

Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis

August 2023

Indhold

1. Resumé	4
2. Baggrund og formål	8
2.1 Formål med analysen	9
2.2 Afgrænsninger	10
2.3 Analysens design	10
2.4 Læsevejledning	11
3. Metode	12
3.1 Registerdata anvendt i den kvantitative analyse	14
4. Opgaveløsning og aftalt retning	15
4.1 Opgaveløsning i almen praksis	16
4.2 Udviklingsspor for almen praksis i overenskomster og fælles vision	16
5. Kortlægning af opgaveløsning i almen praksis	20
5.1 Opgaven for almen praksis, overordnet	21
5.2 Variation i anvendelse af kontaktformer og enkeltydelser	30
5.3 Nye ydelser	36
5.4 Bemanding og kompetencer i almen praksis	38
5.5 Tidsanvendelse på opgaver for henholdsvis læger, sundhedsfagligt personale og sekretærer	45
5.6 Arbejdsdeling og delegation	48
5.7 Tilgængelighed og åbningstider	54
5.8 Gatekeeper-funktion	62
5.9 Henvisninger	65
6. Snitflader og samarbejde	70
6.1 Sygehuse	71
6.2 Kommuner	77

7. Vurdering af opgaveløsning i almen praksis set i sundhedsreformperspektiv	84
7.1 Tovholderfunktion og øget ansvar for patientforløb	85
7.2 Lægedækning	89
7.3 Nye opgaver	93
7.4 Ensartet høj kvalitet	96
7.5 Patientperspektivet	98
7.6 Øget brug af praksispersonale	101
7.7 Differentieret indsats	103
7.8 Tættere samarbejde mellem almen praksis og kommuner	105

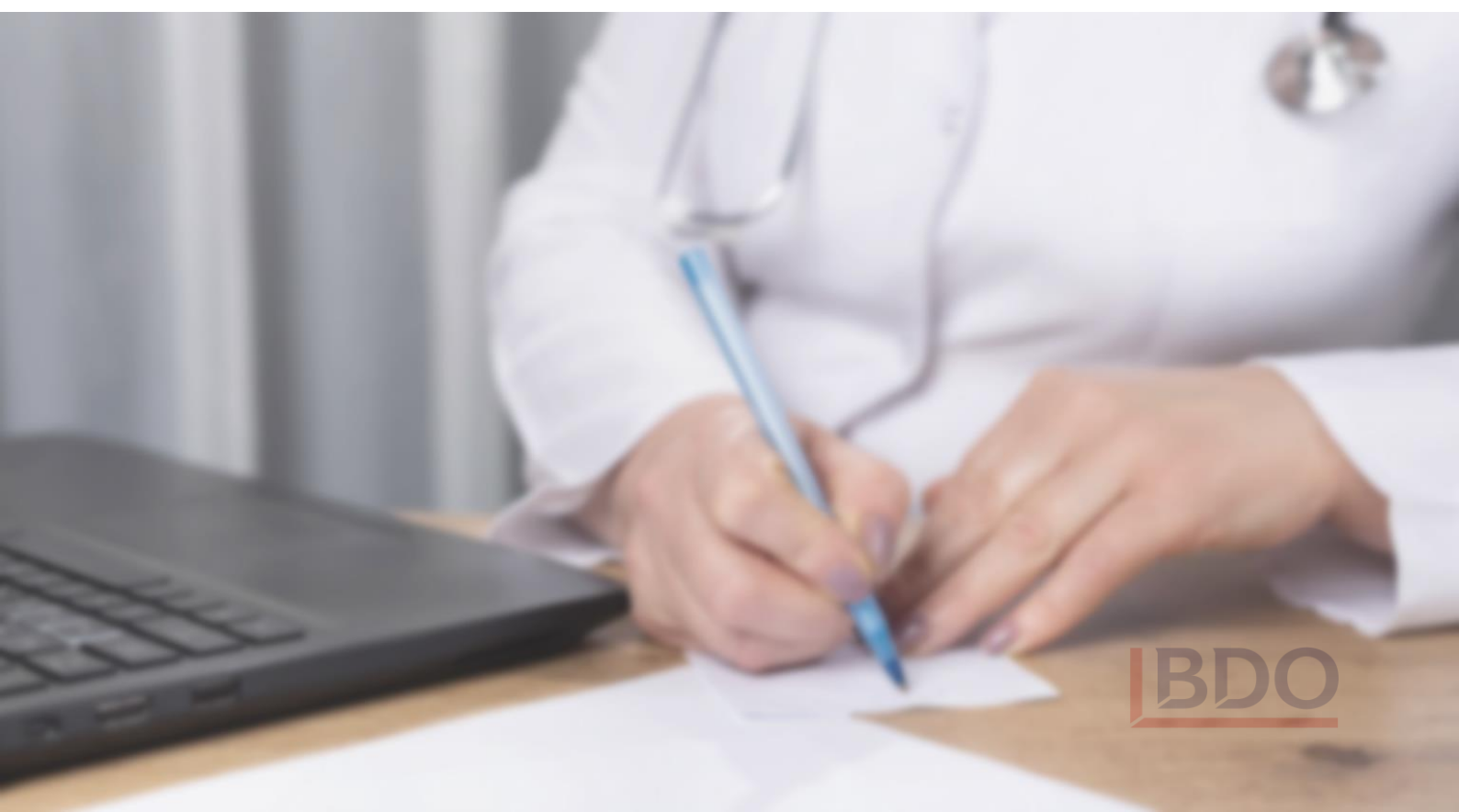
Bilag

Bilag 1: Metode

Bilag 2: Fakta - supplerende tal og grafer

Bilag 3: Deep Dive casebeskrivelser af 17 praksis

Bilag 4: Internationale inspirationscases



1. Resumé

Baggrund og metode

BDO har for Indenrigs- og Sundhedsministeriet kortlagt eksisterende praksis og udvikling i opgaveløsningen i almen praksis på relevante parametre med særligt fokus på nye funktioner og ydelser, som er indført med de seneste overenskomster samt tilgængelighed, gatekeeperfunktion, opgavevaretagelse og samarbejde med kommuner. Analysen har belyst variation og forskelle i opgaveløsningen med henblik på at identificere eventuelle barrierer for at indoptage nye opgaver.

Analyserammen omfatter en deskriptiv kortlægning af den nuværende situation i almen praksis, der etablerer et grundlag for at følge udviklingen fremadrettet. Dette suppleres med en såkaldt "gap-analyse", der fokuserer på forskelle mellem nuværende situation og aftalt retning og på barrierer og muligheder for at realisere aftalt retning.

Den aftalte retning for almen praksis er defineret med udgangspunkt i tre centrale dokumenter:

1. Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisations (PLO's) fælles vision for almen praksis i 2030.
2. De senest indgåede aftaler om fornyelse af Overenskomst om almen praksis, inklusiv ydelser og udviklingsspor fra 2017 og 2021.
3. Den politiske sundhedsreformtaftale fra maj 2022 med pejlemærker for almen praksis som led i omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Metodisk er opgaveløsningen og udviklingen heri kortlagt med anvendelse af en række kvantitative datakilder, herunder registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og henvisningsstatistik fra MedCom. De kvantitative data, som er opgjort på praksisniveau, dækker første halvår 2022 samt udviklingen fra 2017 til 2022. Derudover bygger kortlægningen blandt andet på en spørgeskemaundersøgelse udsendt til ca. 1600 praksis drevet på traditionel vis af praktiserende læger og ca. 50 andre praksis inkl. regionsklinikker. Opgaveløsningen er belyst kvalitativt gennem ca. 30 praksisbesøg og gruppeinterviews med repræsentanter for samarbejdspartnere fordelt på kommuner og sygehusfunktioner samt workshop med patientforeninger.

Udviklingen i rammerne for opgaveløsningen og i de tilbudte ydelser er desuden sammenholdt med erfaringer fra udvalgte sammenligningslande (Holland, Norge, Sverige og England), hvorfra der er indhentet viden om konkrete løsninger og inspirationscases.

Kortlægning af opgaveløsning i almen praksis

Alle borgere i Danmark har efter sundhedsloven som udgangspunkt ret til gratis behandling hos den valgte praktiserende læge. Kerneopgaven for almen praksis er at varetage rollerne som frontlinjelæge, generalist, gatekeeper og tovholder for de tilmeldte patienter. Almen praksis skal derudover være tilgængelig i dagstiden for patienter og samarbejdspartnere.

Udvikling i opgaveløsning

Udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis er overordnet præget af, at andelen af ældre patienter er stigende, og at kronisk sygdom, multisygdom og lettere psykiatriske tilstande optager mere tid. De praktiserende læger forventer, at denne udvikling fortsætter, og at det stigende samfundsmæssige fokus på borgernes sundhed og trivsel samtidig vil øge opgavemængden i almen praksis.

Nogle af de ydelser, der honoreres efter overenskomsten, skal samtlige praktiserende læger tilbyde (fx kronikerindsats), mens andre ydelser kan tilbydes (fx samtalerterapi). De nye ydelser, som er indført med den seneste overenskomst, der trådte i kraft den 1. januar 2022, (fx sundhedstjek til borgere på botilbud), anvendes i begrænset omfang og er fortsat under indfasning.

Variation og forskelle i opgaveløsningen

De praktiserende læger varetager samme funktion for de tilmeldte patienter og gør brug af samme ydelseskatalog. Kortlægningen har særligt belyst variation og forskelle i den konkrete opgaveløsning inden for de fastlagte rammer for tilbud, funktioner og ydelser på tværs af praksis.

Der er afdækket forskelle i opgaveløsningen på praksisniveau via de kvalitative interview og praksisbesøg samt i data om ydelser og tilmeldte patienter. Forskellene vedrører både indholdet i de leverede ydelser, den konkrete opgavevaretagelse og organisering af tilbuddet til patienterne, herunder bemanning, arbejdsdeling og personalets kompetenceprofil. Variation og forskelle har for det første sammenhæng med patientgrundlag, geografisk placering og rammebetingelser, herunder henvisningsmuligheder, dvs. udefrakommende faktorer. For det andet har de sammenhæng med forhold, som primært er styret af den/de praktiserende læge(-r)s præferencer, prioritering og beslutninger samt lægens individuelle forståelse af rollen som praktiserende læge og tilgangen til læge-patientrelationen.

Udvikling i patientgrupper og rammebetingelser

Antal lægekapaciteter og antal patienter har været relativt konstant fra 2017-2022, men den gennemsnitlige praksisstørrelse er stigende. I samme periode er patientsammensætningen ændret, idet andelen af ældre patienter er steget i alle kommunetyper. Andelen af ældre (+70-årige) og syge patienter er højest i praksis beliggende i oplands- og landkommuner, og det er også i disse områder, at stigningen har været størst. De lægedækningstruede områder er stort set alle beliggende i landkommuner.

Udvikling i registrerede aktiviteter

Den primære kontaktform i almen praksis er fysiske konsultationer, som samtidig er den kontaktform, hvor den registrerede anvendelse varierer mindst mellem praksis. Der er større spredning i praksis' registrering af e-konsultation og telefonkonsultation. Sammenlignet med konsultationsydelser ses en større variation i anvendelsen af særlige ydelsestyper såsom samtaleterapi og lungefunktionsmåling.

Antal sygebesøg har været stigende frem til 2021, hvorefter der er sket et mindre fald. Anvendelsen af sygebesøg varierer en del på tværs af praksis. Praksis i lægedækningstruede områder aflægger i gennemsnit færre sygebesøg pr. 100 +70-årige patienter sammenlignet med resten af landet.

Bemanning, kompetencer og tidsanvendelse

Cirka halvdelen af de personer, der arbejder i almen praksis, er læger (inkl. uddannelseslæger), mens den anden halvdel udgøres af praksispersonale, hvor de største faggrupper er sygeplejersker og lægesekretærer. Generelt er der sket en stigning i antallet af praksispersonale på ca. 20 % fra 2018 drevet af sygeplejersker og SOSU-personale. En gennemgang af praksis hjemmesider har kortlagt tilstedeværelse af læger og personale på tværs af praksis, hvilket har afdækket variation i kapacitet fra sundhedspersonale på tværs af regioner og kommunetyper. Eksempelvis at landkommuner har den højeste andel sekretærer og sundhedspersonale og den laveste andel læger og medicinstuderende.

Læger og sundhedspersonale bruger mest tid på konsultationer og opfølgning for borgere med kronisk sygdom, mens sekretærer bruger mest tid på reception, telefon og patientvisitation. Der er forskel på delegationsgraden på tværs af praksis. Udviklingen går i retning af øget delegation og opgaveløsning i teams, og en del praktiserende læger ser fortsat et potentiale i øget delegation til praksispersonale.

Tilgængelighed og åbningstider

Tilgængelighed og åbningstider er primært kortlagt via en gennemgang af information på almen praksis' hjemmesider. Almindelig dagåbent er defineret som kl. 08-16 på alle hverdage. Praksis tilbyder normalt tid samme dag ved akut behov, forudsat at patienterne ringer om morgenen. De fleste praksis er åbne for telefonisk kontakt og visitation i tidsrummet 8-12.30. Sen konsultation/udvidet åbningstid tilbydes i varierende grad, og der er betydelig forskel i brugen af videokonsultationer.

Gatekeeperfunktion og henvisninger

Almen praksis sender i prioriteret rækkefølge flest henvisninger til speciallæger, sygehuse og billeddiagnostiske undersøgelser. Det er primært speciallægehenvvisninger, der anvendes forskelligt set på tværs af kommunetyper, hvor almen praksis i landkommuner i lavere omfang henviser til speciallæger sammenlignet med praksis beliggende i øvrige kommunetyper.

Den kvalitative kortlægning har vist, at gatekeeperfunktionen udmøntes forskelligt på tværs af praksis, hvilket blandt andet har sammenhæng med lægernes risikovillighed samt oplevelsen af varierende adgang til vejledning og sparring med specialister i syghusektoren.

Mulighed for at indoptage nye opgaver

Almen praksis peger særligt på to forhold, som begrænser muligheden for at indoptage nye opgaver: Kapacitet og prioritering. Med kapacitet menes tid og ressourcer hos læger og praksispersonale, da de praktiserende læger og deres personale typisk allerede er fuldt booket. Kapacitet opleves at udgøre en begrænsning alle steder, og særligt i de lægedækningstruede områder. Fælles rammer for øget prioritering af almen praksis' ressourcer ud fra lægefaglig behovsvurdering anses af de praktiserende læger og deres personale som en forudsætning for at frigøre tid til opsøgende indsats over for risikopatienter, generel stigning i eksisterende opgavetyper og mulig indoptag af nye opgaver.

Analysen viser, at det særligt er bemanning, organisering og arbejdsdeling i den enkelte praksis, der påvirker opgaveløsningen i sektoren og muligheden for at indoptage nye opgaver. Eksempelvis er der varierende tilstedeværelse af praksispersonale med specialistkompetencer, ligesom udbredelsen og omfanget af delegering er forskellig.

Ensartet høj kvalitet

Det er en grundlæggende udfordring for kortlægning af variation i kvalitet mellem praksis, at BDO ikke har haft adgang til sammenlignelige data om kvalitet og patienttilfredshed. Kvalitet har derfor ikke indgået som sammenligningsparameter i kortlægningen, selvom der som nævnt er kortlagt variation og forskelle i bemanning og opgaveløsning, samtidig med at praksis har forskellig størrelse og rammevilkår. Lægerne fremhæver typisk, at efteruddannelse, faglige instrukser og vejledninger til personalet samt kontinuitet i patient-behandlerrelationen bidrager til ensartet høj kvalitet i almen praksis. Kvalitetsklynger beskrives af flertallet som et godt initiativ, der rummer potentiale på sigt.

Fordi den enkelte praksis selv definerer organisering, struktur og prioritering inden for den aftalte ydelsesramme, blandt andet under hensyntagen til lægens præferencer, klinikkens patientgrupper og øvrige rammebetingelser, vil patienternes oplevelse ud fra deres væsentligste kvalitetsparametre (tilgængelighed, sammenhæng via tovholderfunktion m.v.) kunne variere på tværs af praksis. I den relation bemærkes, at patientperspektivet som det er kortlagt i analysen tilsiger, at variation i opgaveløsning og kompetencer ikke nødvendigvis udgør en udfordring, så længe der er mulighed for at vælge mellem forskellige praksis, som tilbyder ensartet høj faglig kvalitet.

Snitflader og samarbejde

Snitflader og samarbejdsrelationer mellem almen praksis og sygehusfunktioner og mellem almen praksis og kommuner er belyst gennem survey, gruppeinterviews og workshops.

Sygehuse

Almen praksis oplever, at udredning og opfølgning i stigende grad skal foregå i regi af almen praksis, hvilket resulterer i en øget arbejdsmængde og kompleksitet. Adgangen til telefonisk og skriftlig rådgivning hos specialister på sygehuse betragtes som en forudsætning for, at flere opgaver kan løses i det nære sundhedsvæsen. Denne adgang er delvist til stede.

Begge parter oplever udfordringer med henvisningspraksis i forhold til disses relevans og indhold - herunder manglende dialog og vejledning i forbindelse med, at sygehuset afviser en henvisning. Således ser aktørerne muligheder i tættere dialog og samarbejde om procedurer for henvisninger.

Kommuner

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunale tilbud på ældreområdet vurderes af begge parter som overordnet velfungerende og i en god udvikling. Ordning med fast læge på plejehjem vurderes overordnet positivt og åbner mulighed for at styrke relationer og samarbejde generelt.

Visse kommuner og almen praksis oplever dog udfordringer med kommunikation og tilgængelighed i samarbejdet. Dette eksempelvis i forhold til adgang til direkte bagom-numre hos lægen, indhold i korrespondancer, snitflader og arbejdsdeling i forbindelse med medicin håndtering m.v. Både i kommuner og i almen praksis kan der være uklarhed om procedurer og forpligtelser ved akut behov. Begrebet ”akut behov” er desuden ikke entydigt defineret på tværs af sektorer. Samarbejdet med kommunale akutteams vurderes dog samstemmende positivt hos de praktiserende læger. De deltagende kommuner efterlyser generelt mere ensartede og forpligtende samarbejdsaftaler med de praktiserende læger i forhold til at skabe en større ensartethed i snitfladerne.

Der er ikke én indgang til kommunen på børne-, unge- og familieområdet, og samarbejdet er generelt mere sparsomt uden fælles indarbejdede systemer og procedurer, hvilket begge parter vurderer medfører usikkerhed om roller og ansvar. Ligeledes anses samarbejdet på socialområdet at være udfordret grundet manglende systematisk deling af information mellem sektorer og utilstrækkelige fælles proaktive og forebyggende indsatser målrettet borgere med problemstillinger som misbrug og psykisk sygdom. Variationer i de kommunale tilbud til disse patientgrupper påvirker og udfordrer ligeledes almen praksis.

Eksempler fra sammenligningslande

Eksempler på opgaveløsning og konkrete løsninger fra sammenligningslande afspejler, at lignende udfordringer og tendenser kan genfindes i Holland, England, Sverige og Norge. Analysen indeholder afslutningsvis en række inspirationscases fra disse lande med konkrete eksempler på indsatsområder, der illustrerer muligheder og veje til at realisere den ønskede retning for almen praksis.

Flere lande har valgt at tilføre kapacitet til at varetage en stigende opgavemængde og -kompleksitet ved at udvide bemanningen med støttepersonale i form af nye faggrupper, såsom terapeuter, farmaceuter/farmakonome og psykologer eller praksisassistenter med kompetencer inden for lettere psykiatri og mental sundhed. I England deles de pågældende medarbejdere mellem flere praksis via organisering i praksisnetværk.

Et andet gennemgående tema i de internationale inspirationscases er kvalitetsopfølgning på grundlag af ensartede standarder og indikatorer. Sverige har etableret platformen ”vårdenisiffror”, som gør det muligt at sammenligne vårdcentraler og danner grundlag for dialog om dataunderstøttet forbedringsarbejde. Den engelske standardkontrakt med de praktiserende læger indeholder ligeledes en række indikatorer for faglige indsatser og arbejdet med kvalitetsudvikling. I NHS-England er disse kombineret med en resultatafhængig honoreringsandel.

I Holland er der eksempler på, at muligheden for at løse flere opgaver i almen praksis styrkes, ved at de praktiserende læger har let og hurtig adgang til specialistrådgivning på sygehuse. I nogle tilfælde understøtter sygehusene almen praksis, ved at sygehuslægen kommer ud i klinikken og tilser patienter sammen med den praktiserende læge.

2. Baggrund og formål



BDO Advisory har for Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejdet denne analyse, der har til formål at afdække og belyse udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis på relevante parametre, blandt andet med fokus på nye funktioner og ydelser samt tilgængelighed, gatekeeperfunktionen og samarbejdet med kommuner. Herunder synliggøre eventuelle variationer og forskelle i opgaveløsningen og barrierer for indoptag af nye opgaver i almen praksis. En del af analysen har ligeledes inkluderet en sammenligning af opgaveporteføljen i almen praksis med sammenlignelige lande.

Kortlægningen af praksisformer er igangsat i forlængelse af den brede politiske aftale om en sundhedsreform fra maj 2022 (sundhedsreformaftalen), som indebærer en omstilling til det nære sundhedsvæsen. Afsættet for analysearbejdet er de udfordringer, der ligger i, at flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser betyder, at flere vil få behov for behandling, samt at der i fremtiden bliver færre i den arbejdsdygtige alder til at yde den nødvendige behandling, pleje og omsorg. For at imødekomme det stigende behov skal tilbuddene i det nære sundhedsvæsen - herunder i almen praksis - styrkes, så flere fremover kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet og med anvendelse af digitale løsninger.

Aftalen tager udgangspunkt i, at den praktiserende læge spiller en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen, og en stærk almen praksis er en afgørende forudsætning for, at den nødvendige omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen kan lykkes.

I fremtidens sundhedsvæsen er almen praksis fortsat borgernes hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet og udfylder roller som generalist, gatekeeper og tovholder. Almen praksis får dermed stor betydning for borgernes sundhed og for det samlede forløb på tværs af sektorgrænser. Ambitionen er at muliggøre omstilling til det nære sundhedsvæsen og øget opgaveløsning i almen praksis gennem bl.a. effektivt teamsamarbejde med praksispersonale, anvendelse af digitale løsninger og ensartet høj kvalitet. Opgaveløsningen i almen praksis og de praktiserende lægers tovholderfunktion skal understøttes gennem et styrket samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis, hvor de specialiserede kompetencer på sygehusene stiller sig til rådighed for aktørerne i det nære sundhedsvæsen, så unødvendige indlæggelser undgås gennem en rettidig, forebyggende indsats særligt målrettet risikopatienter.

Sundhedsreformen indebærer derfor også, at kapaciteten i almen praksis styrkes og udvides frem mod 2035, så udviklingen i almen praksis understøtter de praktiserende læger i at håndtere øget kompleksitet i opgaveløsningen. Samtidig forventes almen praksis at få et styrket patientansvar ved at påtage sig nye og flere opgaver i sundhedsvæsenet. Således er der et generelt ønske om at prioritere en stærk almen praksis, hvor kapaciteten anvendes bedst muligt - og som desuden kan aflaste hospitalerne og akutsystemet.

Behovet for opgaveløsning i almen praksis ændrer sig løbende i takt med nye behandlingsmetoder, ændringer i befolkningens sammensætning og sygelighed, den teknologiske udvikling og forandringer i sundhedsvæsenets samlede struktur og opgavedeling. Ændringerne manifesterer sig typisk i nye funktioner og ydelser i almen praksis indført via overenskomstaftalerne. Samtidig indebærer udviklingen af blandt andet kommunale sundhedstilbud og digitale løsninger til forebyggelse og egenomsorg, at der er opgaver, som det i mindre grad er fagligt meningsfuldt eller nødvendigt, at almen praksis bruger kapacitet på at løse.

Kortlægningen af opgaveløsningen i almen praksis og analysen af barrierer og muligheder for at indoptage nye opgaver bidrager til at give et kvalificeret grundlag for at vurdere, hvordan de politiske og faglige mål om almen praksis' rolle i et mere sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen bedst kan indfris.

2.1 Formål med analysen

Det overordnede formål med denne kortlægning og analyse af opgaveløsningen i almen praksis har været; 1) at få overblik over udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis, 2) at få indblik i almen praksis i forhold til tilgængelighed, varetagelse af gatekeeper-rollen og samarbejdet med kommuner og 3) at identificere variationer i opgaveløsningen i almen praksis, herunder barrierer og potentialer i forhold til at kunne løse nye opgaver, jf. aftaler og fælles vision for almen praksis.

Disse formål understøttes af en række succesfaktorer, som denne analyse skal opfylde:

- Etablere indsigt i den nuværende opgaveløsning og -varetagelse i almen praksis, inklusive estimeret ressourceanvendelse.
- Skabe overblik over udviklingen og variationer i opgaveløsningen i almen praksis på parametre som Nye opgaver, Delegering, Tilgængelighed, Gatekeeperfunktion og Samarbejde med kommuner og regioner.
- Sammenligning af opgaveløsning - og udviklingen heri - i almen praksis i Danmark med erfaringer fra udvalgte sammenligningslande.
- Give indblik i konkrete løsningsmuligheder gennem inspirerende cases fra ind- og udland.
- Identificere kvalificerede og nuancerede bud på barrierer og muligheder for at almen praksis kan indoptage nye opgaver.

2.2 Afgrænsninger

Udvikling i opgaveløsning i almen praksis er som udgangspunkt et bredt analysetema, og ingen roller og opgaver er på forhånd udelukket i kortlægningen, der afspejler aktørernes prioriteringer af væsentlige funktioner og indhold. I lyset af analysens baggrund og formål er foretaget følgende afgrænsninger:

- Betydningen af honorarsystem og økonomiske incitamenter ligger uden for denne kortlægning, blandt andet fordi der i samme periode er igangsat et analysearbejde i regi af honorarstrukturrådet.
- Analysen af aktivitet og implementering af nye ydelser er afgrænset til de perioder og ydelseskoder, der indgår i datasættet fra Sundhedsdatastyrelsen.
- Kortlægningen baseret på data er generelt begrænset af de tilgængelige datakilder. Eksempelvis har BDO ikke haft adgang til ICPC-koder (diagnosekoder), kvalitetsdata eller sammenlignelige patienttilfredshedsmålinger.

2.3 Analysens design

Analysen er gennemført ud fra nedenstående fase-opdelte struktur:

Figur 2.3a: Fasemodell



Designet har sikret et struktureret analyseforløb med klart definerede faser og velafgrænsede aktiviteter, hvor resultater og betragtninger løbende er drøftet og kvalificeret hos de rette interessentgrupper. De kvantitative og kvalitative analyseforløb har været planlagt og gennemført, så de gav størst mulig værdi i forhold til efterfølgende projektaktiviteter.

I kortlægningsfasen har der været gennemført en omfattende kortlægningsproces med både kvantitative dataanalyser og interview. Den kvantitative dataanalyse baserer sig på registerdata om bl.a. kapacitet og aktivitet i almen praksis, en spørgeskemaundersøgelse blandt almen praksis samt en gennemgang af hjemmesider for almen praksis med henblik på notering af bl.a. åbningstid og bemanning. Den kvalitative analyse baserer sig på data fra 30 praksisbesøg med interview af både læger og praksispersonale. Dertil er gennemført gruppeinterview med samarbejdspartnere fra fem kommuner og seks regionale hospitalsfunktioner samt interviews med udvalgte eksperter på området med fokus på opgaveløsning, opgavedeling, roller/ansvar og opgaveprioritering - samt indhentning af viden om opgaveløsning og udviklingen heri fra udvalgte sammenligningslande. De kvantitative og kvalitative datakilder er beskrevet i bilag 1.

I kvalificerings- og analysefasen er resultaterne fra kortlægningsfasen blevet kvalificeret og nuanceret. Kvalificeringen er foregået via afholdelsen af flere workshops med repræsentanter fra regionale hospitalsfunktioner, det kommunale ældre-, sundheds-, social- og familieområde, almen praksis og en bred vifte af interessentgrupper - herunder PLO, DSAM, private leverandører og flere patientforeninger. Resultaterne fra kortlægningen er herudover suppleret med indsigter fra dybdegående case-beskrivelser af udvalgte lægepraksis. Kvantitative og kvalitative datakilder er løbende koblet med henblik på at undersøge mulige kilder til variation mellem praksis på tværs af datamaterialet. Den samlede status for opgaveløsning i almen praksis i 2022 er holdt op imod ønsket retning i en gap-analyse.

Endelig er der gennemført en rapporteringsproces med kommentering fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt øvrige interessenter. I processen er der på baggrund af feedback fra ministeriet udarbejdet resuméer af rapportens hovedfund.

2.4 Læsevejledning

I analysens første del redegøres for baggrund, formål, metode og aftalt retning for opgaveløsningen i almen praksis fremadrettet.

Analysens andel del (kapitel 5) indeholder en samlet kortlægning af opgaveløsningen i almen praksis i 2022 baseret på kvantitative data, kvalitative data, spørgeskemaundersøgelsen til samtlige praktiserende læger samt gennemgang af almen praksis hjemmesider. Denne del redegør blandt andet for patientkontaktens form og indhold, læger og praksispersonales tidsanvendelse (afsnit 5.5) samt implementeringen af nye ydelser (afsnit 5.3) og andre opgaver, som de praktiserende læger og deres personale vurderer, ændrer sig eller stiger i omfang.

I analysens tredje del (kapitel 6) bredes fokus ud til en kortlægning af den del af opgaveløsningen, der sker i samspil med henholdsvis sygehusfunktioner og kommuner.

Hvert afsnit i kapitel 5 og 6 indeholder en kortfattet opsummering af hovedbudskaber, som er underbygget i selve afsnittet.

Den fjerde og afsluttende del (kapitel 7) indeholder en vurdering af opgaveløsningen sammenholdt med aftalt retning, herunder særligt barrierer og muligheder for at gennemføre den ønskede omstilling, styrke det nære sundhedsvæsen og indoptage nye opgaver.

Aktører med særligt forhåndskendskab til opgaveløsningen i almen praksis og intentionerne i sundhedsreformaftalen vil med fordel kunne springe direkte til vurderinger og konklusioner i kapitel 7.

3. Methode



BDO har, som en del af analysedesignet, anvendt en kombination af kvantitative og kvalitative metodikker som tilsammen har bidraget til et omfangsrigt datagrundlag, der danner grundlaget for denne rapport's resultater. For en nærmere beskrivelse af de anvendte kvantitative og kvalitative metoder henvises til bilag 1.

Parallelt med denne analyse af opgaveløsningen i almen praksis har BDO gennemført en kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis. Dataindsamlingen til de to analyser har i videst mulig udstrækning været koordineret med henblik på at begrænse ressourceforbruget for de involverede lægepraksis og øvrige samarbejdspartnere. Samtidig har den fælles dataindsamling sikret et fyldigt datamateriale med et nuanceret indhold, som har medvirket til at styrke og kvalificere resultater i begge analyser.

De kvantitative analyser har haft til formål både at belyse den nuværende situation, udviklinger og understøtte kvalitative pointer hvor muligt, mens de kvalitative analyser har bidraget med dybdegående, perspektiverende indsigter og nuanceringer samt oplevede fordele og ulemper hos de involverede aktører.

De anvendte metodikker er således udvalgt med henblik på at kunne supplere hinanden og derved etablere et sammenhængende og kvalificeret indblik i opgaveløsningen og -delegationen i almen praksis, herunder variationer og udviklingen heri, samt de opgavemæssige snitflader til kommuner og regioner.

Denne rapport indeholder således to typer af konklusioner og valideringer:



Databaserede konklusioner: Den kvantitative kortlægning er primært baseret på udtræk og bearbejdning af eksisterende datamateriale fra relevante registre og suppleret med øvrige datakilder. I visse tilfælde er data blevet sammenkoblet og krydset med henblik på at identificere mulige sammenhænge mellem data og disses udviklinger. Validiteten baseres på, at der anvendes dataudtræk fra anerkendte dataregistre - dog med de i bilag 1 angivne forbehold.

Som supplement til de eksisterende dataregistre er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige praktiserende læger. Outliers i survey-besvarelser er blevet sorteret fra inden databehandling, og der er foretaget et repræsentativitets-tjek baseret på fordeling af besvarelser på regioner.

Herudover har BDO foretaget en gennemgang af hjemmesider for almen praksis med det formål at afdække åbningstider for konsultationer, telefonisk åbningstid, bemanning mv. i almen praksis ud fra tilgængelige oplysninger på hjemmesider. De kvalitative metoder anvendt i analysen kan læses i bilag 1, afsnit 1-5.



Kvalitativt baserede konklusioner: Den kvalitative del af kortlægningen er baseret på udsagn, oplevelser og perspektiver fra de interessenter, der har deltaget i interviews i forbindelse med praksisbesøg og interviews. Validiteten er blevet sikret ved at gennemføre 30 semistrukturerede interview (primært individuelle) med praktiserende læger og 30 interview med praksispersonale i et bredt udsnit af praksis fordelt på geografi og praksisformer suppleret med deep-dive caseanalyser i 17 forskellige lægepraksis (bilag 3). En del læger har haft erfaring med at arbejde i udlandet. Endvidere er gennemført en række gruppeinterview med samarbejdspartnere i fem udvalgte kommuner og seks sygehusfunktioner. De kvalitative data er grupperet i en matrice og sorteret ud fra forekomst og væsentlighed. Derefter er overordnede observationer og delresultater kvalificeret via workshops med repræsentanter fra de centrale aktører. De kvalitative metoder anvendt i analysen kan læses i bilag 1, afsnit 6.

Ud over input fra læger og praksispersonale i almen praksis og gruppeinterviews med samarbejdspartnere er der gennemført interview med fageksperter og forskere og indhentet bidrag fra patientforeninger samt afholdte kvalificeringsworkshop med repræsentanter fra vigtigste interessentgrupper. Dette suppleret, hvor relevant, med data fra afholdt survey, kvantitative dataanalyser og resultater fra hjemmesidegennemgang (se bilag 1 for yderligere metodebeskrivelse).

3.1 Registerdata anvendt i den kvantitative analyse

Det primære datagrundlag for kortlægningen har været to datatabeller leveret af Sundhedsdatastyrelsen om henholdsvis kapacitet i almen praksis fra yderregistret og aktivitet (ydelser) fra sygesikringsregistret. Yderregistret indeholder ydernumre, som var aktive pr. 1. januar i 2017-2022. Disse data er suppleret med opgørelser fra regionerne om udbetalt basishonorar m.v.

Et ydernummer kan repræsentere en eller flere lægekapaciteter. En lægekapacitet defineres i yderregistret som en administrativ enhed, der anvendes til at regulere regionernes udbud af almen medicinske tilbud. Ifølge overenskomsten om almen praksis skal en kapacitet i udgangspunktet kunne varetage ca. 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer.

Det har præget den kvantitative analyse, at der er tale om et øjebliksbillede i et i øvrigt dynamisk felt, hvor praksis løbende skifter ejere og praksisform, bliver splittet op eller slået sammen, individuelle speciallæger skifter status fra ejer til ansat eller omvendt, praksis åbner og lukker for patienttilgang m.v. Deep-dive-analyserne indikerer, at oplysningerne i yderregistret ikke altid er opdateret.

De kvantitative analyser må derfor tages med forbehold for, at virkelighedens praksis ikke altid er lig med de oplysninger, der er opført i yderregistret. Det overordnede billede vurderes at være retvisende. Antal patienter fordelt på ydernumre vurderes at være valide, da de opdateres løbende i forbindelse med patienternes lægevalg, og patientantallet anvendes til kvartalsvis udbetaling af basishonorar.



4. Opgaveløsning og aftalt retning



I dette kapitel præsenteres først almen praksis funktion og opgaver som en central del af det samlede, offentlige sundhedstilbud i Danmark som indledning til den efterfølgende kortlægning. Dernæst følger en temaoptaget gennemgang af de udviklingsspor og mål for opgaveløsningen i almen praksis fremadrettet, også kaldet ”aftalt retning”, som der er enighed om mellem repræsentanterne for det offentlige sundhedsvæsen og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

4.1 Opgaveløsning i almen praksis

De praktiserende læger har en central funktion som patientens primære indgang til sundhedsvæsenet og udfylder roller som frontlinjelæge, generalist, gatekeeper og tovholder for de tilmeldte patienter. Opgavemængden er varieret, idet patienterne henvender sig til almen praksis med en række forskellige helbreds- og trivselsrelaterede problemstillinger.

Rollen som generalist og indgang til sundhedsvæsenet indebærer en vedvarende strøm af henvendelser fra patienter, pårørende og samarbejdspartnere hver dag, særligt i starten af ugen og først på dagen, hvor de fleste kontakter finder sted. Henvendelserne skal visiteres, og det sker enten af lægen i telefontiden eller af praksispersonalet, som bemander receptionen/passere telefon og screener indkomne e-mails. Patienterne kan også selv booke en tid, idet lægerne som udgangspunkt skal tilbyde elektronisk tidsbestilling.

De aktiviteter, der udføres i almen praksis, er primært aftalt i Overenskomst om almen praksis, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO suppleret med lokale aftaler, men også fastsat ved lovgivning og ved andre nationale aftaler om fx vaccination. Overenskomsten indeholder blandt andet krav til åbningstid, kontaktformer, ventetid, dokumentation, kvalitet og IT.

I kortlægningen har vi anvendt begrebet ”kerneopgaven” som betegnelse for den faglige opgave, den praktiserende læge varetager i enhver lægepraksis uanset geografi, størrelse og henvisningsmuligheder. Kerneopgaven indebærer at vurdere den enkelte patients udrednings- og behandlingsbehov (diagnostik) ud fra et helhedssyn på patientens situation, tilstand og i samarbejde med patient/familie.

Opgaverne med udredning, rådgivning og behandling er varierede og spænder bredt fra rådgivning af raske borgere om fx prævention til behandling af alvorligt syge eller skrøbelige patienter i længerevarende forløb i samarbejde med specialiserede sygehusafdelinger og kommunale plejetilbud. En stor del af opgaveporteføljen er uændret over tid, mens der også er opgaver, som ændrer sig løbende i takt med tendenser i samfundet, nye udrednings- og behandlingsmuligheder og ændrede behov hos de individuelle patienter.

De grundlæggende funktioner varetages i alle aktive lægepraksis, der har patienter tilmeldt. Derudover efterlader overenskomsten rum for variation i måden, tilbuddet tilrettelægges og prioriteres på. Særligt har lægen mulighed for at delegerer opgaver til praksispersonale. Arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale påvirker opgaveløsningen og skaber kapacitet til at varetage nye opgaver og imødekomme den generelt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser, der blandt andet kommer fra aldring og nye behandlingsmuligheder.

En del af formålet med denne kortlægning og analyse er at undersøge, hvordan opgaverne og opgaveløsningen ændrer sig i almen praksis samt variation i opgaveløsningen på tværs af lægepraksis.

4.2 Udviklingsspor for almen praksis i overenskomster og fælles vision

I analysen sammenholdes opgaveløsningen i almen praksis i 2022 med den ønskede udvikling som beskrevet i de seneste overenskomstaftaler og i Danske Regioner og PLO's fælles vision for almen praksis i 2030. ”Aftalt retning” defineres i analysen som de udviklingsspor og mål, der fremgår af disse dokumenter. Kortlægningen udgår altså af fælles aftaler, som de vigtigste aktører og interessenter på området har indgået. Overenskomstaftalerne er som nævnt konkret udmøntet i nye funktioner og ydelser, og her antages aftalt retning at indebære, at almen praksis skal implementere og anvende nye ydelser, fx ved at den enkelte lægepraksis udfører ydelserne helbredstjek på kommunale botilbud for samtlige relevante borgere, som er tilknyttet deres praksis. For en uddybende gennemgang af de konkrete delelementer i ”aftalt retning” henvises til de nævnte dokumenter.

Indenrigs- og sundhedsministeriet har særligt ønsket en kortlægning af eventuelle barrierer og forudsætninger for at ”indoptage nye opgaver”. Dette relateres i analysen til sundhedsreformaftalen, der indeholder en politisk ambition om en generel omstilling til det nære sundhedsvæsen i sammenhæng med, at kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen styrkes.

4.2.1 Vision for almen praksis i 2030

Danske Regioner og PLO’s fælles vision for almen praksis fastslår indledningsvist, at kapaciteten i almen praksis skal øges frem imod 2030, både med læger og praksispersonale, med henblik på at flere klinikker kan have åbent for tilgang. Klinikkerne skal tilpasse sig patienternes forskellige behov, og borgerne skal kunne vælge læge ud fra egne præferencer. Visionen omfatter således at sikre lægedækning og valgmuligheder set ud fra et **patientperspektiv**.

Gatekeeper-rollen skal fortsat prioriteres, og derudover skal tovholderfunktionen udvides, ved at almen praksis får endnu større ansvar for det samlede patientforløb. Resten af sundhedsvæsenet skal hjælpe almen praksis til at udfylde tovholderrollen. Det indebærer, at **sygehusene står til rådighed med specialistrådgivning**, diagnostiske funktioner og mulighed for at henvise til en hurtig specialistanalyse i ambulatoriet med kort ventetid (subakut ambulatorietid).

Den samlede patientgruppe skal opleve, at **tilgængeligheden** til almen praksis generelt forbedres, blandt andet gennem øget brug af digitale konsultationsformer. Derudover skal øget tilgængelighed sikres ved, at flere opgaver udføres af praksispersonalet. Lægen/lægerne sikrer som leder af klinikken, at praksispersonalet har de rette kompetencer og værktøjer til at varetage en større del af patientkontakterne. Omvendt skal lægerne fokusere på de patienter med størst behov, hvor lægens indsats kan gøre den største forskel.

Den fælles vision for almen praksis bygger på den **populationsbaserede tilgang**, hvor den praktiserende læger ikke kun forholder sig til de individuelle patienter og familier, der henvender sig, men også bruger data til at danne et samlet overblik over det relevante almenlægefaglige tilbud til hele gruppen af tilmeldte patienter på listen. Tilgangen lægger op til at differentiere indsatsen, så ressourcestærke og raske patienter i højere grad får tilbud ved praksispersonale suppleret med støtte til egenomsorg, mens lægen giver øget fokus til patienter, der vurderes at være i højrisiko for at blive syge eller mere syge, herunder de patienter, der sjældent er i kontakt med almen praksis. Dette indebærer en udvidelse af den traditionelle, reaktive arbejdsform, hvor almen praksis stiller sig til rådighed i åbningstiden for borgere og samarbejdspartnere.

Almen praksis udgør i 2030 en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. I samspillet med kommunale tilbud indebærer visionen, at almen praksis er **tilgængelig for personalet i kommunale tilbud** såsom i ældreplejen. Omvendt vil kommunens medarbejdere kunne aflaste almen praksis for tidskrævende opgaver med sygebesøg ved at fungere som den praktiserende læges hjælpere ”arme og øjne” ude hos syge borgere, der ikke selv kan transportere sig til klinikken.

I relation til at sikre ensartet høj kvalitet i almen praksis indgår det i visionen, at alle klinikker deltager i **kvalitetsklyngerne**, som har været med til at reducere uønskede forskelle imellem lægepraksis.

4.2.2 Overenskomstaftaler

Udmøntningen af den fælles vision sker primært gennem de regelmæssige overenskomstaftaler, der indgås med få års mellemrum, hvor PLO, regionerne og KL udvikler kontrakten mellem de privatpraktiserende læger og det offentlige sundhedsvæsen. Overenskomstforhandlinger resulterer ofte i nye ydelser og honorarer samt opdatering af forventningerne til det tilbud, almen praksis skal stille til rådighed som en forudsætning for at have patienter tilmeldt og modtage basishonorar.

Retningen for opgaveløsningen i almen praksis i samspil med det øvrige sundhedsvæsen som beskrevet i den fælles vision blev særligt lagt i overenskomstaftalen fra 2018 med opfølgning i 2021. De seneste to aftaler har særligt haft fokus på almen praksis’ roller og opgaver vedrørende ældre, kronisk sygdom og ulighed i sundhed.

Ældre

Aftalen fra 2018 indeholdt flere tiltag for at styrke det tværsektorielle samarbejde om at sikre kvalitet og sammenhæng for ældre patienter og undgå genindlæggelser. Aftalen indeholdt en sygebesøgsopgave med opprioritering af sygebesøgsopgaven i hjemmet og på akutpladser. Det blev aftalt at styrke opfølgningen ved sektorovergange blandt andet gennem kodning af epikriser med rød, gul og grøn og via digital kommunikation mellem sektorer, herunder særligt mellem kommuner og almen praksis. I 2021 blev dette fulgt op med en aftale om plejehjemslægefunktion og lægefagligt samarbejde med kommunale akutfunktioner.

Kronisk sygdom og multisygdom

Programmet for KOL og diabetes type 2 indebar i aftalen fra 2018 en egentlig opgaveoverflytning fra sygehusambulatorier til almen praksis, som forpligtede sig til at styrke ansvaret og opgavevaretagelsen for de to patientgrupper samt patienter med begge sygdomme. Omvendt skulle sygehusene stille specialiserede rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis. Aftalen blev ledsaget af en ny honoreringsaftale med et fast årligt kronikerhonorar. Derudover skulle de praktiserende læger generelt opbygge kapacitet til en styrket indsats for patienter med kronisk sygdom, blandt andet gennem forløbsplaner og tidlig opsporing af lungesygdom. Kronikerprogrammet blev i 2021 fulgt op af et udviklingsspor om at styrke almen praksis' tovholderrolle for patienter med multisygdom, herunder gennem en mere fokuseret og tværfaglig indsats.

