

Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis

August 2023

Indhold

1. Resumé	4
1.1 Baggrund og metode	4
1.2 Praksisformer	4
1.3 Bemanding og kapacitet	5
1.4 Praksisformers betydning	5
1.5 Udvikling ift. nye praksisformer	6
1.6 Internationale sammenligning	6
2. Baggrund og formål	7
2.1 Formål	8
2.2 Afgrænsninger	8
2.3 Analysens design	9
2.4 Projektorganisering	9
3. Kategorisering af praksisformer	10
3.1 Traditionelle praksisformer	11
3.2 Nye praksisformer	12
3.3 Midlertidige praksisformer	13
4. Metode	14
4.1 Fordeling af praksis på praksisformer i kvantitativ analyse	15
4.2 Sammenligningsparametre	16
4.3 Identifikation af partnerskabsklinikker og læger med flere ydernumre i kvantitativ analyse	17
4.4 Kvalitative interviews	17
5. Kortlægning af praksisformer	18
5.1 Status for praksisformer 2022	19
5.2 Geografisk fordeling herunder lægedækningstruede områder	21
5.3 Overblik over praksisformer ud fra sammenligningsparametre	27

6. Betydning af praksisformer for opgaveløsning	49
6.1 Indledning	50
6.2 Kompagniskaber	52
6.3 Solopraksis	55
6.4 Samarbejdspraksis	57
6.5 Delepraksis	59
6.6 Ydernummer på licens	59
6.7 Partnerskabsklinikker	62
6.8 Midlertidige praksisformer: Regionsklinikker	65
6.9 Midlertidige praksisformer: Udbudsklinikker	68
6.10 Opsamling på kvalitativ vurdering af praksisformer	69
7. Praksisformer og ønsket omstilling til det nære sundhedsvæsen	72
7.1 Lægedækning	73
7.2 Bemanding og arbejdsdeling	75
7.3 Ledelse	77
7.4 Tilgængelighed	78
8. Afsluttende bemærkninger	

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

1.1 Baggrund og metode

BDO har for Indenrigs- og Sundhedsministeriet kortlagt forskellige praksisformer i almen praksis, herunder belyst udviklingen i praksisformer og praksisformers karakteristika og betydning for opgaveløsningen. I kortlægningen af udviklingen indgår et særligt fokus på de såkaldte partnerskabsklinikker, hvor en praksisejer indgår samarbejde med en privat leverandør om driften af praksis, der virker efter Overenskomst om almen praksis. Udviklingen i praksisformer sammenholdes desuden med erfaringer fra udvalgte sammenligningslande: Sverige, Norge, England og Holland.

Almen praksis er i Danmark organiseret som mindre, selvstændige klinikker, der geografisk er spredt ud over hele landet. Traditionelt ejes og drives praksis af en eller flere privatpraktiserende læger, der har tilsluttet sig "Overenskomst om almen praksis", som er en aftale indgået mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og det offentlige sundhedsvæsen. Inden for rammerne af overenskomsten har de praktiserende læger et frirum til selv at organisere og bemane den enkelte praksis. De seneste år er der introduceret nye tilknytnings- og praksisformer, hvilket præger udviklingen i sektoren.

Kortlægningen af praksisformer er baseret på en række datakilder herunder registerdata, interview, praksisbesøg, gennemgang af praksis hjemmesider og en spørgeskemaundersøgelse til samtlige ca. 1650 almene praksis. Datamaterialet, som er opgjort på praksisniveau, dækker første halvår 2022 samt udviklingen fra 2017.

1.2 Praksisformer

Kortlægningen omfatter eksisterende praksisformer i følgende grupper;

- *Traditionelle praksisformer:* Kompagniskaber, solopraksis, solopraksis i samarbejde og delepraksis. Disse drives og bemandes af ejerlæger på traditionel vis efter overenskomst om almen praksis. En yderligere variant er licensklinikker, hvor lægen driver en klinik efter en licensaftale med regionen, hvor regionen stiller lokaler og fx udstyr til rådighed.
- *Nye praksisformer:* Partnerskabsklinikker og praktiserende læger med flere ydernumre, hvor en ejerlæge har fået ret til at eje flere ydernummer og drive flere klinikker efter sundhedslovens § 227, stk. 2.
- *Midlertidige praksisformer:* Regions- og udbudsklinikker. Hvis det ikke på anden vis er muligt at sikre lægedækningen, kan regionen på midlertidig basis etablere en regionsklinik eller en udbudsklinik, hvor driften af en praksis udbydes til en privat leverandør i en tidsbegrænset periode.

I kortlægningen anvendes betegnelsen "øvrige praksisformer" om alle dem, der ikke er omfattet af de traditionelle praksisformer.

Langt de fleste almene praksis falder inden for kategorien traditionelle praksisformer. 95 % af nuværende praksis opgjort på antal ydernumre kan kategoriseres som værende inden for kategorien "traditionelle praksisformer". Kompagniskabspraksis er den dominerende praksisform. To tredjedele af patienterne er på landsplan tilknyttet en traditionel kompagniskabspraksis. Udviklingen er kendetegnet ved, at antallet af kompagniskabspraksis har været i fremgang siden 2017, mens antal solopraksis er stabilt faldende. Samme tendens ses for udviklingen i antal tilmeldte patienter fordelt på praksisformer.

Øvrige praksisformer såsom regionsklinikker og partnerskabsklinikker udgør samlet set en andel på omkring 5 % af de aktive ydernumre, og en tilsvarende andel af patienterne er tilmeldt disse.

Set i forhold til landsgennemsnittet har disse øvrige praksisformer (nye og midlertidige praksisformer) større udbredelse i visse geografiske områder og særligt i lægedækningstruede områder, hvor de udgør 23 % af det samlede antal praksis, hvilket blandt andet afspejler betingelserne for etablering af midlertidige praksisformer. Øvrige praksisformer forekommer stort set ikke i hovedstads- og storbykommuner.

Partnerskabsklinikker, hvor en privat leverandør er involveret i driften gennem kontrakt med ydernummerets indehaver, findes i alle egne af landet med den største tilstedeværelse i Region Nordjylland og Region Syddanmark.

1.3 Bemanding og kapacitet

Antallet af lægekapaciteter bemandet af ansatte praktiserende læger er steget siden 2017 i traditionelle praksisformer.

Omkring halvdelen af de personer, der arbejder i almen praksis, er læger inkl. uddannelseslæger, mens den anden halvdel udgøres af praksispersonale, hvoraf de største faggrupper er sygeplejersker og lægesekretærer. Overordnet er der sket en stigning i antallet af praksispersonale på ca. 20 % fra 2018-2022. Sundhedspersonale udgør en større andel af bemandingen i nye praksisformer sammenlignet med traditionelle praksisformer. Partnerskabsklinikker og praksis ejet af læger med flere ydernumre, som lægen selv driver (i rapporten også betegnet §227, stk. 2-klinikker) er de praksisformer, som har flest sygeplejersker ansat pr. læge. Baseret på den gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger skønnes det, at delegation af opgaver til praksispersonale i gennemsnit er mest udbredt i "øvrige praksisformer".

Delepraksis og solopraksis med og uden samarbejde har det højeste antal patienter pr. lægekapacitet, mens partnerskabsklinikker har det laveste. Desuden har partnerskabsklinikker i højere grad åbent for patienttilgang sammenlignet med de traditionelle praksisformer. Antallet af ansatte praktiserende læge er i fremvækst både i traditionelle og nye praksisformer.

1.4 Praksisformers betydning

Almen praksis er som branche organiseret som mange selvstændige virksomheder, og praksisformen er ikke alene styrende for opgaveløsningen i en given praksis. Andre væsentlige faktorer for opgaveløsningen er lokation, patientgruppens sammensætning, personalets kompetenceprofil og ejerlægens/ejerlægerens holdninger til delegering.

Praksisformen i sig selv vurderes at have størst betydning inden for temaerne ledelse af klinikken samt bemanding og arbejdsdeling. Det gælder både inden for de traditionelle praksisformer og i sammenligning med nye og midlertidige praksisformer. Der ses også forskelle på tværs af praksisformer i andelen af praksis, som har lukket for patienttilgang. Partnerskabsklinikker og udbudsklinikker har i størst udstrækning åbent for tilgang af nye patienter. På en række andre sammenligningsparametre er der ikke kortlagt en klar sammenhæng mellem praksisform og identificerede forskelle.

Opgaveløsning

I den databaserede analyse af aktivitet er der ikke fundet væsentlige systematiske forskelle i opgaveløsningen på tværs af praksisformer. Således ses kun en begrænset variation i gennemsnitlig antal konsultationer pr. patient på tværs af de traditionelle praksisformer, ligesom der ikke kan identificeres sikre forskelle i brug af henvisninger mellem traditionelle og nye praksisformer såsom partnerskabsklinikker. En undtagelse er regionsklinikker, der adskiller sig ved at sende flest sygehushenvisninger. Samtidig har regionsklinikker en relativt høj andel ældre patienter. Den geografiske placering efter kommunetype, patientgrundlaget og lægedækningssituationen i området samt eventuelle andre faktorer forekommer på baggrund af kortlægningen at have større sammenhæng med den enkelte praksis konsultations- og henvisningsmønstre, end praksisformen i sig selv.

Dog er for sygebesøgsydelser identificeret en vis variation, hvor partnerskabsklinikker og praksis ejet af læger med flere ydernumre (Sundhedsloven §227, stk. 2-klinikker) i gennemsnit foretager flest sygebesøg pr. patient samlet set og opgjort i forhold til antal ældre tilmeldt praksis. Desuden ses en betydelig variation inden for samme praksisform i antal sygebesøg og særligt for de opsøgende hjemmebesøg foretaget pr. patient.

Delegation

På landsplan foregår der i disse år en udvikling i retning af større praksis med flere patienter tilmeldt samme ydernummer. Tendensen går i retning af mere praksispersonale med bredere kompetenceprofil og øget opgavedelegation fra læger til praksispersonale, hvor praksispersonalet varetager flere opgaver og konsultationer selvstændigt understøttet af instrukser, vejledninger og den tilstedeværende praktiserende læges faglige sparring og supervision. Udviklingen sker dog ikke i alle lægepraksis. Billedet er uensartet, og spørgeskemaundersøgelsen har afdækket en relativt stor variation i arbejdsdeling og delegationsgrader på tværs af de traditionelle praksisformer. Variation i delegationsgraden inden for de traditionelle praksisformer afspejler blandt andet forskellig fortolkning af lægerollen i almen praksis samt ejerens/ejernes præferencer for opgavedelegation til praksispersonale.

Kontinuitet

Flere af de centrale sammenligningsparametre har alene kunnet belyses kvalitativt herunder kontinuitet i patient-behandler relationen. Betydningen af kontinuitet forstået som en tæt og længerevarende patient-behandlerrelation opleves og prioriteres forskelligt på tværs af praksis. Det gælder særligt om kontinuitet grundlæggende er vigtig for alle de tilmeldte patienter eller primært for udvalgte patientgrupper. Kontinuiteten udfordres især i praksis med skiftende lægebemanding, som skyldes rekrutteringsproblemer. I disse tilfælde bidrager praksispersonale uanset praksisform til at sikre en stabil relation med patienten som supplement til lægerne. Nogle praksis har valgt organiseringsformen ”behandlerteams”, hvor en patient er fast tilknyttet et tværfagligt team, som samarbejder om at levere ydelserne.

Tilgængelighed

Åbningstider er belyst via hjemmesidegenngang, der blandt andet har kortlagt telefontider for patienter og information om udvidet åbningstid. De øvrige praksisformer har i højere grad åbent for tilgang af nye patienter sammenlignet med de traditionelle. Dette resultat skal ses i lyset af, at introduktionen af flere af de nye praksisformer netop har haft til formål at sikre patienterne lægevalg, og at en del af disse praksis endnu er nyetablerede.

Kvalitet

Analysen afgrænser sig fra at belyse forskelle i faglig kvalitet og patienttilfredshed på tværs af praksisformer og mellem praksis inden for den enkelte praksisform, da det er en udfordring at få adgang til sammenlignelige data på praksisniveau.

1.5 Egenskaber ved nye praksisformer

De nye praksisformer er kendetegnet ved, at de i større udtrækning bemannes med ansatte læger, og at de typisk har mere praksispersonale og relativt høj delegationsgrad sammenlignet med gennemsnittet af traditionelle praksis. I den forbindelse er et centralt analysefund, at der foregår en lignende udvikling inden for traditionelle praksisformer, hvor der i disse år udvikles nye organisationsformer såsom de tværfaglige ”behandlerteams” og kompagniskabspraksis med øget delegation og praksispersonale i front.

1.6 Udvikling i sammenligningslande

I udvalgte sammenligningslande Sverige, England og Holland er der identificeret en lignende udvikling i retning af praksisformer med styrket kapacitet fra praksispersonale. Solopraksis er under udfasning i disse lande, hvor større lægepraksis med tværfagligt teamsamarbejde er fremherskende. I disse tre sammenligningslande er lægernes tilbud ofte suppleret med selvstændigt arbejdende og særligt uddannede praksissygeplejersker med udvidet kompetence- og ansvarsområde.

I de samme lande ses også eksempler på, at andre praksisformer end den traditionelle privatpraktiserende praksis enten har generelt stor udbredelse, som i Sverige, eller vokser frem i lægedækningstruede områder, hvor kapaciteten hos de privatpraktiserende læger ikke er tilstrækkelig til at dække behovet.

2. Baggrund og formål



BDO Advisory har for Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejdet nærværende analyse, der har til formål at kortlægge og belyse eksisterende praksisformer i almen praksis, herunder udviklingen i traditionelle praksisformer og i de såkaldte partnerskabsklinikker. Analysen omfatter praksisformers betydning for opgaveløsningen på udvalgte parametre og med inspiration fra udviklingen i sammenligningslande.

Kortlægningen af praksisformer er igangsat i forlængelse af den brede politiske aftale om en sundhedsreform fra maj 2022 (sundhedsreformaftalen), som skal sætte retning for en omstilling af sundhedsvæsenet til det nære sundhedsvæsen.

Den praktiserende læge spiller en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen, og en stærk almen praksis anses ofte som en afgørende forudsætning for, at ambitioner om omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen kan realiseres, og at flere patienter fremover kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet.

Aftalen indebærer derfor øget lægekapacitet i almen praksis via uddannelse af flere speciallæger i almen medicin, mål for lægedækning og fordeling af lægekapacitet på tværs af landet samt øget tilgængelighed.

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 har dermed stor betydning for borgernes sundhed, og for det samlede forløb, på tværs af sektorgrænser. Det er derfor væsentligt at kortlægge organiseringen af almen praksis, såvel den tilsigtede udvikling som den, der har været drevet af nødvendigheden af at sikre lægedækning, og at vurdere betydningen af udviklingen i praksisformer for kapacitet og opgaveløsning.

2.1 Formål

Det overordnede formål med at kortlægge udviklingen i praksisformer i almen praksis har været at få dannet overblik over forekomsten af forskellige praksisformer i almen praksis, egenskaber ved disse praksisformer og udviklingen i praksisstrukturen.

Dette formål er blevet understøttet af en række delmål, som analysen skal opfylde;

- Skabe overblik og dataunderstøttet indblik i eksisterende praksisformer ud fra en række udvalgte sammenligningsparametre.
- Vurdere praksisformers betydning for opgaveløsningen samt for forhold som ejerskab og ledelse, bemanning og arbejdsdeling, tilgængelighed og kontinuitet.
- Sammenligne udvikling i praksisformer med tilsvarende udviklingstendenser i Sverige, Norge, Holland og Storbritannien.

2.2 Afgrænsninger

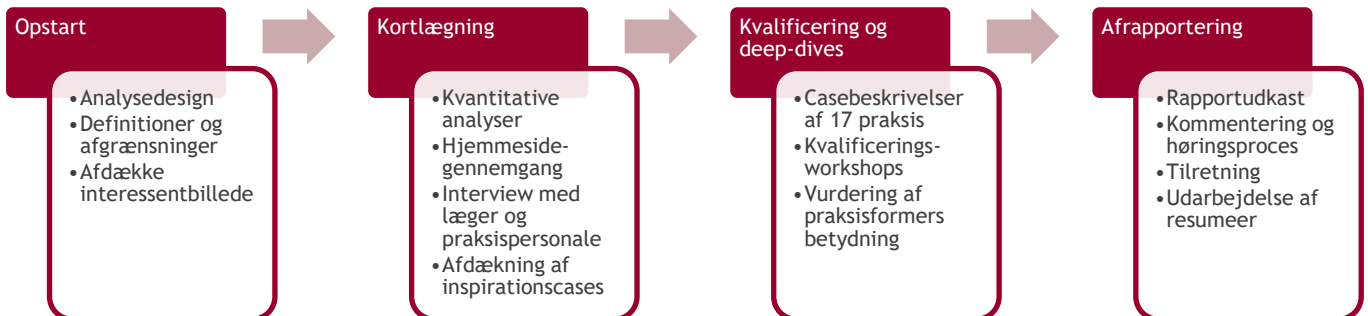
Med udgangspunkt i analysens baggrund og formål er foretaget følgende afgrænsninger;

- Betydningen af honorarstruktur og økonomiske incitamenter ligger uden for denne kortlægning blandt andet, fordi der i samme periode er igangsat et analysearbejde i regi af honorarstrukturrådet.
- Sammenligninger af kontinuitet i lægebemanning på tværs af praksisformer belyses udelukkende kvalitativt, idet yderregistret ikke er opdateret med ansatte speciallæger og vikarer.
- Patientperspektivet er belyst indirekte på grundlag af foreliggende analyser fra bl.a. regioner og Danske Patienter - suppleret med resultater fra afholdt kvalificeringsworkshop med bl.a. Danske Patienter og udvalgte patientforeninger, hvor relevant.
- Økonomi som sammenligningsparameter baseres på afregningsdata vedrørende praksis drevet efter overenskomsten. Det har ikke været muligt ud fra de anvendte datakilder at sammenligne disse med omkostninger for midlertidige praksisformer.

2.3 Analysens design

Analyseforløbet er gennemført ud fra nedenstående fase-opdelte struktur;

Figur 2.3a: Fasemodel



Ovenstående analysedesign har sikret et struktureret forløb med klart definerede faser og velafgrænsede aktiviteter - hvor resultater og betragtninger løbende er blevet drøftet og kvalificeret hos de relevante interessentgrupper. Desuden har den kvantitative og kvalitative dataindsamling været planlagt og gennemført, så de løbende delleverancer leverede et solidt vidensgrundlag for de efterfølgende projektaktiviteter. Ved overgangen til kortlægningsfasen blev de centrale interessenter orienteret og involveret i at udvælge datakilder og sammenligningsparametre.

Efter opstart, hvor projektrammer og interessentbillede blev fastlagt, har der været gennemført en omfattende kortlægning ud fra de valgte sammenligningsparametre, analyse af udtræk fra dataregistre med fokus på praksisformer og variationer heri, praksisbesøg, gennemgang af alle praksis' hjemmesider ift. tilgængelighed og bemanning - samt indhentning af viden om praksisformer i udvalgte lande. Kortlægningen har resulteret i en deskriptiv analyse af status for praksisformer herunder partnerskabsklinikker, sammenligning mellem praksisformer samt udvikling i perioden 2017-2022.

Resultaterne af kortlægningen blev i den efterfølgende fase kvalificeret og nuanceret via workshops med interessentgrupper (inkl. patientforeninger) og suppleret med indsigter fra deep dives på 17 udvalgte praksis dækkende forskellige praksisformer. I kvalificeringsfasen blev deltagerne fra almen praksis involveret i at vurdere praksisformers betydning for opgaveløsning. Afslutningsvis i rapporteringsfasen har udvalgte interessenter haft mulighed for at afgive kommentarer og bidrage med præciseringer til delelementer i den deskriptive kortlægning samt deep-dives.

2.4 Projektorganisering

Analyseforløbet har været ledet af en styregruppe med deltagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og BDO. Sundhedsdatastyrelsen har deltaget i styregruppen hvor relevant.

BDO har varetaget projektledelsen og samtidig haft ansvar for gennemførelsen af planlagte projektaktiviteter. Herunder sikret løbende inddragelse af relevante interessentgrupper så som praktiserende læger, praksispersonale, repræsentanter fra hospitalsenheder og kommuner samt nationale og internationale fageksperter.

I forbindelse med opstarten af analyseforløbet blev der etableret en interessentgruppe med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Lægeforeningen. Interessentgruppen har deltaget i orienteringsmøder, og de enkelte repræsentanter har derudover bidraget ad hoc efter behov.

Undervejs i analyseforløbet blev interessentgruppen udvidet med Dansk Sygepleje Råd (DSR) samt to af de primære private leverandører på det danske marked. En gruppe af regionale kontaktpersoner har desuden bidraget med information og kvalificering af datamaterialet, ligesom PLO-regionalt har bidraget med at udpege de deltagende praksis.

3. Kategorisering af praksisformer



Efter sundhedsloven har borgerne ret til gratis lægehjælp hos den valgte praktiserende læge. Almene praksis er forskellige med hensyn til ejerkonstruktion og størrelse. Borgerne kan ud fra egne præferencer vælge mellem de praktiserende læger, der har åbent for patienttilgang. I dette kapitel indledes analysen med en kategorisering af praksisformer, som vil være styrende for den efterfølgende kortlægning.

