægges i de obligatoriske sundhedsaftaler.

Ansvar for den borgerrettede forebyggelse er i henhold til sundhedsloven derimod primært tillagt kommunerne.

Almen praksis varetager også en række mere specifikke forebyggelsesmæssige opgaver, fx svangreundersøgelser, børneundersøgelser og vaccinationsprogrammer.

Rehabilitering omfatter den generelle indsats, der efter sygdom eller ulykke skal øge borgernes funktionsniveau, fysisk, psykisk og socialt. Patientrettet forebyggelse er en del af den samlede rehabiliteringsindsats. Kommunerne har ansvaret for en stor del af de opgaver, som indgår i rehabilitering. Det gælder bl.a. genoptræning, en del af den patientrettede forebyggelse, sociale støtteforanstaltninger og beskæftigelsestiltag.

Almen praksis varetager en del af den samlede rehabiliteringsindsats, herunder en del af den samlede forebyggelsesindsats. I det følgende beskrives og vurderes almen praksis fremtidige opgaver på forebyggelsesområdet.

### **Patientrettet forebyggelse**

Målgruppen for patientrettet forebyggelse er især patienter med kroniske sygdomme, fx diabetes, KOL, astma og hjertesygdomme. Disse sygdomme indebærer alle et betydeligt potentiale for forebyggelse af en fortsat udvikling af og komplikationer til sygdommen.

En overordnet set hensigtsmæssig opgavefordeling i fremtiden er, at almen praksis varetager den grundlæggende medicinske forebyggende indsats (eventuelt i samarbejde med sygehuse), identificerer og motiverer de patienter, der har behov for et forebyggende tilbud. Almen praksis visiterer patienterne efter individuel vurdering til specifikke forebyggende tilbud i form af fx rygestoptilbud, diætvejledning, træningstilbud og anden patientuddannelse, som varetages af kommunerne.

Begrundelsen for denne opgavefordeling er hensynet til at sikre en klar ansvarsfordeling mellem regioner (almen praksis og sygehuse) og kommuner, og at de specifikke forebyggelsesopgaver varetages af den sektor, der har de bedste forudsætninger for opgavevaretagelsen,

idet der samtidig skal sikres den mest effektive ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen, herunder at indsatsen ydes efter LEON-princippet. Det er i denne forbindelse hensigtsmæssigt at undgå etablering af parallelle forebyggelsestilbud i regioner (almen praksis og sygehuse) og kommuner.

Der kan peges på, at de specifikke rammer for samarbejdet og arbejdsdelingen mellem regioner (almen praksis og sygehuse) og kommuner på forebyggelsesområdet hensigtsmæssigt fastlægges i de sundhedsaftaler, der i henhold til sundhedsloven skal indgås mellem regioner og kommuner.

Endelige skal der peges på hensigtsmæssigheden af at vurdere, om implementeringen af den beskrevne opgavefordeling mellem almen praksis og kommunerne medfører et behov for at målrette og afgrænse de nuværende forebyggelsesydelse i almen praksis, samt medfører et vejledningsbehov i forhold til almen praksis.

### **Borgerrettet forebyggelse**

Som anført er borgerrettet forebyggelse i henhold til sundhedsloven primært en kommunal opgave.

En overordnet set hensigtsmæssig opgavefordeling i fremtiden er, at almen praksis i forbindelse med gennemførelse af almindelige konsultationer fortsat identificerer de borgere, der har behov for forebyggelse, motiverer dem hertil og henviser disse borgere til de relevante kommunale tilbud, jf. boks 3.2., idet den specifikke forebyggende indsats i form af fx rygestoptilbud, diætvejledning og træningstilbud, bør varetages af kommunerne.

**Boks 3.2. Brief Intervention:**

Internationale undersøgelser af "brief intervention" viser, at en kort intervention i almen praksis er en cost-effektiv metode til ændring af livsstil. Brief Intervention gennemføres i forhold til den enkelte borger – fx ved at lægen ved en almindelig konsultation spørger til borgerens rygestatus og noterer det i journalen, og derefter ved den efterfølgende konsultation stiller et eller to opfølgende spørgsmål til afklaring af borgerens motivation til rygestop.

Kilde: WHO 2001."Brief Intervention – for Hazardous and Harmful Drinking."

I lyset heraf er det hensigtsmæssig at vurdere, om de nuværende forebyggelsesydelse i almen praksis er tilstrækkeligt målrettet og afgrænset den beskrevne opgavedeling mellem almen praksis og kommunerne.

**Svangreomsorg, børneundersøgelse og vaccinationer**

I henhold til sundhedsloven har kvinder ret til vederlagsfrie forebyggende undersøgelser i forbindelse med graviditet og fødsel. Undersøgelserne foregår dels i almen praksis og dels i svangreambulatorierne<sup>5</sup>.

Børn og unge har i henhold til sundhedsloven ret til vederlagsfrie forebyggende helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge, inden børnene skal i skole. Undersøgelserne er værdifulde til somatisk screening og vurdering af behov for en ekstra indsats ved risikobørn og andre børn med særlige behov. Ved én ud af tre undersøgelser bliver der gjort nye fund og ved hver syvende børneundersøgelse bliver der gjort et nyt fund, der af lægen karakteriseres som væsentligt. Der er relativt set flere børn af forældre med tungere socioøkonomisk baggrund, som ikke deltager i undersøgelserne. (Dansk Sundhedsinstitut & Sundhedsstyrelsen 2006).

I forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser tilbyder de praktiserende læger også vaccinationer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler i børnevaccinationsprogrammet. Senest tilkomne vaccine i børnevaccinationsprogrammet er vaccinen mod livmoderhalskræft.

---

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undersøgelserne foretages, når barnet er 5 uger, 5 måneder, 1, år, 2 år 3 år, 4 år og 5 år. Sundhedsstyrelsen vurderer aktuelt behovet for at ændre den tidsmæssige kadence af dele af de forebyggende undersøgelser.



I dag indkalder 14 pct. af lægerne til børneundersøgelserne og vaccinationerne, men knap halvdelen af forældrene vil gerne indkaldes (Dansk Sundhedsinstitut & Sundhedsstyrelsen 2006).

Det er formodningen, at generel indkaldelse vil have en gavnlig effekt på deltagelsen blandt især den gruppe af forældre, som ikke anvender tilbuddene fuldt ud i dag (Statens Institut for Folkesundhed 2007b).

Disse forhold taler for, at almen praksis bliver mere proaktiv også på dette område, fx ved indkaldelse til såvel børneundersøgelserne som vaccinationerne. Denne proaktive tilgang skal dog ske inden for rammer, der sikrer balance og rimelighed mellem indsatsen og resultaterne heraf, således at ressourcerne anvendes bedst muligt.

#### **3.6.4. Psykisk sygdom**

Den praktiserende læge har en vigtig rolle som tidlig opsporers af psykiske lidelser hos børn, unge og voksne samt en vigtig rolle i behandlingen af ikke alvorlige tilfælde af psykiske lidelser, især ikke-psykotiske sygdomme. Der anslås at være psykiske forhold af betydning for 10-30 pct. af henvendelserne i almen praksis (DSAM/DPS 2004a).

Den praktiserende læge kan henvise til udredning og behandling i sygehusvæsenet og til praktiserende psykiater og praktiserende psykolog.

Som for en række andre specialer vil man i psykiatrien, herunder børne- og ungdomspsykiatrien, samle en større del af ekspertisen på færre og mere bæredygtige enheder. Herudover vil en del opgaver blive løst mere lokalt, fx i tværfaglige tilbud og ved udgående teams. Dermed får almen praksis og den kommunale sektor (socialpsykiatrien) en større rolle overfor disse patienter.

Almen praksis kan i dag tilbyde samtaleterapi til patienter med psykiske problemstillinger. Det kræver, at lægen har fået undervisning og supervision af en relevant fagperson. Med efteruddannelse vil de praktiserende læger formentlig kunne varetage behandlingen af en større del af patienter med psykiske lidelser, fx inden for rammerne af 'shared care' og 'step care' - modeller, der har almen praksis som udgangspunkt for visitering og videre behandling (Sundhedsstyrelsen 2007a).

Det er på denne baggrund hensigtsmæssigt, at der regionalt samt i de obligatoriske sundhedsaftaler mellem den enkelte region og kommunerne i regionen fastlægger decentrale rammer for lokale samarbejde og arbejdsdeling om patienter med psykiske lidelser, herunder om kommunikation og arbejdsdeling.

### **3.6.5. Uhelbredeligt syge og døende**

Ca. 60.000 danskere dør hvert år, og 50 pct. af dem slutter deres liv på et sygehus, mens 22 pct. dør i eget hjem. Godt 25 pct. af kræftpatienter dør i eget hjem. Man ved, at den største del af de uhelbredeligt syge, døende patienter og deres pårørende ønsker, at den sidste tid og døden foregår i hjemmet<sup>6</sup>.

Den palliative indsats er en del af den kliniske praksis i primærsektoren. Hensigten er at opfylde uhelbredeligt syge og døende patienters behov for at få lindret symptomer og blive støttet. Den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken er centrale aktører, hvorfor der er behov for et samarbejde mellem disse.

Der er ligeledes behov for et tæt samarbejde med sygehussektoren med henblik på faglig støtte til varetagelse af smertebehandling og mulighed for indlæggelse, hvis forløbet i hjemmet ikke er tilfredsstillende.

### **3.6.6. Svage ældre patienter**

En stigende ældrebefolkning vil medføre, at flere patienter med flere samtidige sygdomme, komplekse behandlingsbehov og funktionsindskrænkninger får behov for kontakt med almen praksis og samtidig ydelser fra den kommunale hjemmepleje. Det er samtidig denne patientgruppe, der hyppigst indlægges og genindlægges akut, hvilket forudsætter en klar opgavefordeling og tæt samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune.

Mindst 50 pct. af patienter med kronisk sygdom lider af 2 eller flere sygdomme og for personer over 65 år gælder det for 70 pct. Flere undersøgelser viser, at stort set alle 75-årige

---

<sup>6</sup> Beskrivelsen er hovedsageligt baseret på Terminalforløb og palliation i almen praksis – almen praksis rolle og indsats - udredning for Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis af Vedsted et al. , marts 2008 samt DSAMs vejledning Palliation i primærsektoren, 2004.

anvender både receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin. Medicinordination og -håndtering udgør således en væsentlig udfordring.

En særlig problematik vedrører beboere i kommunale plejeboliger og lignende boliger, der kræver forudgående kommunal visitation, idet der ved embedslægetilsyn er dokumenteret betydelige problemer med håndteringen af medicin.

Der henvises til afsnit 6.5.4. for en nærmere beskrivelse og vurdering af mulighederne for at styrke medicinhandteringen også i forhold til svage ældre patienter.

### **3.6.7. Den socialmedicinske indsats mv.**

I det følgende beskrives almen praksis' overordnede opgaver i relation det socialmedicinske samarbejde med kommunerne samt visse andre opgaver, som udføres i samarbejde med kommunerne. Der henvises til afsnit 6.5.6. for en nærmere beskrivelse af muligheder for at styrke samspillet.

#### **Børn og unge med særlige behov**

Det socialmedicinske samarbejde på børne- og ungeområdet omhandler bl.a. indsatsen i forhold til børn og unge med særlige behov. Sundhedsloven og serviceloven pålægger kommunerne at oprette en tværfaglig gruppe omkring disse børn, og at formidle kontakt til lægefaglig sagkundskab – typisk barnets praktiserende læge. I børnesager er kommunen forpligtet til at foretage en helhedsbaseret undersøgelse af, hvorvidt et barn har behov for særlig støtte. Der kan i sådanne sager ofte være brug for at indhente en lægefaglig vurdering af barnets behov i forhold til dets trivsel og sundhed. Desuden er lægens generelle underretningspligt af væsentlig betydning, når der er formodning om, at et barn eller en ung har brug for særlig støtte.

Almen praksis samarbejder derudover med skoler og andre børneinstitutioner samt institutioner for borgere med handicap mv. samt med børnesundhedsplejen. De praktiserende læger samarbejder også med kommunen i sager om udsatte børn.

#### **Beskæftigelsesindsats og nedbringelse af sygefravær**

Der er i lovgivningen over tid sket et skifte i retning af større vægt på tidlig indsats, opfølgning, afprøvning af arbejdsevne og aktivering i forhold til kommunernes indsats i sager om

sygedagpenge, førtidspension og revalidering og den bredere beskæftigelsesindsats. Et væsentligt element heri er den lægefaglige diagnosticering og beskrivelse af funktionsevne mv.

Regeringen og arbejdsmarkedets parter har i september 2008 indgået en trepartsaftale om nedbringelse af sygefraværet. Aftalen kan bidrage til at styrke almen praksis' rolle i socialmedicinsk arbejde, jf. boks 3.3.

### **Boks 3.3. Aftale om nedbringelse af sygefraværet:**

I trepartsaftalen om nedbringelse af sygefraværet, er der en række tiltag, som er særligt relevante for almen praksis:

- Den nuværende lægeerklæring "Lægeerklæring om uarbejdsdygtighed" afskaffes. Den skal i stedet erstattes af en samtale mellem arbejdsgiveren og den syge medarbejder, som arbejdsgiveren kan indkalde til, og en ny lægeerklæring, en såkaldt "Mulighedserklæring", med fokus på, at den enkelte medarbejder kan bevare kontakten til arbejdspladsen.
- De praktiserende læger tilbydes kurser om stress, hvor de får specifik viden om, hvordan de bedst kan hjælpe deres patienter med at håndtere stress og forebygge følgesygdomme fra stress. Kurserne skal også have fokus på, at syge med stress i mange tilfælde har bedre af at vende hurtigt tilbage til arbejdet.
- Der bliver etableret et større forsøg med en tidlig, målrettet og tværfaglig indsats for at afklare den enkeltes situation og bevare hans eller hendes kontakt til arbejdsmarkedet. Regeringen foreslår, at forsøget finansieres af midler fra Forebyggelsesfonden.
- Regeringen vil udarbejde en guide med gode eksempler på, hvordan jobcentrene kan involvere lægerne bedst muligt i indsatsen for sygemeldte.
- Regeringen vil iværksætte et analysearbejde, der skal afdække, hvordan indsatserne i beskæftigelses- og sundhedssystemet kan koordineres bedre. Og hvordan den kommunale forebyggelses-, rehabiliterings- og beskæftigelsesindsats kan sammentænkes.

Kilde: Regeringen 2008. "Sygefravær – en udfordring. Regeringens handleplan for at nedbringe sygefraværet."

### **Borgere med misbrugsproblemer**

Ansvar for at tilbyde behandling af borgere med alkoholproblemer er henlagt til kommunerne, som skal tilbyde både psykologisk og medicinsk behandling. Almen praksis varetager dog også behandlingen af en del af disse patienter, ligesom almen praksis varetager behandlingen af en stor del af de følgesygdomme, som følger med alkoholmisbruget.

Ansvar for behandling af borgere med stofmisbrug ligger ligeledes i kommunerne. Således er kommunerne ansvarlige for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling med fx metadon, idet det kommunale behandlingsansvar kan delegeres til almen praksis i forhold til konkrete patienter. Almen praksis varetager dog behandlingen af andre sygdomme, som borgeren måtte have.

### **Særligt sårbare grupper**

Ressourcesvage borgere og patienter med begrænset sundheds- og sygdomsforståelse har en øget sygelighed og en forventet kortere levetid samt ofte et større forbrug af sundhedsydelser. Denne gruppe af borgere/patienter er ofte kendt både af socialsektoren og andre kommunale instanser og af almen praksis. Det vil først og fremmest være en kommunal opgave at tilrettelægge forbyggende og understøttende initiativer for denne gruppe, men det forudsætter et tæt samarbejde med almen praksis og mulighed for henvisning til de kommunale tilbud herfra.

### **3.6.8. Akut sygdom og tilskadekomst**

Samling af akutmodtagelserne på større enheder vil betyde, at der for mange patienter bliver længere til den fælles akutmodtagelse, hvor behandlingen derudover vil blive mere specialiseret og oftest kræve forudgående visitation.

Der vil derfor blive behov for, at patienter med mindre alvorlige akutte lidelser eller skader i højere grad kan undersøges og eventuelt behandles i almen praksis. Der henvises til kapitel 4 for en nærmere udredning af almen praksis' rolle i akutfunktionen fremover.

### **3.6.9. Sundhedsberedskab**

Almen praksis forventes i beredskabssituationer at kunne varetage en række opgaver<sup>7</sup>. Ved ekstraordinær udskrivning af patienter fra sygehusene, skal almen praksis kunne varetage behandlingen af patienterne i hjemmet eller i kommunale institutioner i et samarbejde med kommunen. Almen praksis skal ligeledes kunne varetage behandlingen af lettere tilskadekomne med henblik på aflastning af sygehusene, ligesom de skal kunne håndtere andre syge og smittede i eget hjem, samt fx deltage i massevaccinationer.

---

<sup>7</sup> Almen praksis' rolle i det samlede sundhedsberedskab er beskrevet i sundhedsstyrelsens håndbog om sundhedsberedskab fra 2007.

I henhold til beredskabslovens § 57 skal offentligt ansatte og ansatte i offentlige og private virksomheder udføre de opgaver indenfor redningsberedskabet og det civile beredskab, der pålægges dem. Det civile beredskab omfatter sundhedssektoren, hvilket betyder, at regionen i en beredskabssituation kan pålægge almen praksis opgaver i sundhedsberedskabet.

Ved udbrud af alvorlige smitsomme sygdomme, forureningssituationer og lignende vil mange borgere henvende sig til almen praksis med svage men mulige symptomer på sygdom. Det vil her være almen praksis' opgave dels at vurdere de enkelte borgere med henblik på eventuel behandling, men også at berolige og rådgive de borgere, som ikke fejler noget. I forbindelse med dette er det vigtigt, at de centrale sundhedsmyndigheder har mulighed for at sende akut information til almen praksis.

## **Kapitel 4 – Akutfunktionen**

### **4.1. Sammenfatning**

Almen praksis indgår i det akutte beredskab sammen med sygehusenes akutmodtagelser. Udgangspunktet er, at almen praksis i dagtiden og lægevagten så vidt muligt varetager og færdiggør undersøgelse og behandling af patienter med mindre alvorlige akutte sygdomme og skader, som ikke kræver sygehusbehandling i overensstemmelse med LEON-princippet.

Hertil kommer, at samlingen af akutmodtagelserne i sygehusvæsenet indebærer, at almen praksis med fordel kommer til at påtage sig en større rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter.

Endelig vurderes det, at en række af de patienter, som i dag henvender sig til sygehusenes akutmodtagelser, med fordel kan varetages i regi af almen praksis i dagtiden eller i lægevagten.

Dette peger på behovet for en mere effektiv opgavefordeling mellem akutindsatsen i almen praksis i dagtiden og lægevagten samt sygehusenes akutmodtagelser.

Der peges derudover på hensigtsmæssigheden af øget og målrettet brug af praksispersonale i akutfunktionen i almen praksis i dagtiden og i lægevagten. Det vurderes, at der er et potentiale for at forbedre kapaciteten i almen praksis og i lægevagt ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale i varetagelsen af akutfunktionen. Brug af praksispersonale kan forbedre tilgængeligheden til akut behandling i almen praksis og lægevagten samt aflaste den praktiserende læge, så der kan behandles flere akutte patienter.

De praktiserende læger varetager som udgangspunkt allerede en stor del af de akutte opgaver i dagtiden og gennem vagtlægeordningen. På kortere sigt kan det især være relevant med regionale aftaler om fastlæggelse af almen praksis' opgaver på akutområdet, hvor samling af akutmodtagelser i sygehusvæsenet kan øge behovet for udvidet akutindsats hos de praktiserende læger, men i varierende grad på tværs af regionerne.

Udvalget peger i den sammenhæng på, at selv om det som udgangspunkt også i fremtiden er hensigtsmæssigt at opretholde lægevagtens forankring i almen praksis, er det hensigtsmæssigt at overveje større regional frihed til at organisere vagtlægeordningen i fremtiden efter decentrale behov og muligheder, fx integreret med akutmodtagelserne i sygehussektoren. Det skal dog ske inden for ensartede, centrale krav.

## **4.2. Indledning**

I dette kapitel behandles spørgsmålet om almen praksis' og lægevagtens rolle i det fremtidige akutberedskab og den fremtidige organisering af akutbetjeningen i dag og vagttid med udgangspunkt i kommissoriet, der fastslår: Udvalget kan også inddrage spørgsmål om rammerne for akutberedskab og vagtlægeordning.

## **4.3. Udfordringer**

Det er en grundlæggende målsætning at sikre, at alle borgerne har let adgang til kompetent akutbetjening døgnet rundt på alle ugens dage. Almen praksis' og lægevagten har som den primære indgang til sundhedsvæsenet en central rolle i visitationen og behandlingen af patienter med akut sygdom.

Regionernes øgede samling af sygehusfunktioner medfører, at der fremover bliver færre, men større fælles akutmodtagelser, dvs. akutte enheder på sygehusene, som modtager patienter med akut opstået sygdom eller akut opståede skader. Dette vil betyde, at der for mange patienter kan blive længere til den enkelte fælles akutmodtagelse i sygehusregi.

Der vil derfor i stigende grad blive behov for, at patienter med mindre alvorlige akutte lidelser eller skader kan blive behandlet i almen praksis eller blive visiteret til tilbud i nærområdet, ligesom patienter med mere alvorlige lidelser eller skader hurtigt skal kunne henvises til rette sted i sygehusvæsenet. I det omfang almen praksis og lægevagt fremover skal varetage en større del af de akutte opgaver, er der behov for en organisering af almen praksis i dagtiden og af lægevagten, der reelt muliggør varetagelse af denne opgave.

Mange af henvendelser til landets skadestuer kan allerede i dag behandles i almen praksis eller lægevagten. Dette peger på hensigtsmæssigheden af, at patienter med mindre alvorlige



akutte sygdomme og skader fremover i større omfang behandles i almen praksis. Dette indebærer, at patienten skal behandles på laveste, effektive omsorgsniveau i sundhedsvæsenet.

Endelig eksisterer der en række udfordringer i forhold til en tilstrækkelig lægedækning, for så vidt angår lægevagten. Der er ikke mindst lokale problemer med at rekruttere nok praktiserende læger til lægevagten, grundet nogle praktiserende lægers fritagelse for den almindelige forpligtelse til at deltage i lægevagten, bl.a. på grund af alder.

## **4.4. Den nuværende akutbetjening**

### **4.4.1. Almen praksis i dagtiden**

I henhold til landsoverenskomsten for almen praksis skal borgere ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden (kl. 08-16) have adgang til lægehjælp hos deres praktiserende læge. Der henvises til afsnit 7.4.1. for en nærmere beskrivelse af de fastsatte tilgængelighedskrav til almen praksis.

Varetagelsen af akutforpligtelsen i dagtiden sker forskelligt i forskellige lægepraksis og i forskellige områder. Nogle praksis tilbyder åben konsultation fx én time dagligt, andre kræver forudgående kontakt, men friholder tider i bookinglisten med henblik på at kunne bruge dem på akutte konsultationer. Lægepraksis varierer også i forhold karakteren og omfanget af akutrums, udstyr og faciliteter mv.

Mange mindre praksis samarbejder om vagtforpligtelsen, mens større lægehuse ofte planlægger, at én af lægerne i lægehuset har ”vagt” og varetager den akutte forpligtelse for alle læger i lægehuset.

Akutarbejdet er karakteriseret ved store variationer i antallet af henvendelser både fra dag til dag og inden for de enkelte årstider.

### **4.4.2. Lægevagten**

De praktiserende læger skal i henhold til landsoverenskomsten etablere vagtordninger til at varetage lægebetjeningen uden for dagtiden.

Lægevagten varetager den almene lægebetjening uden for almindelig arbejdstid, dvs. i tidsrummet kl. 16-08 på hverdage og hele døgnet i weekender og på helligdage.

Lægevagten er bemandedet med praktiserende læger fra regionen. Som udgangspunkt har alle praktiserende læger ret og pligt til at deltage i lægevagten. Ønsker om vagtfritagelse imødekommes, hvis det er muligt at få dækket vagterne ind på anden måde.

70 pct. af alle ydernumre i almen praksis indgår i lægevagten, men dækkende over store regionale forskelle jf. bilag 4.1. Ifølge regionerne er det dog mindre end halvdelen af vagterne, der reelt dækkes af praktiserende læger. De øvrige læger er typisk enten hospitalsansatte læger med vagtydernummer eller yngre læger, der er i gang med en speciallægeuddannelse i almen medicin, ligesom der også er nogle læger, som kører lægevagt som deres hovedbeskæftigelse.

Al indgang til lægevagten foregår via telefonisk henvendelse til en læge. Godt halvdelen af henvendelserne løses telefonisk, herunder er der nogle patienter, der visiteres direkte til sundhedsvæsenets øvrige tilbud. Resten henvises til at møde frem på et af lægevagten's konsultationssteder eller der aflægges sygebesøg ved en kørende vagtlæge.

Lægevagten's konsultations- og visitationsfunktion er ofte placeret på regionernes sygehuse, men er organisatorisk uafhængig af sygehusenes øvrige funktioner, herunder også akutmodtagelserne. I nogle regioner arbejdes der aktuelt mod et mere formaliseret samarbejde mellem lægevagten og fx sygeplejerskebemandede nærklinikker.

#### **4.4.3. Aktivitet**

##### *Almen praksis i dagtiden*

Ydelsesregistreringen i almen praksis i dagtiden skelner ikke mellem akutte og planlagte henvendelser, hvorfor der ikke foreligger tal for, hvor mange af henvendelserne som er akutte.

Der er dog formentlig stor forskel på, hvor stor en andel af akutte kontakter, den enkelte lægepraksis har. Specielt må det antages, at patienternes mulighed for at henvende sig direkte til en uvisiteret skadestue/akutmodtagelse i nærområdet betyder, at antallet af akutte hen-

vendelser i almen praksis bliver lavere. Af tabel 4.1. fremgår det, at borgerne i Region Hovedstaden henvender sig dobbelt så mange gange til skadestuerne (2.206 pr. 10.000 indbyggere) som i Region Nordjylland (1.030 pr. 10.000 indbyggere).

**Tabel 4.1. Antal skadestuebesøg pr. 10.000 indbygger**

Region	Besøg pr. 10.000 indb.
Region Hovedstaden	2.206
Region Sjælland	1.889
Region Syddanmark	1.730
Region Midtjylland	1.310
Region Nordjylland	1.030
Hele landet	1.728

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2007c. "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen."

### *Lægevagten*

Antallet af patientkontakter i landets lægevagtsordninger ligger nogenlunde stabilt og var i 2006 knapt 3 mio. Omkring 55 pct. af opkaldene til lægevagten blev afsluttet uden hjemmebesøg eller fremmøde i lægens konsultation se tabel 4.2.

**Tabel 4.2. Aktiviteten i lægevagten 2003-2007.**

Ydelse	2003	2004	2005	2006	2007
Telefonkonsultation uden besøg/konsultation	1.562.395	1.491.459	1.499.255	1.573.468	1.658.665
Telefonkonsultation med besøg/konsultation	1.399.046	1.300.546	1.301.671	1.325.044	1.334.510
Samlet	2.961.441	2.792.005	2.800.926	2.898.512	2.993.175

Kilde: SFU og CSC scandihealth 2007.

Brugen af lægevagten varierer fra område til område. Variationen i de tidligere amter varierede således fra 378 til 572 kontakter pr. 1.000 indbyggere pr. år med et gennemsnit på 516 kontakter pr. år (Sundhedsstyrelsen 2007c).

## **4.5. Almen praksis' og lægevagtens rolle i det fremtidige akutberedskab**

Almen praksis indgår i det akutte beredskab sammen med bl.a. sygehusenes akutmodtagelser. Som nævnt er udgangspunktet, at almen praksis/lægevagt så vidt muligt varetager og færdiggør undersøgelse og behandling af patienter med mindre alvorlige akutte sygdomme og skader, som ikke kræver sygehusbehandling i overensstemmelse med LEON-princippet. Og samlingen af akutmodtagelsen på færre enheder vil som nævnt dernæst betyde, at almen praksis må forventes at skulle påtage sig en større rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter.

Hertil kommer, at en række af de patienter, som i dag henvender sig til sygehusenes akutmodtagelser med fordel kan varetages i regi af almen praksis i dagtiden eller i lægevagten. Dette peger på behovet for en skarpere opgavefordeling (samordning) mellem almen praksis og lægevagten på den ene side og sygehusenes akutmodtagelser på den anden side.

Behovet kan imødekommes ved, at der på regionsplan etableres rammer om samarbejdet i akutforpligtelsen mellem almen praksis/lægevagt og sygehuse mm. Der henvises til kapitel 6 for en nærmere beskrivelse heraf.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række anbefalinger til fremtidens akutberedskab. Der er i tekstboks 4.1. opregnet de anbefalinger, der i særlig grad vedrører almen praksis.

#### **Boks. 4.1. Sundhedsstyrelsens anbefalinger:**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at al henvendelse til sygehusvæsenet bør være visiteret, så patienten tilbydes den rette behandling på det rette niveau og med laveste, effektive omkostningsniveau (LEON – princippet). Borgeren kan i overensstemmelse med fælles beskrevne visitationsretningslinjer visiteres via ordninger i almen praksis, hvor visitationen kan forestås af læger og/eller sygeplejersker under lægeligt ansvar eller via 112 opkald til alarmcentralen. (anbefaling 6)

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der oprettes et landsdækkende telefonnummer til visitationsordningen under almen praksis, så entydigheden i indgangen til sundhedsvæsenets akutbetjening styrkes. Dette forudsætter en etablering af en teknisk løsning, der altid sikrer borgeren let og sikker adgang til visitationsordningen i den region, hvor opkaldet foretages. (anbefaling 7)

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne etablerer konkret sammenhæng og samarbejde mellem alarmcentral, vagtcentral, præhospitale indsatsordninger, almen praksis, de fælles akutmodtagelser og regionens AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter) om disponering, visitation og fordeling af patientkategorier. Sammenhæng og samarbejde er en forudsætning for høj kvalitet, hensigtsmæssig disponering og effektiv ressourcestyring og kan fremmes ved etablering af fælles fysiske lokaliteter. Ved samarbejde med andre myndigheder sker dette under respekt for princippet om sektoransvar. (anbefaling 8)

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der – hvor særlige behov som store afstande eller lign. gør sig gældende – kan oprettes nære tilbud fx i form af skadeklinikker betjent af læger og/eller sygeplejersker (under lægeligt ansvar), hvor patienter med mindre, ukomplicerede skader kan behandles. De nære tilbud kan etableres i regi af almen praksis eller i sygehusvæsenet. Kravene til kvalitet i behandling skal svare til kravene i almen praksis. (anbefaling 9)

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2007c, "Styrket Akutberedskab –planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen."

Sundhedsstyrelsen foreslår således bl.a., at der etableres en enstrengt visitationsordning forankret i almen praksis i dagtiden og i lægevagten. I det omfang regionerne beslutter at implementere et enstrengt visitationssystem med almen praksis som visitor, kræver dette bl.a. sikring af den nødvendige kapacitet og tilgængelighed, udstyr og ekspertise i almen praksis i dagtiden og i lægevagten.

## **4.6. Den fremtidige organisering af akutbetjening i dagtid og lægevagt**

Uanset den nærmere opgavefordeling mellem almen praksis i dagtiden og lægevagten på den ene side og sygehusvæsenets akutfunktioner på den anden side er der behov for kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis og lægevagten ved varetagelsen af akutfunktionen.

I afsnit 4.6.1 ses på, hvordan denne udfordring kan håndteres via et øget og målrettet brug af praksispersonale.

Der eksisterer endvidere en række udfordringer i forhold til en tilstrækkelig dækning i lægevagten og en bedre integration mellem almen praksis/lægevagt og sygehusenes akutmodtagelser. I afsnit 4.6.2. ses på mulighederne for at ændre i den nuværende lægevagtsordning.

### **4.6.1. Brug af praksispersonale i akutfunktionen**

Det vurderes, at der er et potentiale for at forbedre kapaciteten i almen praksis/lægevagt ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale i varetagelsen af akutfunktionen. Brug af praksispersonale kan forbedre tilgængeligheden til akut behandling i almen praksis og aflaste den praktiserende læge, så der kan behandles flere akutte patienter i almen praksis/lægevagt.

Der er tre grundlæggende funktioner relateret til akutforpligtelsen, hvor det kan overvejes at gøre brug af praksispersonale: (1) Visitationen af akutte patienter, (2) telefoniske konsultationer – råd og vejledning og (3) behandling af akutte sygdomme og skader.

Visitationen er afgørende for, at patienten behandles på rette sted og til rette tid. Visitation er som udgangspunkt defineret som en lægeopgave, men det kan overvejes i højere grad at uddelegere visitationsopgaver under lægens instruks og supervision til praksispersonale for at øge kapaciteten, samt frigøre lægeressourcer til varetagelse af de opgaver, som lægen er bedst til at varetage. Her er det hensigtsmæssigt, at skelne mellem akutfunktionen i dagtid og i lægevagten.

I dagtiden er det praksis' egne patienter, der skal visiteres, hvorimod det er ukendte patienter, der skal visiteres i lægevagten. Erfaringer viser, at praksispersonale i dagtiden i høj grad kan anvendes i visitationen af patienter enten alene eller i samarbejde med lægen jf. boks 4.2. Det antages, at det forhold, at praksis visiterer egne patienter, giver mulighed for en mere sikker og effektiv visitation, grundet det grundlæggende kendskab til patienterne. Udarbejdelse af kliniske instrukser og supervision i forhold til praksispersonalet kan understøtte en korrekt visitation af de akutte patienter.

**Boks 4.2. Kapacitetspotentiale i telefonvisitationen i dagtid:**

DSIs rapport 'Store og små lægehuse' peger på potentialet for at styrke praksispersonalets visitationsfunktion i dagtiden som aflastning for de praktiserende læger. Der peges på, at der kan være en væsentlig kapacitetsgevinst at hente ved, at sygeplejersker/sekretærer erstatter lægens åbne telefontid om morgenen, således at praksispersonalet i videst muligt afslutter konsultationen, og får lægen til at ringe tilbage til de patienter, hvor der vurderes behov for en lægefaglig vurdering.

Kilde: Dansk Sundhedsinstitut 2008b, "Store og små lægehuse."

Det kan ligeledes overvejes at lade praksispersonale, fx sygeplejersker, indgå i telefonvisitationen i lægevagten. Her peger udenlandske erfaringer i forskellige retninger, hvad angår effektiviteten og kvaliteten af at lade sygeplejersker indgå i visitationen af patienter i vagttid. Nogle studier peger i retning af, at der ikke er nogen forskel i lægernes og sygeplejerskernes visitation. Andre studier finder, at brug af sygeplejersker leder til øget brug af henvisninger i stedet for at afslutte konsultationen over telefonen. Derudover har fx sygeplejersker ikke den samme træning som lægen i at foretage en klinisk vurdering af patienten, hvilket kan have implikationer for kvaliteten i visitationen, (Giesen et al. 2007; Bunn et al.,2004). Erfaringer fra udlandet viser, at når sygeplejersker anvender elektroniske beslutningsstøttesystemer i visitationen, kan det forbedre kvaliteten og effektiviteten i visitationen (Bunn et al. 2004).

Sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale vil derimod kunne varetage en del funktioner relateret til telefoniske konsultationer med råd og vejledning samt ved behandling af akutte sygdomme og skader. Praksispersonale kan afholde selvstændige konsultationer både telefoniske og egentlige konsultationer i almen praksis dagtiden samt i lægevagten, som dermed aflaster lægerne.

Praksispersonale fx sygeplejersker vil kunne behandle mindre skader, herunder rensning og syning af sår, fjernelse af fremmedlegemer og bandageproblemer mv. Ligesom de vil kunne varetage observation og behandling af en række lettere medicinske tilstande. Afhængigt af problemstillingen vil sygeplejersker også i nogle tilfælde kunne tage på sygebesøg. Praksispersonalet vil ligeledes kunne varetage en del af procedurerne omkring henvisning til sygehus eller til kommunens tilbud.

Det vurderes derfor som hensigtsmæssigt med et øget brug af praksispersonale i akutfunktionen i almen praksis både i dagtiden og i lægevagten. Der henvises i øvrigt til kapitel 5, hvor der mere generelt ses på mulighederne for øget og målrettet brug af praksispersonale i almen praksis.

#### **4.6.2. Den fremtidige organisering af akutbetjeningen i lægevagt**

I det følgende vurderes det, om der er fordele ved at ændre på den nuværende organisering af lægevagten.

Den nuværende lægevagtsordning er opbygget omkring tre grundelementer:

- Myndighedsansvaret for lægevagten er placeret i regionerne.
- Alment praktiserende læger er forpligtet via landsoverenskomsten til at deltage i lægevagten.
- Lægevagtsordningen er baseret på telefonisk visitation.

De grundlæggende hensyn bag den nuværende vagtlægeordning er dels at sikre, at ordningen yder kompetent lægelige rådgivning, behandling og visitation af patienter, der kontakter lægevagten og dels en effektiv ressourceudnyttelse, hvor kun sygdom og tilskadekomst, der kræver akut lægehjælp, behandles i lægevagten.

En fordel ved den nuværende organisering er, at bemanningen i lægevagten overvejende er speciallæger i almen medicin, der har den faglige kompetence til at rådgive, undersøge og behandle akutte lidelser og skader inden for det almen medicinske felt, og samtidig er uddannet til at foretage den rette visitation. Derved sikres hensynet til høj kvalitet i den akutte behandling døgnet rundt. Derudover sikrer den telefoniske visitationsordning en hurtig og kvalificeret vej til den rette hjælp og en effektiv ressourceudnyttelse, eftersom mange patienter



ter efter en konkret lægefaglig vurdering kan afsluttes over telefonen. Princippet om telefonisk visitation ønskes derfor bevaret i fremtiden.

Det er en væsentlig styrke ved den nuværende ordning, at de praktiserende læger er forpligtet til at deltage i lægevagten, hvilket i vid omfang giver forsyningssikkerhed i forhold til behandling med overvejende speciallæger i almen medicin, om end der er ordninger med mulighed for fritagelse, især for ældre læger.

Det er en ulempe ved lægevagtordningens placering i regi af almen praksis, at de praktiserende lægers deltagelse i lægevagten fjerner ressourcer fra dagtiden i almen praksis. Det skal dog bemærkes, at uanset organiseringen, skal der fjernes tilsvarende kompenserende ressourcer fra dagtiden, når en given lægeressource skal anvendes i vagttiden.

En anden svaghed ved den nuværende lægevagtsordning er den varierende samordning med sygehusenes akutmodtagelser. Den mest oplagte løsning på denne udfordring er dog, at der via aftalesystemet sikres rammer om samarbejde og arbejdsdeling ml. almen praksis og sygehusvæsenet jf. kapitel 6.

Et alternativ til den nuværende ordning, hvor lægevagten varetages af de alment praktiserende læger, er, at regionen overtager lægevagtsforpligtelsen og ansætter læger og andet personale til at varetage funktionen.

Lægevagten vil i dette alternativ eventuelt kunne forankres i sygehusregi enten som en selvstændig enhed eller i sammenhæng med akutmodtagelserne, men vil også kunne fungere som en selvstændig enhed i regionen. Det er en fordel ved denne organisering, at den har et potentiale for en egentlig integration af lægevagt og sygehusenes akutmodtagelser. Lægevagten's opgaver vil derved bedre kunne indrettes i forhold til den øvrige planlægning af akutbetjeningen i regionen, og serviceniveau og økonomi kan styres mere effektivt af regionen.

Ulempen ved at regionerne overtager lægevagtforpligtelsen er, at det kan medføre, at det bliver vanskeligere at rekruttere speciallæger i almen medicin til lægevagten i og med, at de praktiserende lægers forpligtelse til at deltage i lægevagten bortfalder.

En variant af den nævnte ”regionsmodel” er, at regionerne udliciterer akutfunktionen i vagttid til organiserede private udbydere. En bæredygtig udlicitering vil forudsætte velbeskrevne mål om service, kvalitet og omkostninger i kontrakten, så udliciteringen ikke medfører dårligere service og kvalitet og ineffektivitet.

I England har man organiseret lægevagten på en helt tredje måde. I 2005 fjernede man de praktiserende lægers forpligtelse til at deltage i lægevagten, jf. boks 4.3.

**Boks 4.3. Den nye britiske lægevagtsmodel:**

I Storbritannien blev de praktiserende lægers forpligtelse til at tage del i lægevagten afskaffet den 1. januar 2005. Den enkelte praktiserende læge kan derfor vælge, om hun vil deltage i lægevagtsordningen uden for almindelig arbejdstid eller overdrage vagtforpligtelsen til den lokale Primary Care Trust, med den indkomstreduktion som følger heraf – anslået til ca. £ 6.000 per år.

De 303 Primary Care Trusts har i samme forbindelse fået mulighed for at indgå kontrakter med andre private firmaer om varetagelse af vagtopgaven. Herudover kan en Primary Care Trust også vælge selv at ansætte det fornødne personale og drive vagtlægeordningen eller dele heraf. Uanset hvilken leverandør der får til opgave at forestå hele eller dele af vagtordningen, skal vedkommende opfylde en række nationale kvalitetsstandarder for vagtlægeordninger (13 standarder i alt).

Kilde: Royal College of General Practitioners 2005. ”General Practice in the UK: A Basic Overview”.

Det er dog udvalgets vurdering, at det også i fremtiden er hensigtsmæssigt at opretholde lægevagten forankring i almen praksis, hvor det via aftalesystemet sikres, at almen praksis indgår i et individuelt forpligtende samarbejde og en forpligtende arbejdsdeling i forhold til sygehusvæsenet og det øvrige sundhedsvæsen.

Udvalget kan dog på grund af perspektiverne i egentlig integration mellem vagtlægeordning og sygehusenes akutfunktioner supplerende pege på hensigtsmæssigheden af at overveje at give regionerne større frihed til at organisere vagtlægeordningen i fremtiden efter decentrale behov og muligheder, fx integreret med akutmodtagelserne i sygehussektoren. Dette skal dog ske indenfor ensartede, centrale krav.

Der kan endelig peges på potentialet for at inddrage praksispersonale i lægevagten til aflastning af de praktiserende læger jf. afsnit 4.6.1.

## Kapitel 5 – Kapacitet og lægedækning

### 5.1. Sammenfatning

#### *Kapacitet*

Det er en grundlæggende udfordring at sikre den nødvendige kapacitet og en effektiv ressourceanvendelse i almen praksis, så sektoren kan løfte fremtidens opgaver, herunder indsatsen over for kronisk syge patienter.

Udvalget peger på en række rammebetingelser og tiltag, der påvirker mulighederne for at imødekomme udfordringen med at fremme kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis, herunder sikre rekruttering og fastholdelse af læger og praksispersonale i sektoren. Rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger og praksispersonale handler efter udvalgets opfattelse først og fremmest om at fremme den faglige udvikling i sektoren, arbejdsmiljø mv., så det fortsat er fagligt attraktivt og udfordrende at arbejde i almen praksis.

Udvalget peger derudover på de rekrutterings- og fastholdelsesmæssige perspektiver i udbredelse af flerlægepraksis, idet udvalget samtidig anerkender behovet for at bevare muligheden for at drive solopraksis. Udvalget peger i den forbindelse på en række mere specifikke muligheder for at fremme flerlægepraksis, herunder præcisering i lovgivningen af muligheden for at regioner og kommuner faciliterer lægernes adgang til egnede lokaler på markedsvilkår.

Det er udvalgets vurdering, at tilvejebringelse og udlejning af lokaler vil kunne bidrage til at fremme rekruttering og fastholdelse samt bidrage til at løse de problemer, der i visse geografiske områder er og fremover kan være med at sikre tilstrækkelig lægedækning.

Der peges derudover på de kapacitets-, rekrutterings- og fastholdelsesmæssige perspektiver i at skabe mulighed for, at praktiserende læger tidsbestemt kan ansætte læger (speciallæger i almen medicin) i deres praksis samt i at sikre, at delepraksis har flere patienter ved at skabe mulighed for at fjerne det nuværende loft for antal patienter tilmeldt delepraksis (øvre grænse) særligt i områder med lægedækningsproblemer, og dels ved at øge de kapacitetsmæssige krav til delepraksis (nedre grænse).

Udvalget peger også på mulighederne for at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved at øge den nedre lukkegrænse for tilmelding af patienter til praksis (normtallet). Udvalget peger som alternativ på muligheden for, at regionerne, inden for deres økonomiske rammer, indgår lokale aftaler med de enkelte praktiserende læger om at øge lukkegrænsen ud over det til enhver tid eksisterende normtal.

Der peges også på den mulighed, at regionerne, og eventuelt de lokale praktiserende læger via initiativer i det regionale samarbejdsudvalg, markant styrker indsatsen over for læger/praksis, der i mindre omfang er valgt af borgerne ved det frie lægevalg, fx ved en indsats i form af målrettet brug af udviklingskonsulenter til de pågældende læger.

Endelig peger udvalget på mulighederne for at øge kapacitet og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet anvendelse af praksispersonale. Opmærksomheden skal henledes på, at realiseringen af kapacitetsgevinsten ved øget brug af praksispersonale forudsætter et øget antal tilmeldte patienter samt målrettet ledelse og arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksis.

#### *Lægedækning i hele landet*

Udvalget peger på den grundlæggende udfordring, der består i at sikre en passende lægedækning overalt i landet, herunder i udkantsområder. Alle borgerne skal have mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge eller praksis. Og borgerne skal have reelle valgmuligheder, når de vælger læge eller praksis.

Udbudsprognosen viser, at det samlede antal alment praktiserende læger forventes at være stigende fra 2008 til 2020 med et midlertidigt fald fra 2011 til 2013, hvor antallet af læger dog fortsat vil være højere end i 2008. De underliggende regionale udbudsprognoser viser, at der regionalt vil være særlige udfordringer i forhold til den fremtidige lægedækning.

Den aktuelle lægedækning og udbudsprognosen understreger, at der ikke generelt er eller forventes at være lægedækningsproblemer i almen praksis. Omvendt er der i de regioner, og i de geografiske områder i den enkelte region, hvor der allerede er eller kan opstå lægedækningsproblemer et stærkt behov for tidssvarende rammer og redskaber, der effektivt kan sikre lægedækningen i disse områder.

Udvalget skal på denne baggrund pege på en række muligheder for at understøtte en passende lægedækning og et reelt frit lægevalg.

En mulighed er, at regionen – uafhængigt af et centralt aftalt normtal for den nedre lukkegrænse for praksis – selv kan fastlægge antallet af læger i den enkelte region på baggrund af en årlig vurdering af regionale og lokale behov. For at understøtte en hensigtsmæssig fordeling af praktiserende læger mellem regionerne, også i lyset af udbudsprognosens indikation af, at lægedækningsproblemerne i fremtiden er regionale, kan der derudover peges på muligheden for, at det gøres obligatorisk, at regionerne ved fastsættelsen af lægedækningen i regionen inddrager hensyn til andre regioner på baggrund af fælles årlige drøftelser af regionale muligheder og behov.

En mulighed er derudover, at regionen, og ikke som i dag de regionale samarbejdsudvalg, opnår kompetence til at fastlægge den områdemæssige placering af praksis i den enkelte region, idet særligt hensynet til lægernes, men også til kommunale, interesser samtidig skal tilgodeses.

Det bemærkes, at beslutninger, der træffes i samarbejdsudvalgene, kan skabe ejerskab og medansvar blandt de praktiserende læger.

Der peges derudover på, at udlejning af lokaler på markedsvilkår vil kunne bidrage til at løse problemer, der er i visse geografiske områder i forhold til tilstrækkelig lægedækning.

En ophævelse af den nuværende kilometergrænse for borgernes frie valg af læge, vil øge patienternes valgmuligheder og dermed deres rettigheder. Derudover vil denne udvidelse af det frie lægevalg styrke muligheden for at blive tilmeldt en praksis – også for patienter i udkantsområder med lægedækningsproblemer. Derfor vil en ophævelse af kilometergrænsen også få kapacitetsmæssige virkninger. Ved en ophævelse af kilometergrænsen skal det afklares under hvilke omstændigheder, sygebesøg kan finde sted.

Endelig skal der peges på, at de tidligere nævnte tiltag og rammer, der fremmer kapacitet og effektiv ressourceanvendelse, fx forhøjelse af normtallet for den nedre lukkegrænse for prak-

sis eller, inden for regionernes økonomiske rammer, lokale aftaler mellem regionerne og de enkelte praktiserende læger om at øge lukkegrænsen ud over det til enhver tid eksisterende normtal, også vil kunne bidrage til at sikre en passende lægedækning og et reelt frit lægevalg overalt i landet, såfremt disse rammeændringer bliver kombineret med ovennævnte muligheder, herunder en ophævelse af kilometergrænsen ved det frie lægevalg. Også den potentielle kapacitetsvirkning i delepraksis kan bidrage til at sikre lægedækningen i det omfang delepraksis er placeret i områder med lægedækningsproblemer.

## 5.2. Indledning

I dette kapitel behandles rammerne for organisering og arbejdstilrettelæggelse i bæredygtige enheder i almen praksis med udgangspunkt i kommissoriet, der fastslår:

- At udvalget skal beskrive og analysere rammerne for en hensigtsmæssig organisering i mere bæredygtige enheder i almen praksis, herunder størrelsen af lægepraksis samt anvendelsen af klinikpersonale med henblik på at frigøre lægeressourcer.
- At udvalget i den sammenhæng også skal beskrive og analysere rammerne for effektiv organisering og arbejdstilrettelæggelse i bæredygtige enheder, fx mulighederne for specialisering, fleksibilitet og opgaveoverførelse, samt mulighederne for ændret regulering af antallet af patienter pr. læge eller praksisenhed.

I dette kapitel forstås der med bæredygtighed den kapacitetsmæssige bæredygtighed i betydningen, at praksisenheder i almen praksis har en størrelse og organisering, der fremmer tiltrækning og effektiv anvendelse af de personalemæssige ressourcer.

Opmærksomheden skal henledes på, at spørgsmålet om bæredygtighed i almen praksis også kan anskues fra en kvalitetsmæssig eller økonomisk synsvinkel. Uagtet at fokus og prioriteten i dette kapitel således er den kapacitetsmæssige bæredygtighed, skal valg af løsninger på kapacitetsudfordringen også være økonomisk og kvalitetsmæssigt bæredygtige.

Det er hensigten i afsnit 5.5. og 5.6. at beskrive og vurdere rammer, der kan fremme rekruttering og fastholdelse og dermed kapaciteten i almen praksis, så sektoren kan løfte fremtidens opgaver, herunder indsatsen over for kronisk syge patienter. Endvidere ses der på mulighe-

derne for at opnå en mere effektiv anvendelse af især praksispersonalets ressourcer via hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse.

Der ses i afsnit 5.7. på rammerne for sikring af lægedækning og frit lægevalg og effektiv ressourceanvendelse i almen praksis.

### **5.3. Udfordringer**

Det er en grundlæggende udfordring at sikre den nødvendige kapacitet og en effektiv ressourceanvendelse i almen praksis, så sektoren kan løfte fremtidens opgaver, herunder indsatsen over for kronisk syge patienter.

Det er desuden en grundlæggende udfordring at sikre en passende lægedækning overalt i landet, herunder i udkantsområder. Mere specifikt skal det sikres, at alle borgere overalt i landet har mulighed for at blive tilmeldt en bestemt læge (enkeltmandspraksis) eller en praksis (kompagniskabspraksis). Borgerne skal også have mulighed for at vælge imellem flere læger/praksis (frit lægevalg), idet borgerne efter de gældende regler som minimum har ret til at vælge mellem to læger/praksis inden for en rimelig afstand.

Endelig er det en udfordring at sikre en effektiv anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Dette indebærer også en effektiv anvendelse af lægekapacitet i almen praksis. En effektiv anvendelse af lægekapaciteten i almen praksis forudsætter en hensigtsmæssig fordeling af patienter på tværs af de alment praktiserende læger, og også en effektiv arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksis.

## **5.4. Lægepopulationen og lægedækningen**

### **5.4.1. Lægepopulationen**

I september 2008 er der 3.416 alment praktiserende læger, jf. tabel 5.1., hvoraf også ses fordelingen af alment praktiserende læger efter regioner. Der er i september 2008 derudover



240 praktiserende delelæger i almen praksis. Antallet af praktiserende læger, inkl. delelæger, er 3656 læger<sup>8</sup>. Der er i alt 2.138 lægepraksis.

**Tabel 5.1. Antal praktiserende læger, fordelt på regioner, pr. september 2008**

	<b>Antal læger</b>	<b>Andel af det samlede antal læger</b>	<b>Antal praksis</b>
Region Hovedstaden	1.036	30 %	777
Region Sjælland	496	15 %	298
Region Syddanmark	743	22 %	413
Region Midtjylland	782	23 %	442
Region Nordjylland	359	10 %	208
<b>Total</b>	<b>3.416</b>	<b>100 %</b>	<b>2.138</b>

Kilde: Danske Regioner.

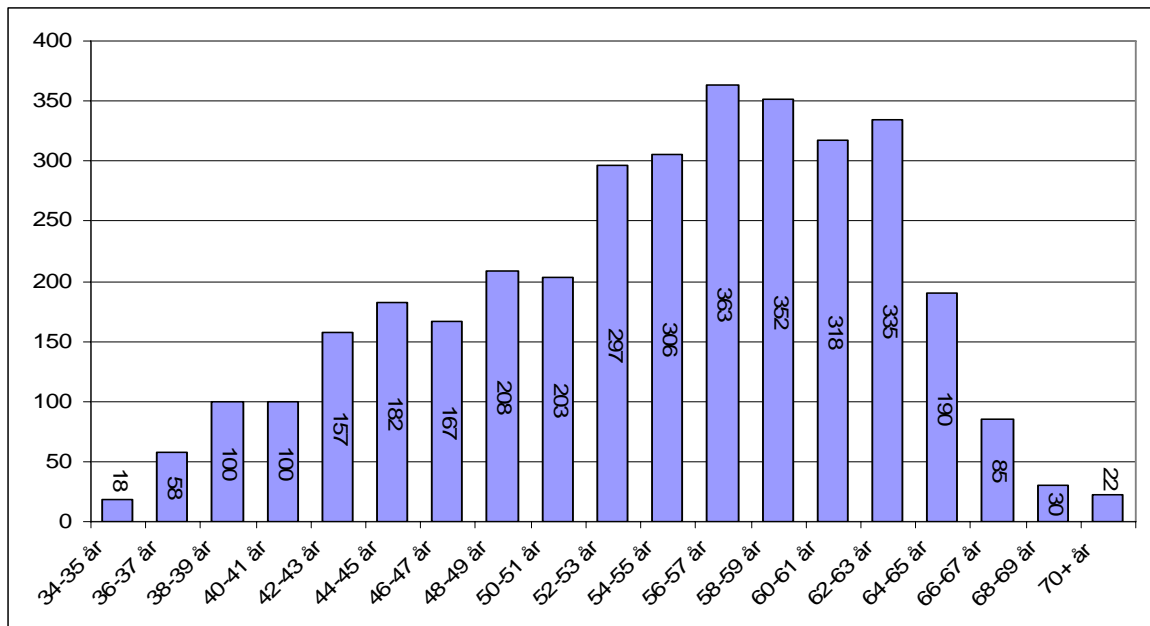
Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.

Gennemsnitsalderen for de praktiserende læger er 54 år i 2008. Som figur 5.1. viser, er en stor andel (1.195) af de praktiserende læger mellem 58-65 år.

---

<sup>8</sup> De 240 delelæger indgår pr. definition ikke ved vurdering af praksisstørrelse. Der er i alt 760 læger i delepraksis, inkl. de 240 delelæger. Der henvises til afsnit 5.7.3. for en nærmere beskrivelse og vurdering af delelægeordningen samt til bilag.5.24 og 5.25.

**Figur 5.1. Aldersfordeling for praktiserende læger, pr. september 2008**



Kilde: Danske Regioner.

Anm: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.

Gennemsnitsalderen for nyledsatte praktiserende læger er 40 år i 2007, og er dermed faldet fra 42 år i år 2005 (PLO 2008a). Gennemsnitsalderen for læger, der indleder hoveduddannelsesforløbet i almen medicin, er 33 år, og forløbet er normeret til 4,5 år.

Dette giver et potentiale for at rekruttere læger til almen medicin på et tidligere tidspunkt end det nuværende gennemsnitlige 40 år. Den nye reform af den lægelige videreuddannelse har bl.a. til formål at nedbringe uddannelsestiden for speciallæger. Det må derfor forventes, at lægerne fremover bliver speciallæger i en yngre alder, og således vil nedsætte sig i praksis tidligere, end de gør nu.

Det fremgår ligeledes, at de praktiserende lægers gennemsnitsalder også varierer på tværs af kommuner jf. bilag 5.1.

Der kan endvidere konstateres en stigning i den gennemsnitlige ophørsalder. I perioden 1999-2007 var den gennemsnitlige ophørsalder 59,7 år. Ophørsalderen er i steget til 61,1 år i 2007 (Danske regioner 2008). Udskydelse af de praktiserende lægers pensionsalder rummer et potentiale til på kortere sigt at opretholde den nuværende lægekapacitet i almen praksis. Se mere herom i afsnit 5.5.3

Endelig har andelen af praktiserende læger af den samlede lægestyrke været faldende i perioden 1981 til 2006 jf. bilag 5.2. Det bemærkes, at antallet af praktiserende læger er steget i perioden, men at stigningen i det samlede antal læger har været større. I perioden er der samtidig sket væsentlige ændringer i opgavernes omfang og karakter i de respektive sektorer.

#### **5.4.2. Det fremtidige udbud af praktiserende læger**

I dette afsnit ses der på det forventede fremtidige udbud af lægekapacitet i almen praksis.

Efterspørgslen efter aktiviteter og ydelser i almen praksis er ikke forsøgt nærmere estimeret i denne analyse. Efterspørgslen i fremtiden afhænger bl.a. af den demografiske udvikling, den medicinske og teknologiske udvikling samt af den regionale og kommunale planlægning og styring af det samlede sundhedsvæsen. I takt med at almen praksis skal styrke indsatsen over for bl.a. kroniske syge patienter, jf. kapitel om fremtidens opgaver i almen praksis, kan der opstå et øget behov for at sikre kapaciteten i sektoren.

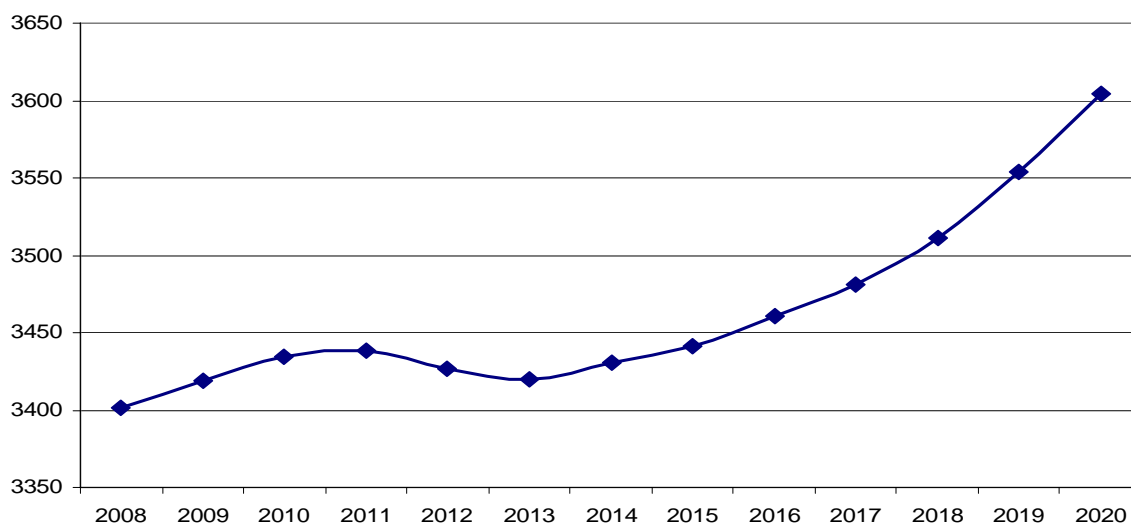
Uanset efterspørgslens eksakte omfang og karakter på 5, 10 eller 15 års sigt, vil der være behov for at sikre effektiv anvendelse af lægeressourcerne også i almen praksis.

Det fremtidige udbud af praktiserende læger afhænger af tilgangen samt afgang af praktiserende læger i almen praksis. Danske Regioner har beregnet det fremtidige udbud af praktiserende læger fra 2008 og frem til 2020.