Ulighed i sundhed

I 2018 blev det aftalt, at almen praksis skal bidrage til at sikre større lighed i sundhed gennem den populationsbaserede tilgang, hvor lægens indsats skal afspejle den enkelte patients risikoprofil. Der blev indført differentiering af en del af basishonoraret ud fra bl.a. patienttyngde som led i en udvikling, hvor almen praksis' indsats især skulle rettes mod de svært syge og de socialt udsatte borgere med særlige behov. I 2021 blev indsatsområdet yderligere forstærket gennem introduktion af nye enkeltydelser målrettet sårbare børn/familier, sundhedstjek til borgere på botilbud og fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom.

Kapacitetsudnyttelse gennem øget brug af praksispersonale

Som udgangspunkt sikrer overenskomsten incitament til at delegere opgaver til praksispersonale, idet ydelserne honoreres ens, uanset hvem der udfører dem. Tendensen i overenskomsttaftalerne går i retning af at fjerne begrænsninger for at delegere specifikke ydelser til praksispersonale. Samtaleterapi er eksempel på en af de få ydelser, der fortsat er forbeholdt læger i almen praksis.

4.2.3 Sundhedsreform og omstilling til det nære sundhedsvæsen

Kortlægningen af opgaveløsning i almen praksis tager udgangspunkt i, at almen praksis som led i at realisere sundhedsreformaftalen skal være i stand til at indoptage nye opgaver. Dette er for det første begrundet i, at mængden af eksisterende opgaver forventes at stige samtidig med, at der er behov for at sikre tilstrækkelig kapacitet i hele landet, inklusive i de lægedækningstruede områder. For det andet anses det for en væsentlig forudsætning for at realisere sundhedsreformaftalen, at almen praksis har kapacitet til nye opgaver, idet almen praksis forventes at skulle bidrage til en udvikling, hvor opgaver flyttes fra sygehusregi og ud i det nære sundhedsvæsen tættere på borgerne med mulighed for at sikre mere kvalitet og sammenhæng i de samlede patientforløb ud fra LEON-princippet.

Del 2

5. Kortlægning af opgaveløsning i almen praksis



Kapitel 5 indeholder en faktuel, overordnet kortlægning af opgaveløsningen i almen praksis i 2022 og udviklingen i opgaveløsningen i perioden 2017-2022 på relevante parametre. Kortlægningen er baseret på kvantitative data bestående primært af forskellige offentlige registre suppleret med den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger. Kortlægningen omfatter strukturelle forhold, herunder patienternes aldersprofil, aktivitet i form af registrerede ydelser, bemanning, tidsanvendelse, delegation til praksispersonale og henvisningspraksis. Kvalitative data fra gennemførte interview, workshops og praksisbesøg herunder deep-dive caseanalyser anvendes til at udfolde og nuancere udvikling og variation inden for det enkelte tema, fx bemanning og arbejdsdeling. De kvalitative data bidrager således til at tolke og rammesætte den udvikling og variation, der kan underbygges med tal og data.

5.1 Opgaven for almen praksis, overordnet

I afsnittet kortlægges på et overordnet niveau udvikling og variation i væsentlige rammer for opgaveløsning i almen praksis generelt og set på tværs af geografiske områder med særligt fokus på rammevilkår og opgavemæssig tyngde.

Opgaven for den enkelte lægepraksis har sammenhæng med antallet af tilmeldte patienter og behovet hos patientpopulationen i lyset af de øvrige muligheder og tilbud i området. Behovet afhænger blandt andet af patientpopulationens alder og sygelighed. Disse forhold kan også beskrives som strukturelle rammebetingelser for en almen lægepraksis, der påvirker opgaveløsningen og muligheden for at varetage nye opgaver.

Følgende sammenligningsparametre er anvendt i analysen af geografiske forskelle i opgaveløsningen:

- Kommunitype
- Region
- Lægedækningstruet vs. ikke-lægedækningstruet område

I kortlægningen er der truffet et analytisk valg om fortrinsvis at gruppere praksis efter kommunitype. Valget er truffet ud fra den grundantagelse, at kommunitype er mere egnet til at kategorisere rammebetingelserne for opgaveløsningen i almen praksis både med hensyn til patientgruppens sammensætning og strukturen af sundhedsvæsenet, herunder geografiske afstande, end alternative grupperingsmuligheder såsom region eller praksisform. Kommunityper er defineret ifølge Danmarks Statistik, som opererer med typerne: Hovedstads-, storby-, provinsby-, oplands- og landkommune.

Hovedbudskaber afsnit 5.1

Alle praksis har som overordnet kerneopgave at varetage funktioner som generalist og frontlinjelæge, gatekeeper og tovholder for de tilmeldte patienter.

Opgavesammensætningen og den opgavemæssige tyngde for den enkelte praksis påvirkes blandt andet af patientgruppens sammensætning, herunder særligt andelen af ældre og syge patienter tilmeldt praksis.

Praksis beliggende i hovedstads- og storbykommuner har i gennemsnit den laveste andel ældre og syge, mens praksis i oplands- og landkommuner har den højeste andel. Praksis beliggende i lægedækningstruede områder har den højeste andel ældre og syge patienter.

Antal lægekapaciteter og antal patienter har været relativt konstant siden 2017, men patientsammensætningen er ændret, idet ældre patienters andel af almen praksis' samlede patientgruppe er steget i alle kommunetyper.

Lægepraksis i oplands- og landkommuner og i lægedækningstruede områder har generelt mere komplekse og tidskrævende opgaver end læger i hovedstads- og storbykommuner, og samtidig er andelen af ældre patienter steget mest siden 2017 i disse områder.

Praksisstørrelsen opgjort som antal patienter pr. praksis er steget i alle kommunetyper. Praksis beliggende i storby-kommuner har flest patienter pr. lægekapacitet, mens praksis i oplandskommuner har færrest.

Ændringer i opgaveporteføljen kan enten introduceres gennem nye aftaler i forbindelse med overenskomstforhandlinger eller opstå glidende som konsekvens af udviklingstendenser i samfundet. Fremover er det de praktiserende lægers forventning, at opgaver vedrørende multisygdom, sårbare ældre samt let psykiatri/mental sundhed vil stige.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen vurderer et flertal af læger, at der de kommende år er behov for, at almen praksis prioriterer og bruger mere tid på patienter med multisygdom (86 %), sårbare ældre (82 %) samt mental sygdom/psykiske lidelse (74 %).

5.1.1 Kerneopgaven i almen praksis

Generalist og frontlinjelæge

Det indgår i kerneopgaven for almen praksis at være den primære og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet og behandle hovedparten af sygdomme i befolkningen. Dette indebærer at vurdere og håndtere et større antal relativt ukomplicerede henvendelser fra patienterne. Henvendelserne kan være planlagte eller omhandle et "akut problem", der skal vurderes hurtigt. Ukomplicerede henvendelser kan eksempelvis omfatte hudsygdomme, smerter fra bevægeapparatet, infektioner og lignende hos børn og voksne. Opgaven for almen praksis er her at vurdere et stort antal henvendelser så sikkert og effektivt, som muligt. De fagligt ukomplicerede kontakter om problemer hos ellers raske patienter kan afvikles hurtigt via telefon, video eller kort fysisk konsultation på 5-10 minutter. Der er typisk tale om velafgrænsede problemstillinger eventuelt med opfølgning i form af en planlagt konsultation eller telefonisk kontakt.

Opgaverne vedrørende disse henvendelser påvirkes blandt andet af patienternes sociale profil og beskæftigelsessituation, såsom behov for undersøgelser og attester bestilt af kommuner, uddannelsesinstitutioner eller arbejdsgivere samt diagnostiske undersøgelser til vurdering af, om et barn kan komme i dagtilbud.

De praktiserende læger beskriver det ofte som kernen i deres opgave at vurdere et stort antal patienter, hvoraf de fleste grundlæggende er relativt raske eller ukomplicerede, for at identificere de individer, der potentielt fejler noget alvorligt. Det er den del af kerneopgaven, der ligger højest i deres bevidsthed.

Gatekeeper

En af de primære roller er de praktiserende lægers funktion som såkaldt gatekeeper. Gatekeeper-rollen indebærer følgende:

- Sikre udredning og behandling af rette borgere det rette sted: Som gatekeeper sikrer almen praksis, at borgere, hvor det vurderes lægefagligt relevant, henvises til udredning eller behandling hos rette sted i sundhedsvæsenet. Borgeren henvises typisk fra almen praksis til udredning og behandling på eksempelvis regionale sygehuse, speciallæger, fysioterapeuter, psykologer og andre sundhedsprofessionelle.
- Sortere i forhold til ny udredning og behandling: Gatekeeperfunktionen betyder samtidig, at almen praksis forventes at tage et samfundsansvar ved at sikre at borgere - ud fra en lægefaglig vurdering - ikke henvises unødigt til ny udredning og/eller behandling hos øvrige sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet. Dette i de tilfælde, hvor udredning og behandling ikke vurderes gavnligt eller relevant ud fra et lægefagligt perspektiv - uanset om behandlingen er offentligt finansieret eller betales via en sundhedsforsikring.
- Afslutte igangværende behandling: Endelig er det også som gatekeeper, at den praktiserende læge i samråd med borgere og pårørende stopper igangværende udredning og behandling. Det kan være, fordi borger ikke længere har behov herfor, og/eller alternativt at yderlige udredning og behandling ikke længere lægefagligt vurderes at have gavnlige effekt for borgeren, herunder at fortsat undersøgelse og behandling lægefagligt er meningsløs (eks. at borger ikke længere kan holde til behandlingen).

De interviewede læger og praksispersonaler vurderer generelt set, at rollen som gatekeeper er væsentlig i forhold til at sikre et sundhedsvæsen, hvor ressourcerne anvendes bedst muligt. Generelt er aktørerne i almen praksis bevidste om vigtigheden af, at de tager ansvar for at prioritere, hvilke borgere der skal/ikke skal henvises videre, særligt henset de kapacitetsmæssige udfordringer, der opleves i alle dele af sundhedsvæsenet. Det er en opgave, som både læger og praksispersonale forbinder med kerneopgaven for almen praksis.

Tovholderfunktion i tværsektorielle forløb

Nogle patienter modtager behandling i det specialiserede sundhedsvæsen i længerevarende forløb, hvor almen praksis har til opgave at følge op og sikre koordinering og sammenhæng. Der kan være tale om, at patienten i perioder er tilknyttet et sygehusambulatorium og i andre perioder den praktiserende læge. Gruppen omfatter typisk patienter med kronisk, ofte progressiv og/eller alvorlig sygdom, fx kræft. For disse patienter indebærer den praktiserende læges rolle som tovholder telefonisk og skriftlig kommunikation med samarbejdspartnere i kommuner, sygehuse og øvrig praksissektor.

5.1.2 Opgavemæssig tyngde

Samtlige praksis på tværs af geografi og praksisform har samme funktion for de tilmeldte patienter som frontlinjelæge, generalist, gatekeeper og tovholder. Indholdet i de leverede ydelser og faglige opgaver, der løses i den enkelte praksis, afhænger imidlertid af behovet hos de tilmeldte patienter og adgangen til øvrige sundhedstilbud.

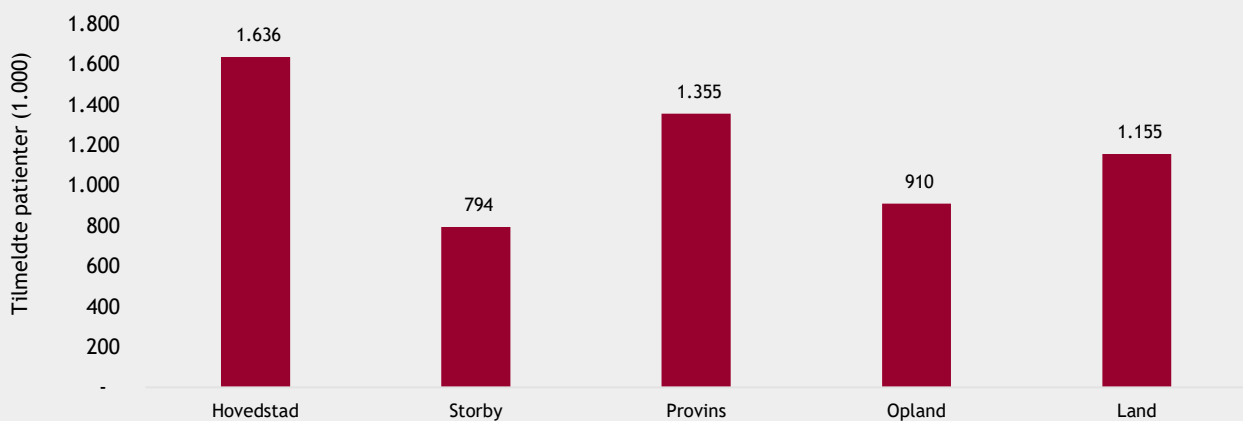
Andelen af ældre, patienter med kronisk sygdom og multisygdom samt socialt udsatte har i særlig grad betydning for opgaveløsningen for læger og praksispersonale. Det vurderes bredt set, at opgaver vedr. ældre, multisyge og andre patienter med komplekse problemstillinger, såsom misbrugsproblemer evt. i kombination med psykisk sygdom, er mest tidskrævende. Konsekvensen er, at opgavemængde og tidsforbrug vedrørende de udførte konsultationer i en almen praksis afhænger af andelen af ældre og multisyge.

En anden væsentlig faktor for den enkelte praksis er andelen af patienter, hvor kommunikationen er udfordret, enten fordi de ikke taler dansk eller af andre årsager, fx psykisk sygdom, misbrug m.v. Denne type patienter er sammen med ældre og multisyge ifølge læger og praksispersonale med til at øge den opgavemæssige tyngde.

Den gennemførte kortlægning omfatter kvalitative deep-dive caseanalyser i 17 forskellige lægepraksis rundt om i landet. Disse er vedlagt analysen som Bilag 3 og illustrerer variationen og bredden i patientgrupper og rammebetingelser fra mindre solopraksis i storby til større regionsklinik i lægedækningstruet landdistrikt. I nogle områder af landet er konsultationerne præget af, at patienterne har mange, alvorlige og sammensatte problemer og brug for bistand til at koordinere aftaler (se fx case nr. 15), mens patienterne andre steder henvender sig om specifikke symptomer og problemer med konkrete forventninger til udrednings- og behandlingsmuligheder, som de har undersøgt på forhånd (se fx case nr. 7). Begge opgavetyper stiller krav til indretningen af og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud.

Figur 5.1.2a viser tilmeldte patienter på tværs af kommunetyper, som er en kategori, der anvendes i kortlægningen af opgaveløsning i almen praksis.

Figur 5.1.2a: Patienter fordelt på kommunetyper 2022 (i 1.000)

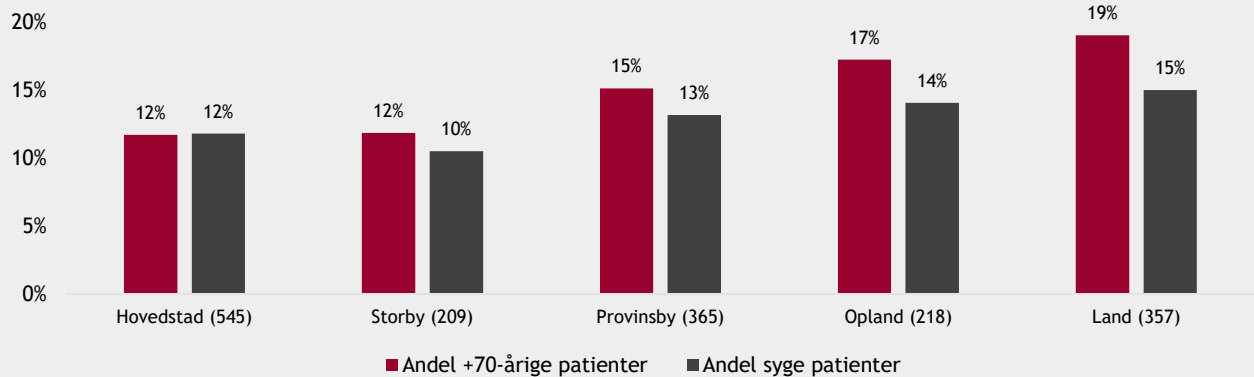


Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Antal praksis angivet i parentes. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper, 2018.

BDO har undersøgt patientprofilen på tværs af geografi. Konkret er dette gjort ved, at BDO har sammenlignet andelen af +70-årige patienter og syge patienter på tværs af kommunetype og lægedækningstruede vs. ikke-lægedækningstruede områder. Andel syge patienter er målt via Charlson's Comorbidity Index (CCI), som er et klassifikationsindeks til at måle patienters niveau af sygdom ud fra deres kroniske - diagnosticerede - tilstande. Målet for CCI er beskrevet i bilag 1, afsnit 1.1

Figur 5.1.2b nedenfor viser, at praksis beliggende i hovedstads- og storbykommuner i gennemsnit har den laveste andel ældre og syge, mens praksis i landkommuner har den højeste andel. Dette giver et billede af, at den geografiske placering af praksis har betydning for de rammer, hvorunder opgaveløsningen finder sted.

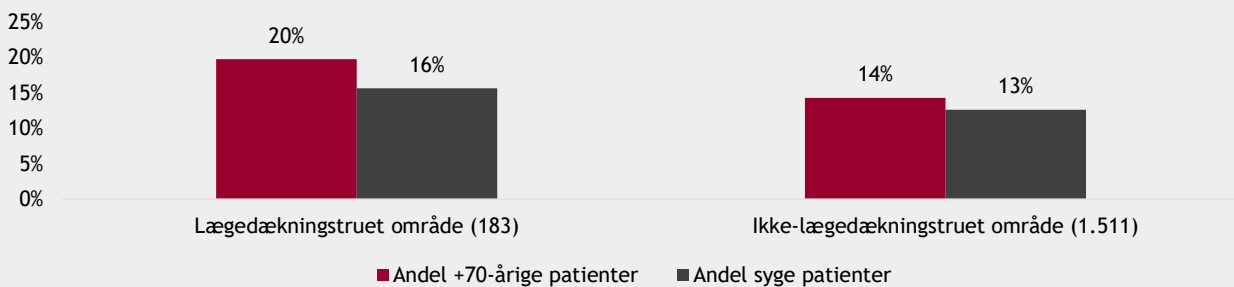
Figur 5.1.2b: Andel ældre og syge fordelt på kommunetype



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper, 2018. Antal praksis i parentes. Begrebet 'syge' dækker patienter med hhv. lav, mellem og høj sygelighed opgjort ifølge Charlson's Comorbidity Index. Se bilag 1, afsnit 1.1.1

I forlængelse heraf viser figur 5.1.2c, at praksis i lægedækningstruede områder i gennemsnit har en større andel ældre og syge patienter end praksis i områder, som ikke er lægedækningstruede. De lægedækningstruede områder er stort set alle beliggende i landkommuner.

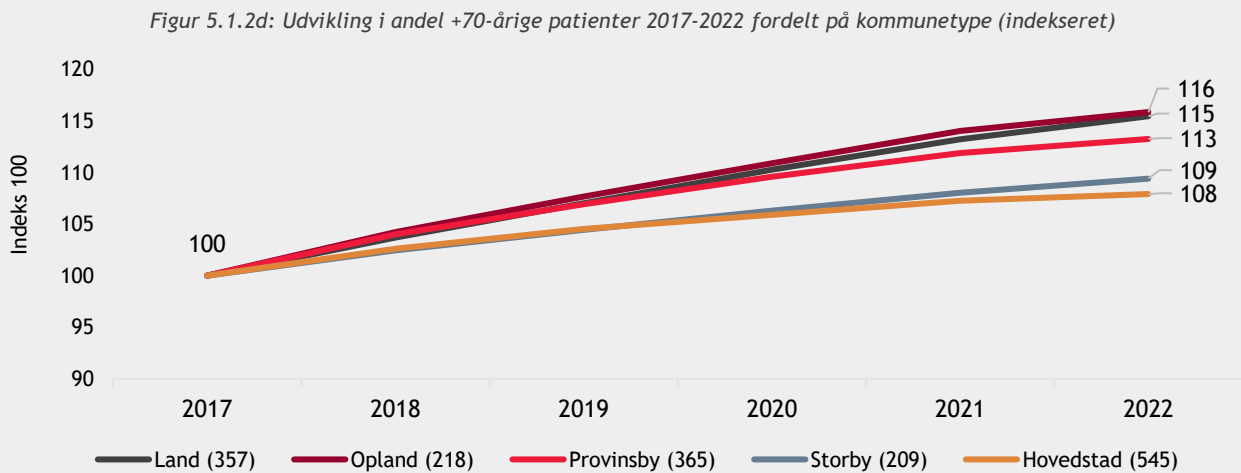
Figur 5.1.2c: Andel ældre og syge fordelt på lægedækningstruede områder



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Antal praksis i parentes. Lægedækningstruede områder er de landsdækkende lægedækningstruede områder, som benyttes til det geografisk differentierede basishonorar (OVERENSKOMST OM ALMEN PRAKSIS). Begrebet 'syge' dækker patienter med hhv. lav, mellem og høj sygelighed opgjort ifølge Charlson's Comorbidity Index. Se bilag 1, afsnit 1.1.1

Normtallet for en kapacitet i almen praksis er 1.600 patienter, og gennemsnittet i de fleste kommunetyper er over 1.600 patienter pr. kapacitet. Dette omfatter imidlertid lægepraksis, som har under 1.600 patienter pr. kapacitet. Lægepraksis med uudnyttet patientkapacitet kan anskues som et kapacitetsmæssigt potentiale i relation til en stigende opgavemængde. Almen praksis havde pr. 1. januar 2022 samlet set 5.849.229 tilmeldte patienter i sygesikringsgruppe 1. En beregning viser, at der på landsplan er plads til 280.466 flere patienter, såfremt alle kapaciteter i almen praksis udnyttes fuldt ud med minimum 1.600 patienter pr. kapacitet. Dette svarer til 5 % flere patienter, hvilket indikerer et muligt kapacitetsmæssigt potentiale (dvs. de flere patienter omregnet til ressourcemæssig kapacitet).

Nedenstående figur 5.1.2d viser udviklingen i +70-årige patienters andel af almen praksis' patientgruppe i perioden 2017-2022 i indekstal fordelt på kommunetype. Aldringen i befolkningen afspejler sig i, at ældre patienters andel af almen praksis' patientgruppe er steget i alle kommunetyper. Samtidig viser figuren, at stigningen har været størst i oplands- og landkommuner, hvor andelen i gennemsnit er steget med henholdsvis 16 og 15 %. Til sammenligning er andelen af ældre i hovedstadskommuner i gennemsnit steget med 8 %.



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Antal praksis angivet i parentes.

Situationen for læger i de lægedækningstruede områder er blandt andet belyst via hjemmesidegennemgangen, hvor antal læger inklusive uddannelseslæger er registreret for hver praksis, hvorefter antal læger er koblet med antal tilmeldte patienter på ydernummeret. Som det fremgår af Tabel 5.1.2c præger det opgaveløsningen for lægerne i lægedækningstruede områder, at de i gennemsnit både har større patienttyngde og ansvar for flere patienter pr. læge tilknyttet praksis.

Tabel 5.1.2c: Antal patienter pr. læge opgjort i personer (hjemmesidegennemgang)

	Antal patienter pr. læge
Lægedækningstruet område (n=92)	1.192
Ikke-lægedækningstruet område (n=1.051)	1.012

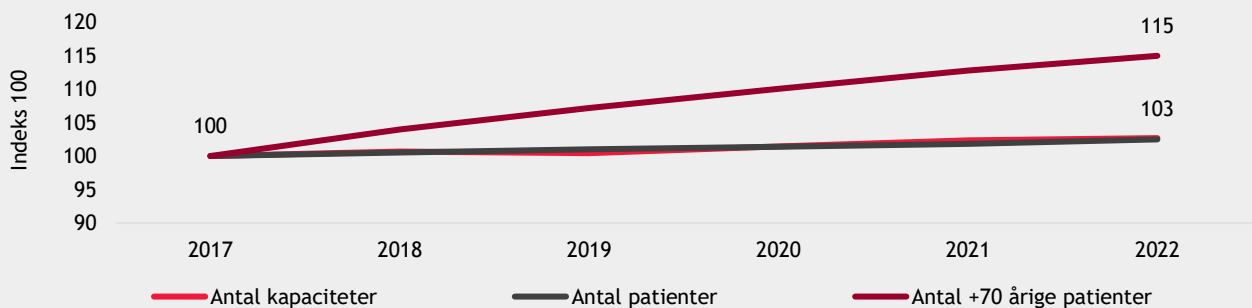
Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.143 hjemmesider. Læger tæller alle typer læger dvs. både special-, reserve-, uddannelseslæger.

5.1.3 Udvikling i kapacitet i almen praksis

Antal lægekapatiteter og antal patienter i almen praksis har udviklet sig relativt stabilt i perioden 2017-2022.

Figur 5.1.3a viser udviklingen i antal patienter, +70-årige patienter og kapacitet i perioden 2017-2022 i indekstal. Antallet af kapaciteter og patienter stiger 3 % fra 2017-2022 og vokser parallelt. Antallet af patienter, som er over 70 år, er imidlertid steget med 15 % i samme periode. Udviklingen kan aflæses i absolutte tal i nedenstående tabel 5.1.3a.

Figur 5.1.3a: Udvikling i antal kapaciteter, antal patienter og +70-årige patienter 2017-2022 (indekseret)



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2017-2022. N=10.559 registrerede praksis i perioden.

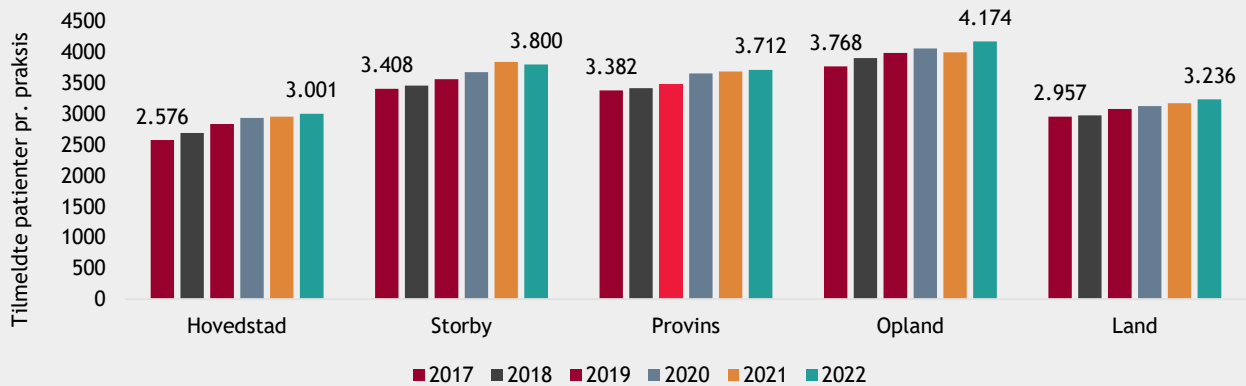
Tabel 5.1.3a: Antal kapaciteter, patienter og +70-årige patienter tilmeldt almen praksis 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal kapaciteter	3.461	3.485	3.476	3.511	3.543	3.554
Antal patienter (i 1.000)	5.707	5.738	5.764	5.788	5.812	5.849
Antal +70-årige patienter (i 1.000)	754	784	808	829	850	866

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2017-2022. N=10.559 registrerede praksis i perioden

Figur 5.1.3b nedenfor viser den specifikke udvikling i antal tilmeldte patienter pr. praksis fra 2017-2022 fordelt på kommunetype som et mål for praksisstørrelse. Det kan af figuren aflæses, at hovedstaden generelt har færre patienter pr. praksis end de øvrige kommunetyper. Dette kan tilskrives, at hovedstadsområdet har en større andel solopraksis (se bilag 2, afsnit 1.1). Til sammenligning har storby-, provins- og oplandskommuner relativt flere patienter pr. praksis. Den generelle udvikling i perioden har været, at praksis på tværs af alle kommunetyper får et støt stigende antal patienter pr. praksis.

Figur 5.1.3b: Udvikling i antal tilmeldte patienter pr. praksis i perioden 2017-2022 fordelt på kommunetype



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2017-2022. N=10.559 registrerede praksis i perioden.

Tabel 5.1.3b nedenfor viser antallet af patienter pr. kapacitet fordelt på kommunetype. Det kan af standardafvigelsen udledes, at spredningen i antal patienter pr. kapacitet er størst i landkommuner, hvilket betyder, at relativt flere praksis har enten væsentligt flere eller færre patienter pr. kapacitet end gennemsnittet.

Tabel 5.1.3b: Patienter pr. kapacitet fordelt på kommunetype

	Hovedstad (545)	Storby (209)	Provinsby (365)	Opland (218)	Land (357)
Gennemsnitlig antal patienter pr. kapacitet	1.752	1.757	1.644	1.569	1.656
Standardafvigelse	364	423	406	246	437

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Antal praksis angivet i parentes. Tabellen indeholder det uvægtede gennemsnit.

Udfordringer med at rekruttere læger i visse egne af landet afspejler sig i lægebemandingen, ved at praksis i de lægedækningstruede områder og i landkommuner i gennemsnit har flere patienter tilmeldt pr. læge, på trods af at patienterne her typisk er ældre, har højere sygelighed og større geografisk afstand til speciallæger m.v. For et konkret eksempel på en praksis i denne situation se case nr. 2 i Bilag 3.

5.1.4 Udvikling i opgaver for almen praksis

Ændringer i opgaveporteføljen for almen praksis kan enten komme gradvist som en konsekvens af ændret behov hos patienterne eller via aftaler om nye ydelser, fx i forbindelse med opgaveomstilling.

Nye ydelser, der indføres pr. aftalt dato via overenskomstaftaler, afspejler ofte faglige eller sundhedspolitiske prioriteringer dvs. opgaver, som sundhedsmyndighederne og PLO bliver enige om bør styrkes.

Eksempler på nye opgaver i de seneste overenskomstaftaler er:

- Sundhedstjek på botilbud
- Rådgivning af kommunale akutfunktioner
- Konsulterende samtale til børn og familier
- Videokonsultation

Almen praksis oplever relativt entydigt, at opgavemængden vedrørende ældre, kronikere, multisyge og lettere psyko-soziale lidelser er steget gennem de seneste år. Dette tilskrives både ændret snitflade mellem almen praksis og sygehussektoren og ændrede behov i befolkningen.

Udvikling i tovholderfunktion

Særligt den øgede forekomst af multisygdom påvirker almen praksis, som i kraft af rollerne som generalist og tovholder er forpligtet til at forsøge at koordinere patientforløb på tværs af specialer. Dette er ofte en vanskelig og tidskrævende opgave. De praktiserende læger giver generelt udtryk for, at de ser det som deres opgave at sikre koordinering og sammenhæng i patientforløbene, fx ved at følge op på sygehusbehandling, og det er en opgave, de finder meningsfuld og ønsker at prioritere. Derfor giver det anledning til frustration, hvis epikrisen bliver forsinket, er uoverskuelig eller ikke sætter en klar retning for opgaven i almen praksis.

Nogle praktiserende læger mener, at sygehusene også burde tage større ansvar for at afslutte deres egen del af forløbet og for at koordinere internt på sygehuset på tværs af specialer og funktioner frem for at sende patienten retur til egen læge - især hvis situationen er så kompleks, at almen praksis ikke kan forudsættes at have de nødvendige kompetencer. Et konkret eksempel er medicingennemgang for polyfarmacipatienter, som får ordinationer fra flere forskellige specialafdelinger, men hvor der mangler en overordnet styring af medicinen. Derfor er nogle praksis begyndt at ansætte farmakonomer, som kan hjælpe dem med at styre medicinen for deres patienter - en styring, som ingen af specialerne i de enkelte sektorer påtager sig, fordi de kun har kendskab til den medicin, de selv ordinerer. En undtagelse er det geriatriske speciale på sygehusene, som netop i kraft af generalistkompetencer har mulighed for at understøtte tovholderfunktionen for de mest komplekse patienter i almen praksis.

Forventet udvikling fremadrettet

Fremadrettet er det lægernes forventning, at de beskrevne udviklinger fortsætter. I spørgeskemaundersøgelsen vurderede et stort flertal af lægerne, at der i de kommende år i høj grad eller i nogen grad er behov for, at almen praksis prioriterer og bruger mere tid på patienter med multisygdom (86 %), sårbare ældre (82 %) samt mental sygdom/psykiske lidelse (74 %). Resultaterne kan læses i bilag 2, afsnit 1.4.

I samtlige lægepraksis beskriver både læger og praksispersonale, at de i 2022 oplever en stigning i psykiatriske lidelse og mistrivsel både hos børn og voksne, som påvirker opgaveløsningen.

Også de ukomplicerede henvendelser fra patienterne kan ændre sig gradvist eller mere pludseligt. Nogle lægepraksis oplever eksempelvis, at patienternes adfærd i forlængelse af Corona har ændret sig. Således opleves, at patienterne hurtigere tager kontakt til almen praksis om infektionssygdomme, som almindeligvis er milde og går over af sig selv. Udefrakommende og uforudsete forhold og pressehistorier påvirker ligeledes efterspørgslen, såsom omtale af RS-virus hos børn eller introduktion af Wegovy til væggtab, der i 2022 har forårsaget en del henvendelser - samt diverse mediekampanjer med opfordringer om at gå til egen læge. Disse uforudsete samfundsmæssige udviklinger påvirker selvsagt den enkelte læges opgavemæssige prioritering - en prioritering, som er overladt til den enkelte praktiserende læge selv at håndtere.

5.2 Variation i anvendelse af kontaktformer og enkeltydelser

I følgende afsnit kortlægges udvalgte aktiviteter, der er registreret for hver lægepraksis (ydernummer) via honorarafregning i sygesikringsregistret. Opgaver, som ikke honoreres selvstændigt, kan i nogle tilfælde afdækkes via andre datakilder, såsom MedCom-korrespondancer og epikriser. De udvalgte aktiviteter sammenholdes med antal patienter på praksisniveau som grundlag for at sammenligne på tværs af blandt andet kommunetyper og følge udviklingen over tid.

Hovedbudskaber afsnit 5.2

Den primære konsultationsform er fysiske konsultationer efterfulgt af telefonkonsultationer og dernæst e-konsultationer. Af disse er det anvendelsen af fysiske konsultationer, der varierer mindst mellem praksis. Der ses en større spredning i anvendelsen af enkeltydelser på tværs af praksis, hvilket er illustreret i anvendelsen af ydelsen lungefunktionsmåling (peak-flow).

Antallet af samlede sygebesøg pr. 1000 patienter har været stigende frem til 2021, hvorefter der er sket et mindre fald. Der er relativt stor forskel på praksis i anvendelsen af sygebesøg. 61 % af alle praksis foretog mellem 0-40 sygebesøg pr. 1.000 tilmeldte patienter i første halvår af 2022.

Ydelsen samtalerterapi har været i stigning siden 2020. Ca. 70 % af praksis har anvendt ydelsen mindst én gang pr. 1.000 patienter i første halvår i 2022.

Videokonsultation anvendes fortsat i begrænset omfang. I første halvår af 2022 foretog almen praksis i gennemsnit 23 videokonsultationer pr. 1.000 tilmeldte patienter. Standardafvigelsen på videokonsultationer afspejler en stor forskellighed i anvendelse på tværs af praksis.

5.2.1 Konsultationer

Tabel 5.2.1a nedenfor viser antallet af konsultationsydelser pr. 1.000 patienter på tværs af samtlige almen praksis. Det kan ud af standardafvigelsen aflæses, at der er en spredning i antal konsultationer pr. patient mellem praksis. Dette dækker over, at anvendelsen af konsultationsydelser er forskellig på tværs af den enkelte praksis. Dette gælder især for ikke-fysiske konsultationer. Videokonsultationer har en standardafvigelse, som overstiger gennemsnittet, hvilket afspejler den store forskellighed i anvendelse på tværs af praksis.

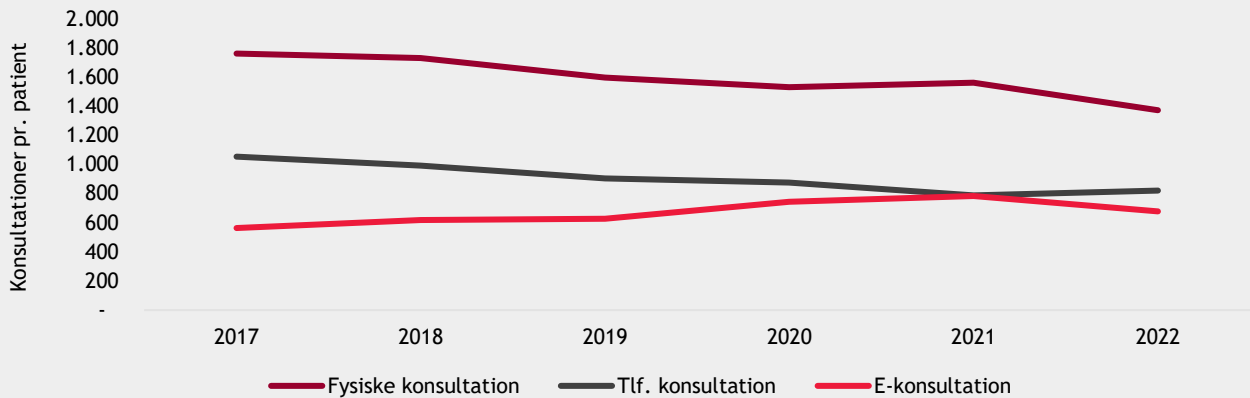
Tabel 5.2.1a: Antal konsultationsydelser pr. 1.000 patienter - første halvår af 2022

	Konsultationer	Tlf. konsultationer	Video-konsultationer	E-konsultationer
Gns. antal konsultationer pr. 1.000 patienter	1.371	819	23	678
Standardafvigelse	281	404	42	352

Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. 0101-Konsultation, 0201-Telefonkonsultation, 0105-E-konsultation, 0125-Videokonsultation. N=1.626 praksis. Tabellen indeholder det uvægtede gennemsnit af antal konsultationer pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasortet pba. en outlieranalyse.

Af figur 5.2.1a nedenfor kan det aflæses, at det gennemsnitlige antal fysiske konsultationer og telefonkonsultationer foretaget pr. patient er faldet støt fra 2017 frem til 2021. Fra 2021 til 2022 ses et yderligere fald i antal fysiske konsultationer pr. patient. Antallet af e-konsultationer foretaget pr. patient er generelt steget fra 2017 til 2021, hvorefter der fra 2021-2022 er sket et fald. Videokonsultationer fremgår ikke af figuren grundet relativt nylig indførelse og fortsat begrænset anvendelse (ift. fordelingen af antal videokonsultationer henvises til 5.2.3).

Figur 5.2.1a: Udvikling i konsultationsydelser pr. 1.000 patienter - første halvår 2022



Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2017-2022. 0101-Konsultation, 0201-Telefonkonsultation, 0105-E-konsultation. N=10.171 registrerede praksis i perioden. Tabellen indeholder det uvægtede gennemsnit af antal konsultationer pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

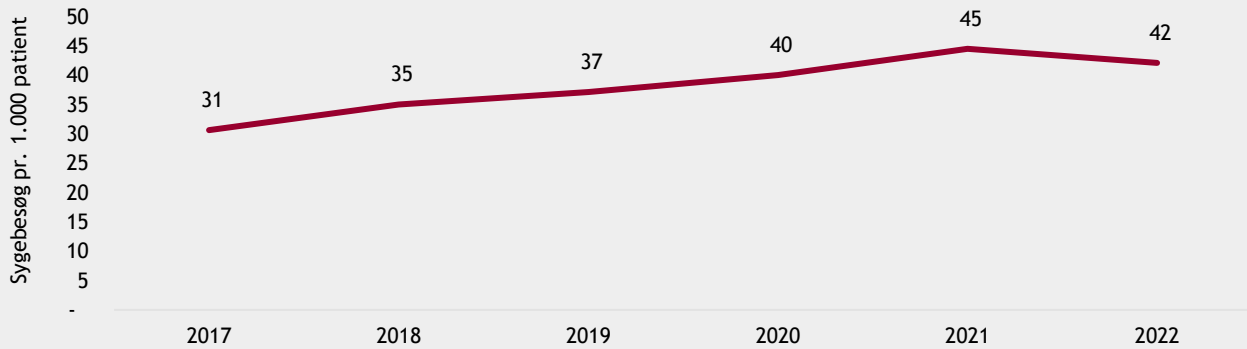
5.2.2 Sygebesøg

Almen praksis er forpligtet til at aflægge sygebesøg hos patienter med et sundhedsfagligt behov, som ikke selv har mulighed for at komme ind i klinikken. Sygebesøg kan koordineres med samarbejdspartnere, fx den kommunale hjemmepleje. Hvis der er kapacitet hos den kommunale akutfunktion, kan lægerne samarbejde med akutteamet om afvikling af hjemmebesøg. De såkaldte opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre kan aflægges på almen praksis initiativ. Almindelige sygebesøg kan udføres af praksispersonale.

Almen praksis foretog i 2022 i gennemsnit 42,5 sygebesøg pr. 1.000 tilmeldte patient. Sammenlignet med konsultationsydelser er der større forskelle på tværs af lægepraksis i, hvor mange sygebesøg, praksis aflægger pr. 1000 patienter. Dette fremgår af ydelsesstatistikken og er underbygget med den beregnede standardafvigelse på 47,0 (bilag 2, afsnit 1.6).

Figur 5.2.2a nedenfor viser udviklingen i det gennemsnitlige antal sygebesøg foretaget pr. 1.000 patient på tværs af praksis hvert første halvår i perioden 2017-2022. Der ses en støt stigning i perioden 2017-2021, mens antallet falder fra 2021-2022.

Figur 5.2.2a: Udvikling i sygebesøg pr. 1.000 patient - første halvår 2017-2022



Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '0411-0461 Sygebesøg' samt '0491 Sygebesøg på ruten'. N=10.171 registrerede praksis i perioden. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal sygebesøg pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

Tabel 5.3.2a viser antal sygebesøg pr. 1000 patienter i lægedækningstruede områder sammenlignet med ikke-lægedækningstruede områder. Det kan aflæses, at praksis i lægedækningstruede områder i gennemsnittet foretager flere sygebesøg pr. patient. Som det tidligere er beskrevet (Figur 5.1.2c) er der en højere andel ældre patienter i lægedækningstruede områder. Hvis man tager højde for dette og sammenligner antal sygebesøg foretaget pr. patient over 70 år, foretager praksis beliggende i lægedækningstruede områder i gennemsnit færre sygebesøg end praksis beliggende i områder, som ikke er lægedækningstruet.

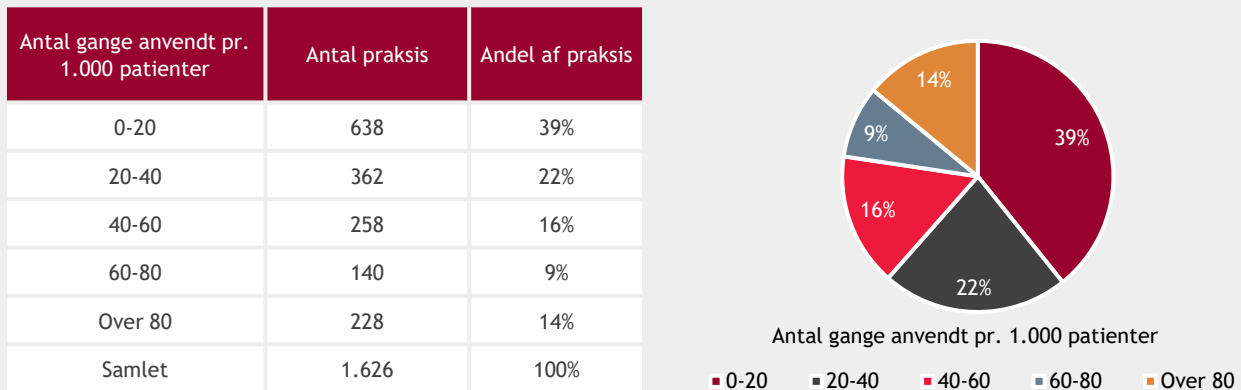
Tabel 5.3.2a: Sygebesøg pr. 1.000 patienter og pr. 100 +70-årig patienter fordelt på lægedækningstruede områder

Antal gange anvendt	Sygebesøg pr. 1.000 patienter	Sygebesøg pr. 100 +70-årig patienter
Lægedækningstruede områder	46,7	25,5
Ikke-lægedækningstruede områder	41,8	29,1

Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '0411-0461 Sygebesøg' samt '0491 Sygebesøg på ruten'. N=1.626. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal sygebesøg pr. patient på tværs af praksis.

Tabel 5.2.2b og figur 5.2.2b nedenfor viser, hvordan almen praksis fordeler sig i forhold til, hvor mange sygebesøg praksis foretager pr. 1.000 patienter. Generelt kan man observere en variation i anvendelsen af sygebesøg. Det kan af figuren aflæses, at samlet set 61 % af alle praksis foretog mellem 0-40 sygebesøg pr. 1.000 tilmeldte patienter i første halvår af 2022. I den anden ende foretog 14 % af almen praksis over 80 sygebesøg pr. 1.000 tilmeldte patienter.