Langt de fleste praksis drives af en eller flere selvstændigt praktiserende læger efter Overenskomst om almen praksis mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO. De steder, hvor det ikke er muligt at sikre borgerne lægevalg på anden vis, kan regionerne ifølge sundhedsloven ("SUL") vælge at udbyde opgaven eller etablere en regionsklinik.

Betegnelser for de eksisterende praksisformer og deres formelle ophæng i sundhedsloven eller Overenskomst om almen praksis ("overenskomsten") er oplyst i tabel 3a:

Tabel 3a: Praksisformer

Praksisformer	Regelgrundlag	Beskrivelse
Enkeltmand (solopraksis)	Overenskomsten, § 9, stk. 1, a	En praksis, som ejes og drives af én læge uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.
Kompagniskab	Overenskomsten, § 9, stk. 1, b	En praksis, som ejes og drives af flere læger, der deler patientkreds, økonomi, lokaler og personale.
Samarbejdspraksis	Overenskomsten, note til § 9, stk. 1	En praksis, der ejes af en læge med egen patientkreds, men hvor der er et samarbejde med andre læger om lokaler og/eller personale.
Delepraksis	Overenskomsten, § 13	Når særligt hensyn tilgodeses ved, at der optages en ekstra læge som delekompagnon eller ansat praktiserende læge.
Ydernummer på licens	Overenskomsten, § 12	En praksis, hvor retten til at praktisere er tildelt en læge, og som drives af lægen i en klinik stillet til rådighed af regionen.
Læger med flere ydernumre	Sundhedsloven § 227, stk. 2	En praksis ejet af en eller flere læger, som har ret til at eje op til seks ydernumre og drive flere praksis.
Partnerskabsklinik	Overenskomsten, kapitel 4	En praksis, hvor ydernummeret ejes af en læge, som har indgået kontrakt med en privat leverandør om praksisdriften.
Regionsklinik	Sundhedsloven § 227, stk. 5	En praksis, som etableres af regionen som et midlertidigt tilbud i op til 6 år, og som drives af regionen.
Udbudsklinik	Sundhedsloven § 227, stk. 3	En praksis, som er udbudt af regionen, og hvor en privat leverandør midlertidigt driver klinikken med ansatte læger.

Overenskomsten = Overenskomst om Almen Praksis 2022

I de følgende afsnit foretages en overordnet kategorisering af de eksisterende praksisformer. Hver praksisform kortlægges og analyseres herefter kvantitativt i kapitel 5 og kvalitativt i kapitel 6. For eksempler på organisering og bemanning af virkelige praksis inden for de enkelte praksisformer henvises til bilag 3: Deep-dive analyser af 17 praksis.

3.1 Traditionelle praksisformer

Langt de fleste praksis (88 %) i Danmark udgøres af kompagniskaber, solopraksis og solopraksis i samarbejdspraksis, som drives og bemandes af ejerlæger på traditionel vis efter overenskomst om almen praksis. Dertil kommer de solo- og kompagniskabspraksis, der har fået lov til at drive praksis som delepraksis (7 %). Disse fire praksisformer betegnes herefter som traditionelle praksisformer.

Ejerlægerne i de traditionelle praksisformer ejer selv deres ydernummer og har ret til at videresælge ydernummeret med patientliste til en efterfølger efter eget valg.

Solopraksis, kompagniskab og samarbejdspraksis

Inden for de praksis, der drives i henhold til overenskomsten, er flertallet kendetegnet ved, at en eller flere praktiserende læger selv ejer og bemande praksis enten som solopraksis eller i kompagniskab. Disse praksis kan indgå i samarbejde om lokaler, reception og lignende. I så fald anvendes betegnelsen ”samarbejdspraksis”.

Delepraksis

På tværs af solo- og kompagniskabspraksis eksisterer også praksisformen delepraksis, der betegner en praksis, hvor en læge med behov for nedsat arbejdsmængde på grund af sygdom eller af andre årsager har fået tildelt en ekstra lægekapacitet set i forhold til patientantallet. Delepraksis kræver normalt godkendelse i det i henhold til overenskomsten nedsatte Samarbejdsudvalg der repræsenterer regionen, kommunerne i regionen og PLO-regionalt. I lægedækningstruede områder har praksis mulighed for at etablere delepraksis med en maksimal varighed på 6 år. Der skal ikke ansøges herom.

I samtlige praksisformer kan en kapacitet bemandes med en **ansat praktiserende læge**. Dette er reguleret i overenskomstens § 24. Primo 2022 var i alt 191 kapaciteter bemandet med en ansat læge.

3.2 Nye praksisformer

De seneste år er antallet af praksisformer udvidet ud fra hensynet til at sikre patienterne lægevalg i hele landet. Ydernummer på licens og satellitpraksis er eksempler på nye praksisformer i overenskomsten, som endnu har så lav udbredelse, at de ikke kan belyses på lige fod med de øvrige praksisformer.

Derudover er der, fra politisk hold, åbnet op for nye organisationsformer i sundhedsloven herunder regionsklinikker og udbudsklinikker. Der er derudover givet mulighed for, at en praktiserende læge kan eje op til seks ydernumre (sundhedslovens § 227, stk. 2). Sidstnævnte er i områderne uden for de store byer slået igennem i et omfang, der berettiger et særskilt afsnit i analysen om nye praksisformer. Selvom de fortsat udgør en mindre andel af almen praksis er disse nye praksisformer i vækst, og de må forventes at få større betydning fremadrettet. Dette fordi de sammenlignet med traditionelle praksisformer i højere grad har åbent for patienttilgang. Da de samtidig er overrepræsenteret i lægedækningstruede områder, er det væsentligt at afdække, hvordan de drives, og hvilken betydning de har for opgaveløsningen.

Efter overenskomstens § 8, stk. 2, skal ejeren af et eller flere ydernumre have hovedbeskæftigelse som praktiserende læge. I de traditionelle praksisformer vil den selvstændigt praktiserende læge normalt også bemande en kapacitet i klinikken og være til stede i det omfang lægen ikke har andre funktioner eller fridage. Som følge af muligheden for at eje flere ydernumre er der forskel på, i hvilken udstrækning, den læge, der ejer ydernummeret, har sin daglige gang og indgår i bemanningen af den enkelte praksis i kategorierne inden for de nye praksisformer.

Partnerskabsklinikker

En praktiserende læge, der ejer et eller flere ydernumre og har det formelle ansvar for, at overenskomsten overholdes, kan enten vælge selv at varetage hele driften af sine praksis eller at indgå partnerskab med en privat leverandør, der har specialiseret sig i denne opgave. I 2022 er markedet for dette forretningsområde domineret af to private leverandører: Alles Lægehus og Nordic Medicare. Disse såkaldte partnerskabsklinikker, der udgør en af de nye praksisformer, drives efter sædvanlige overenskomstvilkår med ydelsesafregning m.v. De har ikke en særlig kode/kategori i det officielle register over kapacitet i almen praksis, hvilket betyder, at antal partnerskabsklinikker ikke fremgår af statistikker som trækkes fra yderregistret.

Praktiserende læger med flere ydernumre (§227, stk. 2-klinikker)

Mængden af partnerskabsklinikker er ikke lig med praksis ejet af læger med flere ydernumre. Det skyldes, at nogle af de praktiserende læger, som gør brug af §227, stk. 2 og ejer flere ydernumre, selv varetager driften af flere praksis og ansætter selv andre læger og praksispersonale til at bemande dem uden at indgå aftale med en anden privat leverandør. Denne type praksis er således ejet og drevet af en praktiserende læge, der driver flere praksis, men praksisformen adskiller sig ift. organisering og ejerskab både fra de traditionelle praksisformer og partnerskabsklinikker.

BDO vil af denne årsag behandle praktiserende læger med flere ydernumre som en selvstændig praksisform. I resten af analysen vil praksisformen betegnes enten 'praktiserende læger med flere ydernumre' eller blot §227, stk. 2-klinikker efter sundhedsloven.

3.3 Midlertidige praksisformer

Regionerne har ansvar for at sikre borgerne lægevalg i alle egne af landet. Hvis det ikke på anden vis er muligt at sikre lægedækningen, kan regionen på midlertidig basis etablere regionsklinik eller udbyde driften af en praksis til en privat leverandør. Regions- og udbudsklinikker etableres kun steder, hvor det er nødvendigt for at opretholde lægedækning og efterleve regionernes forpligtelse til at levere almenmedicinske tilbud.

Regionsklinikker drives og bemandes af regionen. Læger og praksispersonale er ansat af regionen, evt. med medvirken fra et vikarbureau. Regionen har ledelsesansvaret for regionsklinikkerne, i Region Sjælland kaldt nærklinikker.

Udbudsklinikker er betegnelsen for praksis, hvor en privat leverandør efter konkurrenceudsættelse har vundet retten til at drive praksis efter kontrakt med regionen i en tidsbegrænset periode på eksempelvis 3 eller 4 år med mulighed for forlængelse. Udbudsklinikker bemandes med læger og praksispersonale ansat af virksomheden. Sammenholdt med de øvrige praksisformer adskiller udbudsklinikker sig særligt ved, at de ikke honoreres med ydelsesafregning men via fast honorar pr. tilmeldt patient. Krav til tilgængelighed, kontinuitet, kvalitetssikring m.v. er fastsat i kontrakten med regionen, der altid indebærer, at praksis skal registrere leverede ydelser i lighed med overenskomstdrevne praksis.

De i ovenstående to afsnit beskrevne "Nye praksisformer" og "Midlertidige praksisformer" betegnes herefter samlet som "Øvrige praksisformer", medmindre andet angives.

4. 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 nærværende rapportens resultater. For en nærmere beskrivelse af de anvendte kvantitative og kvalitative metoder henvises til bilag 1.

De kvantitative analyser har haft til formål både at belyse situationen i 2022, kortlægge den faktuelle udvikling og understøtte kvalitative pointer hvor muligt, mens de kvalitative analyser har bidraget med dybdegående, perspektiverende indsigter og nuanceringer samt oplevede fordele og ulemper ved forskellige praksisformer hos erfarne aktører i almen praksis.

De anvendte metodikker er således udvalgt med henblik på at kunne supplere hinanden og derved etablere et sammenhængende og samlet overblik over eksisterende praksisformer, udviklingen heri og praksisformenes betydning for opgaveløsningen.

Nærværende 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 større dataudtræk fra anerkendte dataregistre dog med de i bilag 1 angivne forbehold. Opsamlingen på den kvantitative kortlægning fokuserer med afsæt i sundhedsreformaftalen på fire temaer af betydning for den aftalte omstilling:

1. Lægedækning,
2. Kapacitet fra læger og praksispersonale,
3. Aktivitet og henvisningsmønstre,
4. Tilgængelighed for patienter.



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. Typisk har den enkelte informant arbejdet i forskellige praksisformer og har derigennem haft et sammenligningsgrundlag. En del læger har vist sig også at have erfaring med at arbejde i sammenligningslande, og har perspektiveret til disse. Endvidere er gennemført en række gruppeinterview med samarbejdspartnere i udvalgte kommuner og 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. Temaerne fra den kvantitative analyse er i den kvalitative del suppleret med væsentlige temaer, der kun kan belyses kvalitativt: betydning af ledelseskonstruktion for omstilling samt kontinuitet i patient-behandlerrelationen.

4.1 Fordeling af praksis på praksisformer i kvantitativ analyse

Det primære datagrundlag for kortlægningen har været to databatter leveret af Sundhedsdatastyrelsen om aktivitet, kapacitet og bemanding i almen praksis for perioden 2017-2022. Disse data er suppleret med opgørelser fra regionerne om udbetalt basishonorar m.v.

Tildeling af praksisform til ydernumre tager i analysen udgangspunkt i Sundhedsdatastyrelsens behandlede udgave af yderregistret. Registret indeholder ydernumre, som var aktive pr. 1. januar 2022. Registret beskriver, via en variabel, hvert ydernummers praksisform. Hvert ydernummer kan registreres med 1 ud af 6 mulige praksisformer, som følger de af Sundhedsdatastyrelsen anvendte definitioner angivet i bilag 1.

Et ydernummer kan repræsentere en eller flere lægekapaciteter. En lægekapacitet defineres i yderregisteret 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.





Partnerskabsklinikker defineres og opgøres separat via en metode udviklet af BDO. Definition og tilgang til identifikation af disse praksis er beskrevet i afsnit 4.3. Metoden og fremgangsmåden er udfoldet i bilag 1.

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-dives analyserne indikerer, at oplysningerne i yderregistret ikke altid er opdateret, og særligt ikke mellem solopraksis og solopraksis i samarbejdspraksis, hvor der ses flere eksempler på upræcis eller forældet kategorisering. De kvantitative analyser må derfor tages med forbehold for, at virkelighedens praksisformer ikke altid er lig med de oplysninger, der er opført i yderregistret. Det overordnede billede vurderes at være retvisende herunder forholdet mellem solopraksis og kompagniskaber. Delepraksis som praksisform kræver samarbejdsudvalgets godkendelse, og derfor er oplysningerne om denne kategori sandsynligvis relativt opdateret. Antal patienter fordelt på ydernumre vurderes også at være valide, idet disse oplysninger opdateres løbende i forbindelse med patienternes lægevalg, og patientantallet anvendes til kvartalsvis udbetaling af basishonorar.

4.2 Sammenligningsparametre

Analysen indeholder en sammenligning af almene praksis på tværs af praksisformer og inden for de enkelte praksisformer ud fra udvalgte sammenligningsparametre. De anvendte sammenligningsparametre i den kvantitative analyse har været begrænset af adgangen til opdaterede og sammenlignelige data i registre og statistikker fra Sundhedsdatastyrelsen suppleret med lister fra regionerne. Sammenligningsparametrene oplistet i Tabel 4.2a er kategoriseret i fire temaer: Praksis, bemanding, økonomi og aktivitet.

Tabel 4.2a: Sammenligningsparametre

 Praksis	 Bemanning	 Økonomi	 Aktivitet
Praksistype	Kapaciteter	Finansieringsmodel	Konsultationer
Geografi	Lægeprofiler	Ydelsesomsætning pr. patient	Ydelser målrettet ældre
Lægedækningstruet/ ikke lægedækningstruet	Lægeanciennitet		Henvisninger
Patientantal	Praksispersonale		
Patientprofil	Uddannelseslæger		
Åben/lukket tilgang	Delegationsgrad		
Tilgængelighed			

4.3 Identifikation af partnerskabsklinikker og læger med flere ydernumre i kvantitativ analyse

Partnerskabsklinikker og praksis ejet af læger med flere ydernumre fremgår som nævnt ikke som selvstændig praksisform i udtræk fra yderregistret. De pågældende praksis figurerer i stedet som solopraksis, solopraksis i samarbejde etc. I flere tilfælde har de to praksisformer været kategoriseret som udbudsklinik, selvom de drives efter overenskomst og ikke er midlertidige.

Grundet manglende forudgående definition af flere af de nye praksisformer, som er genstandsfelt for analysen, har BDO defineret praksisformerne 'partnerskabsklinik' og 'SUL §227, stk. 2 klinikker' i samråd med regionerne. Der er defineret tre typer praksis:

- Praksis ejet af en læge/flere læger, som ejer flere ydernumre (jf. SUL §227, stk. 2), og har indgået partnerskabsaftale med en privat virksomhed om driften af den konkrete praksis.
- Praksis ejet af en læge/flere læger, som ejer flere ydernumre (jf. SUL §227, stk. 2), hvor lægen/lægerne ikke har indgået partnerskabsaftale med en privat virksomhed om driften af den konkrete praksis. Lægen/lægerne driver i stedet selv den konkrete praksis.
- Praksis ejet af en læge/flere læger, som kun ejer ét ydernummer og har indgået partnerskabsaftale med en privat virksomhed om driften af praksis.

Type A og C defineres af BDO som partnerskabsklinik, da ejerlægen i begge typer praksis har indgået et partnerskab med en privat virksomhed om praksisdriften. Både type A og B benytter sig af §227, stk. 2 i sundhedsloven, men type B benævnes §227, stk. 2-klinikker af formidlingsmæssige hensyn. Nedenfor ses en matrixtabel Tabel 4.3a, som illustrerer inddelingen. I datagrundlaget for den gennemførte kortlægning er den tidligere registrerede kategori manuelt overskrevet med den faktiske praksisform.

Tabel 4.3a: Matrixtabel med praksisformer

	Flere ydernumre	Ét ydernummer
Indgået partnerskab	A (Partnerskabsklinik)	C (Partnerskabsklinik)
Ikke indgået partnerskab	B (SUL §227, stk. 2)	

4.4 Kvalitative interviews

De praksis, der har deltaget i praksisbesøg og interview, var udpeget af hhv. PLO for så vidt angår traditionelle praksis, regioner har udvalgt regionsklinikker/nærklinikker og private leverandører har udpeget partnerskabsklinikker. Selvom det er tilstræbt at udvælge "almindelige" praksis til besøg og interview kan det ikke udelukkes, at der i udvælgelsesprocessen har været en bias i retning af udpegning af mere velfungerende praksis og engagerede praktiserende læger. Hvis der er sket en selektion i udvælgelsesprocessen er det sandsynligvis foregået i lige stor grad inden for samtlige praksisformer.

Afviklingen af praksisbesøg og interview har været tilpasset efter, hvad der var praktisk muligt og hensigtsmæssigt for deltagerne ud fra hensynet til at minimere påvirkningen af de patientrettede aktiviteter. Således er flere interview foregået via telefon eller virtuelt, ligesom der i nogle praksis er gennemført gruppeinterview.

5. Kortlægning af praksisformer



Nedenstående er en præsentation af de væsentligste resultater fra den gennemførte kvantitative databaserede kortlægning, vurderet i forhold til analysens opdrag. De dataanalyser, der præsenteres i rapporten udgør en delmængde af de kvantitative dataanalyser, der er blevet udført som led i opgaveløsningen. Der henvises til bilag 2 for indblik i de supplerende kvantitative dataanalyser.

De viste kvantitative dataanalyser er baseret på dataudtræk fra en række forskellige datakilder. For nærmere beskrivelse af disse og eventuelle forbehold herfor henvises til bilag 1.

5.1 Status for praksisformer 2022

Hovedbudskaber

Kompagniskaber, rene solopraksis og solopraksis, som indgår i en samarbejdspraksis ("solo med samarbejde") er de mest udbredte praksisformer. 66 % af patienterne er tilknyttet kompagniskabspraksis, mens 22% er tilknyttet en af solopraksis-formerne.

Øvrige praksisformer såsom partnerskabs-, udbuds- og regionsklinikker udgør 5 % af ydernumrene. Tilsvarende ca. 5 % af patienter er tilmeldt øvrige praksisformer.

I perioden 2017-2022 er sket en gradvis stigning i antal kompagniskaber og nedgang i antal solopraksis.

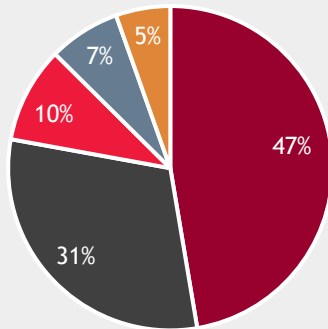
Som grundlag for den efterfølgende kortlægning og analyse er der indledningsvis dannet et overblik over praksis fordelt på praksisformer pr. 1. januar 2022 baseret på oplysningerne i yderregistret. Fordelingen af praksis fremgår af Tabel 5.1a og Figur 5.1a. Den hyppigst forekommende praksisform er kompagniskabspraksis, der udgør 47 % af de aktive ydernumre. Dernæst kommer de rene solopraksis ("solo uden samarbejde") med 31 %, og som den tredje hyppigste praksisform kommer solopraksis, som indgår i en samarbejdspraksis ("solo med samarbejde"). Der er ifølge Sundhedsdatastyrelsen en vis usikkerhed forbundet med inddelingen i solopraksis med og uden samarbejde. Da kompagniskabspraksis samtidig er større end solopraksis, vejer denne praksisform endnu tungere i fordelingen af patienter på praksisformer, som ses i Figur 5.1b. Således er 66 % af patienterne tilmeldt en kompagniskabspraksis, mens kun ca. 5 % af patienter var tilmeldt kategorien "øvrige praksisformer". Denne kategori dækker praksisformerne partnerskabsklinik, udbudsklinik, regionsklinik og §227, stk. 2-klinikker. Som det vil fremgå af den efterfølgende analyse, varierer fordelingen af praksisformer på tværs af regioner og lægedækningstruet/ikke lægedækningstruet område.

Tabel 5.1a: Praksisform opgjort på antal praksis og tilmeldte patienter - 2022

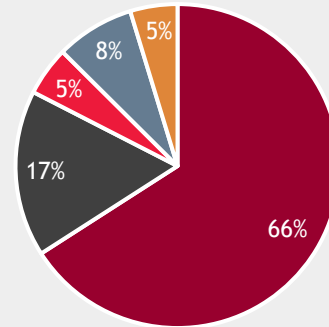
Region	Antal praksis	Andel af praksis	Antal patienter (i 1.000)	Andel af patienter
Kompagniskab	802	47%	3.856	66%
Solo uden samarbejde	517	31%	972	17%
Solo med samarbejde	162	10%	287	5%
Delepraksis	121	7%	458	8%
Partnerskabsklinik	40	2%	115	2%
§227, stk. 2	19	1%	71	1%
Udbudsklinik	24	1%	68	1%
Regionsklinik	9	1%	21	0,4%
Samlet (N=1694)	1694	100%	5.850	100%

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis.