Ifølge prognosen er det samlede antal praktiserende læger stigende fra 2008 til 2020 med et midlertidigt fald i udbuddet fra 2011 til 2013. Det laveste antal læger vil ifølge prognosen forekomme i 2008 (3.401 læger ekskl. delelæger) jf. figur 5.2.

Det bemærkes, at de 240 praktiserende læger, der i dag praktiserer som delelæger i almen praksis, ikke indgår i denne udbudsprognose, da delelæger ikke indgår ved den årlige opgørelse af læger i regionen eller ved vurdering af praksisstørrelse. Der henvises til afsnit 5.7.3., hvori der foretages en nærmere analyse af delelægeordningen.

**Figur 5.2. Udviklingen i antal praktiserende læger 2008-2020**



Kilde: Danske Regioner 2008. Udbudsprognose.

Nedenstående tabel 5.2. viser udbudsprognosen for antal praktiserende læger 2008-2020 fordelt på de enkelte regioner.

**Tabel 5.2. Udbudsprognose for antal praktiserende læger 2008-2020**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Region Hovedstaden</b>	1023	1016	1004	995	986	982	983	983	987	992	1000	1011	1025
<b>Region Sjælland</b>	496	507	514	520	524	532	539	547	555	564	575	587	601
<b>Region Syddanmark</b>	743	753	766	773	775	773	785	798	811	826	842	862	883
<b>Region Midtjylland</b>	782	792	803	805	804	802	799	795	793	790	789	790	793
<b>Region Nordjylland</b>	357	351	347	344	338	331	325	318	314	309	306	304	304
<b>Total</b>	<b>3401</b>	<b>3418</b>	<b>3434</b>	<b>3438</b>	<b>3427</b>	<b>3420</b>	<b>3430</b>	<b>3441</b>	<b>3461</b>	<b>3482</b>	<b>3511</b>	<b>3554</b>	<b>3605</b>

Kilde. Danske regioner 2008. Udbudsprognose.

Anm: I 2008 er praktiserende læger over 70 år ikke indregnet.

Det ses, at udbudsprognosen varierer betragteligt på regionsniveau. I Region Nordjylland falder udbuddet af praktiserende læger i hele perioden fra 357 læger i 2008 til 304 læger i 2020. I Region Sjælland stiger antallet af læger derimod i hele perioden fra 496 læger i 2008 til 601 læger i 2020. I Region Hovedstaden falder antallet af læger frem til 2013 (982 læger), hvorefter antallet af læger stiger frem mod 2020 (1.025 læger). Hertil kommer, at det må endelig antages, at der også i forskellige områder i den enkelte region kan være forskelle i udbuddet af praktiserende læger i fremtiden.

Det bemærkes, at der pr. januar 2008 mangler 114 alment praktiserende læger, samt at der er en geografisk variation på tværs af regionerne,<sup>9</sup> jf. bilag 5.3. Det bemærkes i den forbindelse, at mangelsituationen er defineret i forhold til den normering, der er fastlagt efter de nuværende lægedæknings- og normtalsregler i landsoverenskomsten. Der henvises til afsnit 5.7.5. for en nærmere beskrivelse og vurdering af mulighederne for at ændre de nuværende styringsmæssige rammer.

### *Usikkerhed*

Udbudsprognosen bygger i sagens natur på forudsætninger, der kan ændre sig, og som dermed kan have betydning for udbuddet af læger<sup>10</sup>. Beregninger er baseret på antallet af læger, der tilgår specialet i almen medicin og afgang/ophør blandt de praktiserende læger.

I prognosen antages, at antallet af ansatte læger i hoveduddannelsesstillinger i specialet almen medicin vil være 203 pr. år. Antallet af besatte hoveduddannelsesstillinger kan dog potentielt blive højere i fremtiden. I Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for 2008-2012 er antallet af hoveduddannelsesforløb for specialet almen medicin sat til 240 stillinger, forudsat at der kan tilvejebringes det nødvendige antal tutorpraksis til både turnus og almen medicinsk uddannelse (Sundhedsstyrelsen 2006b). 240 stillinger svarer til 27 pct. af samtlige hoveduddannelsesstillinger.

For så vidt angår den fremtidige ophørsintensitet antages i prognosen, at denne svarer til den gennemsnitlige ophørsintensitet i årene 1999-2007. Det kan dog vise sig, at den fremtidige ophørsintensitet kan adskille sig fra den historiske ophørsintensitet. Der kan også forekomme regionale forskelle i ophørsintensitet.

Som anført i afsnit 5.3.1. var den gennemsnitlige startalder tidligere ca. 42 år og en gennemsnitlig tilbagetrækningsalder på 59,7 år, hvilket tidligere gav den praktiserende læge en erhvervsaktiv periode på ca. 17½-18 år. At de praktiserende læger i dag starter praksis i en alder af ca. 40 år kombineret med en gennemsnitlig tilbagetrækningsalder på 61,1 år betyder,

---

<sup>9</sup> Det bemærkes, at en andel af de omhandlede ubesatte lægepraksis må antages kun at være midlertidigt ubesatte, grundet igangværende salg af praksis.

<sup>10</sup> I afsnit 5.4.3. er nærmere redegjort for en justeret udbudsprognose for den ekstra kapacitet, der kan opnås, hvis samtlige praktiserende læger i alderen 63-67 år venter 1, 2 eller 3 år ekstra med at gå på pension.

at den erhvervsaktive periode som praktiserende læge er forlænget til 21 år. Såfremt denne tendens holder vil den gennemsnitlige erhvervsaktive periode som praktiserende læge dermed være forlænget med op mod 3½ år.

Den som nævnt nyligt gennemførte omlægning af den lægelige videreuddannelse vil medvirke til, at uddannelsen gennemføres hurtigere end hidtil. Det må isoleret set forventes at trække i retning af en lavere startalder og dermed en længere erhvervsaktiv periode som praktiserende læge. Dette vil yderligere trække i retning af et øget udbud af læger på længere sigt.

Endelig skal bemærkes, at udbudsprognosen, uanset karakteren af de underliggende antagelser om den fremtidige tilgang og afgang blandt de praktiserende læger, ikke tager højde for den negative kapacitetsvirkning, såfremt de praktiserende læger i fremtiden har præferencer for kortere gennemsnitligt arbejdstid end de nuværende læger. Dette vil isoleret set trække i retning af at mindske kapaciteten, og den samlede effekt vil så afhænge af, om væksten i ”antal hoveder” er større eller mindre end væksten ”i gennemsnitlig arbejdstid”, såfremt den reduceres i fremtiden.

#### **5.4.3. Patienternes fordeling på tværs af de praktiserende læger**

Antallet af patienter, som er tilmeldt den enkelte praktiserende læge, varierer. Patienterne er uensartet fordelt på tværs af landets praktiserende læger.

Som det ses af tabel 5.3., er der gennemsnitligt 1.583 tilmeldte borgere pr. praktiserende læge<sup>11</sup>.

Men dette gennemsnit dækker over en variation på tværs af regionerne med et spænd på 1630 patienter pr. læge i Region Sjælland til 1.555 patienter pr. læge i Region Hovedstaden, hvilket gennemsnitligt er 75 færre patienter pr. læge.

---

<sup>11</sup> Det bemærkes, at delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i denne opgørelse. Såfremt det nuværende antal delelæger, der praktiserer i almen praksis, i alt 240 delelæger (september 2008), indgår i opgørelsen af det samlede antal praktiserende læger, svarer dette til 3.656 læger; og dermed til, at der gennemsnitligt er 1.479 patienter tilmeldt per praktiserende læge. Der henvises til afsnit 5.7.3. for en nærmere beskrivelse og vurdering af delelægeordningen.

**Table 5.3. Number of registered patients per doctor, distributed by region, as of September 2008**

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Total
Number of group 1-registered citizens	1.611.312	808.396	1.181.946	1.226.592	577.735	5.405.981
Number of practicing doctors	1.036	496	743	782	359	3.416
Number of patients per practicing doctor	1.555	1.630	1.591	1.569	1.609	1.583

Source: The Ministry of Health and Prevention; data from the Danish Regions.

Note: Dealing doctors and training doctors are not included in the calculation.

The average covers a variation across the practicing doctors. As seen in table 5.4., 1,715 practicing doctors have a lower number of registered citizens than the current normal of 1,600 per doctor. Conversely, 1,695 practicing doctors have more registered citizens than the current normal.

**Tabel 5.4. Fordeling af antal tilmeldte patienter pr. læge, pr. september 2008**

<b>Gruppe 1- sik- rede pr. læge</b>	0 – 999	1000- 1199	1200- 1399	1400- 1599	1600- 1799	1800- 1999	2000- 2199	2200- 2399	>2400	Ikke oplyst	I alt
Hovedstaden	77	58	141	256	278	136	52	24	14		1.036
Sjælland	11	14	54	132	192	54	21	12	6		496
Syddanmark	22	46	105	169	243	80	56	5	15	2	743
Midtjylland	16	57	131	232	213	77	31	8	14	3	782
Nordjylland	14	20	56	104	86	35	26	8	9	1	359
<b>Hele landet</b>	140	195	487	893	1.012	382	186	57	58	6	3.416

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (september 2008).  
Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.

Det gennemsnitlige antal tilmeldte patienter pr. praktiserende læge varierer også på tværs af landets kommuner, jf. bilag 5.4.

#### **5.4.4. Lægedækning**

Som nærmere beskrevet i afsnit 5.4.2. indikerer udbudsprognosen, at det samlede antal praktiserende læger forventes at være stigende fra 2008 til 2020 med et midlertidigt fald i udbuddet fra 2011 til 2013, idet det laveste antal læger ifølge prognosen forekommer i 2008 (3.401 læger ekskl. delelæger).

Hertil kommer dog, at prognosen også peger på, at udbuddet af praktiserende læger i fremtiden vil variere på regionsniveau. Fx falder udbuddet af praktiserende læger i Region Nordjylland i hele perioden fra 357 læger i 2008 til 304 læger i 2020. I Region Sjælland stiger antallet af læger derimod i hele perioden fra 496 læger i 2008 til 601 læger i 2020.

Udbudsprognosen peger dermed på behovet for rammer og tiltag, der sikrer den fremtidige lægedækning i regioner (og i områder i den enkelte region), hvor prognosen peger på et faldende udbud af læger.

Det bemærkes, som det ses af bilag 5.3., at der pr. januar 2008 mangler 114 alment praktiserende læger, samt at der er en geografisk variation på tværs af regionerne<sup>12</sup>. Det bemærkes i den

---

<sup>12</sup> Det bemærkes, at en andel af de omhandlede ubesatte lægepraksis må antages kun at være midlertidigt ubesatte grundet igangværende salg af praksis.



forbindelse, at mangelsituationen er defineret i forhold til den normering, der er fastlagt efter de nuværende lægedæknings- og normtalsregler i landsoverenskomsten.

Hertil kommer, at Danske Regioner har opgjort, at der pr. 1. juni 2008 er 470 ”lægeløse” patienter i Danmark. Dertil kommer 4.102 patienter, der er tilmeldt vikaretjente klinikker, som erstatning for en fast praktiserende læge. Region Midtjylland har flest ”lægeløse” patienter (360) og flest antal patienter, der er vikartilmeldt (1.680).

## **5.5. Rekruttering og fastholdelse af læger**

I dette afsnit ses der på mulighederne for at sikre kapaciteten i almen praksis i fremtiden ved at sætte fokus på rekruttering og fastholdelse af læger i sektoren.

Det er et sigtepunkt i dette afsnit at indkredse nogle af de væsentligste rammer og redskaber til fremme af en attraktiv sektor, som tiltrækker og fastholder læger, givet de politisk fastsatte overordnede ressourcemæssige rammer for udviklingen i sektoren og i det øvrige sundhedsvæsen.

Der ses på følgende muligheder for at fremme lægernes rekruttering og fastholdelse i forhold til almen praksis:

- Flerlægepraksis (afsnit 5.5.1.).
- Ansættelse af læger i praksis (afsnit 5.5.2.).
- Særlige fastholdelsesinitiativer i forhold til ældre læger (afsnit 5.5.3.).

Det skal derudover fremhæves, at det er vurderingen, at det er et væsentligt rekrutterings- og fastholdelsesparameter for sektoren, at den også sundhedsfagligt set fremstår som en attraktiv sektor i stærk faglig udvikling. Det handler især om, at også kvalitetsudviklingen fremstår som perspektivrig og spændende for lægerne – både de nuværende og de kommende læger.

Der henvises til kapitel 7 om kvalitet, service og IT, hvori der ses på mulige fremtidige rammer for denne udvikling. I denne sammenhæng skal det blot understreges, at rammerne

for den faglige udvikling i almen praksis ikke blot har betydning for kvaliteten, men også for lægernes rekruttering og fastholdelse – og dermed for kapaciteten i sektoren.

Endelig bemærkes, at der i denne rapport ikke ses nærmere på uddannelsesmæssige initiativer, der kan have effekt på rekrutteringsmulighederne i sektoren, jf. også omlægningen af lægernes videreuddannelse.

### **5.5.1. Flerlægepraksis**

Flerlægepraksis kan være en mulighed for at fremme rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis – og derigennem understøtte kapaciteten i sektoren. Ved flerlægepraksis forstås kompagniskabspraksis eller samarbejdspraksis.

Opmærksomheden skal henledes på, at flerlægepraksis også kan have virkninger i forhold til de praktiserende lægers mulighed for at fremme kvalitet, uddannelse og service. Der henvises til kapitel 7 om kvalitet, service og IT.

### **Udviklingen i praksisformer**

Efter landsoverenskomsten kan almen praksis drives som enkeltmandspraksis (solopraksis) eller kompagniskabspraksis<sup>13</sup>. Begge disse praksisformer kan drives som samarbejdspraksis<sup>14</sup>.

Den hidtidige udvikling er gået i retning af flerlægepraksis.

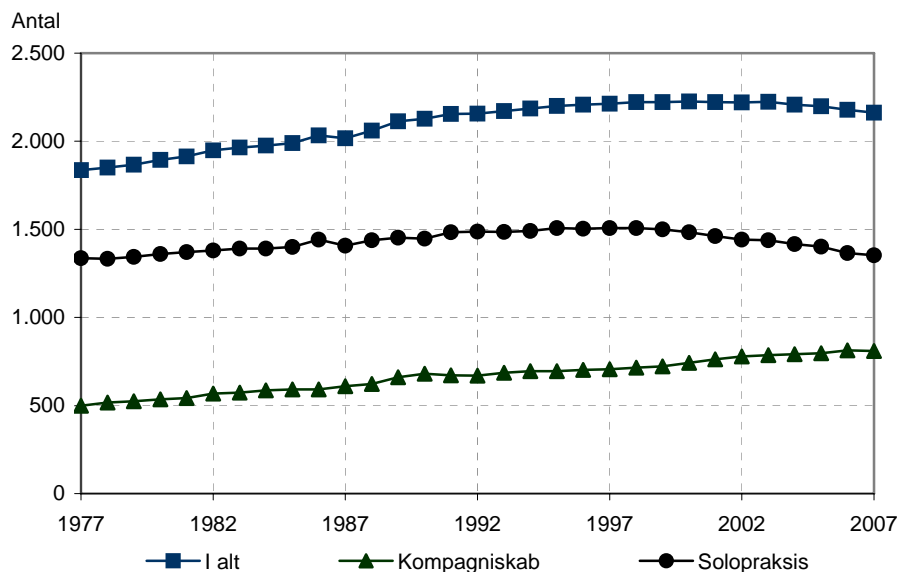
Som vist i figur 5.3. er antallet af lægepraksis steget fra 1.835 til 2.163 lægepraksis i perioden 1977 til 2007, svarende til en stigning på 18 pct. Antallet af kompagniskabspraksis er i perioden steget med 62 pct. Kompagniskabspraksis udgør i 2005 således mere end 37 pct. af det samlede antal praksis, mod 27 pct. i 1977.

---

<sup>13</sup> Ved *enkeltdmandspraksis* forstås praksis, der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi. Ved *kompagniskabspraksis* forstås praksis, der drives af 2 eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.

<sup>14</sup> Ved *samarbejdspraksis* forstås praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde om lokaler og personale.

Figur 5.3. Antal lægepraksis 1977-2007



Kilde: PLO samt Praksistælling 2007. Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977-2006.

Der er alene i de senere år (perioden 2000-2007) sket en stigning i antallet af kompagniskabspraksis på 14,3 pct. og i samme periode sket et fald i solopraksis på 8,6 pct.

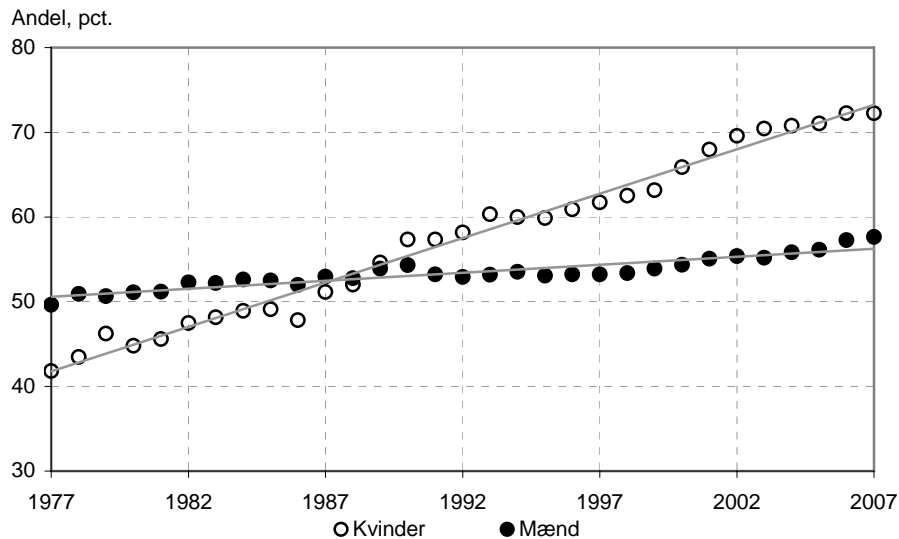
Udviklingen i retning af kompagniskabspraksis varierer på tværs af regionerne, idet andelen af kompagniskabspraksis således er markant lavere i Hovedstaden end i de øvrige regioner. Omkring 25 pct. af praksis i Region Hovedstaden er kompagniskabspraksis, mens det er tilfældet for næsten 50 pct. af praksis i Region Midtjylland og Region Syddanmark og omkring 40 pct. af praksis i Region Sjælland og Region Nordjylland, jf. bilag 5.5.

Omkring 25 pct. af praksis bliver drevet som samarbejdspraksis (PLO 2007a). Det er særligt solopraksis, der er organiseret som samarbejdspraksis. Andelen af solopraksis, der deltager i samarbejdspraksis, er således knapt en tredjedel, mens omkring 14 pct. af kompagniskabspraksis deltager i samarbejdspraksis. For begge praksisformer har der været en betydelig stigning i andelen af samarbejdspraksis fra 2003 til 2005, hvor andelen af solopraksis, der indgår i samarbejdspraksis, er steget med 10 procentpoint, mens andelen af kompagniskabspraksis, der indgår i samarbejdspraksis, er steget med 5 procentpoint.

Udviklingen afspejles også i figur 5.4. der viser, at 63 pct. af lægerne indgik i 2007 i kompagniskabspraksis mod 49 pct. i 1977. Det er særligt kvindelige læger, der indgår i kompagniskabspraksis.

niskabspraksis. Således indgår 72 pct. af kvinderne i kompagniskabspraksis, mens andelen er 58 pct. blandt de mandlige læger.

**Figur 5.4. Andel af læger i kompagniskabspraksis fordelt efter køn og år, 1977-2007**



Kilde: PLO samt Praksistælling 2007. Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977-2006,

Endelig kan det konstateres, at de enkelte kompagniskabspraksis er blevet større i de senere år. Siden midten af halvfemserne er andelen af kompagniskabspraksis med fire eller flere læger således steget fra ca. 14 pct. til 22 pct. af samtlige kompagniskabspraksis i 2007, mens andelen af 3-lægepraksis i samme periode er steget fra 23 pct. til 27 pct. af samtlige kompagniskabspraksis. Dog er over halvdelen af kompagniskabspraksis i 2007 stadig 2-lægepraksis (PLO 2007a).

Det kan samlet konstateres, at den hidtidige udvikling er gået i retning af flerlægepraksis, idet udviklingen samtidig kan konstateres at variere ikke mindst på tværs regioner og køn.

### **Rekrutterings- og fastholdelsesperspektivet ved flerlægepraksis**

Der er en række grunde til at tro, at udbredelse af flerlægepraksis i almen praksis kan bidrage til at fremme rekruttering og fastholdelse af læger til sektoren og dermed bidrage til at fremme kapaciteten.

### *Rekruttering af yngre læger til flerlægepraksis*

Det vurderes, at flerlægepraksis er et vigtigt rekrutteringsparameter for yngre læger. Det dokumenteres i en spørgeskemaundersøgelse blandt kommende speciallæger i almen medicin (DSAM 2008). Undersøgelsen viser, at kun 3 pct. af respondenterne ønsker at nedsætte sig i enkeltmandspraksis.

Rundspørgen blandt de yngre læger dokumenterer også, at kompagnipraksis er en særlig attraktiv praksistype, hvor hele 67 pct. af kommende speciallæger i almen medicin ønsker at nedsætte sig i kompagniskabspraksis.

I praksis viser det sig også ved, at tre ud af fire af nynedsatte læger faktisk har nedsat sig i kompagniskabspraksis i perioden. Lægernes begrundelse for at foretrække flerlægepraksis er især knyttet til mulighed for øget fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse og kollegial sparring.

Dansk Selskab For Almen Medicin har undersøgt de kommende praktiserende lægers præferencer i forhold til størrelse på flerlægepraksis (DSAM 2008). Langt hovedparten (50 pct.) af de kommende praktiserende læger ønsker at praktisere sammen med maksimalt 4-5 læger. Kun 9 pct. af de læger, der foretrækker kompagniskab, ønsker at arbejde sammen med 6-7 læger og 3 pct. ønsker at arbejde med mere end 8 læger.

Endvidere kan det ikke udelukkes, at den fysiske placering af flerlægepraksis i større bygningsfællesskab med andre sundhedspersoner fra den øvrige praksissektor, fx praktiserende speciallæger eller det kommunale sundhedsvæsen, yderligere kan tilskynde nogle alment praktiserende læger til at samle sig i flerlægepraksis, grundet det bredere fælles faglige miljø i sådanne større sundhedshuse.

### *Fastholdelse af ældre alment praktiserende læger*

Det vurderes, at flerlægepraksis i almen praksis desuden kan bidrage til at fremme ældre lægers fastholdelse i sektoren, fordi flerlægepraksis kan tilbyde en fleksibilitet, der bl.a. muliggør en mere gradvis afgang fra arbejdsmarkedet.

Denne mulighed illustreres også af PLO's undersøgelse "Rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis" (2003), der viser, at en fjerdedel af de ældre, alment praktiserende læger tilkendegiver, at det ville være et incitament til at udskyde deres arbejdsophør, hvis de

kunne flytte til flerlægepraksis. Som begrundelse for at flytte i flerlægepraksis angiver lægerne især muligheden for fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse i form af flere dage fri fra praksis samt muligheden for mindre administrativt arbejde.

Eftersom kompagniskab giver større grundlag for fleksibilitet end samarbejdspraksis på grund af den fælles patientliste, må det antages, at kompagniskabspraksis potentielt rummer en større fastholdelsesvirkning på de ældre læger i sammenligning med samarbejdspraksis. Omvendt kan det måske ses som nemmere for en ældre læge at etablere sig i samarbejdspraksis frem for i en kompagniskabspraksis.

#### *Kapacitetsmæssige ulemper ved flerlægepraksis*

Det vurderes i ovenstående afsnit, at flerlægepraksis både kan fremme rekruttering af yngre læger og fastholdelse af ældre læger – og ad denne vej understøtte kapaciteten i sektoren.

Som anført giver flerlægepraksis mulighed for en fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen i den enkelte praksis, der muliggør, at lægerne fx kan arbejde på nedsat tid eller med faste ugentlig fridage, sammenholdt med mulighederne herfor i fx solopraksis. Dermed mindskes kapaciteten i sektoren via en reduceret anvendelse af de lægelige ressourcer i sektoren.

I et kapacitetsperspektiv er der således en risiko, at den større fleksibilitet i flerlægepraksis, sammenlignet med solopraksis, bliver omsat til, at lægerne reelt arbejder mindre i praksis, end de ellers ville have gjort. Det kapacitetsmæssige dilemma består dermed i at balancere hensynet til at sikre rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis i forhold til hensynet om at sikre en effektiv brug af de læger, der vælger at nedsætte sig i sektoren.

Dette kapacitetsmæssige dilemma peger på behovet for at fastsætte visse grænser for at fleksibiliteten i flerlægepraksis fuldt omsættes til at nedsætte lægernes arbejdstid. Et højere normtal for den generelle nedre lukkegrænse for praksis end det nuværende (1.600 patienter pr. læge), jf. 5.7.2. er ét eksempel på en sådan rammebetingelse, der vil kunne trække i retning af, at de lægelige ressourcer i en flerlægepraksis omsættes til kapacitet og ikke til nedsat arbejdstid. Et andet eksempel er tydeliggørelse og monitorering af de overenskomstmæssige servicekrav (tilgængelighed) for patienterne. Se kapitel 7 om kvalitet, service og IT.

Opmærksomheden skal også henledes på en anden ulempe ved flerlægepraksis: En samling af praksis i flerlægepraksis i fælles fysiske enheder indebærer, at nogle patienter får længere geografisk afstand til den alment praktiserende læge. Derudover indebærer en samling i flerlægepraksis i form af kompagniskabspraksis, at patienter får et mindre antal praksis at vælge mellem ved det frie lægevalg.

### **Fremme udviklingen af flerlægepraksis**

Det må forventes, at også den fremtidige udvikling går i retning af flerlægepraksis, selv ved en fortsættelse af de nuværende rammebetingelser for almen praksis, som de bl.a. er fastlagt i landsoverenskomsten, især fordi de yngre læger udtrykker et så stort et ønske om at nedsætte sig i større praksis.

Det kan imidlertid overvejes, hvilke muligheder, der er for at fremme udviklingen af flerlægepraksis, såfremt man ønsker at sætte yderligere fart på udviklingen. Dette har ikke mindst relevans i forhold til geografiske områder, hvor udviklingen hidtil har været svagest. Andelen af kompagniskabspraksis er som beskrevet i afsnit 5.5.1., fx væsentligt lavere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.

I dette afsnit beskrives og vurderes mulighederne for at fremme flerlægepraksis i relation til:

- At forbedre lægernes adgang til egnede lokaler.
- At forbedre den praktiske rådgivning af lægerne.
- At øge lægernes faglige incitamentter til at indgå i flerlægepraksis.

#### *Praktiserende lægers adgang til egnede praksislokaler*

Som en af de væsentligste barrierer for udbredelse af flerlægepraksis og øget brug af praksispersonale anføres ofte manglen på egnede lokaler.

PLO's Praksistælling 2005 viser således, at ca. en tredjedel af de adspurgte praksis ønsker at udvide deres praksislokaler. Det er især kompagniskaber, og praksis med et højt antal patienter, der ønsker at udvide. Ønsket begrundes for en stor dels vedkommende med et ønske om at udvide praksis med flere læger eller at ansætte praksispersonale eller uddannelseslæger. Navnlige sololægerne ønsker større lokaler for at kunne indgå samarbejde med andre læger,

mens kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis ønsker større lokaler for at kunne ansætte mere personale og uddannelseslæger.

Anførte barrierer for at flytte praksis til større lokaler er bl.a., at det navnlig i større byer kan være vanskeligt at finde lokaler, der er egnede til større lægepraksis, at nogle læger er bundet af lejekontrakter med lang opsigelse, eller at lægerne ikke ønsker at påtage sig udgifterne til investering i større praksislokaler og/eller højere husleje<sup>15</sup>.

PLO's seneste medlemsundersøgelse fra 2008 viser, at 23 pct. af de adspurgte læger ønsker at flytte til større lejede lokaler, hvis muligheden bød sig, mens 25 pct. ville overveje det. Det er især lægerne i Region Hovedstaden, der finder det attraktivt at flytte i større, lejede lokaler.

Undersøgelsen viser desuden, at interessen for at flytte til større, lejede lokaler falder med alderen, idet 55 pct. af lægerne mellem 30 og 39 år kunne forestille sig (eller kunne muligvis forestille sig) at flytte til større lejede lokaler, mens dette gælder for 43 pct. af lægerne over 60 år. Det kan på denne baggrund konstateres, at nogle læger finder, at det er vanskeligt at få adgang til egnede praksislokaler til brug for etablering eller udvidelse af flerlægepraksis.

Der skal i denne forbindelse peges på regionernes og kommunernes muligheder for at facilitere lægernes adgang til egnede lokaler til brug for etablering eller udvidelse af flerlægepraksis. Det bemærkes, at der findes private firmaer, som tilbyder at bygge lokaler til lægepraksis samt evt. stille udstyr og administration til rådighed.

For det første kan kommunerne via lokalplaner og andre lokale bygningsmæssige bestemmelser understøtte etablering af flerlægepraksis. Kommunerne kan varetage deres interesse i at sikre rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger i lokalområdet ved at facilitere adgang til egnede praksislokaler i kommunen. Det kan fx ske ved at udpege egnede arealer i kommuneplanen, ved at tænke behovet for større flerlægepraksis med ved planlægningen af nye by- og boligområder eller ved omdannelse af eksisterende områder. Det kan ske på samme måde, som man planlægger for den offentlige service og erhverv.

---

<sup>15</sup> Praksistællingen fra 2005 viser, at godt halvdelen (53 %) af landets lægepraksis drives fra lejede lokaler samt at der er store geografiske variationer i andelen af praksis i lejede lokaler.



For det andet bidrager nogle regioner og kommuner allerede i dag til udbredelsen af flerlægepraksis mv. ved bl.a. at medvirke ved tilvejebringelse af egnede lokaler. Udvalget peger i den forbindelse på en række mere specifikke muligheder for at fremme flerlægepraksis, herunder præcisering i lovgivningen af muligheden for at regioner og kommuner faciliterer lægernes adgang til egnede lokaler på markedsvilkår<sup>16</sup>.

#### *Praktisk rådgivning af lægerne*

Opgaven med at overgå til flerlægepraksis eller ved etablering i større praksislokaler kan være et omfattende projekt, der kan virke uoverkommeligt for nogle praktiserende læger. Konsulentbistand i bygge- og etableringsprocesser kan muligvis lette etableringen af større praksisenheder. Derudover kan regionerne og Praktiserende Lægers Organisation styrke rådgivningen af lægerne om den praktiske proces ved overgang til flerlægepraksis i form af kompagniskabs- eller samarbejdspraksis.

#### *Skat og afskrivning*

Praktiserende Lægers Organisation har i publikationen ”På vej mod større lægehuse”(september 2007) fremhævet følgende barrierer for større lægehuse:

- ”.. ønsker fx. to solopraktiserende læger at lægge deres praksis sammen i et kompagniskab betragtes dette skatteretligt som et skattepligtigt delsalg af samtlige de aktiver, som tilhører de to virksomheder. Det indebærer, at de to læger i afståelsesåret bliver beskattet af halvdelen af det aktiv, der sælges. Beskatningen af aktivet modsvares af retten til at afskrive aktivet. Reglen indebærer således en betydelig økonomisk belastning for lægen (typisk i form af låneomkostninger og rentetab).”
- ”Etablering af større lægehuse indebærer betydelige investeringer, som kan virke afskrækkende for mange læger og dermed blokere for i øvrigt fornuftige projekter om større lægehuse. I den forbindelse forekommer det ulogisk, at der ikke kan foretages skattemæssige afskrivninger på bygninger, der anvendes til lægeklinikker og – huse (jf. afskrivningslovens § 14, stk. 2).”

---

<sup>16</sup> Med kommunalreformen er regionerne ikke omfattet af kommunalfuldmagten, som amterne tidligere var, idet regionernes forsyningspligt i forhold til bl.a. almen praksis dog samtidig er lovfæstet i sundhedslovens § 57. Kommunerne er også efter kommunalreformen omfattet af kommunalfuldmagten.

For så vidt angår spørgsmålet om *skattepligtigt delsalg* af aktiver, er de gældende regler, at sammenlægning af lægepraksis skattemæssigt behandles efter skattereglerne for ind- og udtræden af interessentskaber. Optagelse af interessenter i en hidtidig enkeltmandsvirksomhed eller i et allerede bestående interessentskab anses for den hidtidige indehavers vedkommende som salg af en ideel anpart af hele virksomheden. For den indtrædendes vedkommende anses det som køb af den overtagne anpart af virksomhedens formue. Udtræden af et interessentskab anses for den udtrædendes vedkommende som salg af virksomhed. For den tilbageblivende interessents vedkommende betragtes det som køb af den udtrædendes andel af virksomheden. Sammenlægning af lægepraksis for to solopraktiserende læger anses efter disse regler for både at være et delsalg og et delkøb af lægepraksis. Den ene læge sælger en del af sin praksis til kollega en og køber samtidig en andel af kollegaens praksis, og omvendt.

Det fremgår af et regneeksempel fra PLO, hvor to personligt ejede sololægepraksis med en goodwill på hver 1,5 mio. kr. lægges sammen, og hvor der ikke udveksles økonomi mellem lægerne, at der med de gældende regler i sammenlægningsåret for hver af lægerne er en finansieringsbyrde (skattebyrde) på 161.000 kr., jf. bilag 5.6. I regneeksempellet antages skattebyrden finansieret via låneoptag til 6 pct. forrentning. Med de gældende skatte- og afskrivningsregler indebærer sammenlægningen derved en reel merudgift på 29.000 kr. over 7 år for hver læge, svarende til gennemsnitligt godt 4.000 kr. årligt i 7 år.

*Vurdering af mulighed for justering af gældende regler* for så vidt angår spørgsmålet om skattepligtigt delsalg:

Praktiserende Lægers Organisation ønsker, at en sololægepraksis som personligt ejet virksomhed kan lægges sammen med en anden sololægepraksis uden skattemæssige konsekvenser.

Det ville svare til, at successionsreglerne for selskaber i fusionsskatteoven udvides til også at gælde for personligt drevne virksomheder. Successionsreglerne medfører, at erhververen ved overdragelse af aktiver indtræder i overdragerens skattemæssige stilling. Overdragelsen påvirker således ikke indkomstopgørelsen hos overdrageren. Erhververen overtager aktiver-

ne med den tilhørende latente avanceskat, og denne udløses først, når erhververen selv senere afstår aktiverne.

Hvis successionsreglerne skal udvides til særlige grupper af personligt drevne virksomheder vil det være nødvendigt at kombinere denne udvidelse med et sæt af komplicerede værnsregler.

Der findes for nærværende ikke i skattelovgivningen særregler for udtræden og indtræden i interessentskaber for særlige grupper af erhvervsdrivende. En generel betydelig ulempe er, at en særordning for praktiserende læger vil gøre de gældende regler mere komplicerede og uoverskuelige.

Fordelen ved en justering af reglerne, som ønsket af PLO, er, at det bliver lettere at lægge en personligt ejet sololægepraksis sammen med en anden sololægepraksis, idet lægerne vil blive undtaget skattebetaling.

Yderligere ulemper ved en justering af reglerne er, at der i skattelovgivningen indsættes særregler for udtræden og indtræden i interessentskaber for en særlig gruppe af erhvervsdrivende. En særordning for praktiserende læger vil kunne medføre lignende ønsker fra andre grupper som fx advokater og revisorer. Det vil være svært at argumentere for, at der indføres regler for én gruppe og ikke for andre tilsvarende grupper. At indføre regler om generel skattemæssig succession ved omstrukturering af personligt drevne virksomheder vil svare til helt at ophæve avancebeskatningen ved afståelse af en virksomhed. Endvidere vil en ændring af reglerne medføre et tab af skatteprovenu for staten.

Det bemærkes, at den enkelte læge/praksis ifølge den gældende overenskomst selv kan bestemme, om praksis drives som en personligt ejet virksomhed, jf. regneeksemplet fra PLO, eller som et alment lægeselskab. Ved alment lægeselskab forstås praksis, der drives af en eller flere læger, der har tiltrådt landsoverenskomsten, og som er ansat i et anpartsselskab, aktieselskab eller andet selskab. Anparterne/aktierne i et alment lægeselskab kan endvidere ejes af et holdingselskab.

Den påpegede økonomiske barrierer for sammenlægning af soloselskaber kan efter gældende regler således undgås, idet det er muligt for læger, der driver praksis som en personligt ejet

virksomhed, at foretage en skattefri etablering af fælles lægepraksis ved først at foretage en skattefri omdannelse af de enkelte personlige virksomheder til anparts- og aktieselskaber, og herefter at foretage en skattefri fusion af selskaberne.

For så vidt angår spørgsmålet om *skattemæssige afskrivninger* er de *gældende regler* følgende:

Hvorvidt der kan afskrives på en bygning beror ikke på, hvor store investeringer der foretages, men på hvorvidt bygningen må antages at kunne opretholde sin værdi gennem normal vedligeholdelse. Vedligeholdelsesomkostninger er fuldt fradragsberettigede.

Afskrivningslovens § 14, stk. 2, nr. 1-6, indeholder på denne baggrund regler om en række bygninger, hvorpå der ikke kan afskrives, herunder hospitaler, fødeklinikker, lægeklinikker og -huse, tandlægeklinikker, klinikker for fysioterapi samt anden virksomhed med sygdomsbehandling (nr. 6). Bestemmelsen i afskrivningslovens § 14, stk. 2, nr. 6, omfatter bygninger, der anvendes ved alle former for sygdomsbehandling af mennesker. Der kan således heller ikke afskrives på bygninger, der anvendes til ikke-lægeligt anerkendt virksomhed med sygdomsbehandling.

Bygninger, der anvendes til sygdomsbehandling af dyr, kan derimod afskrives. Oprindeligt var det kun dyreklinikker ved behandling af større landbrugsdyr, der var afskrivningsberettigede. Disse bygninger er således udsat for kraftig slid. Ved gennemførelsen af den nye afskrivningslov i 1998 valgte man at udvide afskrivningsadgangen til alle dyreklinikker for at forenkle reglerne.

*Vurdering af mulighed for justering af gældende regler* for så vidt angår spørgsmålet om skattepligtige afskrivninger:

Der er i dag i afskrivningsloven en klar sondring mellem bygninger, der anvendes til sygdomsbehandling af mennesker, og bygninger, der anvendes til sygdomsbehandling af dyr, jf. ovenfor.

Det vil derfor være svært at ændre afskrivningsreglerne isoleret for lægepraksis, uden at det vil have afsmittende virkning på fx andre bygninger, der anvendes til sygdomsbehandling af

mennesker. De nævnte bygninger, der anvendes som klinikker, må i øvrigt - ligesom de andre bygninger omfattet af afskrivningslovens § 14 – antages at kunne opretholde deres værdi gennem normal vedligeholdelse.

Fordelen ved en justering af reglerne (som ønsket af PLO) er, at reglerne for afskrivning på bygninger, der anvendes som lægepraksis lempes.

Ulempen ved en justering af reglerne (som ønsket af PLO) er, at afskrivningsreglerne for bygninger udvides til bygninger, som ikke er udsat for særlig slid og som kan opretholde sin værdi gennem normal fradragsberettiget vedligeholdelse. En særordning for lægeklinikker vil ikke bare kunne have afsmittende virkning til alle andre bygninger fx kontorbygninger, der anvendes til sygdomsbehandling af mennesker. Den vil også kunne have afsmittende virkning overfor alle de bygninger, der i dag er undtaget fra afskrivning, fordi deres værdi kan opretholdes gennem normal vedligeholdelse.

Det bemærkes endelig, at ovenstående vil medføre et ikke uvæsentligt umiddelbart tab af skatteprovenu.

### **5.5.2. Tidsubegrænset ansættelse af læger i almen praksis**

Ifølge den nuværende landsoverenskomst er de alment praktiserende læger selvstændigt erhvervsdrivende, som ikke har mulighed for at ansætte speciallæger i almen medicin på ubestemt tid<sup>17</sup>. Hvis der åbnes for tidsubegrænset ansættelse af speciallæger i almen medicin i almen praksis, vil almen praksis dermed kunne komme til at bestå af en kombination af speciallæger i almen medicin som ejere, ansatte speciallæger i almen medicin, ansat praksispersonale samt ansatte læger under uddannelse.

Fordelen i et rekrutterings- og fastholdelsesperspektiv ved at ansætte læger i almen praksis består først og fremmest i muligheden for at fremme kapaciteten i sektoren, herunder i forhold til læger, der på et senere tidspunkt i deres arbejdsliv nedsætter sig i selvstændig prak-

---

<sup>17</sup> Ifølge landsoverenskomstens § 16 kan de regionale samarbejdsudvalg dog give tilladelse til, at praksis ansætter amanuensis, men med en tidsbegrænsning på 5 år, idet det i øvrigt er en betingelse, at disse læger også stiller deres arbejdskraft til rådighed for de almenmedicinske institutter ved universiteterne mv.

sis. Ansættelse af læger muliggør dog også fastholdelse af ældre læger i sektoren, eftersom ansættelse kan indebære lettelse i forhold til den samlede praksisdrift mv.

En minienquette (PLO, 2008b) viser, at 35 ud af 421 adspurgte speciallæger i almen medicin (der ikke arbejder i almen praksis) og amanuensis var interesseret i ansættelse i almen praksis. Der kan dermed konstateres et vist reelt potentiale.

I et kapacitetsperspektiv er der dog en risiko for, at den større fleksibilitet ved ansættelsesformen gør, at flere speciallæger i almen medicin i fremtiden vil søge ansættelse i almen praksis i stedet for at nedsætte sig i egen praksis, fordi ansættelsesformen i højere grad muliggør ansættelse på nedsat tid (deltid).

Denne kapacitetsmæssige risiko peger på behovet for at fastsætte rammer, der sikrer visse grænser for, at fleksibiliteten i ansættelsesformen omsættes til løft af kapacitet og ikke til at nedsætte lægernes arbejdstid i almen praksis. En rammebetingelse kunne således være, at tidsubegrænset ansættelse af læger, i lighed med den nuværende adgang til at ansætte speciallæger i almen medicin som amanuensis i en tidsbegrænsning på 5 år, indgår ved beregningen af praksisstørrelse, og som en konsekvens heraf, at ansatte læger fuldt skal løfte samme normtal, som de øvrige læger i den enkelte praksis.

Dokumenterede erfaringer fra England understøtter ovennævnte vurderinger (Williams et al, 2001; Gosden et al, 2003; Ding et al, 2008). I England introducerede man i 1997 muligheden for ansættelse af praktiserende læger og i 2007 var 12 pct. af de praktiserende læger i England ansat enten af den lokale sundhedsmyndighed (PCT) eller af en selvstændigt erhvervsdrivende praksis. De engelske erfaringer er bl.a.:

- At det især er almen medicinere under 35 år og ældre læger over 65 år, der indgår et ansættelsesforhold. Der er en klar overvægt af kvinder.
- At motivation for at indgå en ansættelseskontrakt er opnåelse af større økonomisk sikkerhed, færre administrative byrder, mindre binding, fleksibilitet og mulighed for at arbejde på deltid. Hele 67 pct. af de ansatte alment praktiserende læger arbejder på deltid.

Derudover er der risiko for, at den større fleksibilitet ved ansættelsesformen indebærer, at ansatte læger i mindre grad end de læger, der ejer praksis, fastholdes i sektoren, idet ejerskabet i et vist omfang må antages at have en fastholdende virkning.

Det er samlet set vurderingen, at muligheden for ansættelse af læger i almen praksis kan fremme især rekrutteringen af læger, der ellers vælger at arbejde i en anden sektor end almen praksis. En realisering af kapacitetspotentialet forudsætter dog samtidig rammer, der sikrer, at ansættelsesformen reelt omsættes til løft af kapacitet og ikke til at nedsætte lægernes arbejdstid i almen praksis.

### **5.5.3. Fastholdelse af ældre læger**

Udbudsprognosen peger på et kapacitetspotentiale, hvis de ældre læger udskyder pensions-tidspunktet.

Hvis det antages, at samtlige praktiserende læger i alderen 63-67 år venter 1, 2 eller 3 år ekstra med at gå på pension,<sup>18</sup> vil det medføre en betydelig ekstra kapacitet. Fastholdes disse læger på arbejdsmarkedet tre år længere end hidtil, vil der i fx 2010 således samlet set være 3.656 læger, hvilket er 222 læger ekstra i forhold til udbudsprognosen, der angiver 3.434 læger i 2013, jf. bilag 5.7.

Desuden er der udarbejdet en modelberegning for den ekstra kapacitet, der kan opnås, hvis det teoretisk antages, at samtlige praktiserende læger i alderen 63-67 år venter 2 år ekstra med at gå på pension, fordelt på regionsniveau jf. bilag 5.8.

Den teoretiske kapacitetseffekt heraf i fx Region Nordjylland, hvor udbudsprognosen peger på et faldende udbuddet af læger i hele perioden, jf. ovenfor, er, at der fx i 2010, så vil være 367 praktiserende læger, sammenholdt med 347 læger, som estimeret i udbudsprognosen. Dette betyder med andre ord, at såfremt samtlige praktiserende læger i alderen 63-67 år venter 2 år ekstra med at gå på pension i Region Nordjylland, i forhold til antagelsen i udbuds-

---

<sup>18</sup> Denne kapacitetsberegning baserer sig på den oprindelige udbudsprognose, omtalt i afsnit 5.3.2., der bl.a. bygger på en antagelse om, at de praktiserende lægers afgangintensitet er den samme som i de foregående 8 år. I denne justerede udbudsprognose lægges det, som en modelberegning, til grund, at alle læger i alderen 63-67 år venter 1, 2 eller 3 år ekstra med at gå på pension.

prognosen, så vil der samlet set være ekstra 20 læger i 2010. Der vil i sagens natur være tale om en midlertidig effekt, for så vidt angår denne gruppe af læger.

#### *PLO's rekrutterings- og fastholdelsesundersøgelse*

PLO gennemførte i 2003 en rekrutterings- og fastholdelsesundersøgelse. På spørgsmålet til ældre læger på 58 år og derover om, hvilke specifikke tilbud/forhold, der mest effektivt vil kunne få lægen til at udsætte tidspunktet for sit arbejdsophør, pegede lægerne især på garanti for delvis goodwillbetaling (85 pct.), betaling af pensionsbidrag (67 pct.) og 4 dages arbejdsuge (65 pct.), jf. bilag 5.9.

I PLO's medlemsundersøgelse fra marts 2008 blev det undersøgt, hvilke fastholdelsestiltag, der kunne få lægen til at udsætte sit ophør som praktiserende læge. Lægerne pegede især på mindre arbejdstid (70 pct.), bedre økonomi (68 pct.), undtagelse fra lægevagt (65 pct.), mere personale (63 pct.) og mere faglig sparring (59 pct.), jf. bilagstabel 5.10.

Der er andetsteds i kapitlet beskrevet og vurderet forskellige muligheder for også at fastholde ældre læger i sektoren, herunder mulighed for at indgå i flerlægepraksis, ansættelse i praksis, individuelle, lavere lukkegrænser under det generelle normtal og mulighed for at fungere som delelæger, fx målrettet læger over 65 år.

## **5.6. Øget og målrettet brug af praksispersonale**

Der ses i dette afsnit på mulighederne for at fremme kapaciteten og en effektiv ressourceanvendelse i almen praksis ved øget og målrettet brug af relevant praksispersonale i sektoren<sup>19</sup>.

Øget og målrettet brug af praksispersonale kan bidrage til at fremme kapaciteten og en effektiv ressourceanvendelse i almen praksis, herunder understøttelse af en mere proaktiv, sammenhængende og planlagt indsats over for patienter med kronisk syge i almen praksis. Målrettet brug af praksispersonale kan også understøtte, at lægen koncentrerer sig om de opgaver, lægen er bedst til at løse. Samt bidrage til understøttelse af, at almen praksis reelt bliver i stand til at håndtere flere patienter også i geografiske områder med en svagere lægedækning.

---

<sup>19</sup> Udvalget har som supplerende grundlag for overvejelserne på området fået gennemført to konsulentrapporter om effektiv praksisorganisering i Danmark og i udlandet. Desuden er der gennemført et seminar om best practice organisering.



Kronisk syge patienter udgør en stor patientgruppe i almen praksis, og det forventes, jf. kapitel 3, at almen praksis i fremtiden skal spille en mere proaktiv rolle for disse patienter. Erfaringer for udlandet viser, jf. også DSI rapport ”Effektiv organisering af almen praksis - erfaringer fra udlandet”, at praksispersonale i vidt omfang kan bidrage til at løfte denne indsats på en effektiv måde og tilmed bidrage til kvalitetssikring af indsatsen. For det samlede sundhedsvæsen kan det have den positive kapacitetsvirkning, at der sker en reduktion i efterspørgslen efter ydelser i det øvrige sundhedsvæsen.

Erfaringer fra England og Holland peger på, at praksispersonale kan fremme et øget patienttal pr. læge i praksis, jf. tekstboks 5.1. Data skal dog tolkes varsomt, eftersom der kan være væsentlige forskelle i landenes serviceudbud og kontaktmønster til almen praksis.

#### **Boks 5.1. Brug af praksispersonale og antal patienter:**

I Holland er der i gennemsnit 2.406 patienter pr. praktiserende læge, og i England 1.732, mod gennemsnitligt 1.583 tilmeldte patienter pr. praktiserende læge (inkl. praktiserende delelæger; 1.479) i Danmark. Der er i både England og Holland mere praksispersonale end der er i Danmark (2,4 praksispersonale pr. fuldtidslæge i England, 1,4 pr. fuldtidslæge i Holland mod 0,9 i Danmark). Set i et kapacitetsperspektiv er det interessant:

- At der i Holland er flere *lægeassistenter*, end der i Danmark er sekretærer (0,7 vs. 0,5 pr. læge), og at lægeassistenterne har en formel uddannelse, således at de – uden lokal oplæring – kan anvendes til at assistere de praktiserende læger i det kliniske arbejde,
- At der i England er flere *sygeplejersker*, end der er i Danmark (0,5 vs. 0,3). Og at man i Holland har indført en speciel ordning, hvor sygeplejersker uddannes specifikt til at overtage store dele af kronikeromsorgen fra de praktiserende læger, og hvor de praktiserende læger får tilskud til ansættelsen, og
- At der i begge lande gøres brug af *praksis managere* til at varetage den daglige ikke-kliniske ledelse, overordnede styring og – visse steder – strategiske planlægning for praksis. Særligt i større praksis og i praksis organiseret som sundhedscentre.

Kilde. Dansk Sundhedsinstitut 2008a. ”Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet.”

Det skal understreges, at ansættelse af praksispersonale i almen praksis ikke automatisk omsættes til målrettet kapacitets- eller kvalitetsforbedring i sektoren, da mere praksispersonale også kan medvirke til et ikke-planlagt serviceløft eller til en styrket indsats på marginale områder, ligesom der i praksis reelt vil kunne foregå en ’dobbelt’ opgavevaretagelse, hvor

lægen fortsætter med at gøre det samme for patienterne, samtidig med at opgaven er delegeret til praksispersonalet.

En fuld realisering af kapacitetspotentialet ved øget anvendelse af praksispersonale forudsætter derfor et øget antal tilmeldte patienter. Det er desuden en forudsætning for en målrettet brug af mere praksispersonale i sektoren, at man i den enkelte praksis selvstændigt via målrettet ledelse sikrer arbejdsdeling og arbejdstilrettelæggelse.

Udvalget har ikke mulighed for mere indgående at beskrive og vurdere ledelsesopgaven i praksis i fremtiden, herunder i større praksisenheden i form af flerlægepraksis med omfattende brug af praksispersonale. Der skal dog peges på nogle forhold.

Jo flere læger der indgår i en praksis, desto større behov er der for en formaliseret beslutnings- og ledelsesstruktur. Tilsvarende vil øget brug af praksispersonale i flerlægepraksis eller solopraksis give større behov for organisatorisk og faglig ledelse samt løn- og personaleadministration i øvrigt.

Der kan være behov for at understøtte de praktiserende lægers ledelsesmæssige færdigheder. Store praksis kan drage fordel af en arbejdsdeling i forhold til lederrollen, der kan delegeres til en læge med kompetence og interesse for at løse denne opgave.

Derudover er der potentiale for at udnytte kapaciteten bedre ved at arbejde systematisk og målrettet med at optimere arbejdsgange, arbejde resultatorienteret og med opfølgning på udviklingen<sup>20</sup>.

Endelig skal det fremhæves, at både solopraksis og flerlægepraksis rummer mulighed for øget og målrettet brug af praksispersonale. Det skal dog samtidig påpeges, at flerlægepraksis, der i sagens natur sædvanligvis har et væsentligt større patientunderlag end solopraksis, vil have et bedre økonomisk (stordriftsfordele) og bedre fagligt (patientvolumen) grundlag for hensigtsmæssig anvendelse af praksispersonale. Omvendt kan praksispersonale væsentligt

---

<sup>20</sup> Der henvises til RAP projektet, der peger på en række redskaber til fremme af organisatorisk udvikling i almen praksis: praksismatrix, organisationskonsulenter, facilitatorer og gensidige praksisbesøg.

bidrage til fleksibilitet og kapacitet i en solopraksis, hvor der som udgangspunkt kun er den praktiserende læge.

### 5.6.1. Brugen af praksispersonale

Af PLO's medlemsundersøgelse fra 2008 fremgår det, at 91 pct. af almen praksis har ansat praksispersonale (PLO, 2008a). Tabel 5.5. viser, at der i 2007 gennemsnitligt var ansat 0,87 årsværk praksispersonale hos praktiserende læger. Over halvdelen af dette personale var sekretærer (0,56) og en lille andel var bioanalytikere (0,04). De praktiserende læger havde gennemsnitligt ansat 0,27 årsværk sygeplejersker pr. læge i praksis.

**Tabel 5.5. Andel praksispersonale pr. praktiserende læge, 2007**

Personaletype	Andel praksispersonale (årsværk) pr. læge, 2007
Bioanalytiker	0,04
Sekretær	0,56
Sygeplejerske	0,27
I alt	0,87

Kilde: PLO 2008. "Medlemsundersøgelse marts 2008."

Der er en stigende tendens til, at praktiserende læger ansætter praksispersonale. Hver fjerde praksis angiver i 2005 at have ansat mere personale i praksis (PLO 2005). Af PLO's medlemsundersøgelse fra 2008 fremgår det, at godt halvdelen af de praktiserende læger inden for de sidste tre år yderligere har ansat mere personale. Alene de seneste fem år, er der sket en stigning på 30 pct. i antallet af sygeplejersker i almen praksis (DSR 2008a).

### Relevante faggrupper

Der er en række faggrupper, der med fordel kan ansættes i almen praksis.

Sygeplejerskers kompetencer kan dække en bred opgaveportefølje og kan derfor anvendes på en række opgavefelter i almen praksis. Derudover kan sygeplejersker med fordel anvendes i mere selvstændige og specialiserede funktioner i forbindelse med behandlingen af patienter med kronisk sygdom..

Af andre faggrupper kan nævnes farmakonomer eller bioanalytikere. Der er mange opgaver relateret til medicin håndtering i almen praksis, der kan begrunde relevansen af ansættelse af fx farmakonomer, der samtidig kan bidrage til løsning af fx sekretærfunktioner. Ansættelse af bioanalytikere til at varetage laboratoriefunktioner i almen praksis kan bidrage til aflastning af laboratoriefunktioner i sygehusvæsenet.

Lægeseekretærer kan, ud over administrative opgaver, med fordel bruges til løse visse lettere kliniske opgaver, fx halspodning. Derudover kan andre sundhedsfaggrupper med fordel tænkes anvendt som praksispersonale i almen praksis, fx social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter.

Uanset hvilke faggrupper, der anvendes som praksispersonale i almen praksis, skal en række forudsætninger herfor indfries.

For det første skal praksispersonalets opgaveløsning i sagens natur ske inden for rammerne af de opgaver, der er tillagt almen praksis efter lovgivningen, landsoverenskomsten og de centrale aftaler og retningslinjer. Praksispersonalet skal ikke varetage opgaver, der er tillagt andre ydere i praksissektoren, fx praktiserende fysioterapeuter eller praktiserende psykologer, eller tillagt kommunerne, fx på forebyggelsesområde eller på socialområdet. Praksispersonalet skal dermed kunne varetage relevante faglige opgaver i almen praksis, der ikke nødvendigvis er fuldt identiske med de opgaver, faggruppen sædvanligvis varetager i andre dele af sundhedsvæsenet. Perspektivet er dermed også at kunne rekruttere praksispersonale til almen praksis, ud over de faggrupper der sædvanligvis rekrutteres til sektoren.

I det omfang denne forudsætning ikke opretholdes ved brugen af praksispersonale vil almen praksis tilbyde vederlagsfrie ydelser, der er forudsat leveret med offentligt tilskud i den øvrige praksissektor eller forudsat leveret i kommunalt regi.

For det andet er det i sagens natur en forudsætning for anvendelsen af praksispersonale i almen praksis, at personalet har de fornødne sundhedsfaglige kompetencer og den nødvendige viden. Særligt i praksis, hvor man ansætter for sektoren mere utraditionelle faggrupper, fx social- og sundhedsassistenter, fx grundet vanskeligheder med at rekruttere sygeplejersker, er der behov for at sikre kompetencerne via instruktion, målrettet efteruddannelsesindsats og

specifik oplæring. Der henvises til afsnit 5.6.3. vedrørende rammer, der kan fremme målrettet anvendelse af praksispersonale.

Endelig skal der peges på det forhold, at øget brug af praksispersonale i form af fx sygeplejersker udelukker samtidig anvendelse af personalet i det øvrige sundhedsvæsen. Af bilag 5.11.-5.16. fremgår den antalsmæssige fordeling på tværs af sektorer for nogle af de faggrupper, som potentielt kan anvendes mere i almen praksis.

I denne forbindelse skal der peges på, at for fx sygeplejersker gælder det, at kun 2 pct. af det samlede antal sygeplejersker arbejder i praksissektoren, herunder i almen praksis. Dette betyder, at en eksempelvis 50 pct. forøgelse af antallet af sygeplejersker i praksissektoren, herunder almen praksis, kun vil medføre, at andelen af sygeplejersker i praksissektoren stiger fra 2 til 3 pct. af det samlede antal sygeplejersker i det samlede sundhedsvæsen. Hertil kommer, at "udflytning" af sundhedspersoner også kan ske i sammenhæng med planlagt udflytning af opgaver til almen praksis, fx i forhold til behandling af patienter med kronisk sygdom.

Almen praksis er i sammenligning med det samlede sundhedsvæsen volumenmæssigt således en lille sektor, hvor selv en markant øget brug af fx sygeplejersker i almen praksis ikke giver markante kapacitetsvirkninger i det samlede øvrige sundhedsvæsen.

Af bilag 5.17. fremgår den årlige til- og afvandring for sygeplejersker i forhold til almen praksis i perioden 2001-2006. Der kan konstateres en samlet årlig nettotilvandring på 96 sygeplejersker til privat praksis i perioden. Tilvandringen var størst fra sygehussektoren, der oplevede en nettoafgang på 84 sygeplejersker.

Det bemærkes, at en øget brug af fx sygeplejersker i almen praksis kan indebære en kapacitetsgevinst for sundhedssektoren som helhed i det omfang, at de sygeplejersker, der vælger ansættelse i almen praksis, som alternativ ville have forladt sundhedssektoren med henblik på at søge ansættelse i andre erhverv eller havde valgt at forlade arbejdsmarkedet.

### **5.6.2. Udviklingsmuligheder i opgavefordelingen og kapacitetspotentialer**

Anvendelse af praksispersonale giver et kapacitetspotentialer til at behandle flere patienter og/eller supplere og udvide den behandling, som den enkelte lægepraksis leverer. Som nævnt

forudsætter en realisering af kapacitetspotentialet fokus på opgavefordelingen internt i almen praksis, herunder en planlagt opgaveflytning fra læger til praksispersonale.

Ifølge gældende regler vil den praktiserende læge i vidt omfang kunne delegerede behandlingsopgaver til praksispersonalet. Delegationen kan både ske i forhold til konkrete behandlingstiltag, i forhold til den samlede behandling af en enkelt patient eller til behandlingen af en gruppe af patienter (rammedelegation). Lægen skal dog bl.a. sikre den fornødne instruks og supervision i forhold til medarbejderen. Omfanget og arten heraf afhænger bl.a. af, hvilken uddannelse og kompetencer, som medarbejderen har i forvejen.