Tabel 5.2.2b og figur 5.2.2b: Almen praksis fordelt efter antal sygebesøg foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022



Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '0411-0461 Sygebesøg' samt '0491 Sygebesøg på ruten'. N=1.626 registrerede praksis. 245.915 ydelser. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

5.2.3 Enkeltydelser

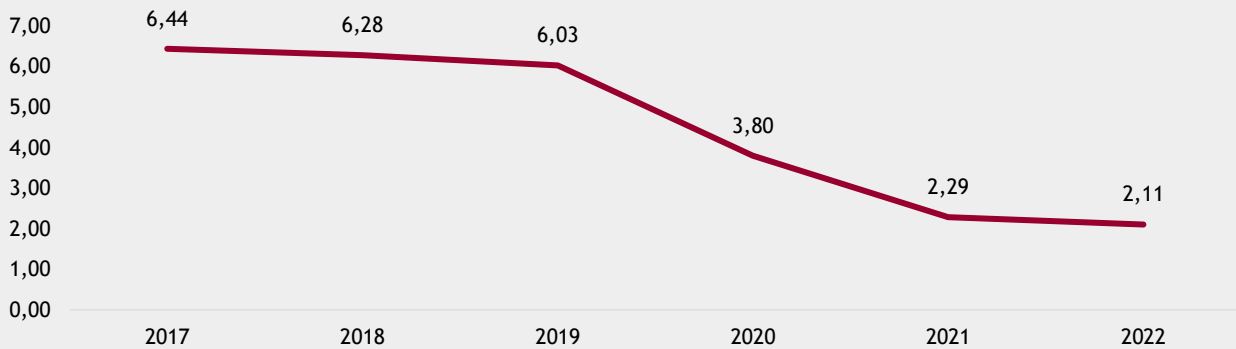
Ud over konsultationsydelser leverer almen praksis en lang række enkeltydelser, tillægs- og laboratorieydelser. BDO har valgt at illustrere udvikling og variation i opgaveløsningen i almen praksis gennem anvendelsen af enkelte, særligt udvalgte ydelser.

- Lungefunktionsundersøgelse (peak-flow) er udvalgt som eksempel på en laboratorieundersøgelse, der anvendes til diagnostik og kontrol af kronisk sygdom, og som antages at kunne udføres i alle lægepraksis.
- Samtaleterapi er udvalgt i lyset af den oplevede stigning i patienternes behov. Ydelsen skal gennemføres som et forløb ved lægen og forudsætter, at lægen har særlige kompetencer og deltager i supervision.
- Videokonsultation er udvalgt, fordi den udgør en ny kontaktform, der giver fleksibilitet og tilgængelighed set i et patientperspektiv, fx for patienter med lang transporttid, men som omvendt kræver en vis planlægning og nye arbejdsgange i almen praksis. Det er aftalt, at alle klinikker ved udgangen af overenskomstperioden skal tilbyde videokonsultation.

Lungefunktionsundersøgelser

Som eksempel på variation i brugen af enkeltydelser har BDO valgt lungefunktionsundersøgelse ydelse 7183 (peak-flow). I princippet skal alle praktiserende læge tilbyde denne ydelse, der bl.a. anvendes til diagnostik og kontrol af astma. Antallet af lungefunktionsundersøgelser er faldet markant under Corona og ligger nu på et væsentligt lavere niveau end før 2019 (Figur 5.2.3a).

Figur 5.2.3a: Almen praksis fordelt efter antal lungefunktionsundersøgelser foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022

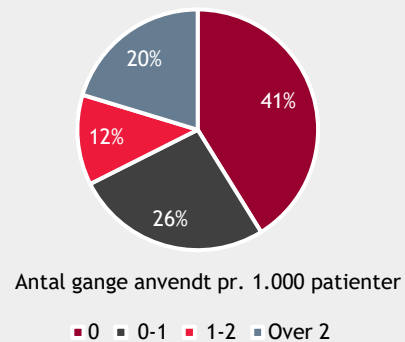


Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '7183-Lungefunktionsundersøgelse'. N=10.171 registrerede praksis i perioden. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal lungefunktionsundersøgelser pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

Variation i opgaveløsningen på tværs af praksis belyst med gennemførte lungefunktionsundersøgelser viser, at denne enkeltydelse anvendes ret forskelligt, hvilket afspejler sig i standardafvigelsen på 6,2 set i forhold til det gennemsnitligt udførte antal 2,1. Anvendelsen fremgår af tabel 5.2.3a og figur 5.2.3b herunder, som blandt andet viser, at 41 % af almen praksis slet ikke havde registreret nogen lungefunktionsmålinger i første halvår 2022.

Tabel 5.2.3a og figur 5.2.3b: Almen praksis fordelt efter antal lungefunktionsundersøgelser foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022

Antal gange anvendt pr. 1.000 patienter	Antal praksis	Andel af praksis
0	669	41%
0-1	429	26%
1-2	197	12%
Over 2	330	20%
Samlet	1.626	100%

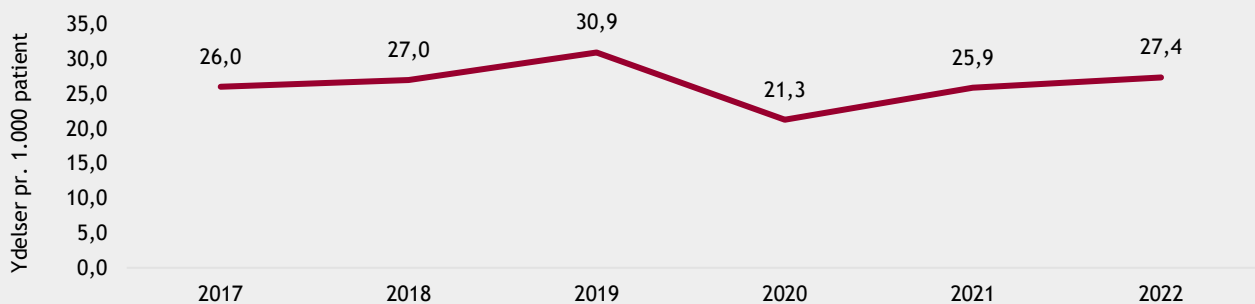


Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '7183-Lungefunktionsundersøgelse'. N=1.626 registrerede praksis. 11.325 ydelser. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal lungefunktionsundersøgelser pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

Samtaleterapi

Samtaleterapi er et eksempel på en opgave i almen praksis, som ikke er obligatorisk, og som det ikke er alle praktiserende læger, der har de krævede kvalifikationer til at udføre. Samtaleterapi leveres som et forløb, og der er fastsat særlige krav til bl.a. deltagelse i supervision. Figur 5.2.3c nedenfor viser, at ydelsen samtaleterapi anvendes i stort set samme omfang i 2022 som i 2017. Ydelsen var i stigning frem til 2019. Herefter skete der et fald, og fra 2020 til 2022 er anvendelsen igen steget.

Figur 5.2.3c: Udvikling i samtaleterapi pr. 1.000 patienter - første halvår 2017-2022

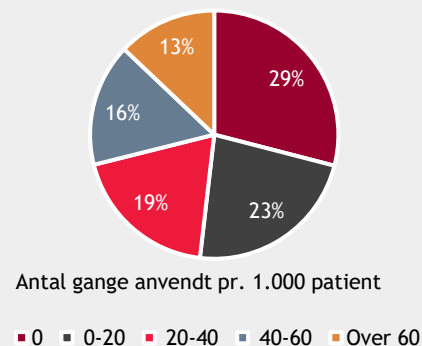


Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '6401-samtaleterapi'. N=10.171 registrerede praksis i perioden. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal samtaleterapi pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

I første halvår af 2022 foretog almen praksis i gennemsnittet 27 samtaleterapi-ydelser pr. 1.000 tilmeldte patienter. Anvendelsen af ydelsen var dog forskellig på tværs af praksis, hvilket kan aflæses af en standardafvigelse på 32. Det samme kan udledes af tabel 5.2.3b og figur 5.2.3d nedenfor, som viser, at 29 % af praksis slet ikke anvendte ydelsen, mens 13 % af praksis udførte ydelsen over 60 gange pr. 1.000 tilmeldte patienter.

Tabel 5.2.3b og figur 5.2.3d: Almen praksis fordelt efter antal samtaleterapi foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022

Antal gange anvendt pr. 1.000 patienter	Antal praksis	Andel af praksis
0	472	29%
0-20	371	23%
20-40	313	19%
40-60	260	16%
Over 60	210	13%
Samlet	1.626	100%



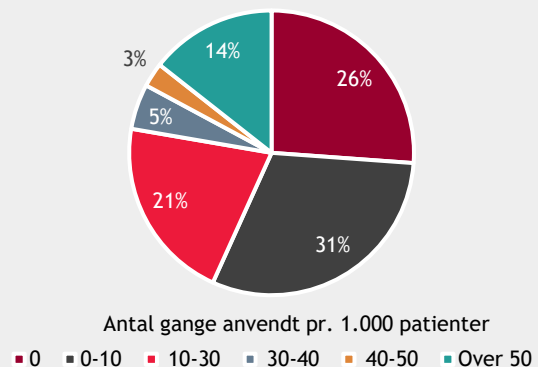
Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '6401-samtaleterapi'. N=1.626 registrerede praksis. 166.055 ydelser. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal samtaleterapi pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

Videokonsultation

Videokonsultationer er en relativt nyligt indført grundydelse. I første halvår af 2022 foretog almen praksis i gennemsnit 23 videokonsultationer pr. 1.000 tilmeldte patienter. Videokonsultationer har en standardafvigelse på 42, hvilket afspejler den store forskellighed i anvendelse på tværs af praksis. Tabel 5.3.3c og figur 5.3.3e nedenfor viser ligeledes variation i, hvor meget ydelsen bruges af praksis. I alt 26 % af praksis anvendte slet ikke ydelsen i første halvår af 2022.

Tabel 5.3.3c og figur 5.3.3e: Almen praksis fordelt efter antal videokonsultationer foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022

Antal gange anvendt pr. 1.000 patienter	Antal praksis	Andel af praksis
0-10	427	26%
10-30	500	31%
30-40	342	21%
40-50	84	5%
Over 50	45	3%
Samlet	1.626	100%



Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. 0125-Videokonsultation. N=1.626 registrerede praksis. 165.654 ydelser. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal videokonsultationer pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

Brugen af enkeltydelser kan supplere billedet af variation på tværs af lægepraksis. Sygebesøg, samtalerterapi og videokonsultation er eksempler på aktiviteter, der foregår i varierende omfang. Forskellene kan både forklares med kapacitet, kompetencer og faglige præferencer. Særligt videokonsultation oplever nogle praktiserende læger ikke, at patienterne efterspørger, mens andre praksis har gode erfaringer og ser yderligere potentiale i at bruge videokonsultation som alternativ til andre kontaktformer.

5.3 Nye ydelser

Som beskrevet indledningsvist i afsnit 4.2 tager analysen afsæt i udviklingsspor og fælles vision for almen praksis, blandt andet om at reducere ulighed i sundhed. Den aftalte retning er konkret udmøntet i flere nye ydelser, hvoraf BDO har valgt at fokusere på anvendelsen af de nye ydelser målrettet sårbare børnefamilier og sundhedstjek på bosteder. Disse er udvalgt, da de har særligt fokus på at udligne ulighed i sundhed gennem en mere proaktiv og målrettet indsats i almen praksis.

Begge ydelser blev indført pr. 1. januar 2022, hvilket betyder, at de praktiserende læger kunne anvende ydelserne fra denne dato, men de er først forpligtet til at tage ydelserne i brug i løbet af den treårige overenskomstperiode. Begge anvendes i forbindelse med en opsøgende indsats, dvs. at de tilbydes til patienter, der ikke selv henvender sig. Sundhedstjekket kan enten gennemføres efter henvendelse fra bostedet eller på den praktiserende læges initiativ. Den konsulterende samtale til børnefamilier planlægges rent teknisk ud fra en liste, som regionen kan levere, kombineret med data i klinikken. Særligt afholdelse af sundhedstjek på botilbud forudsætter en vis grad af samarbejde og koordinering mellem kommunen/medarbejdere på botilbud og borgerens læge.

Hovedbudskaber afsnit 5.3

Anvendelsen af nye ydelser såsom helbredstjek på bosteder i 1. halvår 2022 afspejler den gradvise implementering i almen praksis i løbet af overenskomstperioden. I opstarten af overenskomstperioden ses på landsplan begrænset anvendelse, idet en lille andel praksis anvender ydelserne relativt ofte, mens flertallet endnu ikke er begyndt at bruge dem.

Kortlægningen af anvendelsen af de nye ydelser er struktureret ud fra 1) hvor stor andel af lægepraksis, der havde taget de nye ydelser i brug i første halvår 2022 og 2) hvor mange ydelser, de havde udført pr. 1.000 patienter.

Ofte ses, at nye ydelser implementeres gradvist og i forskellig hastighed på tværs af lægepraksis.

For begge ydelsers vedkommende forekommer de fleste lægepraksis i 2022 at have forholdt sig afventende og med elementer af usikkerhed om, hvem der havde ansvar for at booke de pågældende patienter. Aktørerne i analysen har bredt set kommenteret antallet af leverede ydelser med, at det er for tidligt at vurdere implementeringen af de nye opgaver på grundlag af tal fra første halvår 2022. For det første har forudsætningerne for anvendelsen af ydelserne ikke været helt på plads, og for det andet er fristen for implementering, at det skal være sket i løbet af den treårige overenskomstperiode.

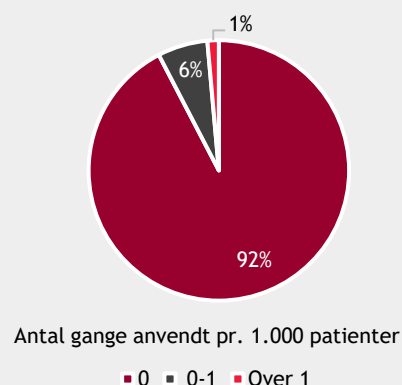
Anvendelsen af ydelserne kan derfor være steget markant i takt med øget implementering siden første halvår 2022, som er den periode, den databaserede kortlægning baserer sig på.

Konsulterende samtale ved børneundersøgelse (ydelse 0128)

For at styrke indsatsen ift. sårbare børn kan almen praksis lave en opsøgende indsats over for familier med børn, der ikke har deltaget i forebyggende børneundersøgelser i aldersgruppen 1-5 år. Ydelsen kan tilbydes i direkte forlængelse af børneundersøgelsen ud fra en individuel og konkret vurdering af familien. Data dokumenterer, at børnefamiliesamtaler implementeres gradvist, idet 92 % af ydernumrene endnu ikke havde afregnet for denne ydelse, mens 1 % havde udført mere end 1 ydelse pr. 1.000 patienter.

Tabel 5.3a og figur 5.3a: Almen praksis fordelt efter antal familiesamtaler foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022.

Antal gange anvendt pr. 1.000 patienter	Antal praksis	Andel af praksis
0	1502	92%
0-1	101	6%
Over 1	23	1%
Samlet	1.626	100%



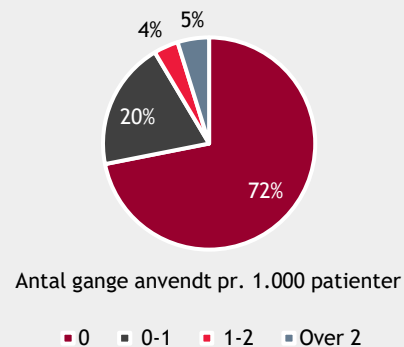
Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. 0128-Familiesamtale. N=1.626 registrerede praksis. 266 ydelser. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal samtalerterapi pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

Sundhedstjek til borgere på botilbud (ydelse 0123)

Ydelsen sundhedstjek til borgere på botilbud har til formål at reducere uligheden i sundhed blandt personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Ved udgangen af overenskomstperioden er alle praktiserende læger forpligtet til at tilbyde ydelsen til personer på botilbud med henblik på at øge deres levetid og livskvalitet. Data dokumenterer, at ydelsen implementeres gradvist, idet 72 % af ydernumrene endnu ikke havde afregnet for denne ydelse, mens 9 % havde udført mere end 1 ydelse pr. 1.000 patienter.

Tabel 5.3b og figur 5.3b: Almen praksis fordelt efter antal sundhedstjek til borgere på botilbud foretaget pr. 1.000 patienter første halvår i 2022

Antal gange anvendt pr. 1.000 patienter	Antal praksis	Andel af praksis
0	1169	72%
0-1	318	20%
1-2	61	4%
Over 2	78	5%
Samlet	1.626	100%



Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvår 2022. 0123-Sundhedstjek på botilbud. N=1.626 registrerede praksis. 2.103 ydelser. Figuren indeholder det uvægtede gennemsnit af antal sundhedstjek på bosteder pr. patient på tværs af praksis. Enkelte praksis er frasorteret pba. en outlieranalyse.

5.4 Bemanding og kompetencer i almen praksis

Den praktiserende læge har mulighed for at ansætte personale og lade dem arbejde selvstændigt, levere og afregne ydelser inden for lægens ansvar og på lægens ydernummer. Lægen sikrer supervision og instrukser som grundlag for delegation af konkrete opgaver, som afspejler medarbejderens erfaring og kompetencer.

Praksispersonale udgør en væsentlig kapacitet i forhold til patientrelaterede og øvrige opgaver, som kan tilføre bredde i kompetenceprofilen og aflaste lægen, og bemandingen af den enkelte lægepraksis har derfor stor betydning for opgaveløsningen og for anvendelsen af de sundhedsfaglige ressourcer. Kortlægningen af bemanding og kompetencer indledes med et afsnit om udvikling i bemanding med læger og praksispersonale opgjort i personer og så vidt muligt i årsværk.

Hovedbudskaber afsnit 5.4

Ca. halvdelen af dem, der arbejder i almen praksissektoren, er læger. Den anden halvdel er praksispersonale, hvoraf sygeplejersker og lægesekretærer udgør de største faggrupper.

I perioden siden 2017 er sket en stabil stigning i antal praksispersonale. Antal årsværk er vokset med 20 % på fem år. Der er ifølge en PLO-analyse både kommet mere praksispersonale og flere faggrupper.

Sammensætningen af bemandingen varierer på tværs af lægepraksis. Andelen af lægepraksis helt uden sygeplejersker vurderes på baggrund af hjemmesidегennemgangen at variere på tværs af kommunetyper. Andelen er højest i hovedstadskommuner (24 %) og lavest i oplandskommuner (5 %).

På landsplan har 53 % af praksis uddannelseslæger. Bemanding fra uddannelseslæger varierer i en vis udstrækning på tværs af lægepraksis og kommunetyper.

5.4.1 Læger i almen praksis

En lægekapacitet forudsættes at være bemanded med en speciallæge i almen medicin, som enten kan være ejerlæge eller ansat læge. Hvis det ikke er muligt at besætte samtlige kapaciteter, kan der være situationer, hvor antallet af læger er lavere end de tildelte lægekapaciteter. I delepraksis er situationen omvendt, idet praksis har en ekstra speciallæge set i forhold til antallet af kapaciteter.

Nogle, men ikke alle lægepraksis, har ansat en fast vikar, der fungerer som stedfortræder i den praktiserende læges fravær. En vikarordning kan enten være midlertidig eller permanent fx i forbindelse med, at speciallægen har en ugentlig fridag.

Ud over speciallægerne har mange praksis uddannelseslæger, der arbejder midlertidigt i klinikken som led i deres uddannelsesforløb.

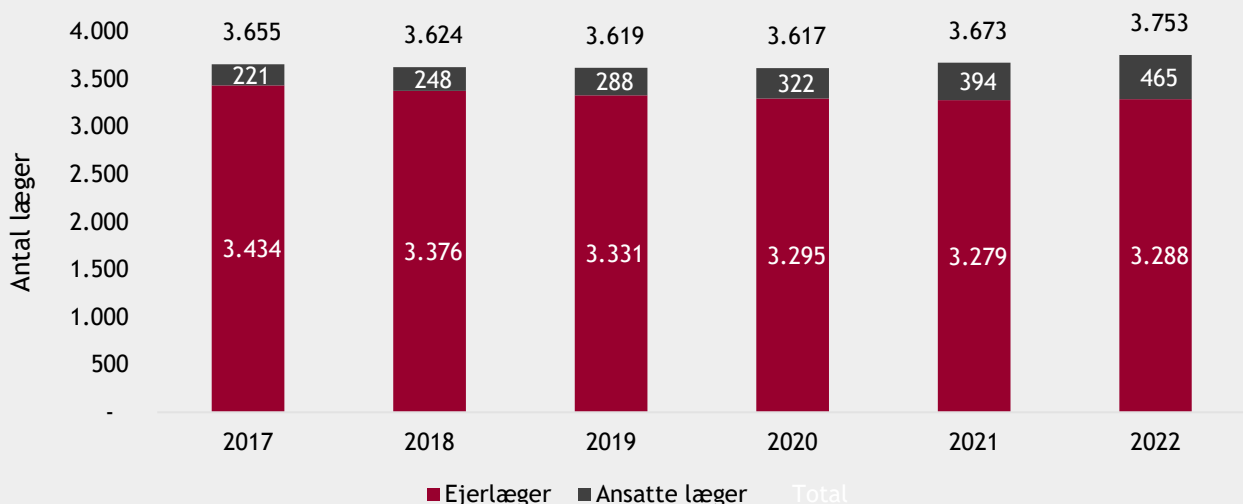
Praksis skal oplyse navn, køn og alder på læger, herunder ansatte speciallæger på deres praksisdeklaration på Sundhed.dk. Derfor er der mere offentligt tilgængelig, sammenlignelig viden om de praktiserende læger i almen praksis end om vikarer, uddannelseslæger og praksispersonale.

For at få indblik i, hvem der deltager i patientbehandlingen hos den praktiserende læge, er det nødvendigt at slå op på praksis' hjemmeside, hvor både faste læger, uddannelseslæger og praksispersonale ofte er oplistet med navn, alder og titel samt i nogle tilfælde opgavebeskrivelse.

På baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen vurderes udviklingen i antal læger, som fremgår af nedenstående figur 5.4.1a, at have været relativt stabil i perioden fra 2017-2022. Der er dog de seneste år sket en stigning på 3,8 % fra 3.617 læger i 2020 til 3.753 i 2022.

Da opgørelsen omfatter personer og ikke årsværk, kan det ikke udelukkes, at stigningen kan henføres til øget deltidsansættelse. Gennem hele perioden er der sket en gradvis stigning i andelen af læger i almen praksis, der arbejder som ansat læge. Ud over midlertidigt ansatte m.fl. omfatter tallet en stigning i antal kapaciteter, der er bemanded med en ansat praktiserende læge, som er steget fra 81 i 2018 til 191 pr. 1. januar 2022.

Figur 5.4.1a: Udvikling i antal ejerlæger og ansatte læger 2017-2022 (opgjort i personer)



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Yderregistret og CPR-registret. Ansatte læger består af stillingskategorierne; ansat læge, midlertidigt ansat, ekstra læge samt praksisreservelæge.

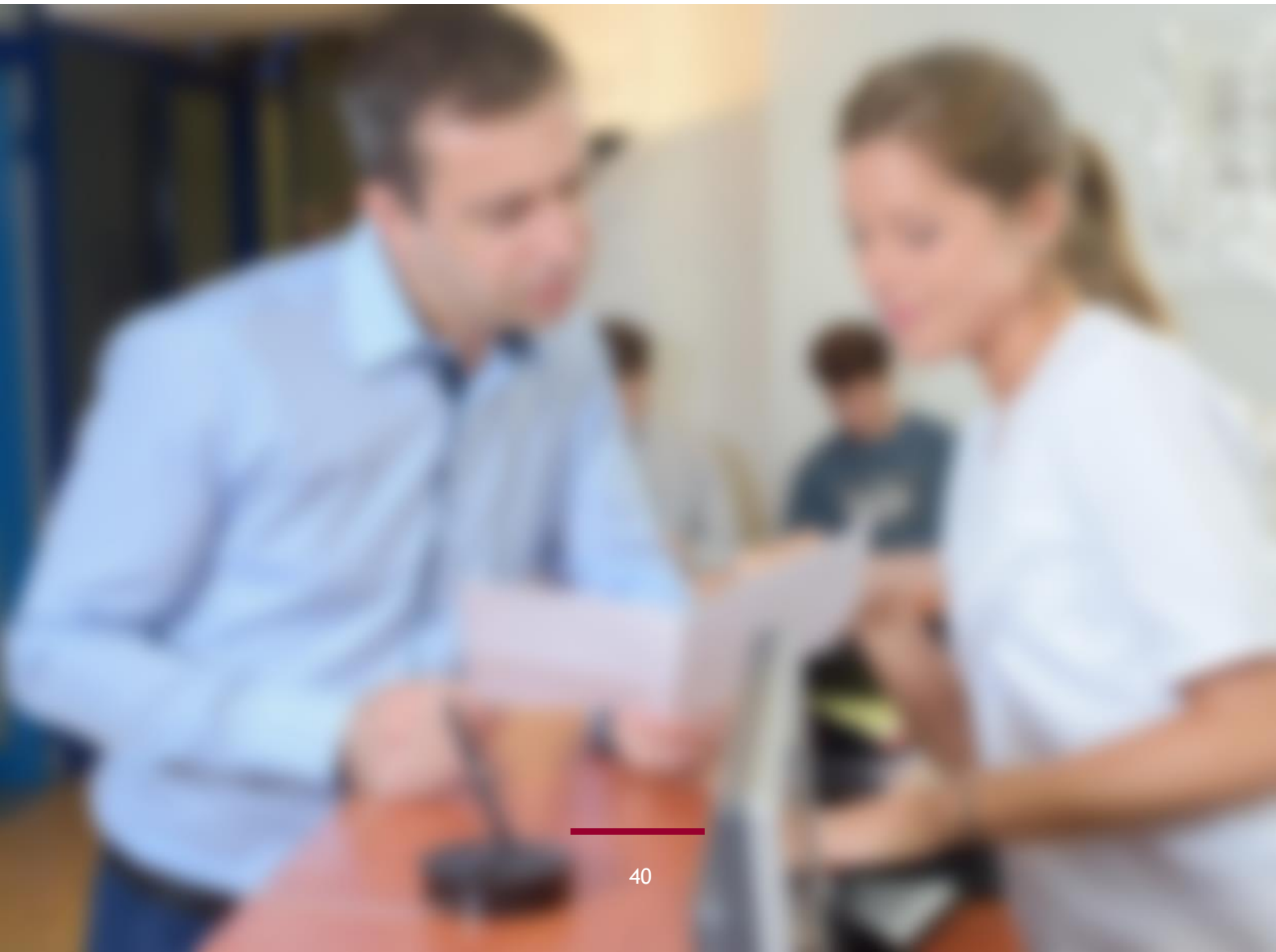
Uddannelseslæger

Læger, som arbejder midlertidigt i almen praksis som led i deres hoveduddannelsesforløb, udgør ofte i et vist omfang en supplerende kapacitet, da de afholder egne konsultationer og skal nå at opbygge bred erfaring, mens de er i almen praksis. Den praktiserende læge fungerer som tutorlæge. Det anses generelt for attraktivt at have kapacitet fra uddannelseslæger. Baseret på data om udbetaling af tutorlægehonorar er det muligt at sammenligne uddannelsesopgaven på tværs af praksis og geografiske områder (Tabel 5.4.1a). I lægedækningstruede områder har 43 % af ydernumrene uddannelseslæger.

Tabel 5.4.1a: Andel af praksis, som modtager tutorlægehonorar, fordelt på kommunetype 2022

	Hovedstad (545)	Storby (209)	Provinsby (365)	Opland (218)	Land (357)	Nationalt
Andel med uddannelseslæger	45 %	55 %	61 %	63 %	48 %	53 %

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Danske Regioners opgørelse af modtagere af tutorlægehonorar for 2022. N=409 praksis.

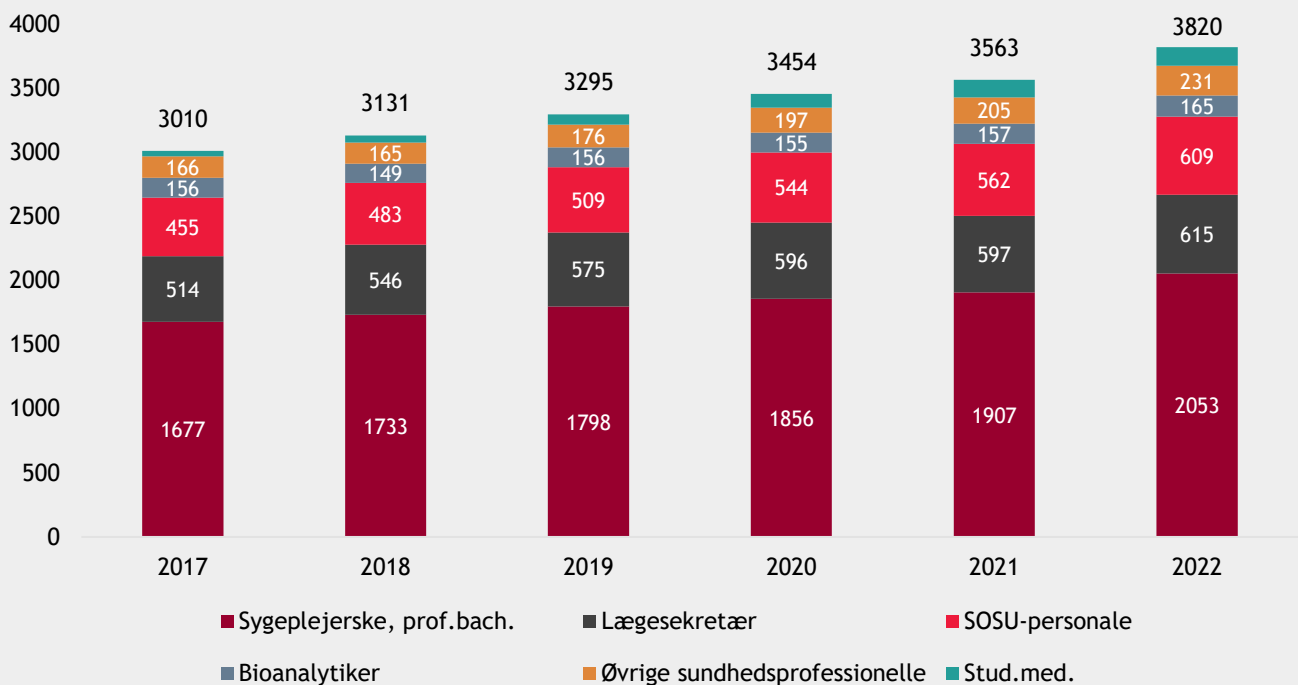


5.4.2 Praksispersonale

Overenskomsten indeholder ikke et krav om praksispersonale, og de praktiserende læger har frihed til at vælge, hvilket personale de ønsker at ansætte til at understøtte det almenmedicinske tilbud. Honoreringen er uafhængig af bemanningen, og praksisejeren afholder selv lønomkostningerne ud af omsætningen for regionen. Det gælder både for traditionelle praksisformer og for private leverandører af partnerskabsklinikker, at omsætningen afspejler honorarafregning med regionen, og overskuddet i den enkelte klinik kan forøges gennem optimeret brug af praksispersonale.

PLO har i 2022 foretaget en analyse af udviklingen i antal praksispersonale i almen praksis¹. Analysen viser, at praksispersonale fra 2017 til 2022 er vokset med 810 årsværk svarende til ca. 20 %. Antal sygeplejersker ansat i almen praksis er steget med ca. 375 og antal social- og sundhedsassistenter med ca. 100. Udviklingen i antal sundhedsfagligt praksispersonale fordelt på faggrupper fremgår af figur 5.4.2a:

Figur 5.4.2a: Udvikling i antal sundhedsfagligt praksispersonale 2017-2022 (opgjort i personer)



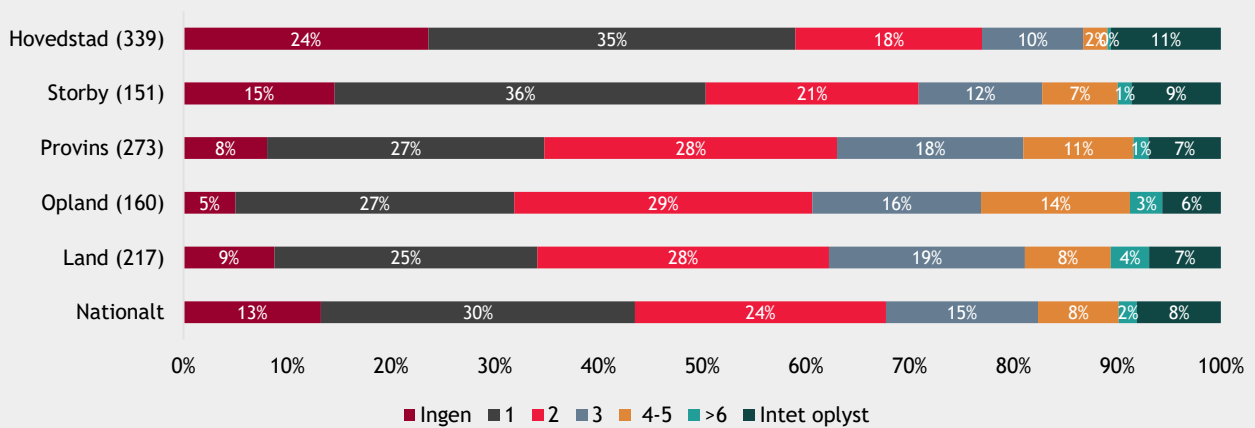
Note: Data leveret af PLO baseret på data fra Danmarks Statistik, Beskæftigelse for lønmodtagere, BFL. Elevregistret, 1. kvartal 2017-2022. 1. kvartal 2017-2022. Øvrige sundhedsprofessionelle dækker over farmakonomer og fysioterapeuter. Ekskl. læger.

Data fra PLO om praksispersonale er ikke fordelt på ydernumre. For at kortlægge forskellig brug af praksispersonale har BDO derfor suppleret med data dannet via en gennemgang af hjemmesider for almen praksis. Figur 5.4.2b nedenfor viser andelen af praksis, som har hhv. ingen, 1, 2, 3, 4-5 eller over 6 sygeplejersker ansat. Det kan af figuren aflæses, at provins-, oplands- og landkommuner har en større andel praksis med over 3 sygeplejersker ansat.

En mindre andel af praksis beliggende i hovedstaden har til sammenligning flere end én sygeplejerske ansat - og 24 % har ingen sygeplejersker ansat.

¹ PLO (2022, december) Voksevæk i almen praksis - flere ansatte flugter med ambitionerne om et større nært sundhedsvæsen.

Figur 5.4.2b: Andel af praksis, som oplyser, at man har ingen eller flere sygeplejersker ansat fordelt på kommunetype



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.140 hjemmesider.

Sundhedsfagligt praksispersonale

Som beskrevet i afsnit 5.4 er den største faggruppe, der arbejder i almen praksis ud over lægerne, sygeplejersker. Derudover beskæftiger de praktiserende læger også personale med baggrund som social- og sundhedsassistent, bioanalytiker, jordemoder, fysioterapeut, medicinstuderende m.fl.

BDO har undersøgt fordelingen af praksispersonale på lægepraksis via opslag på hjemmesider. Denne metode er langt fra ideel, blandt andet fordi ikke alle praksis oplyser om deres personale på hjemmesiden, og/eller hjemmesider ikke altid er ajourførte. Omvendt gør metoden det muligt at koble praksisform, praksisstørrelse og bemanning. For diskussion af metoden med opslag på hjemmesider se bilag 1, afsnit 5.

Tabellen herunder viser, at i hovedstads- og storbykommuner udgør sundhedspersonale en lavere andel af den samlede bemanning opgjort i personer. I stedet ansætter de praktiserende læger i højere grad medicinstuderende til at assistere sig. I hovedstaden er der generelt flere læger og færre praksispersonale sammenlignet med resten af landet.

Tabel 5.4.2a: Bemanning i almen praksis opgjort efter faggruppers andel af det totale antal personale (opgjort i personer).

Kommune	Læger	Sekretærer	Sundhedspersonale	Stud.med	Andet personale	Antal hjemmesider
Hovedstad (324)	52%	11%	23%	12%	2%	321
Storby (143)	48%	14%	21%	15%	2%	141
Provins (252)	50%	16%	30%	3%	2%	250
Opland (155)	49%	13%	29%	6%	2%	147
Land (209)	46%	18%	31%	1%	3%	196
Nationalt	49%	14%	27%	7%	2%	1055

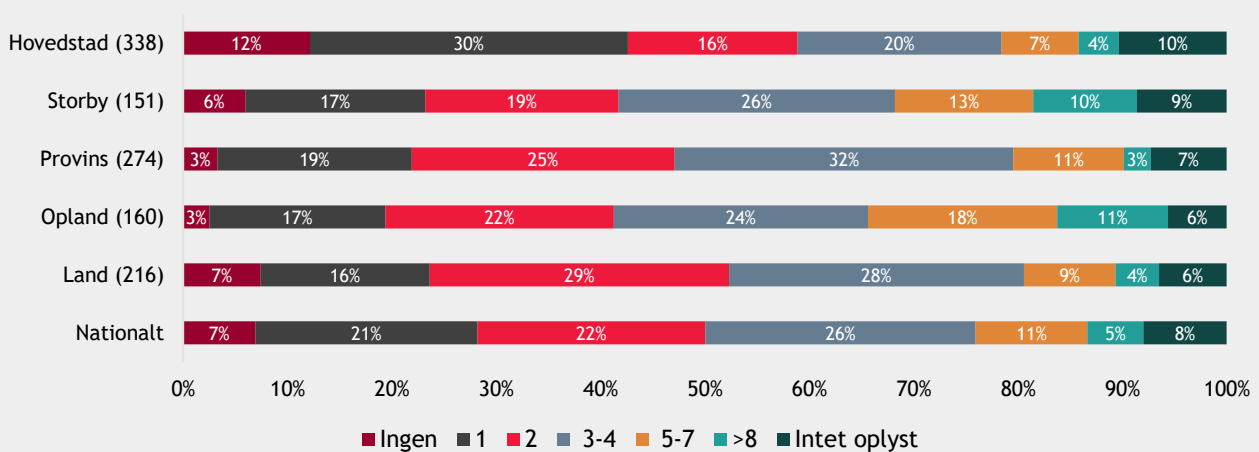
Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.093 hjemmesider. Sundhedspersonale dækker sygeplejersker, bioanalytikere, jordemødre, farmakonomer, SOSU-personale m.v. Læger tæller alle typer læger, dvs. både special-, reserve-, uddannelseslæger m.v.

Variation i bemanning og kompetencer mellem praksis

Tilstedeværelsen af praksispersonale både i form og omfang varierer på tværs af de individuelle praksis. Variationen ses både på tværs af praksisform, praksisstørrelse og geografi. En observation i forbindelse med praksisbesøgene har været, at ikke to praksis er helt ens uagtet praksisform. Nogle steder har en sololæge to sygeplejersker og en sekretær ansat, mens lægen andre steder klarer sig med en halv sekretær, som deles med nabolægen. For eksempler på forskellig bemanning af praksis henvises til casebeskrivelser i bilag 3.

Inden for bykommuner ses i særlig høj grad variation i bemanningen med praksispersonale, idet praksis helt uden sundhedsfagligt personale - eller hvor der ikke er oplysning om personale på hjemmesiden - i højere grad forekommer i hovedstadskommuner. Dette kan aflæses af figur 5.4.2c nedenfor, som viser praksis fordelt efter antal sundhedspersonale inden for hver kommunetype.

Figur 5.4.2c: Andel af praksis med sundhedspersonale ansat fordelt på kommunetype



Note: Hjemmesidegennemgang af almen praksis' hjemmesider. N=1.139 hjemmesider. Sundhedspersonale dækker sygeplejersker, jordemødre, SOSU-personale, bioanalytikere, farmakonomer (inkl. stud.med. og ekskl. læger).

Praksisstørrelse har den selvstændige betydning, at større volumen og dermed omsætning har sammenhæng med en større personalegruppe, hvilket åbner mulighed for større diversitet og intern specialisering i form af tværfaglige teams. Bioanalytikere og jordemødre forekommer især i større lægepraksis.

Medicinstuderende, de såkaldte "stud.med.", der typisk er timelønnede og arbejder fast som studentermedhjælpere over en længere periode, forekommer oftere i lægepraksis i storby- og oplandskommuner i nærheden af universiteterne. I særligt mindre solopraksis beskriver informanter, at medicinstuderende hos dem udgør en væsentlig kapacitet for at få hverdagen til at fungere, og de bidrager positivt til det faglige miljø. Der ses også eksempler på praksis i udkantskommuner, som har held med at rekruttere medicinstuderende.

Som beskrevet i Tabel 5.4.2a har lægepraksis i landkommuner mere sundhedsfagligt praksispersonale ansat, hvilket harmonerer med højere andel ældre patienter.

Administrativt praksispersonale

Den tredje største faggruppe ud over læger og sygeplejersker er lægesekretærer. Lægesekretærer befinder sig i grænsefladen mellem sundhedsfagligt personale og administrativt personale. Lægesekretærer har typisk ansvar for reception, kalenderplanlægning og telefonisk visitation. Derudover varetager nogle af dem, afhængig af baggrund og kompetencer, også supplerende opgaver vedrørende diagnostik, medicingennemgang og patientbehandling, fx vaccinationer og blodprøver. BDO's spørgeskemaundersøgelse til almen praksis indeholdt spørgsmål til lægesekretærers tidsanvendelse på en række opgaver. Besvarelsen og spørgsmålsteksten kan læses i bilag 2.

Faggrupper som IT-supportere, HK-personale, økonomer og lignende er stort set ikke til stede i almen praksis i Danmark (bilag 2, afsnit 1.3). Cirka 25 % af praksispersonale i almen praksis har ikke en sundhedsprofessionel uddannelse. Heraf arbejder en del i funktion af sekretær.

De egentlige administrative opgaver løses typisk af lægerne selv med støtte fra revisor/bogholder, en ledende lægesekretær eller praksismanager. En væsentlig undtagelse i den forbindelse er de såkaldte partnerskabsklinikker, som har en central administrativ stab uden for den enkelte lægepraksis.

Forholdet mellem læger og praksispersonale

Tilstedeværelsen af kapacitet og specialistkompetencer fra praksispersonale har væsentlig betydning for opgaveløsningen og muligheden for at varetage en stigende opgavemængde. Dette dels, fordi praksispersonalet løser opgaver selvstændigt, og dels fordi de understøtter lægerne med opgaver, der ikke kræver lægefaglige kompetencer, sådan at den samlede kapacitet i almen praksis udnyttes mest hensigtsmæssigt.

Analysen fra PLO og Sundhedsdatastyrelsen viser som beskrevet i afsnit 5.5, at udviklingen går i retning af flere ansatte sundhedsfaglige medarbejdere og en større bredde i de ansattes fagligheder gennem flere og nye faggrupper, såsom social- og sundhedsassistenter og farmakonometer. Siden 2018 er personalet i almen praksis vokset med 830 årsværk - en stigning på knap 20 % på fire år.

De kvalitative interview indikerer desuden en tendens i retning af øget forekomst af "praksismanagers". Denne funktion varetages typisk af en lægesekretær eller sygeplejerske, der udover eventuelle patientrelaterede opgaver har sit fokus på at varetage personaleledelse og diverse administrative opgaver i forbindelse med daglig drift, som lægerne typisk gerne vil aflastes for.

På grund af manglende data om lægebemanding i årsværk har det ikke været muligt at kortlægge status og udvikling i bemanning gennem en læge/personale-ratio, ligesom det ikke er registreret i sygesikringsregistret, om en aktivitet er udført af læge eller personale.

5.5 Tidsanvendelse på opgaver for henholdsvis læger, sundhedsfagligt personale og sekretærer

Hovedbudskaber afsnit 5.5

Såvel læger som sundhedspersonale vurderes gennemsnitligt set at bruge mest tid på konsultationer samt opfølgninger for borgere med kronisk sygdom.

Der er variation på tværs af praksis i, hvilke opgaver sundhedspersonalet bruger deres tid på.

Kontrol af borgere med kroniske lidelser er en opgave, som varetages af sundhedspersonale i næsten alle lægepraksis. 80 % af praksis svarer i spørgeskemaundersøgelsen, at sundhedspersonale i klinikken bruger minimum 5 timer ugentligt på opgaven.

Sekretærene bruger mest tid på reception og telefon, herunder patientvisitation.

BDO har valgt at kortlægge tidsanvendelsen i almen praksis ved at udsende en spørgeskemaundersøgelse til de praktiserende læger for at bede om deres vurdering af opgavernes omfang for hhv. læger, sundhedsfagligt personale og lægesekretærer. Respondenterne (almen praksis) blev specifikt bedt vurdere, hvor mange timer de tre faggrupper bruger på en liste af opgaver på en gennemsnitlig 37 timers arbejdsuge. Resultatet må anvendes med forbehold for, at opgørelsen er baseret på respondenternes skøn. Resultatet af besvarelserne kan læses i sin fulde form inkl. beskrivelse af spørgsmålsteksten i bilag 2, afsnit 1.4.

Tablet 5.5a nedenfor viser opgaver i almen praksis prioriteret efter tidsanvendelse for henholdsvis læger, sundhedspersonale og sekretærer. Konsultationer og kontrol/opfølgning for borgere med kroniske lidelser er de to opgaver, som både læger og sundhedspersonale bruger mest tid på. Sekretærer har en anden funktion og varetager primært receptions- og administrative opgaver.

Tablet 5.5a: de fem opgaver med højest angivet tidsanvendelse i almen praksis fordelt på faggruppe.