Figur 5.1a: Praksis fordelt på praksisform



Figur 5.1b: Patienter fordelt på praksisform

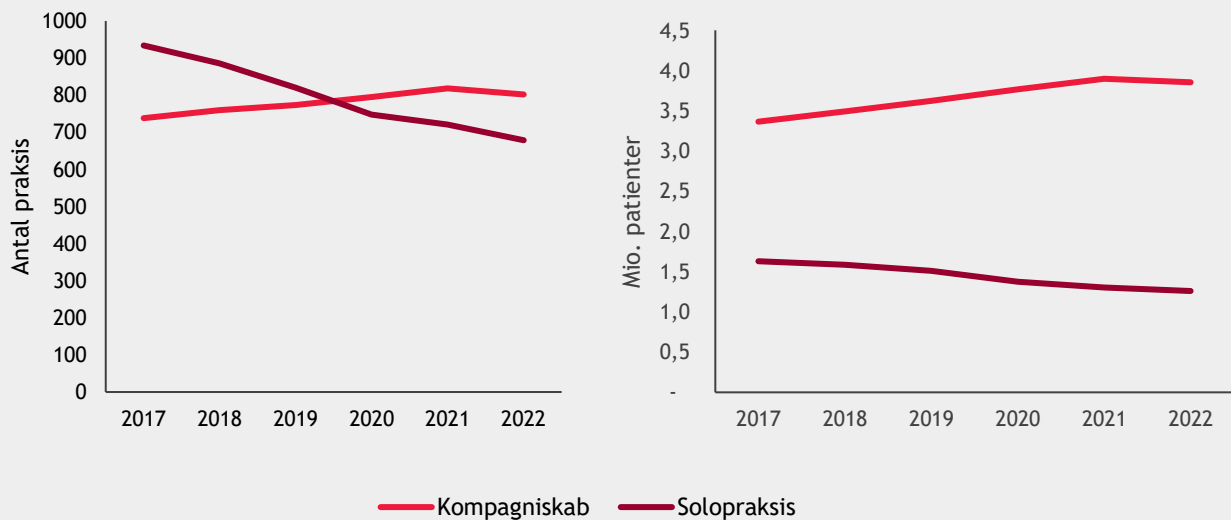


■ Kompagniskab ■ Solo uden samarbejde ■ Solo med samarbejde ■ Delepraksis ■ Øvrige praksisformer

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis og 5.849.759 patienter. En komplet opgørelse af antal praksis og tilmeldte patienter fordelt på praksisform er gengivet i bilag 2, afsnit 1.1.

Ser vi på udviklingerne i antal praksis og patienter for de to primære praksisformer, så er udviklingen overordnet set kendetegnet ved, at antal af kompagniskabspraksis er i fremgang, mens antal solopraksis (både med og uden samarbejde) udviser en stabilt faldende tendens, hvilket fremgår af Figur 5.1c. Den tilsvarende udvikling for tilmeldte patienter fremgår af Figur 5.1d, der viser, at antal patienter tilmeldt solopraksis er faldende, mens det for kompagniskaber har været stigende frem til 2021 og herefter stagnerende.

Figur 5.1c + 5.1d: Udvikling i hhv. antal praksis og patienter i kompagniskaber og solopraksis - 2017-2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar i perioden 2017-2022. N=9.476 registreringer af praksis og 30.669.017 registreringer af patienter. Figurerne indeholder data for kompagniskaber og samlet for solopraksis - dvs. solopraksis med og uden samarbejde.

I de følgende afsnit af kapitel 5 kortlægges praksisstrukturen ved at undersøge fordelingen af praksis på tværs af praksisformer og geografiske områder. Analysen har særligt fokus på at afdække placeringen af de såkaldte partnerskabsklinikker samt praksisstrukturen i de lægedækningstruede områder. Som indledning til kortlægningen af status og udvikling i praksisformer er det væsentligt at fastslå to forhold:

- Identifikation og udbredelsen af partnerskabsklinikker og praksis med flere ydernumre er kun gennemført pr. 1. januar 2022 med efterfølgende kvalitetstjek ved regionerne ultimo 2022. Der er på den baggrund udarbejdet et særligt nuanceret datasæt for 2022, hvor de pågældende praksis har fået omdefineret den tidligere registrerede praksisform i yderregistret til den, som mest præcist beskriver situationen pr. 1. januar 2022. Analysen af udviklingen i praksisformer frem til 2021 er imidlertid baseret på grunddatasættet fra yderregistret, hvori der ikke er foretaget samme identificering og specificering. Derfor kortlægges alene udviklingen i traditionelle praksisformer i 2017-2021.
- Variation i indretningen af praksis eksisterer ikke kun på tværs af praksisformen men også mellem praksis inden for samme praksisform og inden for samme geografiske område. De præsenterede gennemsnitstal og mønstre ud fra de anvendte sammenligningsparametre skal derfor læses med forbehold for, at de dækker over praksis med vidt forskellig størrelse, bemanding, antal patienter pr. læge m.v.

5.2 Geografisk fordeling herunder lægedækningstruede områder

Hovedbudskaber:

Praksisstrukturen er forskellig på tværs af regioner og kommunetype.

Region Hovedstaden har den højeste andel solopraksis - med og uden samarbejde (58 %).

Region Midtjylland har den højeste andel kompagniskaber (57 %) blandt regionerne.

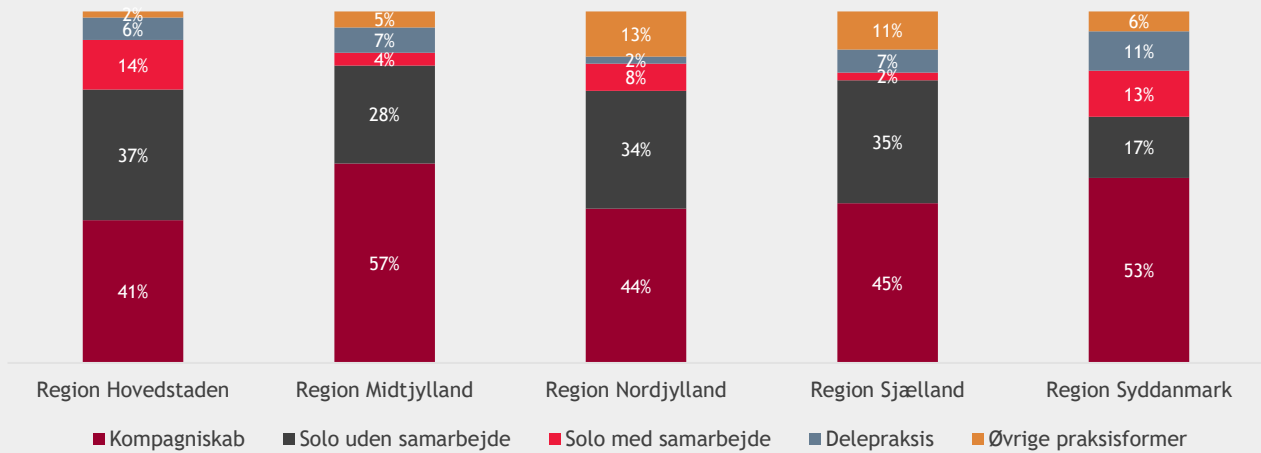
Der er tydelige forskelle i praksisstrukturen på tværs af lægedækningstruede og ikke-lægedækningstruede områder. Øvrige praksisformer såsom udbuds- og regionsklinikker er overrepræsenteret i lægedæknings-truede områder, hvor de udgør 23 % af det samlede antal praksis.

Øvrige praksisformer forekommer stort set ikke i hovedstads- og storbykommuner.



Organiseringen af almen praksis varierer på tværs af regioner (Figur 5.2a). Region Hovedstaden har den højeste andel solopraksis og solopraksis i samarbejde (51 %). Kompagniskabspraksis udgør flertallet (over halvdelen) i Region Midtjylland (57 %) og i Region Syddanmark (53 %). Delepraksis er stort set ikke til stede i Region Nordjylland (2 %), mens delepraksis udgør mellem 6 og 11 % af ydernumrene i de andre regioner. Øvrige praksisformer udgør på landsplan kun en andel på 5 % af praksis, men er relativt set mest til stede i Region Nordjylland, hvor de udgør 13 %, og i Region Sjælland, hvor de udgør 11 %.

Figur 5.2a: Praksisformer fordelt på region - 2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis.

Tabel 5.2a nedenfor viser en opgørelse over antallet af hver praksisform (ydernumre) fordelt på regionerne i absolutte tal. Det fremgår, at øvrige praksisformer repræsenterer en mindre andel af det totale antal almen praksis med 92 klinikker - svarende til ca. 5 % af de i alt 1.694 klinikker. Partnerskabsklinikker er den største gruppe af de øvrige praksisformer med 40 klinikker pr. 1. januar 2022. Denne praksisform er overrepræsenteret i Region Syddanmark med 13 klinikker. Kvalificeringsprocessen med regionerne har givet indtryk af, at praksisformen er i vækst. I 4. kvartal 2022 kunne regionerne således identificere 45 partnerskabsklinikker. §227, stk. 2-klinikker er spredt relativt ligeligt udover alle fem regioner. Med hensyn til udbudsklinikker befinder halvdelen sig i Region Sjælland, mens de er fraværende i Region Hovedstaden. Regionsklinikker forekommer primært i Region Nordjylland og Region Sjælland.

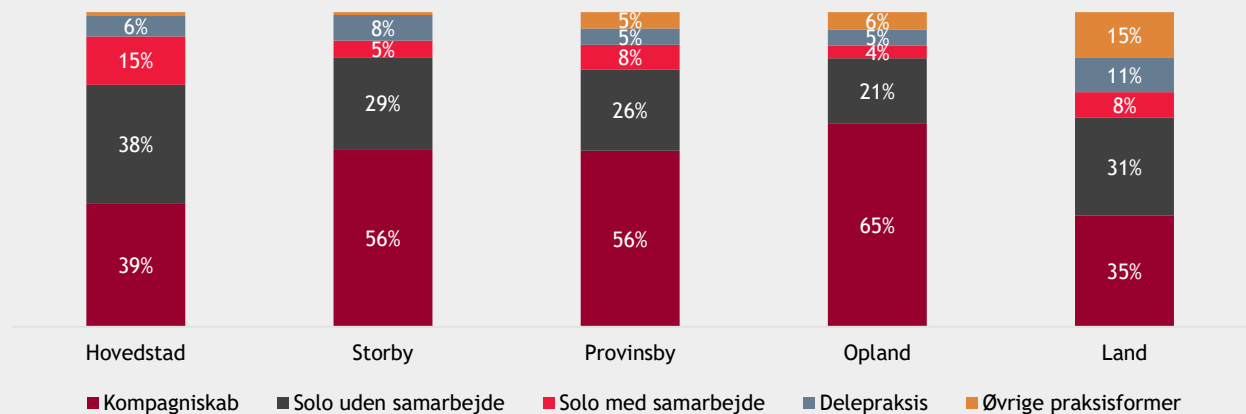
Tabel 5.2a: Antal praksis fordelt på praksisformer og region - 2022

Region	Kompagniskab	Solo uden samarbejde	Solo med samarbejde	Delepraksis	Partnerskabsklinik	§ 227, stk. 2	Udbudsklinik	Regionsklinik
Hovedstaden (N=611)	248	227	86	39	7	3	0	1
Midtjylland (N=349)	198	97	13	25	6	4	5	1
Nordjylland (N=155)	68	52	12	3	6	5	5	4
Sjælland (N=229)	104	80	5	15	8	2	12	3
Syddanmark (N=350)	184	61	46	39	13	5	2	0
Samlet (N=1694)	802	517	162	121	40	19	24	9

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis.

På landsplan og på tværs af regioner ses en relativ klar forskel på praksisstrukturen på tværs af kommunetyper (defineret iflg. Danmarks Statistik). Som det fremgår af Figur 5.2b spiller kompagniskabspraksis den største rolle i oplandskommuner, hvor de udgør 65 %, samt i storby- og provinsbykommuner, hvor de udgør 56 %. I hovedstadskommuner og landkommuner er andelen af kompagniskabspraksis noget lavere. Her spiller solopraksis til gengæld en større rolle. Øvrige praksisformer udgør 15 % i landkommuner, og forekommer stort set ikke i hovedstads- og storbykommuner. Disse forskelle er væsentlige at have for øje i sammenligninger mellem praksisformer, idet rammebetingelserne for almene praksis må antages at variere på tværs af kommunetyper.

Figur 5.2b: Antal praksis fordelt på praksisformer og kommunetype - 2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper, 2018.

Tabel 5.2b nedenfor viser antal almen praksis fordelt på kommunetype i absolutte tal. Det kan af figuren aflæses, at de øvrige 'nye' praksisformer - partnerskabs-, SUL §227, stk. 2-, udbuds og regionsklinikker primært er beliggende udenfor de større byer i oplands-, provins- og landkommuner.

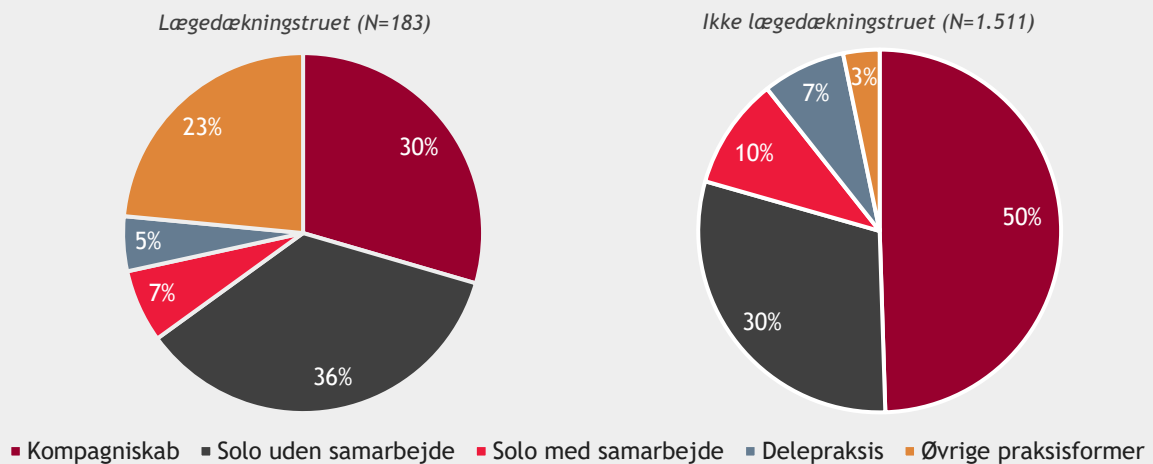
Tabel 5.2b: Praksisformer fordelt på kommunetype - 2022

Region	Kompagniskab	Solo uden samarbejde	Solo med samarbejde	Delepraksis	Partnerskabsklinik	§ 227, stk. 2	Udbudsklinik	Regionsklinik
Hovedstad (N=545)	213	206	84	35	5	2	0	0
Storby (N=209)	118	61	11	17	2	0	0	0
Opland (N=365)	204	94	29	19	12	6	1	0
Provinsby (N=218)	141	45	9	11	8	2	2	0
Land (N=446)	126	111	29	39	13	9	21	9
Samlet	802	517	162	121	40	19	24	9

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper.

Praksis beliggende i lægedækningstruede områder er identificeret ud fra, hvilke postnumre, der udløser forhøjet basishonorar: de såkaldt centralt definerede lægedækningstruede områder. For et overblik over placeringen af de lægedækningstruede områder henvises til bilag 2, afsnit 1.2. En sammenligning mellem praksisformer fordelt på lægedækningstruede og ikke lægedækningstruede områder (Figur 5.2c) afdækker også tydelige forskelligheder i organiseringen af almen praksis. Således udgør kompagniskabspraksis 30 % af ydernumrene i de lægedækningstruede områder mod 50 % i resten af landet. Selvom de på landsplan kun udgør 5 % af praksis, har ”øvrige praksisformer” en væsentlig større forekomst i lægedækningstruede områder, hvor de repræsenterer 23 % af ydernumrene. For en uddybende opgørelse over andelen af patienter tilmeldt praksisformer for lægedækningstruede områder se bilag 2, afsnit 1.2.

Figur 5.2c: Antal praksis fordelt på praksisform og lægedækningstruede områder - 2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Lægedækningstruede områder er de landsdækkende lægedækningstruede områder, som benyttes til det geografisk differentierede basishonorar (Overenskomsten). Antal praksis i parentes.

Tabel 5.2c: Antal praksis fordelt på praksisform og lægedækningstruede områder - 2022

Region	Kompagniskab	Solo uden samarbejde	Solo med samarbejde	Delepraksis	Partnerskabsklinik	§ 227, stk. 2	Udbudsklinik	Regionsklinik
Lægedækningstruet	30%	36%	7%	5%	7%	1%	10%	5%
Øvrige områder	50%	30%	10%	7%	2%	1%	0%	0%
Samlet	47%	31%	10%	7%	2%	1%	1%	1%

Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Lægedækningstruede områder er defineret som de landsdækkende lægedækningstruede områder, som benyttes til det geografisk differentierede basishonorar (Overenskomsten).

Øvrige praksisformer

Hovedbudskaber:

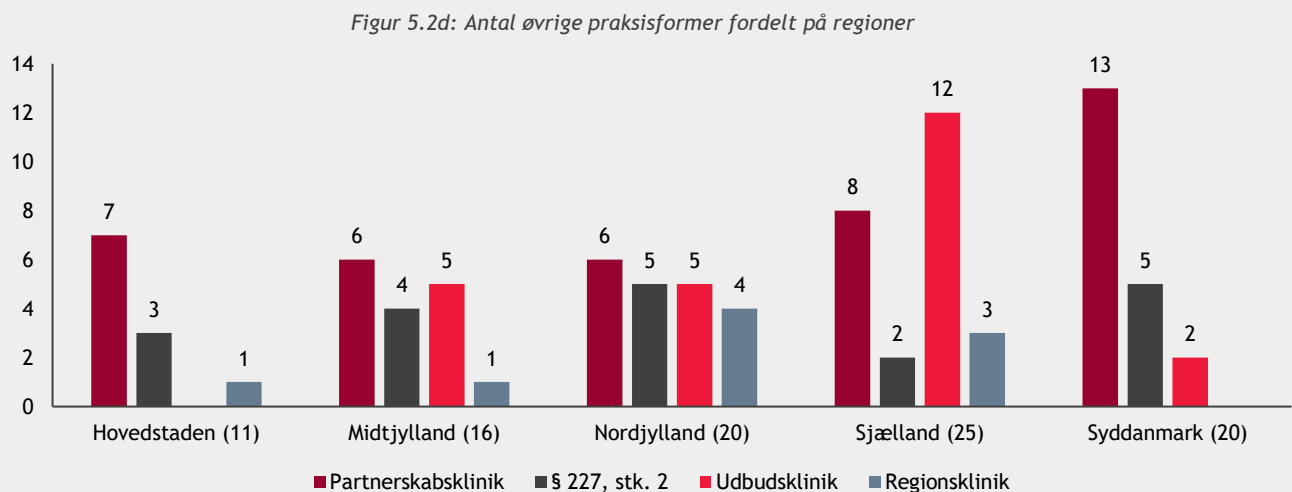
De 'øvrige praksisformer' er overrepræsenteret i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Partnerskabsklinikker er ikke fordelt ensartet på regioner, og er relativt set overrepræsenteret i områder med lægemangel.

Praksis ejet af læger med flere ydernumre (SUL § 227, stk. 2) optræder i geografiske klynger. Det skyldes, at praksis ejet af samme ejerlæge/ejerlæger typisk ligger i begrænset fysisk afstand fra hinanden.

Det indgår i opgavebeskrivelsen for nærværende analyse at undersøge forekomsten og udbredelsen af de såkaldte partnerskabsklinikker samt praksis drevet af læger med flere ydernumre (SUL § 227, stk. 2). I følgende afsnit kortlægges antallet og placeringen af de forskellige praksisformer inden for kategorien "øvrige praksisformer", det vil sige partnerskabsklinikker, praksis med flere klinikker, udbudsklinikker og regionsklinikker. For en nærmere beskrivelse af disse henvises til afsnit 3.2 og 3.3.

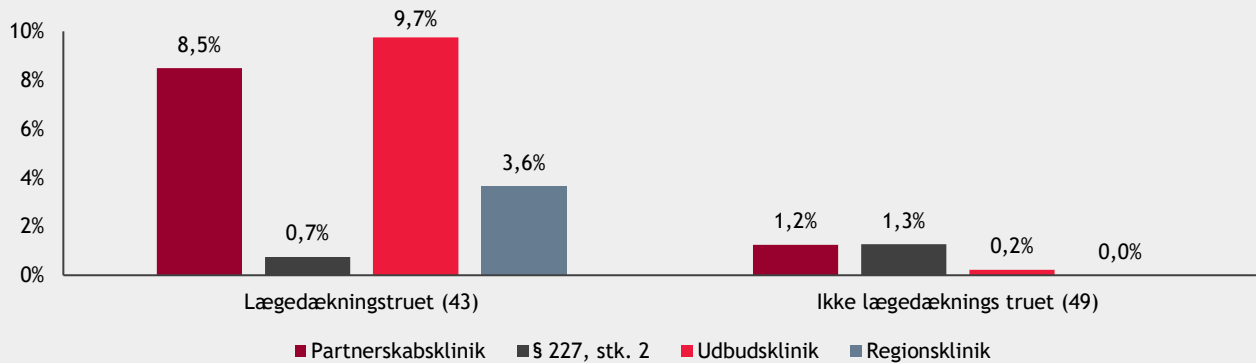
I nedenstående Figur 5.2d vises, hvorledes disse øvrige typer af praksisformer antalsmæssigt er fordelt i de enkelte regioner. For en uddybende opgørelse af andelen af patienter tilmeldt øvrige praksisformer på tværs af regioner se bilag 2, afsnit 1.1.