Også de af udvalget iværksatte konsulentundersøgelser understøtter udviklingspotentialet for opgaveglidning i forhold til en række opgaver, og særligt i forhold til kroniske syge og akut syge patienter<sup>21</sup>. I boks 5.2. er der beskrevet konkrete opgavetyper, som med fordel kan varetages af praksispersonale. En række af disse opgaver varetages allerede i vidt omfang af praksispersonale jf. DSR's undersøgelse af praksissygeplejerskers selvstændige funktionsområder (DSR 2008b). Se bilagstabel 5.18.

**Boks 5.2. Eksempler på konkrete opgavetyper, som kan varetages af praksispersonale:**

- Laboratorieopgaver og analyseopgaver som fx blodprøvetagning, EKG og podning.
- Vaccinationer.
- Behandling af lettere akutte tilstande og skader.
- Telefonisk visitation og vejledning af akutte syge.
- Behandling af lettere lidelser af fx hudlidelser, vorter, eksem og sår.
- Daglig kontakt og samarbejde med samarbejdspartnere specielt i det kommunale sundhedsvæsen.
- Indkaldelse af patienter til faste kontroller.
- Løbende kontroller og medicinregulering af stabile kroniske patienter.

---

<sup>21</sup> Kapacitetspotentialet ved at anvende praksispersonaler i akutfunktionen er nærmere beskrevet i kapitel 4 afsnit 4.6.1.

Eftersom ydelsesaktiviteten i dag ikke opgøres i forhold til, hvem der udfører ydelsen, vides det ikke, hvor mange af disse ydelser der i dag reelt udføres af praksispersonale. Dansk Sygeplejeråds undersøgelse tyder dog på, at der allerede i dag sker en opgaveforskydning fra den praktiserende læge til fx sygeplejersker.

### **Kronisk sygdom**

Kronisk syge patienter udgør en stor patientgruppe i almen praksis, og det forventes jf. kapitel 3, at almen praksis i fremtiden skal spille en mere proaktiv rolle for flere kronisk syge patienter. Introduktion af forløbsprogrammer kan fremskynde en planlagt opgaveglidning fra sygehuse til almen praksis og fra den praktiserende læge til praksispersonale.

I Holland og i England har sygeplejersker med specifikke kompetencer i forhold til kronisk sygdom medvirket til at systematisere og udbygge kronikeromsorgen. Undersøgelser viser, at sygeplejersker ofte er bedre til at følge evidensbaserede kliniske retningslinjer end læger, og at dette har ledt til kvalitetsforbedringer i behandlingen (Steuten L 2006). Tekstboks 5.3. beskriver anvendelse af kronikersygeplejersker i Holland.

**Boks 5.3. Anvendelse af kronikersygeplejersker i Holland:**

I Holland uddanner man specialiserede sygeplejersker i kronisk sygdom (POH sygeplejersker), der er målrettet almen praksis. Det er en et-årig deltidsuddannelse for sygeplejersker og 1,5 år for lægeassistenter. Videreuddannelsen er målrettet tre kroniske sygdomme: diabetes, kronisk hjertesygdom og KOL.

I Holland findes en ordning, hvor en kronikersygeplejerske deles mellem 3 fuldtidslæger og kan varetage et patientunderlag på 7000 patienter.

Kronikersygeplejersker står grundlæggende for implementering af forløbsprogrammer for kroniske patienter. Kronikersygeplejersken står for faste opfølgende besøg. For hver sygdomsgruppe er der udarbejdet en meget detaljeret protokol for behandlingen, som skal følges. I protokollen fremgår det, hvor tit patienten skal indkaldes, hvilke test der skal gennemføres, og hvilke emner der skal tages op. Den praktiserende læge involveres på fastlagte tidspunkter i behandlingen afhængig af sygdommen, og ellers kun hvis patienten ikke er stabil, eller hvis der er usikkerheder i behandlingen. Kronikersygeplejersken kan foreslå medicin, som den praktiserende læge godkender og videresender til apoteket. Kronikersygeplejersken fører en detaljeret journal over besøgene, som den praktiserende læge kan følge med i.

Kilde: Dansk Sundhedsinstitut 2008. "Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet."

**5.6.3. Fremme målrettet brug af praksispersonale**

Som nævnt forudsætter fuld realisering af kapacitetspotentialet ved øget anvendelse af praksispersonale et øget antal tilmeldte patienter. Det er desuden en forudsætning for en målrettet brug af mere praksispersonale i sektoren, at man i den enkelte praksis selvstændigt via målrettet ledelse sikrer arbejdsdeling og arbejdstilrettelæggelse<sup>22</sup>.

I det følgende beskrives og vurderes kort en række rammer og tiltag, der kan fremme målrettet brug af praksispersonale.

For at understøtte en planlagt opgavedelegation til praksispersonale kan der bl.a. være behov for målrettet efteruddannelse til sikring af, at praksispersonalet kan løfte den påtænkte opgave.

---

<sup>22</sup> Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening har indgået overenskomst med Dansk Sygeplejeråd og Danske Bioanalytikere.



ve. Der er i dette udvalgsarbejde ikke set nærmere på efteruddannelsesbehovet hos praksispersonalet i almen praksis.

Det må antages, at formuleringen af kapacitetsmæssige krav til almen praksis, fx i form af højere normtal for den nedre lukkegrænse for praksis, i sig selv vil fremme lægernes tilskyndelse til øget og målrettet brug af praksispersonale, fordi praksispersonale kan hjælpe til indfrielsen af de formulerede krav.

Udvikling af kliniske instrukser internt i almen praksis for hvilke ydelser, patienten skal modtage, på hvilke tidspunkter og af hvem, kan give en klarere opgavefordeling mellem læge og praksispersonale, således at der undgås dobbelt opgavevaretagelse, og der sker en kvalitetssikring af indsatsen. Særligt for håndteringen af kroniske patienter er der behov for vejledninger, der understøtter en systematisk indsats. For at understøtte at praksis implementerer interne kliniske retningslinjer, kan der være behov for, at man fra centralt hold, fx i forbindelse med udarbejdelse af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, nærmere specificerer, hvilke opgaver praksispersonale med fordel kan varetage, vilkår herfor mv.

Det må antages, at udbredelse af flerlægepraksis kan øge lægernes tilskyndelse til at anvende praksispersonale, fordi flerlægepraksis både har et større patientvolumen og et bredere driftsøkonomisk grundlag herfor end solopraksis.

Endelig er der mulighed for at fremme brugen af praksispersonale ved, at regionerne og/eller PLO kan styrke rådgivningen af alment praktiserende læger, der ønsker at øge brugen af praksispersonale, fx via praksisudviklingskonsulentordning eller ved udarbejdelse af vejledninger.

## **5.7. Normtal, lægedækning og frit valg**

I dette afsnit ses der på mulighederne for at sikre lægedækning og effektiv ressourceanvendelse, så borgerne har mulighed for at blive tilmeldt en alment praktiserende læge i udkantsområder.

Der ses på følgende muligheder for at fremme en effektiv ressourceanvendelse samt en hensigtsmæssig lægedækning i sektoren:

- Fordeling af patienter på tværs af læger (afsnit 5.7.1.).
- Normtalsreguleringen (afsnit 5.7.2.).
- Delepraksis (afsnit 5.7.3.).
- Ophævelse af kilometergrænsen ved lægevalg (afsnit 5.7.4.).
- Styring af lægedækningen (afsnit 5.7.5.).

Det skal hér understreges, at der kan være en sammenhæng mellem på den ene side mulighederne for at rekruttere og fastholde læger og praksispersonale i sektoren, og mulighederne for at fremme effektiv anvendelse af kapaciteten.

Fx må det antages, at ændrede rammer i form af et højere normtal for den nedre lukkegrænse, som utilsigtet effekt kan indebære, at nogle ældre læger vælger at forlade arbejdsmarkedet før tid, fordi de ikke finder det muligt eller rimeligt at skulle efterleve det højere normtal. Omvendt vil brug af praksispersonale i almen praksis kunne styrke lægernes mulighed for at håndtere et højere normtal og dermed flere patienter.

Opmærksomheden skal også henledes på, at der derudover kan være en sammenhæng mellem mulighederne for at fremme effektiv anvendelse af kapaciteten i sektoren på den ene side og mulighederne for at fremme kvalitetsudviklingen i sektoren. Dette peger på, at hensynet til at fremme en effektiv anvendelse af kapaciteten i sektoren skal balanceres med hensynet til at sikre og fremme kvaliteten i sektoren.

### **5.7.1. Fordelingen af patienter på tværs af lægerne**

Som anført i forrige afsnit indikerer patienternes uensartede fordeling på tværs af de praktiserende læger, at der er et uudnyttet kapacitetspotentialt hos nogle af de 1.715 praktiserende læger, der i dag har under 1.600 tilmeldte patienter, som er den nuværende generelle nedre lukkegrænse for praksis.

En modelberegning<sup>23</sup> kan illustrere den fulde kapacitetseffekt, hvis alle landets nuværende praksis med åben for patienttilgang som minimum får tilmeldt 1.600 patienter pr. læge, jf. bilag 5.19. Kapacitetspotentiale er ca. 334.000 patienter, herunder et potentiale på ca. 118.000 patienter alene i Region Hovedstaden. Håndteringen af 334.000 patienter svarer til en øget kapacitet på ca. 208 ekstra læger, hvis hver læge har tilmeldt 1.600 patienter.

Modelberegninger for kapacitetspotentialet illustrerer ikke et reelt eksisterende kapacitetspotentiale, fordi den beregningsmæssige forudsætning om, at alle lægerne faktisk får tilmeldt 1.600 patienter, ikke er realistisk. En realisering af kapacitetspotentialet forudsætter, at flere borgere faktisk vælger lægerne med ledig kapacitet i forbindelse med borgernes frie lægevalg. Dette uddybes i det følgende.

Som nævnt forudsætter en realisering af det modelberegne kapacitetspotentiale for det første, at de praktiserende læger har mulighed for at have flere tilmeldte borgere. Der er på det foreliggende grundlag ikke mulighed for at estimere det nærmere omfang af den uudnyttede reelle lægekapacitet hos de 1.715 alment praktiserende læger, der har under 1.600 tilmeldte patienter. Som udgangspunkt må det antages, at de pågældende læger praktiserer i områder, hvor der ikke er lægemangel. I hvert fald de læger, der har åbent for tilgang. I modsat fald ville de have haft flere patienter tilmeldt.

Problemet, med at nogle læger reelt ikke kan håndtere flere patienter, kan løses ved at fastsætte individuelle, lavere lukkegrænser for disse læger, jf. herom i afsnit 5.7.2. Det forhold, at nogle læger kan tænkes ikke at kunne håndtere flere patienter, forhindrer dermed ikke, at andre læger får flere patienter tilmeldt.

En realisering af det modelberegne kapacitetspotentiale forudsætter for det andet, at borgerne faktisk vælger de omhandlede læger med ledig kapacitet i forbindelse med borgernes frie lægevalg. Realiseringen af potentialet forudsætter, at borgernes frie lægevalg resulterer i, at de fordeler sig ligeligt på tværs af lægerne. Dette vil i praksis ikke være muligt. Fx indebærer borgernes præferencer, at nogle læger foretrækkes frem for andre læger.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Det er en modelberegning i den forstand, at den illustrerer kapacitetspotentialet, hvis det antages, at alle landets nuværende praksis med åben for patienttilgang, som minimum når op på 1.600 tilmeldte pr. læge.

<sup>24</sup> Det bemærkes, at køns- og alderssammensætningen blandt de praktiserende læger ændres i de kommende år.

For at imødekomme denne udfordring kan der peges på den mulighed, at regionerne, og eventuelt de lokale læger via initiativer i det regionale samarbejdsudvalg, markant styrker indsatsen over for fravalgte læger/praksis ved målrettet brug af udviklingskonsulenter og målretning af efteruddannelsesstilbud til de pågældende læger.

Én mulighed består i, at regionerne (eller de regionale samarbejdsudvalg) løbende tager kontakt til praksis, der har et lavt antal tilmeldte patienter. Formålet er at bidrage til, at borgerne i højere grad vælger at blive tilmeldt disse praksis. Det er dog ikke muligt på det foreliggende grundlag nærmere at vurdere den mulige effekt heraf.

Hertil kommer nogle mere strukturelle barrierer for, at det frie lægevalg resulterer i, at borgerne fordeler sig ligeligt på tværs af lægerne.

Dels vil den nuværende geografiske begrænsning (kilometergrænserne) af det frie lægevalg<sup>25</sup> forhindre, at patienter kan vælge læger med ledig kapacitet. Dels fremmer en uensartet geografisk fordeling af lægepraksis i landet med områder med lægemangel (alle praksis lukket for patienttilgang) og områder med ledig kapacitet (lægepraksis med åbent for tilgang) en uensartet fordeling af patienterne på tværs af lægerne.

### **5.7.2. Muligheder for ændring af normtalsreguleringen**

Der kan peges på følgende muligheder for via en ændring af normtalsreguleringen at fremme en effektiv ressourceanvendelse samt en hensigtsmæssig lægedækning i almen praksis:

- Forhøjelse af det nuværende normtal (1.600 patienter pr. læge) for den nedre grænse for, hvornår læger som udgangspunkt kan vælge at få lukket for yderligere patienttilgang.
- Indsnævring af adgangen til at fastsætte et lavere normtal i forhold til praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. læge end 1600.

---

<sup>25</sup> Lægerne kan efter de gældende lægevalsregler afvise at få tilmeldt borgere, hvis afstanden fra borgerens bopæl og praksis er større end 15 km (5 km i hovedstadsområdet).

- Forhøjelse eller afskaffelse af den maksimale grænse for antal tilmeldte pr. praksis/læge (2.542 patienter pr. pr. læge).

### **Forhøjelse af normtal for den nedre lukkegrænse**

Én mulighed er, at forhøje det nuværende normtal (1.600 patienter pr. læge) for den nedre grænse for, hvornår læger som udgangspunkt kan vælge at få lukket for yderligere patienttilgang.

Udvalget peger som alternativ på muligheden for, at regionerne, inden for deres økonomiske rammer, indgår lokale aftaler med de enkelte praktiserende læger om at øge lukkegrænsen ud over det til enhver tid eksisterende normtal.

Det bemærkes, at de praktiserende læger selv kan beslutte at hæve den nedre lukkegrænse for deres egen praksis inden for rammerne af den nuværende landsoverenskomst, idet der dog er fastsat en øvre lukkegrænse.

Der erindres om, at der ikke nødvendigvis er et reelt kapacitetspotentiale i alle praksis med lukket for patienttilgang såfremt man vælger at forhøje den nedre lukkegrænse til fx 1.800, 2.000, 2.200 og 2.400 patienter.

Med dette forbehold in mente kan en modelberegning illustrere eller indikere kapacitetseffekter, hvis alle landets nuværende praksis, som i dag har lukket for patienttilgang<sup>26</sup>, som minimum får tilmeldt 2.000 patienter pr. læge<sup>27</sup>, jf. bilag 5.20. Dette kapacitetspotentiale er ca. 270.000 patienter. Såfremt disse praksis får tilmeldt 2.200 patienter pr. læge svarer dette til en kapacitetsgevinst på ca. 438.000 patienter. Det bemærkes, at dette beregnede kapacitetspotentiale vedrører praksis, der har lukket for tilgang med den begrundelse, at man har nået loftet på 1.600 patienter pr. læge. Der er således tale om et potentiale i praksis, som mange patienterne allerede i dag ønsker at være tilmeldt.

---

<sup>26</sup> Praksis, som har fået fastsat individuelle, lavere lukkegrænser, indgår dermed ikke i beregningen. Se mere om kapacitetspotentialet i forhold til disse praksis i afsnit 5.7.2.

<sup>27</sup> Det bemærkes, at delelæger og uddannelseslæger ikke indgår i beregningen, hvilket bl.a. betyder, at disse læger udgør en ekstra lægeressource i nogle af de omhandlede praksis.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at der derudover er et ekstra kapacitetspotentiale i de mange praksis, der allerede i dag har åbent for patienttilgang, hvis normtallet øges til fx 2.000, om end den reelle størrelse af dette potentiale ikke lader sig estimere nærmere på det foreliggende grundlag, da det bl.a. afhænger af de omhandlede lægers mulighed for at håndtere flere patienter samt af rammebetingelserne i øvrigt, herunder især om kilometergrænsen ved borgernes frie lægevalg ophæves, jf. nærmere om det frie valg i afsnit 5.7.4.

Modelberegningen illustrerer også, at der er regionale forskelle i kapacitetseffekten af en forøgelse af den nedre lukkegrænse. I Region Hovedstaden vil effekten således være størst, svarende til ca. 73.000 ekstra patienter ved lukkegrænse på 2.000, og effekten mindst i Region Nordjylland, svarende til ca. 31.000 patienter. I Region Midtjylland, som er den region, der pt. er hårdest ramt af ”lægeløse” patienter (360) og virkartilmeldte patienter (1.680)<sup>28</sup>, vil en forøgelse af den nedre lukkegrænse til 2.000 patienter alt andet lige give en kapacitetsgevinst på ca. 52.000 patienter jf. bilag 5.20.

En case kan illustrere den reelle kapacitetsvirkning af at øge normtallet til fx 1.800, 2.000, 2.200 eller 2.400 i et område, hvor der i dag er mangelfuld lægedækning. Der er i Kalundborg-området<sup>29</sup> i alt 13 praktiserende læger, der er fordelt på 11 forskellige praksis, hvoraf alle har lukket for tilgang af nye patienter<sup>30</sup>. De 13 læger har gennemsnitligt 1.706 patienter.

En modelberegning illustrerer kapacitetseffekterne, hvis de omhandlede 13 læger (11 praksis) får tilmeldt henholdsvis 1.800, 2.000, 2.200 eller 2.400 patienter pr. læge, jf. bilag 5.21.

En ændring af normtallet vil have en direkte effekt for samtlige læger i Kalundborg-området. Såfremt alle læger tilknyttede patienter svarende til et nyt normtal på fx 1.800, svarer det til en ekstra kapacitet på i alt 1.719 patienter, der rundt regnet svarer til en ekstra læge i området. Såfremt alle læger tilknyttede patienter svarende til et nyt normtal på fx 2.400, svarer det til en

---

<sup>28</sup> Se afsnit 5.3. for de kapacitetsmæssige udfordringer i almen praksis.

<sup>29</sup> Afgrænset som postnummer 4400. Lægerne i dette område har over 23.000 patienter, svarende til ca. halvdelen af den samlede befolkning i Kalundborg Kommune.

<sup>30</sup> Derudover varetager en lægevikar ca. 800 patienter.

ekstra kapacitet på i alt ca. 9.000 patienter, der rundt regnet svarer til 40 pct. forøgelse af kapaciteten i området.

I hvilket omfang en generel forhøjelse af normtallet til fx 2.000 vil bevirke afhjælpning af lokale lægedækningsproblemer afhænger bl.a. af, hvor mange læger med lukket for patienttilgang under 2.000 patienter, der praktiserer i områder, der i dag er uden åbne praksis. I områder med både åbne og lukkede praksis vil en forhøjelse af normtallet øge patienternes valgmuligheder, men ikke afhjælpe et kapacitetsproblem, som på de givne forudsætninger i sagens natur ikke findes i områder med åbne praksis. Et højere normtal i disse områder kan risikere at føre til en mere skæv fordeling af patienter mellem lægepraksis.

En eventuel markant forhøjelse af den nedre lukkegrænse kan i øvrigt have som utilsigtet konsekvens, at nogle praktiserende læger vælger at ophøre med at praktisere, fordi almen praksis opfattes som mindre attraktiv og med for stor arbejdsbelastning. På tilsvarende vis er der en risiko for, at en markant forhøjelse af den nedre lukkegrænse kan svække rekrutteringen af yngre læger til sektoren.

Det skal i det lys fremhæves, at en forhøjelse af den nedre lukkegrænse til fx 2.000 patienter pr. læge nødvendigvis skal ses i sammenhæng med mulighederne for at øge kapaciteten i sektoren, så lægerne reelt bliver i stand til at betjene flere tilmeldte patienter på det fornødne faglige kvalitetsniveau mv., herunder øget brug af praksispersonale i almen praksis.

Ellers vil der være en risiko for, at en forhøjelse af lukkegrænsen får utilsigtede konsekvenser for den lægefaglige kvalitet eller for tilgængeligheden i almen praksis – i hvert fald i forhold til nogle af de praktiserende læger. Der er erfaringsmæssigt naturlige forskelle på, hvor meget de enkelte læger kan påtage sig af arbejdsopgaver, hvilket bl.a. kan skyldes forskelle i lægelig anciennitet. Dertil kommer, at arbejdsmængden på tværs af lægepraksis kan variere (unge/gamle, kroniske/raske patienter osv.).

En eventuel markant forhøjelse af den nedre lukkegrænse kan også have som utilsigtet konsekvens, at nogle af de praktiserende læger, der har anden lægelig beskæftigelse udover virket som praktiserende læge, der foregår i den normale åbningstid – fx stillinger som praksiskonsulenter – opgiver disse hverv, der er af væsentlig betydning for bl.a. at skabe sammenhæng i patientforløbene og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Ovennævnte problemer, med at nogle læger reelt ikke kan håndtere flere patienter, kan dog løses ved at fastsætte individuelle, lavere lukkegrænser for disse læger. Det forhold, at nogle læger ikke kan håndtere flere patienter, forhindrer dermed ikke, at andre læger får flere patienter tilmeldt.

#### *Regi for fastsættelse af normtal for den nedre lukkegrænse*

Modelberegningerne illustrerer som nævnt, at der er et kapacitetspotentiale hos nogle af landets praksis, såfremt man beslutter at forhøje det nuværende normtal for den nedre lukkegrænse. Spørgsmålet er, hvem der skal fastsætte denne nedre lukkegrænse. Man kan overveje 2 muligheder:

- Fortsat regulering i en landsoverenskomst.
- Fastlæggelse i den enkelte region efter aftale med de lokale læger.

Det vurderes, at det er en fordel, hvis den nedre lukkegrænse fortsat fastlægges i en landsoverenskomst, fordi der dermed fortsat sikres en landsdækkende minimumsgrænse for anvendelsen af kapaciteten i den enkelte praksis. Minimumsgrænsen vil dermed ikke være afhængig af et decentralt forhandlingsresultat.

Hertil kommer, at selv om den nedre lukkegrænse fortsat fastsættes i landsoverenskomsten, har man på regionalt niveau også fortsat mulighed for at tillade individuelle lavere lukkegrænser, se mere herom i følgende afsnit.

Endelig bemærkes, at tilvejebringelsen af kapacitet og lægedækning gennem en forhøjelse af den nedre lukkegrænse skal ses i sammenhæng med organisatoriske rammer mv., der sikrer rammerne for kvaliteten i opgaveløsningen.

#### **Forhøjelse af den nedre lukkegrænse for praksis med klinisk praksispersonale**

I det foregående er der set på muligheden for at forhøje den nedre grænse for, hvornår læger kan få lukket for yderligere patienttilgang, for tiden 1.600 patienter pr. læge.

En anden mulighed består i at forhøje den nedre lukkegrænse for praksis, der har mere end et nærmere fastlagt antal klinisk praksispersonale ansat pr. læge. Fx kunne en sygeplejerske nr. 2 udvirke en forhøjelse af normtallet med 25 pct.



Den kapacitetsmæssige fordel kan være, at der dermed etableres en ramme, der trækker i retning af, at ansættelse af mere klinisk praksispersonale, bliver omsat til, at praksis håndterer flere patienter, i stedet for at øge behandlingsintensiteten i forhold til samme patientkreds.

En ulempe kan være, at nogle læger vil undlade at ansætte mere praksispersonale for dermed at undgå at skulle håndtere flere patienter.

### **Individuelle lukkegrænser under det generelle normtal**

En anden mulighed for at fremme en effektiv anvendelse af den samlede lægekapacitet i almen praksis består i at sætte fokus på de regionale samarbejdsudvalgs nuværende adgang til at give tilladelse til, at nogle læger får fastsat en lavere nedre lukkegrænse end det generelle normtal.

Der er dog næppe et reelt kapacitetspotentiale i alle de omhandlede praksis med lavere nedre lukkegrænser, såfremt man vælger at indsnævre adgangen til at få lavere lukkegrænser.

Med dette forbehold in mente kan en modelberegning illustrere den fulde kapacitetseffekt, hvis undtagelsesordningerne ophører for de omhandlede 85 praksis, og disse praksis får en praksisstørrelse på 1.600 patienter pr. læge, jf. bilag 5.22.-5.23. Dette indebærer et kapacitetspotentiale på ca. 43.000 patienter.

De nuværende principper for fastsættelse af individuelle, lavere lukkegrænser (landsoverenskomstens § 17) indebærer, at de regionale samarbejdsudvalg kan tillade en praksis en lukkegrænse på under 1.600 gruppe 1-sikrede patienter pr. læge:

- Hvis praksisarbejde bedømmes til at svare til en praksis med mere end 1.600 gruppe 1-sikrede patienter pr. læge, som følge af mængden af gruppe 2-sikrede patienter, beskæftigelse som bedriftslæge, kommunallæge eller tilsvarende (landsoverenskomstens § 17, stk.2), eller
- hvis praksis af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede patienter pr. læge end 1.600 patienter, idet:
  - Den minimale lukkegrænse udgør 538 patienter pr. læge.

- Landsoverenskomsten fastsætter, at ansøgning fra læger, der er fyldt 60 år, bør imødekommes så vidt muligt.
- Hvis lukning må anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning<sup>31</sup> Landsoverenskomstens § 17, stk. 3).

Det vurderes, at det fortsat er hensigtsmæssigt at opretholde adgangen til, at de regionale samarbejdsudvalg undtagelsesvist kan give tilladelse til individuelle, lavere lukkegrænser under det generelle normtal af hensyn til de omhandlede lægers øvrige faglige virksomhed eller ”særlige grunde” i øvrigt. Disse undtagelsesordninger er velbegrundede ud fra rimelighedshensyn til de omhandlede læger, men også ud fra hensyn til at sikre rekruttering og fastholdelse af lægerne i sektoren.

Af hensyn til den, om end beskedne kapacitetseffekt, kunne overenskomstparterne overveje, om de nuværende kriterier for individuelle lukkegrænser er passende, herunder kan den nuværende nedre lukkegrænse på 538 patienter pr. læge justeres opafgående.

Dog peger hensyn til fastholdelsen af de nuværende læger, der har tilladelse til lavere lukkegrænse, såvel som fastholdelse af fremtidige læger i sektoren, på hensigtsmæssigheden af, at være tilbageholdende med at indsnævre adgangen til at tillade lavere lukkegrænser. Der kan – hvis adgangen til lukning indsnævres – være en risiko for, at de 85 læger, der pt. drejer sig om, vælger at gå på pension frem for at påtage sig en øget arbejdsmængde.

Såfremt man generelt øger normtallet for den nedre lukkegrænse, jf. afsnit 5.7.2., kan det dog være hensigtsmæssigt at sikre relevant adgang til at fastsætte individuelle, lavere lukkegrænser, såfremt nogle læger reelt ikke kan håndtere flere patienter end det nuværende normtal.

### **Forhøjelse af den maksimale grænse for antal tilmeldte**

En tredje mulighed for at fremme en effektiv anvendelse af den samlede lægekapacitet i almen praksis består i at ophæve landsoverenskomstens nuværende øvre grænse for det mak-

---

<sup>31</sup> Ved selektiv lukning forstås, at der fortsat kan tilmeldes patienter fra et nærmere defineret geografisk område, eller patienter der flytter til området, men at praksis i øvrigt er lukket for patienttilgang.

simale antal patienter pr. praksis. Denne grænse indebærer, at praksis, der har mere end 2.542 gruppe 1-sikrede patienter tilmeldt pr. læge, får lukket for tilgang af sikrede, medmindre de sikredes mulighed for et frit lægevalg vil blive urimeligt forringet<sup>32</sup>.

En ophævelse af denne øvre grænse vil have en positiv kapacitetseffekt, idet der må antages at være læger, der vil acceptere at få flere patienter tilmeldt end den nuværende øvre grænse. Jf. tabel 5.4. er der 87 læger, der i 2008 har over 2.400 tilmeldte patienter. Det er dog ikke muligt nærmere at estimere antallet af læger, der i fremtiden vil øge antallet over den nuværende øvre grænse.

Omvendt er der ikke vægtige kapacitetsmæssige grunde til generelt at forhindre læger i at øge patientgruppen over den nuværende øvre grænse, om end der kan være kvalitetsmæssige ulemper forbundet hermed, såfremt den enkelte lægepraksis reelt ikke kan håndtere et øget antal patienter.

### **5.7.3. Delepraksis**

I dette afsnit sættes fokus på muligheden for at realisere et kapacitetspotentialer ved at delepraksis tager flere patienter, end de gør i dag.

Ved delepraksis forstås<sup>33</sup>, at der i en praksis optages en ekstra læge, der hverken tæller med ved den årlige opgørelse af læger i regionen eller ved vurdering af praksisstørrelse, idet overenskomstens øvrige bestemmelser er gældende for den ekstra læge. Det er efter de gældende regler en forudsætning for delepraksis, at praksis lukkes for patienttilgang.

Adgangen til delepraksis er efter de gældende regler en overenskomstmæssig mulighed for, at læger kan tilrettelægge deres arbejdssituation mere fleksibelt. De omstændigheder, der kan begrunde tilladelse til delepraksis, kan være:

- familiemæssige årsager,
- ønsket om at stille sin arbejdskraft til rådighed for andre funktioner,

---

<sup>32</sup> Den nuværende landsoverenskomst giver mulighed for, at samarbejdsudvalget i den konkrete sag kan give praksis tilladelse til at forøge patientgruppen udover de 2.542.

<sup>33</sup> Reglerne om delepraksis er fastsat i landsoverenskomstens § 16. Delepraksis kan etableres, hvis samarbejdsudvalget giver sin tilladelse hertil.

- lægens alder eller svagelighed,
- rekrutterings- eller fastholdelseshensyn, eller
- andre årsager, der er af betydning for den enkelte læge.

De nuværende 240 delepraksis i almen praksis har gennemsnitligt 1.192 patienter pr. læge (inkl. delelægen), jf. bilag 5.24. og 5.25.

Det kan overvejes at ændre de overenskomstsmæssige rammer eller afgørelsespraksis på området, så nogle delepraksis eller delepraksis generelt får flere tilmeldte patienter i fremtiden.

Man kan for det første pege på muligheden for, at de regionale samarbejdsudvalg i højere grad fastsætter vilkår for delepraksis i form af en passende nedre lukkegrænse, der er højere end normtallet for den nedre lukkegrænse. Dermed kan man undgå, at der er delepraksis med fx 2 læger, der har en nedre lukkegrænse for den samlede praksis på 1.600 patienter, hvilket svarer til 800 patienter for hver af de 2 læger.

For det andet er der mulighed for at fjerne den nuværende regel om, at delepraksis lukkes for patienttilgang.<sup>34</sup>

Opnåelse af en kapacitetsgevinsten ved at øge de kapacitetsmæssige krav til delepraksis forudsætter dog, at de berørte delelæger fortsat ønsker at virke som læger i almen praksis under disse nye vilkår.

For nogle af de ældre praktiserende læger indebærer delepraksis en aflastning af den ældre læge, hvilket kan bidrage til, at lægen ikke går på pension. På tilsvarende vis er der ellers også en risiko for at svække rekrutteringen af yngre læger til sektoren, som ønsker mulighed for reduceret arbejdsmængde i visse faser af arbejds- og familielivet. Som tidligere anført i afsnit 5.5.1. er nynedsatte lægers begrundelse for at foretrække flerlægepraksis især knyttet til mulighed for øget fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse og kollegial sparring. Samme øn-

---

<sup>34</sup> Der er ikke i øvrigt overenskomstsmæssige bindinger ved brugen af delelæger, jf. fx bindingen ved brug af stedfortræder (vikar) i landsoverenskomstens § 55, stk. 1, der indebærer, at læge og stedfortræder (vikar) ikke samtidigt kan yde lægehjælp i samme praksis.

ske om fleksibilitet, herunder mindre arbejdstid, kan dermed føre til at yngre læger fravælger at nedsætte sig almen praksis, hvis vilkårene for delepraksis forringes markant.

For så vidt angår det nuværende krav om, at delepraksis skal lukkes for yderligere patienttilgang indebærer det, at delepraksis ikke har mulighed for at øget antallet af patienter, hvis de måtte ønske det. Der er dermed et ekstra kapacitetspotentiale, hvis det automatiske lukkekrav ophæves. En sådan fjernelse af det automatiske lukkekrav svarer til, at praksis med delepraksistilladelse reelt kan udvide deres normering med en ekstra læge.

#### **5.7.4. Ophævelse af kilometergrænsen ved lægevalg**

Hovedprincipperne for borgernes (gruppe 1 sikrede personer) frie valg af alment praktiserende læge, der følger af sundhedsloven og landsoverenskomsten, er:

- At borgerne som udgangspunkt frit kan vælge at blive tilmeldt den ønskede enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis, idet borgeren som minimum har ret til at vælge mellem to praksis inden for en afstand af 15 km. (5 km. i hovedstadsområdet) fra egen bopæl.
- At lægerne dog kan afvise at få tilmeldt borgere, hvis afstanden fra borgerens bopæl og praksis er større end 15 km. (5 km. i hovedstadsområdet).

Det fremgår af regeringsgrundlaget *Mulighedernes Samfund*, at regeringen ønsker en ophævelse af kilometergrænsen ved borgernes valg af alment praktiserende læge<sup>35</sup> (Regeringen 2007). En ophævelse af kilometergrænsen styrker patienternes valgmuligheder og dermed deres rettigheder.

En ophævelse af den nuværende geografiske begrænsning af borgernes valg af alment praktiserende læge har den yderligere fordel, at man dermed fjerner en barriere for en mere effek-

---

<sup>35</sup> Ifølge regeringsgrundlaget ønsker regeringen, at alle patienter fra foråret 2009 frit skal kunne vælge praktiserende læge uanset geografisk afstand, så man fx har mulighed for at vælge læge tæt på sit arbejde. Lægen forpligtes dog ikke til at komme på sygebesøg, hvis afstanden overstiger den nuværende grænse på 5 km. i hovedstaden og 15 km. i resten af landet.

tiv anvendelse af den uudnyttede kapacitet i sektoren i dag, fordi patienterne vil kunne vælge åbne praksis med ledig kapacitet. Dermed vil ophævelsen af kilometergrænsen også styrke patienternes mulighed for at blive tilmeldt en praksis, i det omfang lægepraksis i nærområdet har lukket for tilgang.

Barrieren fjernes, fordi læger med åbent for patienttilgang ikke vil kunne afvise at få tilmeldt borgere, der bor længere væk end 15 km. (5 km. i hovedstadsområdet) fra praksis. Dermed kan ophævelsen af den geografiske begrænsning af borgernes valg af alment praktiserende læge bidrage til at sikre patienterne mulighed for at blive tilmeldt læge i områder, hvor der må forventes lægedækningsproblemer de kommende år.

Der kan være borgere, der ser en fordel i at have adgang til den praktiserende læge i længere afstand fra hjemmet, fx i nærheden af arbejdspladsen. I det omfang en ophævelse af kilometergrænsen fører til, at patienter i områder med lukket for tilgang vælger læger længere væk – måske i nærheden af deres arbejdsplads – vil det skabe plads til flere patienter i det område, de fravælger. Til gavn for patienter, der ellers ikke ville have fået en læge i deres nærområde.

Der skal sikres patienterne mulighed for nødvendige sygebesøg. Hvis den tilmeldte læge er forpligtet til at aflægge nødvendige sygebesøg i dagtiden, vil nogle læger risikere at skulle bruge mere tid på transport<sup>36</sup>, hvilket isoleret set reducerer læges tid til kerneydelse – at tilse og behandle sine patienter.

Ved en ophævelse af kilometergrænsen skal det afklares under hvilke omstændigheder, sygebesøg kan finde sted.

En mulig løsning kunne være, at patienter, der har en relativt stor afstand til deres læge, får ret til at få nødvendige sygebesøg fra en praktiserende læge i patientens nærområde, idet egen læge visiterer, således at det via lægens patientkendskab sikres, at der kun gennemføres nødvendige sygebesøg. En sådan ordning indebærer en forpligtelse til, at lægepraksis, der er

---

<sup>36</sup> En ophævelse af kilometergrænserne kan også medføre øgede befordringsudgifter til pensionister for kommunerne.

placeret tættere på en given patients bopæl, tager eventuelle sygebesøg som stedfortræder for anden læge<sup>37</sup>.

Som utilsigtet konsekvens af at ophæve kilometergrænsen kan derudover nævnes, at praktiserende læger i større omfang end i dag må forventes at få tilmeldt patienter fra flere kommuner. Det kan vanskeliggøre den praktiserende læges overblik over og samarbejde med kommunale tilbud, fx den fælles håndtering af kronisk syge patienter og hjemmesygeplejen. En anden utilsigtet konsekvens kan være en mere skæv fordeling af patienter på tværs af nogle praksis, grundet patienternes større mulighed for at vælge andre praksis. I yderste konsekvens kan enkelte praksis, som patienterne ikke vælger, lukke.

Samlet set vil en ophævelse af kilometergrænsen synliggøre det dilemma, der særligt i udkantområder kan opstå mellem kapacitet og nærhed: Mellem at sikre borgerne adgang til at blive tilmeldt en alment praktiserende læge på den ene side og hensynet til at sikre borgerne en rimelig afstand til lægen på den anden side. En reel mulighed for at blive tilmeldt en læge i et område, hvor der kan være en større afstand til lægen, må være at foretrække frem for en formel ret til at vælge læger i nærområdet, som har lukket for tilgang af nye patienter.

### **5.7.5. Styring af lægedækningen**

Styringen af lægedækningen vedrører fastlæggelsen af antallet af praksis (læger) i regionen samt den geografiske placering af disse praksis i regionen.

Det er relevant at overveje, hvorvidt en ændring af rammerne for styringen af lægedækningen dels kan fremme en effektiv anvendelse af lægekapaciteten i almen praksis via en (mere) ligelig fordeling af patienterne på tværs af læger. Og dels kan fremme muligheden for, at alle patienter kan blive tilmeldt en læge. Også i udkantsområder.

Perspektivet ved en mere målrettet styring af den geografiske placering af praksis i regionen skal ses i lyset af den igangværende strukturelle tilpasning af sygehusvæsenet, herunder samling af sygehusenes fælles akutmodtagelser (skadestuer), der som selvstændig faktor kan skabe et behov for øget akutbetjening i dele af almen praksis i visse geografiske områder.

---

<sup>37</sup> En anden mulighed i forhold til håndteringen af sygebesøg over større afstande til den tilmeldte læge består i, at lægen i patientens nærområde både varetager sygebesøget, men også den forudgående visitation.

Der er flere muligheder for at ændre rammerne for sikring af lægedækningen, der vedrører både fastlæggelsen af antallet af praktiserende læger i regionen samt den geografiske placering af praksis i regionen<sup>38</sup>.

En mulighed består i, at regionen – uafhængigt af et centralt aftalt normtal for den nedre lukkegrænse – selv fastlægger antallet af læger i den enkelte region på baggrund af en årlig vurdering af regionale og lokale behov. Hermed ændres normtallets anvendelse fra at have direkte betydning for lægedækningen til alene at have betydning for, hvornår en praksis kan få lukket for tilgang.

En anden mulighed består i, at regionen (eller det regionale samarbejdsudvalg) har kompetence til at fastlægge den områdemæssige placering af praksis i den enkelte region.

En tredje mulighed er, at regioner og kommuner understøtter, at der findes egnede lokaler, fx ved udleje på markedsvilkår, i de områder, hvor der fra myndighedssiden er et ønske om at placere og/eller fastholde praksis. Det er udvalgets vurdering, at udlejning af lokaler på markedsvilkår fremover vil kunne bidrage til at sikre tilstrækkelig lægedækning.

### **Fastlæggelse af antallet af læger i regionen**

En mulighed for at ændre rammerne for styringen af lægedækningen består i, at regionen i overensstemmelse med de nuværende regler, efter drøftelser i det regionale samarbejdsudvalg, fortsat har kompetence til at fastlægge antallet af læger i regionen på baggrund af en årlig vurdering af behovet, men at regionen – som noget nyt – fastlægger antallet af læger uafhængigt af et centralt aftalt normtal. Dermed adskilles regionernes fastlæggelse af antallet af alment praktiserende læger i regionen fra det centralt aftalte normtal for den generelle nedre lukkegrænse for den enkelte praksis.

---

<sup>38</sup> Der kan i øvrigt peges på, at der allerede efter den nuværende overenskomst er mulighed for, at læger efter aftale med regionen etablerer satellitpraksis i form af supplerende praksislokaler i et andet område end der, hvor praksis i øvrigt er placeret, med henblik på afholdelse af planlagte konsultationer på udvalgte tidspunkter i satellitpraksis til nærområdets borgere.



For at understøtte en hensigtsmæssig fordeling af praktiserende læger mellem regionerne kan der derudover peges på muligheden for, at det gøres obligatorisk, at regionerne ved fastsættelsen af lægedækningen inddrager hensyn til andre regioner på baggrund af fælles årlige drøftelser af regionale muligheder og behov.

De nuværende principper for fastlæggelsen af antallet af læger i regionen er fastlagt i landsoverenskomstens § 15, og de indebærer:

- At regionen efter drøftelse i samarbejdsudvalget årligt træffer beslutning om antallet af læger i regionen.
- At beslutningen træffes på baggrund af praksisplanen, udviklingen i antallet af borgere (gruppe 1 og 2-sikrede) i regionen, samarbejdsudvalgets vurdering af udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis og andre relevante forhold, der influerer på behovet for alment praktiserende læger.
- At der som udgangspunkt skal være en læge for hver 1.600 gruppe 1-sikrede personer i regionen. Dermed indgår normtallet for den generelle nedre lukkegrænse for den enkelte praksis efter den gældende overenskomst også som norm i beregningsgrundlaget ved den årlige fastsættelse af lægedækningen i den enkelte region.

### *Vurdering*

Fordelen ved, at antallet af læger i regionen fastsættes på baggrund af en vurdering af behovet for læger i regionen, og dermed uafhængigt af et central aftalt normtal, er, at regionen målrettet og fleksibelt kan tages hensyn til behovet i regionen.

Ved at erstatte det nuværende nationalt aftalte normtal med en regional adgang til at vurdere og fastlægge det reelle behov for antallet af læger i et givent område i regionen kan man samtidig fremme en effektiv anvendelse af lægekapaciteten i almen praksis: Jo flere læger i et givet område, der ønsker mange patienter i praksis, desto færre læger kan der være behov for i området.

Samtidig kan en regional adgang til at fastsætte antallet af læger i regionen ud fra regionale behov sikre en målrettet dimensionering af almen praksis i overensstemmelse med de even-

tuelle særlige opgaver, man regionalt ønsker, at de praktiserende læger (eller nogle af dem) skal varetage i regionen, fx på akutområdet.

### **Den geografiske placering af praksis**

En anden mulighed for at ændre rammerne for styringen af lægedækningen består i, at regionen, efter drøftelser i det regionale samarbejdsudvalg, tildeles kompetencen til at fastlægge den geografiske placering af praksis i den enkelte region<sup>39</sup>.

En sådan regional beslutningskompetence kan bl.a. udmøntes under hensyntagen til, at alle patienter får mulighed for at blive tilmeldt en læge/praksis indenfor en rimelig afstand til egen bopæl samt mulighed for reelt at vælge mellem flere praksis. Samt under hensyntagen til, at den enkelte praksis får en rimelig arbejdsbyrde.

Efter de nuværende overenskomstregler har de regionale samarbejdsudvalg kompetencen.

### *Vurdering*

Fordelen ved, at regionen tildeles kompetencen, er, at regionen, der efter sundhedsloven har myndighedsansvaret for at sikre borgerne adgang til alment praktiserende læger, dermed opnår den fulde kompetence på området, med deraf følgende mulighed for at gennemføre myndighedens ønsker, også i situationer hvor de praktiserende læger som gruppe er imod. Adgangen til at fastsætte den geografiske placering af lægepraksis kan også anskues som en naturlig myndighedsopgave, idet det samtidig skal understreges, at praktiserende læger i sagens natur selv beslutter, om de ønsker at nedsætte sig i en praksis i et af regionen udpeget geografisk område.

Hertil kommer, at inddragelsen af det regionale samarbejdsudvalg samtidig sikrer muligheden for, at regionen tager hensyn til ønsker fra såvel lægerne som kommunerne i regionen.

Omvendt er det en risiko, at beslutninger, der er truffet af regionen, og ikke af samarbejdsudvalget, bliver opfattet som mindre legitime af de praktiserende læger i regionen. Beslutninger, der træffes i samarbejdsudvalgene, har den styrke, at de dermed skaber ejerskab og

---

<sup>39</sup> Dette forudsætter aftale i landsoverenskomsten eller hjemmel i sundhedsloven, jf. også note 25.

medansvar blandt de praktiserende læger, hvilket understøtter, at trufne beslutninger faktisk føres ud i livet.

Såfremt regioner og kommuner i øget omfang tilvejebringer egnede lokaler til praktiserende læger, fx ved udleje på markedsvilkår, er det under alle omstændigheder naturligt, at det er regionen – og ikke samarbejdsudvalget – der beslutter placeringen af disse lægepraksis. Det er udvalgets vurdering, at tilvejebringelse og udlejning af lokaler på markedsvilkår vil kunne bidrage til at løse de problemer, der i visse geografiske områder er og fremover kan være med at sikre tilstrækkelig lægedækning.

## Kapitel 6 – Samspil og samarbejde

### 6.1. Sammenfatning

Væsentlige målsætninger i samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen er dels at behandling skal ske på laveste, effektive omsorgsniveau (LEON-princippet), dels at der sikres sammenhængende og effektive patientforløb.

En af de væsentligste udfordringer i forhold til en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen er, at det nuværende aftalesystem ikke rummer strukturer og mekanismer, der i tilstrækkeligt grad sikrer forankring og udmøntning af de centrale aftaler og retningslinjer om samarbejde og arbejdsdeling, fx forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom eller sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne i regionen. Det er samtidigt væsentligt at sikre gensidigt forpligtende rammer for almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

For at sikre realiseringen af almen praksis' centrale rolle i det samlede sundhedsvæsen er det nødvendigt, at alle parter lever op til aftaler og retningslinjer for arbejdsdeling og samarbejde. Det vurderes, at der er behov for, at tiltag i fx sundhedsaftalerne og forløbsprogrammerne i højere grad understøttes i aftalekomplekset. Den centralt aftalte overenskomst vedrørende almen praksis bør derfor i fremtiden indeholde en beskrivelse af de basale roller, opgaver og forpligtelser, man som alment praktiserende læge påtager sig ved tilslutning til overenskomsten, fx i forhold til kroniske patienter, mens den nærmere udmøntning af samarbejdet og arbejdsdelingen bør fastlægges på regionalt og kommunalt niveau.

Det er helt centralt, at et mere forpligtende aftalesystem samtidig suppleres med dialogbaserede rammer både centralt og decentralt til understøttelse af implementering samt effektiv opfølgning for løsning af fortolknings- og brudsager.

En undersøgelse af henvisningsmønstret i almen praksis viser, at der er variation i omfanget af henvisninger blandt de praktiserende læger. En stor del af variationen i henvisningsmønstret er uforklaret, hvilket tyder på, at kvaliteten og effektiviteten af henvisningerne også er varierende. Det vurderes derfor, at der kan være behov for at understøtte, at almen praksis' udredning lever op til LEON-princippet, og at henvisningsmønstret er hensigtsmæssigt.

Det vurderes i den sammenhæng, at regionale henvisningsvejledninger og -procedurer kan bidrage til at sikre lægernes overblik over henvisningsmulighederne. Endvidere kan praksiskonsulentordningerne i nogle tilfælde være en god hjælp til de praktiserende lægers arbejde med henvisninger.

Der er mulighed for, at sygehuse eller praktiserende speciallæger i videre omfang end det sker i dag mere effektivt kan stille rammer og ekspertise til rådighed for den praktiserende læge. Det gælder bl.a. bedre mulighed for specialrådgivning og bedre adgang til diagnostiske faciliteter. Samtidig kan det i et vist omfang være relevant, at den praktiserende læge kan henvise nærmere beskrevne patienter til sub-akut ambulans behandling. Der kan derudover være behov for, at patienter med uspecifikke symptomer og mistanke om alvorlige lidelser kan henvises til diagnostiske centre med bred ekspertise frem for specifikke afdelinger. Disse muligheder skal ses i sammenhæng med en hensigtsmæssig organisering af det samlede sundhedsvæsen og med henblik på en effektiv anvendelse af ressourcerne.

På regionalt plan kan der med fordel arbejdes mere kontinuerligt og systematisk med kvalitetsudvikling i forhold til henvisningsadfærd, hvilket forudsætter, at monitoreringen af henvisningsmønstre forbedres. Det forudsætter desuden, at de praktiserende læger inddrages i planlægningen og opfølgningen på monitoreringen.

Der er på nogle områder behov for et særligt fokus på samarbejdet mellem almen praksis og øvrige aktører, bl.a. kommunerne. Af væsentlige indsatsområder kan fremhæves indsatsen over for patienter med kronisk sygdom, forebyggelsesindsatsen, indsatsen forud for sygehusindlæggelse og efter udskrivning fra sygehus, medicinbehandling, den palliative indsats, den socialmedicinske indsats, pakkeforløb og sundhedsberedskabet.

## 6.2. Indledning

Dette kapitel omhandler samspillet mellem almen praksis, sygehusvæsenet, kommunerne og den øvrige praksis sektor med udgangspunkt i kommissoriet, der beskriver følgende opgaver:

- At udvalget skal beskrive og analysere rammerne for et hensigtsmæssigt og forpligtende samspil mellem almen praksis, sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og den øvrige praksissektor.
- At udvalget kan inddrage spørgsmål om rammerne for visitation samt samarbejde og arbejdsdeling om diagnostisk udredning, behandling og forebyggelse.
- At udvalget kan inddrage spørgsmål om rammerne for akutberedskab og vagtlægeordning.

Almen praksis er et centralt omdrejningspunkt for det danske sundhedsvæsens opbygning. Rollerne som den primære indgang til sundhedsvæsenet, generalist og tovholder giver almen praksis en helt central placering ved sikringen af, at behandlingen sker på det laveste, effektive omsorgsniveau (LEON-princippet), og at patientforløb på tværs af sektorgrænser er sammenhængende og effektive.

Konsekvensen af manglende samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer kan være u hensigtsmæssige henvisninger, genindlæggelser, manglende behandling eller dobbeltbehandling. Dette er u hensigtsmæssigt ud fra et patientmæssigt, sundhedsfagligt og samfundsøkonomisk synspunkt.

Især i sektorovergangene er der behov for at understøtte et sammenhængende patientforløb for de patientgrupper, der har brug for ydelser fra flere sektorer. Det gælder ikke mindst patienter med kroniske sygdomme, mange ældre patienter, patienter med sociale problemer samt patienter med komplekse eller psykiske sygdomme.

Samarbejde mellem almen praksis, regioner og kommuner er dog ikke kun relevant i det enkelte patientforløb, men også på et overordnet strategisk plan, hvor rammerne for samarbejdet fastlægges i retningslinjer eller aftaler, fx sundhedsaftaler og forløbsprogrammer for

kronisk syge patienter. Samarbejdet på det overordnede plan foregår både mellem regionen, kommunerne, det enkelte sygehus og områdets praktiserende læger.

Kommunalreformen har på sundhedsområdet understøttet udviklingen i sundhedsvæsenets strukturer i retning af specialisering af sygehusvæsenet og større fokus på indsatsen i den primære sundhedssektor. Dette er bl.a. udmøntet i sundhedsloven, hvor kommunerne har fået et større ansvar bl.a. for forebyggelse og genoptræning. For at sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling samt sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af sektorerne er regioner og kommuner i sundhedsloven samtidig blevet pålagt at indgå sundhedsaftaler med henblik på fastlæggelse af arbejdsdeling og samarbejde mellem almen praksis, sygehuse og kommuner.

Kapitlet er disponeret således, at der i det følgende afsnit 6.3. beskrives de overordnede organisatoriske rammer for samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, og muligheder for at sikre et mere hensigtsmæssigt samt forpligtende samarbejde. Afsnit 6.4. omhandler udredning i og henvisninger fra almen praksis. Således analyseres muligheder for at sikre hensigtsmæssig henvisningsadfærd i almen praksis, og at almen praksis varetager udredning og behandling i henhold til LEON-princippet. I afsnit 6.5. beskrives afslutningsvis en række specifikke indsatsområder for samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

### **6.3. Rammer for et forpligtende samspil**

Hvis aftaler og retningslinjer om samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner skal fungere effektivt, er det en forudsætning, at parterne gensidigt lever op til indhold og hensigten i aftalerne og retningslinjerne.

Samspillet handler i denne kontekst om, at almen praksis som en basal del af funktionen skal indgå i samarbejdet og arbejdsdelingen med det øvrige sundhedsvæsen på en gensidigt forpligtende måde. Samtidig er det en forudsætning for et godt samspil, at regioner og kommuner indgår i samarbejdet på samme forpligtende vis og understøtter, at almen praksis kan udfylde sin rolle.

Det er derfor nødvendigt at se på, hvilke aftalemæssige og organisatoriske rammer, der kan sikre og understøtter implementeringen af almen praksis i et integreret sundhedsvæsen.

### **6.3.1. Gældende regler og organisering**

Det eksisterende system for at indgå aftale om samarbejde med almen praksis består i dag reelt af to parallelle strukturer.

På den ene side findes landsoverenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, som fastsætter de generelle rettigheder og forpligtelser for almen praksis. Efter landsoverenskomsten er der både centralt og regionalt nedsatte samarbejdsudvalg med repræsentation af regionen, lægerne og kommunerne.

På den anden side er der etableret forskellige samarbejdsfora som sundhedskoordinationsudvalg på regionalt niveau, samordningsudvalg på sygehusniveau og kommunalt-lægelige udvalg på kommunalt niveau. Disse samarbejdsfora har til formål at sikre sammenhæng og koordination mellem almen praksis, kommuner og regionen, men de har ikke beslutningskompetence. Se bilag 6.1 for en nærmere gennemgang af den eksisterende samarbejdsstruktur og samarbejdsfora.

Aftaler om samarbejdet med almen praksis kan ikke aftales via sidstnævnte samarbejdsfora som fx sundhedskoordinationsudvalget eller mellem de enkelte læger og kommunen, men aftales via overenskomstsysteet. Lægerne er med den gældende landsoverenskomst imidlertid ikke forpligtet til automatisk at følge den arbejdsdeling og de rammer for samarbejdet, som en kommune og en region har vedtaget i en sundhedsaftale eller som fremgår af et forløbsprogram for patienter med kronisk sygdom.

På regionalt niveau er der imidlertid mulighed for at supplere eller fravige landsoverenskomsten ved såkaldte § 2-aftaler, der indgås mellem regionen og lægernes regionale praksisudvalg. En § 2-aftale kan fx vedrøre forhold for alle praksis i regionen, praksis i én kommune eller en enkelt praksis. Der er ikke i landsoverenskomsten begrænsninger på, hvilke emner en § 2-aftale kan omhandle. Spændvidden i de hidtidige § 2-aftaler har da også været stor og har strakt sig fra at vedrøre indførelse af honorarer for nye ydelser, aftaler om særlige rekrutterings- og fastholdelsestiltag og til praksiskonsulentordningen. Udgifterne til § 2-aftaler afholdes af regionerne.

Den politiske drøftelse af behovet for § 2-aftaler finder sted i samarbejdsudvalget, hvor både region, kommuner og almen praksis som nævnt er repræsenteret. Aftaleparterne er regionen



og praksisudvalget, men såfremt en region og et praksisudvalg vil indgå en § 2-aftale, der eksempelvis vedrører lægernes deltagelse i opsøgende hjemmebesøg i en kommune, er kommunens positive stillingtagen til projektet en forudsætning for, at § 2-aftalen kan indgås.

Også en kommune og de praktiserende læger i kommunen kan indgå aftaler i henhold til landsoverenskomstens § 57A, stk. 4, der finansieres af kommunen. Såfremt regionen skal afholde udgiften i henhold til tillægsoverenskomsten, skal regionen være enig.

### **6.3.2. Udfordringerne i det nuværende aftalesystem**

Den nuværende overenskomst indeholder som nævnt muligheden for at supplere eller fravige overenskomsten ved lokale aftaler. Med denne mulighed kan regionen eller kommunerne fokusere på særlige opgaver, som region eller kommunen ønsker prioriteret.

Det lægelige ansvar indebærer en grundlæggende forpligtelse til at udøve et lægefagligt skøn ved stillingtagen til behandlingsindsatsen over for den enkelte patient. Kliniske retningslinjer, henvisningsvejledninger og forløbsprogrammer mv. indgår som en del af grundlaget for dette skøn. Den praktiserende læge udøver et lægeligt skøn ved tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen og anvendelsen af ydelserne i aftalesystemet – såvel i landsoverenskomsten som i lokalaftaler, herunder § 2-aftaler. Det er derfor en forudsætning for et velfungerende aftalesystem, at ydelserne i aftalesystemet opleves som fagligt relevante af de praktiserende læger.

Erfaringer viser imidlertid, at § 2-aftaler, der vedrører samarbejdet og arbejdsdelingen, ikke altid bliver anvendt af de praktiserende læger i det forudsatte omfang. Et af de tidligere amter havde eksempelvis en § 2-aftale om opsøgende hjemmebesøg til ældre, som overhovedet ikke blev brugt. I en region findes en § 2-aftale om praktiserende lægers deltagelse i udskrivningskonferencer, som i 2007 kun blev brugt 7 gange i hele regionen. Begge er eksempler på aftaler af en sådan karakter, at de må forudsættes relevante for alle praktiserende læger, og at det derfor er et stort problem i forhold til regionernes og kommunernes sundhedsplanlægning, at ydelserne ikke bliver brugt i et omfang som forudsat. Den tilsigtede rolle for almen praksis i samarbejdet med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet bliver dermed ikke udfyldt.

En mulig løsning kunne være at eksplicite i § 2-aftalerne, at de skal følges af alle de praktiserende læger. Fra regionernes side er vurderingen imidlertid, at det ofte er vanskeligt at få indgået § 2-aftaler med en sådan grad af præcisering. Resultatet er, at de lokalaftaler, der indgås, i realiteten er frivillige for den enkelte praktiserende læge at benytte, og hvor det derfor er vanskeligt for regionen at få opbakning i det regionale samarbejdsudvalg til at sanktionere manglende efterlevelse af en indgået aftale.

Udfordringen er således, at det nuværende aftalesystem ikke tilstrækkeligt effektivt sikrer, at alle de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i et integreret sundhedsvæsen. Det nuværende aftalesystem rummer således ikke strukturer og mekanismer, der i tilstrækkelig grad sikrer forankring og efterlevelse af aftaler om samarbejde og arbejdsdeling, fx sundhedsaftaler og forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom.

En succesfuld implementering af de lokale aftaler om samarbejde og arbejdsdeling, som vil være centrale redskaber til sikring af sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af sygehusvæsen, almen praksis og kommune, stiller andre krav til aftalesystemet end den eksisterende § 2-aftalemulighed, som ikke i tilstrækkeligt omfang opfattes som bindende.

### **6.3.3. Præcisering af aftalekomplekset**

En mulighed kunne være, at det centrale aftalekompleks med almen praksis i fremtiden indeholder en beskrivelse af de basale roller, opgaver og forpligtelser, man som alment praktiserende læge påtager sig ved tilslutning til det centrale aftalekompleks.

Udover en række fundamentale krav til opgavevaretagelse, kvalitet og serviceniveau, fx varetagelse af rollen som tovholder, anvendelse af kliniske vejledninger, ICPC-kodning og brug af moderne udstyr, kan der også ske en præcisering af almen praksis' forpligtelse til at efterleve lokale retningslinjer og aftaler om samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Fx aftaler som vedrører regional og kommunal ud-møntning af forløbsprogrammer og andre sundhedsaftaler mellem region og kommune.

Dette indebærer, at almen praksis bliver direkte forpligtet af sundhedsaftaler, som regionen indgår med kommunerne, under forudsætning af, at aftalerne omhandler arbejdsdeling og samarbejde i forhold til opgaver, som forudsættes varetaget af almen praksis i medfør af det centrale aftalekompleks. Med dermed er det så netop ikke en forudsætning for aftalernes

forpligtende karakter, at de understøttes af lokalaftaler herom med de omhandlede praktiserende læger.