	Læger	Sundhedspersonale	Sekretærer
1.	Konsultationer (fysiske, telefon- eller e-konsultationer)	Kontrol af borgere med kroniske lidelser	Reception og telefon
2.	Kontrol af borgere med kroniske lidelser	Konsultationer (fysiske, telefon- eller e-konsultationer)	Patientvisitation
3.	Akutvagt	Blodprøvetagning og laboratorieundersøgelser	Oplæg til receptfornyelse
4.	Tovholderfunktion (Koordination af patientforløb og kommunikation med samarbejdspartnere)	Reception og telefon	IT og administration
5.	Supervision, faglig udvikling og kvalitet	Vaccinationer	Praktiske opgaver

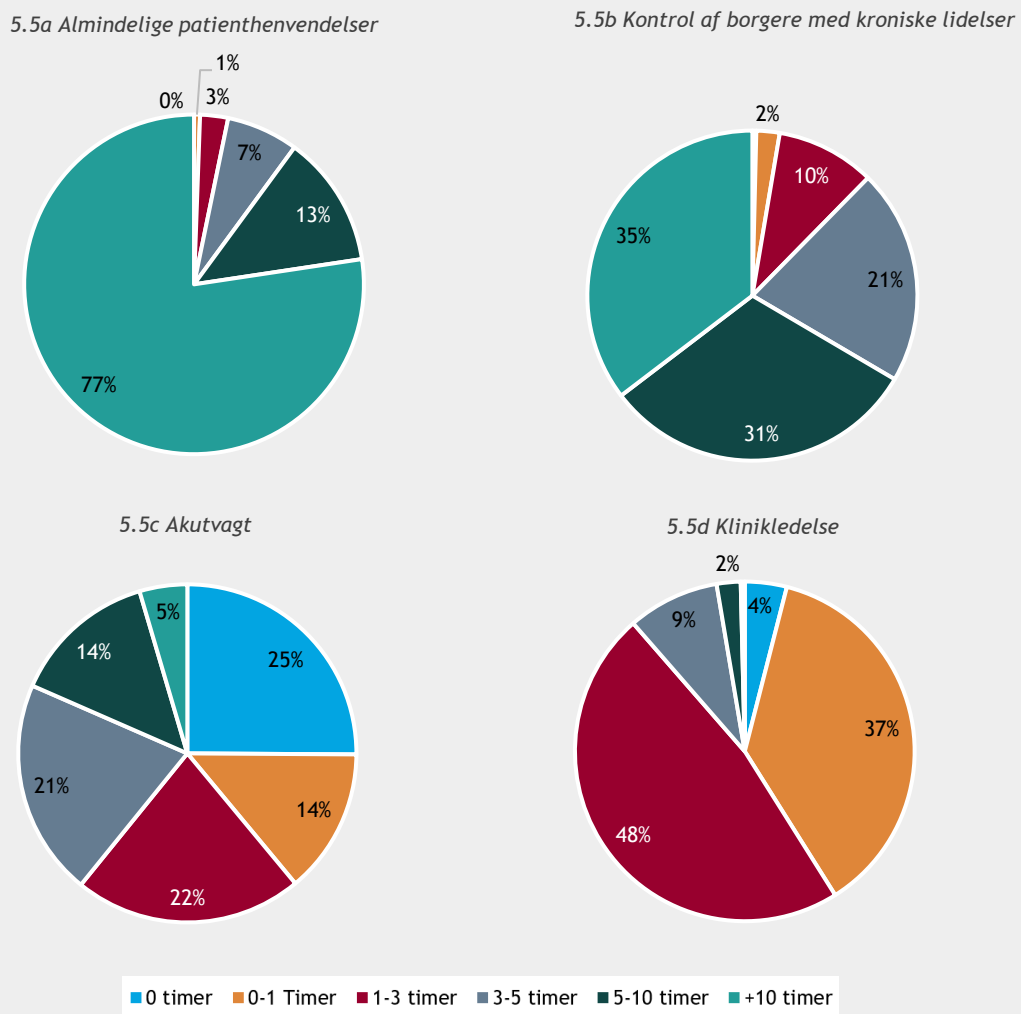
Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n= 526 almen praksis. Prioriteringen i tabellen er baseret på resultaterne i afsnit 1.4, bilag 2. Sundhedspersonale dækker sygeplejersker, jordemødre, SOSU, stud.med. m.v.

5.5.1 Tidsanvendelse - læger

Figur 5.5a-5.5d nedenfor viser svarfordelingen mellem almen praksis på spørgsmålet om, hvor mange timer læger i gennemsnit bruger ugentligt på fire specifikke opgavetyper. Det kan af figur 5.5a aflæses, at 77 % af almen praksis vurderer, at læger i deres klinik bruger mere end 10 timer ugentligt på almindelige patienthenvendelser i form af konsultationer (alm. fysiske, telefon- og e-konsultationer). En minoritet på 11 % af de praksis, som deltog i undersøgelsen, vurderer, at læger bruger under 5 timer ugentligt på konsultationer.

For de tre øvrige figurer ses en større spredning i, hvor mange timer almen praksis vurderer, at læger i gennemsnit anvender på de tre opgavetyper. Med hensyn til kontrol af borgere med kroniske lidelser, kan forskellen skyldes delegation af opgaven til praksispersonale. Tallene beror sig alene på respondenternes skøn.

Figur 5.5a-d: lægers tidsanvendelse for fire opgavetyper fordelt på praksis



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n= 526 almen praksis.

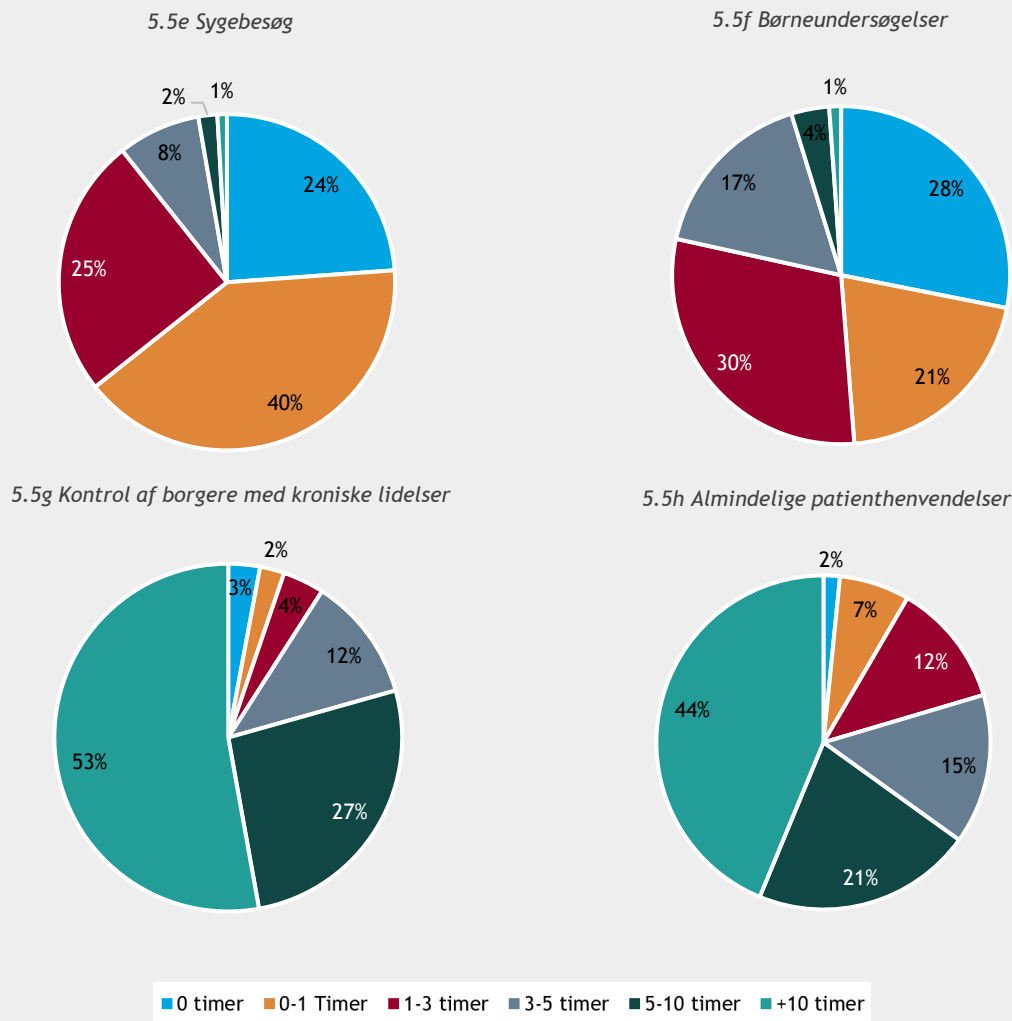
5.5.1 Tidsanvendelse - praksispersonale

Figur 5.5e-5.5h viser svarfordelingen mellem almen praksis på spørgsmålet om hvor mange timer, sundhedspersonale i gennemsnit bruger ugentlig på fire specifikke opgavetyper. Det fremgår, at der er variation imellem praksis i forhold til personalets tidsanvendelse på de forskellige opgaver. Ifølge figur 5.5g vurderer 53 % af almen praksis med ansat sundhedspersonale, at sundhedspersonalet i deres klinik i gennemsnit bruger over 10 timer om ugen på kontrol af borgere med kroniske lidelser. Andre 21 % af praksis vurderer, at sundhedspersonale i gennemsnit bruger mindre end 5 timer ugentligt på opgaven.

Et lignende mønster kan ses for opgaverne sygebesøg, børneundersøgelser og almindelige patienthenvendelser. I spørgeskemaundersøgelsen svarede 44 % af praksis, at sundhedspersonalet i deres klinik bruger mere end 10 timer ugentligt på almindelige patienthenvendelser pr. medarbejder, mens andre 21 % af praksis svarer, at sundhedspersonalet bruger under 3 timer ugentligt på opgaven.

Sundhedspersonale dækker i spørgeskemaundersøgelsen sygeplejersker, jordemødre, SOSU, stud.med. m.v. (ekskl. sekretærer).

Figur 5.6e-h: Sundhedspersonales tidsanvendelser for fire opgavetyper fordelt på praksis



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n= 441 almen praksis. Sundhedspersonale dækker sygeplejersker, jordemødre, SOSU, stud.med. m.v. (ekskl. sekretærer).

5.6 Arbejdsdeling og delegation

Den interne arbejdsdeling og graden af delegation mellem læger og praksispersonale har betydning for kapacitet og opgaveløsning i almen praksis. Derfor er arbejdsdeling og delegation et tema i kortlægningen.

Kortlægningen af arbejdsdeling og delegation er primært baseret på kvalitative data suppleret med surveydata. Der ses relativt stor variation i delegationsgraden på tværs af praksis. Caseanalyserne af 17 lægepraksis i bilag 3 indeholder forskellige konkrete eksempler på, hvilke opgaver der varetages af hhv. læger og praksispersonale, og hvordan læger i praksis med middel eller høj delegationsgrad har indrettet sig for at understøtte sundhedspersonalets selvstændige opgavevaretagelse.

Hovedbudskaber afsnit 5.6

De fleste opgaver kan uddelegeres til kompetent praksispersonale, kun enkelte opgaver er forbeholdt lægen. Attestarbejde er en af de få opgaver, der alle steder primært udføres af læger. Omvendt udføres vaccinationer og diagnostiske test primært af praksispersonale.

Det er forskelligt i hvilken udstrækning, de praktiserende læger gør brug af muligheden for at delegerer opgaver. Arbejdsdelingen i forhold til konkrete opgaver mellem læger og praksispersonale ses at være særdeles forskellig på tværs af lægepraksis, fx om det er læger eller sygeplejersker, der varetager telefonkonsultation, aflægger sygebesøg og gennemfører børneundersøgelser.

Variation mellem praksis i forhold til graden af delegation afspejler både forskelle i uddannelses- og kompetenceniveau blandt personalet, og at praktiserende læger har et forskelligt syn på, hvorvidt deres primære rolle skal være konsulterende eller superviserende.

Udviklingen går generelt i retning af øget delegation til stadig mere kompetent og selvstændigt arbejdende praksispersonale med direkte adgang til sparring med lægen - også kaldet mikroteams.

I visse lægepraksis og praksisformer deltager praksispersonale - fx i rollen som praksismanager - i udvalgte ledelsesopgaver og særligt i ledelse af daglig drift og faglig ledelse af praksispersonale. Andre steder anses praksisledelse entydigt som en opgave for lægen/lægerne. Andelen af lægernes tid anvendt på ledelse, administration og supervision/oplæring af personale varierer i forhold til klinikkens struktur og organisering.

I nogle lægepraksis understøttes delegation yderligere gennem specialisering af især sygeplejersker, mens andre opretholder et princip om generalistkompetencer både hos læger og praksispersonale.

En del praktiserende læger vurderer, at der fortsat er opgaver i almen praksis, som i højere grad kunne delegeres til praksispersonale, herunder eksempelvis opfølgning for borgere med kronisk sygdom samt e-konsultation, vaccinationer og diagnostiske test.

5.6.1 Rammer for opgavedelegation til praksispersonale

Visse opgaver er lægeforbeholdte og kan ikke uddelegeres til personale. Det drejer sig fx om attester, opsøgende hjemmebesøg og aftalt telefonkonsultation. Personale kan i visse tilfælde hjælpe med forberedelsen af sådanne ydelser. Generelt er der ingen hindringer for, at en væsentlig del af opgaverne herunder fx børneundersøgelser og sygebesøg delegeres til kompetent praksispersonale, som arbejder under lægens supervision og ansvar.

Da honoraret er det samme, skelnes der ved ydelsesregistreringen ikke til, om en opgave er udført af speciallæge, uddannelseslæge eller praksispersonale. Det kan være muligt at udtrække statistik om andelen af diverse ydelser udført af praksispersonale af Læge-Praksissystemerne. BDO har ikke haft adgang til sådanne statistikker inden for analysens rammer. Status for arbejdsdeling og delegation i 2022 er derfor belyst gennem spørgeskemaundersøgelse.

Patientbehandling

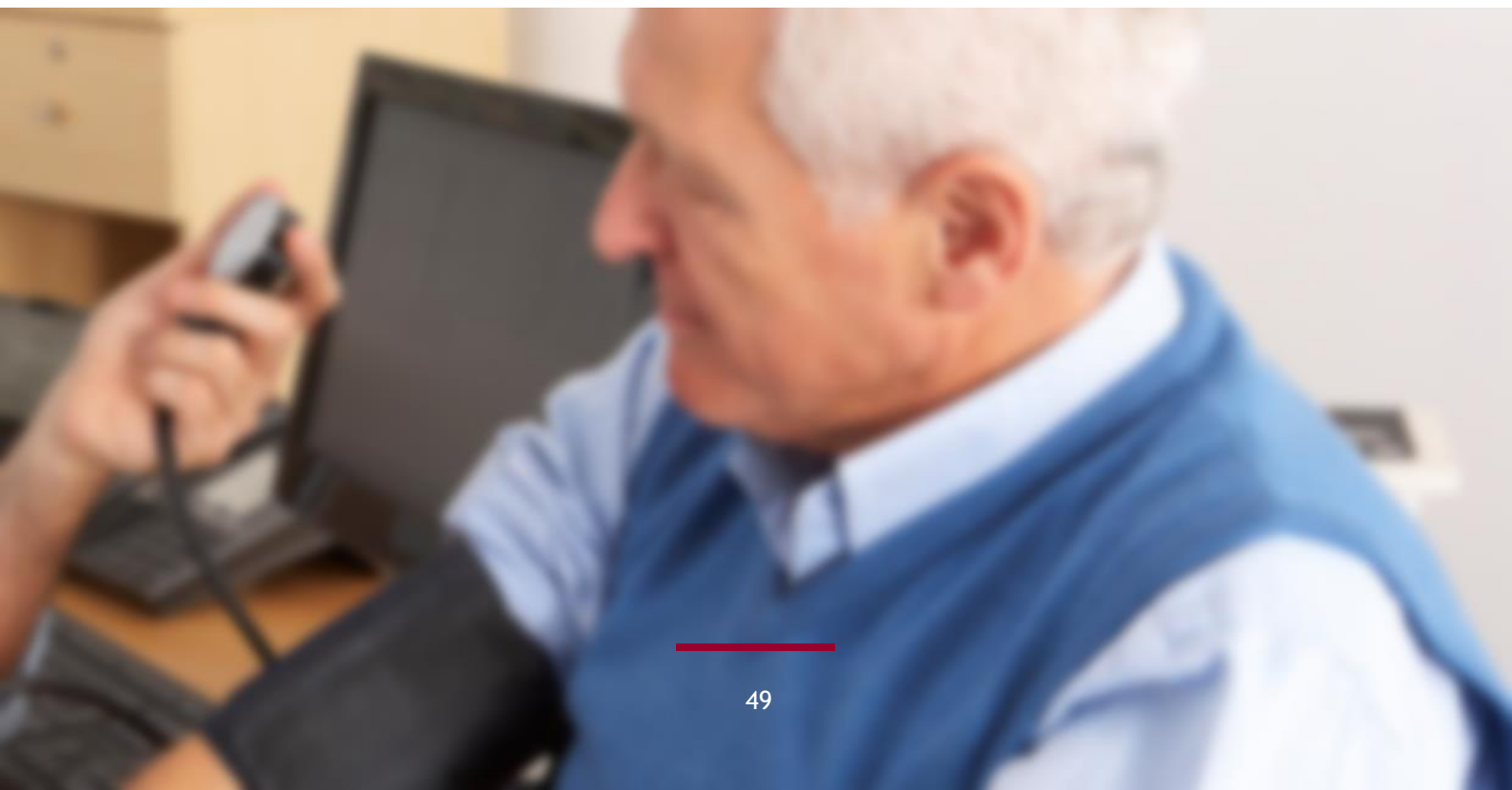
De praktiserende læger har ansvar for patientbehandlingen i almen praksis. I de fleste lægepraksis er der faste rutiner og arbejdsgange, som involverer arbejdsdeling mellem læger og praksispersonale. Kun få opgaver er udelukkende forbeholdt lægen, såsom medicinordination, ledelsesansvar (i visse praksisformer), attestarbejde, henvisninger, akutvagt og udvalgte ydelser såsom samtaleterapi. Reglerne om sundhedspersoners brug af medhjælp åbner mulighed for, at lægen kan delegerer en række opgaver til praksispersonalet set i lyset af den enkeltes kompetencer. Lægen skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i at udføre opgaven.

Roller og opgaver i forbindelse med delegation til praksispersonale, som matcher den enkeltes kompetencer, er dels fastlagt via skriftlige instrukser og vejledninger i den enkelte lægepraksis, og dels uformelt gennem den daglige sparring og supervision. Læger og praksispersonale har typisk et tæt og personligt samarbejde over længere tid. Derfor har den praktiserende læge typisk nuanceret og opdateret viden om den enkelte medarbejders uddannelse, erfaring og kompetenceprofil. Det ses også, at læger ansætter praksispersonale med erfaringer og kompetencer i specialer, som supplerer deres egne kompetencer og interesseområder, og som muliggør en yderlig delegering og dermed frigørelse af lægetid.

5.6.2 Variation i arbejdsdeling og delegation

BDO har via spørgeskemaundersøgelsen sendt til almen praksis målt graden af delegation af opgaver til praksispersonale. I undersøgelsen er respondenter blevet stillet spørgsmål til, hvorvidt håndtering af specifikke opgaver deles ligeligt i deres praksis mellem læger og praksispersonale, eller hvorvidt opgaverne håndteres enten primært eller udelukkende af læger eller praksispersonale. Afsnit 1.4 i bilag 2 viser, hvordan almen praksis fordeler sig med hensyn til graden af delegation for 11 typer af opgaver.

Spørgeskemaundersøgelsen viser generelt, at graden af delegation afhænger af opgavetyper. Cirka 90 % af respondenterne har svaret, at diagnostiske test - lungefunktionsmålinger, blodprøver m.v. - primært eller udelukkende håndteres af praksispersonale. Et lignende mønster ses for vaccinationer, som i 36 % af praksis primært eller udelukkende håndteres af praksispersonale. Der kan for flere opgavetyper observeres en betydelig variation i graden af delegation mellem almen praksis. Variationen indebærer, at opgaver, der i nogle lægepraksis anses som en lægeopgave, i andre praksis udføres af praksispersonale. Dette gælder især for almindelige konsultationer og børneundersøgelser.



Figur 5.6.2a viser opgaver i almen praksis rangeret efter graden, hvormed de delegeres til praksispersonale. Delegationsscoren i figuren går fra 1 (lav delegation) til 5 (høj delegation). Scoren er et indeks beregnet på baggrund af respondenternes svar på spørgsmålene om delegation i spørgeskemaundersøgelsen.

Figuren udtrykker, hvordan opgaver i gennemsnit delegeres i forskellig grad. Attestarbejde er den opgave, der i størst omfang udelukkende håndteres af læger. I den modsatte ende af skalaen ses diagnostiske test og vaccinationer, som i vid udstrækning håndteres af praksispersonale. En del opgavetyper deles gennemsnitligt set relativt ligeligt mellem læger og praksispersonale. Det gælder fx de almindelige konsultationer.

Figur 5.6.2a Indeksscore for grad af delegation for opgaver i almen praksis



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=567 almen praksis. Data indeholder alle respondenter præsenteret for spørgsmålet. Scoren går fra (1) opgaven håndteres udelukkende af lægen til (5) opgaven håndteres udelukkende af praksispersonale.

Figur 5.6.2b nedenfor viser, hvordan respondenter fra almen praksis har besvaret spørgsmålet om, hvordan arbejdsdelingen foregår i deres klinik, i forhold til opgaver om kontrol af borgere med kroniske lidelser, diagnostiske test samt almindelige konsultationer.

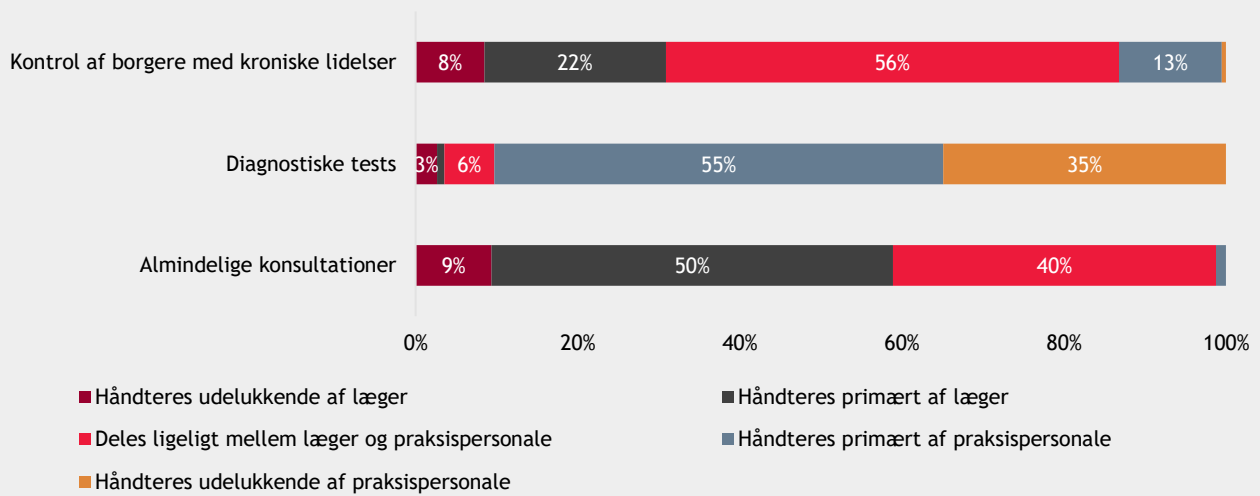
56 % af de almen praksis, som deltog i undersøgelsen, svarede, at opgaven med kontrol af borgere med kroniske lidelser deles ligeligt mellem læger og praksispersonale. Samlet 30 % af respondenter svarede, at læger enten primært eller udelukkende varetager kronikerkontrol, mens opgaven primært håndteres af praksispersonale i 13 % af praksis. Således er der identificeret en spredning i, hvordan opgaven delegeres på tværs af praksis.

For diagnostiske test ses en endnu større grad af delegation. I 90 % af praksis håndteres diagnostiske test enten primært eller udelukkende af praksispersonalet.

For almindelige konsultationer gælder det, at opgaven for 59 % af praksis primært eller udelukkende håndteres af læger, mens opgaven deles ligeligt i 40 % af praksis. Én procentdel af praksis (7 respondenter) svarer, at konsultationer primært håndteres af praksispersonale.

Afsnit 1.4 i bilag 2 viser fordelingen af besvarelser for samtlige 11 opgavetyper, som indgik i undersøgelsen.

Figur 5.6.2b Fordeling af praksis' besvarelse af spørgsmålet; hvordan foregår arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale for opgaver i klinikken?



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=567 almen praksis. Data indeholder alle respondenter præsenteret for spørgsmålet.

5.6.3 Udvikling i delegation til praksispersonale

Kvalitative interview med læger og praksispersonale, som har en længere anciennitet i almen praksis, beskriver, at der gennem de seneste ca. 20-30 år er sket en udvikling i retning af øget delegation til praksispersonale og især til sygeplejersker. Udviklingen betyder, at praksispersonale leverer en stadig større andel af ydelserne i almen praksis.

Tidligere varetog praksispersonalet specifikke og klart afgrænsede opgaver, såsom vaccination og sårbehandling. På et tidspunkt fik sygeplejerskerne større ansvar for opfølgning på kronisk sygdom, hvor de fortsat udførte klart afgrænsede opgaver, især vedr. diabetes og KOL, efter skemaer og retningslinjer. Senest er der sket en yderligere udvikling i, hvilke opgaver praksispersonale vurderes at kunne varetage i almen praksis. Sygebesøg, børneundersøgelser, gynækologiske undersøgelser og besvarelse af korrespondancer er eksempler på opgaver, der tidligere blev anset som lægeopgaver, men i 2022 i nogle lægepraksis delegeres til praksispersonale.

I takt med, at praksispersonale får større ansvar, indebærer det normalt nye opgaver for lægerne, der skal sætte mere tid af til undervisning og supervision samt løbende sparring om individuelle patienter, ligesom de får frigivet tid til det stigende antal komplekse patienter. For praksispersonale går udviklingen i retning af øget specialisering, hvilket særligt udnyttes i større lægepraksis.

5.6.4 Arbejdsdeling og samspil mellem læger og praksispersonale i opgaveløsningen

Det er almindeligt, at praksispersonale udfører diagnostiske undersøgelser og har egne konsultationer. Hvis der er behov for at involvere lægen i forbindelse med en patientkontakt, kan det enten ske ved, at behandlersygeplejersken præsenterer patientens problem for lægen, og de to sammen lægger en plan, som sygeplejersken går ind og præsenterer for patienten, at lægen er med i konsultationen efter først at være briefet af sygeplejersken, eller ved at der bookes en ny tid til opfølgning hos lægen.

En almindelig arbejdsdeling er, at stabile og afklarede patienter først har konsultation hos praksispersonalet, der tager blodprøver og lignende diagnostiske undersøgelser, hvorefter lægen vurderer resultatet, når det foreligger, og svarer patienten - enten pr. mail eller ved en opfølgende konsultation. En række mindre komplicerede akutte konsultationer varetages ligeledes af praksispersonale, eksempelvis behandling af sår, forstuvninger, slag m.v.

I forbindelse med det såkaldte kronikerprogram har en del praksispersonale deltaget i kurser udbudt af PLO-Efteruddannelse (PLO-E) i behandling af diabetes, KOL og andre kroniske sygdomme. Efterhånden som de pågældende får erfaring med disse patientgrupper, får de opbygget en specialistkompetence, som kan understøtte delegation. Således ses ofte, at sygeplejersker varetager de løbende opfølgninger med stabile kronikere.

Ledelsesopgaver

Afhængig af praksisform og praksisstørrelse vil ejerlægerne typisk have en rolle som "chef" eller "chefgruppe" med det overordnede ansvar for både den organisatoriske praksisdrift og -ledelse og for den faglige patientbehandling. Hvis der er kapaciteter bemandet med ansatte læger, er det kun ejerlægerne, der indgår i chefgruppen, og de ansatte læger har mulighed for at koncentrere sig om patientbehandlingen og samspillet med praksispersonale.

I nogle praksis er dele af den daglige ledelsesopgave (eksempelvis personaleledelse) delegeret til praksispersonale typisk i form af en praksismanager efter engelsk model.

Visitation og praksisdrift

Sygeplejersker og lægesekretærer (evt. i rollen som praksismanager/ledende fagperson) har ofte ansvar for den daglige praksisdrift gennem kalenderplanlægning og visitation. Det er forskelligt, hvilke faggrupper der visiterer henvendelser fra patienter og samarbejdspartnere, som kommer ind via mail eller telefon (kan være lægesekretær, sygeplejerske, SOSA eller medicinstuderende).

Omdrejningspunktet for planlægningen af det almenmedicinske tilbud til de tilmeldte patienter er kalenderen. Både læger og praksispersonale har adgang til at booke patienter ind i kalenderen, og det er typisk et fælles ansvar for læger og praksispersonale gennem visitation at udfylde de tider, der er til rådighed hos læger og praksispersonale. Ud over lægens eventuelle telefontid - typisk mellem kl. 8 og 9 - samt bemanning af den såkaldte akuttelefon er opgaver med visitation normalt uddelegeret til praksispersonale.

Visitationsopgaven har stor betydning for, hvilket tilbud der leveres til den enkelte patient, både for formen (telefon, video, fremmøde), ventetid og hvilken fagperson, patienten kommer ind til. Der er udbredt enighed om, at effektiviteten og kvaliteten af praksisdriften står og falder med kvaliteten af visitationsopgaven. Erfarne medarbejdere - uanset faggrupper - roses ofte af læger og praksismanagers for deres personlige kompetencer i form af kommunikative evner, som gør dem i stand til at vurdere, om en patient kan klare sig med råd om egenomsorg, planlagt tid hos hhv. læge eller sygeplejerske, eller om der er behov for en akut tid.

5.6.5 Forskellige modeller for arbejdsdeling og delegation i almen praksis

Analysen giver et billede af forskellighed i opgavefordelingen og delegationsgraden på tværs af lægepraksis. Variationen afspejler både behov jf. ovenstående afsnit om øget brug af praksispersonale i lægedækningstruede områder og lægernes præferencer eller "værdier", forstået som lægens forståelse af kerneopgaven for almen praksis (inklusive specialiseringsbehovet) samt metoden til at sikre kontinuitet og sammenhæng for de tilmeldte patienter.

Der ses i 2022 tendenser i retning af en polarisering af almen lægepraksis i to overordnede forretningsmodeller. I den første, traditionelle model er lægen i front og har det primære ansvar for patientkontakten med delegation af afgrænsede opgaver til praksispersonale. Den anden model, som forekommer at være i vækst, er kendetegnet ved mere udstrakt delegation til praksispersonale - typisk sygeplejersker. I disse lægepraksis har praksispersonalet den primære patientkontakt og lægerne et mere fokuseret eller afgrænset ansvarsområde og prioriterer opgaver vedrørende multisyge og komplekse patienter, supervision og undervisning samt opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer, fx attester. Hvis praksis med udstrakt delegation har organiseret tilbuddet, så de tilmeldte patienter er tilknyttet en fast læge og sygeplejerske, kaldes modellen også "behandlerteams" eller "micro-teams".

Faktaboks om Behandlerteams

Arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale følger nogle steder modellen behandlerteams eller "micro-teams". Dette anvendes i almen praksis i Danmark og internationalt som en betegnelse for den organisationsform, hvor en læge, en sygeplejerske og evt. en tredje medarbejder (SOSU-assistent, bioanalytiker eller lignende), typisk i en større lægepraksis med høj delegationsgrad, sammen deler ansvaret for en delmængde af de patienter, der er tilmeldt klinikken.

Sygeplejersken er den primære kontakt, mens lægen, der har en mere superviserende rolle, involveres efter behov og kan trækkes ind under en konsultation. Det står opført i Lægepraksissystemet, hvilket behandlerteam patienten er tilknyttet, så praksis i visitation og kalenderplanlægning kan tilstræbe kontinuitet ved at booke tid til patienten hos de pågældende.

I forlængelse heraf ses ligeledes nye praksisformer dukke op med en arbejdsdeling, hvor typisk en privat leverandør fra centralt hold varetager økonomisk og strategisk ledelse, leverer fællesfunktioner og tilrettelægger driften for de klinikker, der er indgået aftale med. Virksomheden sørger også for praksismanagers, ansættelser og kompetenceudvikling af personale. Derved skal ejerlægerne og de ansatte læger ikke bruge tid herpå.

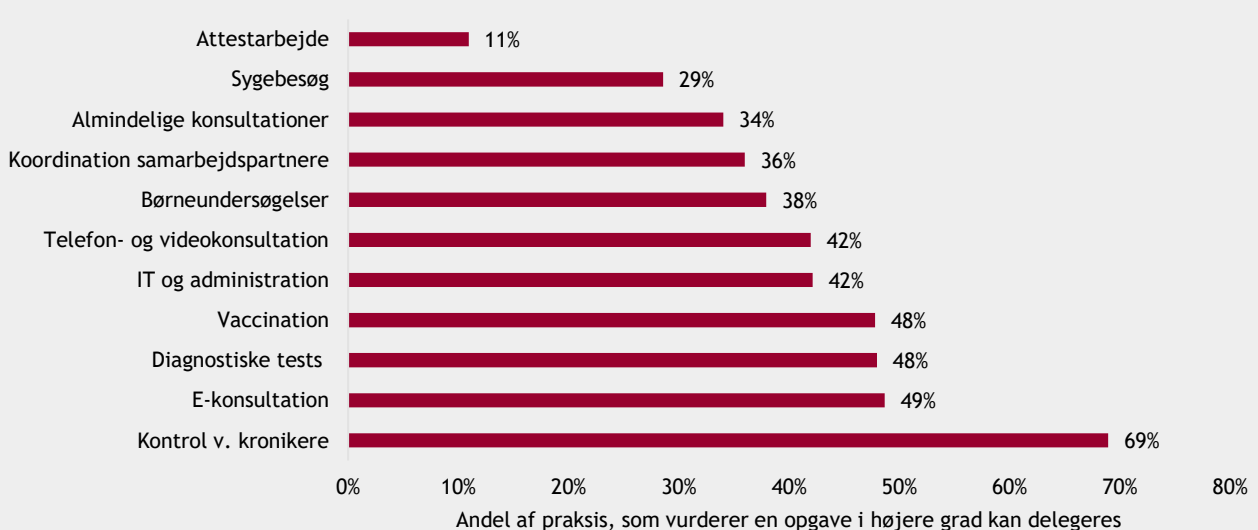
Praksisbesøgene har omfattet lægepraksis, som illustrerer de to overordnede modeller, samt en række mellemformer, inklusive praksis under transformation i retning af øget delegation. Nogle praksis i lægedækningstruede områder har været presset til at sætte praksispersonalet i front som en forudsætning for at kunne håndtere efterspørgslen fra de tilmeldte patienter. Det kendetegner disse praksis, at modellen efter en transformationsperiode og tilvænnning af patienterne til den nye arbejdsform vurderes at være velfungerende, og at lægerne har fået en ny forståelse af deres kerneopgave med særlig prioritet til oplæring, supervision og sparring.

Ud over den overordnede organisering afspejler variation i arbejdsdeling mellem lægepraksis også de tilstedeværende kompetencer. Læger og ledende sygeplejersker/praksismanagers giver således udtryk for, at opgaveløsningen afspejler praksispersonalets kompetencer. Eksempelvis vil en sygeplejerske, der har været ansat på en hud- eller kræftafdeling, ofte få større ansvar for behandlingen af netop denne patientgruppe i almen praksis.

5.6.6 Praktiserende lægers vurdering af potentiale i yderligere delegation til praksispersonale

De praktiserende læger ser fortsat et potentiale i yderligere opgavedelegation til praksispersonale. Fx vurderede 34 % af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen, at almindelige konsultationer i højere grad kan delegeres til praksispersonale. Resultatet vedrørende forskellige opgavetyper fremgår af figur 5.6.6a:

Figur 5.6.6a: fordeling af svar på spørgsmålet; hvilke opgavetyper vurderer du i højere grad kunne delegeres fra læger til praksispersonale?



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=567 almen praksis.

5.7 Tilgængelighed og åbningstider

Ifølge Danske Patienter er tilgængelighed, herunder digital tilgængelighed, og åbningstider i almen praksis et vigtigt tema for patienterne. Det er et entydigt fund i den kvalitative analyse, at let og hurtig adgang til almen praksis om henvendelser vedrørende fælles borgere er vigtig for samarbejdspartnere i kommunalt regi, og sundhedsreformaftalen indeholder et mål om mere fleksibel tilgængelighed til almen praksis. Overenskomsten om almen praksis indeholder en række bestemmelser om, hvordan og hvornår almen praksis skal være tilgængelig for tilmeldte patienter og samarbejdspartnere.

I analysen er de praktiserende lægers tilgængelighed kortlagt kvantitativt og kvalitativt ud fra følgende parametre:

- Åbningstid herunder udvidet åbningstid
- Telefonisk tilgængelighed for borgere
- Tilgængelighed via digitale kontaktformer
- Ventetid på konsultation

BDO har ikke haft adgang til data om de praktiserende lægers åbningstider, ventetid på forskellige kontaktformer m.v. Der er indhentet tilgængelighedsanalyser fra regionerne, som imidlertid ikke har været direkte sammenlignelige. Begrundet i emnets væsentlighed for centrale interessenter har BDO derfor valgt at belyse åbningstider og telefonisk tilgængelighed via manuel gennemgang af almen praksis hjemmesider suppleret med spørgeskemaundersøgelse til de praktiserende læger.

BDO har valgt hjemmesider som datakilde på trods af, at almen praksis alene er forpligtet til at oplyse åbningstider m.v. på deres praksisdeklaration. Det skyldes, at BDO vurderer, at hjemmesider vil være en hyppigt anvendt informationskanal for patienter, pårørende og samarbejdspartnere og derigennem påvirke den oplevede tilgængelighed. Se bilag 1, afsnit 1.4 for nærmere metodebeskrivelse samt metodiske forbehold.

Endelig har ventetid og tilgængelighed i bred forstand været et tema i de kvalitative interview med praktiserende læger og praksispersonale herunder digital tilgængelighed, mulighed for konsultation uden tidsbestilling, såkaldt "åben konsultation" m.v.

Hovedbudskaber afsnit 5.7

Åbningstider: Almindelig dagtid er defineret som 8-16 på hverdage. På tværs af praksis har 34 % af almen praksis ikke oplyst muligheden for konsultationer efter kl. 16.00 minimum én gang om ugen på deres hjemmeside. Almen praksis i landkommuner har den størst andel, der ikke har oplyst om mulighed for sen konsultation på hjemmesiden (59 %).

Telefonisk tilgængelighed: Telefonisk kontakt og visitation i almen praksis foregår generelt i tidsrummet 08:00 til ca. 12:30. Derefter kan opkald om akutte problemstillinger foretages til et akutnummer frem til kl. 16.

58 % af almen praksis oplyser på deres hjemmeside, at der er telefonisk tilgængelighed for akutte henvendelser fra patienter via en akuttelefon eller generel telefonisk tilgængelighed alle dage kl. 8-16. De resterende oplyser alene den almindelige, mere begrænsede telefontid.

Digitale kontaktformer: Den er forskel i brugen af videokonsultationer, og generelt vurderer almen praksis et større potentiale heri. De fleste praksis tilbyder elektronisk booking.

Typisk er der længere ventetid til planlagt konsultation med den praktiserende læge end til konsultation med sundhedspersonale.

De fleste praksis oplyser, at de tilbyder tid samme dag ved akut behov, forudsat at patienterne ringer om morgenen. Organiseringen af akuttider til konsultationer samme dag varierer. Enkeltstående praksis tilbyder åben konsultation uden tidsbestilling i bestemte tidsrum.

5.7.1 Overenskomstens regler om tilgængelighed og åbningstider

Tilgængelighed for patienter til almen praksis kan defineres og operationaliseres på forskellig vis. BDO har valgt at kortlægge tilgængelighed til almen praksis for patienter med særligt fokus på åbningstid for fysisk konsultation, herunder aftenkonsultation, telefonisk tilgængelighed, ventetid for konsultationer og adgang til specifikke typer af konsultationer, fx digital- og videokonsultation

Andre relevante elementer i den tilbudte tilgængelighed for patienter er tilgængelighed ved akut behov og adgang til at konsultere specifikke personer, såsom den valgte, faste læge. Det varierer på tværs af praksis og interessentgrupper, hvilken form for tilgængelighed til almen praksis de prioriterer højest.

Åbningstider

Patienter kan ifølge overenskomst om almen praksis søge lægehjælp hos almen praksis i dagtiden, som er kl. 8-16 på hverdage, hvor der afholdes konsultationer med eller uden tidsbestilling. Mindst en gang om ugen skal den praktiserende læge tilbyde konsultation efter kl. 16 fortrinsvis for patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden.

Telefonisk tilgængelighed

I forhold til telefonisk tilgængelighed skal patienter have adgang til minimum én times daglig telefonkonsultation hos lægen på hverdage. Det kan enten sikres ved, at lægen selv besvarer telefonen, eller gennem aftalt telefonkonsultation, hvor praksispersonale tager imod besked, hvorefter lægen ringer tilbage.

Ved akut opstået behov for lægehjælp skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16 samme dag hos almen praksis eller via stedfortrædende praktiserende læge, som lægen har indgået aftale med.

Digital tilgængelighed

Almen praksis skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-konsultation. Videokonsultation, som er visiteret og aftalt på forhånd, skal tilbydes senest ved udgangen af overenskomstperioden, dvs. inden 1. januar 2025.

Fysisk tilgængelighed og ventetider

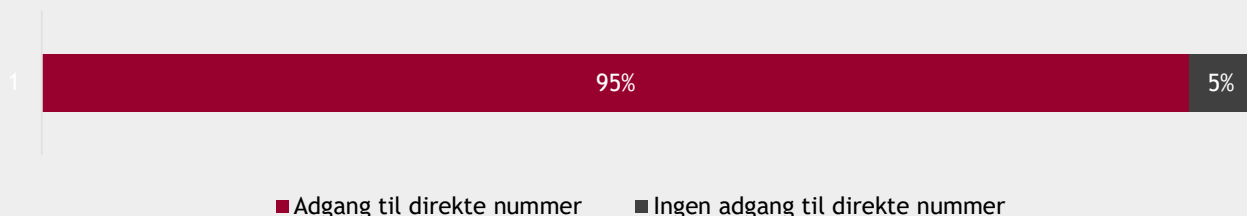
Lægen må gerne tilbyde "åben konsultation" uden tidsbestilling. Når konsultation sker efter tidsbestilling, skal patienter sædvanligvis kunne få konsultation senest 5 hverdage efter tidsbestillingen.

Telefonisk tilgængelighed for kommunale samarbejdspartnere

Tilgængeligheden til almen praksis er tosidet, idet der både er tilgængelighedsmæssige snitflader til patienter og pårørende og samtidig tilgængelighed for samarbejdspartnere. Det er særligt kommunale medarbejdere, der oftest har behov for tilgængelighed til almen praksis angående patienter i den kommunale hjemme-/hjemmesygepleje og på plejecentrene. Der henvises til afsnit 7.2 for en beskrivelse heraf.

I den seneste forhandlingsaftale af 19. juni 2021 har overenskomstparterne skrevet under på, at praktiserende læger forpligter sig til at stille bagom-numre til rådighed for kommunalt personale fra kommunernes hjemmepleje, som skal kunne få kontakt til klinikken i akutte tilfælde uden om telefonbetjeningen i dagtid.

Figur 5.7.1a Besvarelser af spørgsmålet; Tilbyder klinikken i dagtimerne et direkte nummer udenom telefonkø ved akut behov til sine samarbejdspartnere? (et såkaldt bagom-nr.)



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=560 almen praksis. Spørgsmålsteksten er uddybet med; 'fx hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre, speciallæger, hospitalsafdelinger og øvrige sundhedsprofessionelle m.v.

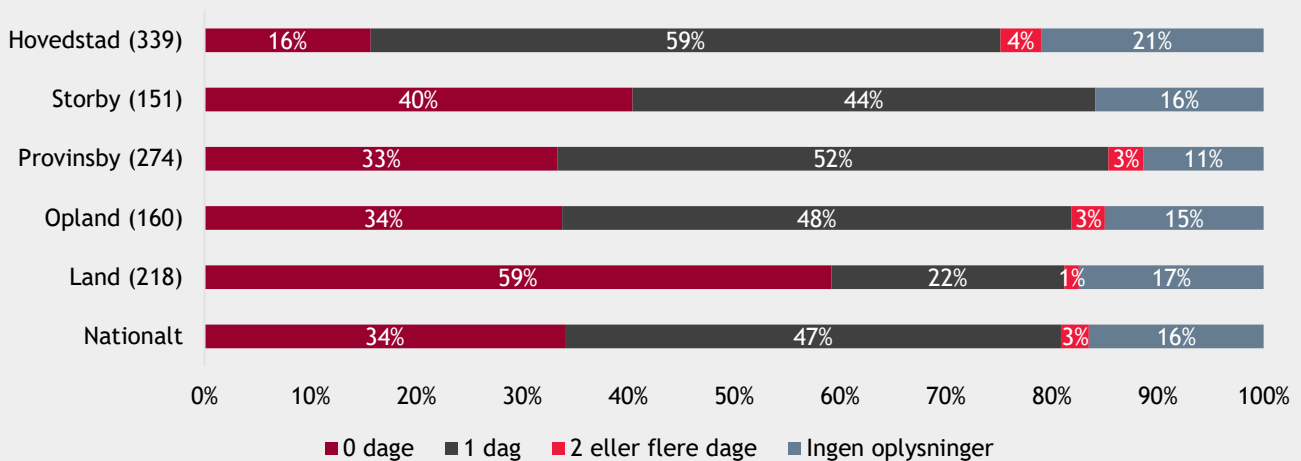
5.7.2 Åbningstider herunder udvidet åbningstid

Den normale åbningstid for fysiske konsultationer ligger i tidsrummet fra kl. 8 el. 9 til kl. 15.30 el. 16 på hverdage. I dette tidsrum møder patienter til planlagt konsultationstid, prøvetagning, kontrolbesøg m.v. med enten praktiserende læger, uddannelseslæger eller øvrigt praksispersonale. Der er også eksempler i caseanalyserne på praksis, som åbner for blodprøvetagning og lignende kl. 7.30.