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=92 praksis. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper.

Figur 5.2e viser andelen af patienter i henholdsvis lægedækningstruede og ikke-lægedækningstruede områder, som er tilmeldt en af de fire øvrige praksisformer. Det kan aflæses, at de øvrige praksisformer - med undtagelse af § 227, stk. 2-klinikker - er overrepræsenteret i lægedækningstruede områder. Dette gælder ligeledes partnerskabsklinikker. Antal praksis inden for de fire øvrige praksisformer i absolutte tal kan ses i bilag 2, afsnit 1.2.

Figur 5.2e: Øvrige praksisformers tilmeldte patienters andel af det samlede antal patienter for hhv. lægedækningstruede områder og ikke-lægedækningstruede områder.

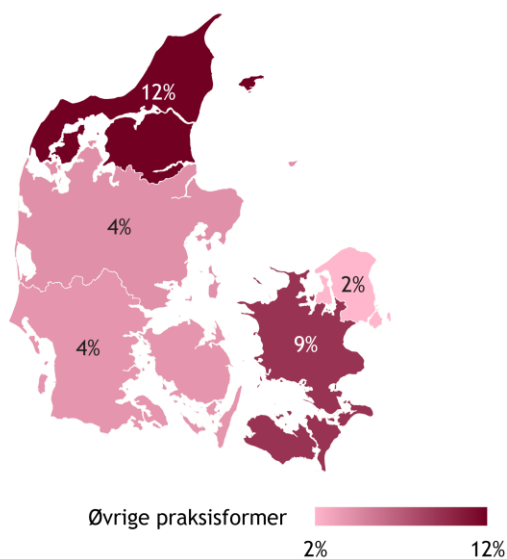


Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis; heraf 92 øvrige praksisformer. Lægedækningstruede områder er de landsdækkende lægedækningstruede områder, som benyttes til det geografisk differentierede basishonorar (Overenskomsten). Antal praksis i parentes.

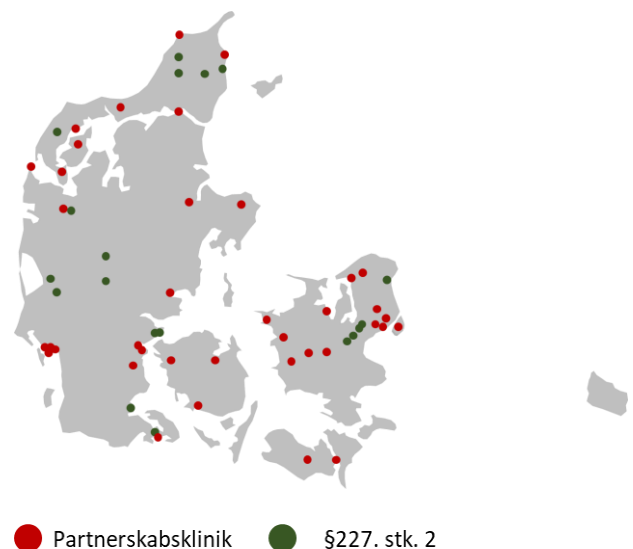
Figur 5.2f viser omfanget af ”øvrige praksisformer” set i et patientperspektiv, idet kortet angiver, hvilken andel af patienterne, der i hver region er tilmeldt en sådan praksis. Spændet går fra 2 % i Region Hovedstaden til 12 % af patienterne i Region Nordjylland.

Figur 5.2g viser den geografiske placering af partnerskabsklinikker og SUL §227, stk. 2-klinikker. Begge typer praksis er bredt repræsenteret i landet - med en overvægt udenfor de større byer. Særligt for SUL §227, stk. 2-klinikker er, at de optræder i geografiske klynger. Dette skyldes, at klinikker ejet af læger med flere ydernumre typisk ligger fysisk tæt på hinanden.

Figur 5.2f: Andel af patienter tilmeldt øvrige praksisformer fordelt på region



Figur 5.2g: Geografisk placering af partnerskabsklinikker og §227, stk. 2-klinikker



5.3 Overblik over praksisformer ud fra sammenligningsparametre

Efter den indledende kortlægning af praksisformer, udvikling i praksisformer og geografisk placering indeholder afsnit 5.3 en systematisk gennemgang af praksisformerne ud fra de sammenligningsparametre, der blev oplyst i afsnit 4.2 inden for kategorierne: Praksis, bemanding, økonomi og aktivitet.

Hvor det er muligt ud fra data sammenlignes på tværs af samtlige praksisformer. For nogle sammenligningsparametre foreligger der, på grund af lille volumen eller af andre årsager, ikke tilstrækkelige data om øvrige praksisformer (partnerskabsklinikker, udbudsklinikker, regionsklinikker mv.), og i så fald er disse enten udeladt eller samlet under overskriften ”øvrige praksisformer”.

5.3.1 Praksis: Kapacitet, antal patienter, patientprofil, områdeprofil mv.

Hovedbudskaber:

Det gennemsnitlige antal patienter tilmeldt den enkelte praksis er steget i perioden 2017-2022 for kompagniskabspraksis (5 %) og solopraksis med samarbejde (10 %). Omvendt ses en faldende tendens i delepraksis.

Antallet af tilmeldte patienter pr. kapacitet er størst i delepraksis og de to typer af solopraksis. Antallet er lavest for partnerskabsklinikker.

Inden for samme praksisform er der variation i, hvor mange patienter praksis har tilmeldt pr. kapacitet. Den største variation ses indenfor partnerskabs- og SUL §227, stk. 2-klinikker.

Der er forskelle mellem praksisformerne på andelen af praksis, som er åben for tilgang af nye patienter. De praksisformer, hvor den største andel praksis er lukket for tilgang, er solopraksis med samarbejde (73 %) og delepraksis (71 %). Partnerskabsklinikker og udbudsklinikker har typisk åbent for patienttilgang.

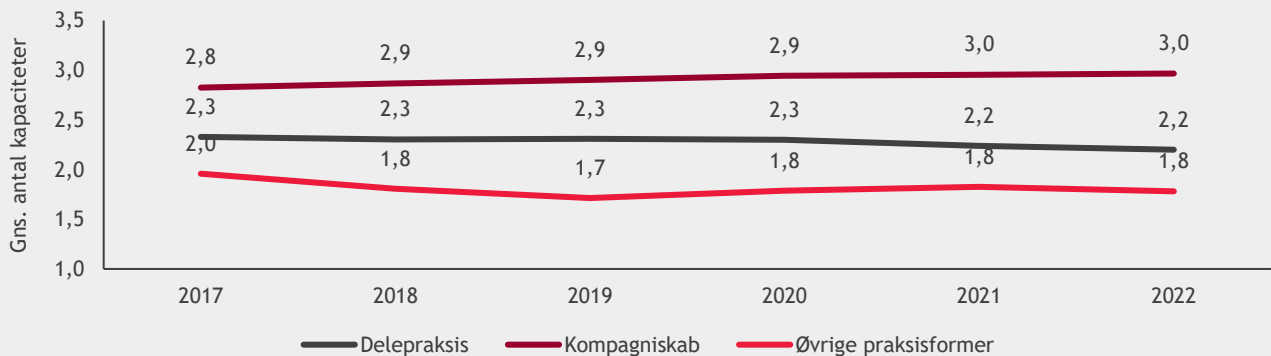
Andelen af ældre og syge patienter i praksis varierer på tværs af kommunetyper og lægedækningsstruede områder. Praksis beliggende i hovedstads- og storbykommuner har den laveste andel af ældre og syge patienter, mens landkommuner har den højeste andel. Dette illustrerer hvordan rammebetingelserne i det geografiske område, hvor praksis er placeret, har betydning for opgaveløsningen.

Regionsklinikker har en højere andel af ældre og syge patienter end øvrige praksisformer.

På tværs af de traditionelle praksisformer og partnerskabsklinikker ses ikke klare forskelle i andelen af ældre og syge patienter. Kompagniskaber og partnerskabsklinikker har i gennemsnit lidt lavere andel ældre sammenlignet med solo-, dele- og samarbejdspraksis.

BDO har foretaget en sammenligning af kapacitet og patientgruppe på tværs af praksisform. Nedenstående Figur 5.3.1a viser udviklingen i det gennemsnitlige antal kapaciteter pr. praksis i perioden 2017-2022 fordelt på praksisform. Der kan aflæses en svag tendens til, at kompagniskaber bliver større over tid. Solopraksis med og uden samarbejde er ikke opgjort, da praksisformen pr. definition har én kapacitet.

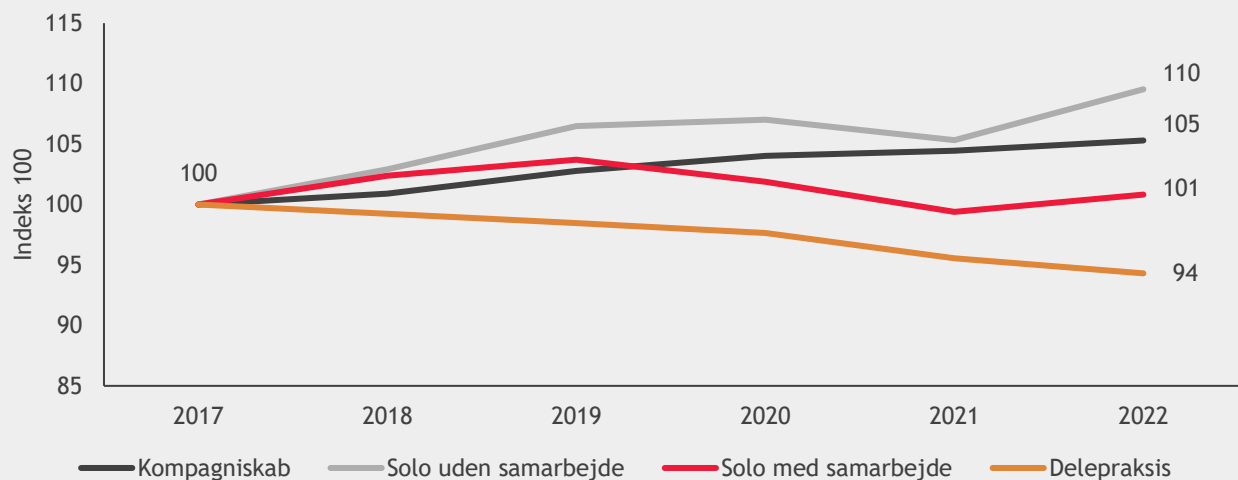
Figur 5.3.1a: Udvikling i gennemsnitlig antal kapaciteter fordelt på udvalgte praksisformer 2017-2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis.

I nedenstående Figur 5.3.1b vises udviklingen i antal tilmeldte patienter i indekstal for hver praksisform i perioden 2017-2022. Det kan af figuren aflæses, at antallet af patienter har udviklet sig forskelligt set på tværs af de traditionelle praksisformer. For solopraksis med samarbejde er antallet af patienter som i gennemsnit er tilmeldt en praksis steget fra ca. 10 % fra 1.753 patienter i 2017 til 1.920 patienter i 2022. Kompagniskabspraksis har ligeledes haft en stigning på 5% i antallet af tilmeldte patienter fra 4.557 til 4.798 patienter. Antallet af personer i sygesikringsgruppe 1 er i samme periode steget med 3 %.

Figur 5.3.1b Indekseret udvikling i gennemsnitlig antal patienter pr. ydernummer fordelt på udvalgte praksisformer 2017-2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis.

Tabel 5.3.1a: Antal gennemsnitlige kapaciteter, tilmeldte patienter og patienter pr. kapacitet fordelt på praksisform - 2022

Praksisform	Gns. antal kapaciteter	Gns. tilmeldte patienter	Gns. patienter pr. kapacitet
Kompagniskab (802)	2,97	4.808	1.636
Solo uden samarbejde (514)	1,10	1.891	1.745
Solo med samarbejde (162)	1,02	1.771	1.740
Delepraksis (121)	2,20	3.789	1.769
Partnerskabsklinik (40)	2,03	2.877	1.427
SUL §227, stk. 2 (19)	2,21	3.749	1.708
Udbudsklinik (24)	1,79	2.849	1.662
Regionsklinik (9)	1,44	2.353	1.688
Samlet	2,10	3.459	1.685

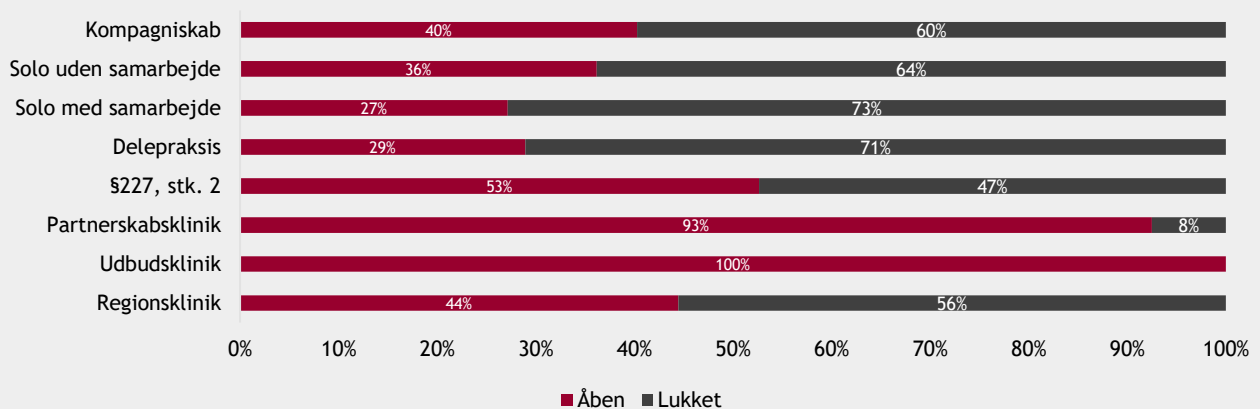
Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.691 praksis.

Tabel 5.3.1a herover giver et overblik over kapacitet og praksisstørrelse fordelt på praksisformer primo 2022. Disse nøgletal har blandt andet betydning for lægedækningen. I gennemsnit har danske praksis omkring 2,1 lægekcapaciteter og 3.450 tilmeldte patienter svarende til 1.685 pr. kapacitet. Opgjort pr. kapacitet har delepraksis flest patienter tæt efterfulgt af solopraksis med og uden samarbejdspraksis.

I vurderingen af sammenligningsparametre vedr. kapacitet i regions- og udbudsklinikker med øvrige praksisformer er det væsentligt at være opmærksom på, at antallet af kapaciteter i modsætning til de øvrige praksisformer er variabelt og kan justeres afhængig af patientantal, ligesom overenskomstens regler om normtal og åben/lukke status ikke er gældende.

De praktiserende læger har mulighed for, men behøver ikke at lukke for patienttilgang, når praksis når en vis størrelse. Som Figur 5.1c illustrerer, er der væsentlig forskel på andelen af praksis med lukket for patienttilgang på tværs af praksisformer. Solopraksis i samarbejdspraksis og delepraksis er de praksisformer, hvor den højeste andel har lukket for patienttilgang. Disse praksisformer har samtidig flest patienter tilmeldt pr. kapacitet. Omvendt er det kendetegnende for partnerskabsklinikker og udbudsklinikker, at de i meget høj grad har åbent for patienttilgang og færre patienter pr. kapacitet.

Figur 5.3.1c: Status for åbenhed for tilgang af nye patienter fordelt på praksisform - 2022

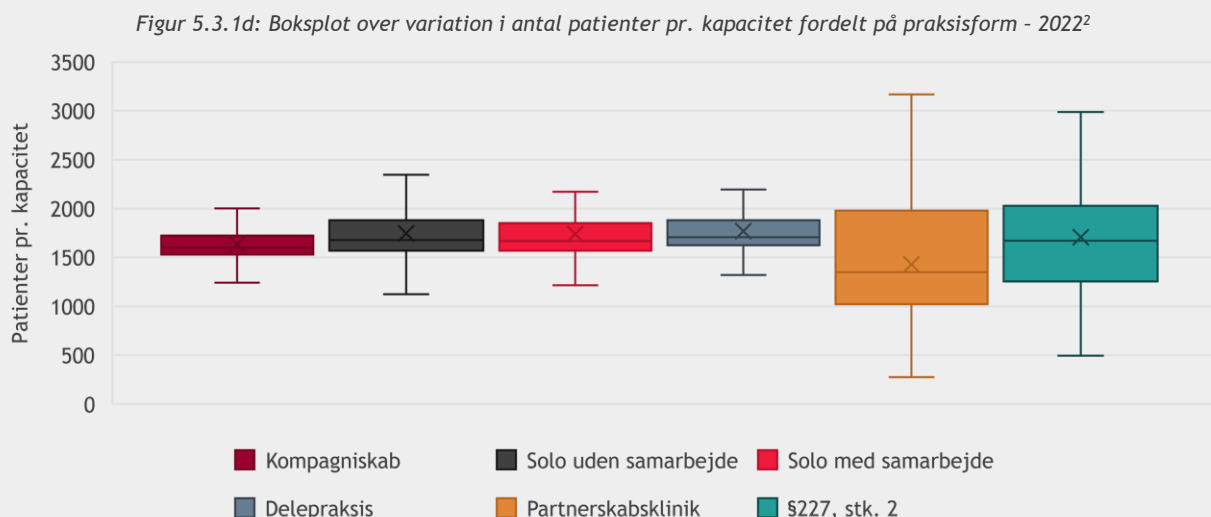


Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1694 praksis. En komplet opgørelse af antal praksis og tilmeldte patienter fordelt på praksisform kan læses i bilag 2, afsnit 1.1.

Det relativt lave antal patienter pr. kapacitet i partnerskabsklinikker skal ifølge de private leverandører ses i lyset af, at disse praksis typisk er yngre og fortsat under opbygning sammenlignet med de traditionelle praksisformer. Da partnerskabsklinikkerne jf. Figur 5.3.1e i højere grad har åbent for patienttilgang, er det sandsynligt, at forskellen vil udjævne sig fremadrettet.

De forrige tabeller med opgørelse af patienter og kapaciteter har vist gennemsnitstal fordelt på praksisformer. For at illustrere den variation der er i antal patienter pr. kapacitet inden for de forskellige praksisformer, er der i Figur 5.3.1d vist et boksplot for hver praksistype. Kassen i boksplottet viser, hvor de midterste 50% af observationerne befinder sig, mens de vandrette streger afgrænser det område, som de fleste af observationerne befinder sig indenfor. Jo bredere kasserne er, jo mere variation er der i, hvor mange patienter pr. kapacitet der er for den givne praksisform. Der er størst variation mellem klinikker inden for de nye praksisformer, mens der ses også en relativt stor variation inden for solopraksis uden samarbejde.

Omfanget af traditionelle praksis med højt patientantal pr. kapacitet kan være underestimeret særligt i lægedækningstruede områder, hvor der ses eksempler på, at en læge midlertidigt bemander flere kapaciteter indtil der er fundet en ny partner. I sådanne praksis vil patienter pr. kapacitet fremstå kunstigt lavt i statistikken, fordi antal kapaciteter i yderregistret er udtryk for de tildelte kapaciteter.

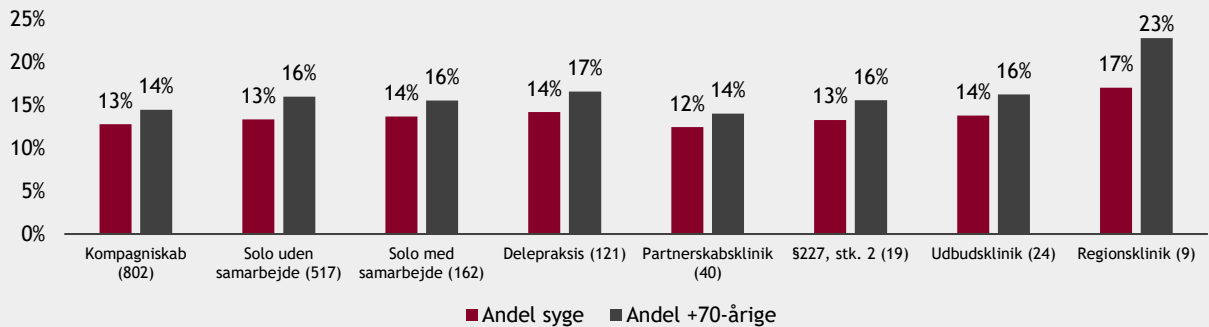


Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Ekstreme outliers er fjernet og indgår ikke. Maksimum og minimumværdier er således uden outliers.

BDO har undersøgt patientprofilen på tværs af praksisform. Konkret er dette gjort ved, at BDO har sammenlignet den gennemsnitlige andel +70-årige for hver praksisform. Forskellen i andel syge patienter mellem praksisformer 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 1.1.1. Samme indeks anvendes som mål for patienttyngde i beregning af differentieret basishonorar.