Dette indebærer også, at de praktiserende læger som udgangspunkt alle er omfattet af disse aftaler, hvorfor undtagelse herfra for læger kræver konkret stillingtagen og tilladelse fra regionen eller det regionale samarbejdsudvalg.

Kun i det omfang der fra regional eller kommunal side er ønske om, at alle eller enkelte praksis skal varetage opgaver, som ikke kan rummes indenfor de i forvejen aftalte ydelser i det centrale aftalesystem, vil der være behov for at indgå en særskilt lokalaf tale herom som supplement til landsoverenskomsten.

Et eksempel kan være, hvis en region som følge af samlingen af den akutte indsats ønsker at (nogle af) de praktiserende læger i særlige områder af regionen skal varetage akutte opgaver, som tidligere har været løst i sygehusregi. Et andet eksempel kan være, hvis man i en region ønsker at udlægge varetagelsen af en opgave, som kræver særligt udstyr eller ekspertise, fra sygehusvæsenet til almen praksis. Ligeledes kan der være tale om, at der fra kommunal side ønskes indgået aftaler med almen praksis om særlige opgaver, som ikke allerede løses af almen praksis.

Rammen for sådanne lokalaftaler kan med fordel være den nuværende § 2-aftale, hvor det er regionen, som er aftalepart i forhold til de alment praktiserende læger. Fordelen ved at benytte § 2-aftalemuligheden også i forbindelse med indgåelse af aftaler vedrørende kommuner, frem for at benytte § 57 i landsoverenskomsten, er, at der derved kan sikres en mere samlet prioritering af anvendelsen af almen praksis' ressourcer samt en koordinering af aftaleindholdet i forhold til de enkelte kommuner.

Det vurderes, at det er en forudsætning for et velfungerende aftalesystem, at almen praksis inddrages og høres ved forberedelsen af sundhedsaftaler mv., som almen praksis skal forpligtes til at følge, således at lægerne får mulighed for at bidrage til fastlæggelsen af deres egen rolle i samarbejdet og arbejdsdelingen, herunder sikre den faglige relevans. Det kan med fordel ske i regi af de regionale sundhedskoordinationsudvalg samt i de regionale samarbejdsudvalg, hvor repræsentanter fra region og kommune og fra almen praksis deltager.

Der kan i samme fora med fordel desuden periodevist ske drøftelse og evaluering af de implementerede aftaler mv.

Kun i det omfang, der fra regional eller kommunal side er ønske om, at alle eller enkelte praksis skal varetage opgaver, som ikke kan rummes indenfor de i forvejen aftalte ydelser i det centrale aftalesystem, vil der være behov for at indgå en særskilt lokalaftale herom som supplement til landsoverenskomsten.

Endelig kan det med henblik på at opnå et effektivt aftalesystem overvejes at gennemføre en opstramning af systemet for løsning af fortolknings- og brudsager i retning af det, der gælder på arbejdsmarkedsområdet. Det fagretlige system her fungerer relativt effektivt og hurtigt i kraft af bl.a. procedureregler (frister mv.) og reglen om arbejdsgiverens fortolkningsret, indtil en afgørelse måtte være truffet i sidste instans ved faglig voldgift. Det kan diskuteres, om voldgiftsinstituttet i så fald også skal omfatte sager om fratagelse af ydernummer. En sådan opstramning af systemet for fortolknings- og brudsager kan gennemføres enten ved aftale mellem overenskomstens parter eller ved en ændring af sundhedsloven.

#### **6.3.4. Supplerende rammer for dialog**

Nogle af de udfordringer, som opleves i samarbejdet i dag mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, skyldes givetvis manglende kendskab til hinandens arbejdsvilkår, målsætninger og indsatser. Der er derfor behov for at supplere et styrket aftalesystemet, som beskrevet i afsnit 6.3.3., med dialog og brobygning mellem almen praksis, sygehuse og kommuner.

En mulighed er yderligere udbredelse og udvikling af praksiskonsulentordningen. Praksiskonsulentordningen er i dag udbredt på sygehusene og under udbredelse i kommunerne<sup>40</sup> under lidt forskellige modeller, som strækker sig fra en model med én fælles praksiskonsulentordning i hver region til separate ordninger for henholdsvis sygehuse og kommuner. Det kan i denne sammenhæng tilføjes, at det er vigtigt, at praksiskonsulentordningen målrettes og fokuseres, hvor den har størst effekt.

---

<sup>40</sup> Gennem de seneste 10-15 år er der indført praksiskonsulentordninger i alle regioner og på alle sygehuse (på nær 5 psykiatriske sygehuse). 43 kommuner har i 2007 ansat en eller flere praksiskonsulen-

**Boks 6.1. Fælles praksiskonsulentordning:**

Flere regioner har taget initiativ til at lave en fælles praksiskonsulentordning for både regionale og kommunale praksiskonsulenter, således at de kan dele både viden og sekretariatsbistand.

I Region Syddanmark er der etableret en fælles praksiskonsulentordning med deltagelse af region (sygehuse), psykiatri, almen praksis og kommuner. I den fælles praksiskonsulentordning ansættes praksiskonsulenterne på de enkelte afdelinger/kommuner og tildeles grundtimer til de faste opgaver. I den fælles praksiskonsulentordning er der derudover en pulje af timer til arbejdet med patientforløb. Desuden er der etableret et fælles sekretariat, der bl.a. har til opgave at understøtte de enkelte praksiskonsulenter i udførelsen af deres arbejde og forestå fælles uddannelse/kompetenceudvikling af praksiskonsulenterne.

Fordelen ved en fælles praksiskonsulentordning er, at den kan understøtte arbejdet med sammenhængende patientforløb ved den fælles organisering og sekretariat for praksiskonsulenterne.

En anden mulighed for styrket dialog mellem almen praksis og kommunerne er øget udbredelse og anvendelse af de kommunalt-lægelige udvalg. I 2007 havde 30 kommuner etableret kommunalt-lægelige udvalg, mens godt 10 kommuner planlagde at nedsætte et i 2008.

Disse udvalg er i dag dog ikke involveret i drøftelsen af sundhedsaftaler. Det vil kunne styrke dialogen mellem kommunen og praktiserende læger og kunne føre til en væsentlig bedre forankring af samarbejdsaftalerne med almen praksis lokalt, hvis der nedsættes kommunalt-lægelige udvalg i alle kommuner, og disse udvalg samtidig får til opgave at drøfte forslag til indholdet i de bilaterale sundhedsaftaler samt efterfølgende bidrage aktivt til implementeringen af aftalen blandt alle praktiserende læger i kommunen.

Arbejdet i de kommunalt-lægelige udvalg kan endvidere styrkes ved, at de praktiserende læger etablerer lokale lægelaug, der ”repræsenterer” almen praksis i en kommune. Der er i dag ikke lægelaug i alle kommuner, og at de eksisterende fungerer meget forskelligt.

---

ter og yderligere 30 kommuner planlægger at ansætte praksiskonsulenter i 2008 (Kommunernes øko-

## 6.4. Udredning og henvisning

### 6.4.1. Henvisningsundersøgelsen

Der er foretaget en undersøgelse af henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark, jf. nærmere herom i bilag 6.2. I det følgende beskrives udvalgte resultater fra henvisningsundersøgelsen med henblik på at pege på muligheder for at sikre en hensigtsmæssig henvisningsadfærd og opgavevaretagelse i almen praksis.

Undersøgelsen viser, at ca. 10 pct. af kontakterne til almen praksis fører til en henvisning til sygehus, kommunalt tilbud, praktiserende speciallæger eller andre sundhedspersoner. Det svarer nogenlunde til niveauet fra lignende udenlandske studier. Samtidig viser undersøgelsen, at ca. 40 pct. af borgere tilmeldt en praksis i løbet af et år henvises til det øvrige sundhedsvæsen (STS 2008).

Undersøgelsen viser endvidere variation i omfanget af henvisninger blandt de praktiserende læger, både når man ser på praksisniveau, kommunalt niveau samt regionalt niveau. Dette er også gældende, når der er taget højde for forskelle i patienternes køn og alderssammensætning.

En stor del af variationen i henvisningsmønsteret er uforklaret. Knap halvdelen af variationen i henvisninger til speciallæger kan således ikke forklares med patientrelaterede faktorer, læge- og praksiskarakteristika eller udbuddet af sundhedstilbud. Godt en tredjedel af variationen i henvisningerne til sygehus er på lignende vis uforklaret. Ud over dette kan ca. en tredjedel af variationen i henvisninger til sygehuse forklares med ikke-identificerede geografiske faktorer, som kunne være lokalbestemte traditioner, samarbejdsformer mv.

Selvom det optimale niveau for antallet af henvisninger ikke kendes, peger variationen i henvisningsmønsteret i retning af, at der er et potentiale i at arbejde med kvaliteten og effektiviteten i henvisningerne fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen - også inden for den enkelte region.

---

nomi, 2008).

Undersøgelsen af henvisningsmønsteret viser, at nogle af de tiltag, som de alment praktiserende læger finder, giver størst støtte i henvisningssituationen, er lokale vejledninger og vejledninger fra DSAM. Undersøgelsen viser også, at der er en række forhold vedrørende almen praksis' muligheder for udredning, som har betydning for omfanget af lægernes henvisninger.

I undersøgelsen af henvisningsmønsteret peger resultaterne på mulige forbedringstiltag. Det drejer sig om nem adgang til rådgivning på speciallægeniveau og udvidet adgang til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehuse. Det kan dog ikke på det foreliggende grundlag nærmere estimeres, hvor mange flere patienter de praktiserende læger vil kunne færdigudrede ved implementering af disse tiltag.

#### **6.4.2. Muligheder for at understøtte udredning og behandling i almen praksis og sikre hensigtsmæssig henvisningsadfærd**

På baggrund af resultaterne fra henvisningsundersøgelsen kan det overvejes at implementere og udbrede initiativer vedrørende:

- Regionale henvisningsvejledninger.
- Støtte og adgang til relevant specialiseret udredning mv.
- Monitorering af og dialog om henvisningsmønster.

##### **Regionale henvisningsvejledninger**

En mulighed for at støtte almen praksis i diagnostik- og udredningsfasen og sikre hensigtsmæssig henvisningsadfærd er, at den enkelte region fastlægger og løbende opdaterer regionale henvisningsvejledninger for ambulante udredning, især for sygdomsområder og patientgrupper, hvor det er særligt vigtigt at følge en struktureret arbejdsdeling og præcise henvisningsprocedurer og tidskrav mv. Fordelen ved henvisningsvejledninger er, at lægerne kan henvise til den rette instans og specialiseringsniveau indenfor et specifikt område.

Det er vigtigt, at der sikres en hensigtsmæssig formidling af sådanne henvisningsvejledninger, fx gennem praksiskonsulenterne. Henvisningsundersøgelsen viser dog, at under halvdelen af de praktiserende læger finder, at praksiskonsulenterne har været en god hjælp i læger-

nes hidtidige arbejde med henvisninger. Praksiskonsulentordningen bør derfor udvikles, hvis den i højere grad skal støtte lægerne i henvisningsprocessen.

I almen praksis kan det desuden være vanskeligt at bevare et opdateret overblik over henvisningsmulighederne på sygehusene, og i den øvrige praksissektor. For at udredning af den enkelte patient kan foregå effektivt og samfundsøkonomisk hensigtsmæssigt, er det derfor også vigtigt, at den enkelte praktiserende læge kender de henvisningsmuligheder, der er i den enkelte region.

Lægernes overblik over henvisningsmulighederne kan styrkes ved, at regionen sikrer en let tilgængelig, løbende opdateret oversigt over henvisningsmulighederne både på sygehusene og i den øvrige praksissektor, og at kommunen ligeledes sikrer en let tilgængelig og opdateret oversigt over de kommunale tilbud, som almen praksis kan henvise til. Oversigter i elektronisk form ([www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)) letter tilgængelighed og opdatering.

#### **Støtte og adgang til relevant specialiseret udredning mv.**

Med henblik på så vidt muligt at fastholde udredning og behandling af patienterne i almen praksis, kan den alment praktiserende læge i nogle situationer have behov for, at sygehuse eller speciallægepraksis stiller ekspertise til rådighed for den praktiserende læge i udredningssituationen.

#### *Nem adgang til rådgivning fra sygehus eller praktiserende speciallæger*

Undersøgelsen af henvisningsmønsteret i almen praksis viser, at omkring hver sjette af henvisningerne foretages, fordi den praktiserende læge ønsker en "second opinion" eller er "kørt fast" i problemstillingen (STS 2008). Dette kunne tyde på, at nogle af disse situationer vil kunne klares på anden vis end med en henvisning.

I dag har de alment praktiserende læger ofte kun mulighed for rådgivning i det omfang den relevante speciallæge i det specialiserede sundhedsvæsen vælger at stille sig til rådighed for de praktiserende læger, hvorved rådgivningen i vidt omfang kommer til at foregå på den enkelte speciallæges præmisser. På internationalt niveau er der i England, Finland og Holland positive erfaringer med en mere organiseret faglig sparring mellem sektorer (Dansk Sundhedsinstitut 2007a).



En mulighed kunne være, at regionen sikrer de alment praktiserende læger nem adgang til at indhente klinisk rådgivning på relevant speciallægeniveau i forhold til udredning og diagnosticering af konkrete patienter. En sådan adgang kan også udvides til at omfatte rådgivning i forhold til fx behandling og kontrol af patienter med diagnosticeret kronisk sygdom.

En effektiv realisering heraf forudsætter, at der etableres en entydig og nem adgang til rådgivningen via telefon, mail eller telemedicin. Det kan desuden overvejes, hvordan det kan sikres, at sygehusene prioriterer opgaven med at yde rådgivningen. For de praktiserende lægers vedkommende kan det ligeledes overvejes, hvilke faglige incitamenter, som kan fremme, at de indhenter den relevante rådgivning frem for at henvise patienterne. Lægerne kan fx gives et fagligt incitament ved anonymiseret gennemsigtighed om variationen i deres henvisningspraksis eller ved monitorering af og dialog om henvisningspraksis.

Såfremt der åbnes op for øget adgang til rådgivning fra sygehuse eller praktiserende speciallæger er det samtidig nødvendigt at sikre, at der ved den konkrete udmøntning sikres, at resourcetrækket på sygehusene og speciallægepraksis står mål med gevinsterne ved ordningen, herunder sikring af en hensigtsmæssig anvendelse også af de samlede specialiserede ressourcer på sygehusene og i speciallægepraksis.

#### *Udvidet adgang til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehuse*

Henvisningsundersøgelsen viser, at 2/3 af de adspurgte praktiserende læger mener, at de med mulighed for at kunne henvise direkte til CT- og MR-skanning samt ekkokardiografi vil kunne varetage en større del af udredningen i praksis.

Det er på denne baggrund en mulighed at give almen praksis adgang til at henvise patienter direkte til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehuse, i det omfang det viser sig fagligt og ressourcemæssigt hensigtsmæssigt.

Forudsætningen er, at der udvikles vejledninger for henvisning til de pågældende undersøgelsestyper, så der ikke henvises unødigt til omkostningstunge undersøgelser på sygehusene, herunder sikring af en hensigtsmæssig anvendelse også af de samlede specialiserede ressourcer på sygehusene.

#### *Mulighed for at henvise patienter til sub-akutte ambulatorietider på udvalgte områder*

Hvis en praktiserende læge er "kørt fast" i udredningen, kan lægen i dag typisk henvise til en ambulans undersøgelse i sygehusregi indenfor et givent speciale. Der kan være ventetider til ambulatorier, og ved henvisning til ambulatorier er det endvidere vanskeligt for lægen at følge udredningen og den videre behandling af patienten, da sygehuset samtidigt overtager ansvaret for patienten. Ventetider til ambulatorierne kan føre til, at patienter bliver indlagt til udredning for tilstande, der ellers kunne være udredt ambulans.

En mulighed kunne være at give de praktiserende læger øget mulighed for at henvise patienter til sub-akutte ambulatorietider på udvalgte områder, hvorefter sygehusenes opgave så er at vurdere, hvilke konkrete undersøgelser patienten har behov for, at udføre disse undersøgelser og efterfølgende give den praktiserende læge vejledning om det eventuelle videre behandlingsforløb i almen praksis.

Der vil være behov for at se nærmere på mulighederne for den konkrete udmøntning, herunder på hvilke områder de praktiserende læger med fordel gives øget adgang til sub-akutte ambulatorietider, ligesom der vil være behov for henvisningsvejledninger til disse ambulatorietider, så der også sikres en hensigtsmæssig anvendelse af de samlede specialiserede ressourcer på sygehusene.

#### *Mulighed for at henvise patienter til diagnostiske centre*

På grund af den stigende specialisering i sygehusvæsenet kan det være vanskeligt for den praktiserende læge at henvise til rette sygeafdeling på baggrund af en patients uspecifikke symptomer. Det indebærer en risiko for, at disse patienter sendes frem og tilbage mellem mange forskellige afdelinger og dermed et ineffektivt udredningsforløb, der specielt ikke er hensigtsmæssigt, hvis det drejer sig om patientgrupper, hvor det er afgørende med en hurtig diagnose.

Det kan overvejes, at sygehusene i øget omfang etablerer diagnostiske centre i ambulans regi, hvor der findes bredere faglig ekspertise, og hvortil almen praksis kan henvise, typisk medicinske patienter med uspecifikke symptomer og mistanke om alvorlig lidelse. For at sikre en hensigtsmæssig ressourceanvendelse af sådanne diagnostiske centre, herunder sikre at patienterne bliver henvist på den rette indikation, vil det være nødvendigt at udarbejde særlige henvisningsvejledninger.

Som på ambulatorier vil det således blive sygehusenes opgave at forestå udredning og efterfølgende, fx gennem en tilbagehenvisning, at give den praktiserende læge den rette vejledning til det eventuelle videre behandlingsforløb i almen praksis. Det er i denne forbindelse væsentligt at sikre, at patienten hurtigt kommer tilbage til almen praksis, så sygehuset ikke unødigt overtager ansvaret for patienten.

Denne mulighed skal ses i sammenhæng med en hensigtsmæssig organisering af det samlede sundhedsvæsen og med henblik på en effektiv anvendelse af ressourcerne.

### **Monitorering af og dialog om henvisningsmønstre**

De praktiserende lægers henvisningsmønstre i det regionale sundhedsvæsen registreres ikke systematisk hverken i Sygesikringsregisteret, i Landspatientregisteret eller andre registre. Der finder heller ikke i dag nogen registrering af henvisninger til kommunale tilbud, fx til hjemmesygeplejen eller forebyggelsestiltag<sup>41</sup>.

Systematisk indsamling af den enkelte praktiserende læges henvisningsmønstre vil gøre det muligt at identificere udviklingsbehov, som kan danne grundlag for dialog, fx de praktiserende læger imellem og i forhold til regionen, og dermed danne baggrund for at gennemføre tiltag med henblik på ændring af henvisningsmønstre i det omfang dette måtte vise sig hensigtsmæssigt<sup>42</sup>. Systematisk dokumentation af lægernes henvisningsmønstre vil også kunne anvendes i kommunernes planlægning og udvikling af sundhedstilbud til borgerne.

For at understøtte kvalitetsudviklingen af almen praksis' henvisningsmønstre er en mulighed, at regionerne i et samarbejde med de praktiserende læger systematisk og løbende gennemfører monitorering af og dialog om de alment praktiserende lægers henvisningsmønstre i den enkelte region.

---

<sup>41</sup> Henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark, 2008. I denne undersøgelse er der gjort brug af forskellige datakilder og samkøring af forskellige registre for at fremskaffe viden om henvisningsmønstret. Der henvises til afsnit 7.3.1. for en nærmere beskrivelse og vurdering af mulighederne for at sikre systematisk dokumentation af kliniske aktiviteter og kvalitet i almen praksis.

<sup>42</sup> En mulighed er, at henvisninger fra praksis forsynes med dato for symptom og første kontakt samt henvisningsdiagnose og registrering i Landspatientregistret. Der er behov for en nærmere vurdering af, hvordan henvisningsdata bedst muligt genereres, herunder i hvilket omfang henvisningsdata automatisk kan dannes ved hjælp af datafangstmodulet, jf. afsnit 7.5.2.

Det er centralt, at de praktiserende læger inddrages i planlægningen og opfølgningen på monitoreringen, så monitoreringen opleves som fagligt relevant blandt de praktiserende læger. Formålet med en løbende monitorering er således at skabe et databaseret grundlag for almen praksis kvalitetsudvikling samt regionens – og også kommunens - kontinuerlige støtte af almen praksis, så der sikres mere effektive henvisningsforløb. Dels via løbende udvikling og kvalitetssikring af henvisningsvejledninger, dels ved målretning af efteruddannelse og kvalitetsinitiativer i forhold til de alment praktiserende læger.

## **6.5. Fokusområder for styrket samspil**

I dette afsnit fokuseres på en række væsentlige indsatsområder, hvor der i vidt omfang er behov for styrkelsen af samspillet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Det vurderes, at disse indsatsområder i vidt omfang vil kunne styrkes ved en gennemførelse af de i afsnit 6.3. beskrevne rammer for et mere forpligtende samarbejde samt ved øget anvendelse af de i afsnit 6.3.4. beskrevne dialogbaserede rammer og redskaber.

I lyset af de tidsmæssige rammer for dette udvalgsarbejde samt den betragtelige variation i lokale behov og ønsker til samarbejdet med almen praksis, er indsatsområderne i det følgende kun søgt overordnet beskrevet og ikke af udtømmende karakter.

Følgende områder er udvalgt til en overordnet beskrivelse af samarbejdsudfordringer samt muligt fokus for en styrket indsats.

- Indlæggelse og udskrivning fra sygehus.
- Kronisk sygdom.
- Forebyggelse.
- Medicinhåndtering.
- Palliation i primærsektoren.
- Socialmedicinsk samarbejde.
- Sundhedsberedskabet.
- Pakkeforløb på kræftområdet

Det bemærkes for en god ordens skyld, at den rækkefølge, som fokusområderne behandles i, ikke er udtryk for nogen prioritering, samt at fokusområderne i øvrigt kan overlappe i den forstand, at elementer i ét fokusområde, fx medicinhåndtering, kan indgå i et andet fokusområde, fx behandling af patienter med kronisk sygdom.

### **6.5.1. Indlæggelse og udskrivning fra sygehus**

Almen praksis indgår i et samspil med kommuner, herunder især den kommunale hjemme-sygepleje, og sygehuse ved mange indlæggelser og udskrivninger. Både ved indlæggelser og udskrivninger er et godt forløb afgørende for, at patienten oplever sammenhæng. Erfaringsmæssigt er det netop i overgangen mellem sektorer, at der er en fare for manglende kontinuitet i patientforløb og i værste fald utilsigtede hændelser.

Det er en væsentlig målsætning at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser, både af hensyn til borgeren og af ressourcemæssige grunde. Dette tema er obligatorisk i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner.

En høj forekomst af gentagne indlæggelser på sygehusene kan indikere, at sygehusene har forholdsvis mange u hensigtsmæssige indlæggelser. Det vil sige indlæggelser, som kunne være forebygget i primærsektoren, hvis der havde været et relevant tilbud. Andelen af sådanne gentagne indlæggelser på maksimalt et døgn udgør mellem 40 og 50 pct. af indlæggelserne i størstedelen af kommunerne (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008).

Det vurderes, at en mulighed for at begrænse antallet af unødvendige indlæggelser består i øget fokus i primærsektoren på forebyggelse af indlæggelser, fx ved tidlig opsporing i hjemmeplejen og tæt kontakt mellem hjemmeplejen og almen praksis. Endvidere vil egentlige kommunale alternativer til indlæggelser i form af akuttilbud i hjemmesygeplejen kunne forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Hvor det er hensigtsmæssigt ud fra en faglig og ressourcemæssig vinkel, er en mulighed for at styrke samarbejdet ved udskrivning, at afholde egentlige udskrivningssamtaler med både repræsentanter for den udskrivende sygehusafdeling, patientens praktiserende læge eller praksispersonalet og den kommunale hjemmepleje; eller eventuelt i form af telefonkonferencer. Samtidig kunne lægen uddelegere ansvaret for deltagelse heri til praksispersonalet, der også kunne koordinere under lægeligt tilsyn.

**Boks 6.2. Udskrivningskonferencer:**

I Region Syddanmarks § 2 aftaler om udskrivningskonferencer deltager en repræsentant fra almen praksis, og ikke nødvendigvis lægen selv, og en repræsentant fra kommunen i udskrivningskonference i de tilfælde, hvor det er relevant at parterne mødes for at udveksle information og blive enige om, hvordan det videre forløb for den pågældende patient skal være. Der er i Region Syddanmark indgået en § 2 aftale vedr. honorering af almen praksis for deltagelse i udskrivningskonferencer.

Kilde: Region Syddanmark 2007. § 2-aftale af 22. februar 2007.

Der har igennem mange år været afprøvet forskellige tiltag med henblik på opfølgning i forhold til svage, ældre patienter, som udskrives fra sygehus, for at mindske risikoen for genindlæggelse. Et centralt element i de fleste tiltag er at styrke samarbejdet mellem sygehuse, kommunens hjemmepleje og patientens praktiserende læge. Det er bl.a. dokumenteret, at den såkaldte Glostrup-model har en effekt på genindlæggelsesfrekvensen. DSI er for KL ved at foretage en vurdering af anvendelsen af Glostrup-modellen i en driftssituation med henblik på både at vurdere effekt og økonomi.

**6.5.2. Kronisk sygdom**

Patienter med kronisk sygdom har behov for en langvarig og kontinuerlig indsats. En forudsætning for at kunne sikre patienterne et sammenhængende og effektivt forløb med høj kvalitet er, at indsatsen er hensigtsmæssigt organiseret og koordineret på tværs af faggrupper og på tværs af sektorer. Ved den konkrete planlægning af, hvem der skal give de forskellige sundhedsfaglige ydelser i den kroniske patients forløb, er udgangspunktet, at den sundhedsfaglige indsats ikke skal foregå på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlings- og omkostningsmæssigt nødvendigt. Her vurderes det jf. afsnit 3.6.1., at hovedvægten af indsatsen for kroniske patienter med fordel kan lægges i almen praksis.

Til at sikre hensigtsmæssig opgavefordeling og samarbejde mellem de involverede parter i indsatsen for patienter med kronisk sygdom kan der med fordel udvikles forløbsprogrammer for de enkelte kroniske sygdomme. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats gennem hele forløbet ved kronisk sygdom. Forløbsprogrammer skal bidrage til at understøtte anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats samt sikre en specifik beskrivelse af opgavefordeling samt af rammer for kommunikation og samarbejde mellem alle involverede parter. Indsatsen over

for den enkelte patient tilpasses dog ud fra den konkrete lægefaglige vurdering af den enkelte patients behov.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et generisk forløbsprogram for kronisk sygdom, der fastlægger den overordnede ramme for indholdet i forløbsprogrammer jf. boks 6.3.

**Boks 6.3. Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer:**

Forløbsprogrammer omfatter den samlede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at forløbsprogrammet indeholder følgende 6 komponenter:

1. Definition af patientgruppe og derefter systematisk identifikation og registrering af patienter.
2. Beskrivelse af den sundhedsfaglige indsats, der er relevant for den pågældende sygdom. Herunder udarbejdelse af kliniske retningslinjer i relation til diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning samt støtte til egenomsorg, og beskrivelse af de relevante sundhedsfaglige tilbud.
3. Beskrivelse af den overordnede organisering af den sundhedsfaglige indsats dvs. ansvaret og opgavefordelingen for patientforløbet er defineret. Der fastlægges kriterier for stratificering med henblik på en planlægning af en gradueret indsats.
4. Der fastlægges standarder med tilhørende indikatorer til monitorering af indsatsens kvalitet og effekt.
5. Der foreligger en plan for implementering af forløbsprogrammet herunder tidsplan og hvem der har ansvar for implementeringsprocessen.
6. Forløbsprogrammet indbefatter en plan for evaluering og opfølgning på forløbsprogrammet indhold.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2008. "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes."

Udmøntningen af de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer tilrettelægges i regionalt og kommunalt regi, hvor organiseringen kan tilrettelægges afhængigt af lokale muligheder og behov. Udmøntningen af forløbsprogrammerne for så vidt angår fastlæggelsen af opgavedelingen og samarbejdet mellem regionen, herunder almen praksis, og kommunerne, vil hensigtsmæssigt kunne ske i regi af sundhedsaftalerne.

I tilrettelæggelsen er det afgørende, at opgavedelingen er entydig, og at almen praksis



får den nødvendige information fra kommune, sygehus og eventuelt andre dele af praksis-sektoren for at kunne varetage funktionen. Retningslinjerne for den løbende information kan med fordel også fastlægges i forløbsprogrammer.

Det vil som tidligere anført, jf. afsnit 6.3.3., være hensigtsmæssigt med en nærmere præcisering i aftalesystemet af almen praksis' forpligtelse til at efterleve forløbsprogrammer.

### **6.5.3. Forebyggelse**

I afsnit 3.6.3. peges der på, at den mest hensigtsmæssige opgavefordeling i fremtiden er, at almen praksis varetager den grundlæggende medicinske forebyggende indsats (eventuelt i samarbejde med sygehusene), identificerer patienter med behov for forebyggende tiltag og varetager den indledende motiverende samtale, mens den øvrige forebyggende indsats i form af fx rygestoptilbud, diætvejledning, træningstilbud og anden patientuddannelse varetages af kommunerne.

En række forhold og rammer kan fremme et hensigtsmæssigt samspil mellem almen praksis og kommunerne.

Det er udgangspunktet, at de nærmere rammer for samarbejdet og arbejdsdelingen på forebyggelsesområdet fastlægges i sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne og som elementer i forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer, der er gensidigt forpligtende for almen praksis og kommunerne, jf. afsnit 6.3.3 om forudsætninger for et forpligtende regime.

Mere specifikt er et godt samspil bl.a. betinget af, at almen praksis har nem adgang til ajourførte oversigter over kommunernes forebyggelsestilbud, der kan henvises til. Erfaringerne fra 18 kommunale sundhedscentre viser desuden, at især manglende viden om centrenes tilbud har betydet, at de praktiserende læger ikke har henvist patienter i det ønskede omfang (Statens Institut for Folkesundhed 2008). Dette peger også på hensigtsmæssigheden af grundig information og dialog, fx i de kommunalt-lægelige udvalg og det kan også være relevant at inddrage praksiskonsulenter i udviklingen af de kommunale tilbud.

Udviklingen af digitale løsninger og standarder, fx elektronisk henvisning til forebyggelses-tilbud, vil på sigt gøre det lettere for de praktiserende læger at henvise til kommunale tilbud samt sikre, at henvisningsoplysningerne er fyldestgørende.

#### **6.5.4. Medicinhåndtering**

De praktiserende læger står for størstedelen af ordinationen af medicin i Danmark. Almen praksis spiller derfor en vigtig rolle i forhold til at sikre, at borgerne får ordineret den mest hensigtsmæssige medicin, og at håndteringen af denne er korrekt.

Langt de fleste borgere kan selv håndtere deres medicin med relevant instruks fra lægen, men for nogle ældre borgere og patienter med kronisk sygdom kan håndteringen af medicin være en udfordring, og en del af disse har brug for hjælp fra fx hjemmeplejen til at håndtere medicinen. Dette nødvendiggør et samarbejde mellem almen praksis og hjemmeplejen, således at hjemmeplejen har de korrekte oplysninger om præparater, dosering og indikationer mv.

Derudover har de borgere, hvor hjemmeplejen normalt håndterer deres medicin, ikke nødvendigvis selv overblik over deres medicinering i forbindelse med kontakter til det øvrige sundhedsvæsen. I forbindelse med sygehusindlæggelse er der derfor en risiko for tab af information om den enkelte borgers medicinering, idet sundhedsvæsenets nuværende elektroniske medicinfortegnelser sjældent indeholder en fuldstændig optegnelse over den aktuelle lægemiddelbehandling. Der er således behov for, at aktuelle medicinoplysninger hurtigt og effektivt kan indhentes på tværs af sektorer og aktører fx i forbindelse med sygehusindlæggelser mm.

Endvidere bruger ældre borgere og patienter med kronisk sygdom ofte flere lægemidler samtidig, hvilket øger risikoen for lægemiddelrelaterede problemer. Hjemmeboende ældre borgere bruger i gennemsnit fem lægemidler om dagen, mens ældre på institutioner typisk indtager 10-12 lægemidler dagligt. Ligeledes er der ofte et stort medicinforbrug i botilbud efter serviceloven og almenboligloven og lignende boliger for fx borgere med psykisk sygdom og handicap.

Der kan peges på en række indsatsområder, som kan medvirke til korrekt lægemiddelanvendelse og korrekt medicinhåndtering:

Almen praksis' tovholderfunktion indebærer, at den praktiserende læge til enhver tid bør have kendskab til patientens aktuelle medicinering. En sikring af, at almen praksis hurtigt og effektivt modtager udskrivningsbreve fra sygehuse, speciallæger og lægevagt mv. med de nødvendige oplysninger om eventuelle ændringer i medicineringen, vil kunne medvirke til dette. Ligeledes er det hensigtsmæssigt, at det øvrige sundhedsvæsen, herunder fx hjemme-sygeplejen, ligeledes har nem adgang til oversigt over deres patienters aktuelle medicinoplysninger. Som omtalt i afsnit 7.5.1. vil den kommende indførelse af Fælles Medicinkort ("fælles medicindata") skabe et væsentligt forbedret grundlag for korrekt medicinering og medicinhandling.

En række patienter vil have gavn af en regelmæssig medicingennemgang. Det drejer sig specielt om ældre borgere og borgere med kronisk sygdom, som anvender et stort antal lægemidler. For beboere i kommunale plejeboliger vil det oftest være hensigtsmæssigt, at gennemgangen sker i samarbejde med plejepersonalet. Det samme vil kunne være tilfældet hos hjemmeboende borgere, hvor hjemmeplejen håndterer medicinen.

Et godt samarbejde mellem almen praksis og kommunens hjemmepleje i forhold til borgere, hvis medicin håndteres af hjemmeplejen, kan også medvirke til at sikre en mere korrekt medicinhandling. Barrierer og forbedringer af samarbejdet vil med fordel kunne drøftes i de kommunal-lægelige udvalg og med bistand fra en praksiskonsulent.

Et godt samarbejde mellem almen praksis og hjemmeplejen vil også kunne medvirke til i højere grad at identificere borgere, der kan anvende dosisdispensering. Dosisdispensering er et redskab, som med fordel kan anvendes af patienter, som over en periode skal anvende flere lægemidler samtidig. 36.962 personer fik dosisdispenseret deres lægemidler 1. halvår af 2007 (Lægemiddelstyrelsen, 2008). Det vurderes, at dosisdispensering med fordel kan udvides langt mere, end det er tilfældet i dag – også til hjemmeboende, svage ældre.

Almen praksis og apotekerne samarbejder i forbindelse med receptudstedelser, hvor almen praksis elektronisk kan sende recepter til apotekerne. Derudover er der en mulighed for at apotekets personale tilbyder rådgivning til almen praksis omkring rationel farmakoterapi.

### **6.5.5. Uhelbredeligt syge i eget hjem**

Kommunikationen mellem de involverede sektorer og aktører er den vigtigste komponent i samarbejdet, da et terminalt forløb ofte kræver indsats fra flere sektorer og aktører. I primærsektoren er et velfungerende samarbejde mellem den praktiserende læge og hjemmesygepleje en forudsætning for et godt palliativt forløb i hjemmet<sup>43</sup>.

DSAM har i sin vejledning om palliation i primærsektor beskrevet vigtigheden af, at den praktiserende læge holder sig opdateret med patientens sygdom, sikrer kontakten til patienten fx efter indlæggelse, er ansvarlig for den basale palliative behandling i hjemmet og at almen praksis er tovholder i forhold til samarbejde med bl.a. hjemmesygeplejen og sygehuset, samt at den praktiserende læge er tilgængelig udenfor dagtiden (DSAM 2004b).

### **6.5.6. Socialmedicinsk samarbejde**

Kommunen kan i medfør af landsoverenskomstens § 56 henvende sig til den praktiserende læge i forbindelse med socialmedicinske problemstillinger i forhold til borgere, der er tilmeldt lægen. Den praktiserende læge kan også henvende sig til kommunen i socialmedicinske sager.

Alment praktiserende læger skal i henhold til landsoverenskomsten tilstræbe at deltage i det socialmedicinske samarbejde med kommunen, men lægen har ikke pligt til det, idet lægen dog har pligt til at videregive helbredsmæssige oplysninger om patienten ved kommunens sagsbehandling i relation til fx sager om udsatte børn eller sygedagpenge.

Det vurderes overordnet, at samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger på børne- og ungeområdet og det øvrige socialmedicinske område fungerer meget forskelligt landet over, og at der nogle steder kan være behov for, at samarbejdet bliver udviklet og styrket - særligt i de komplicerede sager.

---

<sup>43</sup> Det fremgår af regeringsgrundlaget Mulighedernes Samfund, at regeringen ønsker, at uhelbredeligt syge patienter, som har behov for pleje og behandling af lindrende karakter, får bedre mulighed for at dø i eget hjem, bl.a. gennem øget fokus på indsatsen i primærsektoren med praktiserende læger og hjemmeplejen.

Udfordringerne kan dels skyldes problemer med at prioritere et område, hvor almen praksis ikke er forpligtet til at deltage, og dels kan de skyldes manglende kendskab på tværs af sektorerne til arbejdsvilkår, målsætninger og indsatser.

Der kan på denne baggrund peges på anvendelse af kommunale praksiskonsulenter og en øget anvendelse af kommunalt-lægelige udvalg som muligheder for en bedre dialog og brobygning mellem almen praksis og kommunerne. I det omfang de praktiserende læger etablerer lægelaug i alle kommuner, kan også disse fora danne udgangspunkt for en styrket dialog.

Det kan endvidere overvejes, om aftalesystemet kan anvendes til at understøtte den praktiserende læges involvering på det socialmedicinske område, jf. bl.a. afsnit 3.6.7.

### **6.5.7. Sundhedsberedskabet**

Der er gennem de senere år kommet tiltagende fokus på nødvendigheden af et effektivt sundhedsberedskab, herunder at det kan blive nødvendigt at inddrage almen praksis' resourcer. Det er derfor også væsentligt, at almen praksis kan forpligtes til at indgå i sundhedsberedskabet og i planlægningen af regioners og kommuners sundhedsberedskab (Beredskabsstyrelsen 2003).

Hertil kommer, at de centrale sundhedsmyndigheder, herunder embedslægerne, har behov for at kunne få kontakt til almen praksis og lægevagten i beredskabssituationer. Det kan dels dreje sig om videregivelse af akut information til at bibringe lægerne den fornødne viden til at kunne håndtere beredskabssituationen, og dels anmodning om egentlig aktivering.

I henhold til Beredskabslovens § 57 kan regionen i en beredskabssituation pålægge almen praksis opgaver i sundhedsberedskabet, jf. kapitel 3.6.9. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis udspecificeres i samarbejdsaftaler om, at almen praksis inddrages i planlægningen af sundhedsberedskabet i regioner og kommuner. Dermed får almen praksis indflydelse på pålagte opgaver.

En anden mulighed er at inddrage de regionale samarbejdsudvalg eller de regionale sundhedskoordinationsudvalg som høringspart ved udarbejdelse af sundhedsberedskabsplanen i regionen. Samt inddragelse af de kommunalt-lægelige udvalg eller lægelaug som høringpart

ved udarbejdelsen af kommunernes sundhedsberedskabsplaner. Dette vil bidrage til at skabe kendskab til involverede parter rolle og ansvar i beredskabssituationer.

Udviklingen af en fælles praksiskonsulentordning for region og kommune vil kunne bidrage til implementering og formidling af sundhedsberedskabsplaner i almen praksis. Ligeledes vil et kommunalt-lægeligt udvalg i alle kommuner sandsynligvis kunne styrke dialogen mellem kommunen og de lokale almen praksis om implementering af den regionale og kommunale sundhedsberedskabsplan.

Etablering af en ordning med det formål at sikre, at sundhedsmyndigheder akut og effektivt kan udsende information til almen praksis og lægevagten i nationale og regionale/lokale beredskabssituationer, vil kunne afhjælpe et behov for øget kriseberedskabskommunikation. Ordningen vil kunne bibringe almen praksis og lægevagten den fornødne viden med henblik på håndtering af beredskabsmæssige situationer, men forudsætter en nærmere afklaring af, hvilke situationer og hvilken slags information, der skal udsendes.

#### **6.5.8. Pakkeforløb på kræftområdet**

Som nærmere beskrevet i afsnit 3.6.2. er pakkeforløb på kræftområdet under implementering i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre kræftpatienter veltilrettelagte forløb uden unødigt ventetid.

I forbindelse med udarbejdelsen af pakkeforløb for kræftpatienter er der i Sundhedsstyrelsens regi nedsat en arbejdsgruppe for alment praktiserende lægers rolle, som bl.a. skal belyse almen praksis rolle i pakkeforløb samt udarbejde anbefalinger til, hvordan man kan understøtte, at almen praksis' deltagelse i pakkeforløbene. Denne arbejdsgruppe forventes at af-rapportere inden udgangen af 2008. I det følgende skal dog peges på en række fokusområder for et styrket samspil mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen ved gennemførelsen af pakkeforløb for patienter på kræftområdet.

Den praktiserende læge skal henviser i henhold til pakkeforløbenes henvisningskriterier, herunder krav om begrundet mistanke, og sikre, at der henvises til rette pakkeforløb, at henvisningen er korrekt udfyldt, og at henvisningen sendes til rette sted. Klar information til patienten er en central del af pakkeinitiativet.

Grundlaget, for at de rette patienter henvises til pakkeforløb kan styrkes ved, at den praktiserende læge har adgang til faglig rådgivning fra de lægelige eksperter på sygehusene eller hos praktiserende speciallæger. Fx i forhold til afklaring af hvorvidt der er mistanke om kræft hos en patient eller i forhold til hvilket specifikt pakkeforløb, der skal henvises til.

Når den praktiserende læge har henvist patienten, foregår udredningsforløbet primært i det specialiserede sundhedsvæsen uden yderligere involvering af den praktiserende læge. Den praktiserende læges rolle er herefter at varetage rådgivning om både behandlingen og psykosociale forhold i relation til forløbet, når patienten eller dennes pårørende henvender sig til den praktiserende læge. Af hensyn til denne funktion er det afgørende, at den praktiserende læge løbende bliver informeret af sygehuset om patientens diagnose og den videre behandlingsplan.

I behandlings- og efterbehandlingsforløbet indgår ofte en ambulant fase. Denne fase af pakkeforløbet kan i visse tilfælde være en langstrakt periode, hvor patienten ofte også vil have kontakt med sin praktiserende læge samtidig med behandlingen på sygehuset. Dette er også en fase, hvor information fra sygehuset er afgørende for lægens rolle i forløbet. Tilsvarende informationsbehov vil den praktiserende læge ofte have i eventuelle palliative og terminale forløb.

For at sikre kræftpatienter den bedste behandling skal det sikres, at kommunikationen er tovejs, således at den praktiserende læge også informerer sygehuset, såfremt den praktiserende læge foretager ændringer i behandlingen af patientens eventuelle andre sygdomme, som vurderes at kunne have betydning for det igangværende kræftbehandlingsforløb.

# Kapitel 7 – Kvalitet, Service og IT

## 7.1. Sammenfatning

Der ses i dette kapitel på udvalgte emner inden for kvalitet, service og IT i relation til almen praksis.

Udvalget finder, at et sigtepunkt for kvalitetsudviklingen i almen praksis er en samordning af de eksisterende og planlagte initiativer i en kvalitetsmodel for almen praksis og dermed også sammenhæng til Den Danske Kvalitetsmodel. Der peges på, at ”Dansk Kvalitetsmodel for almen praksis” (juli 2008) fra DAK-E med fordel kan indgå i det videre arbejde med at forberede en udrulning af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis, samt at det derudover er hensigtsmæssigt at få fastlagt en klar arbejdsdeling mellem aktørerne på området, herunder Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Kvalitets- og Informatikfonden for almen praksis (KIF)/Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E).

Der sættes fokus på perspektivet i mere systematisk dokumentation af kliniske aktiviteter, den kliniske kvalitet og den patientoplevede kvalitet i almen praksis gennem diagnosekodning med ICPC, indikatorregistrering, læringsmæssig feedback til lægerne og opfølgning mv.

Der peges på perspektiverne ved at arbejde hen imod, at kvalitetsdata, herunder kliniske data, på praksisniveau også er tilgængelig for myndigheder, patienter og offentligheden med henblik på understøttelse af såvel planlægning, kvalitetsudviklingen, patientinddragelsen samt borgernes frie lægevalg.

Der peges også på muligheden for, at regionerne i et vist omfang kan fastsætte obligatoriske emner for de praktiserende lægers efteruddannelse gennem udmøntning af principaftalen om efteruddannelse.

Hovedparten af de kvalitetsredskaber, der er fremhævet i dette kapitel, fx gennemførelse af systematisk dokumentation af den kliniske aktiviteter og kvaliteten i den enkelte praksis, kan både anvendes i solopraksis og flerlægepraksis, idet udviklingen i retning af flerlægepraksis



kan bidrage til at fremme kvalitetsudviklingen i sektoren, grundet det bredere lægefaglige miljø.

Der påpeges forskellige muligheder for at sikre service i form af tilgængeligheden til almen praksis, herunder den telefoniske tilgængelighed. Endvidere ses der nærmere på mulighederne for at udvide åbningstider.

Endelig peges på hensigtsmæssigheden af at fortsætte den igangværende udvikling af kvalitetssikringsværktøjer på IT området, herunder implementering af Fælles medicinkort, og der peges på perspektivet i at udbrede datafangstmodulet til alle praktiserende læger.

## 7.2. Indledning

I dette kapitel sættes fokus på rammerne for kvalitet, service og IT i almen praksis med udgangspunkt i kommissoriet, der fastslår, at udvalget skal beskrive og analysere:

- Rammerne for hensigtsmæssig faglig og økonomisk styring og udvikling af almen praksis. Udvalget skal i den forbindelse analysere og vurdere incitament og honorarstruktur, der skal ses i sammenhæng med udvalgets øvrige analyser samt målsætningen om, at patienterne tilbydes let adgang til sammenhængende behandling af høj kvalitet samt effektiv ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen. Udvalget kan derudover inddrage spørgsmål om kvalitetsudvikling, faglig udvikling, IT, effektivisering, systematisk dokumentation, gennemsigtighed samt aflastning af almen praksis mv.
- Mulighederne for at sikre bedre hjælp uden for de normale åbningstider. Udvalget skal også beskrive og analysere relevante servicemål for tilgængeligheden til almen praksis, fx i forhold til åbningstider, telefonisk kontakt og sygebesøg. Relevante servicemål må ikke indebære offentlige merudgifter.

Det fremgår således af kommissoriet, at udvalget kan vælge at inddrage spørgsmål om kvalitetsudvikling, faglig udvikling, IT, effektivisering, systematisk dokumentation, gennemsigtighed samt aflastning af almen praksis mv.

Udvalget har besluttet at inddrage disse temaer i arbejdet, idet rammerne for udvalgsarbejdet dog nødvendiggør en skarp prioritering af de temaer, der behandles i rapporten. Det er således ikke ambitionen, at behandle alle aspekter af kvalitet, service og IT i almen praksis i dette udvalg. Udvalget er også vidende om, at der er mange initiativer og aktiviteter, der allerede pågår eller er under udvikling i almen praksis, og som ikke omtales nærmere i denne rapport<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Nyere fremstillinger af bredden af aktiviteterne i almen praksis særligt på kvalitetsområdet fremgår af ”Rapport Dansk kvalitetsmodel for almen praksis” (juli 2008) fra DAK-E samt af rapporten ”Faglig udvikling i almen praksis – Delrapport Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen” (november 2007) fra Danske Regioner.

For så vidt angår kvalitet og IT er fokus i denne rapport at beskrive og vurdere mulighederne for at fremme udviklingen i almen praksis ved at ændre på de overordnede rammer, særligt i landsoverenskomsten. Fokus er dermed i væsentlig mindre grad på, hvordan man på regions- eller praksisniveau kan fremme udviklingen.

For så vidt angår service i form af tilgængelighed i almen praksis sætter udvalget ligeledes primært fokus på de overordnede rammer, særligt i landsoverenskomsten.

### **7.3. Kvalitet**

Det er en grundlæggende målsætning, at kvaliteten af almen praksis' ydelser skal være ensartet, høj og veldokumenteret. Med kvalitet forstås i denne sammenhæng både klinisk kvalitet og den patientoplevede kvalitet<sup>45</sup>.

De overenskomstmæssige rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis kan give lægerne incitament til at fremme kvaliteten i deres daglige praksis. Endvidere kan rammerne understøtter kvalitetsudviklingen med relevante og tidssvarende redskaber.

Derudover er det hensigtsmæssigt, at de overenskomstmæssige rammer giver sundhedsmyndigheder, patienter og offentligheden mulighed for at følge med i, hvad kvaliteten er i almen praksis. Dette er en naturlig konsekvens af, at sektoren er offentligt finansieret. Gennemsigthed giver også sundhedsmyndighederne, herunder især regionerne, mulighed for at vurdere behovet for at fremme kvalitetsudviklingen i sektoren via decentrale initiativer og aktiviteter.

Der tages i vidt omfang udgangspunkt i det igangværende arbejde med at fremme kvaliteten i regioner og blandt læger samt udgangspunkt i arbejdet i Kvalitets- og Informatikfonden for almen praksis (KIF) og i Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) landsdækkende indsats på kvalitets- og IT-området<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> Aktiviteter og forhold, der vedrører den såkaldt organisatoriske kvalitet, fx tovholderfunktioner eller rammer for henvisning, er behandlet i kapitlet 6 om samspil og samarbejde. Denne tredeling (klinisk, patientoplevet og organisatorisk kvalitet) anvendes også i den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet.

<sup>46</sup> Kvalitets- og Informatikfonden for almen praksis (KIF), der er forankret i landsoverenskomstens § 12 A, har til formål at understøtte og finansiere landsdækkende kvalitets- og informatikinitiativer i almen praksis. Fonden er sammensat af repræsentanter fra Praktiserende Lægers Organisation, Regionernes Lønnings- og Takstnavn samt

Udvalget er opmærksom på, at det forventes, at der fremsættes et lovforslag om udvidelse af patientsikkerhedsordningen. Med lovforslaget udvides den nuværende patientsikkerhedsordning på sygehusene til at omfatte hele den primære sundhedssektor, herunder almen praksis. Udvalget forholder sig på det foreliggende grundlag ikke nærmere hertil.

I dette afsnit 7.3. om kvalitet beskrives og vurderes forskellige muligheder for at fremme kvalitetsudviklingen i almen praksis i relation til:

- Dokumentation af den kliniske kvalitet og de kliniske aktiviteter i den enkelte praksis (se afsnit 7.3.1.).
- Dokumentation af den patientoplevede kvalitet i forhold til den enkelte praksis (se afsnit 7.3.2.).
- Offentliggørelse og formidling af data om kvaliteten i forhold til den enkelte praksis (se afsnit 7.3.3.).
- Relevant efteruddannelse i den enkelte praksis (se afsnit 7.3.4.).
- Forskning vedrørende almen praksis (se afsnit 7.3.5.).

I afsnit 7.3.6. ses der på mulighederne på at fremme kvalitetsudviklingen i regi af flerlægepraksis og solopraksis. Endelig ses der i afsnit 7.3.7. på perspektiverne i en samlet kvalitetsmodel.

### **7.3.1. Dokumentation af den kliniske kvalitet og de kliniske aktiviteter**

Dokumentationen for klinisk aktivitet i almen praksis sker i lægernes elektroniske journalsystem – også kaldet praksissystemer. Ved at indtaste såkaldte ICPC-diagnosekoder i praksissystemet, i relation til journalføringen af patientkontakten, øges muligheden for struktureret diagnoseregistrering og journaloverblik.<sup>47</sup> ICPC-diagnosekodning forenkler det kliniske arbejde ved at tilbyde et navn og en diagnosekode til de ofte diffuse helbredsproblemer patienterne møder med. De praktiserende læger som i dag anvender ICPC giver ofte udtryk for, at

---

Dansk Selskab for Almen Medicin. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) er oprettet som en enhed under KIF. Status og udviklingsperspektiver er bl.a. beskrevet i Rapport Dansk kvalitetsmodel for almen praksis (juli 2008) samt i Aktivitetsplan 2008-2009 for DAK-E.

det er fagligt givende at blive ”vejledt” til at samle og udtrykke patienternes helbredstilstand i form af en diagnose.

ICPC kan også betegnes som en basisregistrering af patientkontakter, der giver lægen overblik i den enkelte journal og overblik over diagnosesammensætningen af den samlede patientpopulation. Et sådan overblik kan give et billede af, hvilke patienttyper og sygdomme en given praksis har mange eller få af, og det kan bl.a. være et nyttigt afsæt for drøftelser af kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis<sup>48</sup>.

ICPC er dermed et nyttigt kvalitetsredskab. Kodning har dog et endnu større potentiale for kvalitetsudvikling, når der kobles kvalitetsstandarder- og indikatorer på ICPC-koderne. Med en registrering og dataindsamling på grundlag af kvalitetsindikatorer, kan der skabes dokumentation for den kliniske kvalitet i den enkelte praksis, og dermed skabes et mere fyldestgørende, datamæssigt grundlag for kvalitetsudviklingen. Dette stiller dog krav til kvaliteten af lægernes ICPC-kodning (datakvalitet- og komplethed).

Anvendelsen af behandlingsstandarder og -indikatorer til monitorering af behandlingskvaliteten er velkendt og velafprøvet i Danmark. De seneste års arbejde med kvalitetsudvikling i almen praksis har resulteret i ICPC relaterede indikatorer for en række store sygdomsområder: diabetes, KOL, kronisk hjertesygdomme (cvd), hypertension og hjerteinsufficiens.

Indikatorerne for diabetes er i drift i forsøgsordning ”forløbsydelsen for diabetes”, mens de øvrige indikatorer dels pilottestet og dels er færdigudviklet – og testet.

Ud fra et kvalitetsudviklingsperspektiv vil det være en fordel at få sat disse indikatorsæt i ordinær drift. Det er hensigtsmæssigt, at der er en kontinuerlig og løbende sammenhæng mellem, hvad der udvikles – fx i DAK-E regi – og hvad der tages i anvendelse af lægerne.

---

<sup>47</sup> ICPC står for ”International Classification of Primary Care”. I Danmark har dette klassifikationssystem gennemgået en udvikling, der er internationalt anerkendt, og som har betydet, at der i dag foreligger en faglig og teknisk specifikation for ICPC-2.

<sup>48</sup> Der er i Danmark, både blandt sundhedsprofessionelle og administrative aktører, stor accept af at bruge ICPC som den struktur, der understøtter det sundhedsfaglige overblik. I 2003 anvendte 30 pct. af de praktiserende læger ICPC. I 2006 var tallet oppe på 67 pct. (Krabbe & Føns, 2007).

Indikatorerne for de nævnte sygdomsområder er udviklet i tæt samarbejde med relevante videnskabelige selskaber og baserer sig på evidens og best practice.

Lægernes første erfaringer med ”forløbsydelsen for diabetes” er samlet op i rapporten ”Almen praksis’ modtagelse af Forløbsydelsen for diabetespatienter. En kvalitativ evaluering efter det første år”(Thorsten 2008). Rapporten viser, at kombinationen af ICPC-kodning, brug af kvalitetsindikatorer, datafangst og relevant datamæssig feedback til lægerne giver gode muligheder for at forbedre diabetesbehandlingen. Både i forhold til de læger, som mener, de havde ”styr på” deres diabetespatienter og dem, der hidtil ikke havde arbejdet målrettet med denne patientgruppe.

Rapporten gør samtidig opmærksomt på, at der er betydelige kvalitetsforbedrende gevinster at hente for alle læger, hvis de bliver bedre til at bruge det feedbackprogram, som de modtager fra kvalitetsdatabasen – Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)<sup>49</sup>. Endnu bedre vejledning og information om potentialerne er derfor af betydning for en udbygning af brugen af kvalitetsindikatorer, fx i efteruddannelsesregi, jf. afsnit 7.3.4. Databasen har allerede nu, men særligt på sigt, et potentiale med henblik på forskning i almen praksis.

I regi af DAK-E er der etableret et miljø og en metodik til udvikling af kvalitetsindikatorer, der er velegnet til brug i almen praksis. Det anses for hensigtsmæssigt, at dette arbejde fortsætter, og det kan overvejes, om udviklingen af nye kvalitetsindikatorer kan sættes op i tempo. Dette kan med fordel ske ved at øge inspirationen og importen af kvalitetsindikatorer fra udlandet og at øge samarbejdet med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) .

Også i forbindelse med den aktuelle gennemførelse af pakkeforløb på kræftområdet arbejdes der med at udvikle og implementere relevante målepunkter for indsatsen, som en central del af pakkeinitiativet. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en monitoreringsmodel, som gør det muligt at følge, hvor hurtigt patienter, der henvises til et pakkeforløb, udredes og behandles.

---

<sup>49</sup> DAMD er etableret som en kvalitetsdatabase som led i landsoverenskomstens aftaler om forløbsydelsen.

DAMD opsamler dels data om diabetesbehandlingen i almen praksis og dels data om patientbehandling i form af medicinordination, ydelsesregistrering, laboratorietests og diagnoseregistrering af kontakter til almen praksis. Med udgangspunkt i ICPC-kodning sker dataopsamlingen automatisk ved hjælp af datafangstmodulet, der skal kobles til praksis’ it-system.

Det er på nuværende tidspunkt dog først muligt at monitorere patientens forløb fra henvisning er modtaget på sygehus. For at forbedre monitoreringsindsatsen kan der med fordel arbejdes med modeller for hvordan, henvisning til pakkeforløb også registreres i almen praksis.

Det vurderes på denne baggrund, at det er hensigtsmæssigt:

- At alle praktiserende læger dokumenterer deres kliniske aktiviteter ved brug af diagnosekodning (ICPC). Fordele ved diagnosekodning for den enkelte læge er nævnt overfor. Fra et kommunalt, regionalt og nationalt planlægningsperspektiv vil det via lægernes diagnosekodning være muligt bl.a. at monitorere sygdomsudvikling i befolkningen som helhed.
- At alle læger dokumenterer den kliniske kvalitet på grundlag af de fem sæt af kvalitetsindikatorer, der i dag er udviklet; det vil sige diabetes, KOL, kronisk hjertesygdomme (cvd), hypertension og til hjertheinsufficiens.
- At dokumentationen af kliniske aktiviteter, herunder henvisningsmønstre, og af den kliniske kvalitet sker på lægeniveau, og ikke kun praksisniveau, da det især er data på lægeniveau, der har relevans for kvalitetsudvikling, bl.a. fordi gennemsnitlige data på aggregeret niveau ikke viser den relevante variation på lægeniveau.
- For såvel lægen, patienterne som sundhedsmyndigheder vil landsdækkende monitorering af op til fem store sygdomsområder bidrage med betydelige gevinster i forhold til kvalitetsudvikling og landsdækkende monitorering af sygdomsudvikling mv. For at lette udbredelsen af kvalitetsdokumentationen til alle læger, kunne det alternativt overvejes indledningsvis at gennemføre registrering på fx tre udvalgte områder, mens brugen af de øvrige udviklede sæt af kvalitetsindikatorer i første omgang kunne anvendes af lægerne på frivillig basis.
- At der sikres et fagligt organisatorisk set-up for udviklingen af indikatorer for øvrige relevante sygdomsområder i almen praksis samt for den løbende, faglige ajourføring af eksisterende sæt af kvalitetsindikatorer.

- At der sikres fagligt organisatorisk set-up, der understøtter den løbende implementering af kvalitetsindikatorer i hele almen praksis, så alle de praktiserende læger deltagere i systematisk kvalitetsudvikling.
- At regionerne og de praktiserende læger gennem DAMD sikrer den nødvendige decentrale, lokale og individuelle faglige feedback og opfølgning, så dokumentation af de kliniske aktiviteter og kvaliteten omsættes til kvalitetsudvikling. Det er afgørende, at data feedback fremkommer så hurtigt, at det anses for relevant i praksis.
- At der samtidig sikres en bredt forankret enighed om, hvilke områder som belægges med kvalitetsindikatorer, og rækkefølgen mv., så lægerne opnår ejerskab til udviklingen.

De regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg og Kvalitetsfagligt udvalg under KIF, udgør i dag organisationsstrukturen mellem det centrale og det regionale niveau.