I relation til fleksible åbningstider skal patienterne som minimum tilbydes mulighed for sen konsultation en dag om ugen.

Figur 5.7.2a neden for viser andelen af hjemmesider, hvor almen praksis oplyser patienterne om muligheden for sen konsultation. 47 % af praksis informerer direkte om udvidet åbningstid/sen konsultation på deres hjemmeside, mens ca. 5 % åbner tidligt mindst en dag om ugen. Der ses variation i adgangen til sen konsultation på tværs af kommunetyper. Særligt praksis i landkommuner har enten ingen oplysninger eller oplyser, at åbningstiden er frem til kl. 16 på alle hverdage. Omvendt informerer 63 % af praksis i hovedstaden om mulighed for sen konsultation. Jf. de metodiske forbehold er det muligt, at praksis alligevel tilbyder sene konsultationstider via fx lægevejen eller ad hoc-aftaler.

Figur 5.7.2a: Hjemmesider, som har oplyst ingen, én eller flere dage åbent for konsultationer efter kl. 16.00 fordelt på kommunetype og nationalt.



Note: Hjemmesidegennemgang af almen praksis' hjemmesider. N=1.142 hjemmesider.

5.7.3 Telefonisk tilgængelighed

Den generelle telefoniske tilgængelighed til almen praksis er typisk i tidsrummet 08.00- ca. 12.30, hvor en lægesekretær og/eller andet praksispersonale (typisk sygeplejersker) besvarer telefoniske henvendelser, eksempelvis vedrørende receptfornyelser, bookning/ændring af tider mv. Fra middagstid og frem til kl. 16.00 kan patienter alene ringe til almen praksis, hvis de har akut behov for lægehjælp. En mindre andel af almen praksis (3 %) har åbnet for telefoniske henvendelser fra patienter indtil kl. 16.00 alle ugens dage.

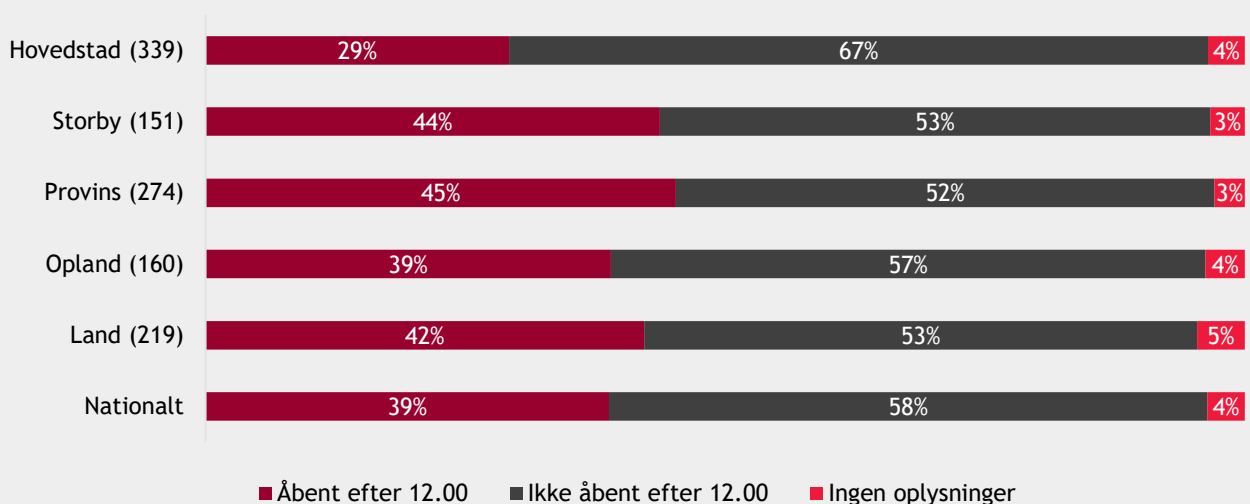
Om formiddagen foregår der typisk en telefonisk visitation (og evt. konsultation hvis muligt) ved sekretær og/eller sygeplejersker i forhold til enten at håndtere problemstillingen straks i telefonen (fx receptfornyelser, forespørgsler, mindre/ukomplicerede hændelser m.v.), visitering og booking til fysisk konsultation, få lægen til at ringe tilbage - eller få tilbud om at møde op på tidspunkter for åben konsultation, hvor muligt. I nogle praksis havde den praktiserende læge faste tider for telefonkonsultationer på hverdage, typisk en times tid om morgenen, i andre tilfælde tager sekretæren imod besked, og lægen ringer tilbage når der er mulighed for det.

Den generelle telefoniske tilgængelighed til almen praksis er typisk i tidsrummet 08.00 - ca. 12.30, hvor en lægesekretær eller andet praksispersonale bemande telefoniske henvendelser om tidsbestilling, receptfornyelse m.v.

BDO har under gennemgangen af hjemmesider registreret klinikens telefontid. Det er registreret manuelt pr. ydernummer, hvornår praksis oplyser telefonisk tilgængelighed for ikke-akutte henvendelser for patienter. Det vil sige tidsrummet, hvor telefonen i receptionen er bemandet, fx for tidsbestilling og receptfornyelse. Figur 5.7.3a nedenfor viser andelen af hjemmesider for almen praksis, som oplyser telefonisk tilgængelighed for ikke-akutte henvendelser efter kl. 12.00 minimum 4 dage om ugen. BDO udlægger tallene fra hjemmesidegennemgangen sådan, at de fleste lægepraksis lukker telefonen for almindelige ikke-akutte opkald omkring kl. 12.00. Af figuren kan der aflæses forskelle på tværs af kommune type. Andelen med åbent for telefonisk henvendelse efter kl. 12 minimum 4 dage om ugen er lavest blandt praksis beliggende i hovedstadskommuner.

Det bør bemærkes, at figuren kun viser telefonisk tilgængelighed til praksis oplyst på hjemmesider. Figuren dækker ligeledes ikke adgang for akutte henvendelser i dagstiden til stedfortræder, hvor der normalt henvises til et akutnummer. Ifølge de kvalitative data er det forskelligt, hvordan akuttelefonen bemandes fra kl. 12. Nogle klinikker deler denne forpligtelse i såkaldte vagtordninger på tværs af praksis.

Figur 5.7.3a: Andel af almen praksis' hjemmesider, som oplyser telefonisk tilgængelighed for patienter for ikke-akutte henvendelser efter kl. 12.00 minimum 4 dage om ugen fordelt på kommune type samt nationalt



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.143 hjemmesider.

Ved akut opstået behov skal patienterne kunne få hjælp hos egen læge frem til kl. 16. Det ses ikke at være nærmere defineret i overenskomst eller aftaler, hvilke typer problemstillinger der kan siges at repræsentere et akut behov for borgere eller samarbejdspartnere, og som dermed berettiger opkald på akutnummer, evt. til den valgte læges stedfortræder i en anden praksis.

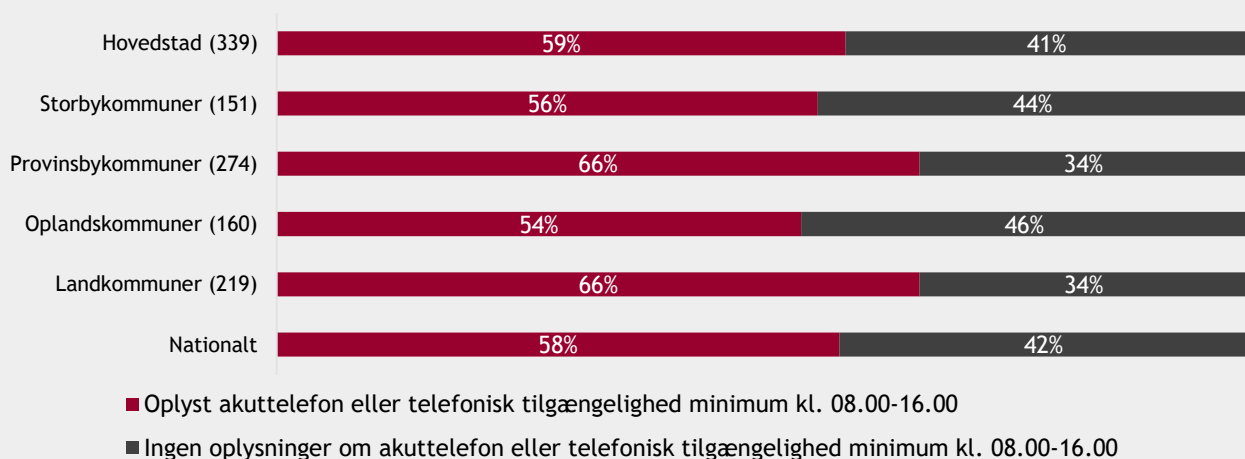
Håndteringen af akuttelefonen efter middagstid (hvor den normale telefontid er lukket) er udelukkende belyst kvalitativt. Det er forskelligt, hvem patienten får direkte kontakt med. I nogle tilfælde besvares akuttelefonen af en medarbejder, mens det andre steder vil være den praktiserende læge, som patienten får fat i. Endelig henviser nogle praksis patienter med akutte behov efter normal telefonåbningstid til nummeret på en anden læge i en såkaldt vagtring i lokalområdet, som klinikken har en konkret aftale med om at betjene de akutte patienter. Vagtringe benyttes også, når læger er på ferie, kursus og andet fravær, medmindre der er ansat en vikar.

BDO har i forbindelse med gennemgangen af hjemmesider for almen praksis noteret, hvorvidt praksis på deres hjemmeside oplyser om tilgængelighed for akutte henvendelser i tidsrummet kl. 08.00-16.00.

Figur 5.7.3b viser, hvor stor en andel af praksis' hjemmesider, som oplyser enten adgang til en akuttelefon eller telefonisk tilgængelighed minimum i tidsrummet kl. 08.00-16.00 alle hverdage. Som det fremgår af figuren, oplyser 58 % af praksis på landsplan om denne mulighed, mens 42 % ikke oplyser om tilgængelighed for akutte henvendelser på praksis' hjemmeside.

Det bør bemærkes, at figuren alene baserer sig på, hvad almen praksis oplyser på deres hjemmeside. Således vil det ikke fremgå af figuren, hvis patienter fx får oplyst et telefonnummer til akutte henvendelser af en telefonsvarer, når patienter ringer til en kliniks hovednummer udenfor almindelig telefonisk åbningstid.

Figur 5.7.3b: andel af praksis' hjemmesider, som oplyser akuttelefon eller telefonisk tilgængelighed minimum i tidsrummet 08.00-16.00 alle hverdage.



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.143 hjemmesider.

5.7.4 Tilgængelighed via digitale kontaktformer

E-konsultation er bredt implementeret i almen praksis og anvendes i relativt stort omfang og med en begrænset variation, der svarer til variationen i anvendelsen af telefonkonsultation. For udvikling og variation i anvendelse af ydelser til E-konsultation og videokonsultation se afsnit 5.3.3.

Anvendelsen af elektronisk booking har ikke været mulig at belyse med data. Baseret på kvalitative data vurderer BDO, at de fleste praksis tilbyder elektronisk booking, som dog har været midlertidigt suspenderet under pandemien, og hvor ikke alle har genindført muligheden. Nogle praksis finder ikke elektronisk booking hensigtsmæssig, men foretrækker booking via telefonisk kontakt, hvor personalet har bedre mulighed for at vurdere og visitere henvendelsen ved at stille uddybende spørgsmål.

Videokonsultation anvendes generelt i begrænset omfang. Der ses individuelle forskelle i anvendelsen og i holdningerne til videokonsultation som kontaktform. En mindre andel praksis anvender planlagt videokonsultation relativt ofte. I forbindelse med de gennemførte praksisbesøg og caseanalyser af udvalgte lægepraksis er identificeret praksis med gode erfaringer med denne kontaktform, som de oplever både er fagligt hensigtsmæssigt og tilgodeser patienter med behov for fleksibilitet. (Deep-dive nr. 4 i bilag 3). Andre læger begrundet lavt antal videokonsultationer med, at patienterne ikke efterspørger videokonsultation.

En regionsklinik i et lægedækningstruet område har indrettet et konsultationsrum til videokonsultationer, hvor patienten er til stede i klinikken sammen med en sundhedsfaglig medarbejder, mens lægen deltager på distance via video. Regionsklinikken vurderer, at denne brug af videokonsultation er velfungerende. (Deep-dive nr. 17 i bilag 3).

5.7.5 Ventetid på konsultation

Ventetid på planlagt konsultation varierer ifølge informanterne på tværs af lægepraksis, ligesom der er forskel på ventetider, alt efter om patienten ønsker/behøver konsultation med en praktiserende læge (evt. en bestemt læge), en sygeplejerske (evt. en bestemt sygeplejerske) eller en uddannelseslæge. Typisk er der kortere ventetid til konsultationer med en sygeplejerske eller en uddannelseslæge end med den/de praktiserende læger. Der er dog visse udredninger, behandlinger og patientgrupper, som praksis selv vurderer skal tilses af en læge, og i disse tilfælde foretages den nødvendige prioritering i visitation og planlægning, så ventetiden holdes på et fagligt forsvarligt niveau.

Ventetiden på konsultationer vil således ofte være afhængig af problemets karakter kombineret med patientens fleksibilitet (og mulighed herfor) i forhold til hvem vedkommende ønsker at (eller skal) tilses af.

Muligheden for at få en tid til konsultation samme dag eller med kort varsel sikres i nogle lægepraksis ved, at der friholdes såkaldte akuttider i kalenderen. Andre klinikker booker kalenderen fuldt op og presser akutte patienter ind imellem de bookede tider eller skubber de planlagte aftaler. Endelig er der også praksis, som sikrer kapacitet til akutte tider ved at involvere praksispersonalet.

I en række tilfælde varetages akuttelefonen i praksis af en sygeplejerske, som enten selv håndterer den akutte situation eller viderestiller henvendelsen til lægen straks - alternativt sikrer, at lægen snarest ringer tilbage til patienten.

Klinikker, hvor sygeplejersker varetager egne konsultationer, vil typisk kunne tilbyde flere konsultationstider til patienterne - og ofte med mindre ventetid til en sygeplejerske end til praktiserende læge. Således kan patientens ventetid afhænge af delegeringsgraden af konsultationer.

5.7.6 Udvikling i tilgængelighed

Baseret på de kvalitative interview er det vurderingen blandt deltagerne, at den tilbudte tilgængelighed i almen praksis har udviklet sig de seneste år på følgende punkter:

- Mulighed for fysiske konsultationer hos sygeplejersker (eller andet praksispersonale) bidrager til at øge omfanget af tilbudte konsultationer til de relevante patientgrupper.
- Den fulde implementering og anvendelse af e-konsultationer har blandt andet givet større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse i almen praksis, ligesom behovet for telefonopkald minimeres.
- I de praksis, hvor lægerne ikke har sat en time af til telefonkonsultation, men hvor telefonen om morgenen passes af praksispersonale, vil det ofte være muligt at give besked til personalet, hvorefter lægen ringer tilbage.
- Videokonsultationer anvendes i begrænset omfang, men der udtrykkes generelt hos praksis en villighed til at udnytte denne mulighed i fremtiden, når det giver fagligt mening og er praktisk for patienter og samarbejdspartnere.

I almen praksis opereres med forskellige koncepter for bestilling af tid, som har til formål at skabe større fleksibilitet for patienter og reducere ventetiden. "Tid samme dag" vurderes på baggrund af den kvalitative kortlægning at være under udbredelse, mens "Åben konsultation" kun tilbydes i enkeltstående praksis:



Åben konsultation: Almen praksis har åbne tider for konsultation i et fast tidsrum på dagen, hvor patienter kan komme ind i klinikken uden forudgående tidsbestilling - walk-ins.



Tid-samme-dag: Patienter har mulighed for - i et bestemt tidsrum - telefonisk at booke en konsultation samme dag, som de kontakter klinikken. En forudsætning herfor er, at klinikken har blokeret tidspunkter til formålet.

Det er BDO's erfaring fra interviews med praktiserende læger og praksispersonale, at tilgængelighed kan anskues fra forskellige perspektiver og hensyn. Flere praktiserende læger har eksempelvis lagt vægt på, at en snæver definition af tilgængelighed - fx længden af en kliniks åbningstid - ikke nødvendigvis stemmer overens med patienters oplevelse af tilgængelighed. En patient med et ønske om adgang til en konsultation med en specifik læge i en klinik vil fx ikke have en oplevelse af god tilgængelighed trods klinikkens udvidede åbningstid, hvis patienten ikke har adgang til sin faste læge.

Omvendt vil andre patientgrupper - fx raske patienter på arbejdsmarkedet eller studerende - primært opfatte tilgængelighed ud fra udvidede åbningstider eller kort ventetid på konsultationer. Større praksis med flere læger og praksispersonale har principielt set bedre mulighed for at tilbyde udvidede åbningstider og/eller flere konsultationstider, da flere læger kan strække åbningstiden imellem sig og visse konsultationer er uddelegeret til sygeplejersker. Dette modsat en mindre solopraksis med én læge, som har andre forudsætninger. Muligheden ses dog ikke altid at udmønte sig i mere fleksible åbningstider.

Nogle praktiserende læger fremhæver en sammenhæng mellem tilgængelighed og kontinuitet. Således kan kontinuitet i form af fast og nær relation til egen fast læge indebære en reduceret tilgængelighed, eksempelvis i forhold til længere ventetid. Omvendt kan hurtig adgang til konsultationer ske på bekostning af at opbygge en tæt relation til en fast læge. Vurderingen af, hvad der vægtes højest, formodes at afhænge af patientens problem og præference set i sammenhæng med lægens forståelse af betydningen af kontinuitet i patient-behandlerrelationen for den pågældende patient.

5.7.7 Tilgængelighedsanalyser fra regionerne

Flere regioner har foretaget analyser af tilgængelighed til almen praksis. Tilgængelighed operationaliseres og måles imidlertid forskelligt på tværs af regionerne, hvorfor det ikke er muligt at sammenligne fund 1:1 mellem analyserne.

Region Nordjyllands analyse af borgertilgængelighed til almen praksis (2020) måler tilgængelighed via en gennemgang af almen praksis' hjemmesider med fokus på bl.a. åbningstid efter kl. 16.00, mulighed for konsultation indenfor fem hverdage og antal timers adgang til telefonkonsultationer samt tidsbestilling².

Region Syddanmark har foretaget en analyse af tilgængelighed til akuttelefon i almen praksis³ samt oplysninger om telefonisk tilgængelighed på klinikkens hjemmesider⁴.

Region Hovedstaden har i 2017 foretaget en analyse af telefonisk tilgængelighed til almen praksis⁵. Analysen er gennemført ved, at man har foretaget opkald til almen praksis og noteret bl.a. ventetid, ugedag og udfald af opkald (fx telefonsvarer).

² Region Nordjylland (2020) Borgertilgængelighed til almen praksis.

³ Region Syddanmark (2022) Telefontilgængelighedsundersøgelse blandt lægepraksis.

⁴ Region Syddanmark (2022) Hjemmesideundersøgelse blandt lægepraksis.

⁵ Region Hovedstaden (2017) Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden.

Samtlige analyser har ligesom den udførte hjemmesidegennemgang identificeret et forbedringspotentiale, når resultaterne sammenholdes med overenskomstens regler om tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden.

Således er det generelle indtryk på baggrund af kortlægningen, at patienterne i dag mange steder må kunne opleve en indskrænket tilgængelighed til almen praksis sammenholdt med den intention, der umiddelbart kan læses ud af overenskomsten. Det kan både skyldes uklare eller upræcise krav i overenskomsten og manglende håndhævelse af de krav, der faktisk er skrevet ind. Særligt kan det for både patienter og samarbejdspartnere være uklart, hvornår et problem er akut, og patienten derfor har mulighed for at ringe og få hjælp hos egen læge frem til kl. 16.

5.8 Gatekeeper-funktion

Almen praksis' varetagelse af gatekeeperfunktionen - herunder variation og forskelle i varetagelsen af opgaven - er en kerneopgave for almen praksis med stor betydning i form af afledt virkning for almen praksis' samarbejdspartnere. Gatekeeperfunktionen og udviklingen i denne har været et obligatorisk tema i samtlige interview med praktiserende læger og ofte også et naturligt tema i interview med praksispersonale i forbindelse med spørgsmål om udvikling i opgaveporteføljen samt barrierer og muligheder for at indoptage nye opgaver.

Kortlægningen af udvikling og variation i gatekeeperfunktionen er primært baseret på kvalitative data. Da rollen som gatekeeper er indlejret i de forskellige aktiviteter i almen praksis, såsom blodprøver, laboratorieundersøgelser og konsultationer, er det heller ikke muligt at angive specifikt, hvor meget tid hhv. læger og praksispersonale anvender på denne opgave.

Hovedbudskaber afsnit 5.8

Gatekeeper-funktionen udmøntes forskelligt på tværs af lægepraksis, hvilket blandt andet afspejler lægernes risikovillighed samt varierende adgang til vejledning og sparring fra specialister i sygehussektoren.

Der er en generel og markant oplevelse i almen praksis af, at gatekeeperfunktionen er under pres fra flere sider, med mulige effekter i form af unødige henvisninger eller en udfordret læge-/patientrelation.

Der efterspørges fælles og politisk understøttede rammer for forventningsafstemning og for prioriteringer i almen praksis, henset de kapacitetsmæssige udfordringer i sundhedssektoren generelt og fagligt motiveret med sigte på at reducere ulighed i sundhed samt undgå overdiagnostik og -behandling.

5.8.1 Almen praksis udmøntning af funktionen som gatekeeper

Alle inddragede praktiserende læger har tilkendegivet, at de finder deres rolle som gatekeeper vigtig, med henblik på at de rette borgere sikres den fagligt set rette og nødvendige udredning/behandling hos de rette sundhedsprofessionelle. Dette anses for en dybt meningsfuld funktion, der både vurderes at være til gavn for borgerne, der sikres de bedste behandlingsmuligheder, og til gavn for kapacitetsanvendelsen i sundhedssektoren generelt. Ofte opleves situationen vedrørende den enkelte patient som et dilemma mellem at minimere risikoen for fejl og kritik fra Styrelsen for Patientsikkerhed og hensynet til patientens livskvalitet. Dilemmaet opstår, fordi patienter, som lægen vurderer som raske - eller omvendt har kendt og alvorlig sygdom - ofte ikke har en klar eller entydig positiv effekt af at blive undersøgt for nye mulige sygdomme med den bekymring og ulempe, det indebærer, sandsynligvis uden grund. Generelt tilstræber aktørerne i almen praksis at ramme den rette balance mellem at tilgodese de faglige retningslinjer og den enkelte patients behov og livssituation ud fra en almenmedicinsk faglig tilgang⁶.

⁶ Se DSAM.dk for en beskrivelse af faget almen medicins karakteristika.

Opgaven med at identificere og diagnosticere de patienter, der har brug for yderligere og hurtigere udredning, fordi de potentielt kan have alvorlig sygdom, betragtes alle steder som en kerneopgave. Selvom det normalt er lægerne, der træffer beslutning om henvisning, har praksispersonalet også typisk en klar bevidsthed om deres bidrag til at varetage gatekeeperfunktion, blandt andet gennem telefonisk rådgivning og visitation.

Interview og praksisbesøg har afdækket, at der er variationer i selve tilgangen til og udførelsen af rollen som gatekeeper.

Læge-/patientrelationen

Visse praktiserende læger fortolker gatekeeper-funktionen mere stringent end andre. En række praktiserende læger vurderer eksempelvis, at en for ”firkantet/hård” fortolkning af gatekeeper-funktionen risikerer at påvirke læge-/patientrelationen negativt. Omvendt har andre praktiserende læger den tilgang, at de ikke vil lade sig presse som gatekeeper til at henvise til fagligt set unødvendige udredninger eller behandlinger, uanset at dette kan risikere at påvirke læge-/patientrelationen.

Derudover er der praktiserende læger, der pointerer, at de bedre kan agere gatekeeper, når de har et grundigt kendskab til patienten og dennes baggrund (fx har fungeret som familielæge i en årrække). Derved har lægen et bedre grundlag for at vurdere, hvad der lægefagligt og menneskeligt giver mening for den pågældende patient, herunder nemmere ved at argumentere fornuftigt for lægens faglige vurderinger og beslutninger overfor såvel patient som pårørende. Den modsatte holdning reflekteres hos andre informanter blandt læger og praksispersonale, der har det standpunkt, at en for tæt patient-/lægerelation kan risikere at påvirke lægens dømmekraft i forhold til at agere neutral gatekeeper.

Ovenstående indikerer, at den praktiserende læges udførelse af gatekeeperfunktionen til en vis grad varierer i forhold til hvor tæt en læge-/patientrelation, der er - og hvor vigtig og/eller udfordrende denne læge-/patientrelation vurderes at være.

Risikovillighed i forhold til klagesystem og tilsynsmyndigheder

Fortolkningen og udførelsen af gatekeeperfunktionen kan også afhænge af den enkelte læges risikovillighed. Lægerne oplever generelt ikke, at tilsynsmyndighedernes praksis understøtter deres varetagelse af gatekeeperfunktionen. Således nævner flere af de deltagende læger, at bekymringen for patientklager kan medføre, at man hellere sender en henvisning for meget, for at sikre sig imod kritik og sanktioner.

Dette indikerer, at frygten for at lave fejl og få påtaler kan medføre en risiko for, at der henvises flere patienter, end der lægefagligt vurderes nødvendigt eller hensigtsmæssigt.

Samarbejdet med det specialiserede sundhedsvæsen

Samspelet med det specialiserede sygehusvæsen er afgørende for, at almen praksis kan varetage gatekeeperfunktionen på højt niveau. Der er variationer i, hvor velfungerende de praktiserende læger og de respektive hospitaler samarbejder. Når der lokalt eksisterer en god dialog med let tilgængelig og handlingsorienteret vejledning, fx omkring afviste henvisninger og gode samarbejdsrelationer, hvor især sygehusfunktioner understøtter den praktiserende læges gatekeeper-funktion, så oplever de praktiserende læger, at de bedre kan varetage gatekeeper-funktionen til gavn for patienten, som hurtigt hjælpes videre.

Henvisninger sendt fra almen praksis til det specialiserede sundhedsvæsen bliver i nogle tilfælde afvist af modtageren. Afvisninger kan være begrundet i, at der mangler relevante oplysninger, eller at sygehuset ikke mener, at patienten skal udredes og behandles hos dem. Afviste henvisninger uden yderligere forklaring eller support fra somatiske og psykiatriske sygehuse skaber relativt stor frustration blandt de praktiserende læger. Emnet beskrives uddybende i afsnit 7.1 om snitflader og samarbejde med sygehuse.

5.8.2 Udvikling i rammerne for varetagelse af gatekeeperfunktion

Overordnet set er det de interviewede lægers oplevelse, at rollen som gatekeeper i stigende grad udfordres af en række omstændigheder, som beskrives herunder. Denne udvikling vurderes bekymrende af de deltagende praktiserende læger, da en presset gatekeeperfunktion i almen praksis risikerer at medføre, at de begrænsede ressourcer i det øvrige sundhedsvæsen anvendes uhensigtsmæssigt i forhold til, hvor de kan gøre størst læge- og sundhedsfaglig gavn.

Denne udvikling presser de praktiserende læger som gatekeeper, ligesom flere patienter risikerer at blive henvist til udredninger og behandlinger, der ikke lægefagligt giver mening. En udvikling, der opleves understøttet af tilsynsmyndighedernes fokus på, hvorvidt en undersøgelse er blevet undladt, fremfor hvorvidt der laves unødvendige undersøgelser alene med det formål at dække sig ind for at undgå påtale og kritik.

I den sammenhæng bemærkes, at det ikke er en rettighed at blive henvist.

Forventningsafstemning med patienter og pårørende

Praktiserende læger oplever, at såvel borgere som pårørende i stigende grad har svært ved at acceptere, at (yderligere) udredning eller behandling ikke vurderes relevant eller gavnlig af deres praktiserende læge - og sommetider endda er skadelig for patienten. Således oplever de praktiserende læger et stigende pres fra især pårørende i forhold til at få patienten henvist til yderligere udredning og/eller behandling, selvom lægen ikke vurderer det lægefagligt relevant. Som en læge udtrykte det "så har borgerne sværere og sværere ved at acceptere, at sundhedsvæsenet i visse tilfælde ikke kan gøre mere for dem", eller som en anden udtrykte det; "at borgere ikke længere kan kapere, at vi faktisk skal dø på et tidspunkt - og dette oftest af en uhelbredelig sygdom".

Det er samtidig en række lægers holdning, at denne udvikling understøttes af den gennemsigtighed - via medierne og internettet - der i dag eksisterer i forhold til diverse behandlingsmuligheder både i ind- og udland. Befolkningens øgede fokus på og indsigt i forskellige behandlingsmuligheder bidrager således til øgede forventninger om behandlingsmuligheder, og i den kontekst er en afvisning om yderlig udredning og/eller behandling svær at acceptere.

Endelig bør det nævnes, at henvisninger fra praktiserende læger kan medføre, at behandlinger er gratis eller giver ret til tilskud, hvilket ligeledes kan øge presset for henvisning fra almen praksis. Samtidig oplever praktiserende læger, at patienter med private sundhedsforsikringer kan springe både læge og køen over og selv sørge for at blive undersøgt og behandlet i et privat sundhedsvæsen, bemandet med specialister fra det offentlige sundhedsvæsen.

Opbakning til faglige prioriteringer af ressourcer

I forlængelse af ovenstående nævner en væsentlig del af de praktiserende læger, at de savner klare og fælles rammer for prioriteringen i såvel almen praksis som i sundhedsvæsenet generelt. Alle sektorer i sundhedsvæsenet er udfordret på deres kapacitet, hvorfor der hos en række af de deltagende praktiserende læger efterspørges en politisk vilje og opbakning til at skabe de nødvendige prioriteringer i sundhedsvæsenet - og bidrage til befolkningens accept heraf. Herunder at det politiske niveau støtter de praktiserende læger i deres rolle som gatekeeper og bidrager til, at befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet matcher det, der er relevant og nødvendigt, og som kapacitetsmæssigt kan leveres.

Visse af de praktiserende læger giver således udtryk for, at deres henvisningspraksis baseres på egne lokale prioriteringer og holdninger. Et forhold der, alt andet lige, kan risikere at medføre ulighedsskabende variationer i behandlingstilbud og henvisningspraksis på tværs af almen praksis.

Det er desuden oplevelsen hos en række læger, at tilsynsmyndighederne har karakter af en kontrolinstans, der overvåger læger og øvrigt sundhedspersonales ageren, og da de ikke accepterer nogen som helst fejlmargen, lander ansvaret for de foretagne prioriteringer hos den enkelte sundhedsperson, hvilket resulterer i øget brug af såkaldt ”defensiv medicin”, med hvad det indebærer af overdiagnosticering og overbehandling. Lægerne iagttager den samme udvikling i kommunerne og vurderer, at det forårsager mange overflødige henvendelser fra kompetente kommunale sundhedspersoner til almen praksis, som primært er begrundet i ønsket om at ”dække sig ind”.

Viden og kompetencer

Den sundhedsrelaterede forskning og udvikling medfører, at der løbende tilbydes flere og nye former for undersøgelser og behandlinger i sundhedsvæsenet. Dette faktum giver flere muligheder for, at almen praksis kan sende borgere til flere forskellige udrednings- og behandlingstilbud.

Denne udvikling kræver, at almen praksis - for at kunne varetage rollen som gatekeeper - løbende ajourfører deres kendskab til og indsigt i de nye udregnings- og behandlingstilbud, hvilket kan være en ressourcemæssig udfordring i en presset hverdag. Dette, sammenholdt med at patienter og pårørende i dag selv har adgang til en stor mængde information om nye udrednings- og behandlingstilbud, medfører, at den praktiserende læges rolle som gatekeeper er udfordret og sat under pres.

5.9 Henvisninger

En målbar variabel i forhold til opgaveløsningen i almen praksis, som kan belyses med data fra MedCom, er henvisninger - og variationer heri - fra almen praksis til de øvrige sundhedsprofessionelle.

MedComs statistikdatabase opgør elektronisk kommunikation sendt mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet. BDO har på baggrund af databasen foretaget en kortlægning af henvisninger sendt fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen. Kortlægningen har primært fokus på henvisningsmønstre i 2022 i forhold til relevante parametre om bl.a. henvisningstype, praksisform og geografi.

Hovedbudskaber afsnit 5.9

Almen praksis sender flest henvisninger til speciallæger, sygehuse og billeddiagnostiske undersøgelser.

Udviklingen i antal henvisninger udviste først et fald i perioden 2017-2020, hvorefter sygehus- og speciallægehenvi- sninger er steget til et endnu højere niveau i 2022 sammenlignet med 2017.

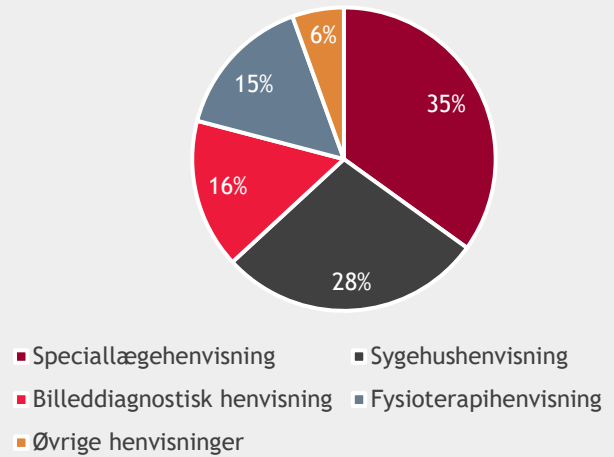
Det er primært speciallægehenvi- sninger fra almen praksis, der anvendes forskelligt set på tværs af kommunetyper. Almen praksis i landkommuner henviser i lavere omfang til speciallæger.

Henvi- sninger sendt fra almen praksis kan kategoriseres i syv henvisningstyper, som kan læses i tabel 5.9a. Grundet begrænset anvendelse samles psykolog-, fodterapi- og kommunehenvi- sninger under ’øvrige henvi- sninger’.

Tabel 5.9a og figur 5.9a viser fordelingen af henvi- sninger sendt fra almen praksis i 2022 fordelt på henvisningstype. Det kan af figuren aflæses, at speciallæge- og sygehenvi- sninger er de mest brugte henvi- sningstyper, da de udgør henholdsvis 35 % og 28 % af de totale henvi- sninger, svarende til samlet set 63 % af henvi- sningerne sendt i 2022. Billeddiagnostiske- og fysioterapihenvi- sninger udgør ligeledes en relativt stor andel af det totale antal med henholdsvis 16 % og 15 %, mens øvrige henvi- sninger - psykolog-, fodterapi- og kommunale henvi- sninger udgør en lille andel - 6 %.

Tabel 5.9a og figur 5.9a: Antal og andel henvisninger fordelt på henvisningstype - 2022

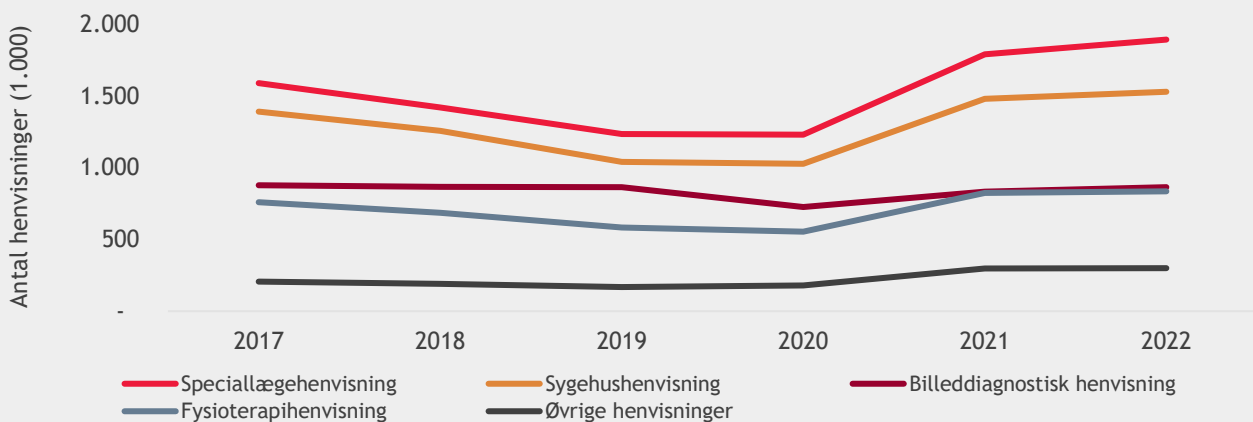
Region	Antal	Andel
Speciallæge	1.893.921	35%
Sygehus	1.528.351	28%
Billeddiagnostisk	863.861	16%
Fysioterapi	835.769	15%
Psykolog	176.464	3%
Fodterapi	74.542	1%
Kommune	47.656	1%
Samlet	5.420.564	100%



Note: MedCom 2022. N= 5.420.564 henvisninger. Kategorien 'øvrige' i cirkeldiagrammet dækker over psykolog- og fodterapihenvi-sninger samt kommunale henvi-sninger. Øfeldt-henvi-sninger indgår ikke grundet begrænset anvendelse.

Figur 5.9b nedenfor viser udviklingen i antallet af henvisninger sendt fra almen praksis i perioden 2017-2022. Det kan af figuren aflæses, at antallet af henvisninger generelt falder frem til 2020, hvorefter der sker en stigning fra 2020 til 2022. Udviklingen skal sandsynligvis ses i lyset af Corona-pandemien. Det kan aflæses, at udviklingen er forløbet forskelligt på tværs af henvisningstype. Antallet af speciallægehenvi-sninger er steget med 19 %, mens sygehushenvi-sninger i samme periode er steget med 10 %. Den største stigning ses ved antallet af psykologhenvi-sninger, som er vokset med 24 % fra 2017-2022, hvilket kan have sammenhæng med, at adgangen for gratis psykologhjælp til unge blev udvidet i perioden. Et detaljeret overblik over udviklingen kan læses i bilag 2, afsnit 1.5.

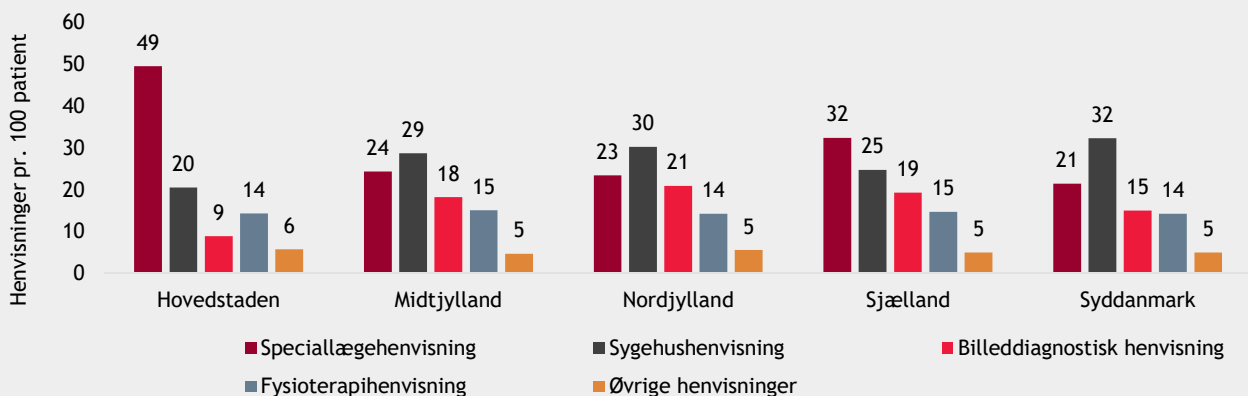
Figur 5.9b: Udviklingen i antal henvisninger sendt fra almen praksis fordelt på henvisningstype 2017-2022



Note: MedCom 2017-2022. N= 27.493.802 henvisninger. Kategorien 'øvrige' i dækker over psykolog- og fodterapihenvi-sninger samt kommunale henvi-sninger. Øfeldt-henvi-sninger indgår ikke grundet begrænset anvendelse.

Figur 5.9c viser antallet af henvisninger sendt pr. 100 patient fordelt på region. Et generelt mønster er, at almen praksis beliggende øst for Storebælt - Region Hovedstaden og Region Sjælland - i gennemsnit sender flere speciallægehenvvisninger end sygehushenvvisninger, mens det omvendte gør sig gældende for de øvrige regioner. Almen praksis beliggende i Region Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark har et relativt ens henvisningsmønster. Det kan af figuren aflæses, at Region Hovedstaden har flere speciallægehenvvisninger og færre billeddiagnostiske henvvisninger pr. patient sammenlignet med de øvrige regioner. Forklaringen til dette kan være, at billeddiagnostisk udredning i hovedstaden i større udstrækning foregår via henvisning til private røntgenklinikker (se bilag 1, afsnit 1.6).

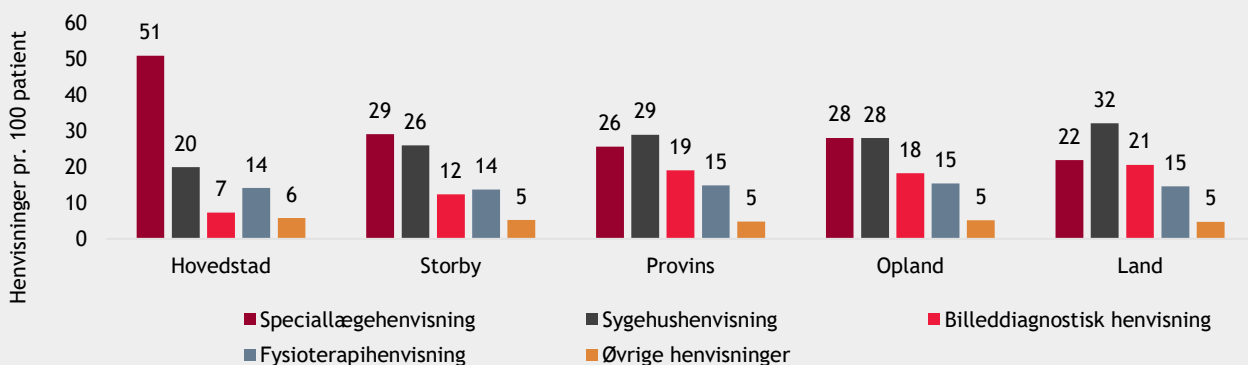
Figur 5.9c: Antal henvisninger pr. 100 tilmeldte patienter fordelt på region - 2022



Note: MedCom. N= 5.163.301 henvisninger. Kategorien 'øvrige' dækker over psykolog- og fodterapihenvvisninger samt kommunale henvvisninger. Øfeldt-henvvisninger indgår ikke. Henvisninger pr. patient beregnet som vægtet gennemsnit.

Figur 5.9d sammenligner henvisningsmønstre for almen praksis på tværs af kommunetype. Det kan af figuren aflæses, at almen praksis beliggende i hovedstads- og storbykommuner i gennemsnit sender færre sygehushenvvisninger end praksis i de øvrige kommunetyper.

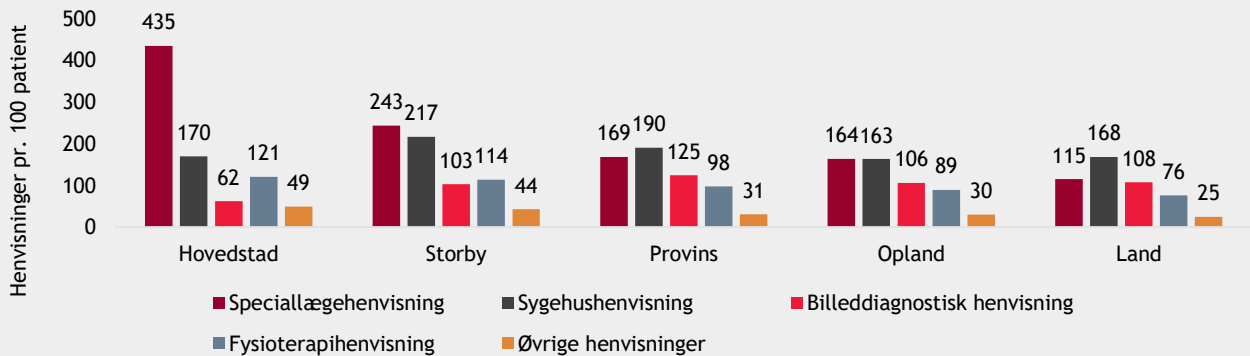
Figur 5.9d: Antal henvisninger pr. 100 tilmeldte patienter fordelt på kommunetype - 2022



Note: MedCom. N= 5.163.301 henvisninger. Kategorien 'øvrige' i dækker over psykolog- og fodterapihenvvisninger samt kommunale henvvisninger. Øfeldt-henvvisninger indgår ikke. Henvisninger pr. patient beregnet som vægtet gennemsnit.

Nedenstående figur 5.9e sammenligner henvisninger pr. 100 patient over 70 år på tværs af kommune type. Antal sygehushenvisninger er bemærkelsesværdigt ensartet på tværs af provins-, oplands- og landkommuner. Praksis beliggende i hovedstadsområdet sender klart flest speciallægehenvi sninger pr. 100 tilmeldte +70-årige patient.