Som det fremgår af Figur 5.3.1e på næste side ses en begrænset variation på tværs af praksisformer. Figuren viser en svag tendens til, at partnerskabsklinikker og kompagniskaber har lidt lavere andel ældre og syge patienter tilmeldt. Regionsklinikkerne adskiller sig dog fra de øvrige ved at have en højere andel syge og +70-årige. Da praksisformerne ikke er ens repræsenteret i de geografiske områder, er det sandsynligt, at forskellene har en vis sammenhæng med befolknings sammensætningen i området.

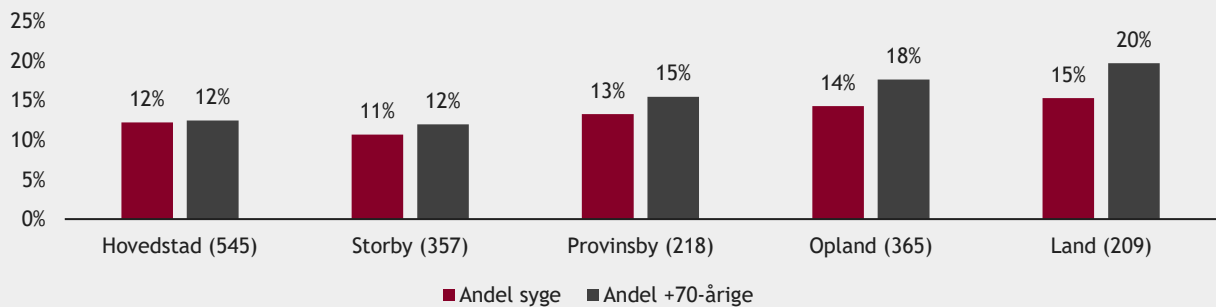
Figur 5.3.1e: Andel +70-årige og syge borgere på tværs af praksisform



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1.694 praksis. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper. 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

Når fordelingen af ældre og syge på tværs af praksis grupperes efter kommunetype fremkommer en mere klar sammenhæng end fordelt efter praksisformer. Som vist i Figur 5.3.1f har praksis beliggende i storbykommuner og i hovedstaden den laveste andel ældre og syge, mens praksis i landkommuner har den højeste andel. Dette giver et klart billede af, at rammebetingelserne i det geografiske område, hvor praksis er placeret, har betydning for opgaveløsningen.

Figur 5.3.1f: Andel +70-årige og syge borgere på tværs af kommunetype



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2022. N=1694 praksis. Antal praksis i parentes. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper. Sygelighed dækker patienter med lav, mellem og høj sygelighed opgjort ifølge Charlson's Comorbidity Index. Se bilag 1, afsnit 1.1.1



5.3.2 Bemanding: Læger og praksispersonale fordelt på praksisformer

Hovedbudskaber vedrørende lægebemanding:

Ansatte lægers andel af de praktiserende læger udgør 2-6 % på tværs af de traditionelle praksisformer, hvor kompagniskabspraksis har højest andel kapaciteter bemandet med ansat praktiserende læge (6 %).

Generelt er der i perioden 2017-2022 sket en stigning i antallet af kapaciteter, der er bemandet med en ansat praktiserende læge efter overenskomstens § 24.

Der er forskel i de praktiserende lægers deltagelse i uddannelse af speciallæger på tværs af praksisformer. 53 % af praksis modtager tutorlægehonorar på tværs af praksisform. Kompagniskabspraksis (74 %) og delepraksis (70 %) er de praksisformer, hvoraf den største andel deltager i uddannelsen af speciallæger. Kun 5 % af partnerskabsklinikkerne har uddannelseslæger.

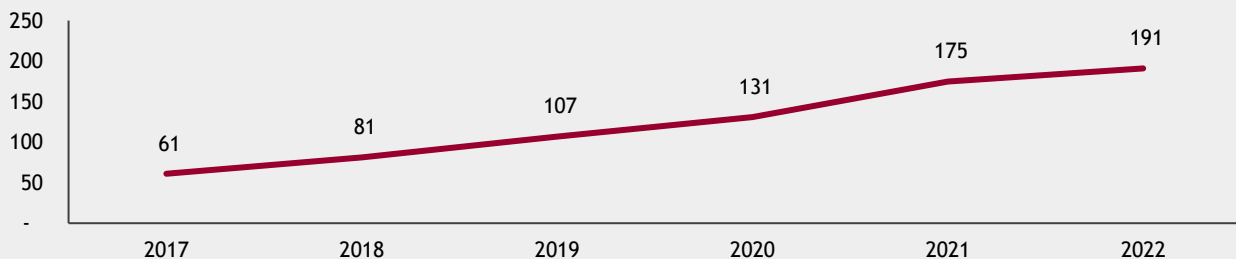
Kompagniskabspraksis er den praksisform, som har den højeste andel yngre/nye praktiserende læger med under 5 års anciennitet i klinikken (23 %)

Ansatte læger

BDO har via Sundhedsdatastyrelsen haft adgang til en oversigt over læger, som er registreret tilknyttet den enkelte praksis. Datamaterialet er anvendt til at undersøge andelen af ansatte læger på tværs af praksisform. Af hensyn til usikkerhed om datakvaliteten i forhold til læger ansat eksternt fra almen praksis - fx en virksomhed med indgået partnerskab med almen praksis i tilfældet med partnerskabsklinikker eller et vikarbureau - indgår kun de traditionelle praksisformer i analysen af andel ansatte. Datasættet er beskrevet i bilag 1, afsnit 1.2.

Af Figur 5.3.2a kan det aflæses, at antallet af kapaciteter bemandet med en ansat læge ansat i regi af de traditionelle praksisformer er steget markant fra 61 til 191 i perioden 2017-2022. Dette svarer til en stigning på 213 % - dvs. mere end en fordobling. Det bør bemærkes, at figuren ikke indeholder data om partnerskabsklinikker, SUL §227, stk. 2 klinikker eller regionsklinikker. Da disse typer praksis ofte primært bemandes af ansatte læger, er det således sandsynligt, at den reelle stigning inklusiv de øvrige nye praksisformer er endnu større. Se bilag 1 afsnit 1.2. for en beskrivelse af data bag figuren.

Figur 5.3.2a: Udvikling i antal ansatte læger 2017-2022 for traditionelle praksisformer



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Yderregistret. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2017-2022. N= 2.185 registrerede praksis. Data indeholder de traditionelle praksisformer; kompagniskab, solopraksis uden samarbejde, solopraksis med samarbejde og delepraksis. Data indeholder alle læger, som var ansat under §24 stk. 1 i gældende overenskomst (2022) og §20 stk. 1 og stk. 3 i tidligere overenskomst (2014) i perioden 2017-2022.

Tabel 5.3.2a nedenfor viser en opgørelse af andelen af praksis, som har modtaget tutorlægehonorar. Det vil sige praksis, som deltager i uddannelsen af speciallæger. Figuren viser, at klart flere kompagniskabs- og delepraksis har uddannelseslæger. Partnerskabsklinikker har kun uddannelseslæger i minimalt omfang. Udbuds- og regionsklinikker har ikke modtaget tutorlægehonorar i 2022.

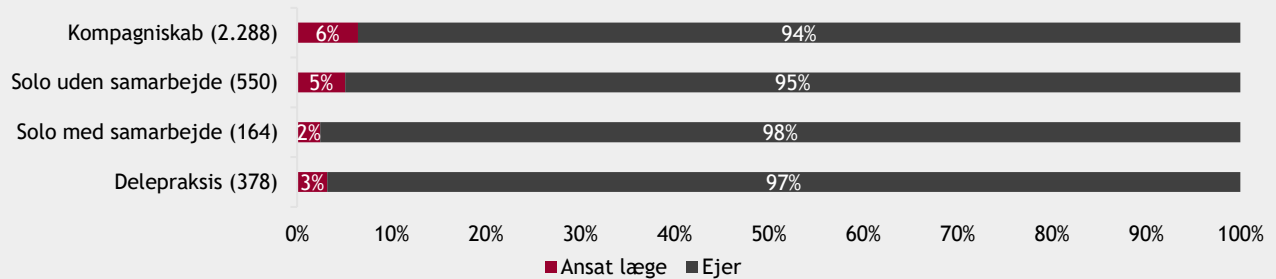
Tabel 5.3.2a: Andel af praksis som modtager tutorlægehonorar fordelt på praksisform 2022

Region	Kompagniskab	Solo uden samarbejde	Solo med samarbejde	Delepraksis	§ 227, stk. 2	Partnerskabsklinik	Samlet
Andel med uddannelseslæger	74%	28%	38%	70%	42%	5%	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. Udbuds- og regionsklinikker er udeladt af figuren, da disse praksisformer ikke har modtaget tutorlægehonorar.

Figur 5.3.2b nedenfor viser, at andelen af ansatte læger varierer fra 2-6 % på tværs af de traditionelle praksisformer. Kompagniskabspraksis, som typisk er en større praksisform med flere kapaciteter og patienter, har den højeste andel ansatte læger.

Figur 5.3.2b: Andel ansatte læger og ejerlæger fordelt på traditionelle praksisformer - 2022

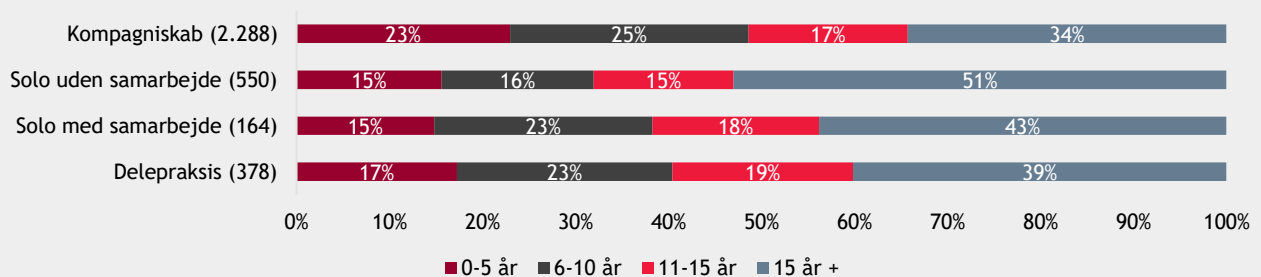


Note: Sundhedsdatastyrelsen. Yderregistret. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2017-2022. N= 1.600 almen praksis. 3.380 læger (ansatte eller ejer; ekskl. praksisreservelæger). Antal læger angivet i parentes efter hver praksisform. Data indeholder de traditionelle praksisformer; kompagniskab, solopraksis uden samarbejde, solopraksis med samarbejde og delepraksis.

Praktiserende lægers anciennitet i almen praksis

Figur 5.3.2c nedenfor viser en opgørelse fordelt på praksisform af praktiserende lægers (både ejere og ansatte læger) anciennitet i den klinik, de var tilknyttet pr. 1. januar 2022. Kompagniskaber er den af de traditionelle praksisformer, som har den største andel praktiserende læger med under 5 års anciennitet og den mindste andel med over 15 års anciennitet. Det gennemsnitlige antal års anciennitet i klinik var 12,6 år for læger i kompagniskabspraksis, 16,5 år i solopraksis uden samarbejde, 15,1 år i solopraksis med samarbejde og 13,8 år for delepraksis. Generelt er ancienniteten i lægers nuværende klinik således lavest i kompagniskaber og højest i solopraksis.

Figur 5.3.2c: Lægers anciennitet i nuværende klinik fordelt på praksisform - 2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Yderregistret. Aktive almen praksis (ydernumre) i yderregistret 1. januar 2017-2022. N= 1.600 almen praksis. 3.326 læger (ansatte eller ejer; ekskl. praksisreservelæger). Data indeholder de traditionelle praksisformer; kompagniskab, solopraksis uden samarbejde, solopraksis med samarbejde og delepraksis. Anciennitet målt imod 1. januar 2022. Antal læger i parentes.

Hovedbudskaber vedrørende praksispersonale:

Der er sket en generel stigning i antallet af praksispersonale på ca. 20 % fra 2018-2022.

Det vurderes, at 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.

Baseret på en hjemmesidegennemgang skønnes læger at udgøre den højeste andel af den samlede bemanning i delepraksis og kompagniskaber (hhv. 53 % og 51 %) fulgt af solopraksis med eller uden samarbejde (hhv. 44 % og 43 %).

Sundhedspersonale skønnes at udgøre den største andel af bemanningen i praksis i partnerskabsklinikker (55 %) og praksis drevet af læger med flere ydernumre (41%).

Baseret på hjemmesidegennemgangen skønnes det, at omkring 13 % af praksis ingen sygeplejersker har. De praksisformer, hvor den største andel af praksis ikke har sygeplejersker ansat, er henholdsvis solopraksis uden samarbejde (22 %) og solopraksis med samarbejde (29 %).

Partnerskabs- og SUL §227, stk. 2 klinikker er de praksisformer, som har flest sygeplejersker ansat pr. læge. Baseret på spørgeskemaundersøgelsen skønnes det, at delegation af opgaver til praksispersonale er mere udpræget indenfor de øvrige praksisformer SUL § 227, stk. 2-, partnerskabs- og regionsklinikker end for de traditionelle praksisformer.

Omfanget af delegation af opgaver til praksispersonale varierer betragteligt internt på tværs de fire traditionelle praksisformer. Variation i omfanget af delegation af opgaver til praksispersonale på tværs af praksis inden for samme praksisform er særligt høj indenfor kategorien solopraksis uden samarbejde.

Læger og praksispersonale i almen praksis

Praksispersonale ansat i almen praksis er belyst i forhold til antal, type og delegationsgrad med sigte på at afdække eventuelle forskelle på tværs af praksisformer. Forholdet mellem læger og praksispersonaler er undersøgt ud fra en antagelse om, at forholdet har betydning for muligheden for at opnå kapacitetsudnyttelse af de knappe læge- og sygeplejerskeressourcer gennem hensigtsmæssig arbejdsdeling. Grundet manglende adgang til datakilder om årsværk af hhv. læger og praksispersonale har det ikke været muligt at foretage en nøjagtig analyse af forholdet. Datakilderne bag analysen af bemanning er beskrevet i nedenstående tekstboks samt bilag 1, afsnit 1, 4 og 5.

Datakilder om læger og personale i almen praksis

Bemanning i almen praksis er opgjort via flere forskellige datakilder, hvoraf flere er produceret til analysen. Det skyldes, at BDO ikke har haft adgang til en komplet opgørelse af antal personer og årsværk fordelt på ydernummer samt inddelt i stillingskategori.

Analysen af bemanning baserer sig på tre datakilder; (1) en spørgeskemaundersøgelse til almen praksis, (2) data fra det Centrale Virksomhedsregister og (3) en gennemgang af hjemmesider for almen praksis. De tre datakilder udgør tre metoder, hvormed bemanning kan måles i almen praksis. Grundet metodiske forbehold kan datakilderne ikke anvendes til en eksakt opgørelse af bemanning i almen praksis - fx antal læger eller sygeplejersker opgjort i årsværk - på niveau af praksisform.

Opgørelsesmetoderne kan i stedet anvendes til at sammenligne en række relevante forhold mellem praksisformer, som omhandler bemanning; fx antal praksispersonale ansat på tværs af praksisform eller sundhedspersonalets andel af den samlede bemanning i almen praksis opgjort i personer.

Ifølge en offentliggjort PLO analyse ("Vokseværk i almen praksis", december 2022) var der i 2022 ansat 3.928 sundhedsfaglige medarbejdere (årsværk) i almen praksis. Af disse udgjorde 2.054 sygeplejersker. Analysen konkluderer, at der er sket en stigning på 20 % i antal ansat praksispersonale på blot 4 år. PLO analysen viser desuden, at der i lægedækningstruede områder er ansat mere personale pr. læge sammenlignet med resten af landet. Analysen sammenligner ikke bemanning på tværs af praksisformer.

Ejerlæger og ansatte læger, der bemander en kapacitet, er som tidligere nævnt registreret på ydernumre i yderregistret. Yderregistret indeholder ikke information om praksispersonale tilknyttet den enkelte praksis. Derfor har BDO anvendt andre metoder til at kortlægge bemanningen set på tværs af praksisformer.

Det Centrale Virksomhedsregister (CVR-registret) indeholder oplysninger om antal ansatte og årsværk fordelt på CVR-numre, der sædvanligvis kan kobles med ydernumre for de traditionelle praksisformer. BDO vurderer, at oplysninger om ansatte i CVR-registret er sammenlignelige på tværs af enkeltmandsvirksomheder og interessentskaber, der udgør hovedparten af praksis. Disse to virksomhedstyper inkluderer som hovedregel ikke ejerlæger under antal ansatte. Oplysningerne i CVR-registret omfatter samtlige ansatte uanset faggruppe dvs. både ansatte læger og praksispersonale, men eksklusive ejerlæger. Datasættet er beskrevet i bilag 1, afsnit 1.5.

Tabel 5.3.2b: Gennemsnitlig antal ansatte og årsværk fordelt på praksisform ifølge CVR-registret

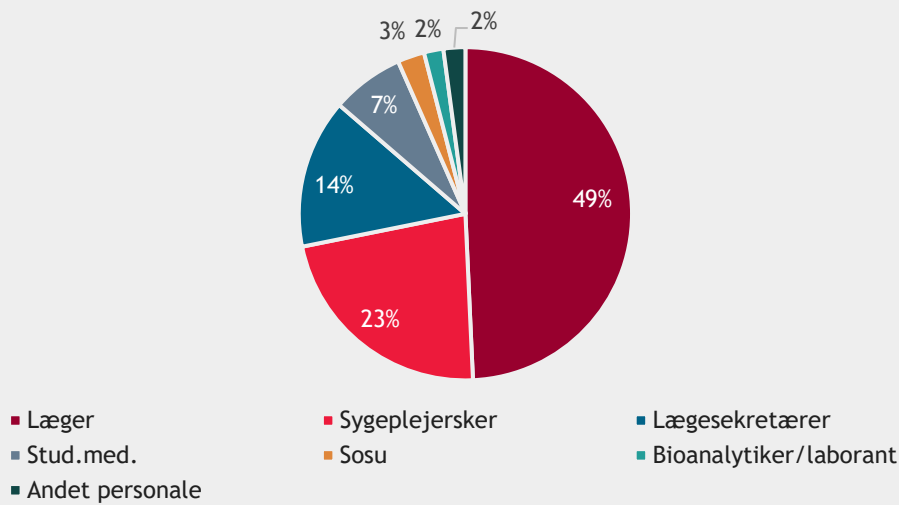
Praksisform	Gns. antal ansatte	Gns. årsværk	Gns. antal ansatte pr. kapacitet	Gns. årsværk pr. kapacitet
Kompagniskab (n=756)	7,6	4,5	2,6	1,5
Solo uden samarbejde (n=423)	3,1	1,5	2,8	1,4
Solo med samarbejde (n=109)	2,7	1,4	2,4	1,4
Delepraksis (n=113)	6,0	3,4	2,7	1,5
Samlet	5,7	3,3	2,6	1,5

Note: CVR-registret, 2022. N=1.401 almen praksis. Figuren indeholder kun data for de fire traditionelle praksisformer samt de praksis, som har virksomhedstypen 'enkeltmandsvirksomhed' eller 'interessentskab'. Antal ansatte er inklusiv både ansatte læger og praksispersonale. Ejerlæger er ikke inkluderet i data.

Oplysningerne om antal årsværk i CVR-registret er også sammenlignet på tværs af regioner. Tallene afspejler forskellige praksisstruktur og praksisstørrelse, idet der er flest ansatte pr. praksis i Region Midtjylland og Nordjylland og færrest ansatte pr. praksis i Region Hovedstaden. Opgjort som ansatte årsværk pr. kapacitet varierer antallet mellem 2,0 i Region Nordjylland og 1,2 i Region Hovedstaden. Analysen af ansatte fordelt på region fremgår af bilag 2, afsnit 1.3. De metodiske forbehold fremgår af bilag 1, afsnit 1.5.

For at sammenligne antal og typer personale (faggrupper) i almen praksis fordelt på praksisformer har BDO undersøgt de oplysninger, der fremgår af praksis' hjemmesider. Indsamlingsmetoden og data er beskrevet i bilag 1, afsnit 5. Nedenstående figur 5.3.2d viser den bemanning, der er oplyst på 1.143 hjemmesider for almen praksis fordelt på stillingsbetegnelse. Resultatet må vurderes med forbehold for, at de praktiserende læger ikke er forpligtet til at oplyse personale på praksis hjemmeside. Imidlertid er det BDO's vurdering, at metoden giver et retvisende billede af forholdet mellem læger og praksispersonale med det forbehold, at informationen omfatter personer og ikke årsværk. Opgørelsen viser, at læger udgør næsten halvdelen af bemanningen (49%) fulgt af sygeplejersker (25%) og sekretærer (15%). De øvrige faggrupper udgør sammenlagt 14 %.