Der henvises i øvrigt til afsnit 7.5.2. vedrørende datafangstmodulet, der muliggør vidtgående automatisk datasamling. Det er en afgørende styrke ved datafangstmodulet, at modulet – under forudsætning af at lægerne diagnosekoder (ICPC) – muliggør systematisk registrering og dermed dokumentation også af kliniske aktiviteter og kvaliteten med et minimalt tidsforbrug for den enkelte praktiserende læge.

### **7.3.2. Dokumentation af den patientoplevede kvalitet**

Patienternes oplevelse af almen praksis kan dokumenteres via forskellige former for tilfredsundersøgelser. Med afsæt i et europæisk forbillede er der udviklet en dansk spørgeskemametode, kaldet DanPEP<sup>50</sup>, til målrettet at indhente oplysninger om den lægefaglige ydelse, læge-patientforholdet, information og støtte, tilgængelighed og organisation af ydelserne i almen praksis.

En praktiserende læge kan på eget initiativ få gennemført en DanPEP-undersøgelse. Ofte er det dog gennem samarbejdet mellem lægerne og de regionale administratorer, fx i kvalitets- og efteruddannelsesudvalget, at der skabes enighed om at forsøge at få et større antal læger i

---

<sup>50</sup> Danske Patienter Evaluerer Praksis



regionen med på at gennemføre en DanPEP-undersøgelse. Målet for hovedparten af sådanne aftaler mellem lægerne og regionen er at få så mange læger som muligt til at deltage, særligt dem som ikke tidligere har gennemført patienttilfredshedsundersøgelser.

Resultatet af en DanPEP-undersøgelse forelægges typisk i en personlig rapport til lægen. I rapporten er der også aggregerede data for de øvrige deltagende læger i regionen, så der er mulighed for at sammenligne og perspektivere resultatet.

De hidtidige erfaringer fra de læger, som har deltaget i en DanPEP-undersøgelse, viser bl.a., at lidt over halvdelen af de deltagende læger har gennemført forandringer på baggrund af det opnåede resultat. Endvidere viser erfaringerne, at måden hvorpå afrapporteringen finder sted, herunder den støtte som tilbydes lægerne til fortolkning af resultatet og til skabelse af forandring, er vigtig for effekten af undersøgelsen samt for motivationen til at deltage i en opfølgende undersøgelse. Det kendetegner dog lægernes nuværende brug af DanPEP, at der ofte går lang tid mellem deres deltagelse, hvis de overhovedet deltager i denne type undersøgelse mere end én gang. Det betyder ikke, at der ikke arbejdes systematisk med patientperspektivet, men noget tyder på, at denne del af kvalitetsarbejdet – arbejdet med patientperspektivet – er præget af mere ”løst engagement” end af planlagte periodiske tilfredshedsmålinger blandt patienterne.

Det synes dog hensigtsmæssigt i arbejdet med udvikling af sikring af den patientoplevede kvalitet, at alle læger med mellemrum gennemfører en patienttilfredshedsundersøgelse i form af DanPEP eller tilsvarende undersøgelse.

Hertil kommer, at sygehussektoren hvert andet år gennemfører en landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse. Tilsvarende undersøgelser kunne regelmæssigt gennemføres for almen praksis, evt. på baggrund af aggregerede DanPEP-data. Formålet hermed kunne bl.a. være at tilvejebringe viden om mulige regionale indsatsområder mv.

### **7.3.3. Offentliggørelse og formidling af data om kvaliteten**

Som en naturlig konsekvens af at almen praksis er offentlig finansieret, synes det hensigtsmæssigt, at sundhedsmyndigheder, patienter og offentligheden opnår indsigt i niveauet for og udviklingen i kvaliteten i almen praksis.

Åbenhed eller offentliggørelse af kvalitetsdata kan tjene flere formål, herunder:

- at servicere patienter med informationer, der kan kvalificere valget af læge samt understøtte dialogen mellem læge og patient,
- at understøtte patientbehandlingen via patienternes adgang til egne kvalitetsdata,
- at tilvejebringe informationer til sundhedsmyndigheder om kliniske aktiviteter og kvaliteten til brug for bl.a. monitorering af sygdomsudviklingen og som grundlag for planlægning, styring og udvikling, samt
- at skabe et fagligt incitament og 'faglig konkurrence' lægerne imellem om at forbedre sig.

Offentliggørelse og formidling af kvalitetsdata er efterhånden velkendt i sygehussektoren. De nationale kvalitetsdatabaser, som administreres af regionerne og Sundhedsstyrelsen, offentliggør som minimum årsrapporter om behandlingskvaliteten på sygdomsspecifikke områder, og på portalen sundhedskvalitet.dk formidles en lang række sundhedsfaglige og organisatoriske kvalitetsdata om behandlingsniveauet og forholdene på samtlige landets sygehuse.

Almen praksis har så småt taget fat på denne udfordring. Det forventes, at det snart bliver muligt for de diabetespatienter, der er tilmeldt praktiserende læger, der anvender forløbsydelsen for diabetes, at få adgang til egne kliniske data på den almenmedicinske kvalitetsdatabase. Patienten har på denne måde adgang til de samme data som lægen og dermed mulighed for at monitorere sin egen sygdom og sin fortløbende tilstand tættere. DAMD offentliggør årsrapporter om de indsamlede diabetesdata, dog kan data ikke føres tilbage til navngivne læge.

KIF, der har det overordnede ansvar for DAMD, arbejder efter den foreløbige beslutning, at kliniske kvalitetsdata fra lægernes diabetesregistreringer offentliggøres på kommuneniveau, hvis der i en kommune er indsendt data fra mindst fire lægepraksis. Er der data fra mindre end fire lægepraksis, offentliggøres data på regions- og landsniveau.

Der peges på perspektiverne ved at arbejde hen imod, at kvalitetsdata, herunder kliniske data, på praksisniveau også er tilgængelig for myndigheder, patienter og offentligheden med

henblik på understøttelse af såvel planlægning, kvalitetsudviklingen, patientinddragelsen samt borgernes frie lægevalg.

Fordi almen praksis ikke har tradition for denne type offentliggørelse, og da offentliggørelse af kvalitetsdata tjener forskellige formål, jf. ovenstående, kan det være hensigtsmæssigt at inddele processen omkring offentliggørelse i faser med forskellig målgruppe.

#### **7.3.4. Relevant efteruddannelse**

Der er indgået en principaftale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation om at systematisere og sikre efteruddannelsen af almen praksis. Aftalen har til hensigt at understøtte, at almen praksis via efteruddannelse udvikler sig i overensstemmelse med de behov, som sundhedstilstanden i befolkningen tilsiger samt i overensstemmelse med den regionale sundhedspolitik.

Perspektivet i efteruddannelse er at styrke den evidensbaserede, kliniske praksis og formidle erfaringsbaseret viden til de praktiserende læger. Efteruddannelse skal medvirke til at øge kvaliteten i almen praksis og forbedre udnyttelsen af de eksisterende ressourcer.

Hovedindholdet i principaftalen om efteruddannelse er:

- Opdatering af basale, lægefaglige kompetencer med relevans for almen praksis.
- Implementering af ny viden af relevans for almen praksis, fx nye vejledninger fra DSAM, aftaler om patientforløb, nye ydelser, utilsigtede hændelser eller lignende.
- Introduktion af nye regionale eller landsdækkende tiltag på sundhedsområdet.
- Styrkelse af kvalitetssikring, undervisning m.m. i almen praksis.
- Udviklingstiltag vedrørende praksisdrift.
- Undervisning i landsoverenskomsten.

Aftalen er således også med til at styrke, at kvalitetsredskaber og arbejdet med kvalitet generelt bliver en del af lægernes efteruddannelsesstilbud og ad den vej kan vinde udbredelse i lægernes daglige arbejde. Det er også et element i principaftalen at anskue den enkelte praksis som én kompetenceenhed, herunder understøttelse af at også praksispersonale efteruddannes, kapitel 5 afsnit 5.6.3.

Principaftalen om efteruddannelse er endnu ikke udmøntet. Der udestår bl.a. spørgsmål om i hvilket omfang, regionen kan fastsætte obligatoriske emner for de praktiserende lægers efteruddannelse som del i varetagelsen af planlægningen og udvikling af det samlede regionale sundhedsvæsen. Der skal i denne forbindelse peges på hensigtsmæssigheden af, at regionen i et vist omfang kan fastsætte obligatoriske emner for de praktiserende lægers efteruddannelse.

### **7.3.5. Forskning vedr. almen praksis**

Almenmedicinsk grundforskning, klinisk forskning, forebyggelsesforskning og sundhedstjenesteforskning bidrager løbende til tilvejebringelse af ny viden af relevans for almen praksis.

Tidligere har den almen medicinske forskning især haft fokus på behandling af patienter i almen praksis. Almenmedicinsk forskning ser i dag ikke kun på kliniske problemstillinger i praksis, men har et bredere fokus også på forebyggelse og sundhedsfremme.

Også sundhedstjenesteforskningen er i udvikling med fokus på bl.a. sundhedsvæsnets organisation og funktion med almen praksis som patienternes primære indgang til sundhedsvæsenet, effektiv organisering i almen praksis, herunder særligt om almen praksis i et sammenhængende og integreret sundhedsvæsen.

Det bemærkes, at der med etableringen af Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) og tilhørende fora, fx kvalitets- og forskningsudvalget under DAMD, er skabt rammer for tættere integration af forskning og kvalitetsudvikling i forhold til almen praksis. Kliniske data om almen praksis i DAMD har primært til formål at udvikle og sikre kvaliteten i almen praksis, men også at fremme forskningen som har betydning for kvaliteten i almen praksis og det samlede sundhedsvæsen.

Endelig peges på hensigtsmæssigheden af, at organiseringen af forskning vedrørende almen praksis effektivt understøtter forskningens relevans, kvalitet samt en bedst mulig anvendelse af de ressourcer, der er afsat til forskningsområdet, herunder fremmer multidisciplinær forskning med bidrag fra bl.a. sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora i relevant omfang.

### **7.3.6. Kvalitet i flerlægepraksis og solopraksis**

Der er i kapitel 5 foretaget en behandling af spørgsmålet om, hvordan øget brug af praksispersonale i flerlægepraksis eller solopraksis kan fremme kapaciteten i sektoren. Der er også set på den kapacitetsmæssige bæredygtighed i almen praksis, og hvordan flerlægepraksis kan understøtte kapaciteten og lægedækningen i sektoren.

Hovedparten af de kvalitetsredskaber, der er fremhævet i dette kapitel, fx gennemførelse af systematisk dokumentation af den kliniske aktiviteter og kvaliteten i den enkelte praksis, kan således anvendes både i solopraksis og flerlægepraksis.

Ligesom flerlægepraksis kan fremme den kapacitetsmæssige bæredygtighed i sektoren, jf. ovenfor, så kan udviklingen i retning af flerlægepraksis også fremme kvalitetsudviklingen i sektoren. Dette skyldes først og fremmest, at eksistensen af et bredere lægefagligt miljø i flerlægepraksis vurderes at give et bedre grundlag for løbende og daglig, faglig udvikling og klinisk sparring på tværs af lægerne i den enkelte praksis.

Hertil kommer, at flerlægepraksis i form af kompagniskabspraksis, hvor lægerne har fælles patienter, rummer mulighed for, at lægerne gennemfører en vis klinisk arbejdsdeling eller opdeling i faglige interesseområder.

Det skal i denne forbindelse fremhæves, at der er bred faglig konsensus om, at det faglige udgangspunkt i almen praksis skal være lægens almen medicinske bredde samt lægens og patientens gensidige og kontinuerlige kendskab til hinanden – listeprincippet og ”egen læge”-relationen og dermed generalistrollen. Samtidig rummer den nævnte mulighed for en vis klinisk arbejdsdeling dog også et potentiale for at understøtte kvalitetsudviklingen i den enkelte praksisenhed.

En vis klinisk arbejdsdeling i kompagniskabspraksis kan fremme lægernes mulighed for at imødekomme behovet for, at de alment praktiserende læger holder sig fagligt ajour med den medicinske udvikling.

Endvidere rummer en vis klinisk arbejdsdeling mellem lægerne i kompagniskabspraksis et potentiale for bedre håndtering af akutte patienter i dagtiden, fx ved konsultation, telefonkonsultation eller ved sygebesøg. Fx ved at lægerne på skift, fx på ugebasis, som udgangspunkt behandler alle de akutte patienter i den pågældende kompagniskabspraksis. Dette giver

mulighed for en fokuseret akutindsats og tilgængelighed. En vis klinisk arbejdsdeling kan samtidig skabe tids- og planlægningsmæssige rammer, der giver de øvrige læger i praksisen ro til at koncentrere sig fuldt om kvaliteten af den planlagte lægelige indsats over for de øvrige patienter.

Endelig giver en vis klinisk arbejdsdeling mellem lægerne i kompagniskabspraksis mulighed for, at lægerne imødekommer patienter, der først og fremmest ønsker at blive behandlet af den læge i en kompagniskabspraksis, der har den mest ajourførte viden og erfaring på et givent sygdomsområde eller fagligt felt.

Som nævnt ovenfor er det faglige udgangspunkt den praktiserende læges almen medicinske bredde, listeprincippet og ”egen læge” relationen. Det skal dermed også understreges, at det i forhold til nogle patientgrupper, fx nogle ældre patienter eller særligt sårbare patienter, kan være mest hensigtsmæssigt med kontakt til én læge over tid, da det skaber tryghed og det bedste faglige grundlag for patientkontakten. Der er også patienter, der har stærke præferencer for, hvilken læge i en kompagniskabspraksis, de ønsker at blive tilset af, uanset denne læges eventuelle særlige interesse områder. Hertil kommer udfordringen med effektivt at håndtere patienter, der ”shopper rundt” mellem lægerne.

Sådanne patienter vil i vidt omfang med fordel kunne undtages fra ordninger om en vis klinisk arbejdsdeling i den enkelte praksisenhed, og der kan være behov for procedurer, der sikrer en koordineret og entydig kommunikation med patienten samt for den interne vidensdeling lægerne imellem om de omhandlede patienter.

### **7.3.7. En samlet kvalitetsmodel**

Det er på sigt målsætningen, at Den Danske Kvalitetsmodel<sup>51</sup> også skal udrulles i almen praksis. Ifølge landsoverenskomsten har de nuværende centrale kvalitetsinitiativer i almen praksis som et overordnet mål at forberede almen praksis til en kommende akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

Det er et sigtepunkt for kvalitetsudviklingen i almen praksis også at forberede almen praksis på akkreditering ved at søge at samordne de eksisterende og planlagte initiativer i en samlet

---

<sup>51</sup> Den Danske Kvalitetsmodel er en akkrediteringsmodel, der i første fase implementeres i sygehusvæsenet.

kvalitetsmodel for almen praksis. En samlet kvalitetsmodel, der er baseret på kvalitetsinitiativer, der er afprøvet i almen praksis, vil også kunne styrke lægernes ejerskab til en fremtidig akkrediteringsproces i sektoren.

Med publikationen ”Dansk Kvalitetsmodel for almen praksis” (DAK-E 2008) er DAK-E kommet med et første bud på, hvordan forskellige kvalitetsinitiativer kan samordnes til en kvalitetsmodel.

Ifølge forslaget er målsætningen med en samlet model for kvalitet i almen praksis at understøtte, at kvaliteten af almen praksis’ ydelser er ensartet, højt og veldokumenteret, uden at binde unødvendigt mange ressourcer til registrering. Ifølge forslaget skal der i 3-årige perioder i den enkelte praksis ske en understøttelse af kvaliteten ved dataindsamling, målfastsættelse, udvikling og opfølgning samt audit og ekstern opfølgning.

Dette oplæg kan med fordel indgå i det videre arbejde med at forberede en udrulning af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis.

### **Boks 7.1. Den hollandske akkrediteringsmodel:**

I Holland blev der i 2006 indført en akkrediteringsmodel for almen praksis. Den hollandske akkrediteringsmodel er en frivillig ordning, forankret i og udviklet af det hollandske almen medicinske selskab (NHG), og er i udgangspunktet baseret på en ikke-økonomisk incitamentsstruktur.

Den hollandske akkrediteringsmodel består af to dele:

- Et sæt af indikatorer som bruges til måling af praksis' kvalitetsniveau indenfor områderne organisation & drift, klinisk kvalitet og patienternes vurdering af praksis. Data indsamles hvert fjerde år.
- Praksisbesøg, hvor uddannede akkreditører gennemgår fysiske og strukturelle indikatorer i praksis, diskuterer forbedringsmuligheder med de praktiserende læger, understøtter dem i at udarbejde udviklingsplaner for det kommende år, og kommenterer på implementeringen af tidligere års udviklingsplaner. Praksisbesøg gennemføres én gang årligt.

På baggrund af praksisbesøgene vurderer en akkreditør, om praksis kan akkrediteres ud fra praksis' efterlevelse af en minimumliste af standarder for praksis' fysiske rammer samt udarbejdelse og efterlevelse af udviklingsplaner. Desuden udarbejder akkreditøren en rapport til praksis, som kan anvendes som støtte i implementering af det kommende års udviklingsarbejde.

Administration af akkrediteringsmodellen, samt uddannelse og aflønning af datakonsulenter og akkreditører finansieres af NHG, de praktiserende læger og af forsikringsselskaberne.

I 2008 var omkring 1.150 praktiserende læger blevet akkrediteret svarende til ca. 14 % af praksislægepopulationen

Kilde: Dansk Sundhedsinstitut 2008a. "Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet."

Der skal også peges på hensigtsmæssigheden af, at få fastlagt en klar arbejdsdeling mellem aktørerne på området, herunder Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Kvalitets- og Informatikfonden (KIF) /Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E), i forhold det videre arbejde med at forberede en udrulning af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis.

## **7.4. Service**

Det er en grundlæggende målsætning i sundhedsvæsenet, at der skal være let og lige adgang for patienterne. Almen praksis' funktion som den primære indgang til sundhedsvæsenet (gatekeeper-funktionen) har bl.a. som konsekvens, at patienterne har let og uvisiteret adgang til almen praksis.



Let tilgængelighed til almen praksis er en forudsætning for, at patienter med behov for akut lægehjælp kan modtage rettidig akut hjælp i almen praksis. Og det er dermed også en forudsætning for, at akutte patienter ikke søger lægehjælp på et mere specialiseret niveau, fx på skadestue i hospitalsregi, i situationer, hvor en almen medicinsk indsats i almen praksis er fuldt tilstrækkelig.

På tilsvarende vis kan let tilgængelighed til almen praksis i dagtiden bidrage til, at akutte patienter i størst muligt omfang tilses af deres egen praktiserende læge, og at patienterne dermed ikke er henvist til at søge lægehjælp i vagtlægeordningen på grund af manglende tilgængelighed til egen læge i løbet af dagen. Det er hensigtsmæssigt bl.a. fordi, vagtlægen generelt har dårligere forudsætninger for at behandle patienten, og fordi det sikrer egen læges tovholderfunktion bedre.

Endelig kan der peges på, at der som følge af samlinger af akutmodtagelser i sygehusvæsenet i nogle områder kan opstå behov for at sikre borgerne adgang til øget akutindsats i nærområdet i regi af almen praksis. Det skærper behovet for let tilgængelighed til disse praksis.

Der er i dette afsnit fokus på de praktiserende lægers tilgængelighed for patienterne, herunder tilgængeligheden for fx den kommunale hjemmesygepleje, der på vegne af deres patienter, søger kontakt til den praktiserende læge; og dermed ikke fokus på rammerne for samspillet, herunder kommunikationen, mellem de praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen. Der ses i et vist omfang på denne problematik i kapitel 6 om samspil og samarbejde.

Med henblik på at styrke adgangs- og indretningsforhold for bevægelseshæmmede patienter, kan der særligt peges på forpligtelsen hertil i forbindelse med nybyggeri, fx i forbindelse med etablering af større praksisenheder, eftersom etablering af fysisk tilgængelighed i eksisterende byggeri ofte vil være meget omkostningskrævende. Der ses ikke nærmere på service i form af adgangs- og indretningsforhold for bevægelseshæmmede i forhold til almen praksis.

### 7.4.1. Tilgængeligheden ved kontakt til almen praksis

#### *Telefonisk tilgængelighed*

De grundlæggende principper i landsoverenskomstens § 39 for tilgængelighed ved telefonisk kontakt er følgende:

- Lægen eller dennes personale (eller stedfortrædere) skal kunne træffes telefonisk i dagtiden.
- Lægen skal hver dag (mandag til fredag) være tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning – dog samlet mindst en time dagligt.
- Læger, der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag (mandag til fredag) give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller praksispersonalet.

Der er ikke i regionalt regi etableret ordninger til løbende måling af den telefoniske tilgængelighed. En nyere undersøgelse foretaget af Rambøll for sundhed.dk viser, at 70 pct. af de adspurgte patienter, der inden for et år har haft kontakt med deres læge, typisk brugte under 10 minutter på at vente i telefonen. 15 pct. af patienterne brugte mellem 10 og 30 minutter, mens 3 pct. af patienterne brugte 30 minutter eller mere<sup>52</sup> (Sundhed.dk 2008).

Undersøgelsen indikerer, at mens hovedparten af patienterne kommer telefonisk igennem til deres læge på under 10 minutter, så oplever hver fjerde patient en ventetid på 10 minutter eller mere.

Et lignende billede tegner sig i en undersøgelse, som er refereret i PLO's Rapport om akutbetjeningen i Almen Praksis fra 2004, hvor et konsulentfirma har testet den telefoniske tilgængelighed i almen praksis. Undersøgelsen viser, at patienterne i 27 pct. af tilfældene ikke

---

<sup>52</sup> Ca. 12 pct. svarede 'ved ikke' eller 'ikke relevant'.

får kontakt til læge eller praksispersonale (eller stedfortræder) inden for 5 minutter i tre opkaldsforsøg.

Endelig indikerer også undersøgelser i regi af ”Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis” (DanPEP), at patienterne oplever varierende grad af tilgængelighed i almen praksis. I DanPEP undersøgelsen angiver 12 pct. en negativ evaluering af tilgængeligheden generelt (Vested et al. 2005). Det kan samlet konstateres, at de foreliggende undersøgelser indikerer, at patienterne oplever varierende grad af telefonisk tilgængelighed i almen praksis, idet der er en andel af patienterne, der oplever en så begrænset telefonisk tilgængelighed til almen praksis, at man kan stille spørgsmålstegn ved, om overenskomstens tilgængelighedskrav er opfyldt.

#### *Tilgængelighed ved øvrige kontakter*

De grundlæggende principper i landsoverenskomstens § 39 for tilgængelighed ved konsultationer, elektronisk kontakt og sygebesøg er følgende:

- Lægen holder (mandag til fredag) hver dag konsultation.
- Lægen skal mindst 1 gang pr. uge have konsultation efter kl. 16, idet denne konsultation fortrinsvis er for de patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden.
- Lægen kan give mulighed for ikke-akutte konsultationer på andre tidspunkter til almindelig dagtidshonorering.
- Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienterne sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten dog have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag hos egen læge (eller stedfortræder).
- Elektronisk kommunikation med patienten skal være en del af praksis' tilbud til patienterne senest fra 1. januar 2009. Lægen skal således tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-mailkonsultation.
- Lægen er forpligtet til (mandag til fredag i dagtiden) at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

Der er ikke i regionalt regi etableret ordninger for løbende måling af ovennævnte former for tilgængelighed til almen praksis.

### **Muligheder for at styrke tilgængeligheden i almen praksis**

Det kan konstateres, at der kun i et begrænset omfang findes dokumentation for tilgængeligheden i almen praksis, hvad enten der sigtes til tilgængeligheden ved telefonisk kontakt, konsultation, sygebesøg eller elektronisk kontakt. Det er også konstateret, at de foreliggende undersøgelser indikerer, at en andel af patienterne oplever en begrænset telefonisk tilgængelighed.

I det følgende beskrives og vurderes forskellige muligheder for at styrke tilgængeligheden i almen praksis.

For det første kan man overveje at præcisere de overenskomstmæssige tilgængelighedskrav. Enten i form af egentligt bindende servicemål eller i form af vejledende servicemål på udvalgte områder, fx angivet som minimumskrav. Det kan eksempelvis være maksimalt antal minutter, inden der opnås telefonisk kontakt til praksis.

Det er en fordel ved en sådan præcisering af særligt forpligtende servicemål for tilgængeligheden, at tilgængelighedskravet tydeliggøres, ligesom det bliver mere operationelt anvendeligt. Det er dog en begrænsning, at en overenskomstmæssig formalisering næppe i sig selv sikrer generel efterlevelse.

Det kan derfor overvejes at gennemføre en målrettet og mere løbende monitorering af tilgængeligheden i almen praksis, herunder monitorering af lægernes efterlevelse af fastsatte servicekrav. Monitorering kan fx omfatte stikprøver eller patienttilfredshedsundersøgelser.

Data om den faktiske tilgængelighed kan forbedre grundlaget for patienternes valg af læge, og give lægerne yderligere tilskyndelse til at sikre tilgængeligheden, ved at sikre øget gennemsigtighed om lægernes tilgængelighedsniveau, fx lægernes efterlevelse af servicemål, på lægernes praksisdeklaration på sundhed.dk. For at undgå at monitoreringen er unødigt resourcekrævende for regionen og især lægerne, bør automatiserede, teknologiske løsninger tilstræbes.

I tilknytning til monitoreringen kan der gennemføres sanktioner, fx økonomiske, såfremt læger ikke overholder visse nærmere fastsatte tilgængelighedskrav eller servicemål.

Ud over servicemål og opfølgning på disse er en mulighed i højere grad at anvende teknologisk løsninger fx telefonsystemer, der som minimum oplyser om evt. ”kø-tid”. Det kan anses for at være en naturlig servicefunktion i en moderne almen praksis. Der kan som supplement hertil etableres en call-back funktion, hvor klinikken ringer tilbage inden for et fastsat tidspunkt.

Endelig skal der peges på, at flerlægepraksis, som nævnt i afsnit 7.3.5 rummer mulighed for at understøtte tilgængeligheden for akutte patienter, fx ved konsultation, telefonkonsultation eller ved sygebesøg, via en klinisk arbejdsdeling mellem lægerne om varetagelsen af den akutte indsats over for deres fælles patienter. Endvidere kan tilgængeligheden fremmes gennem praksispersonale, fx sekretær eller sygeplejerske, der tilfører praksis ekstra kapacitet og ligeledes øget fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen ved håndtering af akutte patienter.

#### **7.4.2. Øget fleksibilitet ved telefonkonsultationer**

Som nævnt i afsnit 7.4.1. følger det af den nuværende landsoverenskomst, at lægen skal være tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser mindst en time dagligt; og dette ud over den påkrævede lægelige tilgængelighed ved tidsbestilling.

Denne bestemmelse i landsoverenskomsten understøtter den telefoniske tilgængelighed, men binder samtidig ikke uvæsentlige lægelige ressourcer i dette tidsrum, som i sagens natur ikke samtidig kan anvendes til varetagelse af andre opgaver, fx gennemførelse af konsultationer eller sygebesøg.

Man kan på denne baggrund overveje, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at reducere eller helt fjerne lægens forpligtelse til telefonkonsultationer mindst 1 time daglig ud over tilgængeligheden ved tidsbestilling. Ved en sådan mulighed må det dog for det første forudsættes, at der sikres generel tilgængelighed til praksis i hele dagtiden, som det er forudsat i overenskomsten, jf. ovenfor. For det andet indebærer det grundlæggende lægelige ansvar for patienten, at lægen, om nødvendigt, skal kontakte patienten, såfremt praksispersonalets første telefoniske kontakt med patienten resulterer i et behov for lægekontakt.

Fordelen herved er, at praksis opnår en fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen, der kan give mulighed for, at hele praksis, herunder lægen, anvender ressourcerne bedst muligt. Risikoen er omvendt, at nogle patienter kan miste efterspurgt direkte telefonisk tilgængelighed til lægen.

### **7.4.3. Udvidede åbningstider**

Landsoverenskomsten giver allerede i dag lægen mulighed for, at planlagte konsultationer kan ydes på andre tidspunkter end de generelt fastsatte i landsoverenskomsten, idet lægen kan få almindelig dagtidshonorering herfor, jf. beskrivelsen af de nuværende overenskomstregler i afsnit 7.4.1.

Den nuværende landsoverenskomst udelukker dermed ikke sådan udvidede åbningstider, fx om aftenen eller i weekenden, for planlagte konsultationer.

Udvidede åbningstider, fx om aftenen eller i weekenden, vil indebære en serviceforbedring for dem, der fx pga. arbejdsforpligtelser har svært ved at nå til lægen i dagtiden. Behovet for at kunne konsultere almen praksis udenfor de almindelige åbningstider findes således formentlig især hos de erhvervsaktive og i forhold til planlagte ikke-akutte ydelser som fx børneundersøgelser. I forbindelse med behandling af sygdom er de fleste sygemeldte eller fritaget for arbejde ved nødvendigt besøg hos læge og har ikke behov for udvidede åbningstider. Udvidede åbningstider kan medføre aktivitetsstigninger i almen praksis. Endvidere kan det være en ulempe ved udvidede åbningstider, at lægen er nødt til at reducere tilgængeligheden på andre tidspunkter.

## **7.5. IT**

Som nævnt indledningsvist i dette kapitel er det besluttet at inddrage spørgsmålet om IT og digitalisering i arbejdet, om end rammerne for udvalgsarbejdet dog nødvendiggør en skarp prioritering af de temaer, der behandles i rapporten.

Det er således ikke ambitionen at behandle alle aspekter af IT og digitalisering i forhold til almen praksis i denne rapport. Der er mange initiativer og aktiviteter, der allerede pågår eller er under udvikling, og som ikke omtales nærmere i dette arbejde.

IT og digitalisering kan i relation til almen praksis anskues som redskaber til at fremme arbejdet med en lang række formål, fx kvalitet og dokumentation, efteruddannelse, service, kapacitet, arbejdstilrettelæggelse og samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Dernæst sættes fokus på perspektiverne i det såkaldte datafangstmodul i forhold til fremme af kvalitet og dokumentation i almen praksis (se afsnit 7.5.2.).

Udvalget skal pege på, at kommunikation mellem praktiserende læge og sygehus og kommune mv. er et vigtigt element i at fremme et sammenhængende patientforløb. Der skal i denne forbindelse peges på, at skønt elektroniske omsorgsjournaler (EOJ) er udbredt i næsten alle landets kommuner, er der i dag begrænset digital kommunikation mellem kommuner og det øvrige sundhedsvæsen. Til trods for at knap 70 pct. af landets kommuner i dag benytter sundhedsdatanettet, så udnytter langt fra alle kommuner mulighederne for at kommunikere digitalt med almen praksis, fx i form af korrespondancemeddelelser. Dette peger på hensigtsmæssigheden af at få udbredt løsninger og standarder, der allerede er udviklet i regi af MedCom.

### **7.5.1. IT-udviklingen**

Det kan konstateres, at almen praksis har en høj grad af digitalisering. Al journalføring foregår digitalt, der afregnes med det offentlige via elektronisk afregning, knap 95 pct. af alle læger har en digital signatur og alle har en praksisdeklaration på den fælles offentlige sundhedsportal. 79 pct. af praksis tilbyder i dag e-ydelser og via diverse Medcom standarder kommunikerer der med forskellige fælles IT løsninger over sundhedsdatanettet. Almen praksis er i stand til at håndtere meget elektronisk kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen.

I april 2008 udsendte EU-kommission en rapport om brugen af IT blandt praktiserende læger i hele EU, og de danske læger placerer sig som nummer ét i sammenligning med de øvrige lande (<http://www.ehealthnews.eu/content/view/1113/62/>).

Det er udvalgets opfattelse, at der skal bygges videre på denne gode udvikling af redskaber til nytte for almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det bemærkes endvidere, at it-løsningerne nedenfor kan være et nyttigt redskab for så vidt angår effektivisering af arbejds-gange og dermed en gevinst for almen praksis.

### *Den nationale IT-strategi*

Den nationale IT-strategi for 2008-2012 har udstukket de overordnede retningslinjer for IT udvikling generelt i sundhedsvæsenet. I relation til almen praksis skal der ifølge den nationale IT strategi være fokus på at skabe større sammenhæng mellem praksissystemerne og større mulighed for udveksling af patientdata. Herved kan digitaliseringen være med til at styrke den praktiserende læges rolle som tovholder. Den praktiserende læge skal have nem adgang til relevante data fra andre dele af sundhedsvæsenet vedrørende patienter, som er i behandling, og lægen skal samtidig stille relevante data til rådighed for andre fagprofessionelle.

### *Fælles medicinkort*

Ifølge den nationale IT-strategi er et af fokusområderne for almen praksis i de kommende år at etablere løsninger baseret på såkaldt fælles services. Et væsentligt initiativ er det fælles medicinkort.

Medicinoplysninger om patienter benyttes dagligt på tværs af sektorer og aktører, herunder af de praktiserende læger, den kommunale hjemmesygepleje, på sygehusene, i lægepraksis, på apoteker og på mange andre typer institutioner i sundhedssektoren.

Indførelse af Fælles Medicinkort ("fælles medicindata") indebærer mulighed for, at disse forskellige aktørers elektroniske medicinoplysninger løbende opdateres med oplysninger om patienternes aktuelle medicinering. Hensigten hermed er at skabe et ajourført overblik over den medicin, som aktuelt er ordineret til den enkelte patient, i stedet for at have disse oplysninger spredt i flere forskellige systemer på tværs i sundhedsvæsenet.

Projektet forventes udrullet til alle praktiserende læger i 2010.

### *Lægehåndbogen Online*

Et andet eksempel på et aktuelt IT initiativ af væsentlig betydning for almen praksis er beslutningen om, at der i løbet af de kommende tre år vil blive skabt en elektronisk, evidensbaseret sundheds- og sygdomshåndbog, Lægehåndbogen, målrettet almen praksis på den fælles offentlige sundhedsportal sundhed.dk. En anden vigtig målgruppe for lægehåndbogen er borgere og patienter.



Lægehåndbogen er allerede i dag i drift i en norsk version. I løbet af de næste år vil Lægehåndbogens indhold blive oversat og tilpasset danske forhold, og det vil også være i Lægehåndbogen, at lægerne kan finde informationer om best practice, og der, hvor regionerne vil informere om gældende forløbsprogrammer for kronisk sygdomme, pakkeforløb og retningslinjer for udregning i sygehusregi mv.

Lægehåndbogen kan dermed blive et elektronisk omdrejningspunkt for sundhedsfaglig information og viden målrettet almen praksis og den vil også med fordel kunne spille en rolle i forbindelse med de praktiserende lægers efteruddannelse.

### **7.5.2. Datafangstmodulet**

Det såkaldte datafangstmodul er et udviklet og testet IT redskab<sup>53</sup>, der effektivt kan hjælpe de praktiserende læger med at tilvejebringe systematisk dokumentation af kliniske aktiviteter og den kliniske kvalitet i den enkelte praksis, jf. afsnit 7.3.1. om perspektiverne i systematisk dokumentation i almen praksis. Data kan automatisk overføres til DAMD, hvor de kliniske data bearbejdes og leveres tilbage (feedback) til lægen og data kan endvidere være online tilgængelig for lægen på sundhed.dk.

Modulets formål er dermed at opsamle data til kvalitetsudvikling og forskning og at gøre dette uden at belaste lægen nævneværdigt i den kliniske dagligdag. Såfremt datafangstmodulet er installeret hos samtlige læger, vil der være skabt en unik infrastruktur, hvorigennem kliniske data vedrørende almen praksis automatisk kan indhentes, analyseres og anvendes af lægerne (feedback).

Udvalget finder det på denne baggrund hensigtsmæssigt, at datafangstmodulet effektivt udvides til anvendelse af alle praktiserende læger i almen praksis.

#### *Udbredelse af datafangstmodulet*

Udbredelsen af datafangstmodulet er i henhold til den gældende overenskomst knyttet til lægernes brug af forløbsydelsen for diabetes. Datafangstmodulet kan i dag installeres i 12 af de omkring 16 journalsystemer, som anvendes i almen praksis. Disse systemer dækker mere

---

<sup>53</sup> Datafangstmodulet ejes og drives af Kvalitets- og Informatikfondet for almen praksis.

end 95 pct. af lægerne. I følge den seneste opgørelse fra juni 2008 anvender kun 443 læger, fordelt på 222 praksis, datafangstmodulet i forbindelse med forløbsydelsen for diabetes.

Med afsæt i ønsket om effektiv udbredelse af datafangstmodulet til anvendelse af alle praktiserende læger i almen praksis kan der peges på muligheden for at adskille adgangen til modulet fra forløbsydelsen for diabetes i fremtiden.

En mulighed for effektiv udbredelse af datafangstmodulet er at stille datafangstmodulet til rådighed for lægerne. I det omfang almen praksis i fremtiden skal dokumentere kliniske aktiviteter og kvaliteten mere systematisk, jf. afsnit 7.3.1., må det antages, at lægerne dermed får en faglig tilskyndelse til at anvende datafangstmodulet, som et nyttigt IT redskab, der letter og automatiserer registrering og dermed dokumentation.

En ulempe ved denne fremgangsmåde kan være, at der i stedet for en teknisk sammenhængende løsning, der kan realisere det fulde kvalitets-, dokumentations- og forskningsmæssige potentiale ved brugen af datafangstmodulet, kan udvikle sig en række mere snævre, markedsbaserede løsninger.

En anden mulighed er derfor, at vilkår og rammer for udbredelse af datafangstmodulet i almen praksis kan indgå i en samlet løsning til sikring af kvalitetsudvikling og systematisk dokumentation af kliniske aktiviteter og den kliniske kvalitet i den enkelte praksis.

## Kapitel 8 – Honorarsystem

### 8.1. Sammenfatning

Almen praksis' rolle som generalist, gatekeeper og tovholder skal ses i lyset af, at udviklingen i sygehusstrukturen indebærer nye udfordringer for almen praksis og mulighed for en justering af opgavefordelingen mellem sygehuse og almen praksis. Samtidig indebærer kommunalreformens nye struktur på sundhedsområdet og den nye sundhedslov, at kommunerne har overtaget en række sundhedsopgaver. Især i relation til kronisk syge patienter, forebyggelse og akutfunktionen kan der forventes nye udfordringer for almen praksis.

Det forventes, at de nye udfordringer for almen praksis i stort omfang vil skulle håndteres ved opgavedelegation, bedre arbejdstilrettelæggelse og mere klar arbejdsdeling samt bedre samarbejde på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Samtidig vil incitamenter i aftalesystemet og redskaber stillet til rådighed af eksempelvis regionerne understøtte almen praksis i opgavevaretagelsen.

Indretningen af honorarsystemet og aftalesystemet skal understøtte, at almen praksis udgør en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Incitamentsstrukturen skal generelt medvirke til, at almen praksis tilbyder patienterne adgang til sammenhængende behandling af høj kvalitet, at der sker en effektiv ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen og generelt understøtte en udvikling, der imødekommer ovenstående udfordringer bedst muligt. Forskellighed i lægernes adfærd generelt indikerer, at økonomiske incitamenter ikke alene er løsningen.

Incitamentsstrukturen for almen praksis bør generelt tilskynde til udgiftsstyring, forøget produktivitet og effektivitet samt kvalitetssikring.

Med udgangspunkt i incitamentsstrukturen for så vidt angår basishonorering og ydelseshonorering kan det være hensigtsmæssigt, at honorarsystemet, som i dag indeholder både en balance med basishonorering pr. tilmeldt patient og aktivitetsbaseret honorering. Basishonoreringen giver således en vis budgetsikkerhed, mens ydelseshonoreringen understøtter, at de praktiserende læger selv varetager udredning og behandling af patienter frem for at henvise dem til andre dele af sundhedsvæsenet. I dag udgør ydelseshonoreringen ca.  $\frac{3}{4}$  af den samle-

de honoreringen af almen praksis, mens basishonoreringen udgør ca. ¼ af den samlede honorering.

Det kan overvejes at justere på vægtningen af basishonorardelen og ydelseshonoreringen i forhold til den samlede honorering, således at basishonorardelen udgør en større andel end i dag.

Årsager til at overveje denne justering kunne være styrket overordnet økonomisk styring og øget budgetsikkerhed for almen praksis, et ønske om i højere grad at knytte særlige forpligtelser til basishonoraret, og at give større incitament til en forebyggende indsats eller incitament til større omkostningsbevidsthed.

Det er vigtigt, at der ikke sker en ændring af honorarsammensætningen, således at ovennævnte balance i incitamentsstrukturen tipper.

En eventuelt større vægtning af basishonoreringen inden for de givne rammer bør ske i sammenhæng med formulering af eksplicite krav til almen praksis' opgavevaretagelse, eksempelvis en klar definition af, hvad almen praksis skal levere for at modtage basishonorar for en patient, forpligtelser i relation til registrering, faglig opdatering, samarbejdsrelationer til det resterende sundhedsvæsen mv. Endvidere kan visse af de nuværende ydelseshonorarer i så fald lægges ind i basishonoreringen.

En justering af vægtningen kan ses i sammenhæng med, at udviklingen i sundhedsvæsenet bærer i retning af større krav til dokumentation af kvalitet og aktivitet. Endvidere indebærer behovet for et integreret sundhedsvæsen med sammenhængende patientforløb, at almen praksis varetager en koordinerende og samarbejdende rolle i forhold til patientforløb mellem almen praksis og den kommunale sektor og sygehusvæsenet.

I det nuværende aftalesystem og honorarsystem stilles ikke produktivitetskrav til almen praksis, hvilket er tilfældet på sygehusområdet. For at sikre sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen kan det overvejes, hvorledes ændringer i aftalesystemet og honorarstrukturen kan understøtte en tilsvarende målsætning i relation til almen praksis.

Det kan bl.a. i den forbindelse være hensigtsmæssigt, hvis aftalesystemet og honorarsystemet fremover understøtter en vis forpligtelse til aktivitets- og kvalitetsregistrering og monitorering i almen praksis.

Endvidere kan det overvejes at rette en del af ydeshonoreringen mod præstationsmål for almen praksis.

Foreløbige erfaringer med sådanne modeller fra andre lande indikerer, at det med den nuværende registrering af aktivitet og kvalitet for almen praksis i Danmark vil være præmaturligt at implementere. I det fremadrettede arbejde med bl.a. registrering af aktivitet og kvalitet i almen praksis kan fokus således også være på, hvorledes udviklingen kan tage højde for eventuel senere indarbejdelse af præstationsmål i honorar- og aftalesystemet.

## 8.2. Indledning

Kapitlet fokuserer på styringsredskaberne i honorarsystemet i almen praksis. Det sker med udgangspunkt i kommissoriet, hvoraf det fremgår, at udvalget har til opgave, at beskrive og analysere rammerne for hensigtsmæssig faglig og økonomisk styring og udvikling af almen praksis. Udvalget skal i den forbindelse analysere og vurdere incitament og honorarstruktur, der skal ses i sammenhæng med udvalgets øvrige analyser samt målsætningen om, at patienterne tilbydes let adgang til sammenhængende behandling af høj kvalitet samt effektiv ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen.

Udgangspunktet for indretningen af honorarsystemet og aftalesystemet er, at incitamentsstrukturen skal understøtte, at almen praksis udgør en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Incitamentsstrukturen skal således medvirke til, at almen praksis tilbyder patienterne adgang til sammenhængende behandling af høj kvalitet, og at der sker en effektiv ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Incitamentsstrukturen bør i lyset heraf tilskynde til udgiftsstyring, forøget produktivitet og effektivitet samt kvalitetssikring.

Derudover skal det bl.a. undersøges om den nuværende honorarstruktur, hvor en mindre del af honoreringen udgøres af et fast grundbeløb og størstedelen af et ydeshonorar, understøtter de udfordringer, som almen praksis står overfor i fremtiden, og som er skitseret i de forrige kapitler. Det drejer sig bl.a. om håndteringen af kronisk syge patienter, almen praksis' andel i forebyggelsen samt behovet for at målrette almen praksis' opgavevaretagelse i forhold til decentrale behov.

For en del af disse udfordringer er der imidlertid peget på rammer og tiltag, der ikke direkte relaterer sig til honorarsystemet. Udfordringerne forventes således for en stor dels vedkommende at skulle håndteres ved fx bedre organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis og ved en klar og bedre arbejdsdeling mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Det er dog vigtigt, at honorarsystemet understøtter den ønskede fremtidige udvikling i almen praksis. Brug af økonomiske incitament til at understøtte sundhedspolitiske målsætninger skal dog bl.a. sammenholdes med risikoen for, at der sker forskydninger i målsætning

gerne og at almen praksis' rolle som gatekeeper kan indebære, at aktiviteten i sektoren kan have konsekvenser for sygehusvæsenet.

Samtidig viser betydelige forskelligheder i lægernes adfærd, herunder variationer i antal tilmeldte patienter, ydelsesmønstre, henvisningsmønstre mv., at der er mange andre faktorer end honorarsystemet, der påvirker lægernes adfærd.

Aftalesystemets indretning, herunder diverse overenskomstmæssige forpligtelser for almen praksis, og den generelle organisering af almen praksis skal således i vid udstrækning betragtes som de bærende instrumenter til at understøtte målsætningerne i kombination med tilbud og redskaber stillet til rådighed for almen praksis af eksempelvis regionerne.

### **Fremtidige opgaver og rolle i samspil med det resterende sundhedsvæsen**

Almen praksis forventes at skulle fastholde sin centrale placering som borgernes primære kontakt til sundhedsvæsenet med de væsentligste roller som generalist, gatekeeper og tovholder, jf. afsnit 3.5. I forhold til opgaverne relateret til patienter med kroniske sygdomme forventes det, at en mere proaktiv almen praksis kan varetage diagnostik og behandling samt være tovholder i patientforløbene.

Almen praksis' fremtidige rolle kan bl.a. styrkes ved en bevidst og planlagt opgavedelegation i almen praksis, så praksissygeplejersker eller andet sundhedspersonale kan varetage væsentlige dele af patientforløbet, bl.a. i relation til patienter med kronisk sygdom, med henblik på at frigøre lægetid til andre opgaver. En ændret organisation og øget kompetence i almen praksis vil kunne bidrage til, at en større del af patienter med kronisk sygdom gennem hele forløbet kan behandles i primærsektoren. Det kan overvejes mere aktivt – eksempelvis ved forløbshonorering – at lade honorarstrukturen understøtte behandling af kronisk syge i almen praksis med henblik på at øge kvaliteten i behandlingen, så sygdommen ikke udvikler sig og dermed frigøre ressourcer i det specialiserede sundhedsvæsen. Dette kræver imidlertid tilvejebringelse af bedre dokumentation.

Endvidere indebærer kommunalreformens nye struktur på sundhedsområdet og den nye sundhedslov, at kommunerne har overtaget en række sundhedsopgaver bl.a. omkring forebyggelse og genoptræning. En målsætning er et integreret sundhedsvæsen med effektivt samarbejde og en klar arbejdsdeling mellem almen praksis, sygehuse og kommuner, således

at der sikres sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af sektorerne, jf. kapitel 6. Den praktiserende læges funktion som tovholder for patienter understøttes gennem den samlede honorering i form af såvel basis- som ydelseshonorar. Derudover sker også en honorering af samarbejdsrelationerne mellem kommunerne og de praktiserende læger. Der er endvidere mulighed for en mere fokuseret brug af sundhedsaftaler samtidig med, at kommunernes medfinansiering kan styrke kommunernes incitament til en mere effektiv forebyggende indsats.

Udviklingen i sygehusstrukturen, hvor funktioner samles på færre og mere bæredygtige enheder, indebærer nye udfordringer for almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet, men også muligheder for en justering af opgavefordelingen. Specifikt kan sammenlægning af akutfunktioner – især i de steder i landet hvor afstandene er størst – indebære, at almen praksis' rolle på det akutte område bliver en anden. I relation til akut sygdom og tilskadekomst vil det ofte kunne være hensigtsmæssigt, at patienter med mere almindelige og mindre alvorlige akutte lidelser og skader fremover kunne undersøges og eventuelt behandles i almen praksis. Almen praksis indgår allerede i dag i det akutte beredskab sammen med skadestuer mv., men en større rolle i akutberedskabet kan eksempelvis kræve en bedre telefonisk tilgængelighed mv. i dagtiden og en anden organisering af akutberedskabet i vagttiden.

Denne udfordring – der i vid udstrækning er geografisk bestemt – kan håndteres bl.a. ved udviklingen i retning af større lægehuse med større anvendelse af praksispersonale, således at praksis i højere grad kan friholde tid til akutarbejdet, og derved reelt kan varetage deres akutforpligtelse. Sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale vil endvidere eksempelvis kunne varetage en del akutte konsultationer, både telefoniske og egentlige konsultationer, herunder visitationsopgaver, på delegation fra lægen, jf. kapitel 4. I denne sammenhæng kan det overvejes, hvorledes honorarsystemet kan understøtte en hensigtsmæssig ressourceanvendelse i almen praksis, der dog skal ses i sammenhæng med sygehusstrukturen med henblik på at sikre den bedst mulige kapacitetsanvendelse af arbejdskraften udenfor normal arbejdstid. I forlængelse heraf beskrives endvidere fordele og ulemper ved generelt tilskud til ansættelse af praksispersonale, jf. afsnit 8.4 og 8.5.

Det er en målsætning at sikre en passende lægedækning overalt i landet, herunder i udkantsområder og socioøkonomisk tunge områder. Det skal sikres, at alle borgere har mulighed for at blive tilmeldt en læge eller en praksis, og at borgerne så vidt muligt kan vælge mellem



flere læger/praksis. Udbudsprognosen peger på en mindre stigning i det samlede antal læger fra 2008 til 2013, hvorefter der frem til 2020 forventes en større stigning. Der kan være en udfordring i forhold til lægedækning regionalt eller lokalt. I lyset af at udfordringen for så vidt angår lægedækning har en regional eller lokal karakter synes det ikke hensigtsmæssigt at pege på en justering af honorarsystemet generelt. Kapitlet indeholder dog en beskrivelse af fordele og ulemper ved forskellige typer af tilskud og ydelser i relation til rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger, jf. afsnit 8.5.

Det er en målsætning, at kvaliteten af almen praksis' ydelser er ensartet, høj og veldokumenteret, både den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet. Høj kvalitet kan bl.a. fremmes ved flerlægepraksis samt ved øget brug af praksispersonale i praksis, endvidere kan en samlet kvalitetsmodel for almen praksis bidrage hertil. De overordnede overenskomstmæssige rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis kan endvidere indrettes med henblik på at give lægerne incitament til at fremme kvaliteten i deres praksis, fx ved at dokumentation af kvaliteten indgår som en forpligtelse i tilknytning til basishonoraret. Kapitlet vil endvidere se på fordele og ulemper ved at knytte betingelser om at opnå konkrete præstationer til honoreringen, jf. afsnit 8.7.

### **8.3. Honorarsystemet og aktiviteten i almen praksis**

Det nuværende honorarsystem er en kombination af et fast honorar pr. tilmeldt patient i praksis (basishonorering) og en aktivitetsafhængig honorering, hvor lægen honoreres for at have kontakt til sine patienter og for at udføre behandlinger og undersøgelser. Dertil kommer et mindre fast tilskud i form af et praksisomkostningshonorar. Den samlede honorering er således bl.a. relateret til den konkrete patient kontakt og nogle koordinerende funktioner, som ikke nødvendigvis er relateret til umiddelbar patientkontakt, jf. boks 8.1.

**Boks 8.1. Protokollat af 13. oktober 2002 til § 68 vedrørende den samlede honorering<sup>54</sup>**

Den samlede honorering relaterer sig til såvel den konkrete patientkontakt og kontakt til nødvendige samarbejdsrelationer, som til selve tilstedeværelsen af konsultationsfaciliteter mv. I det samlede honorar er der således taget højde for, at der skal dækkes udgifter forbundet med konsultationsfaciliteter, service og tilgængelighed, evt. medhjælp, edb og

---

<sup>54</sup> § 68 vedrører grundydelse i dagtiden (grundhonorar), dvs. honorering for konsultationer.

kørsel mv. baseret på de forhold og forudsætninger, der var gældende på det tidspunkt, hvor landsoverenskomsten blev fornyet.

Den samlede honorering dækker en række koordinerende funktioner, som ikke nødvendigvis er relateret til umiddelbar patientkontakt, men kan henføres til at den praktiserende læge er primært ansvarlig for den samlede og kontinuerlige behandling af patienten.

Den praktiserende læges funktion som kontaktperson/tovholder for patienter, der går på tværs af sektorerne i behandlingsforløb, understøttes ligeledes gennem den samlede honorering i form af såvel basis- som ydelseshonorarer.

Den samlede honorering skal endvidere ses i sammenhæng med, at den praktiserende læge udøver sin professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme, eller ved behandling, omsorg eller palliation uanset patientens alder, køn eller sundhedsproblem.

### **8.3.1. Honorering af almen praksis**

I den nuværende honorarsammensætning udgør basishonoraret pr. tilmeldt patient godt 27 pct. af den praktiserende læges samlede indtægt, mens det faste praksisomkostningshonorar udgør under 1 pct. De resterende 73 pct. udgøres af aktivitetsafhængige honorarer, 52 pct. er honorering for direkte patientkontakt, mens de resterende 21 pct. er honorering for tillægs- og laboratoriedelser mv. Der henvises til kapitlets bilag med henblik på nærmere gennemgang af honoreringen af almen praksis.

#### **Basishonorering**

Basishonoraret udgør pr. 1. oktober 2008 84,38 kr. pr. tilmeldt gruppe 1-sikret patient pr. kvartal, hvilket svarer til 337,52 kr. om året pr. tilmeldt gruppe 1-sikret patient.

I 2007 udgjorde omsætningen i basishonoraret i alt godt 1,5 mia.kr., svarende til 27 pct. af den samlede honoraromsætning, eller i gennemsnit godt 400.000 kr. pr. praktiserende læge.

#### **Aktivitetsafhængig honorering**

Den aktivitetsafhængige del af honoreringen består af kontaktbaserede grundydelse (konsultationer, telefonkonsultationer, sygebesøg mv.) og tillægs- og laboratoriedelser. Herudover anvendes på forsøgsbasis et forløbshonorar for behandling af diabetespatienter. I 2007 ud-

gjorde omsætningen i de aktivitetsafhængige ydelser i alt ca. 4,2 mia.kr., eller gennemsnitligt knap 1,2 mio. kr. pr. læge. De aktivitetsafhængige honorarer er dels fastsat ud fra en omkostningsvurdering, eksempelvis hvor lang tid en ydelse forudsættes at tage, dels ud fra en forhandling ved overenskomstforhandlingerne.

Udgangspunktet har været, at tillægsydelser anvendes, hvor diagnostiske eller behandlingsmæssige procedurer er så krævende med hensyn til kompetence, tid og andre ressourcer, at disse af overenskomstparterne er blevet anset for at ligge ud over indholdet i en konsultation eller et sygebesøg. Ydermere benyttes honoreringen af tillægsydelser også i tilfælde, hvor overenskomstparterne ønsker at tilskynde til, at den pågældende ydelse leveres i almen praksis.

#### *Forløbsydelse for diabetespatienter*

I den nuværende overenskomstaftale anvendes et forløbshonorar for diabetesbehandling på forsøgsbasis. Dette består af en årlig honorering pr. diabetespatient på 1.099,17 kr., som dækker en række aftalte behandlinger og kontrolbesøg for den pågældende patient i løbet af et år. Indholdet af forløbsydelsen består af en årsstatus, individualiseret kontrol fx hver 3.-6. måned, vurdering af forløbet på baggrund af diagnoseregistrering, stratificering og kvalitetsvurdering samt øget ansvar for styr af forløbet (proceskontrol). Formålet med forløbsydelsen er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af patienter med diabetes og give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kvalitetssikring af behandlingen og kontrollen af diabetespatienterne.

Det fremgår af protokollat af 24. januar 2006 om forløbsydelser for diabetespatienter i almen praksis, at forløbshonoreringen er et forsøgsprojekt, hvor det er væsentligt at få opsamlet og evalueret erfaringerne med henblik på udviklingen af modellen til andre områder. Det fremgår endvidere, at et udvalgsarbejde bl.a. på baggrund af evalueringerne kan drøfte og vurdere mulighederne, forudsætningerne og konsekvenserne for en mere generel ændring af honorarstrukturen i retning af øget fokus på forløbshonorering.

I 2007 blev forløbsydelsen anvendt godt 2.000 gange, svarende til en samlet omsætning i honoraret på knap 2,2 mio. kr. Ifølge de nyeste oplysninger er der i perioden januar-juli 2008 givet 3.593 forløbsydelser vedr. diabetes, svarende til en samlet honoraromsætning på 3,9 mio. kr. Pr. juni 2008 er 443 læger fordelt på 222 praksis tilmeldt forløbsydelsen, svarende

til godt 10 pct. af alle lægepraksis. Der er 190 praksis, der er i drift, altså lidt færre end de tilmeldte, da der som regel går et par måneder fra datafangstmodulet installeres, indtil det tages i anvendelsen.

### **Faste tilskud og praksisomkostningshonorar**

Endelig modtager den praktiserende læge et fast tilskud i form af et praksisomkostningshonorar på 13.542 kr. pr. år med henblik på dækning af en række faste omkostninger, som afholdes uafhængigt af den aktuelle patientvolumen og aktivitet.

### **8.3.2. Udgifter, honorering og aktivitet i almen praksis**

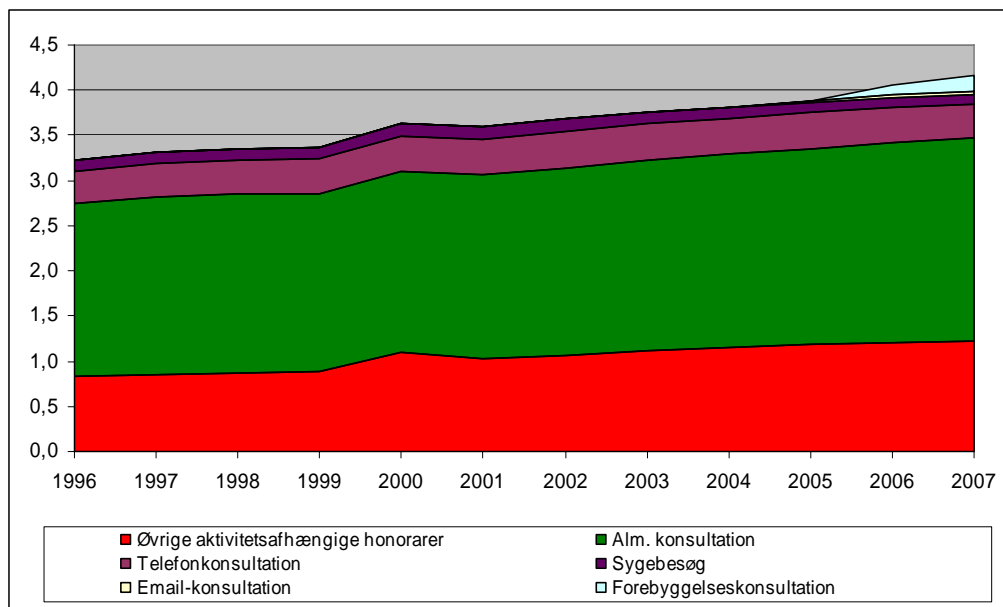
De samlede udgifter til almen praksis er i perioden 1996 til 2007 vokset fra knap 5,8 mia. kr. til 7,2 mia. kr. (2008-pl), svarende til en stigning på 25 pct. i perioden, jf. bilagsfigur 4. I samme periode er de samlede offentlige sundhedsudgifter steget fra 98 mia. kr. til 119,8 mia. kr. (2008-pl), svarende til en stigning på godt 22 pct.

I perioden 1996 til 2007 er omsætningen i konsultationshonoraret steget fra ca. 1,9 mia. kr. til godt 2,2 mia. kr. i 2007 (2008-pl), svarende til en stigning på ca. 17 pct., jf. figur 8.1., mens omsætningen i honorarer for telefonkonsultation og sygebesøg har ligget relativt stabilt i hele perioden.

Efter introduktionen af et honorar for aftalt forebyggelseskonsultation i 2006 udgjorde omsætningen i honoraret for aftalt forebyggelseskonsultation godt 170 mio. kr. (2008-priser) i 2007.

Den gennemsnitlige nettoindtjening pr. praktiserende læger er fra 2002 til 2006 steget fra 843.634 kr. til 1.002.83 kr. svarende til en stigning på ca. 19 pct. i løbende priser, jf. bilagsfigur 5.

**Figur 8.1. Udvalgte honorarers vægtning i den samlede omsætning i aktivitetsafhængige honorarer, 1996-2007 i mia.kr. (2008-priser)**



Kilde: Sygesikringsregistret.