Figur 5.9e: Antal henvisninger pr. 100 tilmeldte patienter over 70 år fordelt på kommune type - 2022



Note: MedCom. N= 5.163.301 henvisninger. Kategorien 'øvrige' i dækker over psykolog- og fodterapihenvi sninger samt kommunale henvi sninger. Øfeldt henvi sninger indgår ikke. Henvisninger pr. patient beregnet som vægтет gennemsnit.

Almen praksis har mulighed for at foretage henvi sninger til kommuner. Her er enten tale om henvi sninger til kommunale forebyggelsestilbud eller til kommunale akutfunktioner. Kommunale henvi sninger indgår i rapporten under 'øvrige henvi sninger', men henvi sningstyperne behandles ikke nærgående i rapporten. Her henvises i stedet til materiale og rapporter fra MedCom.

Del 3

6. Snitflader og samarbejde



6.1 Sygehuse

Kapitel 5 indeholdt en kortlægning af opgaveløsningen i almen praksis. Nogle patienter modtager udredning, behandling og pleje i flere sektorer, og almen praksis har en vigtig rolle som tovholder i de samlede patientforløb. I kapitel 6 rettes fokus derfor på snitflader og samspil mellem henholdsvis almen praksis og sygesektoren og almen praksis og kommunerne.

Inden for hver af de to snitflader (sygehuse og kommuner) er der identificeret væsentlige forskelle i samarbejdsformer, kommunikationsveje m.v. på tværs af områder. Afsnit 6.1 om sygehuse er derfor opdelt i afsnit om hhv. somatiske funktioner og psykiatri, mens afsnit 6.2 om kommuner er opdelt i et afsnit om ældreområdet og et om børne-, familie- og socialområdet.

Den deskriptive kortlægning af snitflader og samarbejde med hhv. sygehuse og kommuner baserer sig på følgende datakilder:

- Interview med praktiserende læger og praksispersonale suppleret med praksisbesøg og deep-dive caseanalyser i 17 lægepraksis.
- Spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger.
- Gruppeinterview med repræsentanter for 6 sygehusfunktioner og 5 kommuner.
- Kvalificeringsworkshops med fælles deltagelse af almen praksis og samarbejdspartnere.

De vurderinger, som optræder i kortlægningen af snitflader og samspil, udgår fra aktørerne i og omkring almen praksis. Der er tilstræbt en balanceret tilgang, hvor perspektivet og oplevelserne hos almen praksis gengives og suppleres så vidt muligt med samarbejdspartnernes perspektiv. Nogle beskrivelser og vurderinger af situationen deles på tværs af sektorer. I andre forhold har aktørerne forskellige perspektiver på udviklingen. I den relevante sammenhæng præciseres, om eller i hvilken grad aktørerne oplever situationen ens.

Hovedbudskaber somatik:

Almen praksis oplever, at der sker en opgaveglidning i forhold til den udredning og opfølgning, der skal foretages i regi af almen praksis, hvilket resulterer i en øget arbejdsmængde og kompleksitet.

Almen praksis' adgang til telefonisk og skriftlig rådgivning hos specialister på sygehuse vurderes vigtig for at sikre gode patientforløb og en forudsætning for behandling i det nære sundhedsvæsen. De fleste oplever, at det er muligt at ringe til en specialist - enten en bagvagt på afdelingen, en specialist i lægens netværk eller en hotline.

I nogle tilfælde er det uklart, hvor ansvaret for patient/behandling ligger i de tværgående forløb - fx ved multisygdom/geriatri, hvilket kan resultere i tidskrævende afklaringsprocesser i almen praksis, u hensigtsmæssig korrespondance og mindre sammenhængende patientforløb.

Når henvisninger afvises, udfordrer det almen praksis' planlægning af videre forløb for patienten, ligesom samarbejdet udfordres. Det er forskelligt, hvor meget problemstillingen om afviste henvisninger fylder.

Omvendt efterspørger samarbejdspartnere på sygehuse en øget indholdsmæssig kvalitet og i visse tilfælde en mere stringent efterlevelse af gatekeeper-rollen inden henvisninger sendes.

Udskrivelsesprocessen kan styrkes ved en struktureret og fælles dialog mellem alle parter. Aktørerne forventer, at den nye ordning med 72 timers behandlingsansvar efter udskrivelse vil være gavnlig.

Indholdet og markering af epikriser kan ifølge aktører i almen praksis styrkes, så epikriserne bliver mere anvendelige i almen praksis. Epikriserne er gennemgående for lange og ikke fokuseret på modtagerens behov. Rød, gul, grøn markering er en god ide, men fungerer ikke altid efter hensigten.

Hovedbudskaber psykiatri:

De praktiserende lægers henvisninger afvises relativt ofte fra psykiatrien, hvilket især tilskrives kapacitetsproblemer, og at henvisningerne ikke lever op til de krav, der skal være opfyldt for at patienten er berettiget til psykiatrisk hjælp.

Det er uklart for almen praksis, hvem der har ansvar for at behandle den stigende gruppe af patienter (børn, unge og voksne) med lettere psykiatriske lidelser og generel mistrivsel.

De nye opgaver og ændrede snitflader udgør p.t. en udfordring for almen praksis, som mangler tid og kompetencer til at opfylde henvisningskravene.

Almen praksis og de somatiske sygehuse beskriver mange snitflader og et omfattende samarbejde. Tværgående patientforløb spænder bredt fra diagnostiske undersøgelser over akutte indlæggelser, indgreb/operationer med efterfølgende udskrivelse til egen læge og længerevarende, parallelle patientforløb. Snitfladen til sekundærsektoren varierer betydeligt afhængig af speciale, funktion og lokale forhold.

De primære kommunikationskanaler udgøres af henvisninger sendt fra almen praksis og epikriser sendt fra sygehuse. Store dele af den daglige kommunikation i samarbejdet bærer således præg af envejskommunikation. Herudover eksisterer muligheden for sparring mellem parterne i form af opbringninger og elektroniske korrespondancer - undtagelsesvist i form af møder.

6.1.1 Henvisninger

Henvisninger er centrale i snitfladen mellem almen praksis og sygehuse. Omfanget af sygehushenvisninger fra almen praksis er kortlagt i afsnit 5.7. Begge parter beskriver flere udfordringer i samarbejdet om henvisninger. Det omhandler afviste henvisninger og variation i kvaliteten af henvisninger og de praktiserende lægers efterlevelse af visitationsretningslinjer.

Den generelle oplevelse i almen praksis er, at afviste henvisninger bør undgås, og at afvisningen kan opleves som manglende forståelse for vilkårene og mulighederne i almen praksis. Der er altid en grund til, at lægen sender en henvisning - fx at lægen ikke har de nødvendige kompetencer inden for det specifikke område, er i tvivl om den videre plan eller har behov for en 'second opinion' af patienten. Almen praksis efterspørger i den forbindelse mere dialog om årsagen til afvisning og andre muligheder for at få hjælp, bl.a. med henblik på læring og afstemning af forventninger til fremtidige henvisninger.

Repræsentanter for de specialiserede sygehusafdelinger oplever, at ikke alle henvisninger fra almen praksis er lige hensigtsmæssige eller velbegrundede. Der kan mangle væsentlige oplysninger. Nogle henvisninger har karakter af 'defensiv medicin', hvor patienter henvises til diagnostisk udredning 'for en sikkerheds skyld' uden tilstrækkelig lægefagligt belæg. Sygehusafdelingerne er fortalere for, at de praktiserende læger giver højere prioritet til at tage de vanskelige dialoger med patienter, hvor yderligere udredning og behandling ikke længere giver værdi for patienten, og de ser dette som en del af kerneopgaven for almen praksis.

Under BDO's interview og kvalificeringsworkshop med repræsentanter fra både almen praksis og sygehuse er mulige forbedringspotentialer og lokale løsninger blevet drøftet i relation til henvisninger:



Klarere vejledninger for henvisninger i samråd med almen praksis: Flere ser et potentiale i styrket indsats for at udbrede og kommunikere retningslinjer for henvisninger, eventuelt indgået lokalt mellem almen praksis og relevante sygehusafdelinger. Herunder at der etableres konstruktive dialoger om afviste henvisninger for at minimere dem.



Mulighed for intern henvisning i sygehusregi: Sygehusafdelinger skal i større grad selv foreslå og foretage interne henvisninger til andre specialer. Det opleves u hensigtsmæssigt for patienterne og unødigt ressourcekrævende, at de efter en indlæggelse skal tilbage til almen praksis for derfra at blive videre henvist til en anden specialafdeling. Almen praksis' tovholderfunktion kan udmærket sikres via en orientering.

Det er meget væsentligt, at visitationsvejledninger gøres enkle, let tilgængelige og så få som muligt for at optimere arbejdsgangene både i almen praksis og på sygehusene.

6.1.2 Epikriser

Samarbejdet om epikriser (udskrivningsbrev) spiller en væsentlig rolle i informationsdelingen mellem sygehuse og almen praksis. Epikriser har præg af envejskommunikation fra sygehuse til almen praksis, men almen praksis har via elektroniske korrespondancer og telefon mulighed for at kontakte afdelingen efterfølgende. De praktiserende læger prioriterer normalt løbende at gennemgå indkomne epikriser, og der er læring forbundet med at læse, hvad man på sygehuset har fundet og sat i gang. Epikrisen kan sikre en form for feedback på lægens henvisning, som lægen normalt ikke vil få, hvis henvisningen accepteres. Nogle lægepraksis har en procedure, hvor praksispersonale screener og håndterer epikriserne, fx ved at booke tid til opfølgning.

Under BDO's interview i almen praksis har mange informanter fortalt, at man i almen praksis oplever udfordringer med epikriser fra sygehusafdelinger, som resulterer i u hensigtsmæssig brug af deres tid. Udfordringen ved epikriser handler primært om struktur, omfang og indhold, som varierer på tværs af afsendere. Flere epikriser bærer præg af, at de ofte kan være lange, ufokuserede, indeholde ikke relevant indhold kopieret ind fra journalen samt ikke være tilpasset modtager og formål. Udfordringen forstærkes af mængden af epikriser, som almen praksis modtager.

Almen praksis ser et potentiale i, at der arbejdes med, at epikriser kan gøres kortere, mere specifikke og med et kort resumé øverst om formål samt plan for opfølgning. Ligeledes ses et potentiale i en fast skabelon for indhold på tværs af sygehuse og specialer.

En allerede etableret model er epikrisernes farvekodning i grøn, gul og rød. Ideen er god, men ifølge en stor del af de praktiserende læger fungerer ordningen endnu ikke optimalt, da der ikke er konsensus om, hvordan den i praksis skal bruges. Interview og praksisbesøg indikerer, at der kan være regionale og lokale forskelle i sygehusenes implementering af farvekodning af epikriser.

En af de situationer, hvor epikriser er særligt vigtige, og hvor der er særligt behov for, at aktørerne samarbejder for at sikre sammenhæng og sikre overgange for patienterne, er i forbindelse med udskrivelse af borgere fra et somatisk hospital til kommunal pleje i eget hjem eller plejehjem. Flere af aktørerne både i og omkring almen praksis fremhæver derfor mulighederne i den aftale, som er indført i Region Hovedstaden, om udvidet behandlingsansvar 72 timer efter udskrivelse. Ifølge regeringens akutplan skal aftalen udbredes til hele landet.

6.1.3 Adgang til faglig sparring via korrespondancer og telefonisk hotline

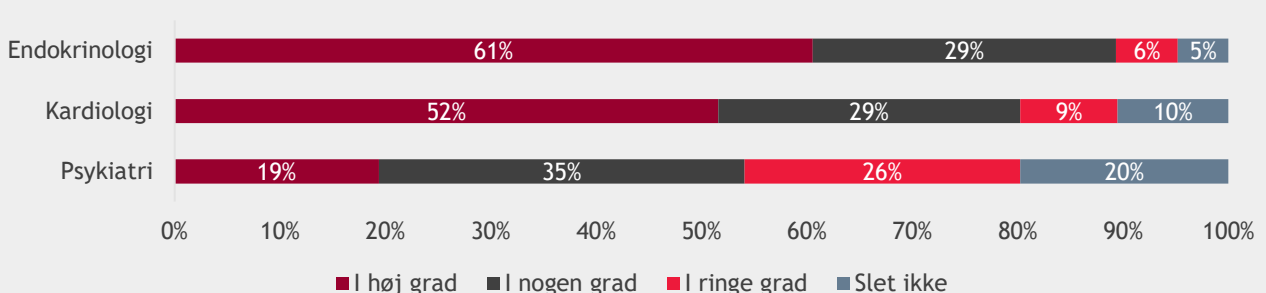
Mulighed for sparring hos lægefaglige specialister på sygehuse betragtes i almen praksis som en forudsætning for, at man kan løfte opgaven uden at henvise patienten. Sparring foregår primært ved, at almen praksis kontakter en specialist på en afdeling via korrespondancer (mail) eller en opringning til bagvagten eller til en hotline. Ligeledes kan sygehuse kontakte almen praksis ved spørgsmål til et patientforløb, hvilket oftest sker i forbindelse med en returnering af en henvisning. Kontakten sker primært fra praktiserende læge til en afdeling. I praksis med høj grad af delegation varetager praksispersonale også direkte kontakt til afdelingerne, fx til diabetescentre eller jordemoderambulatorier, hvilket de pågældende praksis oplever er uproblematisk og udtryk for en hensigtsmæssig arbejdsdeling.

Generelt opleves samarbejdet om og muligheden for sparring positivt af begge parter. I lyset af arbejdsgangene i almen praksis er det væsentligt, at specialistrådgivning er tilgængelig med kort varsel, når behovet opstår. Hotlineidéen er god, men den er ikke anvendelig, hvis den har for begrænset åbningstid.

BDO har via spørgeskemaundersøgelsen spurgt de praktiserende læger, om de har adgang til læger på sygehusene inden for udvalgte specialer.

Figur 6.1.3a viser, at henholdsvis 90 og 81 % af respondenterne vurderer, at man i nogen eller høj grad har adgang til specialister på sygehuse indenfor specialerne endokrinologi og kardiologi. En lavere andel oplever, at praksis har adgang til specialister indenfor psykiatrien. Når svarene sorteres, viser der sig en variation i almen praksis' vurdering af adgangen til specialister, som indikerer et særligt potentiale i udvalgte regioner. Generelt vurderer almen praksis i Region Sjælland og Region Hovedstaden en lavere grad af adgang, hvilket kan aflæses i bilag 2, afsnit 1.4.

Figur 6.1.3a: Har klinikken via en hotline (fx chat, mail, tlf. m.v.) adgang til læger på sygehuse indenfor de oplyste specialer?



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=563 almen praksis.

Resultatet vedrørende adgang til specialistrådgivning må tages med forbehold for den anvendte metode. Således har nogle regioner oplyst, at de har en fælles hotline for det medicinske område, og det derfor kan have været svært for respondenterne at svare. De praktiserende læger efterspørger generelt én indgang, så de ikke behøver at ringe rundt til forskellige afdelinger om patienter med komplekse problemer.

Almen praksis ser et stort potentiale i fortsat at sikre og udvide muligheden for adgang til specialister i sygehussektoren. Ud over rådgivning kan det også omfatte henvisningsmuligheder, hvor lægen hurtigt kan få vurderet en patient og vejledning til videre behandling. En anden mulighed er at få specialister til at 'besøge' praksis og se patienterne der, inden der tages stilling til, om patienten skal ses/indlægges på sygehuset. Dette anses af nogle som en forudsætning for at kunne indoptage nye opgaver. På relevante områder skal rådgivningen også være tilgængelig for sundhedsfagligt praksispersonale.

6.1.4 Organisering og kultur i samarbejdet mellem sygehusafdelinger og almen praksis

Der er en fælles oplevelse hos begge parter af, at det velfungerende samarbejde om patientforløb forudsætter en kultur præget af forståelse for og anerkendelse af hinandens arbejdsbetingelser, kontinuitet i relationer og en gensidig prioritering af samarbejdet. Det lokale samarbejde mellem sygehusafdelinger og almen praksis faciliteres af praksiskonsulenter, som udgør bindeled og repræsenterer de praktiserende lægers virkelighed inde på sygehuset. Dele af opgaven omhandler udbredelse af information og retningslinjer.

En udfordring i forhold til at opnå fuldt udbytte af praksiskonsulenterne vurderes fra sygehusafdelingernes side at være organiseringen af almen praksis i form af selvstændige klinikker, der i modsætning til sygehusafdelingerne ikke har en fælles ledelse. Det betyder, at mere indirekte påvirkningsformer såsom den lokale kultur og tradition for samarbejde samt individuelle "ildsjæle" har stor betydning. Flere sygehuse har ordninger, hvor almen praksis inviteres på besøg til arrangementer og fora om fx undervisning og information. Ofte er disse succesfulde, men der opleves stor lokal variation i deltagerantal og engagement. Sygehusafdelinger kan udtrykke frustration over oplevelsen af, at ikke alle praktiserende læger følger de indgåede aftaler.

Visse sygehusfunktioner oplever, at kontinuitet i lægebemandingen i almen praksis har betydning for samarbejdet. Generelt anses mere permanent tilknytning af læger for at være en fordel i kraft af bedre lokalkendskab samt kontinuitet i gensidige relationer partnerne imellem. De beskriver omvendt, hvordan skiftende læger i almen praksis i lægedækningstruede områder kan udfordre samarbejdet om gode patientforløb ud fra fælles mål fx på akut- og kræftområdet, fordi samarbejdet forudsætter kendskab til de lokale tilbud og aftaler og styrkes gennem relationer.

Samarbejdspartnere på sygehusene har forskelligt syn på det forhold, at praksisstørrelse, bemanning og kompetencer kan variere på tværs af lægepraksis. Nogle efterspørger større ensartethed i de almenmedicinske tilbud og standardiserede snitflader. Andre betragter variation som en naturlig konsekvens af organiseringen af almen praksis og lægger vægt på, at det også er en opgave for sygehusene at indrette sig herefter ved at differentiere deres samarbejdsformer, fx ved at tilbyde stærkere udgående funktioner som supplement til almen praksis i nogle områder af landet.

6.1.5 Ansvar og snitflader

I snitfladerne mellem sygehuse og almen praksis beskriver begge parter udfordringer i situationer med manglende klarhed over roller og arbejdsdeling, eksempelvis om patienter med multisygdom, længerevarende komplekse forløb og sårbare ældre. Således efterspørger fra begge parter, at der i flere tilfælde sker en struktureret dialog og afklaring af roller, arbejdsdeling og behandlingsplan mellem almen praksis, sygehusafdeling og evt. kommunal samarbejdspartner ved eksempelvis udskrivelser - særligt i forhold til længere og komplekse patientforløb.

Praktiserende læger oplever i nogle situationer, at det kan være uklart, hvor ansvaret for patienten og behandlingen ligger ved især tværgående multisyge patienter. Dette gælder også ansvaret for medicin i FMK, når patienter har ambulante forløb. I forlængelse heraf oplyser flere praktiserende læger, at det ikke altid opleves - set fra almen praksis' perspektiv - at omhyggelig overdragelse ved udskrivning har tilstrækkelig prioritet på sygehusene. I den forbindelse beskrives ordningen om 72 timers behandlingsansvar, der er indført for nylig, som positiv.

I de tværgående forløb er det ikke altid klart, hvilke af patientens behov der dækkes hvor og af hvem, og hvad den praktiserende læge har ansvar for, mens patienten er i et forløb i sygehusregi, typisk i ambulante behandling. Afdelingen med ansvar for en specialiseret del af behandlingen kan have en forventning om, at almen praksis fortsat tager sig af patientens øvrige behov såsom blodtryksbehandling og depression. Der kan opstå en uklarhed, hvor sygehusafdelingen forventer, at patienten modtager behandling begge steder i parallelle forløb, mens patientens egen læge forventer, at sygehusafdelingen har overtaget hele ansvaret.

Både almen praksis og sygehusene - og reelt også kommunens akutteams og hjemmepleje - har mulighed for udgående funktioner i form af sygebesøg. Flere geriatriske afdelinger har eksempelvis tilbud om udgående behandling i form af fx gennemgang af medicin med patient, pårørende, hjemmesygepleje eller almen praksis. Dog er ikke alle praktiserende læger klar over, hvilke tilbud sygehuse tilbyder - og hvornår det er mest hensigtsmæssigt, at hhv. almen praksis, sygehus eller kommune tager på patientbesøg.

Sygehusafdelinger ser et potentiale i større klarhed over ansvar og snitflader i de tværgående forløb med en større grad af sikkerhed for, at patientens praktiserende læger håndterer de behov, der ikke er i fokus på den specialiserede afdeling. Potentialet vedrører især patienter med alvorlige og/eller komplekse sygdomme i længerevarende forløb.

6.1.6 Særligt for psykiatrien

En række af de forhold, der er beskrevet i afsnit 7.1.5 gælder tilsvarende for de praktiserende lægers snitflader og samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri. Generelt opleves samarbejdet med psykiatrien mere udfordrende af de praktiserende læger.

Samspelet med psykiatrien har stor opmærksomhed i almen praksis, fordi behovet er stigende, og fordi patienterne typisk har længerevarende forløb, hvor de både ses i psykiatrien og i almen praksis. De langvarige forløb indebærer konkret, at almen praksis kan savne information, fordi der først afsendes epikrise ved afslutningen af forløbet og ikke statusmeddelelser undervejs.

Derudover har patientgruppen ofte et særligt behov for, at almen praksis gennem tovholderfunktionen sikrer koordinering og opfølgning, enten fordi de eller deres pårørende ikke selv magter at gøre det eller som en konsekvens af selve sygdommen.

Særlige forhold for den regionale psykiatri er oplevelsen af generelt kapacitetspres og uklare snitflader. Den regionale psykiatri bekræfter kapacitetspreset i deres system, og at der er tendens til, at patientforløbene bliver kortere. Der er således et område, hvor det opleves, at volumen vokser, hvilket presser kapaciteten alle steder i systemet (kommuner, almen praksis, regional psykiatri) med risiko for, at der ikke rettidigt bliver igangsat de rette behandlinger. Særligt for børn og unge giver situationen anledning til bekymring, da det vil kunne medføre fordyrende sociale indsatser, forværring og yderligere behandlingsbehov, ligesom livskvaliteten for patienten og familien forringes.

Henvisningsmuligheder

I almen praksis opleves, at psykiatrien afviser en del henvisninger, hvilket forklares med kapacitetspres og arbejdsdeling, der ikke følges sådan, som de er aftalt i visitationsvejledninger. Begrundelsen for at afvise henvisninger kan også, jf. den regionale psykiatri, skyldes manglende oplysninger i henvisningerne. I den forbindelse kan nævnes, at henvisninger fra det kommunale PPR-område sjældent afvises, hvilket af kommunerne forklares med, at disse henvisninger forfattes af specialister i børne-/ungepsykiatri, som ved, hvad der forventes, og hvor et bedre personkendskab også kan spille ind.

De 10 % sygeste psykiatriske patienter kan almen praksis godt identificere, og der er styr på, hvortil de skal henvises, og de håndteres typisk også videre i den regionale psykiatri. De væsentligste udfordringer i snitflader og samarbejde i 2022 vedrører den såkaldte mellemgruppe af patienter med mentale udfordringer og mistro, hvor der er en stigende efterspørgsel. De letteste tilfælde i den anden ende af spektret, fx med mildere grader af angst og depression, har almen praksis selv erfaring i at håndtere, fx med samtalerapi. Udfordringen er derfor centreret om den såkaldte mellemgruppe, som er for "lette" til den regionale psykiatri og for "tunge" til almen praksis set i lyset af de kompetencer, almen praksis p.t. råder over. Både almen praksis og psykiatrien oplever, at der mangler henvisningsmuligheder i kommunerne til ensartede behandlingstilbud, som ikke er midlertidige, og som deler information med almen praksis. Her vurderer psykiatrien, at patienterne risikerer at blive mere syge, hvis de ikke rettidigt kan få et relevant fagligt tilbud, fx i kommunalt regi, når de ikke kan få det hverken i almen praksis eller i psykiatrien.

Ansvar og snitflader

Sammenlignet med det somatiske område fremstår paletten af rådgivnings- og behandlingstilbud på det psykiatriske område mere diffus og forskelligartet. Blandt andet er der forskel på ansvaret for hhv. børn og voksne. Såvel almen praksis som den regionale psykiatri tilkendegiver, at det er særligt uigennemskueligt, hvem der har ansvar for at behandle den stigende gruppe af patienter (børn, unge og voksne) med lettere psykiatriske lidelser og generel mistrivsel (kaldet mellemgruppen).

De praktiserende læger oplever således, at patienterne er mere syge, når de udskrives, og at opgaverne vedr. mellemgruppen lander hos dem som en konsekvens af manglende kapacitet og henvisningsmuligheder til andre i systemet.

Den stigende opgavemængde og de fagligt set mere krævende udrednings- og behandlingsopgaver som følge af stigende behov og ændrede snitflader inden for psykiatrien udgør p.t. en udfordring for almen praksis, som har behov for at dele ansvaret med at hjælpe disse patienter med andre. Men disse 'andre' eksisterer ikke i de nuværende systemer.

Almen praksis efterspørger en afklaring af, hvor ansvaret ligger, og om de forventes at opkvalificere sig selv og praksispersonalet, herunder om praksispersonale med særlige kompetencer skal kunne udføre samtaleterapi. Konkret savnes forløbsbeskrivelser for de største patientgrupper med klare og forpligtende retningslinjer for, hvilke patienter der hører hjemme hhv. i almen praksis, region eller kommune. Det gør de, fordi patienterne kommer til almen praksis først, og hvis de ikke kan hjælpes andre steder, så 'ender' de også der.

6.2 Kommuner

Der eksisterer et omfattende og fortsat stigende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. I takt med udviklingen af det nære sundhedsvæsen, aldring og øget kompleksitet fra multisygdom forventes behovet for smidige arbejdsgange og styrkede snitflader mellem almen praksis og kommuner fortsat at stige.

I forbindelse med gruppeinterviews med de udvalgte kommuner blev det klart, at det ville være gavnligt og retvisende for analysen, at snitfladen mellem kommuner og almen praksis blev opdelt i to. Årsagen hertil er, at der er variationer mellem de to snitflader i forhold til, hvordan samarbejdsformer fungerer og på de udfordringer, der opleves;

1. Snitfladen mellem almen praksis og det kommunale ældreområde.
2. Snitfladen mellem almen praksis og det kommunale social-/børne- og familieområde.

Hovedbudskaber ældre:

Samarbejdet mellem almen praksis og kommunale tilbud er generelt velfungerende på ældreområdet og i en god udvikling. Særligt i udvalgte kommuner oplever både almen praksis og kommunens ældresektor udfordringer, bl.a. med kommunikation og tilgængelighed med den anden part.

Plejhjemslægeordning er succesfuld og bidrager til at styrke relationer og samarbejde generelt.

Både i kommuner og i almen praksis kan der være uklarhed om procedurer og forpligtelser ved akut behov - akutfunktion bruges forskelligt, og det er forskelligt, hvad der lægges i begrebet "akut behov".

Hovedbudskaber social-, familie- og børn/unge-området:

Modsat situationen på ældreområdet er der ikke én indgang til kommunen på social- og familieområdet, og samarbejdet er generelt mere sparsomt og tilfældigt uden fælles indarbejdede procedurer.

Med enkelte undtagelser beskrives en udbredt oplevelse af manglende kommunikation, koordination og deling af information, som blandt andet tilskrives forskellig lovgivning og regler om deling af data uden forudgående samtykke.

Inden for familie- og børn/unge-områder er det uklart for aktørerne, hvem der har ansvar for den voksende "mellemgruppe" med lettere psykiatrisk sygdom og mistrivsel. Almen praksis savner ofte de nødvendige kompetencer og oplever, at der mangler ensartede kommunale tilbud, som de kan henvise til.

Både læger og kommuner ser særlige problematikker om borgere i kommunal misbrugsbehandling, hvor lægerne i særlig grad efterspørger adgang til fælles information om borgeren.

6.2.1 Snitflade - almen praksis og kommunalt ældreområde

Generelt vurderes samarbejdet mellem almen praksis og det kommunale ældreområde hos begge parter at fungere godt, dog med kommunale og lokale forskelle. Sundhedspersonalet i kommunerne arbejder typisk på en lægelig delegation fra almen praksis, og udviklingen i denne snitflade synes at være et fokuspunkt såvel nationalt som i de lokale Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU). I KLU er både kommunens medarbejdere og de praktiserende læger i kommunen repræsenteret. Det er samtidig en snitflade, hvor især kommunerne oplever et øget pres fra stigningen i antallet af såvel ældre som syge borgere, der modtager behandling og pleje i hjemmet eller kommunale tilbud fx på midlertidige pladser.

Variationer i oplevelsen af kvaliteten af samarbejdet med almen praksis i den enkelte kommune har blandt andet sammenhæng med, hvor godt og engageret der samarbejdes i regi af KLU, ligesom der ifølge kommunerne er lokale forskelle på rollen for den kommunale praksiskonsulent og opbakningen fra de øvrige praktiserende læger.

Vores survey viser, at de praktiserende læger selv vurderer, at der i de kommende år er behov for, at almen praksis prioriterer og bruger mere tid på de sårbare ældre og dermed på samarbejdet med kommunernes ældrepleje.

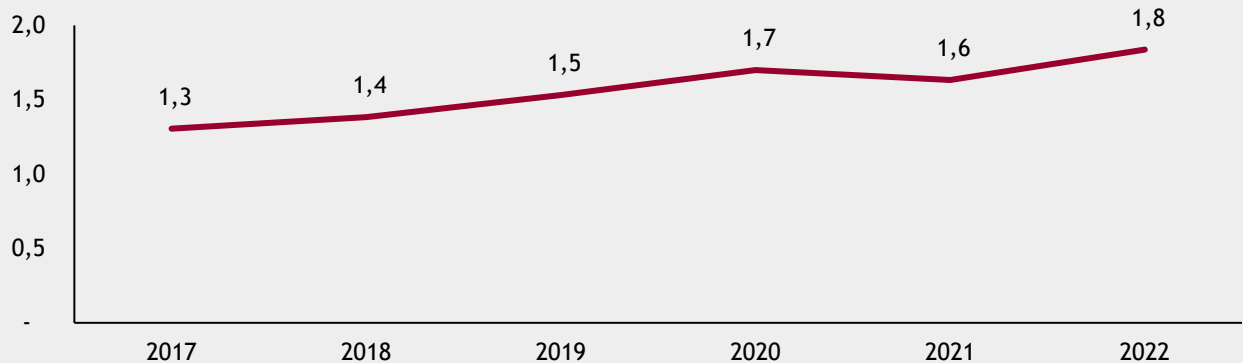
Skriftlig korrespondance

Den primære kommunikationsform mellem almen praksis og det kommunale ældreområde er elektroniske korrespondancer, når det drejer sig om forhold, som ikke er akutte, og hvor det er tilstrækkeligt at få svar inden for 3 hverdage. Kortlægningen er på dette punkt baseret på Analyse af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation, udarbejdet af BDO for Danske Regioner og PLO i 2022.

Af begge parter vurderes de skriftlige, elektroniske korrespondancer - når anvendt korrekt - at have bidraget til en forbedret kommunikation. Korrespondancer giver større fleksibilitet i almen praksis - både i forhold til hvornår disse besvares, og hvem der besvarer dem. Således er der flere praksis, hvor screeningen og besvarelsen af korrespondancer som udgangspunkt er uddelegeret til praksissygeplejersker og erfarne praksissekretærer - og hvor lægen kun involveres når nødvendigt ift. lægefaglig vurdering, godkendelse m.v.

Figur 6.2.1a nedenfor viser, at antallet af korrespondancer sendt fra kommuner til almen praksis på årlig basis er steget fra 1.304.555 til 1.836.267 meddelelser i perioden 2017-2022 - en vækst svarende til 41 %.

Figur 6.2.1a: Antal korrespondancer sendt fra kommuner til almen praksis (i mio.) - 2017-2022



Note: MedCom. Korrespondancebreve (DIS91). N= 9.387.509 meddelelser.

Antallet af korrespondancer siger i sig selv ikke noget om potentialet for at styrke samarbejdet. Et stigende antal korrespondancer kan være positivt og afspejle relevant skriftlig kommunikation, som følger af, at antallet af ældre og komplekse borgere stiger i kommunalt pleje-regi.

Omvendt kan et stigende antal korrespondancer ifølge informanterne være et tegn på utilstrækkelig kvalitet i korrespondancer (med behov for flere spørgsmål og afklaringer frem og tilbage) og/eller øget ønske om at sikre sig imod kritik fra tilsynsmyndighederne fra kommunernes side.

De i almen praksis oplevede udfordringer med korrespondancer fra kommuner skyldes primært, at en andel af disse vurderes til ikke at have lægefaglig relevans - og/eller at indholdet i korrespondancen kunne være håndteret internt i kommunen ved inddragelse af en sygeplejerske eller anden erfaren kollega.

Omvendt udtrykker kommunerne, at almen praksis ikke altid har realistiske forventninger til medarbejdernes kompetenceniveau - og at almen praksis i højere grad bør anerkende de faglige forudsætninger og forskellige muligheder for intern sparring afhængigt af bl.a. organisering, bemanning, rekrutterings-udfordringer og tid på døgnnet.

Telefonisk tilgængelighed

Udover skriftlige korrespondancer har medarbejderne fra det kommunale ældreområde mulighed for at kontakte almen praksis om en konkret borger telefonisk i dagtiden. Akuttelefonen er til rådighed på forskellige måder på tværs af lægepraksis:

- Der kan ringes til det almindelige kontaktnummer til klinikken i perioden kl. 8-12, med risiko for, at den kommunale medarbejder bliver en del af den almindelige telefonkø.
- Der kan ringes på det almindelige kontaktnummer til klinikken, hvorefter en akutknap kan anvendes ved akutte tilfælde. Denne akutknap kan anvendes af såvel borgere som sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere i kommunen.
- Der kan ringes på et decideret akutnummer, som både kan anvendes af borgere sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere i kommunen.
- Der kan for kommunen alene ringes på et såkaldt direkte "bag-om"-nummer, hvor kommunens medarbejdere kommer direkte igennem til klinikken udenom den almindelige telefonkø.

Plejhjemslægeordning

Der er en oplevelse hos både læger, der påtager sig funktionen som plejhjemslæge (fast tilknyttet læge på plejhjem), og de kommunale ledere i ældreplejen, at ordningen er velfungerende og har bidraget til et bedre, mere struktureret og regelmæssigt samarbejde om de borgere, der bor på plejecentre. Ordningen er blevet landsdækkende pr. 1. januar 2022, og parterne bag overenskomsten om almen praksis har en målsætning om, at mindst 80 % af alle de kommunale plejhjem skal have en fast tilknyttet læge inden udgangen af 2024. Det er erfaringen, at plejhjemslægeordningen bidrager til at forebygge indlæggelser, reducere lægevagtsenhvervelser og afklare spørgsmål om medicinordination og medicin håndtering.

Desuden har ordningen i visse kommuner bidraget til, at de praktiserende læger har kunnet prioritere tid på instruktion af og faglig sparring med kommunens personale på de respektive plejhjem, herunder udfordret vanemæssige idéer om, hvilke faggrupper der kan løse hvilke opgaver.

Kommunale akutteams

Muligheden for tæt samarbejde mellem almen praksis og kommunale akutteams anses som værende yderst nyttig i såvel almen praksis som i kommunerne. Via dette samarbejde kan borgeren få hurtig og kvalificeret hjælp i hjemmet, fordi akutteamet typisk har bedre mulighed for at aflægge sygebesøg med kort varsel i løbet af dagen sammenlignet med de praktiserende læger, der ofte har en tæt pakket kalender. Opgaveløsning i samarbejde mellem akutteamet og den praktiserende læge kan sikre et mere kvalificeret og nuanceret grundlag for lægens vurdering af borgerens tilstand og behov, da akutsygeplejersker har særligt gode faglige forudsætninger for at udrede og vurdere borgeren i hjem/plejhjem. Akutsygeplejerskernes direkte dialog med den praktiserende læge sikrer samtidig, at borgeren får en hurtigere udredning, ligesom nødvendige behandlingstiltag kan blive igangsat tidligere i et forløb, end hvis borgeren skulle vente på, at lægen fik mulighed for at komme på sygebesøg. Dette kan medføre, at borgerens samlede behandlingsbehov reduceres til gavn for alle sektorer, blandt andet i form af minimeret behov for konsultationer med praktiserende læge og eventuelle indlæggelser. Det tætte samspil mellem akutteams og praktiserende læger kan således bidrage til, at flere borgere skal kunne tilses og behandles hjemme eller i lokalområdet.

Akutsygeplejersker er ifølge almen praksis' oplevelse ofte erfarne og dygtige til at udrede og observere, og de får hurtigt et 'personligt' kendskab til de praktiserende læger, de hjælper. Dette kan sikre en gensidighed og tillid, som er af stor betydning for samarbejdet, og som det ellers kan være vanskelig at opnå, hvis funktionen varetages af større grupper af skiftende medarbejdere.

Som en potentiel udfordring i samarbejdet er der kommunale repræsentanter, som udtrykker skepsis over for den beskrevne arbejdsform, fordi de anser det for at være den praktiserende læges opgave og forpligtelse at aflægge sygebesøg ved behov.

Samarbejdet om medicin

Grundlæggende er det alene læger, der kan godkende og ordinere medicin i Fælles Medicin Kort (FMK), hvorefter det kommunale sundhedspersonale kan administrere den i FMK ordnede medicin.

Samarbejdet i forhold til FMK, herunder medicinordination og medicinadministration opleves af begge parter at tage meget fokus i samarbejdet - og de vurderer, at der på dette område fortsat er potentiale for forbedring. De primære udfordringer varierer i art og omfang på tværs af kommuner, men er primært relateret til følgende emner:

1. I visse kommuner opleves der uenighed mellem parterne om, hvorvidt alle former for præparater, som borgeren ønsker at få, skal være indføjnet af en læge i FMK. Således er det almen praksis' vurdering, at præparater, som ikke kan defineres almindelige lægemidler jf. Lægemiddelloven (eks. kosttilskud m.v.), ikke hører hjemme i FMK. Omvendt anfører visse kommuner, at de risikerer anmærkninger på tilsyn, såfremt de giver præparater til borgere, som ikke står i FMK.

2. I forhold til håndkøbsmedicin oplever almen praksis, at der bruges unødige ressourcer på at forholde sig til, godkende og ordinere denne form for medicin, som borgerne selv kunne have hentet og indtaget, hvis de havde været i stand til det.
3. Det er generelt holdningen i almen praksis, at FMK alene skal anvendes til medicinordination. Dog opleves, at kommunerne kontakter almen praksis for at få godkendt og registreret forhold vedrørende medicinadministration i FMK (eksempelvis ændringer i tidspunkter for, hvornår medicinen gives). Igen synes udfordringen at bunde i forskellige tolkninger af, hvilke krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller ift. indhold i FMK.

6.2.2 Snitflade - almen praksis og kommunalt social-/familieområde

Modsat snitfladen mellem almen praksis og det kommunale ældreområde, så synes snitfladen mellem almen praksis og det kommunale social-/familieområde ikke at have haft samme udviklingsmæssige fokus.

Snitfladen dækker som udgangspunkt både børn, unge og familieområdet samt voksne, der er socialt udsatte, eller som er ramt af psykiatriske problemstillinger eller mistrivsel. Der er på visse områder forskelle i de oplevede udfordringer i snitfladerne, alt efter om der er tale om voksne eller børn og unge.

Ligesom med snitfladen til ældreområdet, så er disse patientgrupper, jf. vores survey, nogle, som de praktiserende læger vurderer, at almen praksis skal prioritere og bruge mere tid på fremadrettet.

Mistrivsel og lettere psykiatri

Det lyder samstemmende både fra kommuner og almen praksis, at antal borgere (især børn og unge) med mistrivsel, "livkriser" og lettere psykiatriske lidelser (her kaldet "mellegruppen") er stigende, hvorfor der i særlig grad er behov for, at snitfladen styrkes. Især savnes afklaring af ansvar og arbejdsdeling; hvem der skal tilbyde hvad hvornår i forløbet og til hvilke patientgrupper.

Det vurderes af begge parter, at der er behov for et øget fokus på at få udviklet bedre samarbejder mellem almen praksis og kommunerne, i forhold til hvordan man i fællesskab bedre kan opspore og hjælpe "mellegruppen" af borgere, som lider af mentale og lettere psykiatriske udfordringer, såsom mistrivsel, stress, angst, depression m.v.

Omfanget af tilbud til målgruppen er forskelligt på tværs af kommunerne, og det er generelt oplevelsen i almen praksis, at der mangler tilstrækkelige kommunale tilbud - både kvantitativt og kvalitativt - til denne patientgruppe. Dog med et opmærksomhedspunkt på, at borgerens egen læge ikke altid ved, hvad kommunen har tilbudt borgeren eller har kendskab til igangværende forløb i kommunalt regi.

Tovholderfunktion og deling af oplysninger i tværgående forløb

Snitfladen mellem almen praksis og det kommunale social/familieområde er ofte præget af, at flere fagområder og sektorer skal arbejde sammen om samme borger. Eksempelvis kan der på børn/ungeområdet være behov for involvering af almen praksis, kommunens PPR og familieområde samt regional psykiatri, hvilket skaber et øget koordineringsbehov. Samtidig vurderer kommunerne ikke, at der uanset samtykkeregler er lovgivningsmæssig mulighed for at dele informationer om borgeren, inklusive igangværende forløb, på tværs af sektorer, som det er tilfældet på ældreområdet. Dette medfører eksempelvis, at hverken PPR eller sundhedsplejersken i kommunen kommunikerer observationer direkte videre til den praktiserende læge uden familiens samtykke, hvilket i praksis opleves som en barriere for at samarbejde.

Grundet begrænsningerne i muligheden for at dele oplysninger mellem sektorer er der heller ikke etableret samme ensartede elektroniske kommunikationskanal som på ældreområdet (i form af korrespondancer). Således foregår kommunikationen på eksempelvis familie- og børne/ungeområdet til kommunen primært via underretninger til den kommunale myndighedsfunktion, og underretninger er ikke egnet til dialog.

Ovenstående forhold opleves i almen praksis at begrænse muligheden for at agere tovholder og have fokus på "det hele menneske". Derfor er der risiko for, at det bliver borgeren selv eller dennes familie, der får til opgave at koordinere på tværs af sektorer, hvilket er uhensigtsmæssigt, da der ofte er tale om udfordrede og udsatte borgere og familier.

Tilsvarende udfordringer beskrives på misbrugsområdet.

Koordinering og tilgængelighed for socialt udsatte

En af konklusionerne på den afholdte workshop med patientforeninger og den efterfølgende kvalificeringsworkshop med almen praksis og kommunerepræsentanter fra social-/familieområdet var, at socialt udsatte voksne har svært ved at gøre brug af almen praksis' tilbud. Eksempelvis er der borgere, som har svært ved at få adgang til/anvende digital booking, som ikke kan overholde mødetider, som ikke magter at sidde stille og vente i venteværelser m.v. Disse udsatte borgere er generelt ikke opsøgende og proaktive i forhold til at kontakte sundhedsvæsenet af egen drift, hvorfor det kræver opsporende og opsøgende indsatser for at få fat i dem og sikre, at de modtager forebyggende indsatser og behandling efter behov på lige fod med andre patienter, som selv henvender sig.

I forhold til, at almen praksis og kommuner sammen kan opspore og behandle disse særligt udsatte borgere, så opleves reglerne at begrænse muligheden. En kommune har illustreret problemet med, at bostøtterne til de udsatte får at vide, at de ikke må deltage i besøg hos lægen, selvom det vurderes at kunne bidrage til et bedre behandlingsforløb.

Én indgang til kommunen

Almen praksis efterspørger efter inspiration fra samarbejdet på ældreområdet en fælles eller mere klar indgang til kommunerne på socialområdet, da det ofte kan være svært at vide, hvilken instans/person der skal kontaktes, afhængigt af om det vedrører familiegruppen, PPR, misbrugsområdet, sundhedsplejen, specialiseret voksenområde osv. Den praktiserende læge er henvist til at anvende en offentligt tilgængelig telefonbog, som ofte ikke er opdateret, og det kan være svært eller umuligt at målrette en elektronisk korrespondance til rette modtager.

Del 4

7. Vurdering af opgaveløsning i almen praksis set i sundhedsreformperspektiv

I dette afsnit sammenholdes kortlægningen af opgaveløsning i almen praksis samt udvikling og variation i opgaveløsningen i afsnit 6 med Danske Regioner og PLO's fælles vision og den aftalte retning, som blev præsenteret i afsnit 4. Vurderingerne i afsnittet bygger på den kvalitative del af analysen med interview og kvalificeringsworkshops suppleret med ekspertinterview. Inspirationscases fra udlandet inddrages hvor relevant, med henblik på at perspektivere, understøtte og inspirere i forhold til de foretagne vurderinger.

Afsnittet er struktureret ud fra følgende temaer, der opsummerer de væsentligste elementer i den fælles vision og aftalte retning for almen praksis:

1. Tovholderfunktion og øget ansvar for patientforløb
2. Lægedækning i alle egne af landet
3. Nye opgaver
4. Ensartet høj kvalitet
5. Patientperspektivet
6. Øget brug af praksispersonale
7. Differentieret indsats ud fra populationstankegang
8. Tættere samarbejde med kommuner om sammenhængende patientforløb.