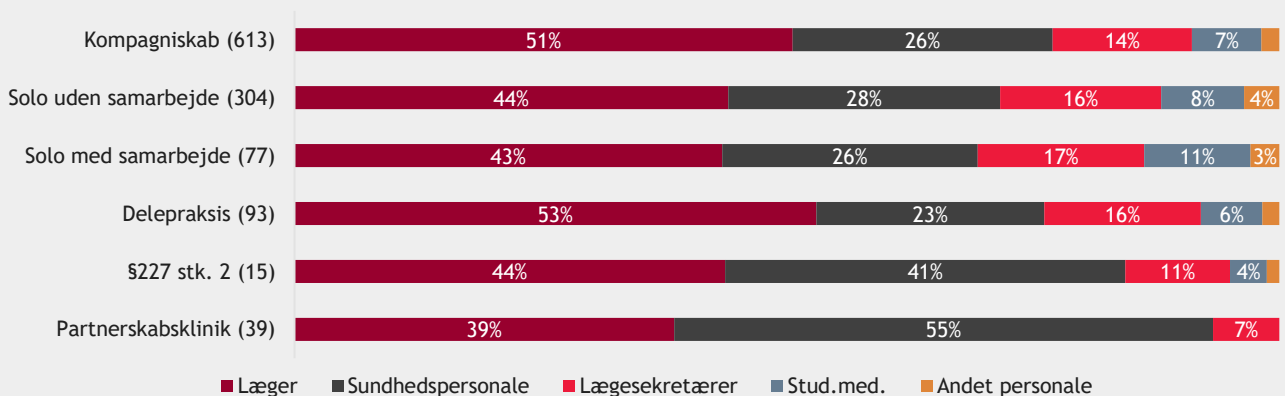
Figur 5.3.2d: Bemanding i almen praksis fordelt på stillingsbetegnelser (opgjort i personer)



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.143 hjemmesider. N=8.503 antal personale. Læger tæller alle typer læger dvs. både special-, reserve-, uddannelseslæger mv.

Figur 5.3.2e viser bemandingen i almen praksis opgjort ifølge hjemmesidegennemgangen fordelt på praksisform. Det kan af figuren aflæses, at læger i de to solopraksis former udgør en relativt mindre andel af den totale bemanding målt i antal personer, mens praksispersonale udgør en større andel. Delepraksis har den højeste gennemsnitlige andel læger, hvilket er definerende for delepraksis. Partnerskabsklinikker har en markant højere andel sundhedspersonale - primært sygeplejersker - end de øvrige praksisformer. Det relativt høje antal sygeplejersker for partnerskabsklinikker kan genfindes i bilag 2, afsnit 1.3. Udbuds- og regionsklinikker fremgår ikke af figuren grundet et lavt antal observationer.

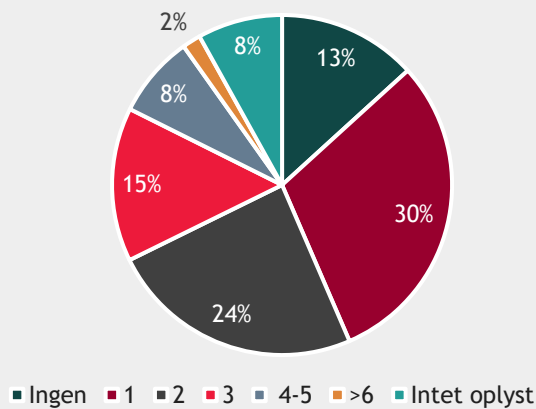
Figur 5.3.2e: Bemanding i almen praksis fordelt på stillingsbetegnelser (opgjort i personer) og praksisform



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.143 hjemmesider. N=8.491 antal personale. Læger tæller alle typer læger dvs. både special-, reserve-, uddannelseslæger mv. Sundhedspersonale dækker sygeplejersker, jordemødre, SOSU-personale, bioanalytikere, farmakonomer (ekskl. stud.med.)

Figur 5.3.2f viser en opgørelse over, hvor stor en andel af almen praksis der på deres hjemmeside oplyser, at de har ingen eller flere sygeplejersker ansat. I alt 57 % af praksis har en eller to sygeplejersker ansat, mens 33 % har flere end to sygeplejersker ansat. En minoritet på 13 % af praksis oplyser at de ingen sygeplejersker har ansat, mens 8 % af hjemmesiderne ikke indeholder oplysninger praksispersonale. Figuren viser kun sygeplejersker angivet i antal 'personer' pr. praksis opgivet på praksis' hjemmesider, hvorfor det ikke er muligt via denne metode at kortlægge årsværk samt evt. brug af vikarer.

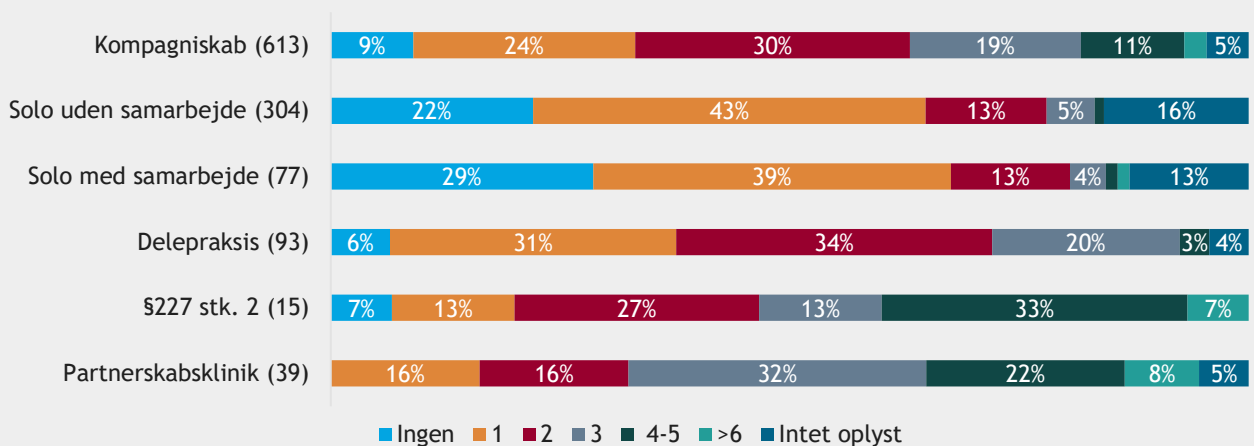
Figur 5.3.2f: Praksis fordelt efter oplyst antal ansatte sygeplejersker



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.143 hjemmesider.

Figur 5.3.2g nedenfor angiver andelen af hjemmesider, som angiver antal ansatte sygeplejersker fordelt på praksisform. Det kan aflæses, at en relativ stor andel på 22-29 % solopraksis ikke har sygeplejersker ansat. Omvendt har en stor andel partnerskabsklinikker et relativt højt antal sygeplejersker ansat.

Figur 5.3.2g: Andel af praksis, som oplyser, at man har ingen eller flere sygeplejersker ansat fordelt på praksisform



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.141 hjemmesider.

Tabel 5.3.2c giver et overblik over det gennemsnitlige antal læger, sundhedspersonale (fx. sygeplejersker, SOSU-assistent, jordemødre), lægesekretærer og praksispersonale (sundhedspersonale + lægesekretærer) pr. læge på tværs af de fire traditionelle praksisformer. Det skal bemærkes, at tabellen baserer sig på det antal personer, som er oplyst af almen praksis i BDO's spørgeskemaundersøgelse. Tal for bemanding af øvrige praksisformer fra spørgeskemaundersøgelsen præsenteres ikke grundet et begrænset antal observationer.

Tabel 5.3.2c: Gennemsnitlige antal læger, sundhedspersonale og lægesekretærer samt praksispersonale pr. læge fordelt på praksisform ifølge BDO's spørgeskemaundersøgelse (målt i 'personer')

Praksisform	Gns. antal læger	Gns. antal sundhedspersonale	Gns. antal lægesekretærer	Gns. antal praksispersonale pr. læge
Kompagniskab (n=374)	4,76	4,20	1,74	1,32
Solo u. samarbejde (n=175)	1,58	1,56	0,78	1,66
Solo m. samarbejde (n=55)	1,60	1,73	0,93	1,80
Delepraksis (n=60)	4,80	3,55	1,53	1,08
Samlet (n=664)	3,67	3,24	1,40	1,43

Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=664. Sundhedspersonale dækker sygeplejersker, jordemødre, SOSU-personale, bioanalytikere, farmakonomer, medicinstuderende mv (ekskl. lægesekretærer). Kategorien læge indeholder både special/ejer-, reserve-, uddannelseslæger mv. Vægtet gennemsnit.

De forskellige datakilder indikerer overordnet set, at selvom der tilsyneladende er mere praksispersonale til stede i kompagniskaber og delepraksis, så skyldes dette sandsynligt, at disse praksis er større og råder over flere lægekapaciteter. Det er ikke muligt at konkludere noget sikkert om kapacitet fra praksispersonale set på tværs af praksisformer, da datakilderne ikke indeholder information om arbejdstid, og årsværk i CVR-registret ikke kan fordeles på ansatte læger og praksispersonale.

5.3.3 Bemanding: Delegation og brug af praksispersonale

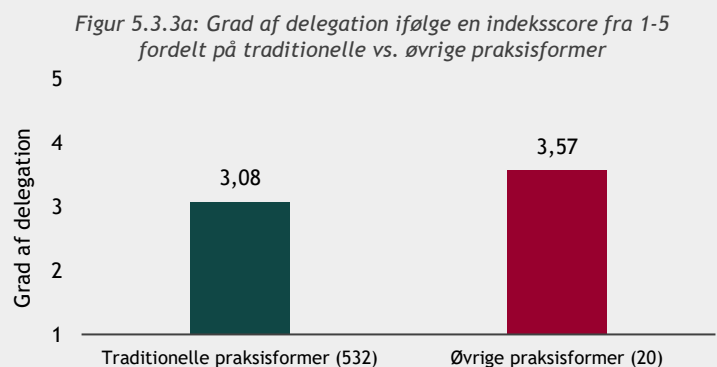
BDO har via spørgeskemaundersøgelsen til de praktiserende læger målt graden af delegation af opgaver til praksispersonale. I undersøgelsen er respondenter blevet stillet spørgsmål til, hvorvidt håndtering af specifikke opgaver deles ligeligt i deres praksis mellem læger og praksispersonale, eller hvorvidt opgaverne håndteres enten primært eller udelukkende af læger eller praksispersonale.

På baggrund af undersøgelsen er opgjort en score for graden af delegation til praksispersonale i den enkelte praksis. Denne score afspejler spørgsmålene om hvem, der varetager de oplyste opgaver, uden at opgavernes volumen og relevans er afvejet over for hinanden. Scoren går fra 1 (lav delegation) til 5 (høj delegation). Scoren er et indeks beregnet på baggrund af respondenterne svar på spørgsmål om delegation ud fra skalaen (1) opgave håndteres udelukkende af lægen, (2) opgaven håndteres primært af lægen, (3) opgaven deles ligeligt mellem læge og praksispersonale, (4) opgaven håndteres primært af praksispersonale og (5) opgaven håndteres udelukkende af praksispersonale. Spørgsmålene angik opgaverne; kontrol af borgere med kroniske lidelser, almindelige konsultationer, diagnostiske test, vaccinationer og telefon- og videokonsultationer. De specifikke opgaver er udvalgt, da de især uddelegeres sammenlignet med øvrige opgavetyper (se bilag 2, afsnit 1.4).

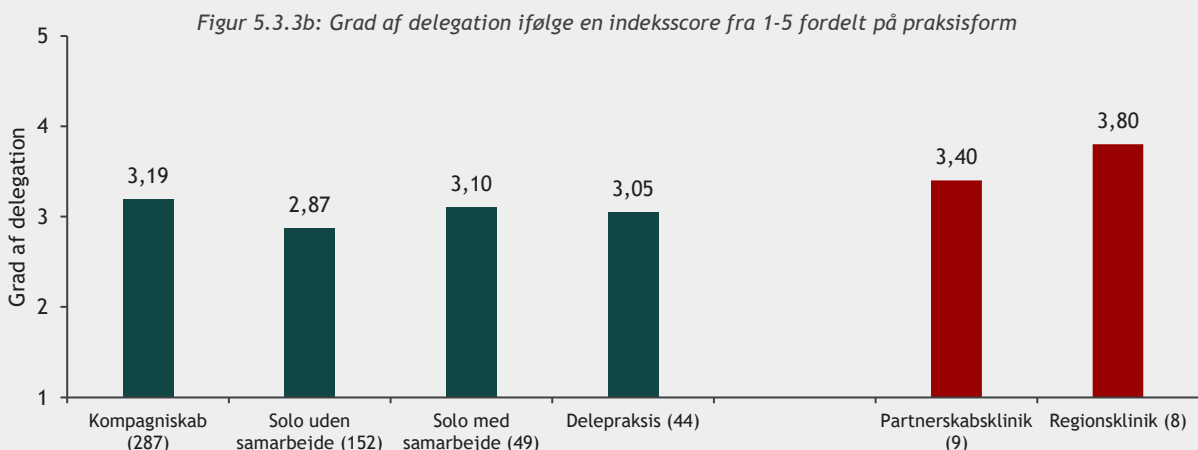
Figur 5.3.3a viser delegationsgraden i henholdsvis de traditionelle praksisformer og 'øvrige praksisformer' (SUL §227, stk. 2-, partnerskabs- og regionsklinikker) via en gennemsnitlige score fra 1-5, hvor 5 repræsenterer størst grad af delegation.

Besvarelsene indikerer, at der er en højere delegationsgrad indenfor 'øvrige praksisformer' sammenlignet med de traditionelle praksisformer. Forskellen i gennemsnit mellem de to grupper er statistisk signifikant. Udbudsklinikker indgår ikke grundet manglende besvarelser.

Figur 5.3.3b viser graden af delegation på tværs af praksisformer. Undersøgelsen viser, at kompagniskabspraksis har den højeste score for delegation indenfor de traditionelle praksisformer. Scoren for kompagniskaber (3,19) er dog ikke betydelig større end for solopraksis med samarbejde (3,10), og forskellen er ikke statistisk signifikant.



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=552 almen praksis. Udvalgte opgavetyper tæller diagnostiske test, vaccination, kontrol af borgere med kroniske lidelser, almindelige konsultationer, telefon- og videokonsultation. Øvrige praksisformer dækker partnerskabs-, regions-, og SUL §227, stk. 2-klinikker.

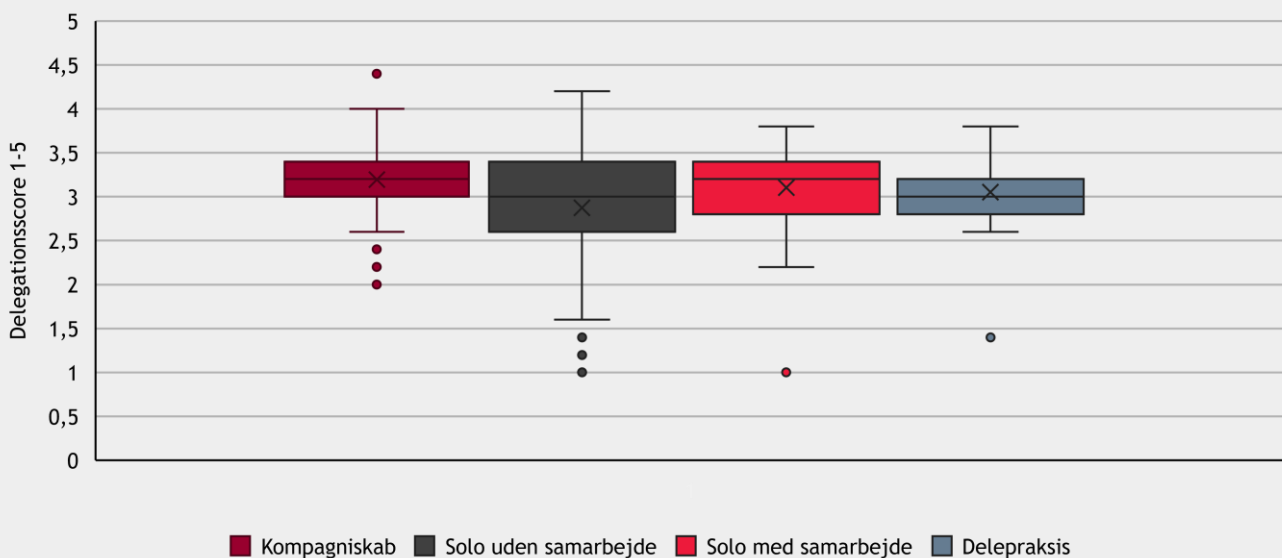


Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=549 almen praksis. Udvalgte opgavetyper tæller diagnostiske test, vaccination, kontrol af borgere med kroniske lidelser, almindelige konsultationer, telefon- og videokonsultation.

De traditionelle og 'øvrige' praksisformer er angivet i hhv. grønne og røde søjler. Læger med flere ydernumre fremgår ikke af figuren grundet et begrænset antal respondenter (3).

Figur 5.3.2a og 5.3.2b viste den gennemsnitlige delegationsgrad fordelt på praksisform. Figureerne indfanger dog ikke variationen inden for samme praksisform. Derfor er der udarbejdet en figur i form af et boksplot (Figur 5.3.3c), som viser variationen i samlet score for delegationsgrad på praksisniveau opgjort efter førnævnte metode på grundlag af spørgeskemaundersøgelsen. Kassen i boksplottet viser, hvor de midterste 50% af observationerne befinder sig, mens de vandrette streger afgrænset det område, som de fleste af observationerne befinder sig indenfor. Jo bredere kasserne er, jo mere variation er der i delegeringsdrag for den givne praksisform. Figur 5.3.3c viser en betydelig variation i delegeringscore inden for hver praksisform. Der er altså en betydelig forskel i, hvor meget de enkelte praksis delegerer. Den største spredning i delegationsgrad er inden for solopraksis efterfulgt af solopraksis med samarbejde, mens der også er indikation for en vis variation inden for gruppen af kompagniskaber. Øvrige praksisformer er ikke inddraget i figuren grundet et lavt antal observationer.

Figur 5.3.3c: Boksplot for delegation for udvalgte opgavetyper ifølge en indeksscore fra 1-5 fordelt på praksisform³



Note: Spørgeskemaundersøgelse dec./jan. 22/23. n=549 almen praksis. Udvalgte opgavetyper tæller diagnostiske test, vaccination, kontrol af borgere med kroniske lidelser, almindelige konsultationer, telefon- og videokonsultation. Skala for besvarelse; (1) opgave håndteres udelukkende af lægen, (2) opgaven håndteres primært af lægen, (3) opgaven deles ligeligt mellem læge og praksispersonale, (4) opgaven håndteres primært af praksispersonale og (5) opgaven håndteres udelukkende af praksispersonale. Krydset angiver gennemsnit.

5.3.4 Udvalgte aktiviteter: Konsultationer, sygebesøg

Hovedbudskaber:

Der ses en begrænset variation i gennemsnitligt antal afholdte konsultationer pr. patient på tværs af de traditionelle praksisformer. I sammenligning med de traditionelle praksisformer udfører partnerskabsklinikker og SUL §227, stk. 2-klinikker (praksis ejet af læger med flere ydernumre) lidt flere konsultationer pr. patient.

Videokonsultationer anvendes generelt i beskedent omfang, og ydelsen er fortsat under implementering. Første halvår 2022 var status, at kompagniskabs- og delepraksis udførte flere videokonsultationer pr. 1.000 patienter sammenlignet med solopraksis med og uden samarbejde.

Partnerskabs- og SUL §227, stk. 2-klinikker foretager i gennemsnit flest sygebesøg pr. patient.

Der ses en betydelig intern variation i antallet af sygebesøg foretaget pr. patient mellem praksis indenfor hver praksisform.

BDO har foretaget en sammenligning af aktivitetsniveauet på tværs af praksisformer for udvalgte ydelser i form af forskellige typer konsultationer og sygebesøg. I analyse af aktivitet udgør det en potentiel fejlkilde at sammenligne enkeltydelser såsom videokonsultationer og sygebesøg mellem udbuds- og regionsklinikker og resten af praksisformerne, fordi netop disse praksis ikke modtager aktivitetsbestemt honorering og derfor ikke har samme incitament til at registrere aktiviteter som ydelser. Af denne årsag er udbuds- og regionsklinikker ikke inddraget i analysen af aktivitet.

Tabel 5.3.4a nedenfor viser det gennemsnitlige antal ydelser pr. 1.000 patienter for forskellige typer af konsultationer fordelt på praksisform. Generelt ses en begrænset variation i antal konsultationer pr. patient for de traditionelle praksisformer. Til sammenligning udfører SUL §227, stk. 2 klinikker og partnerskabsklinikker flest konsultationer pr. patient.

Antallet af telefonkonsultationer pr. patient varierer i større grad end fysiske konsultationer set på tværs af praksisformer. Kompagniskaber og delepraksis udfører i gennemsnit færre telefonkonsultationer end de øvrige praksisformer. Videokonsultationer anvendes kun i beskedent omfang sammenlignet med de øvrige kontaktformer. Generelt ses en variation i antal videokonsultationer pr. patient på tværs af praksisformer og mellem praksis inden for praksisformer. Videokonsultation skal ifølge overenskomstaftalen implementeres i løbet af overenskomstperioden. Kompagniskabs- og delepraksis udfører gennemsnitligt set flere videokonsultationer pr. patient end de to typer solopraksis. Med hensyn til e-konsultationer ses en variation fra 559 e-konsultationer pr. 1.000 patienter hos partnerskabsklinikker til 736 hos delepraksis.