Note: Omsætningen i basishonoraret, praksisomkostningshonoraret og lokale § 2-honorarer indgår ikke i figuren.

### Aktiviteten i almen praksis

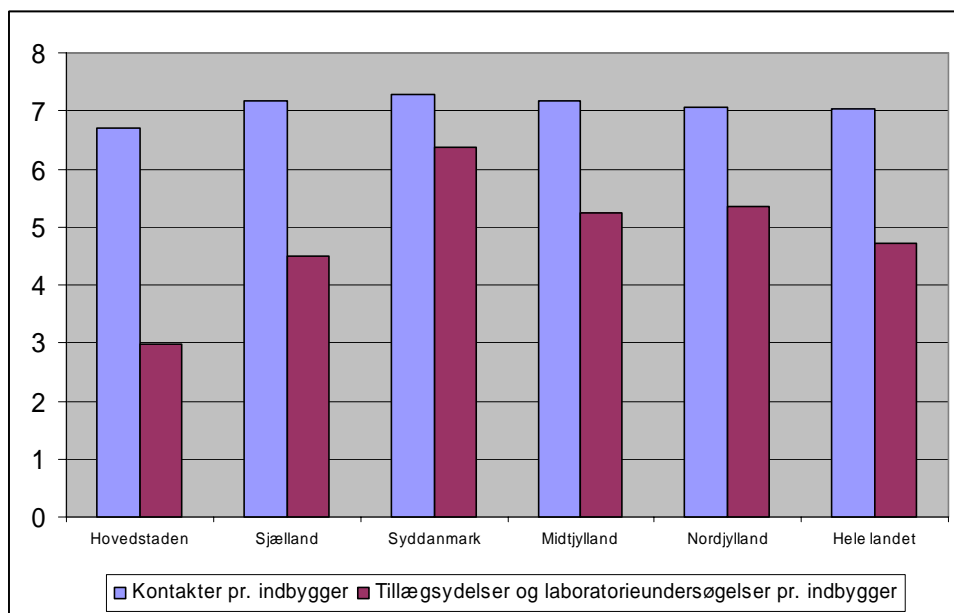
Det gennemsnitlige antal kontakter til en alment praktiserende læge var i 2007 godt 7 pr. borger, mens det gennemsnitlige antal tillægs- og laboratorieydelser pr. borger i 2007 var 4,75.<sup>55</sup>

Der er en vis variation i den gennemsnitlige aktivitet i almen praksis på tværs af regioner. Antallet af kontakter til almen praksis varierer således fra 6,7 pr. borger i Region Hovedstaden til 7,3 i Region Syddanmark, jf. figur 8.2. For tillægs- og laboratorieydelser kan der konstateres en større variation. I Region Hovedstaden udføres 3,0 tillægs- og laboratorieydelser pr. borger, mens det tilsvarende tal for Region Syddanmark er 6,4.<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Jf. kapitlets bilag vedrørende de senere års udvikling i aktiviteten i almen praksis.

<sup>56</sup> Jf. kapitlets bilag vedrørende variationen på kommuneniveau.

Figur 8.2. Kontakter samt tillægsydelse og laboratorieundersøgelser pr. borger, 2007



Kilde: Sygesikringsregistret.

Note: Tallene er alders- og kønsstandardiseret.

Variationen i kontakter til almen praksis samt i niveauet for tillægs- og laboratorieydelse skal bl.a. ses i sammenhæng med, at der eksisterer en forskellig organisering af sundhedsvæsenet på tværs af regionerne og i lyset af det forskellige udbud af sundhedsydelse. For så vidt angår organisering af sundhedsvæsenet fremgår det eksempelvis af Deloitte-rapporten ”Tilrettelæggelse af flerlægepraksisser”, at et lægehus i Region Midtjylland udfører blodprøver i praksis i stedet for de nærmeste sygehuse, mens et lægehus i Region Sjælland ikke analyserer blodprøver, idet det er et regionsønske, at dette foregår på sygehuset. Udbuddet af sundhedsydelse, der ses afspejlet i den lavere aktivitet pr. borger i Region Hovedstaden sammenlignet med de øvrige regioner, kan bl.a. henføres til det relativt større udbud af speciallæger i hovedstadsområdet. Dertil kommer, at Praktiserende Lægers Laboratorium i København på basis af aftale med RLTN håndterer mange laboratorieydelse i stedet for de alment praktiserende læger.

#### 8.4. Honorartyper og mulighed for justeringer

Generelt må det anses for hensigtsmæssigt, at den overordnede indretning af honorarsystemet lever op til visse kriterier, herunder at systemet er enkelt og fleksibelt samt konsistent.

### **Et enkelt og fleksibelt honorarsystem**

Det vil være en fordel, hvis systemet er enkelt og honorarstrukturen overskuelig. Det gælder dels i den enkelte praksis, dels i administrationen i regioner og stat. Der findes pt. 641 ydeshonorarer, som er defineret i enten landsoverenskomsten eller i lokale § 2-aftaler, og det kan ikke udelukkes, at nogle af de styringsmuligheder, der fx ligger i at tildele et honorar til en bestemt ydelse, går tabt. Det bemærkes, at det alene er et begrænset antal af ydelserne, som lægerne benytter dagligt. I den sammenhæng er der risiko for, at der ikke i alle praksis er en ens opfattelse af muligheder for/forpligtelser til at anvende en given ydelse i en given situation.

Et fleksibelt honorarsystem giver mulighed for, at der kan ske en tilpasning af systemet, herunder til udviklingen i sygdomsbilledet, de teknologiske muligheder og indretning af det øvrige sundhedsvæsen. Udbuddet af arbejdskraft i forskellige sundhedsfaglige grupper kan også have betydning for, hvilke opgaver almen praksis kan varetage, og dermed hvilke opgaver der skal understøttes gennem honorarsystemet. Til gengæld skal det være klart, at der kan foretages løbende justering af almen praksis' virke, uden at det nødvendigvis skal ske ved ændringer i honorarsystemet.

### **Konsistens i honorarsystemets incitamentsstruktur**

Konsistens i honorarsystemet sikrer, at forskellige incitament i systemet balanceres, så de samlet set understøtter de overordnede mål for og krav til almen praksis.

Systemet skal endvidere være konsistent i forhold til incitamenterne i den enkelte praksis. Det er således uhensigtsmæssigt, hvis der honoreres flere gange for samme aktivitet, samtidig bør det i princippet ikke være muligt for praksis at vælge mellem flere forskellige honoreringer for samme aktivitet. Det vil kunne give praksis incitament til at vælge en ydelse på basis af honoreringens størrelse frem for ydelsens egentlige formål.

Ændringer af honorarsystemets generelle indretning kan indebære ændrede incitament for almen praksis.

Det skal bemærkes, at det også er muligt at ændre incitamenterne for patienternes adfærd fx gennem indførelse af egenbetaling i almen praksis. For en beskrivelse af disse muligheder henvises til Velfærdskommissionens rapport "Fremtidens velfærd og velstand" (2006).

Der er ikke entydig evidens for, at der eksisterer en sammenhæng mellem økonomiske incitament og adfærd i almen praksis. Der er flere studier, der har bekræftet sammenhængen, mens andre studier har afkræftet en sådan sammenhæng<sup>57</sup>. Det tyder på, at økonomiske incitament virker i nogle sammenhænge alt efter deres styrke og tilstedeværelsen af øvrige incitament.

I en kvalitativ undersøgelse af lægernes adfærd i Århus Amt synes lægerne kun i begrænset omfang at lade ydelsesomfanget afhænge af patientantallet pr. læge. Imidlertid synes lægerne at øge brugen af ydelser, der anses for at være mere lukrative ydelser og ikke alene lade behandlingsbehovet råde. Det konkluderes således, at systemet virker efter hensigten i den forstand, at lægerne responderer på de incitament de stilles overfor ved at øge brugen af ydelser, der gøres mere lukrative, jf. boks 8.2.

**Boks 8.2. Test af incitamenterne i honorarsystemet i relation til basishonorar og ydelseshonorar**

Søren Serritzlew og Lotte Bøgh Andersen har ved seks kvalitative interviews med praktiserende læger, sygesikringsdata fra Århus Amt samt oplysninger fra sundhed.dk undersøgt, hvorvidt lægerne falder for tre fristelser, som forfatterne finder, det danske honorarsystem indeholder.

Listefristelsen: Lægerne kan fristes til at lade et stort antal patienter være tilknyttet deres praksis, idet flere tilmeldte (en længere liste) direkte øger deres indtjening. Forfatterne konkluderer, at lægerne ikke falder for denne fristelse. Dette begrundes i, at flere af lægerne frivilligt har lukket for tilgang, og dermed ikke fuldt ud udnytter mulighederne for at øge indtjeningen ved at opbygge en stor praksis. Det bemærkes i den forbindelse, at interviewpersonerne finder, at ældre læger kan have svært ved at tiltrække patienter, og at socialt dårligt stillede patienter er mere arbejdskrævende end andre. De interviewede læger gør ikke noget for at få flere patienter.

Udbudsfristelsen: Lægerne kan fristes til at lade antallet af ydelser pr. patient afhænge af, hvad lægen ønsker at tjene. Udbudshypotesen er, at jo færre patienter lægerne har, jo flere ydelser forventer de at give hver enkelt patient, dvs. at læger med få patienter forventes lettere at blive fristet til at give hver patient mange ydelser.<sup>58</sup>

Det konkluderes, at det empiriske materiale tyder på, at hensynet til den amtslige § 100-kontrol, til de professionelle normer og især til patienterne forhindrer lægerne i at falde for fristelsen. Det begrundes i, at der i en regressionsanalyse af grundydelse pr. 100

<sup>57</sup> Jf. (Sundhedsstyrelsen 2005a).

<sup>58</sup> Kendt som supplier induced demand eller udbudsinduktion.



patienter i april og maj 2006 for lægerne i Århus Amt ikke findes, at antallet af patienter pr. læge har en signifikant betydning, samt at interviewpersonerne giver udtryk for vigtigheden af, at patienterne er tilfredse og får en god behandling.

Ydelsesfristelsen: Lægerne kan fristes til at vælge ydelser efter, hvor lukrative de er, dvs. at den relative størrelse af de enkelte ydelseshonorarer i forhold til tidsforbruget ved ydelsesproduktionen har en betydning. Det konkluderes, at honorarernes størrelse kan have betydning for lægens adfærd.

Det analyseres, hvorvidt brugen af to tidskrævende ydelser (samtaletterapi og sygebesøg) påvirkes af, hvor stort honoraret er ifht. honoraret for en almindelig konsultation.

Det konkluderes, at udviklingen i brugen af de to ydelser udviser en sammenhæng med udviklingen i det relative honorar. En regressionsanalyse viser, at læger med få patienter bruger samtaletterapiydelsen statistisk set signifikant oftere end læger med mange patienter. Forfatterne tolker dette som udbudsinduktion: læger med få patienter bruger i højere grad dette lukrative (og tidskrævende) alternativ til den almindelige konsultation.

Samlet set konkluderes, at selv om honorarsystemet ikke er immunt over for misbrug, så falder lægerne kun i begrænset omfang for fristelsen til at lade ydelsesomfanget afhænge af patientantallet pr. læge. Samtidig virker systemet efter hensigten i den forstand, at lægerne responderer på de incitament, de stilles over for. Når bestemte ydelser gøres mere lukrative, øger lægerne faktisk brugen af dem.

Kilde: *Økonomiske incitament i praksissektoren: Lægens tre fristelser*, Søren Serritzlew og Lotte Bøgh Andersen. *Politica*, 38. årg., nr. 4, 2006.

Endvidere viser en empirisk undersøgelse i forbindelse med omlægningen af honorarsystemet i Københavns og Frederiksbergs kommuner i 1987, at der kan være en sammenhæng mellem de økonomiske incitament og de praktiserende lægers adfærd. Før omlægningen blev de praktiserende læger i Københavns og Frederiksbergs kommuner udelukkende honoreret med et fast årligt beløb pr. tilmeldt patient (basishonorar). Efter en omlægning til et honoreringssystem som både bestod af et fast årligt basishonorar og aktivitetsbestemte ydelseshonorarer skete der en adfærdsændring. Efter introduktionen af ydelseshonorarer steg antallet af telefonkonsultationer samt behandlings- og diagnoserelaterede ydelser og samtidig registreredes et fald i antallet af henvisninger til privatpraktiserende speciallæger og i antallet af sygehushenvisninger.<sup>59</sup>

I den nuværende indretning af honoreringssystemet er der ikke et direkte incitament til en bestemt form for organisering af praksis, idet honorarerne er ens uanset praksisform og udbetales til ydelsesnummeret på baggrund af indberetning af aktivitet.

Lægens samlede potentielle indtjening giver dog et vist incitament til at gå sammen i flerlægepraksis. PLO's omkostningsundersøgelse for 2006 vedrørende praktiserende lægers indtægtsforhold viser således, at solopraksis i gennemsnit har en nettoindtægt på ca. 968.000 kr. pr. læge og kompagniskabspraksis gennemsnitlig har en nettoindtægt på ca. 1.024.000 kr. pr. læge. Den gennemsnitlige omkostningsprocent for flerlægepraksis er gennemsnitlig 42,6 pct., mens den for solopraksis er 48,6 pct., jf. tabel 8.1.

**Tabel 8.1. Indtjening og omkostningsprocent for delt på praksisstørrelse**

Antal læger i praksis	Antal praksis	Gennemsnitlig nettoindtægt i 1.000 kr.	Omkostningsprocent
1	170	968	48,6
2	84	1.072	39,9
3	102	969	44,7
4	52	1.089	42,6
5+	37	977	43,3
<b>I alt</b>	<b>445</b>	<b>1.003<sup>1)</sup></b>	<b>45,0<sup>1)</sup></b>
<b>Flerlægepraksis<sup>2)</sup></b>	<b>275</b>	<b>1.024<sup>1)</sup></b>	<b>42,6<sup>1)</sup></b>

Anm.: Det bemærkes, at resultaterne er baseret på en stikprøve på 445 praksis. Omkostningsprocenten udgør praksisdriftens driftsomkostninger ialt set ifht. praksisindtægter ialt, den resterende andel udgør dermed de gennemsnitlige nettoindtægter. Gennemsnitlige nettoindtægter indholder ikke "andre lægelige indtægter".

Noter: 1) Vægtet gennemsnit. 2) Alene praksis med 2-5 læger i praksis.

Kilde: PLO's omkostningsundersøgelse, 2006.

Der synes således at være et vist økonomisk incitament til at slutte sig sammen i kompagniskabspraksis. Der er ikke en entydig sammenhæng mellem antallet af læger og gennemsnitlig indkomst, men læger i kompagniskabspraksis har dog gennemsnitligt en større indtægt end læger i solopraksis og en lavere omkostningsprocent.

#### 8.4.1. Basishonorering

Basishonoreringen bidrager til at sikre den overordnede økonomiske styring af almen praksis, idet udgifterne i vidt omfang er forudsigelige. Tilsvarende bidrager basishonoraret til at mindske variation i indtægten for den enkelte praksis.

Derudover indebærer basishonoreringen incitamenter til at holde omkostninger ved at behandle den enkelte patient nede fx i forhold til tidsforbrug, udstyr mv. I tilfælde af at der alene sker en honorering via basishonoraret, kan de praktiserende læger blive tilskyndet til at minimere indsatsen i forhold til den enkelte patient og dermed underbehandle patienten.

<sup>59</sup> Jf. (Sundhedsstyrelsen 2005a).

Således vil lægen have incitament til at vælge de lette, mindst behandlingskrævende patienter, hvis det er muligt selv at vælge patienter, eller sende patienterne videre til behandling i andre dele af sundhedsvæsenet. Dette kan føre til højere behandlingsudgifter pr. patient, end hvis den praktiserende læge selv havde varetaget behandlingen.

Basishonorering giver endvidere et incitament for den praktiserende læge til at yde en forebyggende indsats, herunder at identificere og motivere patienter, der kan varetage selvmonitorering og egenbehandling, idet dette på længere sigt vil mindske behovet for behandling.

### **Ændring af basishonorarets andel af den samlede indkomst**

I Danmark udgør basishonoraret 27 pct. af lægernes samlede honoraromsætning, og der er dermed valgt en anden vægtning mellem basishonorering og ydelseshonorering end eksempelvis i Holland og England, hvor basishonoraret udgør henholdsvis 45 pct. og 63 pct. af en praktiserende læges honoraromsætning, jf. boks 8.3 for en beskrivelse af honorarsystemerne i England og Holland.

<b>Boks 8.3. Honorering i England og Holland</b>			
I både England og Holland er honoreringsformen baseret på en blanding af basishonorering og ydelseshonorering, dog med en relativ større vægtning af basishonoraret, jf. tabel.			
<b>Honorarsystem (ca. angivelser af andele)</b>	<b>England</b>	<b>Holland</b>	<b>Danmark</b>
Basishonorar	63 %	45 %	27 %
Ydelseshonorar	14 %	55 %	73 %
Kvalitetshonorar	23 %		
Moderniserings- og innovationspulje		10 %	
<p>Note: Den relative fordeling for Holland er et estimat, som er foretaget på baggrund af tal fra AGIS, som er et af de største sundhedsforsikringselskaber i Holland.</p> <p><u>Honorarsystemet i Holland</u> er bygget op med et fast basishonorar pr. tilmeldt patient, som er baseret på alder og et tillæg for borgere i såkaldt underprivilegerede områder, samt en række forskellige ydelseshonorarer. Den enkelte praksis kan derudover forhandle sig til særlige honorarer for ekstra ydelser med de enkelte forsikringselskaber (alle hollændere er underlagt det samme private forsikringsystem).</p> <p>En række ydelser, som primært udføres på sygehusene og på speciallægeklinikker, kan overtages af de praktiserende læger. I så tilfælde skal den enkelte praksis indgå en særlig kontrakt med et forsikringselskab, hvor honoraret fastsættes. Ydelseshonorarerne er på nationalt plan begrænset af en maksimumstarif, og forsikringselskaberne kan lokalt for-</p>			

handle andre takster hjem med de praktiserende læger. Det har hidtil ikke været muligt for forsikrings-selskaberne at forhandle kontrakter hjem, som påvirker de nationale maksimums-tariffer. Endelig kan praktiserende læger få en særskilt honorering for ansættelse af en kro-nikersygeplejerske.

Honorarernes størrelse er fastlagt efter et princip om, at hver praktiserende læge skal have 2.350 patienter og 0,8 lægeassistent tilmeldt for at opnå det, der svarer til en "fuldtidsløn". Dette normal har imidlertid ikke længere nogen praktisk betydning bortset fra, at det benyt-tes som en referenceramme ved forhandlinger og beregninger af takster. Det vil sige, at en praksis må have lige så mange/få patienter, som den ønsker, og den har ret til at afvise pati-enter, hvis den er tilfreds med antallet.

Honorarsystemet i England baserer sig på et forholdsvis højt basishonorar pr. tilmeldt patient samt honorering for opfyldelse af udvalgte kvalitetsmål og forskellige lokalt forhandlede kon-traktmål. Inden for honorarsystemet forekommer overordnet fire forskellige kontraktmulighe-der mellem den praktiserende læge og sundhedsmyndighederne. De fire kontraktmuligheder har alle følgende honoreringsstruktur til fælles: 1) et basishonorar, 2) kvalitetshonorering, 3) honorarer for ekstra ydelser (enhanced services), 4) vagtlægeordning (Out of hours) og en-delig 5) finansiering til investering i almen praksis (investering i teknologi, bygninger, pensio-ner og fastholdelse af læger).

Basishonoraret, vagtlægehonoreringen samt investeringer og pensioner gives uafhængigt af de enkeltydelser, som en praksis leverer, mens ekstraydelser og kvalitetshonorering er vari-able. Ekstraydelser betales med en "fee for service" og kvalitetshonoreringen afregnes ud fra kvalitetsmål, jf. boks 8.7. vedrørende kvalitetshonorering i England. Basishonoraret er juste-ret efter socioøkonomiske forskelle i patientgruppen.

Kilde: *Effektiv organisering – erfaringer fra udlandet*, DSI 2008.

Samtidig har danske alment praktiserende læger relativt få tilmeldte patienter sammenlignet med England og Holland, jf. tabel 8.2. Mens lægerne i Danmark i gennemsnit har 1.583 pati-enter, har læger i England og Holland henholdsvis 1.732 og 2.406 patienter, hvilket bl.a. kan tilskrives forskelle i opgavesammensætningen.

**Tabel 8.2. Patienter pr. læge i England, Holland og Danmark**

	England	Holland	Danmark
Patienter pr. læge	1.732	2.406	1.583

Anm.: Almen praksis er ikke fuldt sammenlignelig på tværs af landene.

Kilde: *Effektiv organisering – erfaringer fra udlandet*, DSI 2008.

Overordnet set skaber basishonoraret en økonomisk tilskyndelse til, at den praktiserende læge har patienter tilmeldt sin praksis, da lægens indtægter fra basishonoraret øges i takt med antallet af tilmeldte patienter.

En fordel ved basishonoraret kan derved i et vist omfang være, at det kan bidrage til at skabe konkurrence om patienterne blandt almen praksis. Dette afhænger bl.a. af, at lægedækningen tillader det, og af at praksis kan påvirke faktorer, der er afgørende for patienternes valg af lægepraksis. I hvor høj grad det er muligt at tiltrække patienter gennem fx service og kvalitet afhænger dermed bl.a. af graden af gennemsigtighed i sektoren på disse punkter.

En fordel ved et relativt højere basishonorar kunne være, at der kunne knyttes eksplicite forpligtelser, eksempelvis for så vidt angår almen praksis' opgavevaretagelse, funktion og dokumentation hertil, hvormed visse sundhedspolitiske målsætninger kunne understøttes.

Således kunne der formuleres forpligtelser vedrørende læges professionelle rolle i relation til eksempelvis behandling og diagnostik, jf. kapitel 3 om almen praksis' opgaver, og vedrørende læges rolle i samarbejdsrelationerne med sygehusvæsenet og kommuner, jf. kapitel 6. I relation til dokumentation kunne indgå forpligtelse til anvendelse af datafangstmoduler, ICPC-diagnosekodning og lignende, jf. kapitel 7. Disse data vil endvidere kunne anvendes til forskning.

Et eventuelt relativt højere basishonorar kunne således kobles sammen med en klar definition af, hvad almen praksis skal levere for at modtage basishonorar for en patient, fx forpligtelser i forhold til rollen som klinisk tovholder, kendskab til og efterlevelse af kliniske vejledninger og regionale sundhedsaftaler, tidssvarende udstyr og lokaler, servicemål etc.

I overenskomsten indgår allerede krav til almen praksis' åbningstider for konsultation. I det omfang der er behov for krav om yderligere åbningstider, er det en mulighed, at dette kan indgå i basishonoraret.

Endvidere er det en mulighed, at der i basishonoraret indgår specifikke forpligtelser i relation til samarbejdet med eksterne aktører. Der er allerede i dag ydelser målrettet samarbejdet med bl.a. kommuner i forhold til socialmedicinsk samarbejde vedrørende den enkelte tilmeldte patient. Her er det imidlertid frivilligt, om lægen vil gøre brug af disse ydelser.

Ved en eventuel udbygning af basishonoraret med sådanne eksplicite forpligtelser og opgaver kan det indgå i overvejelserne, om der er særlige egenskaber, sådanne forpligtelser burde være karakteriseret ved (eller ikke). Det kan eksempelvis overvejes, hvorvidt der skal være

særlige krav til muligheden for monitorering af efterlevelse af forpligtelsen, eller om det kan være en fordel, at forpligtelser, der er svære at monitorere overholdelsen af, lægges ind i basishonoraret, samt hvorvidt forpligtelserne skal være ”stationære”, eller om det er muligt og hensigtsmæssigt at forpligte på udvikling af praksis på forskellige områder.

Et relativt højere basishonorar kunne endvidere benyttes til en forenkling af honorarsystemet gennem en reduktion af antallet af ydelseshonorarer. Således kunne basishonoraret omfatte en større del af den aktivitet, der i dag er dækket af selvstændige honorarer.

En række af tillægsydelseerne kan således ses som en naturlig del af almen praksis’ opgavevaretagelse. Samtidig kan de have en karakter, så det ikke umiddelbart synes sandsynligt, at almen praksis vil viderehenvise patienter til sygehusvæsenet, hvis tillægsydelseshonoraret bygges ind i basishonoreringen.

Der kan i den forbindelse være behov for i højere grad at definere, hvilke konkrete ydelser almen praksis er forpligtet til at yde med henblik på at imødegå risikoen for, at de praktiserende læger nedprioriterer de opgaver, der herved ikke udbetales et særskilt honorar for.

I forbindelse med en eventuel højere basishonorering og tilknytning af særlige forpligtelser hertil, vil det være centralt at sikre efterlevelse heraf. Der kan således overvejes, i hvor høj grad det skal være muligt for regionen (som ansvarlig myndighed og køber af ydelserne) at indføre sanktioner ved manglende efterlevelse af forpligtelserne, eksempelvis økonomiske sanktioner eller fratagelse af ydernummer.

Det bemærkes, at der i det nuværende overenskomstsistem findes såkaldte almindelige ordens- og kontrolbestemmelser (§ 100), ifølge hvilke regionen hvert år skal foretage en opgørelse over niveauet for udvalgte ydelser og udgifter. Der skal foretages en undersøgelse, hvis udgiften til lægehjælp pr. sikret i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for det område, som praksis sammenlignes med, med 25 pct. eller derover for basis- og ydelseshonorarerne tilsammen eller med 40 pct. eller derover for hhv. almindelige konsultationer og laboratorieundersøgelser. For så vidt den foretagne undersøgelse giver samarbejdsudvalget anledning til det, kan der fastsættes en højstegrænse for praksis’ samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden eller for enkelte ydelseskategorier. Højeste-

grænser bortfalder, når udgifter i mere end to år har ligget under den aftalte grænse, men kan forlænges for et år ad gangen.

En ulempe ved en model, hvor regionen bemyndiges til at foretage økonomiske sanktioner el.lign., er, at det vil fratage regionens læger den medindflydelse, de har ved sådanne tilfælde, givet ved at det i de gældende regler er samarbejdsudvalget, der foretager vurderingen.

En fordel ved modellen er, at regionen får ansvar og muligheder, der i højere grad afspejler dennes myndighedsansvar.

Basishonoraret giver som nævnt ovenfor i sig selv ikke lægen tilskyndelse til at have kontakt med sine patienter eller foretage behandlinger.

En ulempe ved basishonoraret kan derved være, at et ”for højt” basishonorar giver incitament til ”for lidt” kontakt til patienterne og underbehandling, idet lægen vil være sikret indtægt uden aktivitet. Samtidig er der incitament til, at lægen sender unødigt mange patienter videre til det specialiserede sundhedsvæsen, jf. eksemplet fra København og Frederiksberg.

Et eventuelt højere basishonorar kan bl.a. på baggrund af behov for sikring af efterlevelse af forpligtelserne samt sikring af et ”tilstrækkeligt” niveau for aktiviteten knyttes sammen med implementering af en mere omfattende monitorering og dokumentation for opgavevaretagelsen i sektoren, herunder indberetning af data for aktivitet. Mulighederne for monitorering er relativt nye, da diagnosekodning mv. tidligere ikke har været udviklet til almen praksis.

Det mindre incitamentet til at have patientkontakt skal ses i sammenhæng med, at aktiviteten i de danske almene praksis er relativt høj i forhold til visse andre lande<sup>60</sup>, og at aktiviteten har været stigende<sup>61</sup>. Et relativt højere basishonorar kan understøtte, at omfanget af kontakter, der enten kan forebygges eller helt undgås, reduceres.

---

<sup>60</sup> Nomesco Health Statistics in the Nordic Countries, 2005.

<sup>61</sup> Jf. bilagsfigur 6.

### **Progressiv basishonorering**

I det omfang hensigten med basishonoraret er yderligere at tilskynde til et højere patientantal for praksis er progressiv basishonorering en mulighed. Det kan bestå i at indføre et opadgående knæk på basishonoraret pr. tilmeldt patient, så der ydes et højere basishonorar for hver ekstra patient udover et på forhånd fastsat antal samtidig med, at der indføres et knæk nedad i basishonoraret, hvor praksis har under et på forhånd fastsat antal patienter tilmeldt.

Eksempelvis kunne der gives ét basishonorar pr. tilmeldt patient for de første 1.600 patienter, der kunne være 25 pct. lavere end i dag, dvs. 214 kr., mens der for patienterne ud over de 1.600 kunne gives et basishonorar, der er 25 pct. højere end i dag, dvs. 356,5 kr.

En fordel ved denne model er, at praksis tilskyndes til at have et relativt større antal patienter tilmeldt. En ulempe ved at anvende modellen vil være, at læger der i forvejen har flere patienter tilmeldt end det på forhånd fastsatte antal vil modtage en belønning uden at have optaget flere patienter. Der vil således kunne være et væsentligt element af dødvægt forbundet med en sådan fremgangsmåde. Endvidere vil ordningen blive mere og mere omkostningsfuld i takt med, at flere praksis får mulighed for at få over 1.600 patienter.

En anden ulempe ved denne model er, at reduktionen i basishonoraret for praksis, der har færre end 1.600 patienter tilmeldt, bl.a. kan ramme praktiserende læger, der er tæt på pensionsalderen og ønsker at trappe gradvist ned. Såfremt denne gruppe af praktiserende læger ikke ønsker at forblive på arbejdsmarkedet på fuld tid, vil modellen kunne føre til, at flere ældre læger trækker sig helt tilbage fra arbejdsmarkedet.

En anden model for progressiv basishonorering kunne være at belønne læger, der øger antallet af tilmeldte patienter i forhold til det foregående år med et højere basishonorar for det ekstra antal patienter. Merudgiften kunne finansieres ved at indføre et kompenserende fradrag for en negativ ændring i antal tilmeldte patienter fra ét år til et andet.

En fordel ved denne model er, at det vil give lægerne et stærkere incitament til at tiltrække og fastholde deres patienter. Det vil betyde, at lægerne kun får eller får fradrag med det forhøjede honorar i selve det år forøgelsen/reduktionen af antal tilmeldte patienter finder sted. Ordningen vil indebære en omfordeling fra læger, der ikke er så gode til at fastholde patienterne til læger, der er gode til at fastholde og tiltrække patienter.



En ulempe ved at finansiere et forhøjet honorar med en kompenserende reduktion ved et fald i antal tilmeldte patienter kan som ved ovennævnte model være, at det bl.a. vil ramme praktiserende læger, der er tæt på pensionsalderen og ønsker at trappe gradvist ned, ligesom læger, der allerede som udgangspunkt har relativt mange tilmeldte patienter, ikke honoreres ekstra herfor i denne model.

### **Socioøkonomisk differentiering af basishonorering**

Honoreringen i Danmark tager i modsætning til fx i Holland, jf. boks 8.3. udgangspunkt i en gennemsnitsbetragtning for så vidt angår patientkarakteristika, og der er således ingen sammenhæng mellem patientkarakteristika og honorering.

Med henblik på at understøtte lægedækningen i visse socioøkonomisk tunge områder kunne en mulighed således være at foretage en socioøkonomisk differentiering af basishonoreringen. Det kunne eksempelvis ske ved, at lægen modtager et større basishonorar pr. tilmeldt patient, såfremt lægens tilmeldte patienter ud fra en række socioøkonomiske karakteristika har en samlet score, der befinder sig uden for en nærmere fastsat grænse, eksempelvis fastsat som en afvigelse i forhold til de gennemsnitlige socioøkonomiske forhold blandt patienterne hos alle landets praktiserende læger. Honoraret kan herefter enten stige med et fast beløb eller stige i takt med forringelsen af de socioøkonomiske forhold. Tilsvarende kan honoraret nedsættes for læger, der har patienter med en gennemsnitlig god socioøkonomi.

En ulempe ved en sådan model er, at det kan være forholdsvis ressourcekrævende at opbygge og administrere et sådant system. Samtidig kan det være vanskeligt at afgrænse de faktorer, der skal indgå i den samlede socioøkonomiske score. Denne ulempe er imidlertid i vidt omfang imødegået af, at socioøkonomi allerede indgår ved fordeling af bloktilskuddet og den kommunale udligning.

En anden mulighed er at differentiere på baggrund af socioøkonomiske karakteristika i et specifikt område fx kommunen. Det må som udgangspunkt antages at være mindre omkostningskrævende, idet datagrundlaget allerede er til stede og kun i mindre grad kræver samkøring af registre.

En ulempe ved denne model kan dog være, at det vil indebære risiko for, at læger kan nedsætte sig i afgrænsede områder med en god socioøkonomi, i en kommune med samlet set en

mindre god socioøkonomi. Dermed vil disse læger blive kompenseret yderligere uden i første omgang at have de ulemper, der kompenseres for.

Overvejelser vedrørende socioøkonomisk differentiering af basishonoraret skal ses i lyset af, at der ikke synes på kommuneniveau at eksistere en sammenhæng mellem lægedækningen og kommunens socioøkonomiske status, jf. bilagsfigur 9. Det skal dog bemærkes, at en analyse på ”område”-niveau (lokale områder inden for kommunerne) kan vise et andet resultat. Det har imidlertid ikke været muligt at gennemføre sådanne analyser.

I forlængelse heraf kunne en socioøkonomisk differentiering af basishonoreringen baseres på lokalområder frem for kommuner. Fordelen ved denne model er, at den vil tage højde for ovenstående problemstilling, hvor en praksis kan opnå fordele ved at nedsætte sig i et ”godt” område i en socioøkonomisk uattraktiv kommune. En ulempe er imidlertid, at den forventede ophævelse af kilometergrænsen vil indebære, at praksis kan have flere patienter uden for det lokalområde, som praksis tilhører for så vidt angår opgørelsen af socioøkonomisk korrektion af basishonoraret, dvs. at sandsynligheden for et mismatch i højere grad vil være til stede efter ophævelsen.

Det bemærkes, at der i regi af Fagligt udvalg arbejdes på en analyse af begrebet ”sårbare patienter” (dvs. patienter, der er tunge i almen praksis). Fagligt udvalg har analyseret en række faktorer som kunne indgå i en måling af ”patienttyngden” for en konkret praksis. Det er faktorer som fx indkomst, herunder overførselsindkomst, indvandrerbaggrund/ethnicitet og arbejdsløshed.

#### **8.4.2. Ydelsesafhængig honorering**

Overordnet set giver den aktivitetsbaserede honoreringsform lægen en økonomisk tilskyndelse til at have kontakt til sin patientkreds og tilbyde denne ydelse, da gennemførelsen af konsultationer og forskellige former for behandling, laboratorieundersøgelser mv. vil kunne øge lægens nettoindtægt.

Det kan således siges, at ydelsesafhængighonorering umiddelbart understøtter den sundhedspolitiske målsætning om at behandling sker på laveste, effektive omsorgsniveau i samspillet mellem almen praksis og sygehusvæsenet. Denne incitamentsstruktur styrkes, jo større dækningsbidraget som følge af honoraret er.

En relativ høj aktivitetsbaseret honorering giver derved også incitament til overbehandling og deraf øgede udgifter til almen praksis, mens en relativt lav aktivitetsbaseret honorering omvendt kan give incitament til underbehandling og højere grad af viderehenvielse til det øvrige sundhedsvæsen.

Således giver ydelseshonoreringen generelt ikke incitament til at forebygge, idet forebyggelse på sigt vil indebære en reduktion i aktivitetsafhængig indtæjning. Det bemærkes dog, at der i 2006 er indført et særligt honorar for at afholde forebyggelseskonsultation.

Den nuværende ydelseshonorering understøtter målsætningen om øget anvendelse af praksispersonale og opgaveglidning i almen praksis, hvorved der frigøres lægekapacitet til "rene" lægeopgaver og generelt skabes større kapacitet i almen praksis i relation til opgavevaretagelsen. Siden 1993 har honorarer for en ydelse udført af en anden medarbejder i lægepraksis, eksempelvis en sygeplejerske eller sekretær, således været den samme, som hvis lægen selv havde udført ydelsen. Dette har skabt et øget incitament til ansættelse af praksispersonale. I perioden 2001 til 2006 er antallet af sygeplejersker i praksis vokset med 482, svarende til en stigning på 38 pct. i perioden, mens antallet af lægesekretærer er vokset 185, svarende til en stigning på 47 pct., jf. endvidere kapitel 5 og bilag hertil. Samtidig er antallet af sosu-assistenten vokset fra 40 til 138 i perioden 2001-2006, svarende til en stigning på 245 pct.

Ændringer af den aktivitetsafhængige del af lægens indtægt kan for det første ske ved, at den aktivitetsafhængige honorering øges eller sænkes som andel af almen praksis' samlede honoraromsætning (dvs. at den faste honorering relativt set reduceres eller forhøjes). Sådanne justeringer vil kunne få effekt på eksempelvis ovennævnte incitamentsstrukturer.

Endvidere kan ændringer i aktivitetsbaseret honorering ske ved at foretage justeringer i det indbyrdes forhold mellem honorarerne for de forskellige ydelser, det være sig både kontaktfølgende ydelser og tillægs- og laboratoriydelser. Sådanne indbyrdes justeringer kunne foretages, hvis der er en målsætning om at fremme en bestemt aktivitet frem for en anden. Såfremt ikke alle ydelser honoreres eller der ikke er en sammenhæng mellem de enkelte ydelser i forhold til ressourceforbruget, kan det give et incitament til, at de praktiserende læger koncentrerer sig om de ydelser, der giver den største nettoindtæjning.

### **Kontaktbaseret honorering**

Den kontaktbaserede del af lægens indkomst kan påvirkes gennem ændringer af honorarerne for almindelig konsultation, telefonkonsultation, hjemmebesøg mv. Bl.a. som følge af varierende tids- og ressourceforbrug inden for en given konsultationsform kombineret med honorarstørrelsen kan lægen have incitament til at udføre bestemte former for patientkontakt.

En mulighed er således gennem ændringer af de kontaktbaserede honorarer at skabe incitament til én form for patientkontakt frem for en anden, eksempelvis e-mailkonsultation frem for telefonkonsultation.

En anden mulighed er inden for en specifik kontaktform, eksempelvis almindelig konsultation, at differentiere honorarstørrelserne afhængig af tidsforbruget på en given patientkontakt, dvs. jo længere tidsforbrug ved kontakten, jo større honorar og omvendt. For nærværende tager honoreringen, fx en konsultation, udgangspunkt i en gennemsnitsbetragtning, hvorfor der i nogle situationer opnås en relativt høj indtjening i relation til tidsforbruget ved en konsultation, mens der i andre tilfælde opnås en relativt lav indtjening.

En fordel ved differentiering af honoraret efter tidsforbrug kunne være, at lægerne i højere grad varetager opgaver, som tager længere tid, end hvad der gennemsnitligt honoreres for.

En ulempe ved at fastsætte honoraret efter tidsforbrug er, at lægerne derved vil få incitament til at afholde flest mulig konsultationer, der kan registreres som lange, da der herved opnås den største indtjening. Differentiering i et større og et mindre konsultationshonorar indebærer dermed en risiko for, at udgifterne til konsultationer generelt vokser, og at produktiviteten således falder.

En tredje mulighed er at anvende udvidet honorering til emnemæssigt afgrænsende formål, der vurderes at være særligt tidskrævende, og som ønskes understøttet eksempelvis grundet sundhedspolitiske målsætninger om fokus på særlige patientgrupper eller særlige sygdomme. Denne mulighed benyttes allerede i forbindelse med en højere honorering for aftalt forebyggelseskonsultation, samtalerapi, børneundersøgelser og svangreprofylaktiske undersøgelser.

Fordelen ved denne fremgangsmåde er, at det herved understøttes, at den nødvendige tid reelt bliver brugt på de ønskede formål. En yderligere fordel er, at en emneafgrænsning ikke indebærer samme risiko for generelt længere konsultation som nævnt ovenfor, idet afgrænsningen alene vil skulle omfatte ydelser, der vurderes allerede at være af længerevarende karakter.

En ulempe ved denne model er, at visse af ydelserne kan betragtes som relativt lukrative, hvorfor der er risiko for at lægerne falder for ydelsesfristen (udbudsinduktion), jf. boks 8.2. I forbindelse hermed kan det overvejes, hvorvidt der i højere grad skal foretages en egentlig monitoreringsindsats for at sikre, at ydelserne bliver brugt som forudsat.

### **Honorering af tillægs- og laboratorieydelser**

Honoreringen af tillægs- og laboratorieydelser skaber et incitament til, at lægen udfører ydelser i det omfang, at lægen vil opnå en nettoindtjening ved at producere ydelser.

Tillægs- og laboratorieydelsernes del af lægens indkomst kan påvirkes gennem ændringer af honorarerne herfor samt ved at ændre antallet, herunder afgrænsningen, af de tillægs- og laboratorieydelser, der honoreres for.

Forenkling af honorarstrukturer og begrænsning af antallet af tillægs- og laboratorieydelser indebærer generelt en risiko for, at lægerne i højere grad får incitament til at viderehenvise i stedet for at udføre de relevante ydelser selv. Dette strider mod LEON-princippet.

For laboratorieydelserne antages, at det generelt er hensigtsmæssigt, at almen praksis får særlig honorering for at foretage ydelser, der ikke i alle tilfælde ligger ”naturligt” i almen praksis, men som ofte vil kunne henvises til sygehusvæsenet. Der kan dog være behov for en regional tilpasning grundet forskellig indretning af sundhedsvæsenet, idet der vil skulle tages hensyn til den bedst mulige anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet, jf. bilag 5 vedrørende variationen af tillægs- og laboratorieydelser pr. borger. Endvidere kan det overvejes, om der kan etableres bredere kategorier for disse ydelser med en honorarstruktur, der derved indebærer, at antallet af ydelser begrænses under hensyn til ovenstående.

Ydelseshonorering kan give incitament til at fokusere på bestemte ydelser med et relativt højt dækningsbidrag, da lægen derved kan maksimere sin nettoindtjening. I dag er det van-

skeligt at vurdere omfanget af denne risiko, da ydelseshonorarerne både er baseret på en vurdering af tidsforbrug, omkostninger mv. i forbindelse med indførelse af nye ydelser og et forhandlingselement.

En mulighed er, at ydelseshonorarerne i højere grad søges afstemt med de omkostninger, der er forbundet med leveringen af ydelsen. Dette vil nødvendigvis kræve, at der igangsættes omkostningsstudier af almen praksis, som det kendes fra sygehusvæsenet.<sup>62</sup> I sygehusvæsenet anvendes takster, der er baseret på gennemsnitlige omkostninger ved en given ydelse, hvilket sikrer et bedre overblik over omkostningerne og produktiviteten.

En fordel ved omkostningsbaserede honorarer er, at almen praksis ikke har incitament til at foretage en aktivitet frem for en anden alene baseret på en økonomisk vurdering. En anden fordel er, at det vil blive nemmere at formulere direkte krav om produktivitetsforbedringer på konkrete ydelser.

En ulempe ved omkostningsbaserede honorarer kunne være, at der ikke er mulighed for grundet særlige sundhedspolitiske prioriteringer eksempelvis at fremme brugen af visse ydelser i almen praksis ved at give særligt økonomisk incitament til at levere disse.

### **Forløbshonorering**

Forløbshonorering er defineret ved et fast honorar, der dækker over en række aftalte aktiviteter, behandlinger og årskontrol mv. i løbet af et år, jf. afsnit 8.3.1. Herved har lægen et incitament til at reducere antallet af kontakter og ydelser i behandlingen af patienten, da lægen som følge af reducerede omkostninger derved forbedrer sin nettoindtjening.

Forløbshonorering kan benyttes til at understøtte målsætningen om sammenhængende patientforløb for kroniske patienter og sikre, at disse kommer ind i et forløb, der er tilrettelagt

---

<sup>62</sup> Når Fagligt Udvalg fremkommer med forslag til eksempelvis nye laboratorieydelser, kommer udvalget også med et forslag til honorar for ydelserne. Ved honorarforslaget tages der udgangspunkt i hvor mange ydelser en gennemsnitspraksis forventes at levere, udgifter til anskaffelse/afskrivning af udstyr og diverse andre remedier samt personaletid i forbindelse med analysen. Når der er tale om forslag til nye ydelser, hvor den eneste omkostning er tidsforbrug, fx som den aftalte forebyggelseskonsultation, tages der udgangspunkt i, at honorarforslaget står i et rimeligt forhold til dels konsultationshonoraret, dels modultaksten i tillægsaftalen.

efter kliniske retningslinjer, hvorved patienten opnår en behandling af en vis kvalitet samtidig med, at patienten undgår unødvendige viderehenvisninger.

En fordel ved forløbshonorarer for lægen er, at det bidrager til at skabe budgetsikkerhed, da lægens aflønning er fastlagt på forhånd og ikke vil være afhængig af behandlingsforløbet.

Kravet til forløbshonorering er, at det for den pågældende sygdom er muligt at opstille velegnede kliniske retningslinjer for et behandlingsforløb, som kan danne baggrund for fastsættelsen af forløbshonoraret samt for de ydelser/patientkontakter, der skal indgå i forløbet. I dag anvendes et forløbshonorar som nævnt for behandling af diabetespatienter på forsøgsbasis.

De foreløbige erfaringer med forløbshonorering på diabetesområdet viser imidlertid, at det kan være vanskeligt at afgrænse forløbet fra behandlingen af andre sygdomme. Det kan i visse situationer være vanskeligt at bedømme, hvornår en given behandling falder ind under forløbet og hvornår der er tale om en behandling uden for. Det kan endvidere være vanskeligt at anvende forløbshonorering inden for rene diagnosegrupper, da mange patienter ofte har flere kroniske sygdomme.

En ulempe ved forløbshonoreringen er således en risiko for, at ydelser, der burde ydes som en del af et forløb, bliver udført uden for dette og med yderlige honorering. Omfanget af denne ulempe afhænger af den resterende honorarstruktur, herunder om der er overlap mellem aktiviteter, der indgår i forløbet og aktiviteter, der opnås særskilt honorar for.

Denne problemstilling stiller krav til, at der generelt ved anvendelse af forløbshonorering fokuseres på en klar afgrænsning, således at honoraret kun dækker behandling af den pågældende sygdom, men samtidig dækker alle de kontakter, som er nødvendige for en faglig rigtig behandling for den pågældende sygdom. Ved øget anvendelse af forløbshonorering kan det således overvejes at stille større krav til registrering og dokumentation af den aktivitet, der udføres under forløbshonoraret, samt for den aktivitet den pågældende patient i øvrigt modtager.

## **Opsamling**

Ydelseshonoreringen udgør den største andel af den samlede honoreringen og tilskynder dermed til øget aktivitet og i nogle tilfælde ekstraordinært højt aktivitetsniveau. Basishonoreringen er med til at mindske noget af den incitamentsmæssige virkning af ydelseshonoreringen, da basishonoreringen sikrer et vist indtægtsgrundlag, og dermed er medvirkende til at mindske incitamentet til at øge indtjeningen gennem et højt aktivitetsniveau.

Tages der udgangspunkt i beskrivelsen af ovenstående incitamentsstrukturer for så vidt angår basishonorering og ydelseshonorering peger det på, at honorarsystemet, som i dag, bør indeholde både honorering pr. tilmeldt patient og en aktivitetsbaseret honorering. Basishonoreringen vil medføre en vis budgetsikkerhed og et incitament til forebyggelse, mens ydelseshonoreringen vil medvirke til, at de praktiserende læger selv varetager udredning og behandling af patienter frem for at henvise dem til andre dele af sundhedsvæsenet.

Der kan være behov for at justere på vægtningen mellem basishonorardelen og den ydelsesafhængige honorering, således at basishonorardelen udgør en større andel end i dag. Det er dog vigtigt, at der ikke sker en ændring af sammensætningen af honorarerne, således at balancen i incitamentsstrukturen tipper.

En sådan model har dog den ulempe, at den ikke relaterer sig til bestemte sygdomme eller behandlinger. Hvis honoraret i højere grad knyttes an til et behandlingsforløb og til lægens opfyldelse af bestemte standarder for behandling af specifikke sygdomme, kan det give mulighed for højere faglig kvalitet og bedre sammenhæng i patientforløbene på tværs af sundhedsvæsenet.

## **8.5. Faste tilskud og særligt praksisomkostningshonorar**

Det er en mulighed at yde et direkte fast tilskud til praksis, herunder tilskud til (delvis) dækning af specifikke udgifter. Det kunne eksempelvis være til dækning af udgifter i forbindelse med indførelse af ny teknologi, som det var tilfældet ved indførelse af forløbsydelsen for diabetespatienter.

Fordelen ved et sådan tilskud er, at det kan understøtte, at der skabes et instrument til fremme af en given ønsket udvikling i almen praksis.



En ulempe ved et sådan fast tilskud (eventuelt omkostningsbaseret) kan være, at der sker en unødigt belønning af lægen, hvis der i honorarsystemet allerede er et økonomisk incitament til, at praksis følger den aktuelle udvikling, eller hvis praksis (uanset honorarsystemets indretning) har incitament til en given udvikling eller investering, eksempelvis grundet effektiviseringsgevinster.

Sådanne faste tilskud indebærer derfor generelt en risiko for et dødvægtstab.

Det må være en generel præmis, at praktiserende læger som private erhvervsdrivende følger med den almene udvikling, fx ved indførelsen af ny teknologi i almen praksis, herunder IT. Det særlige for almen praksis er dog, at eventuelle investeringer ikke kan "finansieres" ved en forhøjelse af "prisen" på den leverede ydelse, omvendt gælder det dog også for almen praksis som for andre sektorer, at teknologisk udvikling alt andet lige kan bidrage til at øge lægens nettoindtjening via effektiviseringer og forbedrede arbejdsgange i klinikken samt bedre service mv.

En ulempe ved at bruge denne type honorar er endvidere, at det kan bidrage til at skabe en forventning om, at der generelt skal honoreres for nye initiativer i almen praksis.

### **Udviklingshonorar**

Indførelsen af nye tiltag i forhold til kvalitet og IT i almen praksis kan i nogle tilfælde være vanskelige at implementere, da det i en begrænset periode medfører udgifter i forbindelse med omstilling af driften i praksis eller indkøb af IT-udstyr mv., jf. kapitel 7.

I disse tilfælde er det en mulighed at indføre et særligt udviklingshonorar til at understøtte særlige formål, eksempelvis enten som et engangsbeløb eller som et årligt beløb i en tidsbegrænset periode. Når engangsbeløbet er udbetalt eller tidsperioden for udviklingshonoraret ophører, vil der skulle stilles krav til alle praktiserende læger om den pågældende indsats, herunder at indsatsen ikke længere skal honoreres særskilt. De indsatsområder, der honoreres med udviklingshonorarer, vil dermed løbende ændre sig.

Som nævnt ovenfor er fordelen ved et sådan tilskud, at det kan fungere som et instrument til at fremme en given udvikling.

En ulempe er samtidig, at tilskuddet kan risikere at være en unødigt belønning af lægen, idet lægen allerede kan have incitament til en given udvikling eller investering, eksempelvis grundet effektiviseringsgevinster, eller idet lægen allerede kan have igangsat/foretaget den ønskede udvikling. Tilskuddet indebærer derfor en risiko for et dødvægtstab.

Det bemærkes, at man ved indretning af en sådan ordning skal være opmærksom på, at denne i givet fald er forenelig med statsstøtteren.

### **Fastholdelsesgodtgørelse**

Et fast tilskud kunne også være en særlig fastholdelsesgodtgørelse til ældre praktiserende læger, som ønsker at ophøre med at praktisere på almindelige vilkår, og som en region måtte ønske at fastholde nogle år mere i sektoren.

En sådan model kan understøtte målsætningen om at sikre lægedækningen i de lokalområder, hvor lægedækningen er reduceret, ved at skabe en senere tilbagetrækning for denne gruppe fra arbejdsmarkedet.

En ulempe ved økonomisk fastholdelsesgodtgørelse til ældre læger er, at der er risiko for, at alle læger, der når en bestemt alder, kræver særlig økonomisk godtgørelse for at undlade at sælge praksis. Herved er der risiko for betydeligt dødvægtstab.

Modellen kan således føre til et betydeligt udgiftspres afhængigt af, hvilken aldersgrænse mv. der bygges ind i ordningen. Medmindre at aldersgrænsen sættes meget højt, vil der være en relativ stor gruppe af læger, der ville kunne modtage fastholdelsesgodtgørelse. En højt fastsat aldersgrænse vil imidlertid omvendt mindske ordningens effekt.

Det vurderes således mere relevant at afdække de barrierer/ønsker, der er for ældre praktiserende læger i relation til at blive længere på arbejdsmarkedet, eksempelvis mere fleksible arbejdstider, jf. kapitel 5.

### **Stedstillæg – rekrutteringstillæg**

Et regionalt rekrutteringstillæg kan endvidere understøtte målsætningen om at sikre lægedækning i de lokalområder, hvor lægedækningen er reduceret, ved at øge incitamenterne til,

at læger nedsætter sig i mindre attraktive områder. Et sådan stedtillæg kan fx være et månedligt/årligt beløb evt. over en begrænset periode, som udmøntes gennem samarbejdsudvalget.

En ulempe ved indførelse af et stedtillæg er, at det kan være svært at afgrænse, hvornår der reelt er brug for dette ekstra incitament. Der kan således være risiko for, at læger, der under alle omstændigheder ville have nedsat sig i et givent (upopulært) lokalområde, vil kræve godtgørelse for dette. Hermed opstår der igen et dødvægtstab.

En mulighed for at begrænse effekten af denne ulempe er, at der i landsoverenskomsten defineres den samlede mængde af midler og antal praksis, som kan modtage stedtillæg i hver region, fx på baggrund af befolkningstæthed eller socioøkonomiske variable. Hermed sikres, at ordningen ikke bliver mere omkostningsfuld end den fastsatte grænse. Til gengæld begrænses fleksibiliteten i ordningen, og der kan under alle omstændigheder komme pres for, at der altid ydes den maksimale grad af godtgørelse i en region.

En yderligere mulighed for at begrænse ovenstående ulempe kan være, at der stilles krav om, at det på forhånd – fx i praksisplanerne – afgrænses, i hvilke lokalområder der kan ydes særlige stedtillæg. Hermed vil det ikke være muligt for en læge at forhandle sig til stedtillæg i et andet område.

Overordnet set kan stedtillæg således risikere at indebære en generel opdrift i lønniveauet i sektoren. Dette problem vil imidlertid kunne imødekommes, hvis modellen gennemføres som en form for ”udligningsordning” mellem de forskellige praksis, således at stedtillægget i mindre attraktive områder finansieres ved, at der ydes et lavere basishonorar til læger i attraktive områder.

### **Tilskud til praksispersonale**

Målsætningen om øget brug af praksispersonale vil kunne fremmes ved indførelse af et særligt tilskud til ansættelse af praksispersonale.

En ulempe ved denne model er, at der vil kunne forekomme dobbeltbetaling for de ydelser som praksispersonalet varetager, i det omfang personalet (ansat med tilskud) varetager opgaver, der er særskilt honorar for.

Denne ulempe ville kunne imødekommes ved at definere en række praksispersonaleydelser, som lægen enten ikke honoreres for eller kun i mindre omfang honoreres for. Denne model vil dermed kunne give et væsentligt incitament til, at der eksempelvis ansættes sygeplejersker til at udføre de udvalgte ydelser. Til gengæld vil det give et problem for de praksis, der ikke har mulighed for at ansætte en sygeplejerske på grund af fx mangel på disse eller utilstrækkelige lokaleforhold mv.

Dertil kommer, at almen praksis allerede har incitament til ansættelse af praksispersonale, eksempelvis idet der ydes samme honorar for ydelser uafhængigt af, om det er en ansat eller lægen selv, der udfører ydelsen. Således er der allerede i dag en vis udbredelse af praksispersonale, hvorfor modellen vil indebære et betydeligt dødvægtstab.

I Holland er der indført en version af denne model i kraft af, at der ydes et fast tilskud til ansættelse af kronikersygeplejersker, jf. boks 8.4.

#### **Boks 8.4. Tilskud til kronikersygeplejersker i almen praksis**

I 1999 blev der i den hollandske praksissektor indført tilskud til ansættelse af såkaldte specialuddannede kronikersygeplejersker, som er en sygeplejerske eller lægeassistent med efteruddannelse i behandling og kontrol af kronisk syge. Formålet hermed var 1) at medvirke til en aflastning af de praktiserende læger primært i behandlingen af det stigende antal kronisk syge patienter, 2) at knytte sygeplejersker tættere til almen praksis og 3) at medvirke til øget samarbejde mellem forskellige praksis.

Der er etableret et specifikt uddannelsesforløb for specialuddannede kronikersygeplejersker, og der rekrutteres til rollen fra både lægeassistenter og primærsygeplejersker. Det kræver et samarbejde mellem minimum tre læger at modtage støtte til ansættelse af en POH-sygeplejerske. Samarbejdet består bl.a. i at udarbejde en forretningsplan, som specificerer organisering af ansættelsen, og hvordan praksis vil leve op til forsikringssekskabernes krav til POH-samarbejdet, herunder årlige redegørelser for udviklingen i nøgletal for patientpopulationen.

Dette initiativ har vist sig at være en stor succes, hvor det efter 9 år med ordningen, nu er 2/3 af praksis i Holland, der har en ansat POH-sygeplejerske. Studier viser, at specialuddannede kronikersygeplejersker kan gennemføre kronikerkontrol på et fuldt tilfredsstillende niveau, og at både patienter og praktiserende læger er meget tilfredse med ordningen. Dog har det ikke

været muligt at vise en effekt af POH-ordningen på de praktiserende lægers arbejdsindsats, men til gengæld kan det dokumenteres, at ordningen har været effektiv i forhold til at udvikle kronikeromsorgen, og at samarbejdet ikke bare mellem læger og sygeplejersker, men også mellem praktiserende læger, er påvirket i positiv retning.

Kilde: *Effektiv organisering – erfaringer fra udlandet*, DSI 2008.

## **8.6. Produktivitet i almen praksis**

Der stilles krav til produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet. Et fravær af et krav om produktivetsforbedringer overfor praktiserende læger vil alt andet lige medføre, at almen praksis bliver relativt dyrere i forhold til sygehusvæsenet. Dertil kommer, at almen praksis' ydelser er offentligt finansieret. Den nuværende honorarstruktur og fraværet af produktivetskrav indebærer, at gevinsten fra stigninger i produktiviteten overvælttes i de praktiserende lægers indtjening, mens det offentlige som køber ikke får del i gevinsten. Det er derfor naturligt at stille samme produktivetskrav til almen praksis.

Et krav om årlige produktivetsforbedringer på eksempelvis 2 pct. for almen praksis, svarende til kravet i sygehusvæsenet, der udmøntes i en samlet aktivitetsstigning i sektoren på 2 pct., vil isoleret set svare til, at der frigøres ressourcer svarende til knap 70 lægestillinger. Under antagelse om et normtal på 1.600 tilmeldte patienter vil det svare til 110.000 ekstra patienter. Denne effekt vil nødvendigvis akkumuleres i takt med antallet af år, hvor produktivetskravet er gældende.

### **8.6.1. Eksempler på mulige krav til produktivetsforbedringer**

Ses der på den enkelte almen praksis er en mulighed for at indføre krav til produktivetsforbedringer at reducere de aktivitetsafhængige honorarer, det gælder både konsultationshonorarer og honorar for tillægsydelser. På denne måde vil det offentlige – som køber af ydelser af almen praksis – få del i produktivetsforbedringer gennem en lavere stykpris pr. ydelse.

Et sådan produktivetskrav vil kunne bidrage til en opbremsning i den aktivitetsstigning, der har fundet sted i perioden 1996 til 2007, jf. kapitlets bilag, da lægens tilskyndelse til patientkontakt og behandling begrænses. Dette kan samtidig have den fordel, at det kan bidrage til at reducere antallet af kontakter med begrænset klinisk indhold i det omfang, de finder sted.

Denne model har endvidere den fordel, at produktivitetskravet kobles direkte til den enkelte praksis' adfærd og aflønning, hvorved en efterlevelse af produktivitetskravet er sikret.

En ulempe kan være risiko for underbehandling i almen praksis eller risiko for, at lægen tilskyndes til i højere grad at sende flere patienter videre til det specialiserede sundhedsvæsen med potentielt højere sundhedsudgifter til følge.

En anden mulighed for at indføre krav om produktivetsforbedringer er at reducere basishonoraret. Ræsonnementet bag dette er, at der løbende i almen praksis' opgavevaretagelse – på linje med sygehusvæsenet – må antages at være mulighed for effektiviseringer. Sådanne kunne eksempelvis opnås ved brugen af IT, andet nyere og hurtigere udstyr samt bedre arbejdsgange (LEAN) og organisering af almen praksis, for så vidt angår sidstnævnte henvises til Deloitte's rapport "Tilrettelæggelse af flerlægepraksisser" (2008).