I den kvalitative analyse har vi undersøgt almen praksis og deres samarbejdspartneres syn på barrierer og mulighed eller forudsætninger for at realisere aftalt retning for almen praksis (jf. kapitel 4) og for at indoptage nye opgaver, hvilket ministeriet og regionerne forventes at efterspørge de kommende år i lyset af de politiske ambitioner om omstilling til det nære sundhedsvæsen. I de forrige afsnit foretog vi en deskriptiv kortlægning baseret på informanternes egne beskrivelser og vurderinger. Da det ikke er sikkert, at den enkelte lægepraksis eller samarbejdspartners perspektiv på udvikling i opgaveløsningen fuldt ud matcher den aftalte retning for almen praksis, vil BDO i dette kapitel anlægge en mere kritisk-analytisk tilgang til opgaveløsningen i almen praksis sammenholdt med aftalt retning og intentionen i den politiske sundhedsreformaftale.

For hvert tema redegøres først for de barrierer og udfordringer, som analysen har kortlagt, for at realisere den fælles vision og aftalte retning. Dernæst redegøres for mulighederne, der ikke på forhånd begrænses af de aktuelt indgåede regler og aftaler. Vurderingsafsnittet har karakter af et beslutningsgrundlag i form af en såkaldt GAP-analyse, som beskriver afstanden mellem nu-situationen (as-is) og den ønskede fremtid (to-be) for derved at identificere de nødvendige eller mulige ændringer. Afsnittet indeholder således vurderinger af løsningsmuligheder, men ikke anbefalinger. Vurderingerne afgrænser sig på forhånd ikke til emner og forslag, som kan realiseres inden for eksisterende aftaler og lovgivning. Honorarstruktur og incitamenter berøres kun indirekte, hvilket er begrundet i kortlægningens overordnede genstandsfelt og de afgrænsninger, som blev foretaget til indledning. Analysen efterlader dog ingen tvivl om, at de økonomiske incitamenter kan have afgørende betydning, både i form af muligheder og barrierer, eksempelvis for fordelingen af læger på tværs af geografier og for lægernes prioritering af opgaver.

I de tilfælde, hvor analysen af sammenligningslandene; Holland, Norge, Sverige og England, har afdækket eksempler på mulige løsninger inden for de valgte temaer, er disse inspirationscases kort beskrevet til afslutning. De samlede casebeskrivelser for opgaveløsning i sammenligningslandene kan læses i bilag 4.

7.1 Tovholderfunktion og øget ansvar for patientforløb

7.1.1 Aftalt retning

Den praktiserende læge skal styrke sin tovholderfunktion og i højere grad have ansvar for det samlede forløb gennem sundhedsvæsenet. Sygehusene skal understøtte tovholderfunktionen, blandt andet via let tilgængelig og ensartet adgang til rådgivning og diagnostiske funktioner.

Det første udviklingsspor for opgaveløsningen i almen praksis omtales også som "ledelse af patientforløb" og har sammenhæng med målet om at nedbringe ulighed i sundhed. Sporet kan ses som en "overligger" i forhold til de efterfølgende temaer, fordi tovholderfunktionen er en kerneopgave for almen praksis og en forudsætning for at realisere de fælles aftaler og politiske ambitioner om omstilling til det nære sundhedsvæsen set i lyset af den igangværende udvikling med flere ældre og øget opgavekompleksitet.

7.1.2 Udfordringer og barrierer

Et gennemgående fund i de gennemførte interview og praksisbesøg er, at mange praktiserende læger ser det som en barriere, at de generelt har svært ved at finde tid i hverdagen til at prioritere vigtige opgaver med koordinering og opfølgning på patientforløb. En del giver udtryk for, at generalistrollen med mange hyppige patientkontakter og konsultationer om forskellige emner i et ofte tæt pakket dagsprogram betyder, at de savner tid til opgaver, som kræver en anden fordybelse og mere proaktiv arbejdsform. Fx prioriterer størstedelen af praktiserende læger at orientere sig i epikriser fra sygehuset og at sikre relevant opfølgning, men opgaven løses ofte ad hoc i pauser ind imellem patientkontakterne eller i slutningen af arbejdsdagen, eventuelt som overarbejde. Det gør det særligt vigtigt, at epikriserne er overskuelige og handlingsorienterede, hvilket ifølge de praktiserende læger ofte ikke er tilfældet.

Særligt for patienter med multisygdom og polyfarmaci kan strukturen i sygehusvæsenet, som er kendetegnet ved specialeopdelte indsatser, opleves som en hindring, der gør det vanskeligt for den praktiserende læge at løfte tovholderfunktionen i almen praksis. En del praktiserende læger har givet op over for opgaven med at være tovholder i de mere komplekse patientforløb. De ser det som en nødvendighed, at sygehusene selv tager større ansvar for at koordinere patientens udredning og behandling indbyrdes på tværs af afdelinger og specialer frem for at sende patienten retur til egen læge.

Det kan føles tungt og besværligt i almen praksis, når sygehusafdelinger opstiller meget specifikke krav til, hvad henvisningerne skal indeholde, for at lægen kan få en patient vurderet. Da opleves det som om, sygehuset opstiller et "filter", som begrænser almen praksis i at tage ansvar for det samlede forløb.

Dele af almen praksis har ifølge deres samarbejdspartnere en tendens til at "lukke sig om sig selv" og signalere, at de ikke har tid eller ikke føler sig forpligtet til at samarbejde på bestemte måder. Dette kan være i direkte modstrid med indgåede aftaler. Det har ikke været muligt at vurdere omfanget af den beskrevne udfordring, men samarbejdspartnere mener, det drejer sig om et mindretal af de praktiserende læger, hvilket kolleger i almen praksis har bekræftet.

7.1.3 Muligheder og forudsætninger

Øget fokus på tovholderfunktion: På trods af de beskrevne barrierer anerkender de praktiserende læger generelt, at koordinering af de samlede patientforløb er en kerneopgave for almen praksis. Flere af informanterne i almen praksis har oplyst, at de allerede har øget fokus på tovholderfunktionen og bruger mere tid på opfølgning, end de gjorde tidligere. Det forklares blandt andet med, at tilsynsmyndighederne stiller krav om, at lægen proaktivt følger op på fx prøvesvar. Tidligere var det mere almindeligt at overlade ansvaret for opfølgning til patienten.

Differentieret indsats: En del praktiserende læger vælger bevidst at differentiere indsatsen ud fra en vurdering af, hvilke patienter der har størst behov for støtte til at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbene. Derfor vælger de via organisering og arbejdsdeling at prioritere de knappe lægeressourcer til patienter, som vurderes i særlig grad at have behov for, at lægen varetager funktionen som tovholder, og hvor lægens indsats kan gøre en forskel. De pågældende patienter kaldes nogle steder "VIP" eller stjerne-patienter. For disse patienter prioriterer den praktiserende læge at bruge ekstra tid på koordinering og opfølgning og på selv at varetage konsultationer for at opretholde en regelmæssig kontakt med patient og eventuelle pårørende.

Det sker ud fra den grundantagelse, at lægens tovholderfunktion og indgående kendskab til patienten gennem regelmæssig kontakt ikke er lige vigtig for alle patienter i alle situationer, og at det derfor fagligt set er relevant at differentiere og målrette indsatsen.

Rådgivningstilbud og henvisningsmuligheder på sygehusene: Almen praksis har i kortlægningen givet udtryk for, at det er en vigtig forudsætning for at kunne varetage tovholderfunktion og tage større ansvar for det samlede patientforløb, at der er let og hurtig adgang til specialistrådgivning fra sygehusene og gode henvisningsmuligheder. Et eksempel er muligheden for at henvise patienter med potentielt alvorlig sygdom til udredning, fx via kræftpakker.

De praktiserende læger har bekræftet, at det udgør en forudsætning for at tage større ansvar for det samlede patientforløb og for at kunne udrede og behandle patienten i det nære sundhedsvæsen, at sygehuset kan agere relativt hurtigt og fx udføre diagnostiske undersøgelser uden for lang ventetid, så patienten kan komme videre i udredningsforløbet.

Dialog og samarbejdskultur: Nogle steder i landet beskriver læger og praksispersonale, at sygehusene er gode til at understøtte almen praksis i at varetage tovholderfunktionen, og at designet af deres tilbud afspejler en forståelse for opgaven i almen praksis og de praktiserende lægers vilkår.

Interview og workshop har afdækket flere bedste praksis-eksempler, hvor det tværsektorielle samarbejde opleves at styrke de praktiserende lægers tovholderfunktion og muligheden for at tage øget ansvar for patientforløbet. Det kendetegner disse sygehuse og afdelinger, at de opleves at være tilgængelige for læger og praksispersonale. Læger og samarbejdspartnere er enige om, at mulighederne også handler om kulturen og dialogen i lokalområdet, som fremmer kontakt mellem aktørerne og dermed gensidigt kendskab og anerkendelse.

Således er der muligheder i at udbrede gode erfaringer fra de steder i landet, hvor tilbuddene og kulturen opleves at understøtte samarbejdet om udredning og behandling af fælles patienter med den praktiserende læge i rollen som tovholder. Dette i modsætning til en situation, hvor aktørerne sender breve frem og tilbage, med risiko for at patientforløbet bliver fragmenteret, og det er uklart, hvem der har ansvar for at følge op undervejs. Skriftlig kommunikation fremmer dokumentation, som tilsynsmyndighederne ønsker, men kan opleves som en hindring for hurtige og mere hensigtsmæssige løsninger af en patientproblematik.

I de efterfølgende afsnit beskrives, hvordan opbakning til opgavemæssig prioritering, forventningsafstemning med patienter og pårørende m.v. kan bidrage til at frigøre lægetid, som blandt andet kan anvendes på tovholderfunktion for de relevante tværgående patienter.

7.1.4 Vurderinger baseret på kortlægningen

Generelt er mulighederne for den ønskede udvikling til stede, idet praktiserende læger har et ønske om at opprioritere tovholderfunktionen for de patientgrupper, hvor behovet herfor er størst. Samtidig betragter lægerne tovholderfunktionen som en kerneopgave for almen praksis, der kun bliver vigtigere, efterhånden som sygehuskontakterne bliver kortere og forløbene mere komplekse med flere specialer involveret. Der er udviklet velfungerende digitale løsninger, som generelt understøtter almen praksis i at koordinere forløb på tværs af sektorer, bortset fra i visse typer af borgerforløb, jf. beskrivelsen i afsnit 6.2.2.

Det anses ikke som en realistisk udvikling, at den praktiserende læge kan have en lige regelmæssig relation og proaktiv koordinerende indsats for alle de tilmeldte patienter på lægens patientliste. Det kan derfor overvejes at etablere et mere fast grundlag for en differentieret indsats gennem en nuancering af, hvilke patienter der i særlig grad har behov for, at lægen prioriterer tid på at varetage tovholderfunktion regelmæssigt og proaktivt. Kriterier kan både være relateret til sygdommens karakter og alvor og til egenskaber ved patienten, såsom sociale forhold, netværk og digitale kompetencer.

Lægernes udsagn kan fortolkes som, at der i en travl hverdag med højt efterspørgselspres opleves et dilemma mellem rollerne som frontlinje, generalist og rollen som tovholder, hvor sidstnævnte risikerer at blive forsømt til ulempe for de mest syge og sårbare patienter.

Begrebet kontinuitet i behandler-patientrelationen bliver ofte kædet sammen med varetagelse af almen praksis' tovholderfunktion og anses af nogle for en forudsætning for at levere høj faglig kvalitet. Det udtrykte faglige ideal inden for almen medicin, jf. DSAM-publikationer, er opbygningen af en længerevarende patientrelation kendetegnet ved regelmæssig kontakt, gensidig tillid og med mulighed for, at lægen og praksispersonale opnår helhedsorienteret kendskab til den enkelte patient og dennes sygehistorie.

I realiteten er det kun patienter i solopraksis og solopraksis organiseret i samarbejdspraksis, der er tilmeldt en individuel læge. Hovedparten af patienter er tilmeldt en kompagniskabspraksis, hvor flere praktiserende læger har en fælles patientliste. Da uddannelseslæger og praksispersonale også deltager i patientkontakten, og lægerne har mulighed for at ansætte vikar ved fravær, såsom faste fridage, vil patienterne kunne møde forskellige behandlere fra gang til gang i disse praksis. Konsekvensen er, at sikkerhed for kontinuitet i relationen for de patienter, der har behov for, at almen praksis varetager tovholderfunktion, forudsætter opmærksomhed og tiltag i form af interne arbejdsgange og organiseringsformer.

Det kan ses som et potentiale, at nogle praksis i egne øjne lykkes med at skabe rammerne for den praktiserende læges tovholderfunktion og for kontinuitet i behandler-patientrelationen. Hvilke løsninger, der virker, afhænger især af praksisstørrelsen og af lægerollen i samspil med praksispersonale, hvor de dominerende modeller er oplistet i Figur 7.1a.

For akutte henvendelser er det oftest mere tilfældigt, hvilken behandler patienten tilses af, og kontakten bookes hos den, der har en ledig tid og de nødvendige kompetencer. Dette anses generelt som uproblematisk for både patienterne og behandlerne. Kontinuitet i patient-behandlerrelationen er ikke altid det vigtigste pejlemærke for patienter og pårørende, da det afhænger meget af problemets art og den tid, patienten synes, det må tage at få en sundhedsfaglig vurdering af problemet.

På denne baggrund vurderes det muligt at sikre kontinuitet i relationen og varetage tovholderfunktion på højt niveau i alle praksis uanset praksisform, men det kan kræve særlige organisatoriske løsninger og arbejdsgange i kompagniskabspraksis, og særligt i større kompagniskaber med mange forskellige behandlere.

Endelig er det afgørende, at sygehusene bakker op om almen praksis' tovholderfunktion ved at tilbyde udrednings- og henvisningsmuligheder med kort svartid og vejlede almen praksis om udrednings- og behandlingsmuligheder, eksempelvis i forbindelse med at en henvisning afvises. Der ses også et potentiale i øget brug af skriftlige korrespondancer mellem almen praksis og specialiserede afdelinger som alternativ til, at patienten henvises.

Figur 7.1a: Modeller for den praktiserende læges rolle i almen praksis

Lægerolle konsulterende (lav delegationsgrad)

- Den praktiserende læge varetager stort set alle konsultationer selv, uselekteret.
- Praksispersonalet bistår med reception og laboratorieundersøgelser.

Lægen suppleres af personalet (middel delegationsgrad - afhænger af personalet)

- Praksispersonalet varetager udvalgte, afgrænsede opgaver, fx diabeteskontroller, som de har kompetencer til.
- Den praktiserende læge varetager resten.

Lægerolle superviserende (høj delegationsgrad)

- Den praktiserende læges tid og behandlingsskapitet bruges på tovholderfunktion, risikopatienter, lægefaglige opgaver samt ledelse og sparring.
- Praksispersonalet varetager resten. Det sikres via rekrutteringer, uddannelse og instruktion, at personalet tilsammen besidder de nødvendige ressourcer og kompetencer.

7.2 Lægedækning

7.2.1 Aftalt retning

For at indfri ambitionen om at sikre borgeren frit lægevalg øges dimensioneringen ved at der uddannes flere speciallæger i almen medicin. Dette sikrer et grundlag for at øge kapaciteten i almen praksis.

7.2.2 Udfordringer og barrierer

Tidligere i kortlægningen er redegjort for, at rammebetingelserne for at drive lægepraksis varierer på tværs af kommunityper og lægedækningstruede/ikke-lægedækningstruede områder. Patienttyngden i form af andel ældre og syge er forskellig, og det samme er henvisningsmulighederne. Opgave- og ressourcemæssigt er patienterne i nogle egne af landet mere tidskrævende. Problemerne er mere komplekse, patientkontakterne tager i gennemsnit længere tid, og der behøves mere praksispersonale for at løfte den samlede opgavemængde.

Lægerne beskriver en situation, hvor mekanismerne forstærker hinanden, så opgaven fagligt set er tungere og henvisningsmulighederne samtidig er færre i visse områder af landet.

Det udgør særligt en udfordring for de praktiserende læger i de lægedækningstruede områder, at deres patienter typisk er ældre, har højere sygelighed og er mere socialt udsatte, hvorfor de også har større behov for almen praksis' tovholderfunktion og kontinuitet i behandlerrelationen. Samtidig befinder de sig i større afstand fra akutsygehuse og praktiserende speciallæger, og derfor har patienterne som udgangspunkt interesse i, at flere opgaver løses lokalt i deres almene praksis. For nogle mindre mobile patienter beskriver lægerne det som en forudsætning, da de reelt ikke har mulighed for eller ønske om at rejse for at modtage udredning og behandling, og deres adgang til sundhedsvæsenet derfor reelt begrænser sig til mulighederne i lokalområdet.

Flere læger har bemærket, at efter de gældende overenskomst-mæssige rammer udgør normaltallet 1.600 patienter alle steder uanset geografi, men opgavemæssigt er der stor forskel på, hvem de 1.600 patienter er - gamle, multisyge, socialt udsatte eller veluddannede og økonomisk velstillede kernefamilier med 'raske børn'. De fremhæver, at det ville være mere retfærdigt, hvis det var muligt for læger i områder med høj patienttyngde at lukke for tilgang ved et lavere antal.

En storbylæge beskrev det sådan, at opgavemængden vedrørende 2.600 patienter hos ham arbejdsmæssigt svarer til 1.600 patienter på landet, og at 5 nye komplekse patienter kan opleves at give lige så meget merarbejde som 500 raske.

Som en yderligere udfordring har lægerne påpeget, at det økonomisk set ikke er lige så attraktivt at praktisere i de belastede områder, fordi kontakterne er mere tidskrævende, og det derfor med den gældende aktivitetshonorering er sværere at opnå en tilstrækkeligt høj omsætning til at kompensere for de højere personaleomkostninger sammenlignet med praksis i mere ressourcestærke og bynære områder af landet.

Tilstedeværelsen af det differentierede basishonorar ændrer ikke på lægernes vurdering af betydningen af højere opgavemæssig tyngde i landkommuner og lægedækningstruede områder.

I andre områder af landet (typisk i og omkring Hovedstaden og de store byer) beskrives den modsatte situation, hvor patienttyngden er lettere, samtidig med at det er uproblematisk at tiltrække personale, uddannelseslæger, lægevikarer og medicinstuderende, hvilket også hænger sammen med den geografiske placering. Disse rammer udnytter ejerlægerne til at sikre sig fleksibilitet og aflastning. En del praktiserende læger giver udtryk for, at de foretrækker færre end fem faste, ugentlige arbejdsdage. Enten fordi de ønsker nedsat arbejdstid, at have bijob i anden virksomhed eller tid til at varetage andre funktioner, såsom fagpolitisk arbejde eller plejehjemslægefunktion. Det har de generelt set lettere mulighed for i de attraktive geografiske områder, hvor speciallæger kan være ansat som vikar, stedfortrædende læge eller lignende.

7.2.3 Muligheder og forudsætninger

Forskellige praksis- og tilknytningsformer: Baseret på kortlægningen er det væsentligt for at rekruttere og fastholde både læger og praksispersonale, at der er mulighed for og frihed til at etablere de praksis- og ansættelsesformer, som tiltaler forskellige typer, herunder valgmuligheder mellem fx at være selvstændig sololæge i en lille praksis og ansat læge i en større klinik. Den eksisterende diversitet i praksisformer og adgang til at arbejde som ansat læge uden ansvar for praksisledelse, -økonomi og -udvikling må derfor ses som en positiv faktor, der styrker grundlaget for at sikre lægedækning fremadrettet.

Regional planlægningskompetence: Regionerne har via deres planlægningskompetence mulighed for at være med til at styre udbuddet af ydernumre, så behandlingskapaciteten ikke udvides mere end nødvendigt i de attraktive områder. En mulighed fremadrettet for at opnå en fortsat hensigtsmæssig anvendelse af lægernes tid er at indregne kapaciteten fra praksispersonale i den regionale praksisplanlægning. Med ”kapacitet” menes i den sammenhæng volumen af de tilbudte ydelser, som kan omsættes til evne til at varetage enten flere patienter eller flere opgaver vedr. de samme patienter.

Udvikling af innovative løsninger: Kortlægningen har desuden vist, at der i disse år er pres på almen praksis i visse egne af landet for at organisere sig effektivt og udvikle attraktive arbejdsbetingelser. Omstilling og udvikling af innovative løsninger udgør nogle steder en forudsætning for at løse opgaven og for at kunne rekruttere læger og praksispersonale. Som det også kan læses ud af casebeskrivelserne i bilag 3, afprøver og udvikler nogle praksis på tværs af praksisformer ud af nødvendighed nye metoder og samarbejdsformer, som indebærer nye roller og arbejdsdeling for læger og praksispersonale. Disse løsninger kan senere vise sig at være velfungerende og kilde til faglig stolthed for ejerne og til inspiration for andre.

7.2.4 Vurdering baseret på kortlægningen

På baggrund af kortlægning og analyse ser BDO flere veje til at forstærke chancen for, at et øget antal speciallæger i almen medicin i de kommende år omsættes i et løft i kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen i hele landet.

Med de gældende strukturelle og overenskomstmæssige rammer - og den gældende aktivitetsbaserede honorarstruktur - er der visse opmærksomhedspunkter, i form af lægevalgsmuligheder i alle egne af landet, som skal adresseres for at opnå gevinsten ved at uddanne flere praktiserende læger.

Fastholdelsen af de nye praktiserende læger i særligt de lægedækningstruede områder bliver væsentlig for at lykkes med at realisere ambitionerne i sundhedsreformaftalen og den fælles vision for almen praksis.

De beskrevne forskelle i opgaveløsning og rammebetingelser har som konsekvens, at der er forskel på, hvor attraktive vilkår almen praksis opleves at tilbyde, både vedrørende økonomi, opgaver, arbejdsmiljø og ”work-life balance” blandt praktiserende læger - både af de nyuddannede og de erfarne læger sidst i karrieren. Disse forskelle vil ikke blive udjævnet af, at der uddannes flere speciallæger i almen medicin.

Samtidig med at udbuddet af speciallæger i almen medicin stiger, vil der sandsynligvis også opstå en stigende efterspørgsel. På grund af den generelle aldring i samfundet og stigning i multisygdom m.v. må speciallæger med generalistkompetencer forventes at blive en efterspurgt arbejdskraft også andre steder i sundhedsvæsenet og på de somatiske og psykiatriske sygehuse og i akutsystemet. Derfor er det ikke givet, at øget optag på speciallægeuddannelsen vil presse lægerne til at etablere sig som praktiserende læge i de lægedækningstruede områder.

Derudover viser kortlægningen, at nogle speciallæger efterspørger mere fleksible ansættelsesformer og ønsker at varetage flere funktioner også uden for almen praksis. Adgangen til delepraksis er relativt stramt styret i overenskomstsyste-met. Det vil også kræve en tilladelse, hvis en læge ønsker et nedsat patientantal pr. kapacitet under 1.600.

Uanset overenskomstens regler om delepraksis forekommer der at være forholdsvist frie rammer for, at praktiserende læger kan ansætte praksisreservelæge eller stedfortrædende læge/vikar og vælge at have bijob eller faste fridage. Hvis både de eksisterende og de nye praktiserende læger har en præference for fleksibilitet i arbejdslivet og nedsat arbejdstid, er der en risiko for, at den samlede tilførsel af speciallægekapaцитet i almen praksis bliver mindre end forventet.

Udstrakt delegation af opgaver til kompetent praksispersonale eller teamsamarbejde om de patientrelaterede opgaver er særligt udbredt i de lægedækningstruede områder, hvor udviklingen har været drevet af nødvendighed.

Alt andet lige vil det være lettere for de praktiserende læger i attraktive områder at sikre sig aflastning eller fleksibilitet ved at ansætte en lægevikar eller stedfortræder, som kan tage større selvstændigt ansvar, frem for en kompetent sygeplejerske eller assistent, og som samtidig har kompetencer til at levere en bredere palet af ydelser. Derfor kan der være risiko for en uønsket udvikling i de attraktive områder med relativt lette patienter og gode rekrutteringsmuligheder. Her kan øget adgang til speciallæger i almen medicin efter BDO's vurdering risikere at resultere i, at konsultationssygeplejersker bliver erstattet af læger, og at udviklingen i retning af øget opgaveglidning i form af delegation til praksispersonale rulles tilbage.

En sådan udvikling vil risikere at få som konsekvens, at kapacitetsudnyttelsen og fleksibiliteten i almen praksis samlet set vil blive forringet, ved at byområderne vil kunne opsuge flere speciallæger i almen medicin, så de ikke er til rådighed for de lægedækningstruede områder med størst behov. Resultatet kan blive, at der fortsat vil være områder med lægedækningsproblemer i almen praksis, selvom der uddannes flere praktiserende læger, fordi nogle speciallæger vil foretrække alternative ansættelser i og omkring de større byer.

Selvom analysen ikke direkte har omfattet honorarsystemet, så bekræfter analysen, at de økonomiske rammebetingelser påvirker de praktiserende lægers prioriteringer og deres incitament til at investere i praksisudvikling og ansætte personale. Forretningsmæssige muligheder i almen praksis påvirker muligheden for at tiltrække speciallæger til de lægedækningstruede områder. Det kan derfor ses som en forudsætning, at honorarsystemet er med til at sikre, at en større opgavemæssig tyngde afspejler sig i en højere indtjening, så det bliver attraktivt at påtage sig de sundhedsfagligt tunge opgaver, hvilket blandt andet udgør en forudsætning for at afholde højere personaleomkostninger. Der er indført et differentieret basishonorar, som imidlertid ikke vurderes at være tilstrækkeligt til at kompensere for de oplevede forskelle i tidsforbrug og kompleksitet forbundet med opgaveløsningen.

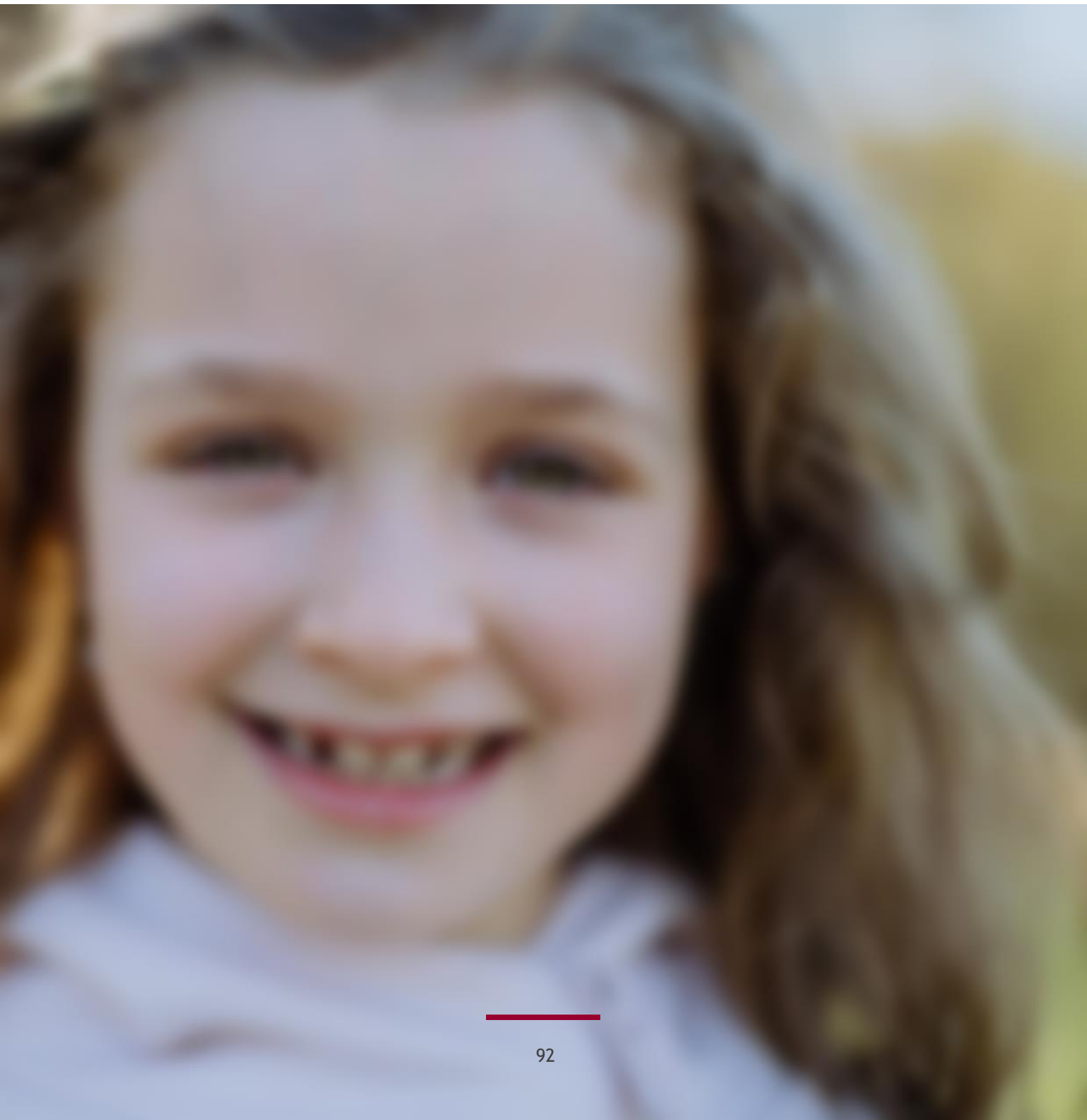
Omvendt er det inden for de eksisterende rammer muligt for praktiserende læger i andre egne af landet med en lavere patienttyngde at sikre sig en større overskudsgrad ved at begrænse lønomkostningerne mest muligt, delegere i lavt omfang og selv levere mange konsultationer. Hvis der ønskes en fortsat udvikling i øget kapacitet fra praksispersonale og delegation i alle dele af landet kan det derfor også udgøre en forudsætning, at honorarsystemet understøtter høj kapacitetsudnyttelse gennem tværfaglige teams med flere fagligheder og brede kompetencer.

7.2.5 Inspirationscases

Sammenligningslandene Sverige, Holland og England er alle kendetegnet ved, at praksispersonalet ud over lægerne udgør en væsentlig kapacitet i primærsektoren, som er med til at sikre lægedækning samt kapacitet og kompetencer til nye opgaver. Det gælder derimod ikke i Norge, hvor der ikke er noget fagligt eller økonomisk incitament til at uddelegere andet end helt simple undersøgelser som CRP, urin stix, EKG og andre velafgrænsede opgaver.

- Den traditionelle bemanding af klinikker i almen praksis er i NHS England blevet udvidet med nye faggrupper såsom fysioterapeuter, farmaceuter/farmakonome, mental health workers (typisk SPL, ergoterapeut eller socialrådgiver med efteruddannelse), der deles mellem flere lægepraksis. Formålet er både af aflaste de praktiserende læger i lyset af lægemangel/overbelastning og at styrke adgangen til behandling i lokalområdet ved at tilføje nye kompetencer. Sundhedsvæsenet har målrettet ressourcer til at ansætte medarbejdere fra nye faggrupper i grupper af lægepraksis kaldet "private practice networks". Medarbejderne, fx fysioterapeuter og farmakonome, deles, så alle patienterne tilmeldt de pågældende praksis kan få gavn af de nye faggrupper. Kilde: Kings Fund.

- I størstedelen af lægepraksis i Holland er der gennem de senere år blevet tilført kapacitet i form af ansat sundhedsfagligt støttepersonale på et niveau under ”nurse practitioners” (behandlersygeplejerske). Disse sundhedsfaglige assistenter har særlige kompetencer inden for somatik eller psykiatri og dermed mulighed for at tilføre kapacitet og aflaste lægerne, både ved at forberede lægekonsultationer og gennemføre konsultationer selvstændigt. De praktiserende læger kompenseres økonomisk af forsikringselskaberne for omkostningen vedr. sundhedsfaglige assistenter. Kilde: NIVEL.



7.3 Nye opgaver

7.3.1 Aftalt retning

Det indgår som en ambition i sundhedsreformaftalen, at flere patienter fremover skal behandles i det nære sundhedsvæsen uden for sygehusene. I analysen er dette afspejlet i undersøgelsesspørgsmålet om muligheder og barrierer for, at almen praksis kan indoptage nye opgaver.

7.3.2 Udfordringer og barrierer

De praktiserende læger og deres praksispersonale ser det som en væsentlig udfordring for at indoptage nye opgaver, at de allerede oplever stigende efterspørgsel efter deres ydelser, og særligt fra et stigende antal ældre, patienter med kronisk sygdom, multisygdom og lettere psykisk sygdom/mistrivsel. Samtidig er det ikke oplevelsen, at øget opgavemængde fra flere ældre og syge patienter bliver modgået af øget sundhed og trivsel i andre dele af befolkningen, fordi også de raske eller mindre syge borgere i større grad end tidligere opsøger almen praksis. Stigningen i andelen af ældre patienter er kortlagt i afsnit 5.1, ligesom der er flere patienter tilmeldt pr. læge sammenlignet med 2017.

Informanterne i almen praksis beretter relativt enstemmigt, at nye opgaver lander hos dem som en afledt virkning af ændringer andre steder i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt. Det er derfor forventningen blandt læger og praksispersonale, at opgavemængden fortsat vil stige under alle omstændigheder, og uanset om der indgås nye aftaler om opgaveomstilling.

Den væsentligste og gennemgående barriere for at indoptage flere opgaver opleves af de praktiserende læger at være utilstrækkelig kapacitet. En del lægepraksis beskriver det sådan, at deres tid og kalender allerede er fyldt op til bristepunktet, og de umuligt kan indoptage nye opgaver, medmindre de aflastes fra andre opgaver, såsom attestarbejde, eller får tilført yderligere kapacitet. En udvidelse af kapaciteten begrænses ofte af økonomiske forhold (at udvide med yderligere praksispersonale indebærer meromkostninger) og/eller rekrutteringsmæssige udfordringer (generel mangel på læger og sundhedskompetencer).

En anden barriere, der har sammenhæng med kapacitet fra mere praksispersonale, er de fysiske rammer, som nogle steder begrænser mulighederne for at indoptage nye opgaver. En del praktiserende læger, især i de større byer, fortæller således, at de ikke rent fysisk har plads til flere konsultationslokaler.

I lyset af den oplevede udfordring med, at opgavemængden stiger, og at kapaciteten hos såvel de lægefaglige som øvrige sundhedsfaglige ressourcer allerede er presset, så fremhæver mange aktører i almen praksis en udfordring i, at der ikke i tilstrækkelig grad bliver taget aktiv stilling til prioriteringer af almen praksis' tid. Snarere oplever almen praksis, at borgere og patienter bliver opfordret til at kontakte deres egen læge om "stort og småt". Navnlig det sidste tager mange ressourcer og opleves ofte som spild af behandlernes tid og kompetencer. Situationen beskrives som et krydspres, hvor både de syge og de raske patienter kræver flere ressourcer.

Der efterspørges hos de praktiserende læger og praksispersonalet generelt en mere klar og præcis prioriteringsramme i forhold til ydelser og patientgrupper i almen praksis. Mange italesætter ønsket om mere klar opbakning fra tilsynsmyndigheder og det politiske niveau til at sige nej til patienter og til at iværksætte udredninger, som ikke er fagligt velbegrundede, men ønskes af patienten "for en sikkerheds skyld". Generelt ønsker de praktiserende læger bedre rammer for at tilbyde udredning og behandling på rette niveau, som de både anser for fagligt korrekt og bedst for patienterne. I realiteten opleves den modsatte udvikling, hvor øget offentlig fokus på sundhed og trivsel ofte understøttet af kampagner medfører, at patienter tager til praktiserende læge for at blive undersøgt i unødvendigt stort omfang.

Almen praksis beskriver en utålmodighed blandt de ressourcestærke patienter, som ikke er indstillet på at vente, men forlanger høj tilgængelighed og hurtig behandling og udredning, selvom der ikke er faglig indikation. Udfordringen opleves at blive forstærket af den udbredte adgang til privat sundhedsforsikring. Det beskrives som en udfordrende opgave at håndhæve rollen som gate-keeper blandt de ressourcestærke patienter, som ofte selv tager initiativ til at få de undersøgelser og behandlinger, de ønsker, hos private aktører uden ventetid. En udvikling, som informanterne oplever er med til at skabe øget ulighed i sundhed.

Forespurgt til muligheden for at indoptage nye opgaver er det typiske svar, at det forudsætter, at sundhedsmyndighederne hjælper med at tage ansvar for at udpege de opgaver, som almen praksis skal bruge mindre tid på. Ofte fremhæves attestarbejde i den sammenhæng, og en del praktiserende læger nævner også henvisning til fysioterapi som eksempel på en sådan opgave.

Samarbejdspartnere på sygehuse og i kommuner ser en yderligere udfordring i, at det med den eksisterende praksisstruktur er vanskeligt at indgå forpligtende aftaler, som giver sikkerhed for, at samtlige aktive praktiserende læger med tilmeldte patienter i området deltager ensartet i snitfladerne, og at de ideelt set også aktivt bidrager til at fremme samarbejdet som en forudsætning for at kunne løse opgaver uden for sygehuse. Samarbejdspartnere beskriver relativt entydigt, at der er enkelte praktiserende læger i alle egne af landet, som det er svært at samarbejde med, og som ikke føler sig forpligtet af de kollektive aftaler.

7.3.3 Muligheder og forudsætninger

Udvidet kapacitet fra praksispersonale: Erfaringer fra praksis i lægedækningstruede områder viser, at det er muligt at tilføje kapacitet gennem praksispersonale, og at mængden af kompetencer kan udvides ved at introducere nye faggrupper og specialiserede sygeplejersker. Sådanne løsninger kan udbredes mere systematisk, blandt andet gennem målrettet uddannelse af praksissygeplejersker og derigennem tilvejebringelse af kapacitet og kompetencer til, at almen praksis kan indoptage nye opgaver, herunder opgaver der forudsætter, at klinikkerne råder over specialister, fx inden for lægemidler (farmakonomer), muskel-skeletproblemer (fysioterapeuter) eller psykiatri og mental trivsel (psykologer m.fl.)

Skriftlig kommunikation med sygehusfunktioner: Korrespondancer med spørgsmål til og svar fra specialister på sygehuse anvendes ikke i særlig høj grad, og det kunne ifølge praktiserende læger udgøre et potentiale i forhold til at kunne håndtere flere patienter i almen praksis, så den samlede kapacitet inkl. specialister på sygehuse og i speciallægepraksis anvendes mest hensigtsmæssigt. Det ville også være relevant at kunne søge rådgivning hos praktiserende speciallæger, men de forventes i så fald ofte at ville bede om en henvisning, dvs. overtage patienten i stedet for at understøtte opgaveløsningen i almen praksis.

7.3.4 Vurdering baseret på kortlægningen

Nogle af de beskrevne barrierer for at realisere ønsket retning vurderes vanskelige at overkomme inden for de eksisterende overenskomstmæssige rammer og honorarsystem, da de vedrører organisering, styring og incitamenter.

Flytning til større lokaler med plads til mere praksispersonale indebærer højere omkostninger, og lægerne kan være usikre på, om potentialet for at forøge indtægterne er tilstrækkeligt til at opveje meromkostningen. Dette særligt i lyset af overenskomstens regler om maksimal aktivitetsafregning pr. patient (højestegrænser), sammenholdt med at der ikke altid er basis eller sikkerhed for at øge patientantallet i den enkelte praksis. Konsekvensen er, at udvidelse af praksis er forbundet med usikkerhed for, om lægen/lægerne kan opretholde deres overskud og dermed personlige indtjening.

Det er et generelt vilkår, at opgaverne med daglig drift mange steder tager fokus fra strategisk ledelse og praksisudvikling. Med den gældende organisering og ledelse af almen praksis indebærer det en risiko for, at beslutninger om omstilling udsættes, og at nye aftaler kun implementeres langsomt.

Den enkelte praktiserende læge har p.t. relativt stor autonomi i forhold til egne procedurer/arbejdsgange, herunder bemanning, kompetenceprofil og tilbudte ydelser. Når flere opgaver fremover skal løses i det nære sundhedsvæsen i et samspil mellem almen praksis, sygehuse og kommuner, må det forventes, at presset fra samarbejdspartnere øges for mere bindende aftaler med almen praksis, som kan give større sikkerhed for, at de tilbudte aktiviteter og opgaveudførelsen er ensartet i samtlige klinikker. Eventuelt suppleret med en struktur, som i højere grad bidrager til styring og opfølgning, og hvor de praktiserende lægers repræsentanter har et stærkere mandat over for opgaveløsningen i den enkelte praksis.

Eksempler, som har været nævnt i forløbet, er ønske om at kunne sikre, at samtlige praksis deltager i udviklingsaktiviteter igangsat af den lokale sundhedsklynge, og at håndhæve tilgængelighed for dialog med kommunale samarbejdspartnere pr. telefon eller video frem til kl. 16 på hverdage.

Gennem kortlægningen er identificeret forskellige syn på vigtigheden af at fastholde den praktiserende læges generalistrolle over for muligheden for at udvide tilbud og kompetenceprofil gennem subspecialisering inden for den enkelte praksis.

Derudover er der mulighed for at styrke praksispersonalets kompetencer til at løse opgaver selvstændigt gennem en anerkendt specialistuddannelse, der berettiger betegnelse som fx 'behandlerteamsygeplejeske', 'praksissygeplejerske i almen medicin' eller lignende efter inspiration fra udlandet.

BDO ser ikke almen praksis' generalistrolle som en modsætning til, at den enkelte fagperson kan have særlige specialistkompetencer, enten via sin uddannelse fx som jordemoder eller bioanalytiker eller gennem efteruddannelse, fx i diabetes. Tilførsel af specialiserede kompetencer i den enkelte praksis eller i samarbejde mellem flere praksis kan betragtes som en forudsætning for at skabe de rammer, der er nødvendige for at behandle flere patienter i det nære sundhedsvæsen. I realiteten har de fleste speciallæger i almenmedicin selv faglige præferencer og er spydspids inden for forskellige arbejdsfunktioner, hvilket både kan udgøre en styrke og en udfordring afhængigt af den konkrete sammenhæng og praksisstruktur.

7.3.5 Inspirationscases

Sammenligningslandene Sverige, Holland og England er kendetegnet ved, at der ligesom i Danmark ønskes opbygget kapacitet i almen praksis/det nære sundhedsvæsen til at imødekomme befolkningens generelt stigende behov på det laveste, effektive omkostnings- og omsorgsniveau ud fra LEON-princippet.

- De praktiserende læger i Holland har let og hurtig adgang til specialistrådgivning på sygehuse og kan fx sende billeder til en dermatolog og få svar hurtigt/inden for få dage. Større lægepraksis kan rekvirere en speciallæge, fx kardiolog eller lungemediciner, der kommer ud i almen praksis og tilser patienter hele ugedage. Klinikken visiterer selv patienterne til tilbuddet og booker en tid til dem. Når ordningen bruges rigtigt, kan den erstatte en henvisning til sygehusbehandling. I de store klinikker/sundhedscentre er det ikke svært at fylde et dagsprogram.
- Også i Danmark ses lokale inspirationscases, hvor speciallæger regelmæssigt har en arbejdsdag i almen praksis og derigennem og støtter op om det faglige tilbud. Fx i Nærklinik Nakskov kommer der hver uge en reumatolog og en speciallæge i intern medicin og tager sig særligt af de patienter, der har dette behov. Danmarks Radio bragte den 12. marts 2023 en historie om Struer Lægecenter, der har ansat en pensioneret psykiater to dage om ugen til at vurdere og behandle psykiatriske patienter i "mellemløbet", hvor en henvisning til psykiatrien ville blive afvist.

- Læger og sygeplejersker i almen praksis i Holland benytter sig af centralt udviklede guidelines, protokoller og instrukser for behandlingsområder og triage/visitation. Guidelines udvikles af NHG (hollandsk PLO). Behandlingsvejledningerne er tilgængelige via en hjemmeside, som hedder GPinfo.nl (<https://gpinfo.nl/>). Her findes også information til patienter. Hjemmesiden har mange opslag. Den hollandske løsning kan sammenlignes med Læge- og Patienthåndbogen i kombination med DSAM-vejledninger. I Danmark er det udbredt, at den praktiserende læge selv udarbejder egne instrukser til praksispersonale, hvilket mange oplever som ressourcekrævende.
- NHS England har ud over general practice nurses, der indgår i et teamsamarbejde med lægerne, også en funktion som Advanced Nurse Practitioner (ANP). Advanced Nurse Practitioners kan foretage mere selvstændige vurderinger, udskrive visse medikamenter og henvise patienter selvstændigt, uden at det skal godkendes af en læge. Derved kan de både tilføre selvstændig behandlingskapacitet og via effektiv arbejdsdeling i tværfaglige teams bidrage til, at lægernes tid og kapacitet friholdes til mere komplekse problemstillinger. ANP fremhæves som en faggruppe, der både kan øge den samlede behandlingskapacitet og samtidig styrke kvalitet og patienttilfredshed. Formaliserede efteruddannelsesprogrammer for sygeplejersker med fokus på almen praksis, fx ANP, fremhæves også som et indsatsområde, der bidrager til at gøre arbejdsstyrken mere tilpasningsdygtig, og som sikrer karriereveje, som kan bidrage til rekruttering og fastholdelse. Kilde: NHS Long Term Plan 2022 afsnit 4.37-4.38.

7.4 Ensartet høj kvalitet

7.4.1 Aftalt retning

Det indgår i den fælles vision for almen praksis, at der arbejdes systematisk med kvalitetsopfølgning og forbedringer understøttet af data, og at kvalitetsarbejdet i klyngerne har medvirket til at reducere uønskede forskelle på en række parametre.

7.4.2 Udfordringer og barrierer

De praktiserende læger fungerer som selvstændige og autonome enheder, der praktiserer under overenskomsten, og som patienterne kan vælge imellem. Det indebærer, at de har visse frihedsgrader og et rum til selv at fortolke, hvordan de udøver rollen som praktiserende læge. Herunder arbejdsgange og ydelsesmønstre, hvornår de tager fat på at introducere nye opgaver, proaktivt opsøgende vs. reaktiv arbejdsform, personalets sammensætning og delegeringsgrad, klinikken og lægens tilgængelighed samt henvisningspraksis.