Tabel 5.3.4a: Gennemsnitlige antal konsultationsydelser pr. 1.000 patienter fordelt på praksisformer - første halvår 2022

Praksisform	Gns. antal konsultationer pr. 1.000 patient	Gns. Antal tlf. konsultationer pr. 1.000 patient	Gns. antal video-konsultationer pr. 1.000 patient	Gns. antal e-konsultationer pr. 1.000 patient
Kompagniskab	1.362	660	33	702
Solo uden samarbejde	1.370	932	16	697
Solo med samarbejde	1.293	891	12	662
Delepraksis	1.376	730	31	736
SUL §227, stk. 2 klinikker	1.439	928	<<	663
Partnerskabsklinikker	1.487	989	23	559
Samlet	1.364	731	29	698

Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvdel 2022. 0101-Konsultation, 0201-Telefonkonsultation, 0105-E-konsultation, 0125-Videokonsultation. Vægtet gennemsnit. Videokonsultationer ikke angivet for SUL §227, stk. 2 klinikker grundet begrænset anvendelse.

Da sygebesøg er en væsentlig aktivitet for gruppen af ældre og syge patienter, har BDO foretaget en sammenligning af udførte sygebesøg pr. 100 patient og pr. 100 +70-årig patient på tværs af praksisform. Alle praksis skal ifølge overenskomsten tilbyde sygebesøg og opsøgende hjemmebesøg.

Variationen i anvendelsen af sygebesøg på tværs af praksisformer fremgår af Tabel 5.3.4b nedenfor. Figuren viser, at partnerskabsklinikker og SUL §227, stk. 2 klinikker udfører et højere antal sygebesøg pr. patient sammenlignet med de traditionelle praksisformer. Inden for de traditionelle praksisformer udfører solopraksis med samarbejde færrest sygebesøg. Når antal sygebesøg i alt sammenlignes med sygebesøg til +70 årige tilmeldt klinikken ses et tilsvarende variation. Dog er det partnerskabsklinikker, der i gennemsnit har flest sygebesøg pr. 100 +70 årig patient, mens delepraksis aflægger flest opsøgende hjemmebesøg. Det bør bemærkes, at der er en betydelig variation i antallet af sygebesøg pr. patient internt i hver praksisform. De oplyste gennemsnit i tabellen dækker således over en intern variation. Bilag 2 afsnit 1.6 viser, hvordan hver praksis indenfor praksisformer fordeler sig på intervaller i forhold til gennemførte sygebesøg.

For de opsøgende hjemmebesøg (ydelse 0121) pr. patient ses den gennemsnitlige anvendelse at være relativt ens inden for kategorierne. Dette dækker over en stor variation i anvendelsen af denne enkeltydelse på tværs af individuelle praksis inden for samme praksisform.

Tabel 5.3.4b: Gennemsnitlige antal sygebesøg og opsøgende hjemmebesøg pr. 1.000 patienter og pr. 100 +70-årig patient fordelt på praksisformer - første halvår 2022

Praksisform	Gns. antal sygebesøg pr. 1.000 patient	Gns. Antal sygebesøg pr. 100 +70-årig patient	Gns. antal opsøgende hjemmebesøg pr. 1.000 patient	Gns. antal opsøgende hjemmebesøg pr. 100 +70-årig patient
Kompagniskab	43,1	30,0	4,0	2,8
Solo uden samarbejde	43,7	28,1	4,0	2,6
Solo med samarbejde	34,1	22,0	3,4	2,2
Delepraksis	43,9	27,0	4,6	2,8
§227, stk. 2-klinikker	52,1	33,7	<<	<<
Partnerskabsklinikker	47,7	34,2	4,4	3,2
Samlet	43,1	29,1	4,0	2,7

Note: Sygesikringsregistret. Ydelser første halvdel 2022. Antal sygebesøg måles via ydelserne '0411-0461 Sygebesøg' samt '0491 Sygebesøg på ruten'. 0121-opsøgende hjemmebesøg. Vægtet gennemsnit. Opsøgende hjemmebesøg ikke angivet for SUL §227, stk. 2 klinikker grundet begrænset anvendelse.

5.3.5 Aktivitet: Henvisningsmønstre

Hovedbudskaber:

Der er ikke væsentlig forskel i de overordnede henvisningsmønstre mellem de traditionelle praksisformer.

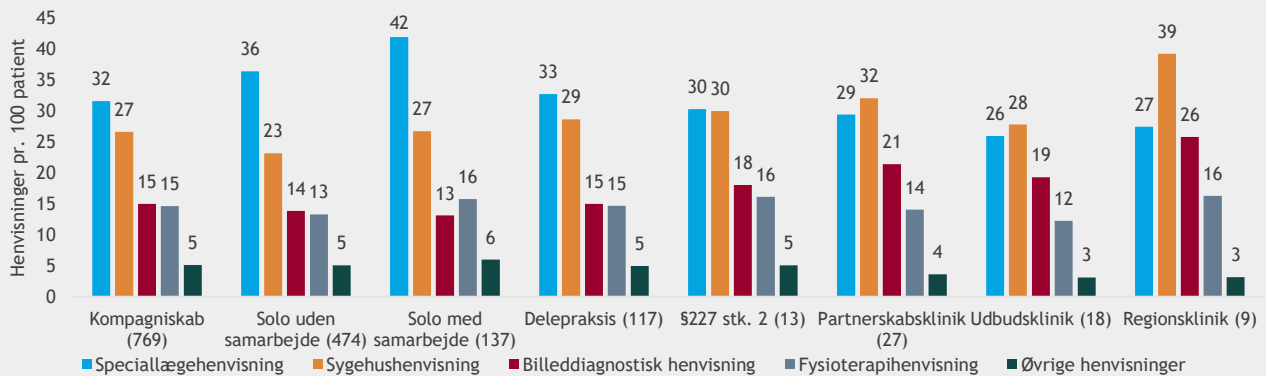
Solopraksis med og uden samarbejde sender i gennemsnit flere henvisninger pr. patient til speciallæger end andre praksisformer, hvilket sandsynligvis har sammenhæng med forskelle i patientgrundlag og rammebetingelser.

Regionsklinikker adskiller sig fra andre praksisformer i forhold til henvisningsmønstre, da de i gennemsnit sender flere henvisninger pr. patient. Derudover kan der ikke identificeres signifikante forskelle i brug af henvisninger mellem traditionelle og nye praksisformer.

Kortlægningen indikerer, at forskelle i henvisningsmønstre på tværs af praksisformer især er relateret til forskelle i patientgrundlag og rammebetingelser.

På baggrund af statistik fra MedCom er der udarbejdet en opgørelse af forskelle i omfang af henvisninger til speciallæge, sygehuse, billeddiagnostiske henvisninger og fysioterapi pr. 100 tilmeldte patienter på tværs af praksisformer. Opgørelsen i Figur 5.3.5a viser en forskel i antal henvisninger sendt pr. 100 patient på tværs af praksisform. Solopraksis sender i gennemsnittet flere henvisninger pr. patient til speciallæger end andre praksisformer. Ligeledes sender regionsklinikker flere sygehushenvisninger pr. patient. Det bemærkes, at populationen af praksis indenfor flere af de øvrige praksisformer er lav.

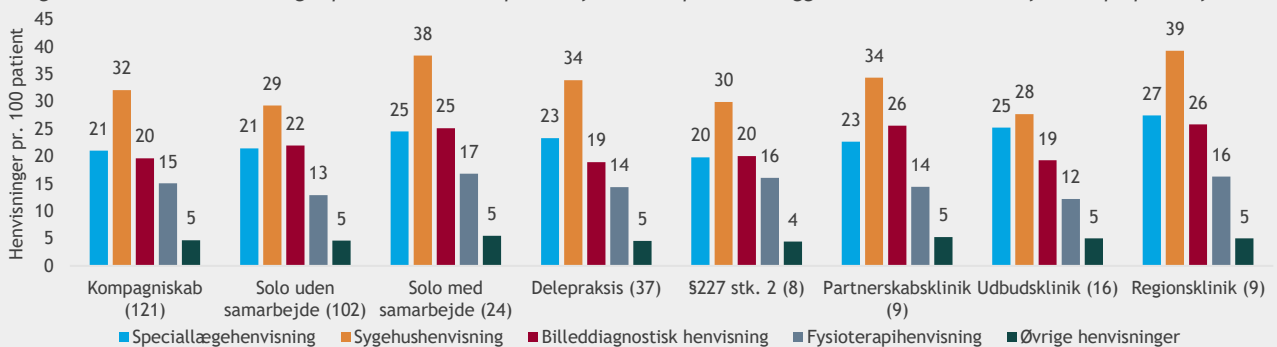
Figur 5.3.5a antal henvisninger pr. 100 tilmeldte patient fra almen praksis fordelt på praksisform



Note: MedCom. N= 5.163.301 henvisninger. Kategorien 'øvrige' i dækker over psykolog- og fodterapihenvi-
sing samt kommunale henvisninger. Øfeldt henvisninger indgår ikke grundet begrænset anvendelse. Henvisninger pr. patient beregnet som væg-
tet gennemsnit.

De observerbare forskelle kan skyldes forskelle i patientgrundlag og rammebetingelser mellem praksisformer. Solopraksis er fx overrepræsenteret i Region Hovedstaden, og regionsklinikker befinder sig kun i lægedækningstruede områder i landkommuner, hvor en større andel af patientgruppen er ældre og/eller syge (se Figur 5.3.1e). I Figur 5.3.5b er der gjort forsøg på at belyse betydningen af rammebetingelser ved udelukkende at sammenligne de praksis, der er beliggende i landkommuner. Figuren viser, at forskelle på tværs af praksisform delvis udviskes, hvis man sammenligner praksis i samme type område. Der ses fortsat et lidt højere omfang af henvisninger i regionsklinikker. I bilag 2 afsnit 1.5 sammenlignes henvisningsmønstre på tværs af kommunetype. Der kan være en forventning om, at praksis med en større andel ældre foretager flere henvisninger pr. patient. Ligeledes viser Figur 5.3.1d en forskel i andelen af ældre på tværs af praksisform, hvor regionsklinikker har relativt flere ældre borgere end andre praksisformer. Af den årsag har BDO foretaget statistisk kontrol for andelen af ældres patienter tilknyttet almen praksis i forhold til antallet af henvisninger sendt pr. patient. Analysen viste, at det relativt høje gennemsnitlige antal henvisninger pr. patient for regionsklinikker delvis kan forklares af, at praksisformen har en større andel ældre.

Figur 5.3.5b Antal henvisninger pr. 100 tilmeldte patient fra almen praksis beliggende i landkommuner fordelt på praksisform



Note: MedCom. N= 1.006.870 henvisninger. Kategorien 'øvrige' i dækker over psykolog- og fodterapihenvi-
sing samt kommunale henvisninger. Øfeldt henvisninger indgår ikke grundet begrænset anvendelse. Henvisninger pr. patient beregnet som væg-
tet gennemsnit.

5.3.6 Aktivitet/praksis: Tilbud og åbningstider for borgere

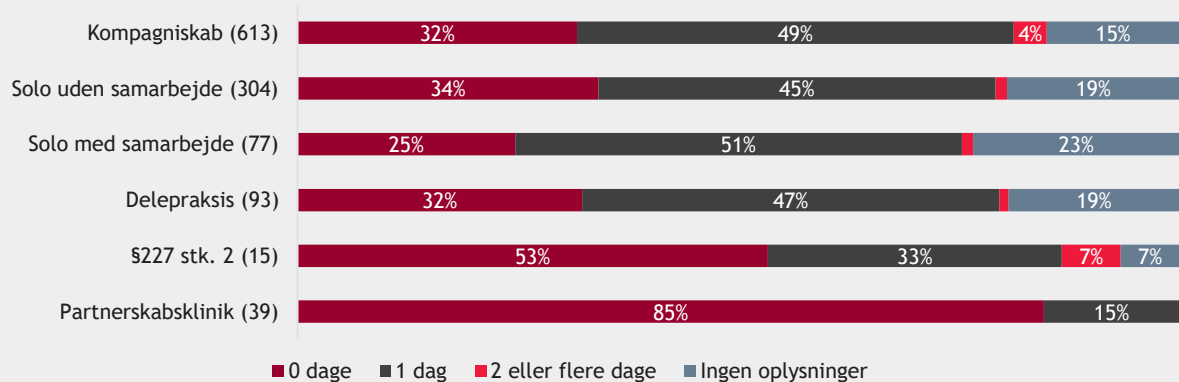
Hovedbudskaber:

På tværs af praksisform har ca. mellem 30 og 40% af praksis ikke oplyst mulighed for konsultationer efter kl. 16 på deres hjemmesider.

Flertallet af praksis har åbent for ikke-akutte telefoniske henvendelser fra borgere på hverdage indtil middag (kl. 12 - 13). Derefter besvares alene opkald om akutte problemstillinger frem til kl. 16.

Dette afsnit og nedenstående Figur 5.3.6a baserer sig på data opnået via BDO's hjemmesidegennemgang, der er gennemført i perioden december 2022-januar 2023. En detaljeret beskrivelse af metode og forbehold for hjemmesidegennemgangen kan læses i bilag 1, afsnit 5. Figuren viser andelen af hjemmesider indenfor hver praksisform, hvor almen praksis oplyser, at klinikken har åbent for konsultation efter kl. 16.00 hhv. én dag om ugen, mere end en dag om ugen eller ingen dage. Det kan aflæses, at mellem 58 og 66 % af hjemmesider for klinikker af de traditionelle praksisformer oplyser åbent mindst én dag om ugen efter kl. 16.00. Udbudsklinikker indgår ikke i figuren grundet et begrænset antal observationer. Det bemærkes, at data om åbningstider alene baserer sig på, hvad almen praksis oplyste på deres hjemmeside på tidspunktet for gennemgangen. Oplysningerne vil af den årsag ikke stemme 100 % overens med virkeligheden, hvis hjemmesider fx ikke er opdateret. Derfor vil sene konsultationstider via fx lægevejen eller ad hoc aftaler ikke fremgå. BDO vurderer imidlertid, at hjemmesider udgør en central informationskilde for borgere og dermed for den oplevede tilgængelighed.

Figur 5.3.6a: Andel af almen praksis' hjemmesider, som oplyser én eller flere dage åbent efter kl. 16.00 fordelt på praksisformer



Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.140 hjemmesider.

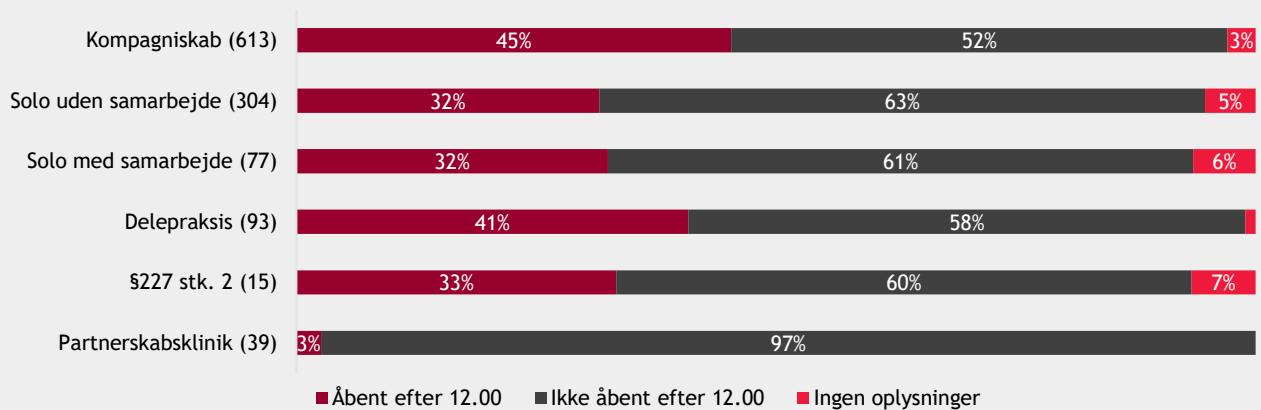
Ved opslag på hjemmesider er ud fra oplyste åbningstider undersøgt det gennemsnitlige antal timer, som praksis oplyser, at der er åbent for konsultation hos læge eller anden behandler. Kompagniskaber har i gennemsnit åbent 36,02 timer pr. uge, delepraksis 35,21 timer, solopraksis i samarbejde 34,14 og solopraksis 33,45. Der kan på den baggrund identificeres en vis sammenhæng mellem praksisstørrelse og ugentlig åbningstid.

BDO har under gennemgangen af hjemmesider for almen praksis noteret klinikkenes telefontid. Dette er udtryk for telefonisk tilgængelighed for patienter vedrørende ikke-akutte henvendelser, altså i hvilket tidsrum, telefonen i receptionen er bemandet fx for tidsbestilling og receptfornyelse.

Figur 5.3.6b giver et overblik over den andel af hjemmesider for almen praksis, som oplyser telefonisk tilgængelighed for ikke-akutte henvendelser efter kl. 12.00 minimum 4 dage om ugen. Der ses generelt en stor variation, fx har nogle praksis midlertidigt lukket for telefonen i løbet af formiddagen. BDO udlægger tallene fra hjemmesidegennemgangen sådan, at de fleste praksis lukker telefonen for almindelige opkaldt omkring kl. 12. Der kan identificeres klare forskelle på tværs af praksisformer. Andelen med åbent for telefonisk henvendelse efter kl. 12 minimum 4 dage/uge er højest blandt kompagniskabspraksis.

Det bør bemærkes, at figuren kun viser telefonisk tilgængelighed, som det er oplyst på hjemmesiderne. Ligeledes dækker figuren ikke adgang for akutte henvendelser, hvor der normalt henvises til et akutnummer eller en akutknap. Ifølge de kvalitative data er det forskelligt, hvordan akuttelefonen bemannes fra kl. 12. Nogle klinikker deler denne forpligtelse i såkaldte vagtordninger/vagtringe på tværs af praksis.

Figur 5.3.6b: Andel af almen praksis' hjemmesider, som oplyser telefonisk tilgængelighed for patienter for ikke-akutte henvendelser efter kl. 12.00 minimum 4 dage om ugen

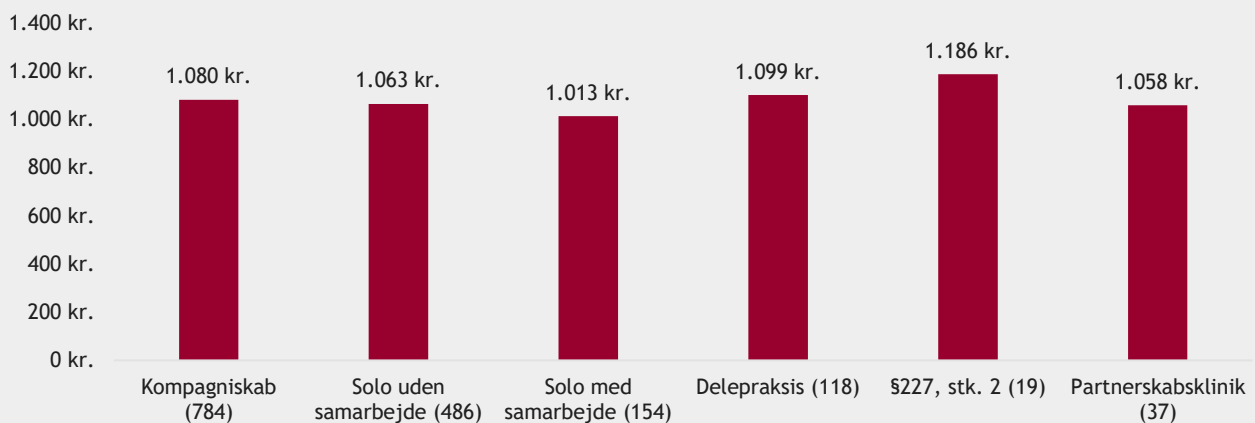


Note: Hjemmesidegennemgang december 2022. N=1.141 hjemmesider.

5.3.7 Økonomi: Ydelsesomsætning pr. patient

Et relevant sammenligningsparameter på tværs af praksisformer er omkostninger pr. patient. Det kendetegner alle de oplyste praksisformer, at de honoreres ens via overenskomstens ydelser. Udbudsklinikker og regionsklinikker er ikke medtaget. Figur 5.3.7a viser, at den totale honorering pr. patient - inklusiv afregnede ydelser og basishonorar - er relativt ens på tværs af de traditionelle praksisformer. Honoraret pr. patient er højest for praktiserende læger med flere ydernumre (SUL §227, stk. 2), mens det er mindst for solopraksis med samarbejde.

Figur 5.3.7a Honorar pr. patient fordelt på praksisformer, 1. halvår 2022

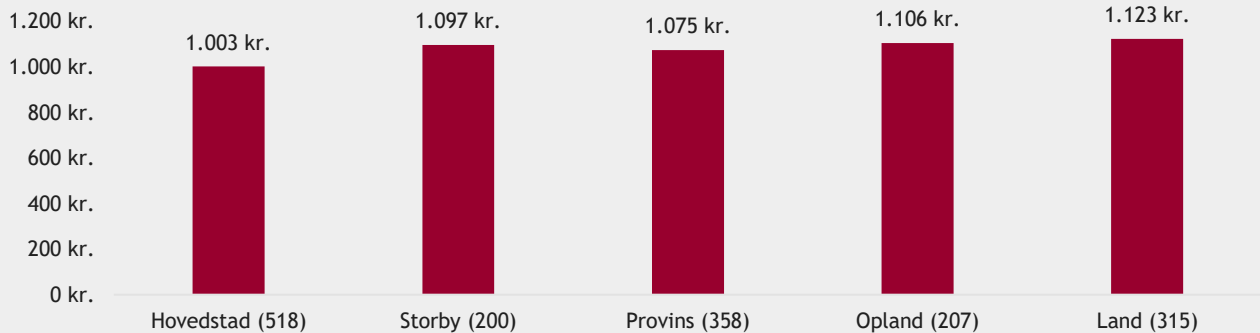


Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2022. N=1.598 praksis. Danske Regioner. Opgørelse af basishonorar. Honorar fra afregnede ydelser er fra første halvår 2022. Basishonorar er for hele 2022. Antal patienter opgjort pr. 1. januar 2022. Der er foretaget en outlier analyse, hvor ydernumre, hvor patient- og aktivitetstal indikerer, at praksissen er åbnet eller lukket i løbet af året, er fjernet. Antal praksis angivet i parentes. Vægtet gennemsnit.