En ulempe ved denne model kunne være, at lægerne får incitament til øget (unødigt) aktivitet, hvilket både skal ses i sammenhæng med det stigende antal kontakter pr. patient de senere år og den i forvejen relativt store vægtning af ydelseshonoreringen i honorarsystemet pt.

Endelig er det en mulighed at stille produktivitetskrav i forbindelse med fastsættelse af rammen for forhandlingerne om overenskomsten på området. Dette kunne implementeres mere eller mindre på linje med metoder, der gør sig gældende i økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne, hvor en del af aktivitetsstigningen skal ske ved produktivetsforbedringer.

En ulempe ved denne metode kunne være, at det kan være vanskeligt at identificere, hvorvidt den enkelte praksis lever op til kravet, og således at sikre at kravet efterleves i modsætning til, hvis produktivitetskravet udmøntes i reduktion af ydelseshonorarer, jf. ovenfor. Samtidig vil der være behov for, at regionen gives mulighed for at sanktionere de praksis, der ikke lever op til produktivitetskravet.

En fordel ved metoden kunne være, at et sådan produktivetskrav mere åbenlyst vil kunne ses i sammenhæng med produktivetskravet stillet til sygehusvæsenet i økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne.

## 8.6.2. Opgørelse af produktivitet

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke en almindelig brugt definition for opgørelsen af produktivitet i almen praksis, og der udestår spørgsmål vedrørende opgørelsen heraf, eksempelvis hvilket produktionsmål der vil skulle anvendes, jf. boks 8.5.

Det er dog vurderingen, at mulighederne for at opgøre produktiviteten i almen praksis er mindst lige så gode som fx på sygehusniveau<sup>63</sup>.

### **Boks 8.5. Udvalgte spørgsmål i relation til opgørelse af produktivitet i almen praksis**

Analyseenheden. Det vil skulle overvejes, hvorvidt der skal analyseres med udgangspunkt i den enkelte læge eller eksempelvis hele praksis. Endvidere vil det skulle overvejes, om tilgangen er produktivitet set fra producentens side (lægen, praksis mv.) versus fra køberens side (regionerne mv.).

Produktivitetsbrøken kan umiddelbart opgøres som output (produktionen) ifht. input (omkostningen). Det vil skulle overvejes, hvilket produktionsmål der skal benyttes. Det afhænger af, hvad formålet med opgørelsen er, og fra hvilken side produktivitet målet anskues. Et formål kunne være mest mulig "produktion af sundhed" for et givent input. Alternativt kunne et formål være en vis mængde "produktion af sundhed" for mindst muligt input/lavest mulig omkostning.

Denne tilgang indeholder den implicite antagelse, at jo mere aktivitet, jo bedre, hvilket ikke nødvendigvis er fordelagtigt.

Begge opgørelser kræver bl.a., at al produktionen samlet opgøres i ét mål, der eksempelvis udtrykker et aktivitetsniveau. Der vil her skulle tages stilling til eksempelvis, hvorledes sammenvæjningen af ydelser som konsultationer, tillægsydelser, henvisninger, lægemiddelordination sker mest hensigtsmæssigt. Alternativt kunne der eksempelvis alene foretages en opgørelse alene på kontakten med populationen i form af konsultationer.

Det vil skulle overvejes, hvorvidt aktiviteten (produktionen) på tværs af analyseenheder er tilstrækkelig sammenlignelig, herunder om der er faktorer der skal korrigeres for, eksempelvis praksispopulationens sammensætning, udbuddet fra det resterende sundhedsvæsen i området, og hvilken indflydelse det vil få på produktionsmålet.

Kilde: *Produktivitets- og efficiensanalyser i Almen Praksis*, DSI 2008.

---

<sup>63</sup> Jf. (DSI 2008c).

Produktivitetsudviklingen i almen praksis må nødvendigvis ses i sammenhæng med, hvorledes sektorens produktion påvirker produktionen i det samlede sundhedsvæsen. I forbindelse med vurderinger af produktivitet i almen praksis må der derfor tages udgangspunkt i både sikring af den bedst mulige ressourceanvendelse i almen praksis som selvstændig sektor og i sikring af den bedst mulige ressourceanvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

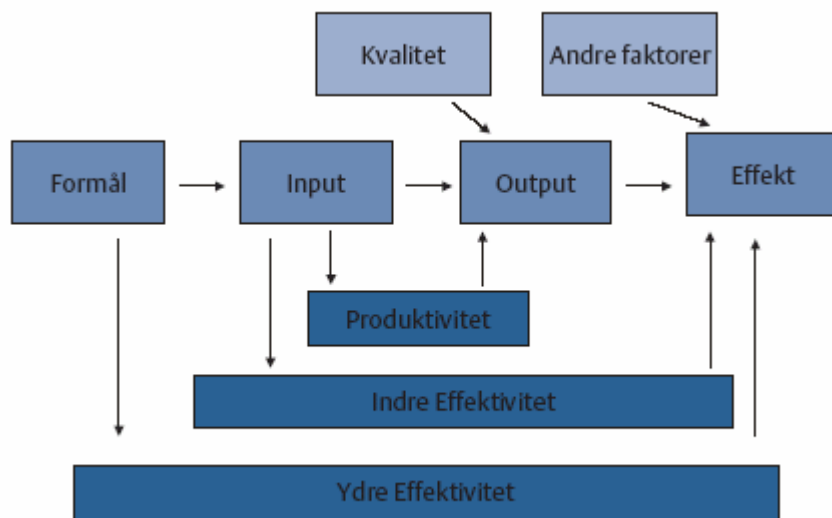
Det er således ikke alene et formål at opnå høj produktivitet. Kvaliteten af behandlingen og opnåelse af ”den rette” effekt i relation til patientens sundhedstilstand og sammenhængen til det resterende sundhedsvæsen er også relevant. Høj effektivitet er evnen til at opnå stor effekt i forhold til ressourceforbruget, jf. boks 8.6.

Effekten af behandlingen – effektiviteten af almen praksis – kan påvirkes af ydre faktorer, som lægen ikke direkte har indflydelse på, eksempelvis hvornår i et sygdomsforløb en patient søger læge. Endvidere er effekten af behandlingen afhængig af kvaliteten af indsatsen, herunder den kliniske kvalitet. Kvalitet kan imidlertid være et subjektivt begreb, og eksempelvis den patientoplevede kvalitet kan afhænge af forventninger til indholdet af en behandling og ikke alene til forventningen til resultatet (effekten), jf. kapitel 7.



### Boks 8.6. Sammenhæng mellem produktivitet, kvalitet og effektivitet i almen praksis

*Produktivitet* vedrører generelt evnen til at frembringe mest mulig output af et produkt i forhold til ressourceforbruget (jf. også ovenfor), mens *kvalitet* vedrører egenskaberne ved et produkt frem for produktet selv. *Effektivitet* opgøres med udgangspunkt i den effekt produktionen har (det endelige resultat), herunder kan *indre effektivitet* opgøres som forholdet mellem effekten og de anvendte ressourcer og *ydre effektivitet* kan opgøres i relation til det oprindelige formål med aktivitet. Effekten kan være påvirket af udefrakommende faktorer.



Kilde: Budgetredegørelse 2000/2001 og Budgetredegørelse 2005, Finansministeriet.

Ud over ovenstående mere grundlæggende eksempler på definatoriske spørgsmål og problemstillinger ved opgørelse af produktivitet i almen praksis er det en forudsætning at kunne opgøre størrelsen af det valgte produktionsmål (aktiviteten i almen praksis).

På den baggrund kan det være en fordel med indførelse af landsdækkende registrering af aktiviteten i almen praksis. Den nuværende ydelsesregistrering med henblik på honoraromsætningen kan have visse svagheder bl.a. som følge af, at ikke alle kliniske aktiviteter registreres, hvilket vil forstærkes i tilfælde af en højere vægtning af basishonoraret som andel af den samlede honorering.

Samtidig kan der være behov for, at en registrering/måling af produktionen i tilstrækkeligt omfang tager højde for ovenstående problemstillinger i relation til kvalitet og effekt af produktionen. Her kan ICPC-diagnosekodning benyttes som kvalitetsredskab, herunder kan der kobles kvalitetsindikatorer på ICPC-koderne med henblik på monitorering af behandlings-

kvaliteten, mens brug af datafangstmodulet automatisk kan opsamle data i takt med, at de produceres, jf. kapitel 7.

I praksis kan det således være hensigtsmæssigt, at udviklingen af bedre data for aktiviteten i almen praksis indtænkes som en integreret del af den kvalitetsudvikling, der finder sted i praksissektoren. De første spæde skridt er taget med forløbsydelsen for diabetespatienter, hvor der for en enkelt diagnose er udviklet kvalitetsindikatorer, som giver et mere nuanceret billede af, hvordan populationen af diabetespatienter bliver behandlet hos den enkelte læge.

Det kan således overvejes, at indføre registrering af diagnosekoder for samtlige kontakter og gradvist udvikle kvalitetsindikatorer, hvor det er relevant. Samtidig med at disse data kan anvendes i et kvalitetsperspektiv, kan de anvendes til at få et overblik over aktiviteter og anvendelse af ressourcer, og dermed også give et bedre billede af produktivitsudviklingen.

Det bemærkes, at opgørelse og måling af produktivitet i almen praksis også kan have indflydelse på lægernes ageren i kraft af de incitamentsstrukturer, som produktivitsmålingerne kan indebære.

Afhængigt af hvorledes produktiviten opgøres, kan der således være risiko for, at der skabes incitament til, at lægen vælger at henvise flere patienter til den specialiserede del af sundhedsvæsenet. Dette kan føre til højere samlede sundhedsudgifter i det omfang aktiviteten flyttes fra almen praksis til det mere specialiserede sundhedsvæsen og til ineffektiv ressourceanvendelse samlet set. Omvendt kan der også være risiko for underbehandling af lægens patienter, eksempelvis som følge af manglende økonomisk incitament til at foretage behandlinger eller til ringere tilgængelighed.

## **8.7. Honorering for præstation**

Aktivitet og produktivitet skal som nævnt ovenfor ikke ses uafhængigt af kvaliteten og effekten heraf. Det kan i forlængelse heraf overvejes, hvorledes honorarsystemet hensigtsmæssigt kan understøtte resultater/præstationer i almen praksis.

Honoreringen i almen praksis er i dag uafhængig af de resultater, der præsteres. Der er fx ingen direkte sammenhæng mellem kvaliteten, der ydes, og hvilken indtjening praksis har.

Princippet om, at aflønningen afhænger af den praktiserende læges præstationer, kan kobles sammen med det nuværende honorarsystem med de fordele og ulemper, det har i dag. Forudsætningen for at etablere en sådan sammenhæng er, at de præstationsparametre, som aflønningen kobles til, er registrerbare og målbare, således at der kan knyttes en belønning eller sanktion til graden af målopfyldelse<sup>64</sup>. Endvidere er niveauet for præstationsparameteren vigtig. Hvis målene sættes for højt, vil der være risiko for, at praksis opgiver at nå dem. Hvis de sættes for lavt, kan det indebære, dels at den forudsatte økonomi til ordningen ikke holder, dels at der blot honoreres for eksisterende praksis.

Præstationshonorering vil, især når den er koblet til honoreringssystemet, give praksis incitament til strategisk adfærd, bl.a. ved at praksis koncentrerer sin indsats om de aktiviteter, der honoreres på bekostning af andre aspekter i almen praksis. Ofte vil det være de ikke-målbare elementer i almen praksis, der er risiko for at blive nedprioriteret, da disse ikke kan indgå i monitoreringssystemerne.

En generel ulempe ved præstationshonorering er, at det medfører usikkerhed i forhold til både den enkelte læges indtægter og de samlede udgifter for almen praksis. En anden udfordring ved præstationshonorering er, at der skal etableres monitoreringssystemer, der medfører mindst mulig administrative omkostninger i praksis og på regionalt og centralt plan<sup>65</sup>.

### **8.7.1. Praksisbudget**

Praksisbudgetter indebærer, at en lægepraksis får tildelt et budget, som afhænger af antal tilmeldte patienter. Lægen skal så købe sundhedsydelser til sine patienter inden for rammerne af dette budget.

---

<sup>64</sup> Den Danske Kvalitetsmodel, som den udrulles for sygehusvæsenet, indeholder en bred vifte af kvalitetsindikatorer, der både vedrører processer samt struktur og resultater hos sundhedsudbyderen. Når almen praksis bliver omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel, vil der givet vis være skabt et betydeligt datagrundlag om kvaliteten i den enkelte praksis og på en lang række områder.

<sup>65</sup> I det omfang der kan opstilles automatisk overvågning af resultaterne, kan resultater herfra offentliggøres, så det kan understøtte gennemsigtighed i almen praksis og patienternes valg af praksis, fx i tråd med offentliggørelse af kvalitet på sundhedskvalitet.dk.

Det overordnede formål med praksisbudgetter er derved at skabe en omkostningsbevidsthed i praksissektoren, således at de praktiserende læger tilskyndes til at behandle patienten i egen praksis og kun henviser patienten til et sygehus, når det er nødvendigt.

Dette kan i særligt omfang være relevant for eksempelvis kroniske patienter, idet der, jf. afsnit 8.7, er en gruppe af kroniske tilstande (ACSC), der optimalt kan klares i almen praksis i et samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen og således ikke kræver henvisning til sygehuse.

En ulempe herved er dels, at det kan være vanskeligt at fastsætte rimelige praksisbudgetter for den enkelte praksis, dels kan der være en risiko for, at patienter, der burde have været viderehenvist, ikke bliver det. Endvidere kan etablering af praksisbudgetter risikere at indebære en del administration. Der skal i den forbindelse peges på, at en evt. fremtidig indførelse af praksisbudgetter skal ske under hensyntagen til administrationsomkostningerne i almen praksis og i den øvrige del af sundhedsvæsenet.

Omvendt kan indførelse af praksisbudgetter være en måde at understøtte, at en forenkling af honorarsystemet ikke fører til, at der foretages flere henvisninger, i modstrid med LEON-princippet.

I England er gennemført en ordning med praksisbudgetter (udvidet praksisbudget/ practice-based commissioning), hvor de alment praktiserende læger får et udvidet praksisbudget, mod at de selv køber ydelser til deres patienter på sygehusene. Lægen kan beholde et eventuelt overskud i budgettet, mod at det investeres i praksissen (et evt. overskud må således ikke anvendes til øget løn).

Udover at formålet med praksisbudgetter er at udvikle et mere hensigtsmæssigt henvisningsmønster, hvor der leveres flere ydelser i praksissektoren, har ordningen også haft en række utilsigtede (men positive) effekter i England, jf. *Effektiv organisering af almen praksis*, DSI 2008. De praktiserende læger organiserer sig i konsortier, der deles om det udvidede praksisbudget. Det har den effekt, at de praktiserende læger inden for konsortierne holder øje med og styrer hinandens aktiviteter med det formål at effektivisere og øge produktionen og nedbringe antallet af henvisninger. Deltagelsen i gensidigt forpligtende konsortier har såle-

des bidraget til et holdningsskifte til kontrol blandt de praktiserende læger, idet dette bidrager til en monitorering inden for sektoren selv.

En anden konsekvens af praksisbudgetterne er, at der i nogen grad er blevet skabt en tilskyndelse til at udvikle nye ydelser blandt de praktiserende læger (konkret er der tale om anti-koagulationsydelser, diabetesydelser, udvidet behandling til plejehjemspatienter og 24-timers blodtryksmonitorering). Derudover har det udvidede praksisbudget skabt en udvikling i retning af en større grad af samarbejde og større enheder inden for praksissektoren.

### **8.7.2. Kvalitetshonorering**

En type af præstationshonorering er kvalitetshonorering. Kvalitetshonorering forudsætter et system, der vurderer kvaliteten hos den enkelte praksis. Der findes flere tilgange til monitorering af kvalitet på sundhedsområdet. En måde at skelne mellem disse er at opdele dem efter fokus på hhv. struktur, proces og resultat<sup>66</sup>.

Fokus på *struktur* indebærer, at man ser på de grundlæggende forudsætninger for sundhedsudbyderen. Det kan være tilstedeværelsen af klinikpersonale og relevant efteruddannelse.

Ved *procesindikatorer* vurderes de konkrete processer eller handlinger, der foretages i praksis. Det kan indebære at se på, om der i ønsket omfang udføres konkrete ydelser i praksis fx vaccinationer eller kontroller af patienter med kronisk sygdom.

Endelig er der *resultatindikatorer*, som fokuserer på resultatet for patienten. Her er der typisk fokus på det sundhedsfaglige, fx mortalitet eller raten af komplikationer, men det kan også være i form af patienttilfredshed.

#### **Strukturel kvalitet**

Fordelen ved at fokusere på strukturel kvalitet er, at det er forholdsvis nemt at opstille og måle indikatorer, der kan have betydning for hele praksis og ikke blot enkelte patientgrupper.

---

<sup>66</sup> Denne skelnen stammer oprindeligt fra Avedis Donabedian tidsskriftartikler publiceret i 1960'erne og 1970'erne, hvor termerne var 'process', 'structure' og 'outcome'. Struktur, proces og resultat refereres til som dimensioner af kvalitet i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet publikation "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner" fra 2003.

En mulighed er at se på i hvilken grad de fysiske rammer lever op til forventninger til en moderne almen praksis, og om praksis råder over forskellige former for relevant medico-teknisk udstyr.

Andre mulige fokusområder for strukturel kvalitet kan være, om der foretages efteruddannelse, og om der er ansat praksispersonale. Det kan understøtte, at praksis sikrer, at forudsætninger for moderne drift og behandling er til stede.

En ulempe ved kvalitetsmåling og honorering efter strukturel kvalitet er, at sammenhængen mellem de opstillede indikatorer og aktiviteterne og resultaterne i praksis er ganske usikre. Tilstedeværelsen af efteruddannet klinikpersonale er fx ikke en garanti for, at disse udfører de ønskede opgaver. Der kan med denne form for kvalitetshonorering siges at være tale om en belønning for brug af inputfaktorer, der ikke nødvendigvis siger noget om kvaliteten i behandlingen.

Dette peger i retning af, at måling af strukturel kvalitet ikke kan stå alene, men bør suppleres med andre typer kvalitetsmål.

### **Processuel kvalitet**

Kvalitetshonorering kan som nævnt også kobles op på procesindikatorer. Det vil sige honoreringen afhænger af de konkrete aktiviteter og ydelsesmønstret i praksis.

Procesindikatorer har den fordel, at det er relativt let at måle på processuel kvalitet. Der kan vælges procesindikatorer, der relaterer sig til organisatorisk kvalitet, fx om der er procedurer for at håndtere akutte patienter, og om der formelt arbejdes med kvalitetssikring i praksis.

§ 100-opgørelserne er en nuværende form for undersøgelse af den processuelle kvalitet i almen praksis, idet ydelsesmønstret underkastes en granskning. På nuværende tidspunkt er denne dog ofte mekanisk. Det kan overvejes at udbygge undersøgelsen af ydelsesmønstret og opstille indikatorer for konkrete ydelser fx i forhold til graden af kronikerkontrol og andelen af vaccinationer, der foretages i en årgang. Hermed understøttes, at disse ydelser foretages i et hensigtsmæssigt omfang.

Praksis' honorering kan også kobles op på, om faglige anbefalinger følges i en given situation. Det kan fx være, om der foretages de relevante test og om den rette diagnose stilles på det rette tidspunkt, hvilket ville kunne ses ved registrering af diagnoser og procedurer, jf. også afsnit 8.6.2. Dette kan bidrage til implementering af faglige anbefalinger. I tilknytning hertil kan det i den processuelle kvalitet indgå i hvor høj grad visse typer af patienter/visse typer af sygdomme henvises til specialiseret behandling. Eksempelvis kunne det være i hvor høj grad praksis henviser i situationer, hvor disse optimalt klares i almen praksis i et samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen.<sup>67</sup>

En ulempe ved processuel kvalitet er, at der også her kun er en antaget sammenhæng mellem hvad lægen belønnes for og de kliniske resultater for patienterne. Denne ulempe kan dog begrænses i det omfang, at procesindikatorer opstilles på baggrund af anbefalinger, som er evidensbaserede i den forstand, at deres sundhedsfaglige effekt er dokumenteret.

### **Resultater i praksis**

Ved at fokusere på resultater i praksis, kan honorering få en direkte sammenhæng til praksis' præstation.

Honorering for de kliniske resultater af konkrete patientforløb kan fx ske i forbindelse med forløb for patienter med kronisk sygdom. Ved introduktionen af behandlingsforløb for diabetespatienter er der oprettet en behandlingsdatabase, hvor praktiserende læger på sigt vil kunne sammenligne resultatet af deres egne behandlinger med behandlingsresultaterne fra andre praksis.<sup>68</sup> Lignende systemer vil kunne tænkes indført for en række andre forløb, hvormed der gives incitament til at fokusere praksis' indsats mod aktiviteter, der har en reel sund-

---

<sup>67</sup> Det kan fx måles med udgangspunkt i "ambulatory care sensitive conditions" (ACSC). ACSC består af en gruppe af kroniske tilstande, herunder diabetes, KOL, astma, kronisk hjertesvigt og jernmangel. Ifølge den internationale litteratur kan disse optimalt klares i almen praksis i et samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen og kræver således ikke henvisning til sygehuse (jf. Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark, september 2008).

<sup>68</sup> Dataopsamling i disse forløb vil muliggøre, at resultatet af behandlingsforløbet kan sættes op imod et benchmark. Dette kunne eksempelvis tænkes udformet som et mål for den hastighed, som et bestemt resultat af en behandling skal opnås med, eller gennem fastsættelsen af kvalitetskrav, som resultatet af en behandling kan sættes op imod.

hedsmæssig effekt. Der vil skulle ske en vurdering af evalueringen af brugen af forløbsydelsen, jf. afsnit 8.3.1.

En ulempe er, at lægen får incitament til kun at behandle de ”letteste” patienter, da der her nemmest kan opnås gode resultater (såkaldt cream skimming). Det kan potentielt føre til, at lægen undgår behandling af eller henviser de tungere patienter til behandling i det øvrige sundhedsvæsen. En anden mulighed for at styrke sammenhængen mellem honorering og resultaterne er, at basishonorering kobles op på forbedring/forværring af en række kvalitetsparametre på praksisniveau. Herved bliver lægens indkomst afhængig af, hvordan praksis samlet klarer sig på disse parametre, enten sammenholdt med andre praksis eller ud fra en række fastsatte benchmarks<sup>69</sup>.

Fordelen ved dette system er, at lægen får et stærkere incitament til at påvirke sin patientkreds’ sundhedstilstand, da lægens honorering derved kan forøges. Dette kan bl.a. skabe et større incitament til forebyggelse og opsøgende arbejde.

Ulempen ved et sådant system er, at lægen ikke har fuld kontrol over sin patientkreds’ sundhedstilstand. Eksempelvis kan det variere, hvor syg en patient er, før vedkommende opsøger en praktiserende læge. At behandlingsbehovet dermed ikke nødvendigvis stemmer overens med udbuddet af sundhedsydelser hos lægen, vil der derfor skulle tages højde for ved indretningen af et sådant system.

En ulempe er, at forskelle i patientsammensætningen i forskellige praksis betyder, at de enkelte praksis vil have vidt forskellige forudsætninger for at nå givne behandlingsresultater. Det kan derfor være nødvendigt at tage højde for dette ved hjælp af justering herfor. En anden mulighed er – i stedet for at måle på opnåede resultater i ”absolutte” størrelser – at belønne for ændringer/forbedringer af sundhedstilstanden for den aktuelle patientpopulation.

Samtidig er der en betydelig del af almen praksis’ virke, som det ikke umiddelbart er muligt at opstille resultatindikatorer for. Det gælder især lettere behandlinger og undersøgelser, som ikke fører til yderligere kontakter med sundhedsvæsenet.

---

<sup>69</sup> Kvalitetsparametrene kan baseres på sundhedsdata for lægens patientkreds og kan tænkes at indeholde en række forskellige elementer, herunder patienternes forbrug af sundhedsydelser, middellevetid etc.



En yderligere metode til at honorere praksis' præstationer for så vidt angår resultater er at tage udgangspunkt i patienternes vurdering af praksis i forhold til kvalitet. Det er forholdsvis let at foretage undersøgelser af denne type resultater, idet der allerede er udviklet metoder til at undersøge patienttilfredsheden i almen praksis.

En ulempe ved alene at tage udgangspunkt i patientoplevet kvalitet er, at den ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med de egentlige kliniske resultater, der opnås i praksis. Det kan fx være svært for patienter at vurdere, hvorvidt de gennem et diabetesforløb har opnået rimelige fremskridt.

### **8.7.2. Effekten af præstationshonorering**

Den foreliggende viden om effekten af præstationshonorering på de praktiserende lægers adfærd, er begrænset og relaterer sig primært til kvalitetshonorering.

Der blev i England i 2004 indført kvalitetsafhængig honorering. Erfaringerne herfra viser bl.a., at det er muligt at forbedre kvaliteten på områder, der kvalitetshonoreres for, men erfaringerne viser samtidig, at det er svært at indrette systemet hensigtsmæssigt, idet det er svært at opstille et passende niveau for indikatorerne, da det kan føre til skævvridning af aktiviteten i praksis og øgede udgifter, jf. boks 8.7.

#### **Boks 8.7 Kvalitetshonorering i England**

I 2004 blev der som en del af en samlet pakke af kontraktreformer i almen praksis i England indført mulighed for honorering for kvalitet. Kvalitetshonoreringen indebærer, at den enkelte læges ydelseshonorering bestemmes af et pointsystem baseret på 135 indikatorer, som almen praksis måles på. Honoreringen afhænger dermed af graden af målopfyldelse. Ordningen ses dels som en motivation til at skabe en mere systematisk behandling af patienter med kroniske sygdomme, dels som en motivation til at højne kvaliteten og tilbyde de ydelser, som anbefales.

Kvalitetshonorering anvendes nu på stort set alle lægepraksis i England med en gennemsnitlig målopfyldelse tæt på 100 pct.

Det er ikke åbenlyst, hvorvidt de registrerede kvalitetsforbedringer er en følge af kvalitetshonorering, eller om honoreringen blot har fremskyndet en proces, som allerede var i gang. Der er således tvivl om, hvorvidt kvalitetshonoreringen blot belønner en række minimumsstandarder, som allerede i de fleste tilfælde var opfyldt i forvejen.

Ved implementering af ordningen er det først estimerede budget overskredet, idet kravene muligvis var sat for lavt, hvorved der betales almen praksis ekstra for ydelser, de i henhold til god klinisk praksis burde gøre eller allerede har gjort i årevis.

Endelig er der tvivl om, hvorvidt kvalitetshonorering kun medvirker til kvalitetsforbedringer inden for de områder, som belønnes økonomisk, eller om honoreringen skaber et generelt kvalitetsløft i hele praksissektoren.

Kvalitetshonorering er således en potentielt dyr løsning, men kan (som i England) muligvis bidrage til at sætte fokus på kvalitet.

Det diskuteres, om vigtige sygdomsområder eller patientgrupper, som ikke fremgår af indikatorlisten, negligeres, og om den tætte forbindelse mellem specifikke krav og økonomisk belønning har ikke-intenderede konsekvenser, heriblandt en udvikling mod et mere specialiseret system og et system som medvirker til mindre fokus på den enkelte patient sammenlignet med et fokus på målopfyldelse inden for på forhånd definerede områder.

Samtidig har kvalitetshonoreringssystemet understøttet en proces, som dog allerede var i gang, mod mere praksispersonale (primært praksissygeplejersker og practice managers) og bedre registreringsmuligheder ved nye it-systemer, der samtidig kan støtte de sundhedsprofessionelle i at leve op til kvalitetskravene.

Kilde: *Effektiv organisering – erfaringer fra udlandet*, DSI 2008.

Det skal bemærkes, at der kan være en række områder, der ikke egner sig til særskilt honorering, da et vist kvalitetsniveau er en generel forudsætning for almen praksis' virke. Det synes fx ikke meningsfuldt, at almen praksis honoreres for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, som det er fastsat i autorisationsloven. Såfremt en sundhedsperson i almen praksis ikke lever op til disse basale krav, bør der i stedet indføres sanktioner i forhold til det sundhedsfaglige virke.

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke evidens for, at præstationshonorering i sig selv fører til en bedre kvalitet. Dog kan de forskellige tiltag have fremmet opmærksomheden om kvaliteten af arbejdet i almen praksis, men det er vanskeligt at isolere effekten af selve modellen fra det forhold, at den har været fulgt af udvikling og ibrugtagning af en række kvalitetsindikatorer, behandlingsvejledninger mv. Det springende punkt er således, om det ville have været muligt at opnå en lige så høj grad af anvendelse af disse vejledninger mv., hvis ikke de var blevet knyttet op på honoreringen.

Som nævnt tidligere har man i England betalt en høj pris for de praktiserende lægers fokus og dokumentation af behandlingskvaliteten, og det kan diskuteres, om ikke modellen har udviklet en uheldig købmandskultur blandt de engelske læger.

Erfaringerne fra England viser således, at man i høj grad bør være opmærksom på, hvorledes man kan styre udgifterne, før man indfører denne type af honorering.

De foreløbige erfaringer fra England indikerer, at det med den nuværende registrering af aktivitet og kvalitet for almen praksis i Danmark vil være præmaturligt at implementere. I det fremadrettede arbejde med bl.a. registrering af aktivitet og kvalitet i almen praksis kan fokus således også være på, hvorledes udviklingen kan tage højde for eventuel senere indarbejdelse af præstationsmål i honorar- og aftalesystemet.

## Litteraturliste

Aspegren et al. 2008. ”Effekt af træning af erfarne sundhedsmedarbejdere i den motiverende samtale”, *Ugeskr. Læger* 2008;170(1):39.

Beredskabsstyrelsen. 2003. ”Den nationale sårbarhedsudredning. Rapport fra underudvalget vedr. sundhedsvæsenet.”

Bunn F et al. 2004. ”Telephone consultation and triage: Effects on health care use and patient satisfaction” (review), The Cochrane Collaboration.

DAK-E .2008. ”Dansk Kvalitetsmodel for almen praksis.”

Danske Regioner. 2007a. ”Debatnotat om almen praksis og det akutte beredskab.”

Danske Regioner. 2007b. ”Samarbejde og arbejdsdeling mellem almen praksis, region og kommune. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Danske Regioner. 2007c. ”Organisering af almen praksis. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Danske Regioner. 2007d. ”Faglig udvikling i almen praksis. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Danske Regioner. 2007e. ”Ambitiøs model for kvalitet i almen praksis. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Danske Regioner. 2007f. ”Servicemål i almen praksis. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Danske Regioner. 2007g. ”Ledelsesinformationssystemer i almen praksis. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Danske Regioner. 2007h. ”Incitamenter og fremtidens aftaler. Delrapport – Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.”

Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS). 2004a. ”Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter.”

Dansk Selskab for Almen Medicin. 2004b. ”Palliation i primærsektoren.”

Dansk Selskab for Almen Medicin. 2008. ”Praksisorganisering”. Nyheder d.11.03.2008. <http://fyam.dsam.dk/flx/forside/nyheder/?ItemId=22>.

Dansk Sundhedsinstitut. 2007a. ”Almen praksis som koordinator – en international belysning”, DSI rapport 2007:02.

Dansk Sundhedsinstitut. 2007b. ”Tovholder i praksis – En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelse af rollen som tovholder”, DSI rapport 2007:04.

- Dansk Sundhedsinstitut. 2008a. "Effektiv organisering af almen praksis – Erfaringer fra udlandet."
- Dansk Sundhedsinstitut. 2008b. "Små og store lægehuse – et komparativt casestudie.", DSI rapport 2008:03.
- Dansk Sundhedsinstitut. 2008c. "Produktivitets- og efficiensanalyser i almen praksis.", DSI rapport 2008: 05.
- Dansk Sygeplejeråd. 2007. "Kliniske ekspertsygeplejersker – bedre sundhedstilbud til kroniske syge."
- Dansk Sygeplejeråd. 2008a. "Beskæftigede sygeplejersker i almen praksis" (notat).
- Dansk Sygeplejeråd. 2008b. "Konsultationssygeplejerskernes arbejdsområde og vilkår ansat i almen praksis" (notat august 2008).
- Deloitte. 2008. "Tilrettelæggelse af flerlægepraksisser. Best practice organisering af almen praksis i Danmark."
- Ding A et al. 2008. "Profile of English salaried GPs: labour mobility and practice performance", *British Journal of General Practice* 2008;58:20-25.
- Finansministeriet. 2005. "Budgetredegørelse 2005."
- Geisen P et al. 2007. "Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency", *Qual.Saf.Health Care* 2007;16;181-184.
- Gosden T et al. 2003. "Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England", *Health Policy* 2003;64;415-423.
- KL. 2008. "Kommunernes økonomi."
- Krabbe T, Føns A. 2007. "ICPC-kodning - Et udbredelsesprojekts forløb og resultater." *Practicus* 2007; 186:98-99).
- Københavns Kommune. 2006. "Bedre Medicin til de ældre."
- Lægemiddelstyrelsen. 2008. "Dosisdispensering i den primære sektor."
- Nomesco. 2005. "Health Statistics in the Nordic Countries".
- Praktiserende Lægers Organisation. 2002. "Centrale værdier i almen praksis."
- Praktiserende Lægers Organisation. 2003. "Rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis."
- Praktiserende Lægers Organisation. 2005. "Medlemsenqueten 2005."

- Praktiserende Lægers Organisation. 2006. "Omkostningsundersøgelse 2006."
- Praktiserende Lægers Organisation. 2007a. "Praksistælling."
- Praktiserende Lægers Organisation. 2007b. "På vej mod større lægehuse." (september 2007).
- Praktiserende Lægers Organisation. 2008a. "Medlemsundersøgelse marts 2008."
- Praktiserende Lægers Organisation. 2008b. "Minienquete om rekrutteringsreserven."
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008. "Rapport vedr. bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne."
- Regeringen. 2007. "Mulighedernes Samfund. Regeringsgrundlag." (November 2007).
- Regeringen. 2008. "Sygefravær – en udfordring. Regeringens handleplan for at nedbringe sygefraværet." Juni 2008.
- Region Syddanmark. 2007. "§ 2-aftale af 22. februar 2007."
- Royal College of General Practitioners. 2005: "General Practice in the UK: a basic overview", May 2005.
- Serritzlew S & Andersen B L. 2006. "Økonomiske incitamenter i praksissektoren: Lægens tre fristelser." *Politica* 38.årg. nr.4.
- Statens Institut for Folkesundhed. 2007a. "Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007."
- Statens Institut for Folkesundhed. 2007b. "Evaluering af de Forebyggende Børneundersøgelser i Almen Praksis."
- Statens Institut for Folkesundhed. 2008. "Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer."
- Sundhed.dk. 2008. Pressemeddelelse fra Sundhed.dk af 7. oktober 2008.
- Sundhedsstyrelsen. 2003. "Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark."
- Sundhedsstyrelsen. 2005a. "Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund."
- Sundhedsstyrelsen 2005b. "Kræftplan II."
- Sundhedsstyrelsen. 2006a. "Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog".
- Sundhedsstyrelsen 2006b. "Dimensioneringsplan i speciallægeuddannelsen - hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen."
- Sundhedsstyrelsen. 2007a. "Referenceprogram om angst."

- Sundhedsstyrelsen. 2007b. "Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. En medicinsk teknologivurdering."
- Sundhedsstyrelsen. 2007c. "Styrket akutberedskab - Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen."
- Sundhedsstyrelsen. 2007d. "Håndbog om sundhedsberedskab: En vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning."
- Sundhedsstyrelsen. 2007e. "Bilag til håndbog om sundhedsberedskab: En vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning."
- Sundhedsstyrelsen. 2008a. "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes."
- Sundhedsstyrelsen. 2008b. Notat om dosisdispensering af 28.01.2008.
- Styregruppe for Tværoffentligt Samarbejde (STS). 2008. Henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Steuten L. 2006. "Evaluation of disease management programmes for chronically ill." Ph.D. thesis, Maastricht.
- Thorsen T. 2008. "Almen praksis' modtagelse af forløbsydelsen for diabetespatienter. En kvalitativ evaluering efter det første år", Synthese.
- Vedsted et al. 2005. "Almen lægepraksis i Danmark", Månedsskrift for praktisk lægegering, København 2005.
- Vedsted et al. 2008. "Terminalforløb og palliation i almen praksis – almen praksis rolle og indsats." Udredning for fagligt udvalg 2008.
- Velfærdskommissionen. 2006. "Fremtidens velfærd og velstand".
- Williams J et al. 2001. "A profile of PMS salaried GP contracts and their impact on recruitment", *Family Practice* 2001;18:283-287.
- WHO. 2001."Brief Intervention – for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care.",WHO/MSD/MSB/01.6b, 2001
- WHO. 2002: "Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action", WHO/MNC/CCH/02.01.ISBN 92 4 159 017 3

# **Bilag til kapitel 1 – Indledning**

## **Bilag 1.1**

### **Udvalgets kommissorium**

#### **Baggrund**

Det er en grundlæggende målsætning at sikre patienterne let adgang til en sammenhængende behandling af høj kvalitet samt at sikre en effektiv ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen.

Almen praksis er de fleste patienters indgang til sundhedsvæsenet. Som gatekeeper til sundhedsvæsenet har almen praksis stor indflydelse på udgifts- og aktivitetsniveauet i sektoren. På den baggrund er det vigtigt at sikre en tidssvarende og effektiv struktur i sektoren samt en styrket sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Dette skal understøtte, at patienterne behandles på det rigtige niveau i sundhedssektoren, at den faglige kvalitet er sikret, og at ressourcerne anvendes bedst muligt via forbedrede arbejdsgange, arbejdsdeling og anvendelse af IT.

Samtidig er det væsentligt at kunne rekruttere og fastholde læger og klinikpersonale i sektoren.

Med kommunalreformens nye struktur på sundhedsområdet er der skabt grundlag for et styrket samarbejde mellem sygehusene, kommunerne og praksissektoren, herunder særligt almen praksis. Med udviklingen af fremtidens sygehusstruktur, hvor funktioner samles på færre og mere bæredygtige enheder, øges behovet samtidig for, at flere funktioner fagligt kan løftes af et sundhedstilbud tæt på borgerne.

På denne baggrund og som opfølgning på regeringsgrundlaget og økonomiaftalen for 2008 nedsættes et udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen.



### **Udvalgets opgaver**

Udvalget skal beskrive og analysere rammerne for en hensigtsmæssig organisering i mere bæredygtige enheder i almen praksis, herunder størrelsen af lægepraksis samt anvendelsen af klinikpersonale mhp. at frigøre lægeressourcer. Udvalget skal i den sammenhæng også beskrive og analysere rammerne for effektiv organisering og arbejdstilrettelæggelse i bæredygtige enheder, fx mulighederne for specialisering, fleksibilitet og opgaveoverførelse, samt mulighederne for ændret regulering af antallet af patienter pr. læge eller praksisenhed.

Udvalget skal beskrive og analysere rammerne for et hensigtsmæssigt og forpligtende samspil mellem almen praksis og sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og den øvrige del af praksissektoren. Udvalget kan i den forbindelse inddrage spørgsmål om rammerne for visitation samt samarbejde og arbejdsdeling om diagnostisk udredning, behandling og forebyggelse. Udvalget kan også inddrage spørgsmål om rammerne for akutberedskab og vagtlægeordning.

Udvalget skal beskrive og analysere rammerne for hensigtsmæssig faglig og økonomisk styring og udvikling af almen praksis. Udvalget skal i den forbindelse analysere og vurdere incitamenter og honorarstruktur, der skal ses i sammenhæng med udvalgets øvrige analyser samt målsætningen om, at patienterne tilbydes let adgang til sammenhængende behandling af høj kvalitet samt effektiv ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen. Udvalget kan derudover inddrage spørgsmål om kvalitetsudvikling, faglig udvikling, IT, effektivisering, systematisk dokumentation, gennemsigtighed samt aflastning af almen praksis mv.

Udvalget skal endelig beskrive og analysere mulighederne for at sikre bedre hjælp uden for de normale åbningstider. Udvalget skal også beskrive og analysere relevante servicemål for tilgængeligheden til almen praksis, fx i forhold til åbningstider, telefonisk kontakt og sygebesøg. Relevante servicemål må ikke indebære offentlige merudgifter.

Udvalgsarbejdet skal i størst muligt omfang resultere i konkrete vurderinger og analyser, der kan benyttes som grundlag for nytænkning af indretningen af almen praksis.

## **Udvalgets sammensætning og arbejdets tilrettelæggelse**

Udvalget sammensættes af:

- En formand samt to medlemmer, udpeget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Et medlem udpeget af Finansministeriet
- Et medlem udpeget af Danske Regioner
- Et medlem udpeget af KL
- Et medlem udpeget af Velfærdsministeriet
- Et medlem udpeget af Praktiserende Lægers Organisation
- Et medlem udpeget af Dansk Sygeplejeråd
- Et medlem udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

Udvalget skal sekretariatsbetjenes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL.

Resultaterne fra Danske Regioners udviklingsprojekt ”Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen” samt den aftalte kortlægning af henvisningspraksis i almen praksis, jf. økonomiaftalerne for 2008, kan indgå i udvalgsarbejdet. Udvalget kan efter behov nedsætte arbejdsgrupper mv.

Udvalget afgiver en samlet rapport i oktober 2008.

## Bilag til kapitel 4 – Akutfunktion

**Bilag 4.1. Ydrenumre i almen praksis der deltager i lægevagten (2007)**

	Antal ydernr. i almen praksis	Antal ydernr. i almen praksis, der deltager i lægevagten	Andel ydernr. i almen praksis, der deltager i lægevagten	Antal øvrige læger, der deltager i (vagtydernr.)	Samlet antal ydrenumre, der deltager i lægevagten	Andel ydernr. i almen praksis ud af samlet antal ydernr., der deltager i lægevagten	Andel øvrige læger ud af samlet antal ydernr., der deltager i lægevagten
Region Hovedstaden	788	465	59%	189	654	71%	29%
Region Sjælland	297 <sup>70</sup>	220	74%	235	455	48%	52%
Region Syddanmark	416	309	74%	150	459	67%	33%
Region Nordjylland	216	164	76%	41	205	80%	20%
Region Midtjylland	441	353	80%	89	442	80%	20%
I alt	2158	1511	70%	704	2215	68%	32%

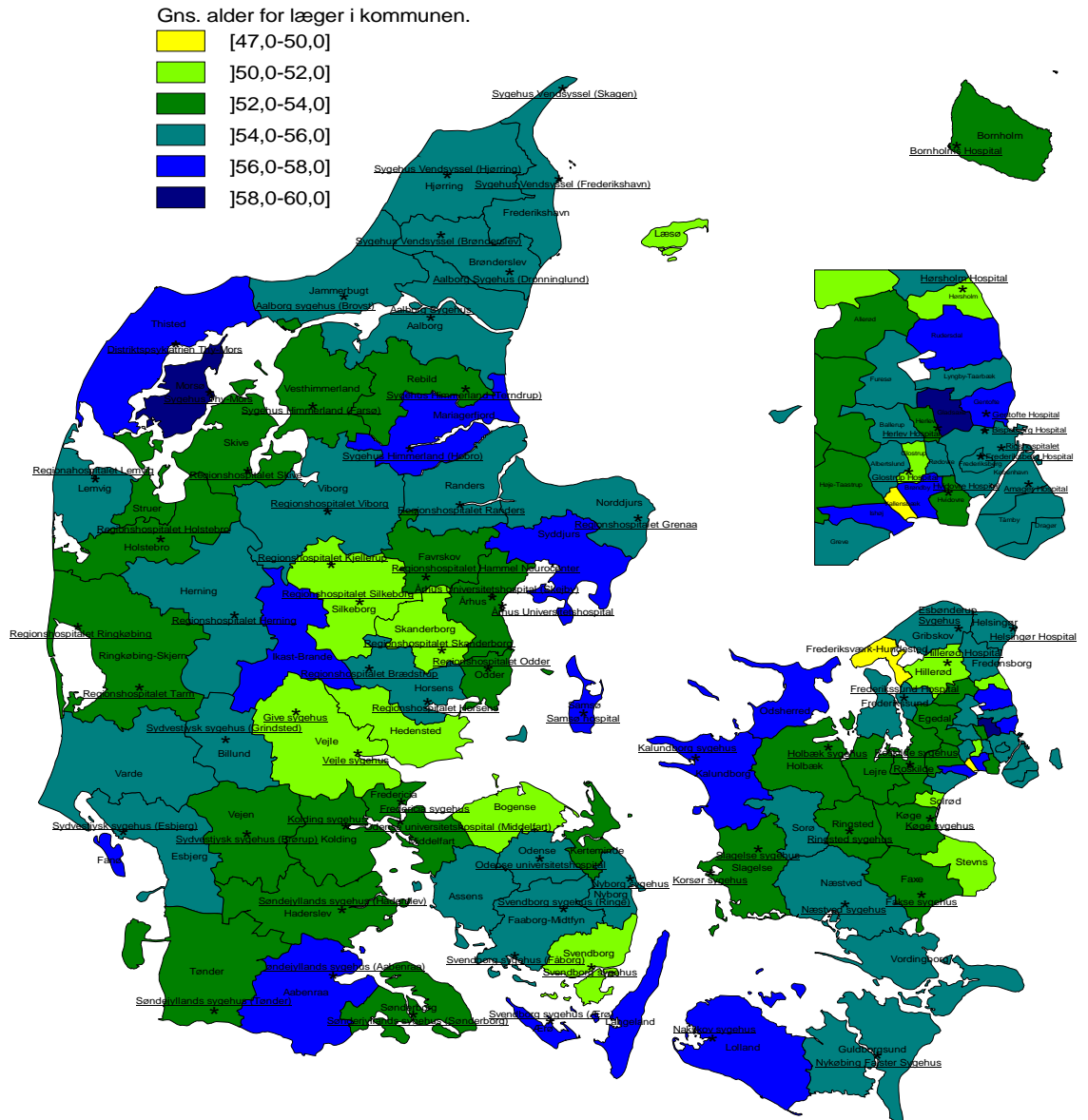
Kilde: oplysninger fra regionerne 2007.

Bemærk: deltagelse i lægevagten forstås som ydrenumre, der har afregnet vagtlægeydelser i 2007

<sup>70</sup> Aktive ydrenumre

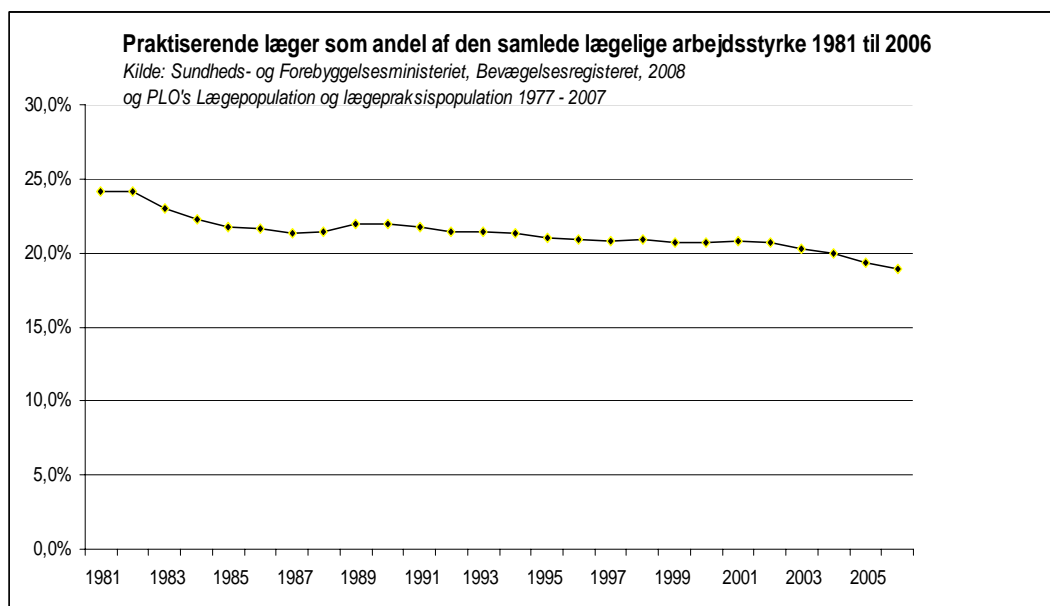
# Bilag til kapitel 5 – Kapacitet og lægedækning

**Bilag 5.1: Praktiserende lægers gennemsnitsalder, fordelt på kommuner, pr. september 2008**



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008).  
 Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke.

## Bilag 5.2: Praktiserende læger som andel af den samlede lægelige arbejdsstyrke



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Bevægelsesregisteret 2008 og PLO's Lægepopulation og lægepraksispopulation for 1977-2007

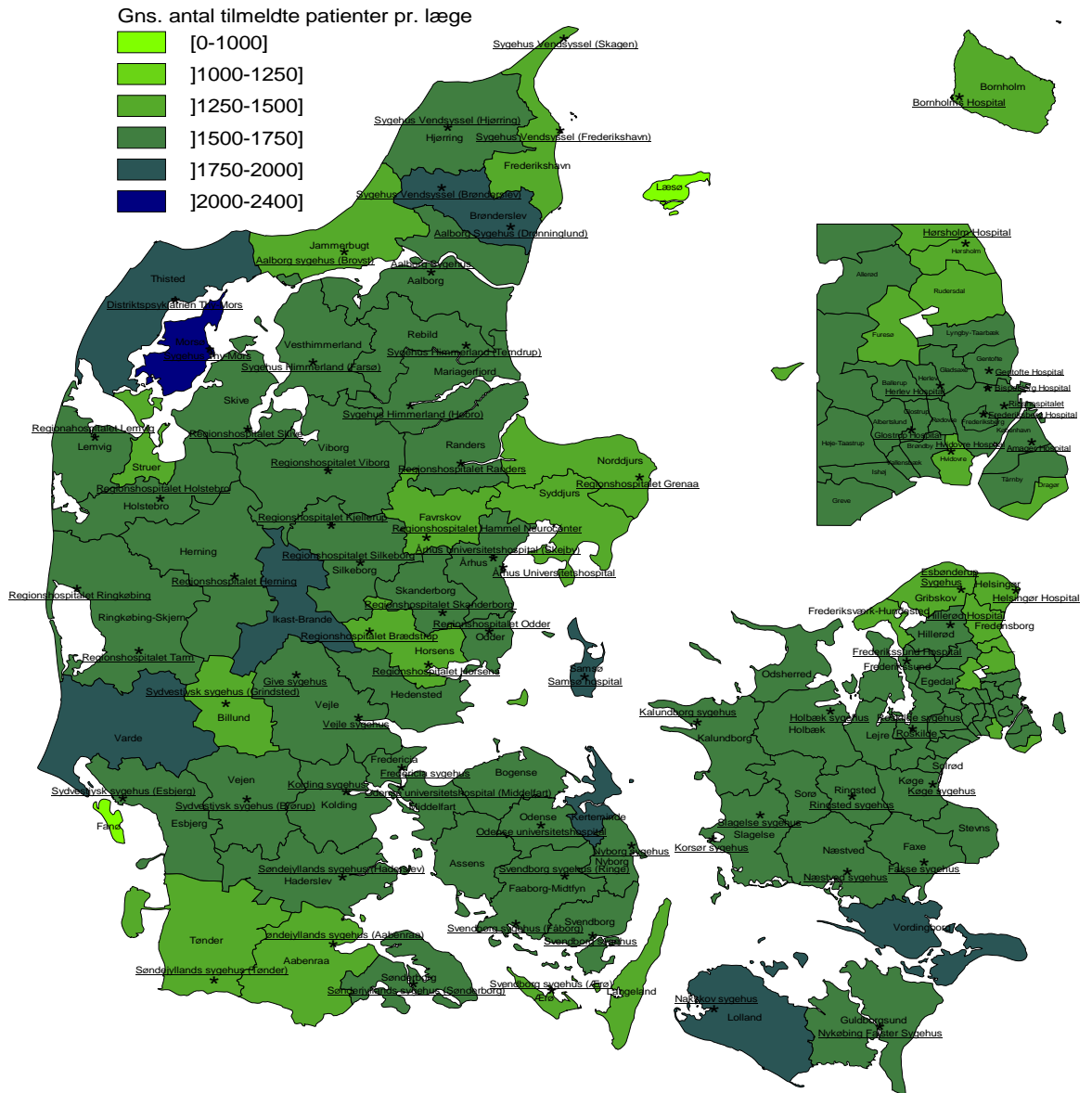
## Bilag 5.3: Manglende læger i forhold til normeringen (januar 2008)

	Manglende læger pr. januar 2008	Andel af praksispopulation I regionen
Region Hovedstaden	16	1,5 %
Region Sjælland	20	3,8 %
Region Syddanmark	25	3,2 %
Region Midtjylland	30	3,6 %
Region Nordjylland	23	6,4 %
<b>I alt</b>	<b>114</b>	<b>3,2 %</b>

Kilde: Danske regioner

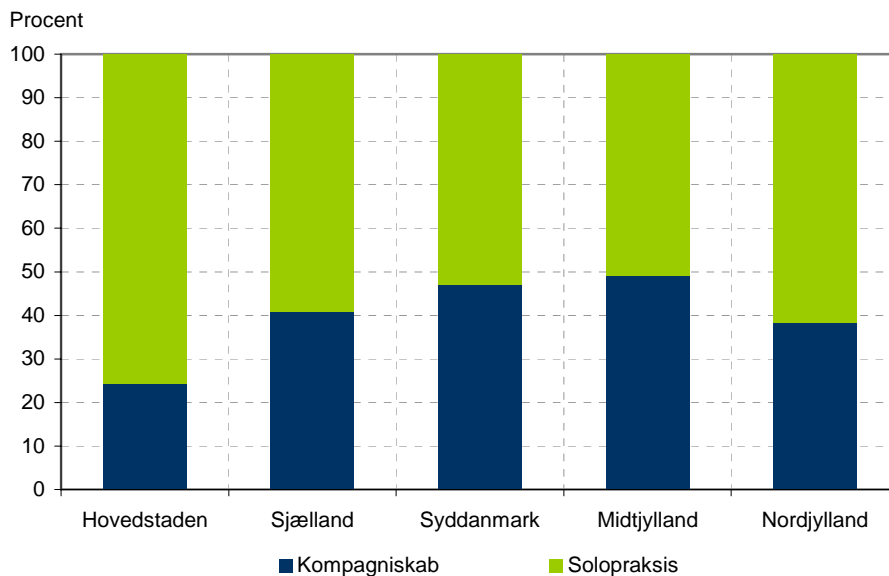
\*Mangelsituationen er i forhold til den normering, der er fastlagt efter de nuværende lægedækningsregler i landsoverenskomsten

**Bilag 5.4: Det gennemsnitlige antal tilmeldte patienter pr. praktiserende læge, fordelt på kommuner, pr. september 2008**



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008).  
 Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke

### Bilag 5.5: Andel kompagniskabs- hhv. solopraksis fordelt på regioner, 2007.



Kilde: Praksistælling 2007, PLO.

### Bilag 5.6: Regneeksempel fra Praktiserende Lægers Organisation

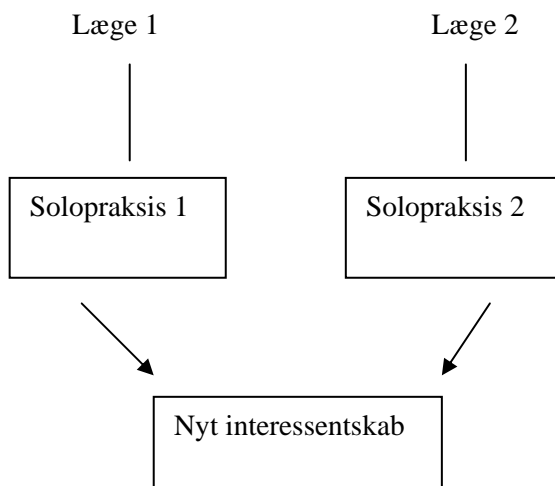
#### Skattemæssige konsekvenser ved delsalg og delkøb - lægepraksis

Ved sammenlægning af lægepraksis for 2 solopraktiserende læger, skal dette skattemæssigt behandles som både et delsalg og et delkøb af virksomhed. Dette omfatter såvel goodwill som øvrige aktiver i virksomheden. Dette notat tager kun udgangspunkt i behandling af goodwill, da princippet for virksomhedens øvrige aktiver er de samme som ved goodwill.

Dette notat beskriver den økonomiske belastning, der er for den enkelte læge ved de gældende skatteregler i forbindelse med sammenlægning af 2 solopraksis.

Det bemærkes, at der de facto ikke udveksles nogen økonomi mellem lægerne. Den ”avance” på goodwill, som efter de nugældende regler kommer til beskatning, er rent beregningsmæssig.

Nedenstående eksempel er lagt til grund for beregningen:



For nemheds skyld forudsættes, at læge 1 og læge 2 har ens skattemæssige forhold inden sammenlægning:

Beskatningsform: Virksomhedsordningen (25 %)  
Goodwill: Handelsværdi på 1.500.000 kr.,  
skattemæssig saldo værdi inden salg : 0 kr.

De skattemæssige konsekvenser, som beskrevet i det efterfølgende, gælder for hver af interessenterne.

### Skattemæssig opgørelse år 1

	<u>t.kr.</u>
Beregningsmæssig avance ved salg af goodwill	750
Afskrivning på køb af goodwill (1/7 af 750 t.kr.)	<u>(107)</u>
<b>Beregningsmæssig nettoavance til beskatning – år 1</b>	<b><u>643</u></b>
<b>Merskat heraf (25 %)</b>	<b><u>161</u></b>



De 2 læger anses *skattemæssigt* for hver især at sælge goodwill for 750 t. kr. og købe goodwill for 750 t. kr. På grund af de gældende skatteregler, skal der i sammenlægningsåret ske avancebeskatning af 643 t. kr. ved delsalget i henhold til ovenstående. Derfor vil der år 1 være en reel finansieringsbyrde for hver af lægerne til dækning af skatten på 161 t.kr.

Den goodwill, som hver læge *skattemæssigt* erhverver fra den anden læge kan tilsvarende afskrives, men ikke fuldt ud i sammenlægningsåret. Afskrivning kan kun foretages med 1/7 om året over 7 år. Den merskat på kr. 161 t. kr., som hver læge betaler i sammenlægningsåret, får lægerne tilbage over de følgende 6 år i takt med, at der afskrives på den skattemæssigt erhvervede goodwill.

Hvis lægen i forbindelse med finansiering i år 1 optager et lån på 161 t. kr. med en rente på 6 % og afvikling af lånet sker i takt med skattebesparelsen, vil lægen efter 7 år være påført en merudgift på ca. 29 t. kr. Dette kan specificeres som nedenfor:

	<u>t.kr.</u>
Merskat som skal dækkes i år	161
Betaling vedrørende renter på lån år 2-7	39
Skattebesparelse vedrørende goodwill og renter år 1-7	(171)
<b>Merudgift for hver læge over 7 år</b>	<u><b>29</b></u>

Der er således primært tale om en finansieringsbyrde, idet den reelle merudgift over 7 år er af overskuelig størrelse. Mange læger giver dog udtryk for, at skattereglerne betyder både en psykologisk og likviditetsmæssig barriere. Hvis skattereglerne blev ændret, som lægerne ønsker, ville statens provenutab tilsvarende være af overskuelig størrelse – i eksemplet en merudgift på 29 t. kr. over 7 år.