Frihedsgraderne og den variation, der ses i opgaveløsningen, kan blandt andet af samarbejdspartnere ses at udgøre en udfordring i forhold til at realisere en ensartet implementering af faglige tilbud. Samarbejdspartnere i kommuner og sygehusfunktioner anser kerneopgaven i almen praksis for væsentlig og efterspørger generelt større ensartethed og forudsigelighed i måden, roller og opgaver udføres på i de forskellige almene praksis. Det gælder både det faglige indhold, fx i forbindelse med dialog og forventningsafstemning med patienter, behandlingsmetoder og procedurer i snitfladen mellem sektorer, fx i dialogen med kommunens medarbejdere.

Kvalitetsklyngerne vurderes af de fleste læger i almen praksis som et godt initiativ, der rummer et potentiale på sigt. Enkelte erklærer, at deres primære motivation for at deltage er at undgå at skulle gennemgå en ny akkrediteringsproces. Klynge-samarbejdet foregår ret forskelligt. Nogle steder har det endnu ikke opnået et niveau, hvor lægerne vurderer, at klyngerne bidrager til at sikre ensartet høj kvalitet via datadrevet forbedringsarbejde. Flere af de praktiserende læger, som har deltaget i interview, vurderer ikke, at kvalitetsklyngerne i sig selv giver sikkerhed for ensartet høj kvalitet, i betydningen at alle praksis leverer samme høje faglige standard.

7.4.3 Muligheder og forudsætninger

Kompetenceudvikling: Praktiserende læger og praksispersonale fremhæver ofte kompetencer og viden som en forudsætning for at levere ensartet høj kvalitet. Det er deres oplevelse, at der er gode muligheder for kompetenceudvikling, og at kurser og efteruddannelse bliver brugt.

Instrukser og vejledninger: En del læger efterspørger flere let tilgængelige instrukser og vejledninger, da de har svært ved at nå at udarbejde dem selv.

Personcentreret indsats: Generelt set ser de praktiserende læger positivt på, at de har en række frihedsgrader til selvstændigt at forme og udfylde rollen, herunder udfolde særlige faglige interesser gennem arbejdet. Et perspektiv, som er kommet frem i visse interview, er almenmedicinsk faglig kvalitet i betydningen at have frihed til at træffe fælles beslutninger med den enkelte patient ud fra et helhedsbillede af pågældendes livssituation og personlige præferencer. Rigid efterlevelse af kliniske retningslinjer og systematisk monitorering af resultater i forhold til indikatorer, som fx i kliniske kvalitetsdatabaser, kan opleves at stå i modsætning til værdien af en personcentreret almen praksis, der tager udgangspunkt i individuelt tilpassede behandlingsmål.

Kontinuitet: Nogle praktiserende læger forbinder i særlig grad kvalitet i almen praksis med kontinuitet i behandler-patient relationen og giver udtryk for, at en regelmæssig kontakt og lægens kendskab til patienten i sig selv bidrager til at styrke eller sikre kvalitet i almen praksis.

7.4.4 Vurdering baseret på kortlægningen

Ensatet høj faglig kvalitet betragtes bredt set af praktiserende læger og deres samarbejdspartnere som en forudsætning for at indoptage nye opgaver, som tidligere blev løst i sygehusregi.

Det udgør en central udfordring for analyse og vurderinger, at myndighederne p.t. ikke har adgang til kvalitetsdata, som gør det muligt at sammenligne på praksisniveau og dermed vurdere niveau og udvikling i den tilbudte faglige kvalitet. De regionale lægemiddelkonsulenter har adgang til data om medicinudskrivning på praksisniveau, som anvendes på regelmæssige møder med de praktiserende læger om den enkelte læges faglige praksis og hvordan denne afviger fra retningslinjer og fra kollegerne i området (benchmark). Samme mulighed findes ikke for at vurdere og sammenligne andre aspekter af kvalitet i almen praksis.

Et område, hvor almen praksis selv efterspørger et stærkere grundlag for at sikre faglig kvalitet, er adgang til at trække på et sortiment af styringsredskaber, værktøjer, instrukser, procedurer og standarder. Læge- og Patienthåndbogen er eksempel på et sådant redskab, som er frivilligt at bruge, og som har til formål at understøtte det faglige arbejde i den enkelte praksis. Via adgang til mere kvalificeret, tværgående videndeling og genbrug vil den enkelte praksis ikke i samme grad være henvist til at "opfinde den dybe tallerken". Dette kunne også bidrage til, at der på visse områder blev opbygget mere ensartethed hvor det giver mening, samtidig med at overenskomsten som styringsmæssig ramme kan anvendes til at sikre de ønskede prioriteringer og leverance af aktiviteter og ydelser i almen praksis.

Mange informanter både blandt læger og samarbejdspartnere anser det ikke for realistisk eller ønskværdigt at stræbe efter ensartethed i det faglige tilbud i samtlige lægepraksis. Ligesom opgaver og rammer er forskellige, har de praktiserende læger også forskellige faglige erfaringer og interesseområder. Koblet med systematisk efteruddannelse kan der være en mulighed for, at lægerne har præference for kurser inden for deres særlige faglige interesseområder. Konsekvensen af en sådan situationsforståelse bliver, at det samlede sundhedsvæsen har en opgave i at tilpasse rådgivning og henvisningsmuligheder til at imødekomme den forskellighed, som almen praksis rummer, og altid vil rumme med den valgte organisering og praksisstruktur. Dette skal ikke ses som et alternativ, men som et supplement til mulige relevante indsatser for at sikre ensartet høj faglig kvalitet på tværs af praksis.

Endelig fremhæver især samarbejdspartnere til de praktiserende læger betydningen af bindende samarbejdsaftaler. De oplever det som problematisk, at der mangler et klart mandat til praksiskonsulenter eller andre repræsentanter for PLO lokalt/regionalt i forhold til den enkelte praksis, som kan sikre mere ensartede og hensigtsmæssige samarbejdsformer til gavn for patienter og pårørende.

7.4.5 Inspirationscases

I alle sammenligningslandene ses en række eksempler på ordninger, som skal understøtte det faglige forbedringsarbejde baseret på data og bidrage til at sikre en ensartet høj faglig kvalitet, herunder tilbagevendende procedurer for at certificere selvstændigt praktiserende læger.

- Dataunderstøttet opfølgning i Sverige: Vårdcentraler leverer data til ”The Primary Care Quality System” og ”vårdenisiffror”. Disse data anvendes til benchmarking og datadrevet forbedring. Datakvaliteten er høj, da der indsamles store mængde data, såsom omfattende diagnosekodning og aktivitetskodning. Alle på nær 3 regioner (der benytter andre løsninger) benytter Medrave til at fremstille datarapporter, der gør det muligt at sammenligne vårdcentraler på tværs, rangere dem efter kvalitet m.v. Regionerne benytter typisk data som et samtaleredskab - særligt mod vårdcentraler, der performer under de aftalte standarder i regionerne.
- Resultatopfølgning i NHS England standardkontrakt: De praktiserende lægers kontrakt i England indeholder en resultatafhængig honoreringsdel, som udløses afhængigt af praksis performance holdt op imod en række kvalitetsindikatorer i den såkaldte QO (Quality targets in Quality and Outcomes Framework). Indikatorerne vedrører faglige indsatser, såsom forebyggelse og behandling af fx kroniske sygdomme. Derudover vægtes selve arbejdet med dokumentation og kvalitetsudvikling i klinikken.
- Certificeringsordninger. Holland: Det er en betingelse for at arbejde som praktiserende læge i Holland, at man bliver registreret eller certificeret hvert 5. år. Kravene omfatter minimumskrav til aktivitet, deltagelse i efteruddannelse og supervision. Registreringen medvirker ifølge NIVEL til at sikre ensartet høj kvalitet. England: I England foregår recertificering hvert 3. år. Norge: I Norge er certificering hvert 5. år et krav, hvis man vil beholde sit specialløn, der udløser ca. 25 % højere løn.

7.5 Patientperspektivet

Patientperspektivet er i analysen belyst indirekte med Danske Patienter som den primære informationskilde suppleret med regionale analyser af bl.a. tilgængelighed. Patientperspektivet blev gennemgået og kommenteret på en workshop i februar 2023 i Danske Regioner med deltagelse af den udvidede interessentgruppe, Danske Patienter og tre patientforeninger.

På denne baggrund er det sandsynliggjort, at følgende forhold ved almen praksis er vigtige set i et patientperspektiv:

- Tilgængelighed fysisk og digitalt.
- Generalistrollen, hvor man bliver set som et helt menneske.
- Tovholderfunktionen, som sikrer et sammenhængende forløb, hvor informationer deles.
- Mulighed for lægevalg mellem forskellige klinikker.
- Sikkerhed for, at fagpersonerne har den nødvendige viden og kompetencer.

7.5.1 Udfordringer og barrierer

Denne analyse har ikke bibragt viden om alle de parametre, der har betydning i et patientperspektiv. Det er grundlæggende en udfordring, at der ikke foreligger systematiske patienttilfredshedsmålinger i praksissektoren, som kendes fra LUP i sygehussektoren (somatik og psykiatri).

Det tema, som er bedst belyst i denne analyse, er tilgængelighed fysisk og digitalt.

For så vidt angår den fysiske tilgængelighed er der, jf. vores hjemmesidegenngang og input fra lægepraksisbesøg, en række variationer i den tilbudte tilgængelighed til patienter, eksempelvis;

- adgangen til telefonisk konsultation eller videokonsultation med praktiserende læge.
- muligheden for akuttider samme dag.
- tilbud om åben konsultation.
- muligheden for og omfanget af konsultationer efter kl. 16.
- ventetider til konsultationer, herunder muligheden for hurtigere konsultation ved sygeplejersker og/eller uddannelseslæge.

Desuden viser hjemmesidegenngangen, at den generelle telefontid i almen praksis mange steder slutter midt på dagen, hvorefter den telefoniske tilgængelighed for patienter er begrænset til problemer, der kræver akut lægehjælp. Derudover er det en velkendt udfordring, at mulighed for lægevalg mellem forskellige lægepraksis er begrænset i de områder af landet, hvor mange af de eksisterende lægepraksis har lukket for patienttilgang.

7.5.2 Muligheder og forudsætninger

Digitale kontaktformer: Øget brug af digitale kommunikationsformer som video kan bidrage til, at flere patienter vil kunne få konsultation uden at skulle møde op i klinikken, hvilket må anses som væsentligt både for den brede patientgruppe og for den stigende gruppe af komplekse, ældre og multisyge patienter, som skal behandles i eget hjem fremfor på sygehuset i fremtiden - og som samtidig er de patienter, der har sværest ved at få sig transporteret til lægens praksis. Samtidig kan videokonsultationer også aflaste ressourcer anvendt i almen praksis til hjemmebesøg, ligesom det giver mulighed for, at den praktiserende læge via video kan udnytte, at den kommunale hjemmesyge-/hjemmepleje allerede er til stede i borgeres eget hjem. Forudsætningen er ensartet og velfungerende systemmæssig understøttelse, tilpasning af arbejdsgange i almen praksis og, når relevant, koordinering med kommunens medarbejdere.

Tilgængelighed: I forhold til tilgængelighed er det for patienterne vigtigt, at der rettidigt kan skabes nem kontakt til en sundhedsfaglig ressource, der har kompetencen til at håndtere og agere på patientens problem/bekymring. I den kontekst bør det set ud fra et patientperspektiv tilstræbes, at centrale aftaler vedrørende tilgængelighed overholdes - og at disse løbende vurderes i forhold til, hvorvidt de matcher samfundsudviklingen, eksempelvis i forhold til arbejdstider, arbejdssteder, digital modenhed hos patienter m.v.

Hjælp til at koordinere forløb: Almen praksis' rolle som generalist og tovholder med helhedsbilledet af patienten og regelmæssig, tilbagevendende kontakt må forventes at blive tillagt større betydning for patienter i fremtiden. Sygehusenes fortsatte sub-specialisering medfører, at det for de fleste patienter fortrinsvis er almen praksis, der kan hjælpe med koordinering og overblik. Dette henset den forventede udvikling i retning af kortere sygehuskontakter og øget behandling i det nære sundhedsvæsen set i sammenhæng med, at flere udvikler multisygdom, og levetiden forøges som en konsekvens af bedre behandlingsmuligheder m.v.

7.5.3 Vurdering baseret på kortlægningen

Det antages ofte, at kvaliteten af læge-patientrelationen og dermed kontinuitet i relationen er væsentlig for patienter og pårørende og giver tryghed. Dette tema blev nuanceret i analysen. Set i et patientperspektiv er det for nogle patientgrupper - særligt ældre og patienter i længerevarende sygdomsforløb - væsentligt at blive set af den samme fagperson. Når der er etableret en fast relation og et tillidsfuldt forhold, er det mindre afgørende, om den faste relation er til en læge eller en sygeplejerske.



For andre patientgrupper og ved akut behov kan de øvrige oplyste temaer være vigtigere end at blive tilset af den samme læge eller praksispersonale fra gang til gang. Det kan have større prioritet for visse patientgrupper og pårørende, at praksis har kort ventetid og/eller tilbyder specialistviden om det konkrete problem (fx jordemoder ift. graviditet, psykiatrisk sygeplejerske til patienter med mistrivsel, farmakonom til medicingennemgang m.v.)

Det er væsentligt, set i et patientperspektiv, at fagpersonerne har den nødvendige viden og kompetencer sammenholdt med patientens situation og behov. P.t. indebærer forskel i bemanning og adgang til specialistkompetencer på tværs af praksis, at det vil være forskelligt, hvilke faggrupper og kompetenceprofiler patienten får adgang til hos den valgte læge. Det er en relevant viden for borgerne i forbindelse med lægevalg.

Kommunikation mellem patient og behandler og oplevelsen af at blive lyttet til og forstået er væsentlig, men kontinuitet i relationen er ikke nødvendigvis en forudsætning for at opnå dette.

Systematiske, eksterne og sammenlignelige målinger af brugeroplevelser i almen praksis, som de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser i sygehussektoren (LUP-målinger), ville kunne bibringe aktørerne et væsentligt mere kvalificeret grundlag for at vurdere variation og forbedringsmuligheder.

7.6 Øget brug af praksispersonale

7.6.1 Aftalt retning

Lægen/lægerne sikrer som leder af klinikken, at praksispersonalet har de rette kompetencer og værktøjer til at varetage en større del af patientkontakterne.

7.6.2 Udfordringer og barrierer

Nogle praktiserende læger ville gerne havde mere tid til faglig ledelse, supervision, undervisning og udarbejdelse af instrukser til personalet og til at prioritere risikopatienter og tovholderfunktion for patienter med multisygdom og komplekse forløb. Den manglende tid vurderes af lægerne at kunne udgøre en begrænsende faktor for at omstille praksisdriften gennem øget delegation til praksispersonale.

Endvidere kan det udgøre en barriere for, at praksispersonalet varetager en større del af patientkontakterne, at nogle læger har en præference for selv at løse opgaverne. Overvejelserne går på, at delegationsgrad og ansvar til praksispersonale både påvirker lægens mulighed for at opretholde brede generalistkompetencer samt at efterleve idealet om kontinuitet i form af en fast og langvarig læge-patientrelation. Nogle læger foretrækker at bibeholde en nær og regelmæssig relation til patienterne med mulighed for en varieret opgaveportefølje, hvor lægen varetager de fleste konsultationer selv og bruger tid på et bredt spektrum af problemstillinger og patienttyper.

7.6.3 Muligheder og forudsætninger

Efteruddannelse: En del informanter oplever, at de tilbudte kurser fra PLO-E til praksispersonale i fx KOL- og Diabetesbehandling er gode og relevante. Lægerne vil gerne tilbyde praksispersonalet relevante kurser, men kursuskapaciteten vurderes af praksispersonalet at være utilstrækkelig. Visse praktiserende læger har ligeledes fokus på at sikre, at fuldtidsansatte sygeplejersker bliver uddannet behandlersygeplejersker, hvilket giver mulighed for en øget aflastning af de lægefaglige ressourcer.

Motivation: Praksispersonalet, særligt sygeplejersker, giver med enkelte undtagelser udtryk for, at de finder det motiverende at udvikle sig fagligt og lære nye arbejdsopgaver, og at de gerne vil løse flere opgaver. Det er generelt ikke svært for de praktiserende læger uanset praksisform og geografi at rekruttere praksispersonale.

Nye faggrupper: De praksis, der har ansat social- og sundhedsassistenter (SSA), beskriver, at denne faggruppe kan tilføre fleksibel kapacitet og aflaste såvel læger som sygeplejersker, mens (konsultations-)sygeplejersker i højere grad arbejder selvstændigt og udgør et alternativ til lægens egen opgaveløsning. Medicinstuderende værdsættes også for at være fleksibel og kompetent arbejdskraft, som bidrager positivt til det faglige miljø.

Yderligere delegation af opgaver: Flere sygeplejersker i almen praksis har nævnt, at der godt kan identificeres flere opgavetyper, som med fordel kunne uddelegeres til andre faggrupper end lægen. Eksempelvis børneundersøgelser, underlivsundersøgelser inkl. celleprøver, undersøgelser relateret til kørekort, visse plejhjems- og sygebesøg m.v. Muligheden ligger i, at man i praksis i øget grad udnytter praksispersonalets tidligere erfaringer og specialiserede kompetencer til at aflaste lægerne yderligere i et teambaseret samarbejde.

7.6.4 Vurderinger baseret på kortlægningen

De praktiserende læger har forskellig holdning til uddelegering af opgaver til praksispersonale, bemanningen varierer, og 13 % af praksis på landsplan har ikke en sygeplejerske ansat (se afsnit 5.4.2, figur 5.4.2b). Dette må alt andet lige betyde, at der visse steder anvendes lægefaglige ressourcer på at udføre opgaver, som i overensstemmelse med LEON-princippet kunne have været udført fuldt ud tilfredsstillende af en sygeplejerske.

Generelt beskrives et højere bemandingsniveau og mere systematisk brug af praksispersonale i sammenligningslandene. Spørgeskemaundersøgelsen af delegationsgrader og kvalitative interview med læger og praksispersonale bekræfter billedet af, at der ses et klart potentiale for, at nogle praktiserende læger i Danmark får frigjort lægekapacitet ved at nytænke deres organisation, bemanning og arbejdsgange og trække på andre praktiserende lægers erfaring med i højere grad at anvende personalets kompetencer til selvstændig opgavevaretagelse. Samtidig opnås som en sideeffekt mulighed for øget motivation og arbejdsglæde blandt de medarbejdere, der værdsætter ansvar og udviklingsmuligheder.

Ligesom mange praksis har haft held med at delegerer opgaver fra læger til sygeplejersker, viser eksempler på lægepraksis med nye faggrupper, at der kan være et potentiale i at delegerer visse opgaver fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter og medicinstuderende. I nogle tilfælde kan det være omkostningseffektivt og indebære en god arbejdsdeling at udvide teamet med en SSA til at støtte og aflaste, så både læger og sygeplejersker kan få frigjort mere tid til egne opgaver og konsultationer og derved få kapacitet til en større opgavemængde.

Nogle praktiserende læger oplever administrative og koordinerende opgaver som særligt belastende og ønsker aflastning og fælles løsninger. Det ses også i visse praksis, at sundhedsfaglige ressourcer udover lægerne anvendes til administrative og koordinerende opgaver, som kunne varetages af en anden kompetenceprofil. Herunder kunne det overvejes at udvikle løsninger på tværs af praksis, så praksis i et givent geografisk område deler administrative ressourcer, hvorved de sundhedsfaglige kompetencer og ressourcer kan målrettes patientrelateret arbejde. Dette kunne potentielt indebære stordriftsfordele, der særligt forekommer oplagte inden for funktioner som indkøb og IT-support.

7.6.5 Inspirationscases

Sammenligningslandene Sverige, Holland og England er alle kendetegnet ved, at praksis normalt har ansat praksispersonale med forskellige fagligheder, hvor de både understøtter og aflaster lægerne i udførelsen af deres opgaver og desuden selvstændigt varetager en række opgaver inden for deres kompetence- og virksomhedsområde. I disse lande indgår det fortsat i udviklingsplaner for primærsektoren at sikre lægedækning og tilføre yderligere kapacitet via øget brug af praksispersonale.

- Sverige har flere forskellige specialistuddannelser for sygeplejersker, herunder distriktssjukskötarska. Funktionen Medicinsk Ansvarlige Sygeplejerske "MAS" indebærer et særligt ansvarsområde. Opgaven indebærer blandt andet sikker håndtering af lægemidler. Udover autorisation kræves også særlig erfaring. MAS-sygeplejersker kan udgøre bindeled mellem forskellige pleje- og sundhedstjenester. Kilde: Socialstyrelsen.se. Efter inspiration fra Finland er der ifølge Svenske Kommuner og Regioner (SKR) ved at blive uddannet egentlige nurse practitioners, som selvstændigt kan levere tilbud i primærsektoren.
- I Norge er praksispersonalet typisk ansat af kommunen, og honoreringsmodellen begrænser delegation af opgaver til praksispersonale.
- For en dansk inspirationscase se deepdive nr. 2 i bilag 3. Denne praksis har væsentlig kapacitet fra praksispersonale og et tværfagligt team med forskellige faggrupper i kombination med specialiserede sygeplejersker.

7.7 Differentieret indsats

7.7.1 Aftalt retning

Ifølge populationstankegangen skal almen praksis i højere grad tilbyde opsøgende og opfølgende indsatser målrettet risikopatienter, hvor indsatsen vil have størst sundhedsfaglig effekt, mens der skal foregå en forventningsafstemning med den store gruppe af mindre alvorligt syge og mere ressourcestærke patienter, der ud fra LEON-princippet i første omgang primært skal have tilbud om at blive tilset af praksispersonale og dernæst henvises til egenomsorg. Målet er at modvirke ulighed i sundhed.

7.7.2 Udfordringer og barrierer

Jf. vores gennemførte survey hos praktiserende læger (se bilag 1, afsnit 1.3), vurderer 67 % af lægerne, at der i de kommende år er behov for, at almen praksis prioriterer og bruger mere tid på socialt udsatte, mens tallet er hele 82 % i forhold til borgere med mentale og psykiske lidelser.

Almen praksis oplever samtidig i 2022 en u hensigtsmæssig tendens til, at de raske og ressourcestærke patienter i høj grad trækker på kapaciteten, og at deres forventninger til service og tilgængelighed er stigende. Dette kan opleves modsætningsfyldt, fordi kerneopgaven for almen praksis er at være den primære indgang til sundhedsvæsenet for alle de tilmeldte patienter, også de raske og ressourcestærke.

En særlig udfordring opleves ift. det før nævnte mismatch mellem behov og kapacitet, idet lægepraksis i socialt velstillede områder har større overskud til at arbejde opsøgende modsat andre egne af landet, hvor andelen af patienter med kronisk sygdom eller risiko for at udvikle sygdom er højere. I interview og praksisbesøg har udfordringen konkret vist sig ved, at en praksissygeplejerske i de mest privilegerede områder af landet kan bruge tid på proaktivt at søge i journalsystemet for at identificere en KOL-patient eller en beboer på et botilbud, som ikke allerede er i klinikkens søgelys. Andre steder savner læger og praksispersonale tid og overskud til proaktivt at fremsøge og kontakte de patienter, de ved er tilmeldt praksis, og som de bekymrer sig for.

Udfordringen med de socialt udsatte patienter og borgere med mentale og psykiske lidelser er ofte, at de ikke selv kontakter almen praksis i tide, hvorfor det kræver en proaktiv indsats at få dem identificeret og bragt ind i sundhedsvæsenet. Disse opsporende indsatser kræver et tæt samarbejde mellem almen praksis og kommunen, som sammen har et vidensgrundlag, der kan styrke indsatsen for at identificere og opsøge patienterne. Dog udfordres denne koordinerede indsats ofte af en manglende systematisk deling af viden og data om de udsatte patienter mellem kommune og almen praksis, herunder reglerne for deling af følsomme personoplysninger mellem sektorer.

7.7.3 Muligheder og forudsætninger

Meningsfuld arbejdsform: Som udgangspunkt er der bred opbakning blandt læger og praksispersonale til at arbejde mere i tråd med populationstankegangen. Det lykkes nogle steder, blandt andet i forbindelse med implementeringen af digitale forløbsplaner, som giver et dataoverblik for patienter i udvalgte diagnosegrupper. Selv de praksis, der arbejder systematisk med overblik og indkaldelser via lægepraksissystemet, ser fortsat et potentiale i at arbejde mere proaktivt for at identificere og indkalde risikopatienterne. Ofte er det praksispersonalet og særligt sekretærer og SSA-er, der har til opgave at trække lister og få indkaldt de pågældende patienter. Praksispersonalet, der som ofte er første kontakt for patienter og pårørende i forbindelse med telefonvisitation og bemanding af receptionen, er sædvanligvis motiverede for at identificere de patienter, der vurderes at have behov for en helbredsundersøgelse, fx når de henvender sig om et akut problem. Det økonomiske incitament mangler typisk ikke.

Politisk opbakning til målretning og prioritering: Mange informanter i almen praksis har, som tidligere nævnt, efterspurgt mere støtte fra politisk niveau og beslutningstagere til forventningsafstemning med ressourcestærke borgere som en forudsætning for at gennemføre den ønskede omstilling. Ofte opleves den modsatte tendens, nemlig at ressourcestærke borgere opfordres til at opsøge egen læge ved det mindste tegn på sygdom i stedet for at se tiden an, bruge virtuelle rådgivningstilbud og øvrige forebyggelsestilbud i lokalområdet.

Arbejdsmarked og civilsamfund: Coronapandemiens fokus på sygdom og smitte opleves i almen praksis at have sænket borgernes tærskel for, hvornår de kontakter lægen. En del informanter særligt blandt praksispersonale og sekretærer, der ofte har den første telefonkontakt med patienterne, ser muligheder i at reducere antallet af unødvendige kontakter ved at udvikle kulturen i samfundet og på arbejdsmarkedet. Muligheden ligger i, at det i højere grad bliver socialt acceptabelt at afvente naturlig, spontan forbedring ved forkølelse, hoste og lignende mindre alvorlige sygdomme hos børn og voksne. Sygdomme, der alligevel sjældent kan eller skal behandles i almen praksis. I stedet kan en del borgere henvises til digitale selvhjælpsløsninger, rådgivning i deres netværk og andre tilbud i lokalområdet, såsom apoteker. Et øget fokus på at bidrage til visse patienters egenomsorg, eksempelvis via telefonisk rådgivning, vil således kunne bidrage til at frigøre tid til de mere opsøgende indsatser overfor udsatte patientgrupper.

7.7.4 Vurderinger baseret på kortlægningen

Differentieret og målrettet indsats er et tema, der i høj grad har optaget informanterne, og som har været bragt op i de fleste interview.

Efterspørgslen efter politisk opbakning til at differentiere indsatsen har sammenhæng med oplevelsen af principperne for fagligt tilsyn, som lægerne oplever bidrager til overdiagnostik og overbehandling.

Nogle praksis har selv taget initiativ til at arbejde mere populationsbaseret og opsøgende og prioritere lægernes indsats imod risikopatienter, mens andre praksis har fuld fokus på at håndtere de henvendelser, der kommer.

Der ses en særlig udfordring i, at lægepraksis i de lægedækningstruede områder kan havne i en ”ond cirkel”, hvor de på den ene side ikke føler, at de bruger deres tid optimalt, men på den anden side heller ikke har tid og overskud til at planlægge og gennemføre de ændringer, der skal til for at omstille praksis, herunder nyansættelser, oplæring og øget delegation til praksispersonale.

Ledelsesmæssig støtte, administrativ aflastning og fælles løsninger kan i nogle praksisformer, og særligt i de ”nye praksisformer” regionsklinikker og partnerskabsklinikker, bidrage til at frigøre lægetid, som kan prioriteres til opsøgende og opfølgende indsatser for risikopatienter.

7.8 Tættere samarbejde mellem almen praksis og kommuner

7.8.1 Aftalt retning

Almen praksis skal være tilgængelig for medarbejdere i kommunerne, både via skriftlig korrespondance og telefonisk kontakt ved akut behov. Omvendt skal medarbejderne i kommunen stille sig til rådighed og sørge for systematisk at videreforme relevant viden til den praktiserende læge, bl.a. om de enkelte patienters sundhedstilstand, med henblik på at kunne opspore forværring og evt. sætte nødvendig behandling i værk efter dialog med lægen.

7.8.2 Udfordringer og barrierer

De kommuner, der har deltaget i analysen, har bredt set efterlyst bedre og mere forpligtende kontaktformer og systemer, som kan sikre ensartethed i snitflader og samspil med samtlige praktiserende læger.

Der er en klar oplevelse blandt kommunale samarbejdspartnere af, at nogle praksis er utilgængelige, særligt for telefonisk henvendelse, hvor kommunens plejepersonale hos visse læger bruger unødigt meget tid på at vente i telefonkø. Samtidig opleves i nogle kommuner et potentiale for at forbedre den skriftlige kommunikation.

De praktiserende læger beskriver tilsvarende (og i forskellig grad på tværs af kommuner) forskel på de kommunale aktører, og de efterspørger større ensartethed og gennemsikuelighed i kontaktfladerne. Nogle kommunale enheder kan opleves utilgængelige, og nogle enheder er kendetegnet ved stor personaleudskiftning og medarbejdere uden tilstrækkelig erfaring og sundhedsfaglige kompetencer. Konsekvensen er, at almen praksis relativt ofte oplever at bruge tid på at følge op på henvendelser og på at besvare spørgsmål, som kommunen set ud fra den praktiserende læges perspektiv kunne have håndteret internt ved at inddrage en hjemmesygeplejerske eller anden erfaren kollega. Endvidere opleves en del henvendelser fra kommunen om medicin og kosttilskud samt registreringer i FMK som unødigt brug af lægens tid, især når det drejer sig om håndkøbspræparater.

Der synes at være en generel gensidig oplevelse af, at det lovbaserede faglige tilsyn med kommunernes sundheds- og plejetilbud har bevirket, at færre kommunale sundhedspersonaler har mod og vilje til at tage ansvar for håndteringen af den enkelte borger, fordi de frygter kritik og sanktioner. Informanterne forklarer, at tilsynsparadigmet bevirker, at medarbejderne kontakter almen praksis for at "dække sig ind", herunder med korrespondancer, der alene sendes til orientering. Det opleves således, at den praktiserende læge i stigende grad bliver bedt om at legitimere vurderinger og beslutninger i den kommunale pleje, uden at lægen selv har undersøgt eller vurderet patienten. Lægerne ser dette som et element i en mere generel tendens kaldet "defensiv medicin", og som også resulterer i fagligt set unødvendige diagnostiske undersøgelser, henvisninger og overbehandling, hvis primære formål er at gardere sig imod kritik og klagesager.

I forhold til håndteringen af den stigende gruppe børn og unge i mistrivsel samt de socialt udsatte voksne, synes der at mangle effektive kommunikationsveje og kommunikationsværktøjer mellem almen praksis og kommunerne. Samarbejdet om disse patientgrupper vurderes af begge parter at være præget af manglende videndeling, uigennemsigtige procedurer/kontakter og uafklaret ansvar.

7.8.3 Muligheder og forudsætninger

Området er i en positiv udvikling: De kommunale samarbejdspartnere giver generelt udtryk for, at samarbejdet med de praktiserende læger især på ældreområdet er godt og vigtigt. Flere har understreget, at samarbejdet er inde i en god udvikling, og at det igangværende generationsskifte i almen praksissektoren i sig selv opleves at påvirke samarbejdet positivt.

Fast læge til plejehjem viser vejen: Indførelsen af plejehjemslægeordningen vurderes både af læger og kommuner at have skabt en forbedret gensidig forståelse for hinandens arbejdsmæssige rammer og præmisser, hvilket praktiserende læger blandt andet vurderer har reduceret antallet af kommunale henvendelser fra plejehjem til almen praksis samt løftet kvaliteten af de skriftlige korrespondancer og behandlingen af plejehjemsbeboere. Ordningen med plejehjemslæger har nogle steder bidraget til en bedre relation mellem lægen og plejepersonalet på plejehjemmene, hvor plejepersonalet gennem instruktion og faglig sparring oplæres i at vurdere og beskrive borgernes tilstand.

Akutfunktioner: Praktiserende læger finder samarbejdet med akutteams værdifuldt. Der arbejdes på kvalitetsstandarder med bindende krav og anbefalinger, som kan bidrage til større ensartethed.

Systemer til informationsdeling: Kommunale sygeplejersker efterspørger adgang til epikriser ved udskrivelser, da det kan reducere behovet for afklarende dialog med almen praksis.

Kommunikation med video og billeder: Begge parter vurderer, at der er et uudnyttet potentiale i øget brug af digital billedkommunikation mellem almen praksis og kommuner. Video ses af mange som en egnet og effektiv måde at få afklaret en række forhold på, og der er udviklet flere forskellige tekniske løsninger, som er afprøvet og har vist sig at fungere i praksis. Udfordringen lader til at være indarbejdelse af videokonsultation med samarbejdspartner i de daglige arbejdsgange og koordinering af mødetidspunkt. En mulighed er, at almen praksis har faste tider afsat til videokonference, og/eller at videokonferencer aftales og bookes op til, at kommunens sundhedspersonale skal ud på planlagt besøg hos borger i eget hjem. Video kan ligeledes anvendes ved akutte behov, fx af den læge i en større praksis, som har ”akutvagten” på dagen.

Andre emner: Der er på kvalificeringsworkshops med repræsentanter fra såvel almen praksis som kommuner drøftet muligheder for at styrke og forbedre samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, herunder frigøre ressourcer hos en eller begge parter og sikre bedre patientforløb til glæde for borgerne. I nogle tilfælde vil forslagene indebære lovændringer. Disse forbedringsmuligheder er grupperet og kort beskrevet i nedenstående:

- For at sikre et godt og konstruktivt samarbejde mellem kommune og almen praksis i forhold til akutteams er det en forudsætning, at der mellem parterne etableres en fælles forståelse for, hvornår almen praksis kan og må bruge de kommunale akutteams.
- Samarbejdskonferencer: Ved udskrivelse af visse patientgrupper (typisk de mere komplekse) ses et potentiale i, at almen praksis og kommuner i højere grad mødes fysisk eller virtuelt og har en fælles, samtidig dialog med borger og pårørende. Derved kan der udarbejdes fælles handleplaner og aftales bedre forebyggelse til gavn for alle i det videre forløb. De fælles handleplaner vil samtidig reducere behovet for en række ressourcekrævende afklaringer og dialoger mellem parterne fremadrettet. Indsatsen kræver koordinering.
- Øget mandat til den kommunale hjemmesygepleje eller til særligt uddannede sygeplejersker, eksempelvis i form af øget brug af rammeordinationer på særlige typer af håndkøbsmedicin. Herunder lade hjemmesygeplejerskerne selv registrere og administrere visse lægemidler og kosttilskud. Dette vil reducere ressourceforbruget til at skrive korrespondancer samt understøtte et bedre flow i behandlingen af patienter. Samtidig reduceres ressourcebehovet til løbende godkendelser hos almen praksis.
- Endvidere ser aktørerne et potentiale i, at der åbnes mulighed for, at hjemmesygeplejersker kan foretage blodprøver, fx måle blodsukker, uden forudgående godkendelse fra praktiserende læge. Dette vil lette arbejdsgangen for begge parter.

7.8.4 Vurderinger baseret på kortlægningen

Mulighed for hjemmebesøg fra læge eller sygeplejerske både ved akut sygdom og ”på forkant” er vigtige led i rettidigt at få igangsat den rette udredning, behandling og opfølgning af borgere med sigte på at undgå forebyggelige eller u hensigtsmæssige akut-/genindlæggelser.

Den aktuelle arbejdsdeling sammenholdt med forskelle i kapacitet i almen praksis indebærer en risiko for såvel dobbeltarbejde som ukoordinerede hjemmebesøg fra kommune og/eller almen praksis og utilstrækkelig adgang til hjemmebesøg i visse områder.

For at styrke muligheden for relevante hjemmebesøg kunne der foregå en fælles planlægning af hjemmebesøg på tværs af de sygeplejefaglige ressourcer i almen praksis og kommunerne. Derved kan det planlægges ud fra en samlet ressourcebetragtning, ligesom det giver mulighed for at optimere planlægningen af hjemmebesøg. Det vil begrænse risikoen for, at hver sektor kører ud til samme borger ukoordineret og i stedet udnytter hinandens tilstedeværelse hos borgeren suppleret med video. Det udgør i den forbindelse en forudsætning, at akutsygeplejersker/akutteams er til rådighed i alle kommuner og har tid til at køre ud til syge og ældre borgere med kort varsel - og at der er en gensidighed villighed til at udbygge anvendelsen af akutteams og hjemmebesøg fra almen praksis for at understøtte borgernes behandlingsforløb bedst muligt. En del af løsningen forudsætter, at kvalitetsstandarder og aftaler om opgaver og ansvar bliver betragtet som forpligtende både i almen praksis og i kommunerne.

En øget fælles koordinering og planlægning af hjemmebesøg kunne samtidig frigøre ressourcer til andre opgaver i almen praksis, såsom opsøgende hjemmebesøg til særligt sårbare ældre og multisyge patienter eller rådgivning af og sparring med kommunale medarbejdere.

VIVE har i en kortlægning fra 2021 dokumenteret, at tilstedeværelsen og indretningen af akutteams varierer på tværs af kommuner. Repræsentanter fra almen praksis beskriver, at nogle akutteams er usikre på målgruppen for kommunale akutfunktioner og ikke føler sig forpligtet til at tilse borgere, som endnu ikke er visiteret til kommunal pleje. De kommende kvalitetsstandarder præciserer disse forhold.

I kommuneinterview er det kommet frem, at der kan opstå en uhensigtsmæssig dialog mellem akutteams og almen praksis om, hvem der har forpligtelsen til at aflægge sygebesøg hos ældre borgere. Der kan opstå tvivl om, hvor ansvaret ligger for at tage hjem til en borger med kort varsel, hvilket forstærkes af uklarhed om definitioner af målgrupper og forskellige definitioner af begrebet "sundhedsfagligt akut".

Den kommende ordning, hvor hospitalsafdelingen får ansvar for den udskrevne patient i 72 timer efter udskrivelsen, vurderes delvist at kunne forbedre situationen for nogle af borgerne. Dog vil de kortlagte udfordringer og barrierer i samspillet mellem kommuner og almen praksis fortsat skulle adresseres generelt og for borgerens forløb ud over de første tre døgn efter indlæggelse. Blandt andet fordi aftalen ikke omfatter kortvarige sygehuskontakter samt de tilfælde, hvor borgeren udredes i hjemmet eller behandles og hjemsendes direkte fra Akutmodtagelsen.

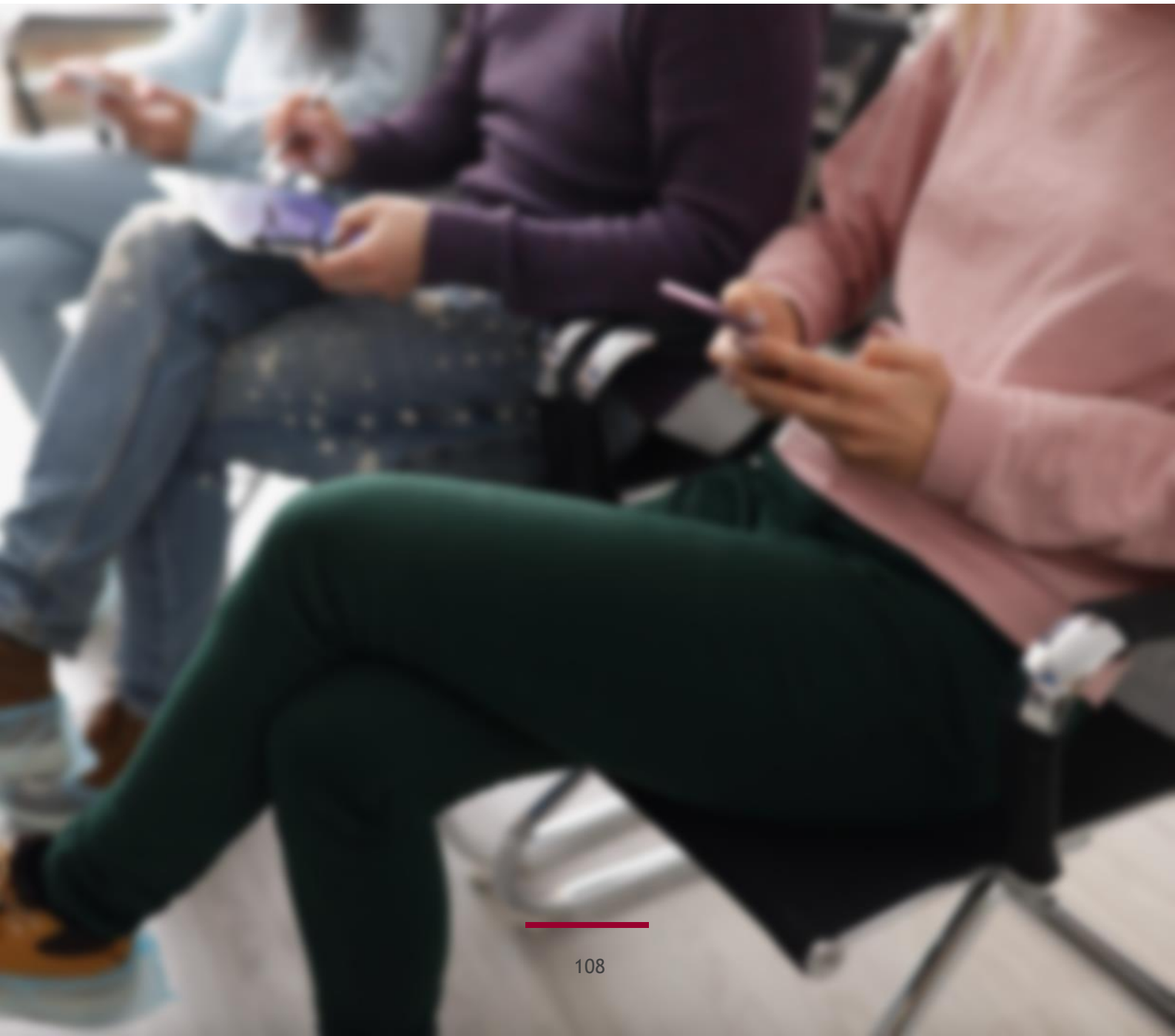
Baseret på de gode erfaringer ses et potentiale i at udbrede ordningen "fast læge til plejehjem" yderligere til alle plejehjem og til de mest sårbare og plejekrævende borgere i hjemmeplejen - eventuelt i form af en ordning, der sikrer medarbejderne i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen adgang til tilgængelig lægefaglig rådgivning og sparring, uden at borgerne behøver at skifte læge.

Der ses fortsat muligheder i at styrke den systemmæssige understøttelse af samarbejdet, så begge parter rettidigt har adgang til samme og relevante data om borgerne. BDO er bekendt med, at der er udviklet tekniske løsninger, såsom SP-Link, der kan give kommuner en webbaseret adgang til Sundhedsplatformen. Et andet initiativ er "Et Samlet Patientoverblik". Implementering af sådanne løsninger vurderes at kunne imødekomme informationsbehov hos sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne og samtidig gøre dem mindre afhængige af korrespondancer og telefonisk tilgængelighed med almen praksis som mellemlid.

7.8.5 Inspirationscases

- Almene lægetilbud er kommunernes ansvarsområde i Norge, og alle primærlæger er forpligtet til at afgive 7,5 timer ugentligt til at løse opgaver for kommunen. Det varierer dog mellem kommuner, om aftalen bliver aktiveret, og lægerne bliver bedt om at løse kommunale opgaver i det maksimale omfang. I store kommuner ansættes der typisk læger, der udelukkende løser kommunale opgaver, så de alment praktiserende læger kan prioritere at arbejde fuld tid i deres praksis. I de mindre kommuner er det dog mere udbredt, at lægerne lægger 7,5 timer ugentligt til Helsestations- eller plejehjemsarbejde.

- Læge på Helsestation i Norge: I Norge samarbejder praktiserende læger og kommunale sundhedsplejersker om børneundersøgelser. Sundhedsplejersken ser børn til børneundersøgelser i lokaler i kommunen på den såkaldte helsestation. En gang om ugen er en af de praktiserende læger til stede, typisk ved de aftalte årskontroller. Dette er en af de opgaver, som lægerne kan blive pålagt.
- En anden funktion er, at alle kommuner har ansat en kommunelæge. Det er en selvstændig ansættelse, som ikke er en del af den overenskomstmæssige forpligtigelse. I mindre kommuner er det typisk en af fastlægerne, der påtager sig funktionen og modtager løn en dag om ugen. En væsentlig baggrundsplysning af relevans for overførbareheden af de norske modeller er, at en del kommuner i Norge ikke kan sammenlignes direkte med størstedelen af de danske kommuner. Mange kommuner i Norge er på under 5.000 indbyggere og er karakteriseret ved at dække store geografiske områder med meget spredt befolkning. Det betyder, at kompetenceniveauet i de kommunale forvaltninger på området for sundhed og helse er meget varierende og ofte lavt sammenlignet med danske forhold. Disse forskelle hindrer dog ikke, at kommunelægefunktionen og kommunelægens opgaver kan inspirere udviklingen i Danmark.





Rasmus Duus

Partner, BDO Advisory

Tlf.: +45 24 29 50 16

Mail: rad@bdo.dk



BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO-netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO-netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger mere end 1.400 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO-netværk har ca. 110.000 medarbejdere i 164 lande.