**Bilag 5.7: Modelberegning af udbud af praktiserende læger ved henholdsvis 1, 2 eller 3 års længere tid på arbejdsmarkedet**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Oprindelig prognose	3.401	3.418	3.434	3.438	3.427	3.420	3.430	3.441	3.461	3.482	3.511
3 år ekstra	3.401	3.554	3.656	3.733	3.666	3.643	3.647	3.654	3.659	3.669	3.671
2 år ekstra	3.401	3.554	3.656	3.598	3.579	3.569	3.568	3.584	3.592	3.593	3.615
1 år ekstra	3.401	3.554	3.521	3.511	3.506	3.490	3.498	3.517	3.517	3.538	3.559

Kilde: Danske Regioner (2008)

**Bilag 5.8: Modelberegning af udbud af praktiserende læger ved 2 års længere tid på arbejdsmarkedet, fordelt på regioner**

2 år ekstra	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Region Hovedstaden	1023	1052	1066	1038	1031	1029	1019	1024	1028	1019	1019
Region Sjælland	496	529	551	550	550	554	559	568	572	581	597
Region Syddanmark	743	782	814	812	809	797	812	829	840	858	868
Region Midtjylland	782	824	858	840	839	841	835	831	823	814	814
Region Nordjylland	357	367	367	357	350	348	342	332	329	322	316
<b>Total</b>	<b>3401</b>	<b>3554</b>	<b>3656</b>	<b>3598</b>	<b>3579</b>	<b>3569</b>	<b>3568</b>	<b>3584</b>	<b>3592</b>	<b>3593</b>	<b>3615</b>

Kilde: Danske Regioner (2008)

**Bilagstabel 5.9: Specifikke tilbud/forhold der kan få lægen til at udsætte tidspunktet for sit arbejdsophør**

Garanti for delvis goodwillbetaling	<b>84 %</b>
Betaling af pensionsbidrag	<b>67 %</b>
4 dages arbejdsuge	<b>65 %</b>
Garanti for vagtfritagelse	<b>61 %</b>
Vikar med tilskud fra amtet	<b>60 %</b>
Tilskud til klinikpersonale	<b>56 %</b>
Lukke praksis under normtal	<b>34 %</b>
Tilskud til lokaler	<b>33 %</b>
Tilskud til IT	<b>33 %</b>
Tilskud til sammenlægning af praksis	<b>24 %</b>

Tilskud til flytning af praksis	21 %
Edb-konsulent stilles til rådighed	21 %
Regnskabskonsulent stilles til rådighed	14 %
Dispensation for edb-krav	14 %

Kilde: PLO, rekrutterings- og fastholdelsesundersøgelse 2003

#### Bilag 5.10: Fastholdelsestiltag til at få læger til at udskyde arbejdsophør

Mindre arbejdstid	70 %
Bedre økonomi	68 %
Undtagelse fra lægevagt	65 %
Mere personale	63 %
Mere faglig sparring	59 %
Ingen planer om ophør	19 %
Ingen af ovenstående	6 %
Ved ikke	2 %

Kilde: PLO, Medlemsundersøgelse marts 2008

#### Bilag 5.11:

#### Antal autoriserede bioanalytikere i og uden for arbejdsstyrken efter arbejdsplads, 2001-2006.

Bioanalytiker						Andel	Udvikling	Vækst	
	2001	2002	2003	2004	2005	2006 i 2006	2001-2006	p.a.	
Praksissektoren	269	264	264	264	269	271	0,03	0,7%	0,1%
Sygehuse	4.408	4.290	4.317	4.646	4.743	4.796	0,49	8,8%	1,7%
Øvrige sundhedssektor	242	247	226	206	209	217	0,02	-10,3%	-2,2%
Vikarbureauer	14	17	17	22	18	34	0,00	142,9%	19,4%
Andre sektorer	6.934	6.820	6.827	7.142	7.244	7.324	0,75	5,6%	1,1%
<b>Beskæftigelse i alt</b>	<b>1.137</b>	<b>1.177</b>	<b>1.209</b>	<b>1.340</b>	<b>1.480</b>	<b>1.634</b>	<b>0,17</b>	<b>43,7%</b>	<b>7,5%</b>
Arbejdsløse	1.137	1.177	1.209	1.340	1.480	1.634	0,17	43,7%	7,5%
<b>Arbejdsstyrken i alt</b>	<b>2.650</b>	<b>2.767</b>	<b>2.740</b>	<b>2.742</b>	<b>2.734</b>	<b>2.711</b>	<b>0,28</b>	<b>2,3%</b>	<b>0,5%</b>
Udenfor arbejdsstyrken	125	91	91	151	113	95	0,01	-24,0%	-5,3%
<b>Bioanalytikere Total</b>	<b>8.845</b>	<b>8.853</b>	<b>8.864</b>	<b>9.371</b>	<b>9.566</b>	<b>9.758</b>	<b>1,00</b>	<b>10,3%</b>	<b>2,0%</b>

Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Sygeplejersker over 66 år er ikke inkluderet. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt"

dækker bl.a. over laboratoriebeskæftigelse mv.. Arbejdsstedsbetegnelsen "andet" dækker bl.a. over medicinalindustrien.

#### Bilag 5.12:

#### Antal autoriserede ergoterapeuter i og uden for arbejdsstyrken efter arbejdsplads, 2001-2006.

Ergoterapeut	2001	2002	2003	2004	2005	2006 i 2006	Andel	Udvikling	Vækst
							2001-2006	2001-2006	p.a.
Praksissektoren	7	8	10	14	11	14	0,00	100,0%	14,9%
Sygehuse	1.187	1.230	1.293	1.264	1.283	1.320	0,20	11,2%	2,1%
Øvrige sundhedssektor	761	806	786	904	1.014	1.088	0,16	43,0%	7,4%
Vikarbureauer	2	3	8	9	10	12	0,00	500,0%	43,1%
Andre sektorer	2.728	2.963	3.150	3.297	3.386	3.597	0,54	31,9%	5,7%
<b>Beskæftigelse i alt</b>	<b>4.685</b>	<b>5.010</b>	<b>5.247</b>	<b>5.488</b>	<b>5.704</b>	<b>6.031</b>	<b>0,90</b>	<b>28,7%</b>	<b>5,2%</b>
Arbejdsløse	195	152	165	230	228	173	0,03	-11,3%	-2,4%
<b>Arbejdsstyrken i alt</b>	<b>195</b>	<b>152</b>	<b>165</b>	<b>230</b>	<b>228</b>	<b>173</b>	<b>0,03</b>	<b>-11,3%</b>	<b>-2,4%</b>
Udenfor arbejdsstyrken	425	496	686	749	741	803	0,12	88,9%	13,6%
<b>Ergoterapeut Total</b>	<b>5.305</b>	<b>5.658</b>	<b>6.098</b>	<b>6.467</b>	<b>6.673</b>	<b>7.007</b>	<b>1,05</b>	<b>32,1%</b>	<b>5,7%</b>

Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Sygeplejersker over 66 år er ikke inkluderet. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker bl.a. over laboratoriebeskæftigelse mv.. Arbejdsstedsbetegnelsen "andet" dækker bl.a. over medicinalindustrien.

#### Bilag 5.13:

#### Antal autoriserede fysioterapeuter i og uden for arbejdsstyrken efter arbejdsplads, 2001-2006.

Fysioterapeut	2001	2002	2003	2004	2005	2006 i 2006	Andel	Udvikling	Vækst
							2001-2006	2001-2006	p.a.
Praksissektoren	58	58	52	176	30	28	0,00	-51,7%	-13,6%
Sygehuse	1.740	1.832	1.948	1.922	1.977	2.083	0,24	19,7%	3,7%
Øvrige sundhedssektor	997	1.073	1.025	1.130	2.241	2.527	0,29	153,5%	20,4%
Vikarbureauer	6	9	11	19	11	12	0,00	100,0%	14,9%
Andre sektorer	3.104	3.212	3.408	3.468	3.010	3.094	0,35	-0,3%	-0,1%
<b>Beskæftigelse i alt</b>	<b>5.905</b>	<b>6.184</b>	<b>6.444</b>	<b>6.715</b>	<b>7.269</b>	<b>7.744</b>	<b>0,88</b>	<b>31,1%</b>	<b>5,6%</b>
Arbejdsløse	149	133	108	163	161	130	0,01	-12,8%	-2,7%
<b>Arbejdsstyrken i alt</b>	<b>149</b>	<b>133</b>	<b>108</b>	<b>163</b>	<b>161</b>	<b>130</b>	<b>0,01</b>	<b>-12,8%</b>	<b>-2,7%</b>
Udenfor arbejdsstyrken	1.245	1.352	1.577	1.690	1.359	1.376	0,16	10,5%	2,0%
<b>Fysioterapeut Total</b>	<b>7.299</b>	<b>7.669</b>	<b>8.129</b>	<b>8.568</b>	<b>8.789</b>	<b>9.250</b>	<b>1,05</b>	<b>26,7%</b>	<b>4,9%</b>

Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Sygeplejersker over 66 år er ikke inkluderet. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker blandt andet over laboratoriebeskæftigelse mv.. Arbejdsstedsbetegnelsen "andet" dækker blandt andet over medicinalindustrien.

**Bilag 5.14:**

<b>Antal autoriserede sygeplejersker i og uden for arbejdsstyrken efter arbejdsplads, 2001-2006</b>									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Andel i 2006	Udvikling 2001-2006	Vækst p.a.
<b>Sygeplejersker</b>									
Praksissektoren	1.273	1.348	1.436	1.537	1.637	1.755	0,02	37,9%	6,6%
Sygehuse	33.754	34.293	35.219	35.145	35.583	36.201	0,45	7,2%	1,4%
Øvrige sundhedssektor	4.746	4.640	4.396	3.835	4.371	4.529	0,06	-4,6%	-0,9%
Vikarbureauer	787	793	984	953	900	926	0,01	17,7%	3,3%
Andre sektorer	16.864	17.223	16.897	17.427	17.085	17.148	0,21	1,7%	0,3%
<b>Beskæftigelse i alt</b>	<b>57.424</b>	<b>58.297</b>	<b>58.932</b>	<b>58.897</b>	<b>59.576</b>	<b>60.559</b>	<b>0,76</b>	<b>5,5%</b>	<b>1,1%</b>
Arbejdsløse	313	278	317	461	455	348	0,00	11,2%	2,1%
<b>Arbejdsstyrken i alt</b>	<b>57.737</b>	<b>58.575</b>	<b>59.249</b>	<b>59.358</b>	<b>60.031</b>	<b>60.907</b>	<b>0,76</b>	<b>5,5%</b>	<b>1,1%</b>
Udenfor arbejdsstyrken	15.324	15.887	16.494	17.901	18.714	19.123	0,24	24,8%	4,5%
<b>Sygeplejerske Total</b>	<b>73.061</b>	<b>74.462</b>	<b>75.743</b>	<b>77.259</b>	<b>78.745</b>	<b>80.030</b>	<b>1,00</b>	<b>9,5%</b>	<b>1,8%</b>

Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Sygeplejersker over 66 år er ikke inkluderet. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker bl.a. over laboratoriebeskæftigelse mv.. Arbejdsstedsbetegnelsen "andet" dækker bl.a. over medicinalindustrien.

**Bilag 5.15:**

<b>Antal lægesekretærer i og uden for arbejdsstyrken efter arbejdsplads, 2001-2006</b>									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Andel i 2006	Udvikling 2001-2006	Vækst p.a.
<b>Lægesekretærer*</b>									
Praksissektoren	392	430	432	458	520	577	0,09	47,2%	8,0%
Sygehuse	3.519	3.685	3.993	4.160	4.303	4.490	0,71	27,6%	5,0%
Øvrige sundhedssektor	12	15	16	15	22	26	0,00	116,7%	16,7%
Vikarbureauer	13	17	16	26	29	45	0,01	246,2%	28,2%
Andre sektorer	755	820	810	810	831	839	0,13	11,1%	2,1%
<b>Beskæftigelse i alt</b>	<b>4.691</b>	<b>4.967</b>	<b>5.267</b>	<b>5.469</b>	<b>5.705</b>	<b>5.977</b>	<b>0,94</b>	<b>27,4%</b>	<b>5,0%</b>
Arbejdsløse	72	59	61	92	69	59	0,01	-18,1%	-3,9%
<b>Arbejdsstyrken i alt</b>	<b>4.763</b>	<b>5.026</b>	<b>5.328</b>	<b>5.561</b>	<b>5.774</b>	<b>6.036</b>	<b>0,95</b>	<b>26,7%</b>	<b>4,9%</b>
Udenfor arbejdsstyrken	168	189	199	259	301	318	0,05	89,3%	13,6%
<b>Lægesekretærer Total</b>	<b>4.931</b>	<b>5.215</b>	<b>5.527</b>	<b>5.820</b>	<b>6.075</b>	<b>6.354</b>	<b>1,00</b>	<b>28,9%</b>	<b>5,2%</b>

Kilde: Bevægelsesregisteret.

Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Sygeplejersker over 66 år er ikke inkluderet. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker blandt andet over laboratoriebeskæftigelse mv.. Arbejdsstedsbetegnelsen "andet" dækker blandt andet over medicinalindustrien.

\*Lægesekretærer autoriseres ikke af sundhedsstyrelsen

**Bilag 5.16:**

<b>Antal autoriserede social- og sundhedsassistenter i og uden for arbejdsstyrken efter arbejdsplads, 2001-2006</b>									
<b>Social- og sundhedsass.</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006 i 2006</b>	<b>Andel</b>	<b>Udvikling</b>	<b>Vækst</b>
							<b>2001-2006</b>	<b>p.a.</b>	
Praksissektoren	40	60	80	98	123	138	0,00	245,0%	28,1%
Sygehuse	5.057	6.038	7.259	7.411	7.508	7.387	0,23	46,1%	7,9%
Øvrige sundhedssektor	44	61	73	94	142	175	0,01	297,7%	31,8%
Vikarbureauer	415	621	703	745	840	1.030	0,03	148,2%	19,9%
Andre sektorer	12.632	14.474	16.108	17.579	19.207	20.292	0,64	60,6%	9,9%
<b>Beskæftigelse i alt</b>	<b>18.188</b>	<b>21.254</b>	<b>24.223</b>	<b>25.927</b>	<b>27.820</b>	<b>29.022</b>	<b>0,92</b>	<b>59,6%</b>	<b>9,8%</b>
Arbejdsløse	422	404	487	580	570	428	0,01	1,4%	0,3%
<b>Arbejdsstyrken i alt</b>	<b>18.610</b>	<b>21.658</b>	<b>24.710</b>	<b>26.507</b>	<b>28.390</b>	<b>29.450</b>	<b>0,93</b>	<b>58,2%</b>	<b>9,6%</b>
Udenfor arbejdsstyrken	543	694	1.114	1.382	1.833	2.063	0,07	279,9%	30,6%
<b>Social- og sundhedsass.</b>									
<b>Total</b>	<b>19.153</b>	<b>22.352</b>	<b>25.824</b>	<b>27.889</b>	<b>30.223</b>	<b>31.513</b>	<b>1,00</b>	<b>64,5%</b>	<b>10,5%</b>

Kilde: Bevægelsesregisteret.  
 Anm.: Bevægelsesregisteret er dannet via en samkørsel af Danmarks Statistiks registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (RAS) og Sundhedsstyrelsens autorisationsregister for sundhedspersoner. Sygeplejersker over 66 år er ikke inkluderet. Arbejdsstedsbetegnelsen "sundhedsvæsen i øvrigt" dækker bl.a. over laboratoriebeskæftigelse mv.. Arbejdsstedsbetegnelsen "andet" dækker bl.a. over medicinalindustrien.

**Bilag 5.17: Gennemsnitlige årlige til/afvandring fra 2001-2006**

	Tilvandring	Afvandring	Netto-tilvandring
Til-/afvandring fra beskæft. på offentlige hospitaler	136	52	84
Til/- afvandring fra anden beskæftigelse	105	60	45
Til-/afvandring fra midlertidig tilbagetrækning	25	24	1
Til-/afvandring fra permanent tilbagetrækning	5	39	-35
<b>Samlet til- og afvandring</b>	<b>270</b>	<b>175</b>	<b>96</b>

Kilde: Særkørsel fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Bilag 5.18: Arbejdsområder sygeplejersker afholder selvstændige konsultationer**

	Antal	Procent
Udredning og iværksættelse af behandlinger for infektioner	495	68 %
Udredning og iværksættelse af andre behandlinger	379	52 %
Udførelse og vejledning af sygepleje relateret til lette lidelser (fx hudlidelser, vorter, eksem, sår, suturer)	720	99 %
Udførelse og vejledning af sygepleje relateret til vaccinationer (fx af børn, ved allergi, ved rejser eller influenza)	700	96 %
Opfølgende kontroller og regulering af behandling (fx astmabehandling, AK-, BT- og insulinbehandling)	635	88 %
Forebyggende helbredsundersøgelser og livstilssamtaler	634	88 %
Undervisning og vejledning inden for kost, motion, rygning og usikker sex	601	82 %
Undervisning og vejledning inden for patientens egen håndtering af sygdom og symptomer (fx selvregulering af astmabehandling, AK-, BT- og insulinbehandling)	487	67 %
Akutfunktion inden for telefonisk visitation og vejledning	565	77 %
Akutfunktion inden for behandling af akutte tilstande	367	50 %
Akutfunktion inden for udførelsen besøg ved akut henvendelse	86	12 %
Andre konsultationstyper	223	31 %

Kilde: DSR, 2008: Konsultationssygeplejerskerne arbejdsområde og vilkår ansat i en almen lægepraksis

Note: Fordeling er beregnet i forhold til de respondenter, der har svaret ja til spørgsmål om selvstændig varetagelse af konsultationer.

**Bilag 5.19: Kapacitetsgevinst ved løft af læger i åbne praksis til nuværende normal (1600), antal patienter pr. september 2008.**

Region	Enkeltmandspraksis	Kompagniskab	I alt	Andel af befolkningen, pct.
Hovedstaden	74.954	42.994	117.948	7,1
Sjælland	17.006	16.516	33.522	4,1
Syddanmark	29.370	43.536	72.906	6,1
Midtjylland	23.521	50.933	74.454	6,0
Nordjylland	14.992	20.109	35.101	6,1
<b>Hele landet</b>	<b>159.843</b>	<b>174.088</b>	<b>333.931</b>	<b>6,1</b>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)

Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.

**Bilag 5.20: Kapacitetsgevinst ved øget normtal i lukkede praksis, antal patienter, pr. september 2008.**

Region/ normtal	1.800	2.000	2.200	2.400
Hovedstaden	33.582	73.831	119.817	168.117
Sjælland	28.555	67.386	109.352	152.689
Syddanmark	20.823	46.301	74.914	104.947
Midtjylland	23.813	52.498	83.573	115.310
Nordjylland	13.835	30.863	50.735	71.873
<b>Hele landet</b>	<b>120.608</b>	<b>270.879</b>	<b>438.391</b>	<b>612.936</b>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)  
Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.

**Bilag 5.21: Kapacitetsgevinst ved øget normtal i lukkede praksis i Kalundborg-området**

Normtal pr. læge	1.800	2.000	2.200	2.400
Antal ekstra patienter i alt i de 11 praksis	1.719	4.005	6.423	9.023
Antal ekstra patienter i procent af det samlede nuværende antal patienter i de 11 praksis	7,5	17,4	27,9	39,2

Kilde: ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)

**Bilag 5.22: Potentiel kapacitet i praksis med lukket, grundet anden beskæftigelse (§ 17,2), pr. september 2008.**

Region	Kapacitetsgevinst, antal patienter	Antal berørte praksis
Hovedstaden	955	5
Sjælland	0	0
Syddanmark	104	1
Midtjylland	1.013	1
Nordjylland	236	1
<b>Hele landet</b>	<b>2.308</b>	<b>8</b>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)  
Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.



**Bilag 5.23: Potentiel kapacitet i praksis med lukket, grundet "særlige grunde" (§ 17,3), pr. september 2008.**

Region	Kapacitetsgevinst, antal patienter	Antal berørte praksis
Hovedstaden	19.061	24
Sjælland	4.822	13
Syddanmark	6.558	15
Midtjylland	7.580	17
Nordjylland	2.437	8
<b>Hele landet</b>	<b>40.458</b>	<b>77</b>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)  
Anm.: Delelæger og uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen.

**Bilag 5.24. Antal delelæger, pr. september 2008**

Region	Antal delelæger	Antal læger (inkl. delelæger)	Andel delepraksis (i procent af antal læger)
Hovedstaden	69	1.105	6,2
Sjælland	29	525	5,5
Syddanmark	63	806	7,8
Midtjylland	69	851	8,1
Nordjylland	10	369	2,7
<b>I alt</b>	<b>240</b>	<b>3.656</b>	<b>6,6</b>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)

**Bilag 5.25 Nøgletal for delepraksis pr. september 2008.**

Antal delepraksis	227
Antal <b>delelæger</b> i delepraksis	240
Antal læger i delepraksis (inkl. delelæger)	760
Antal patienter i delepraksis	905.902
Antal patienter pr. delepraksis	3.991
Antal patienter pr. læge (inkl. delelæger) i delepraksis	1.192

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; datamateriale fra Danske Regioner (2008)



## **Bilag til kapitel 6 – Samspil og Samarbejde**

### **Bilag 6.1**

#### **Den eksisterende samarbejdsstruktur for regioner, kommuner og almen praksis**

##### **Sundhedskoordinationsudvalg**

På det regionale niveau sker den overordnede koordination i sundhedskoordinationsudvalgene, hvor regionen, kommunale repræsentanter og repræsentanter fra almen praksis deltager. I udvalget er der mulighed for at drøfte samarbejde mellem de tre aktører på det generelle niveau. Udvalget har ikke formel beslutningskompetence i forhold til det egentlige samarbejde, men kun kompetence til at drøfte og vejlede. Sundhedskoordinationsudvalget har bl.a. til opgave at udarbejde et generelt udkast til sundhedsaftaler.

##### **Sundhedsaftaler**

I henhold til sundhedsloven skal regioner og kommuner indgå sundhedsaftaler én gang i hver valgperiode sundhedsaftaler. Aftalen består af en generel aftale for hele regionen og en bilateral aftale mellem regionen og den enkelte kommune. Sundhedsaftalerne blev første gang indgået pr. 1. april 2007. Sundhedsloven angiver seks temaer, som sundhedsaftalerne som minimum skal omhandle:

- udskrivningsforløb for svage, ældre patienter,
- indlæggelsesforløb,
- træningsområdet,
- hjælpemiddelområdet,
- forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse samt
- indsatsen overfor mennesker med sindslidelser.

Sundhedsaftalerne giver således mulighed for at lave aftaler mellem regionen og den enkelte kommune. Sundhedsaftalerne er et udgangspunkt for aftaler om informationsudveksling, klar arbejdsdeling i patientforløbene og opgavedeling. Sundhedsaftalerne er derfor et vigtigt fremadrettet redskab til at skabe dialog om kvalitet i patientbehandlin-

gen ved at afstemme forventninger til hinanden som samarbejdspartnere og sikre sammenhæng i patientforløbet.

### **Samordningsudvalg**

På et mellemkommunalt niveau er der etableret samordningsudvalg mellem kommuner, almen praksis og sygehuse, der dækker hvert enkelt sygehus optageområde. Udvalget omfatter flere kommuner afhængigt af optageområdets geografiske størrelse. Almen praksis er repræsenteret i disse udvalg, enten via praksiskonsulenter eller via repræsentanter for praksisudvalget. Samordningsudvalgene er en mulighed for konkret opfølgning på sundhedsaftaler samt drøftelse af udfordringer i forhold til at håndtere konkrete problemer i samarbejdet om patientforløb. Fokus i udvalgene er på problemer knyttet til optagerområdet, hvorved perspektivet ofte defineres af sygehuset.

### **Kommunalt-lægelige udvalg**

Kommunerne kan nedsætte rådgivende udvalg - kommunalt-lægelige udvalg - bestående af lokale praktiserende læger og kommunale repræsentanter, enten som et fast udvalg eller som ad hoc udvalg. Udvalget har til formål at styrke samarbejdet og bruge hinandens viden og indsigt i lokale, sociale og sundhedsmæssige problemstillinger og deres løsninger, fx. vedrørende indsatsen over for særlige befolkningsgrupper, forebyggelse af indlæggelser, behandlingsprogrammer i hjemme(syge-)plejen, forsøgsprojekter m.fl. Lægerne honoreres af kommunen for deltagelse i møder. Regionerne deltager ikke som part, og udvalget har ikke en bindende kompetence. Udvalget kan endvidere være en støtte for kommunale praksiskonsulenter, der kan afprøve ideer samt få viden om områder, hvor der er behov for koordinering og procedurer for patientforløb. Sammen med lægelaugene er dette udvalg en indgangsdør til lægerne.

### **Lægelaug/- foreninger**

I 65 kommuner er der etableret lægelaug/-foreninger, der i forskellig grad omfatter de lokale læger. Disse foreninger/laug fungerer sandsynligvis i stor udstrækning som erfa-grupper og fora for kollegial sparring. Det er således en netværksstruktur, der ofte drives af toneangivende læger. Disse lokale netværk anvendes af praksisudvalgene i forhold til at indhente oplysninger om lokale forhold og holdninger til §2-aftaler, der indgås med regionerne som supplement til landsoverenskomsten. Selvom der er tale om en netværksstruktur, er lægelaugene en indgangsdør for kommunerne til læger i forhold til at så kim

og igangsætte drøftelser. Der er endnu ikke udviklet den store tradition for, at kommunerne anvender disse laug/lokale foreninger, hvilket også har en sammenhæng til, at lægelaugene ikke er etableret i alle kommuner. I enkelte kommuner forefindes endvidere flere grupper af læger, ofte i form af de traditionelle 12-mandsforeninger. I disse sammenhænge er udfordringerne større for kommunen i forhold til at finde en entydig indgangsdør til lægerne.

Sideordnet med den kommunale og regionale samarbejdsstruktur eksisterer overenskomstsystemet, der i dag består af nævn og udvalg, der forhandler de overordnede vilkår for samarbejdet med almen praksis.

### **Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)**

Nævnet har for praksissektoren til opgave at indgå overenskomster med sundhedspersonernes respektive organisationer om vilkårene for deres virksomhed. Nævnet består af 5 regionale og 2 kommunale repræsentanter samt 2 repræsentanter fra henholdsvis Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. I forhold til det tidligere udvalg, består det nye nævn også af repræsentanter for kommunerne, hvilket betyder, at kommunerne får en direkte indflydelse på, hvilke elementer i de enkelte overenskomster, der er relateret til kommunerne fx. samarbejde med de praktiserende læger.

I henhold til overenskomsten mellem RLTN og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) er der i hver region etableret et samarbejdsudvalg samt på nationalt niveau et Landssamarbejdsudvalg.

### **Regionale samarbejdsudvalg**

Samarbejdsudvalgene har til opgave at drøfte og afgøre spørgsmål om forståelse og anvendelse af overenskomsten, klagesager mv. Desuden skal udvalget drøfte praksisplanen for almen praksis i regionen samt andre mere generelle spørgsmål om udvikling af almen praksis og af samarbejdsrelationerne til den øvrige del af sundhedsvæsenet.

De regionale samarbejdsudvalg består af 8-12 medlemmer, hvoraf Regionsrådet og Kommunekontaktrådet udpeger tilsammen 4-6 medlemmer, mens PLO (praksisudvalget) udpeger 4-6 medlemmer. Der er tradition for, at såvel Regionsrådet som Kommunekontaktrådet udpeger politikere til at varetage opgaven.

På grundlag af drøftelserne i samarbejdsudvalget, kan der med hjemmel i overenskomstens § 2 indgås aftaler mellem parterne – regionen og praksisudvalget (PLO's regionale forhandlingsberettigede organisation). Disse såkaldte § 2-aftaler kan supplere eller fravige overenskomsten mellem RLTN og PLO.

### **Landssamarbejdsudvalget**

På nationalt niveau er der et Landssamarbejdsudvalg (LSU) bestående af medlemmer udpeget af RLTN, herunder en kommunal repræsentant og medlemmer udpeget af PLO.

LSU skal bl.a. tage stilling til sager, som de regionale samarbejdsudvalg ikke har kunnet blive enige om. Desuden skal LSU generelt fremme samarbejdet mellem parterne og kan foretage undersøgelser og udarbejde vejledninger til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser. Der er tradition for at der i forbindelse med møderne i LSU afholdes møder mellem overenskomstens parter, hvor der bl.a. er mulighed for at iværksætte aktiviteter eller eventuelt indgå aftaler, som parterne finder behov for.

## **Bilag 6.2 Henvisningsundersøgelsen**

### **Baggrund**

Rapporten Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark blev udgivet af Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse i oktober 2008.

Rapporten er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS) med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Det overordnede formål med analysen er at få kortlagt og analyseret henvisningsmønstre og årsager i almen praksis i Danmark. Formålet er således ikke alene at skabe et overblik over henvisningsmønstrene i almen praksis, men også at identificere mulige årsager til variationer heri.

Dataindsamling og analyse er gennemført ved tre delanalyser: 1. Litteraturanalyse, 2. Registeranalyse, 3. Spørgeskemaundersøgelse og henvisningsaudit. Delanalyserne er gennemført

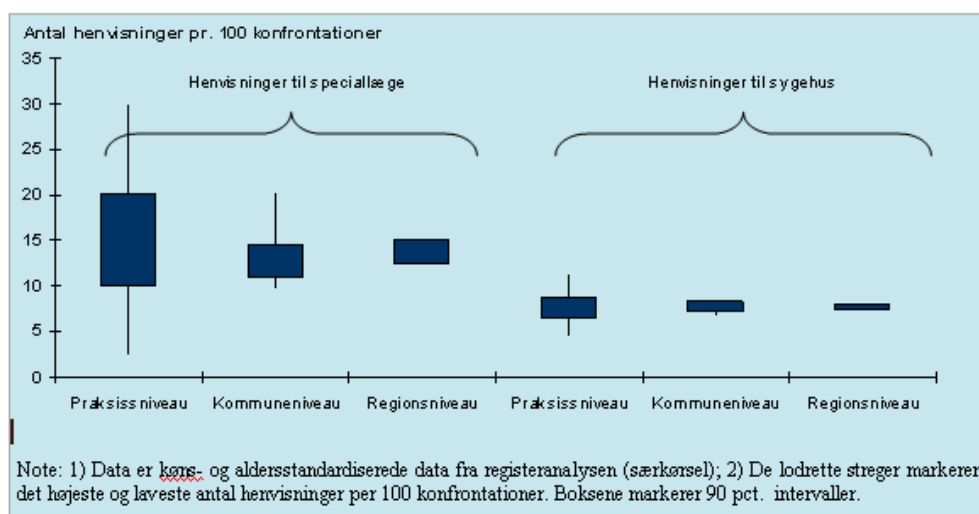
af forskere og konsulenter med særligt kendskab til almen praksis samt lignende kortlægninger og analyser.

### Udvalgte resultater

Undersøgelsen viser bl.a., at omkring 9 ud af 10 kontakter i almen praksis afsluttes i almen praksis, men ved ca. hver tiende kontakt henviser almen praksis til sygehus, kommune eller den øvrige del af praksissektor. Samtidig viser undersøgelsen, at mere end 40 pct. af gruppe 1-sikrede i løbet af et år henvises til enten speciallæge, sygehus, et kommunalt tilbud eller andre sundhedspersoner. Det fremgår endvidere, at henvisningerne for godt halvdelen vedkommende (52 pct.) finder sted med henblik på udredning/mistanke om sygdom<sup>71</sup>.

Nedenstående figur 6.1 viser variationen i henvisningspraksis på praksis-, kommune- og regionsniveau. De lodrette streger markerer det højeste og laveste antal henvisninger pr. 100 konfrontationer, mens boksene markerer det højeste og laveste antal henvisninger inden for 90 pct. intervallet. Der er således forskel på, hvor meget og til hvem de enkelte praksis henviser. Der er variation i henvisningsmønstret både når man sammenligner alle praksis på tværs af landet (praksisniveau), og når kommunale og regionale gennemsnit sammenlignes på tværs af landet, også, når der tages højde for køns- og aldersforskelle i patientsammensætningen (data er køns- og aldersstandardiseret).

**Figur 6.1.** Variationen i henvisningspraksis på praksis-, kommune- og regionsniveau

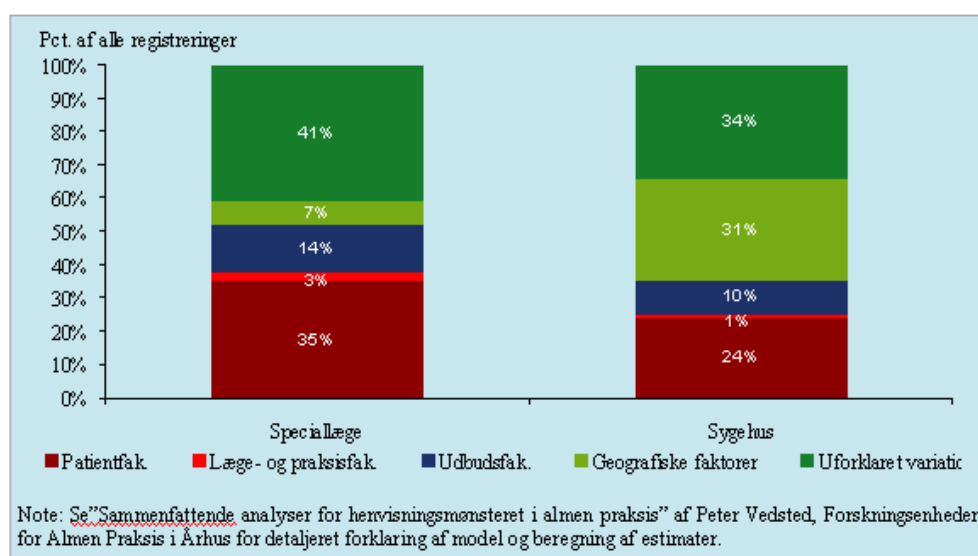


<sup>71</sup> Henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

I rapporten skønnes det, at det gennemsnitlige henvisningsmønster for en læge med en høj henvisningsrate indebærer sygehusudgifter (afledt af henvisninger til hhv. ambulante eller indlæggelsesforløb) på ca. 7,5 mio. kr. årligt, mens en læge med en lav henvisningsrate indebærer sygehusudgifter på ca. 5,4 mio. kr. årligt, dvs. en forskel på ca. 2 mio. kr. pr. år. Det er dog relativt få praksis, der henviser enten mange eller meget få patienter.

En del af variationen i henvisningsmønsteret kan forklares ved patientrelaterede faktorer som fx patientens socioøkonomiske status, og desuden har udbuddet af andre sundhedstilbud, særligt speciallæger, også stor betydning for henvisningsmønsteret, jf. nedenstående figur 6.2.<sup>72</sup>

**Figur 6.2.** Forskellige grupper af faktorerers bidrag til forklaring af variationen i brug af henvisninger ifølge registeranalysen



Som det fremgår af figuren, forklarer praksisorganisatoriske faktorer, som praksisform, antal læger i praksis, antallet af klinikpersonaler samt antallet af tilmeldte, kun en relativt lille del af variationen i henvisningsmønsteret.

Figuren viser endvidere, at en stor del af variationen i henvisningsmønsteret ikke umiddelbart kan forklares. Knap halvdelen af variationen i henvisninger til speciallæger er uforklaret

<sup>72</sup> Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.



og kan således ikke forklares med patientrelaterede faktorer, læge- og praksiskarakteristika og udbuddet af sundhedstilbud. Godt en tredjedel af variationen i henvisningerne til sygehus er på lignende vis uforklaret. Ud over dette kan ca. en tredjedel af variationen til sygehuse forklares med ikke-identificerede geografiske faktorer, som kunne være lokalbestemte traditioner, samarbejdsformer mv.<sup>73</sup>

Selvom det optimale niveau for antallet af henvisninger ikke kendes, da det i høj grad afhænger af rammebetingelserne som fx udbuddet af sundhedstilbud og organisering af den øvrige del af sundhedsvæsenet, peger variationen i henvisningsmønsteret i retning af, at der er et potentiale i at arbejde med kvaliteten og effektiviteten af henvisningerne fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen - også indenfor den enkelte region.

---

<sup>73</sup> Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

## Bilag til kapitel 8 – Honorarsystem

### Vedr. afsnit 8.3.1 Honorering af almen praksis

Nedenstående uddyber afsnit 8.3.1. vedrørende honorarsystemet i almen praksis.

#### Aktivitetsafhængig honorering

##### *Grundydelse – kontaktbaserede ydelser*

Den kontaktbaserede andel af den praktiserende læges indkomst udgøres af honorarer for 13 grundydelse, der forudsætter direkte patientkontakt. Dette omfatter almindelige konsultationer, hjemmebesøg, telefonkonsultationer, besvarelse af henvendelser via e-mail mv., jf. tabel 1.

**Tabel 1. Grundydelse i dagtiden (honorar), pr. 1. oktober 2008**

Type	Takst
Konsultation	125,62
Aftalt forebyggelseskonsultation	211,14
Forløbsydelse for diabetespatienter	1.099,17
E-mail konsultation	49,68
Telefonkonsultation	24,84
Sygebesøg indtil 4 kilometer (zone I)	195,68
Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)	229,27
Sygebesøg fra påbeg. 9 km indtil 12 km (zone III)	260,98
Sygebesøg fra påbeg. 13 km indtil 16 km (zone IV)	292,89
Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)	325,05
Sygebesøg fra påbeg. 21 km	344,92
Sygebesøg på ruten	195,58
Behandling af 2. og følgende sikrede i samme hjem	125,62

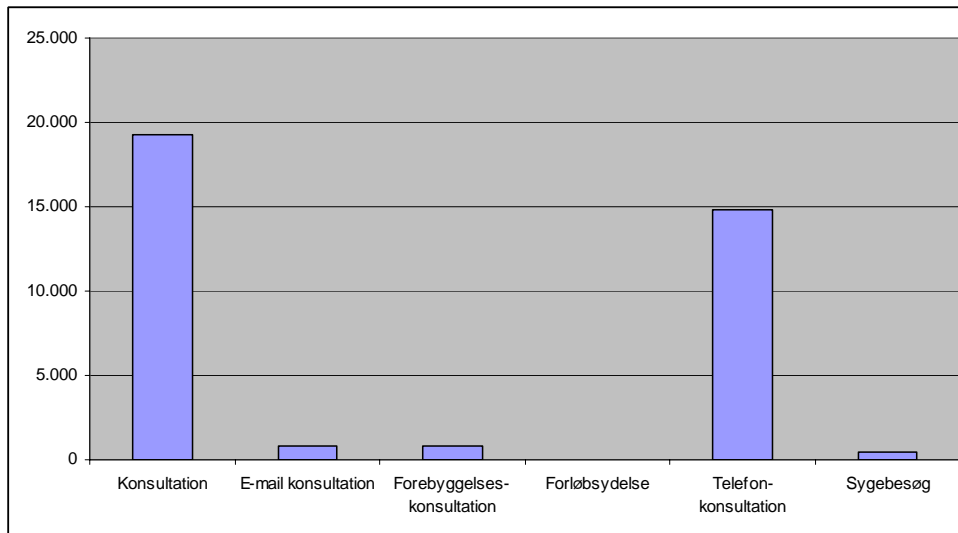
Kilde: Takstkort gældende fra 1. oktober 2008 (§ 68). Anm. profylaktiske undersøgelser og opfølgende hjemmebesøg er også kontaktbaserede ydelser.

Det er således kontakten med den enkelte patient, der er afgørende for, at honoraret kommer til udbetaling. Lægen honoreres herudover særskilt for visse ydelser (behandling), der evt. finder sted under kontakten, jf. næste afsnit, i det omfang, der er aftalt særskilt honorar herfor. I andre tilfælde er lægens honorar for behandlingen indeholdt i grundydelsen.

Af de kontaktafhængige honorarer anvendes honoraret for en almindelig konsultation og for telefonkonsultation hyppigst, jf. figur 2. I 2007 blev der udført knap 19 mio. almindelige konsultationer og knap 15 mio. telefonkonsultationer i almen praksis, svarende til en hono-

raromsætning på henholdsvis ca. 2,2 mia.kr. og knap 0,4 mia.kr. (2008-pl). Samtidig blev der udført knap 800.000 forebyggelseskonsultationer og email-konsultationer og godt 300.000 sygebesøg, svarende til en honoraromsætning på henholdsvis knap 0,2 mia.kr. og ca. 0,04 mia.kr. Forløbsydelsen for diabetespatienter har været anvendt knap 2.000 gange.

**Figur 8.2. Antal kontaktbaserede grundydelse, 2007 (1.000 ydelser)**



Kilde: Sygesikringsregistret.

Den samlede omsætning i honorarerne for kontaktbaserede grundydelse udgjorde i 2007 knap 2,9 mia.kr., svarende til 52 pct. af den samlede honoraromsætning, eller gennemsnitlig godt 800.000 kr. pr. praktiserende læge.

#### **Tillægs- og laboratorieydelse mv.**

Den øvrige del af den aktivitetsafhængige honorering baseres på honorarer for en række tillægsydelse og laboratorieydelse- og undersøgelser, jf. tabel 2. Disse honorarer er tillæg for en ydelse udført under en patientkontakt, eksempelvis en konsultation, eller i forbindelse med en efterfølgende undersøgelse af prøver mv.

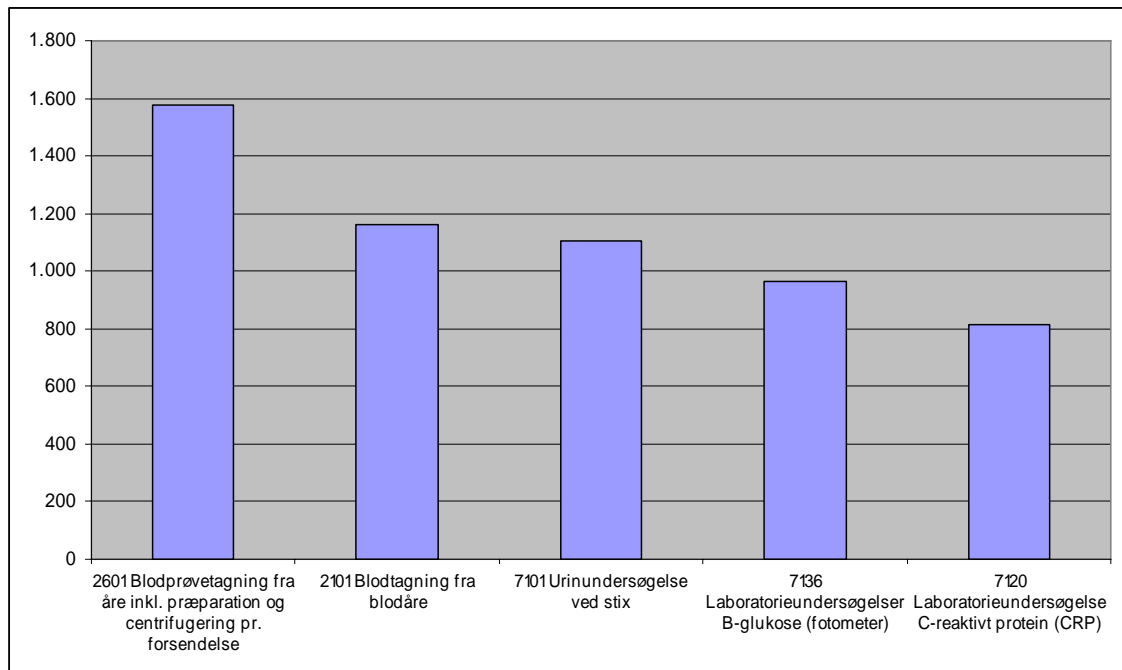
**Tabel 2. Eksempel på honorarer for tillægs- og laboratorieydelser, pr. 1. oktober 2008**

Type	Takst
Udtagning af prøve af livmodermund og –hals	31,05
Fjernelse af fremmedlegeme(r) fra øje, øregang, næse og svælg	86,94
Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk	86,94
Første behandling af større sår	173,88
Blodtagning fra åre inkl. præparation og centrifugering pr. forsendelse	86,94
Blodtagning fra blodåre pr. forsendelse	43,47
Urinundersøgelser ved stix	11,86
Laboratorieundersøgelse, blodundersøgelser ved fotometri, B-glukose (fotometer)	47,44
Laboratorieundersøgelse, C-reaktivt protein (CRP)	59,30

Kilde: Takstkort gældende fra 1. oktober 2008.

I 2007 var det mest anvendte honorar nr. 2601, der udbetales for en blodprøvetagning fra åre inkl. præparation og centrifugering, der blev anvendt 1,57 mio. gange, dvs. i gennemsnit i omegnen af 450 gange pr. læge, jf. figur 3.

**Figur 3. De mest anvendte tillægs- og laboratoriedelser- og undersøgelser, 2007  
(1.000 stk.)**

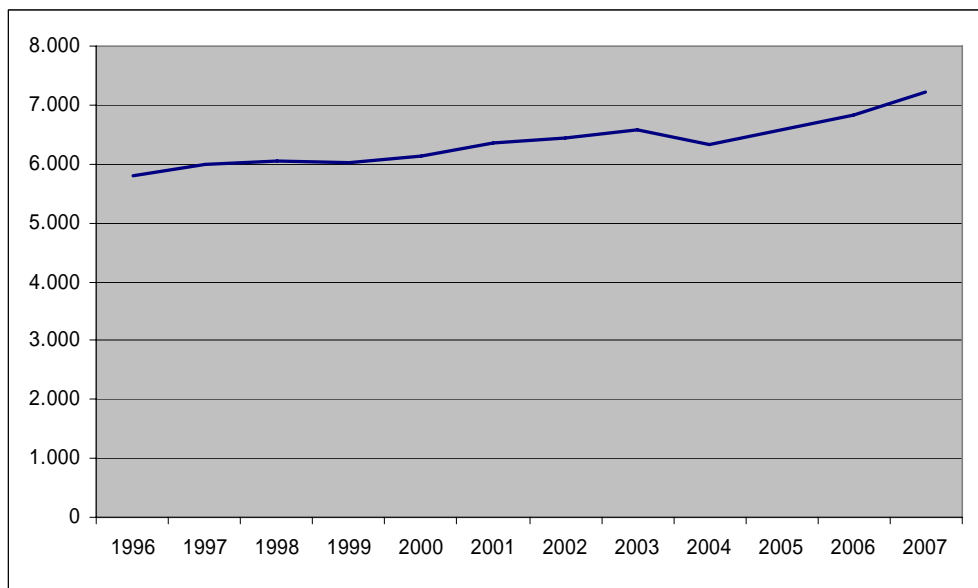


Kilde: Sygesikringsregistret.

### Vedr. afsnit 8.3.2 Udgifter, honorering og aktivitet i almen praksis

De samlede udgifter til almen praksis er i perioden 1996 til 2007 vokset fra knap 5,8 mia.kr. til 7,2 mia.kr. (2008-1), jf. figur 4. Se i øvrigt afsnit 8.3.2.

**Figur 4. Samlede udgifter til almen praksis 1996-2007 i mio. kr. (2008-priser)**

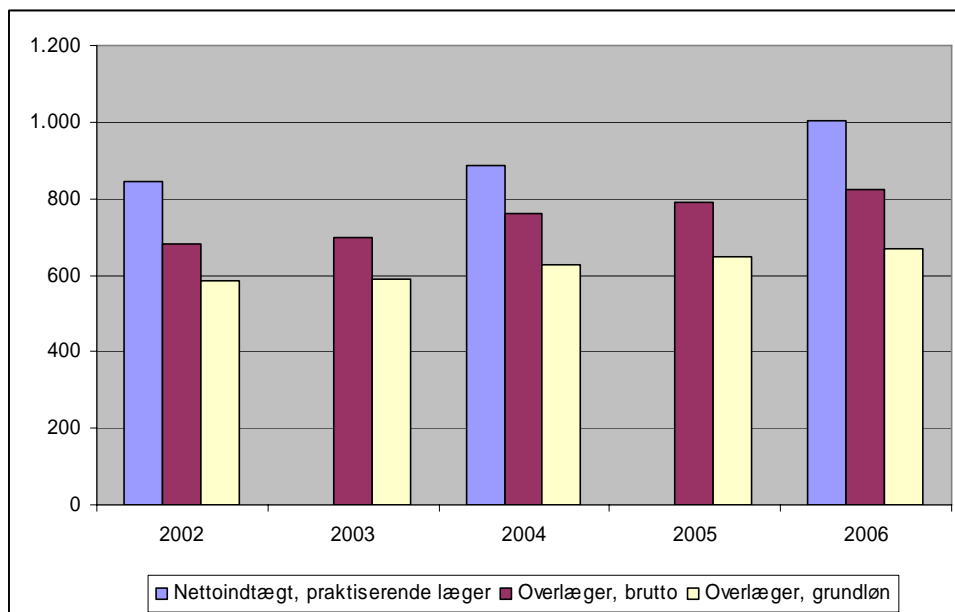


Kilde: Sundhedssektoren i tal.

En praktiserende læges nettoindtægt er fra 2002 til 2006 steget fra 843.634 til 1.002.683 kr., svarende til en stigning på 18,9 pct. (årets priser), jf. figur 5. I samme periode er bruttolønnen for en overlæge på et sygehus vokset fra 682.000 kr. til 824.493, svarende til en stigning på 20,9 pct., mens grundlønnen er steget fra 584.333 kr. til 667.579 kr., svarende til en stigning på 14,2 pct.

Det bemærkes, at lønstatistikkerne ikke er fuldt sammenlignelige, idet lønstatistikken ikke medtager indtægter for bijobs. I 2005 udgjorde overlægernes gennemsnitlige biindtægt ca. 83.000 kr.

**Figur 5. Indkomst blandt praktiserende læger og overlæger (1.000 kr.)**



Kilde: PLO's Omkostningsundersøgelse 2006, det fælleskommunale løndatakontor

Note: Bruttoløn er grundløn inkl. diverse tillæg, feriegodtgørelse og pension. Der foreligger i omkostningsundersøgelsen ikke tal for praktiserende lægers indkomst i 2003 og 2005.

### Udviklingen i aktiviteten i almen praksis

Der er sket en stigning i aktiviteten i almen praksis siden 1996, *jf. figur 6*. Det samlede antal kontakter er steget med godt 28 pct. fra 29,9 mio. kontakter i 1996 til 38,5 mio. kontakter i 2007. Til sammenligning er der fra 1997 til 2007 sket en stigning i antallet af udskrivninger (stationær somatisk aktivitet) på ca. 15 pct., mens antallet af ambulante besøg på de somatiske sygehuse er steget med 67 pct.<sup>74</sup>

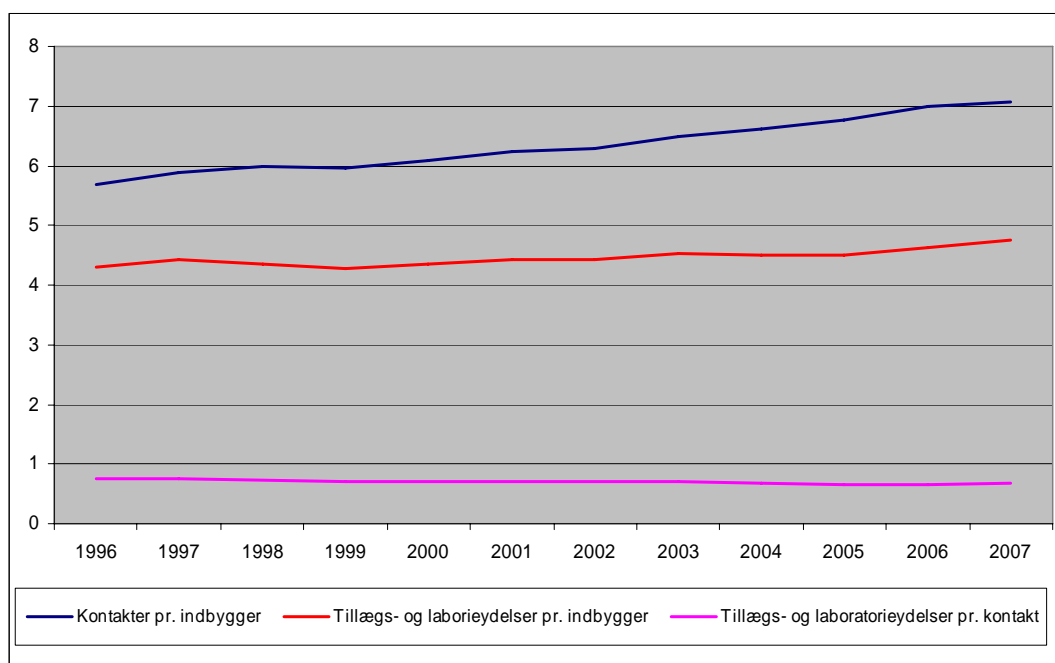
Antallet af kontakter pr. borger i Danmark til en alment praktiserende læge er vokset fra 5,69 pr. år i 1996 til godt 7,06 i 2007, svarende til en stigning på godt 24 pct. Tilsvarende er antallet af tillægs- og laboratorieydelse pr. borger vokset fra 4,3 i 1996 til 4,75 i 2007, svarende til en stigning på godt 10 pct. Stigningen kan ikke forklares ved en ændring af befolknings sammensætningen, og har tilsyneladende heller ikke medført en opbremsning i antallet af kontakter til sygehusvæsenet.

<sup>74</sup> Tallene er ikke perfekt sammenlignelige, men kan dog benyttes til at sætte aktivitetsudviklingen i perspektiv.

Antallet af tillægs- og laboratorieydelse pr. kontakt falder fra 0,70 i 1990 til 0,67 i 2007, svarende til et fald på knap 4 pct.

Det bemærkes, at den opgjorte udvikling i kontakter og tillægs- og laboratorieydelse ikke kan betragtes som et nøjagtigt billede af aktivitetsudviklingen i almen praksis, dels da ikke alle ”kliniske handlinger” i almen praksis er selvstændigt honorarbelagte dels da nogle tillægsydelser i tidens løb er udgået eller betingelsen for brugen heraf er ændret eller præciseret.

**Figur 6. Kontakter og ydelser i almen praksis, 1996-2007**

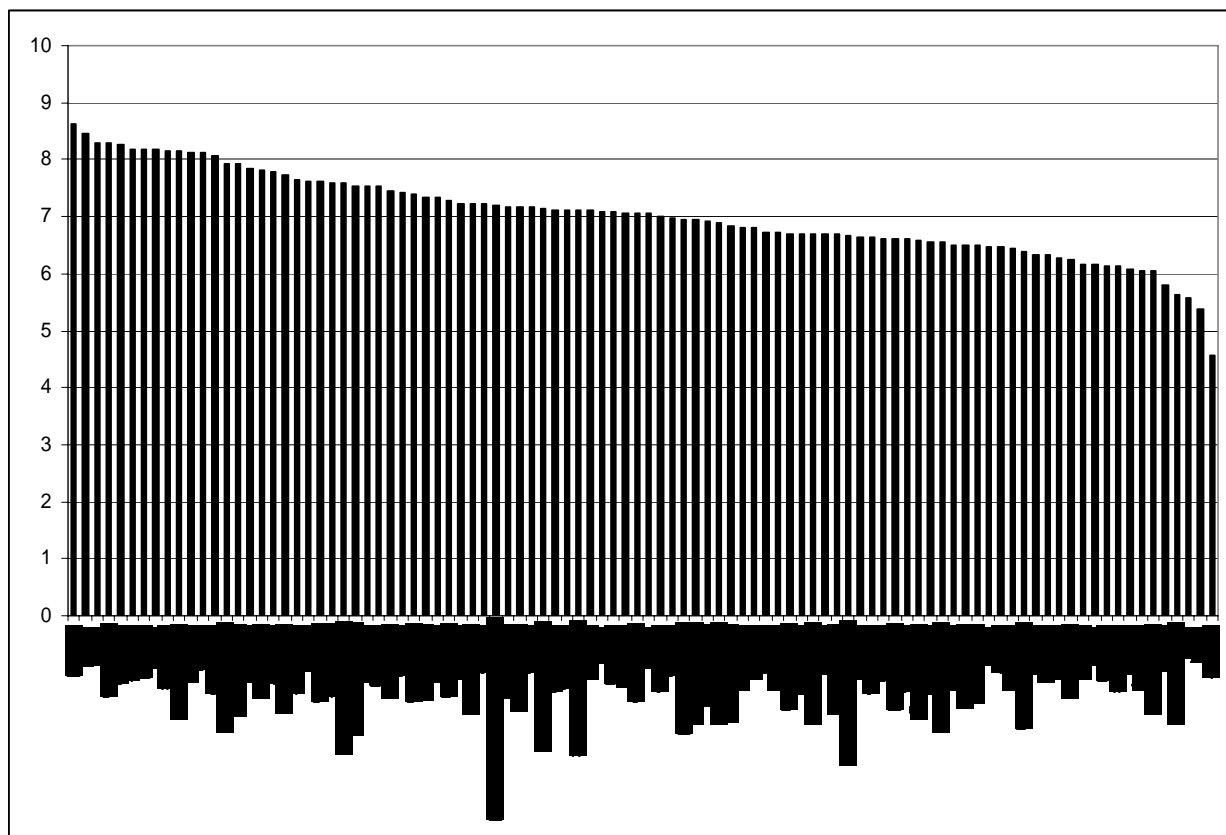


Kilde: Sygesikringsregistret.

Der kan konstateres variation i det gennemsnitlige antal kontakter på kommunalt niveau, jf. figur 7. Antallet af kontakter pr. borger på kommuneniveau varierer fra flere end 9 kontakter i Solrød Kommune samt i de små ø-kommuner Læsø og Fanø, mens antallet for en række kommuner er på knap 6. Nederst placerer Ishøj og Dragør kommuner sig med henholdsvis 5,4 og 4,6 konktakter pr. borger.



Figur 7. Kontakter pr. borger pr. kommune, 2007

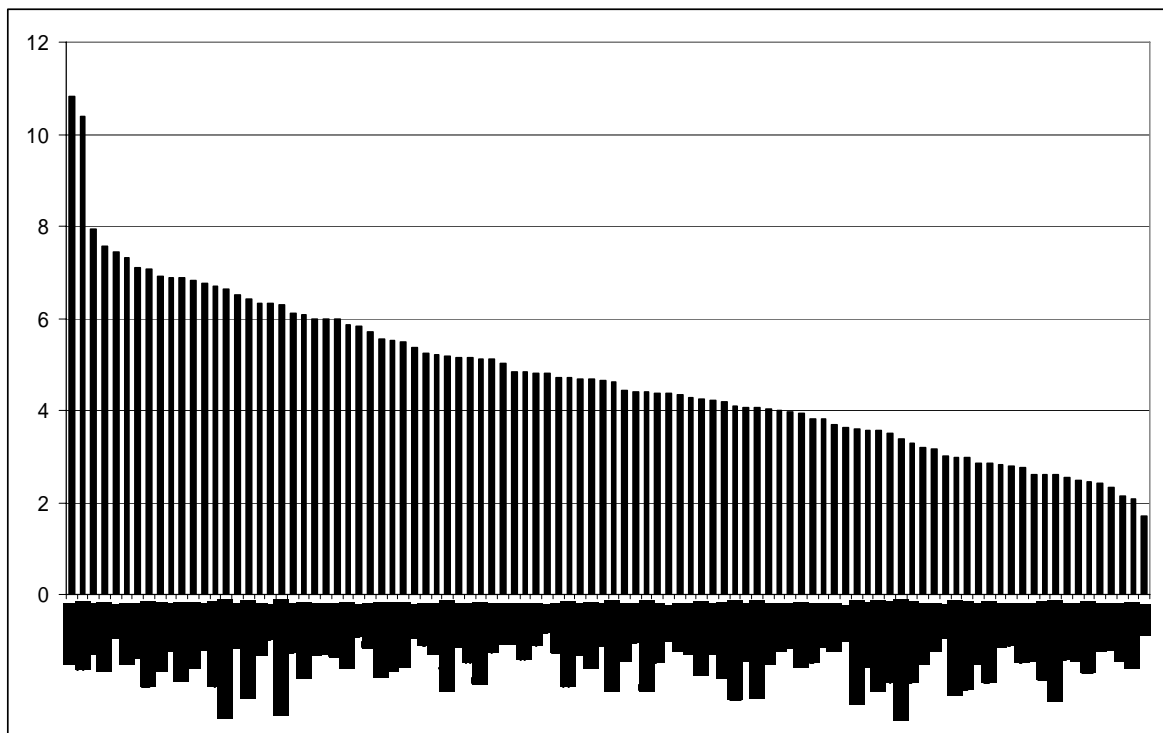


Kilde: Sygesikringsregistret.

Note: Tallene er alders- og kønsstandardiseret.

For antallet af tillægs- og laboratorieydelse pr. borger er der en større variation, jf. figur 8. I Middelfart og Nordfyns kommuner udføres mere end 10 tillægs- og laboratorieydelse pr. borger årligt, mens der i 16 kommuner, herunder særligt kommuner i Region Hovedstaden, udføres færre end 3 ydelse pr. borger. I Ishøj, Gladsaxe og Glostrup kommuner er antallet af tillægs- og laboratorieydelse godt 2.

**Figur 8. Tillægsydelse og laboratorieundersøgelser pr. borger pr. kommune, 2007**



Kilde: Sygesikringsregistret.

Note: Tallene er alders- og kønsstandardiseret.

### Vedr. afsnit 8.4.1 Basishonorering

Se afsnit vedr. socioøkonomisk differentiering af basishonorering.

**Figur 8. Sammenhæng mellem socioøkonomisk indeks og lægedækning, pr. kommune**