Figur 5.3.7 nedenfor viser, at almen praksis beliggende i landkommuner i gennemsnit har en marginalt højere ydelsesafregning pr. patient end praksis beliggende i øvrige kommunetyper. Praksis i hovedstadsområdet har omvendt det laveste gennemsnitlige honorering pr. patient. Opgørelsen omfatter basishonorar, aktivitetsbaserede ydelser og tutorlægehonorar.

I 2017 blev der, som alternativ til aktivitetsbaseret afregning som led i kronikerprogrammet, indført en ny honoreringsmodel med et årligt kroniker-honorar for de tilmeldte patienter, der er diagnosticeret med Diabetes-2 og/eller KOL. Dette honorar indgår ikke i datagrundlaget og beregningen. Ønskes mere avancerede økonomiske sammenligninger anbefales yderligere analyser.

Figur 5.3.7b Honorar pr. patient fordelt på kommunetype, 1. halvår 2022



Note: Sundhedsdatastyrelsen. Aktive almen praksis i yderregistret 1. januar 2022. N=1.598 praksis. Danske Regioner. Opgørelse af basishonorar. Honorar fra afregnede ydelser er fra første halvår 2022. Basishonorar er for hele 2022. Antal patienter opgjort pr. 1. januar 2022. Der er foretaget en outlier analyse, hvor ydernumre, hvor patient- og aktivitetstal indikerer, at praksissen er åbnet eller lukket i løbet af året, er fjernet. Antal praksis angivet i parentes. Danmarks Statistiks opgørelse af kommunetyper. Vægtet gennemsnit.

5.3.8 Opsamling

I det følgende afsnit samles op på væsentlige fund fra den forudgående kortlægning baseret på kvantitative datakilder, hjemmesidegenngang og survey fokuseret omkring de centrale sammenligningsparametre kapacitet og lægedækning, bemanning, opgaveløsning og tilgængelighed.

Der ses generelt en væsentlig variation mellem praksis inden for de traditionelle praksisformer. Variationen gælder blandt andet graden af delegation, sygeplejerskers andel af bemanningen og åbenhed for tilgang af patienter.

Kortlægningen underbygger, at der er andre forhold end praksisform alene, som har betydning for udviklingen i almen praksis sektoren og for opgaveløsningen på udvalgte parametre. Særligt ses forskelle mellem praksis at have sammenhæng med den geografiske placering efter kommunetype, patientgrundlaget og lægedækningssituationen i området.

Tema 1: Kapacitet og lægedækning

Delepraksis, solopraksis og solopraksis i samarbejde har det højeste antal patienter pr. kapacitet, mens partnerskabsklinikker har det laveste. Inden for de traditionelle praksisformer er der større variation i antallet af patienter pr. kapacitet indenfor solopraksis uden samarbejde end indenfor kompagniskaber.

Rammebetingelser og egenskaber ved de tilmeldte patienter uanset praksisform afviger mellem praksis og mellem lægedæknings-truede og ikke-lægedækningstruede områder. Regionsklinikker er den praksisform, som har den højeste andel af syge og ældre patienter.

Praksis har ret til at lukke for tilgang, når antal patienter når normtallet på 1.600 patienter pr. kapacitet, og data viser en sammenhæng mellem gennemsnitligt antal patienter pr. kapacitet og andelen af praksis, som har lukket for tilgang inden for hver af praksisformerne. Praksisform har sammenhæng med åben/lukke status. Partnerskabs- og regionsklinikker adskiller sig ved, at de har færre tilmeldte patienter pr. kapacitet og i højere grad åbent for patienttilgang sammenlignet med traditionelle praksisformer. Omvendt har delepraksis og solopraksis i samarbejdspraksis gennemsnitligt set ofte lukket for tilgang af nye patienter.

De lægedækningstruede områder er kendetegnet ved en anden praksisstruktur med en højere andel partnerskabs-, udbuds- og regionsklinikker samt en lavere andel kompagniskabspraksis. Ligeledes har områderne en gennemsnitligt set større patienttyngde. Der er en højere andel ældre (> 70 år) og syge blandt borgerne i de lægedækningstruede områder.

Tema 2: Praksisformernes bemanning med læger og praksispersonale

Antallet af ansatte praktiserende læger er steget relativt markant siden 2017 i traditionelle praksisformer. Dertil kommer ansatte læger i regions- og partnerskabsklinikker m.fl.

Ancienniteten i lægers nuværende klinik er lavest i kompagniskaber og højest i solopraksis. Kompagniskaber har den højeste andel af yngre praktiserende læger med under 5 års anciennitet.

Læger inkl. uddannelseslæger udgør ca. halvdelen af de personer, der arbejder i de traditionelle praksisformer. I de traditionelle praksisformer er der i gennemsnit ansat 1,5 årsværk ansatte pr. lægekapacitet. Sundhedspersonale - herunder sygeplejersker - udgør en større andel af bemanningen i nye praksisformer sammenlignet med traditionelle praksisformer.

Nye praksisformer har i gennemsnit det højeste niveau af delegation, mens solopraksis har den laveste. Der ses en væsentlig variation i delegationsgraden på tværs af praksis indenfor de traditionelle praksisformer.

Tema 3: Opgaveløsning i praksisformer

Med enkelte undtagelser ses ikke systematiske forskelle i aktivitets- og henvisningsmønstre på tværs af praksisformer. I stedet ses mere klare forskelle på tværs af regioner og kommunetyper.

Partnerskabsklinikker og SUL § 227, stk. 2, udfører et højere antal sygebesøg sammenlignet med de traditionelle praksisformer, hvilket kan have sammenhæng med, at de i gennemsnit har mere personale og færre patienter pr. kapacitet og dermed bedre tid til rådighed til den enkelte patient sammenlignet med traditionelle praksisformer.

Regionsklinikker anvender flere sygehushenvisninger sammenlignet med andre praksisformer. Dette afspejler sandsynligvis, at regionsklinikker har en større andel syge og ældre patienter.

Aktiviteten varierer på nogle punkter væsentlig på tværs af individuelle praksis uanset praksisform. Det gælder konsultationer - men især sygebesøg og øvrige enkeltydelser såsom opsøgende hjemmebesøg.

Tema 4: Tilgængelighed for patienter

Flertallet af praksis har ifølge deres hjemmeside ikke åbent for telefonen efter kl. 12, hvis det drejer sig om en ikke-akut henvendelse såsom tidsbestilling eller prøvesvar.

På tværs af praksisform har mellem 30 og 40 % af praksis på deres hjemmeside ikke oplyst mulighed for konsultation efter kl. 16 på nogen hverdage. Andelen af praksis, der ifølge hjemmesider ikke tilbyder sen konsultation på nogen ugedage, skønnes at være særligt høj blandt partnerskabsklinikker (85 %), og praksis ejet af læger med flere ydernumre (53%).

6. Betydning af praksisformer for opgaveløsning



6.1 Indledning

I forlængelse af den kvantitative kortlægning indeholder dette kapitel en kvalitativ gennemgang af betydningen af praksisform for opgaveløsningen set på tværs af almene lægepraksis. Gennemgangen bygger på de gennemførte interview med praktiserende læger og praksispersonale i 30 praksis suppleret med deep-dive caseanalyser og efterfølgende kvalificeringsworkshops med repræsentanter fra relevante interessentgrupper.

I kapitlet gennemgås praksisformerne først systematisk ud fra analysetemaerne bemanning og arbejdsdeling, tilgængelighed, aktivitet/opgaveløsning, ledelse og kontinuitet i patient-behandler relationen. I gennemgangen er der ligeledes for hver praksisform foretaget en vurdering ud fra oplevede styrker og opmærksomhedspunkter set fra deltagernes perspektiv. Vurderingen er baseret på modtagne input og kommentarer, hvor pointerne er blevet gentaget og udfoldet af de interviewede på tværs af praksis, ligesom størstedelen af pointerne er kvalificeret på workshops. Vurderingen afspejler, at der kan oplistes styrker og opmærksomhedspunkter ved samtlige praksisformer.

Del 1 beskriver først de traditionelle praksisformer: kompagniskaber, solopraksis, samarbejdspraksis, delepraksis og licensklinikker, mens Del 2 beskriver øvrige praksisformer: partnerskabsklinikker, regionsklinikker og udbudsklinikker.

Beskrivelsen af hver praksisform afsluttes med et afsnit med vurdering af praksisformers betydning for opgaveløsningen samt oplevede styrker og opmærksomhedspunkter. Disse vurderinger bygger på interviewdata hovedsagelig i form af subjektive oplevelser hos hhv. læger og praksispersonale indenfor hver praksisform. Vurderingerne skal derfor læses med det forbehold, at individuelle praktiserende læger og/eller praksispersonale kan have andre erfaringer og oplevelser. Særligt kan der være en tendens til, at informanterne har en præference for den praksisform, de selv har valgt at arbejde i, og fremhæver styrkerne ved denne.

Til sidst i kapitlet præsenteres de tværgående resultater af den kvalitative kortlægning af udvikling i praksisformer og vurdering af praksisformernes betydning for opgaveløsningen. Afslutningsvis inddrages patientperspektivet i vurderingen af udvikling i praksisformer.

Hovedbudskaber fra den kvalitative afdækning

Praksis er organiseret som mange selvstændige enheder, og praksisformen er ikke alene styrende for hvorledes en given praksis strukturerer og organiserer opgaveløsningen. Andre væsentlige faktorer er lokation, patientgruppens sammensætning, personalets kompetencer samt ejerlægens/ejlerlægenes holdninger til delegering, specialiseringsgrad og ønsker til eget arbejdsliv.

Praksisform og -størrelse ses at have størst betydning for ledelseskonstruktion, for mulighed for at råde over brede kompetencer i form af tværfaglige teams samt for det faglige og sociale miljø.

Der ses variation i bemanning og delegationsgrad på tværs af praksis inden for de forskellige praksisformer, hvilket blandt andet afspejler kapacitetspres og variationer i lægers vurderinger af rollen som praktiserende læger.

Del 1: Traditionelle praksisformer

I kapitel 5 er der redegjort for, at 95 % af samtlige praksis primo 2022 var drevet af praktiserende læger på traditionel vis primært i form af kompagniskaber (47 %), solopraksis (31 %) og solopraksis i samarbejdspraksis (10 %). På grund af praksisstørrelsen er 66 % af patienterne tilmeldt en kompagniskabspraksis, der således er klart den dominerende praksisform.

Gennemgangen af de traditionelle praksisformer vil afspejle vægtningen, idet datagrundlaget fra interview, hjemmesidegennemgang og survey indeholder mest information om solopraksis og kompagniskaber.

6.2 Kompagniskaber

For eksempler på kompagniskabspraksis se case nr. 1-5 i bilag 3.

6.2.1 Ejerstruktur og Ledelse

I kompagniskabspraksis ejer lægerne hver en andel af klinikken, og de deles om klinik, personale og patientliste. Ejerlægerne i kompagniskab er normaltigestillede, og beslutninger tages i fællesskab. Blandt de traditionelle kompagniskaber, som har indgået i analysen er der ingen eksempler på, at ledelsesansvaret entydigt er tildelt en af partnerne i rollen som "seniorpartner". Nogle steder, og særligt i større kompagniskaber, er opgaver og funktioner fordelt mellem ejerlægerne, fx ved, at en læge har primært ansvar for praksisøkonomi, en anden for HR samt undervisning og en tredje for IT. I større kompagniskaber ses også, at ansvaret for visse administrative og styringsmæssige opgaver er lagt ud til praksispersonalet, fx hvor der er udpeget en administrationsansvarlig med funktion af praksismanager og/eller en ledende sygeplejerske. Ledelses- og personalemøder samt undervisning er typisk skemalagt i kompagniskaber og afholdes regelmæssigt med varierende hyppighed.

Som følge af ledelseskonstruktionen anser både læger og praksispersonale det for at være væsentligt, at ejerlægerne i ledelsen af kompagniskaber deler fælles mål og retning for praksisdriften og kommunikerer dette til personalet. Ledelseskonstruktionen afhænger i høj grad af, om der er 2, 3 eller flere kapaciteter samt antallet af ejerlæger. Jo flereigestillede ejerlæger, der indgår i ledelsen af en kompagniskabspraksis, jo større er den ledelsesmæssige kompleksitet, og jo mere udfordrende bliver beslutningsprocesserne.

Når der er truffet en beslutning, vil kompagniskaber ofte have en større implementeringskraft sammenlignet med solopraksis i forhold til nye tiltag og udviklinger henset den større ressourcepulje og bedre mulighed for at dække hinanden ind i perioder med påvirket drift.

6.2.2 Bemanding og arbejdsdeling

Kompagniskaber, hvor flere læger deles om et ydernummer med flere lægekcapaciteter og en fælles patientliste, kan være meget forskellige både mht. størrelse, bemanding, kompetencer hos praksispersonale og delegationsgrad. En del kompagniskaber har bemandet kapaciteter med ansatte speciallæger i almen medicin. Tilstedeværelsen af ansatte læger bidrager til at reducere antallet afigestillede ejerlæger i ledelsen og dermed kompleksiteten jf. ovenstående afsnit.

Kompagniskaber har alene på grund af størrelsen ofte flere ansatte end i solopraksis målt i personer. Langt de fleste kompagniskabspraksis har iflg. Hjemmesidegennemgangen mindst en sygeplejerske ansat (90 %). Typisk har sygeplejersker selvstændige konsultationer vedr. mindre komplekse forhold (sårbehandling, vaccinationer, blodprøver mv.) og de stabile kronikere (diabetes, KOL, hypertension mv). Derudover er det forskelligt på tværs af praksis, om opgaverne varetages af læger eller sygeplejersker. Akutte henvendelser, børneundersøgelser og celleprøver er eksempler på opgaver, der nogle steder varetages af læger og andre steder af praksispersonale.

Sekretærer er en anden stor faggruppe i kompagniskaber, og nogle kompagniskaber har også laboranter/bioanalytikere, som primært tager sig af diagnostiske undersøgelser. Generelt varetager praksispersonalet uanset faggruppe en varieret opgavemængde og bidrager, hvor det kompetencemæssigt giver mening. Der er gode erfaringer med at introducere nye faggrupper i almen praksis såsom medicinstuderende, jordemødre, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og farmakonomer.

Tendensen går i retning af, at gruppen af praksispersonale i kompagniskaber tilsammen repræsenterer et bredere spektrum af kompetenceprofiler og i stigende grad specialiserer sig. Det er forskelligt, hvordan de praktiserende læger og eksperter inden for faget ser på denne udvikling. Nogle har som ideal, at praksissygeplejersker fortsat har generalistkompetencer/-rolle ligesom speciallæger i almen medicin, mens andre anser øget subspecialisering inden for almen praksis som en nødvendig udvikling i lyset af forventningerne til de praktiserende lægers opgaveløsning.

Interviewene har afdækket mange forskellige måder at organisere arbejdet i kompagniskabspraksis på, som spænder fra minimal til udstrakt delegation til praksispersonale. Kompagniskabspraksis kan overordnet kategoriseres i to typer afhængig af, om det er de praktiserende læger eller praksispersonalet (typisk sygeplejersker), der er i front og har den primære patientkontakt.

- I den ene "klassiske" form for kompagniskaber varetager lægerne som udgangspunkt de fleste konsultationer med støtte og aflastning fra praksispersonalet. Lægerne er således i høj grad konsulterende omend visse konsultationer og opgaver er delegeret til praksispersonale.
- I den anden type, som ofte er organiseret i de tidligere nævnte "behandlerteams", er det praksispersonalet, der har den indledende og primære kontakt med patienterne, vurderer problemet og optager anamnese. Ud fra tankegangen i LEON-princippet kommer lægen i denne type kompagniskaber først på banen, hvis det er nødvendigt fx fordi der er tale om en uafklaret eller multisyg patient. Lægerne er således primært superviserende og arbejder i et tværfagligt team, sædvanligvis med sygeplejersker og evt. suppleret af øvrige faggrupper. Udstrakt delegation med praksispersonale i front ses typisk i lægedækningstruede områder, hvor modellen er udviklet af nødvendighed i forhold til adgangen til læger, og generelt vurderer at fungere tilfredsstillende af både læger og praksispersonale.

6.2.3 Kontinuitet i patient-behandler relationen

Lægerne i kompagniskabspraksis har en fælles patientliste, og det er forskelligt, om patienterne administrativt er tildelt en fast læge inden for klinikken. I visse praksis tildeles patienter tilhørende de "lettere" patientgrupper en fast sygeplejerske, hvor lægerne så inddrages efter behov. Ofte tilstræbes, at patienterne kan komme ind til den ønskede behandler - læge eller sygeplejerske, når pågældende person har en ledig tid i kalenderen. Nogle steder har udvalgte behovs-patienter en fast læge/sygeplejerske. Etablerede procedurer som skal sikre en fast relation i kompagniskaber, hvor patienten ses af den samme læge, udspringer normalt af en faglig vurdering fx hvis patienten har angst/psykisk sygdom, alvorlig sygdom eller afhængighedsproblemer. Øvrige patienter får normalt også tilbud om at tilvælge konsultation hos samme læge eller sygeplejerske dog med risiko for en længere ventetid.

Modellen behandlerteams motiveres nogle steder med, at modellen kan sikre kontinuitet i patient-behandler relationen i større praksis på trods af udstrakt opgavedelegation.

6.2.4 Opgaveløsning

Fleksibiliteten i kompagniskaber anvendes ofte til forskudt fremmøde, som gør det muligt at holde klinikken bemandet samtidig med, at lægerne kan have en ugentlig fridag og/eller varetage andre funktioner fx plejehjemslæge, praksiskonsulent, foreningsarbejde eller uddannelsesansvarlig.

I større kompagniskaber vil delegeringsgraden gøre det muligt for lægerne at fokusere deres lægefaglige ressourcer på komplekse og multisyge borgere, mens praksispersonalet selvstændigt varetager konsultationer vedrørende mindre komplekse og afklarede problemstillinger. Det vil set fra lægens perspektiv kunne indebære, at der er færre af de lettere og mindre fagligt krævende konsultationer.

Muligheden i kompagniskaber for at tilbyde flere specialistkompetencer (eks. jordemødre, farmakonomer, psykiatriske sygeplejersker mv.) grundet den større volumen, kan opleves som værende et kvalitativt løft for patienterne, ligesom dette giver bedre mulighed at få et helhedssyn på patienten når flere specialister er samlet "under samme tag". Omvendt kan den tætte læge-/patientrelation risikere at gå tabt i større kompagniskaber med risiko for, at forebyggende og rettidig opsporing af potentielt kritiske sygdomme reduceres, med mindre den interne organisering sikrer, at relationen kan opretholdes.

I større kompagniskaber vil der typisk foreligge veldokumenterede fælles og ajourførte retningslinjer, standarder og procedurer der har til hensigt at sikre det kvalitative niveau uanset, hvilken sundhedsfaglig ressource, som patienten møder. Der er også mere planlagt undervisning, hvor lægerne underviser personalet, og hvor personalet - når de har været på kurser - underviser lægerne og deres kolleger. Set i sammenhæng med den ofte større delegeringsgrad er der et særligt fokus herpå i større kompagniskaber.

6.2.5 Vurdering af kompagniskaber

Oplevede styrker:

- Ejerstruktur og ledelse:
Investeringsrisikoen er spredt på flere ejerlæger, hvilket kan give en vis tryghed for nye ejerlæger.
- Bemanding og arbejdsdeling:
Volumen giver bedre grundlag for at ansætte personale med særligt ansvar for administration og koordinering til aflastning af de lægefaglige ressourcer.
Større personalegruppe giver dynamisk fagligt og socialt miljø og mulighed for faglig sparring såvel inden for som mellem faggrupper.
Større mulighed for arbejdsmæssig fleksibilitet for ejerlæger, hvor der er tid til at varetage andre funktioner, fordi lægerne kan dække ind for hinanden.
Mulighed for en intern arbejdsdeling, hvor der afsættes dedikerede lægefaglige ressourcer til eksempelvis akutvagt og supervision.
- Opgaveløsning:
Bedre potentiale for, at de lægefaglige ressourcer kan fokusere på patienter med multisygdom og/eller komplekse forløb.
Mulighed for at råde over brede kompetencer både i kraft af større personalegruppe og mulig specialisering hos såvel læger som praksispersonale (eks. kronisk sygdom, psykiatri mv.)
- Tilgængelighed:
Mulighed for relativt høj tilgængelighed blandt andet opgjort ud fra, hvor mange timer det er muligt at komme i kontakt med klinikken og færre lukkeuger via skiftende fremmøde. Mindre sårbarhed ved fravær (eks. sygdom, ferie mv.) sammenlignet med mindre solo- og samarbejdspraksis.

Oplevede opmærksomhedspunkter:

- Kontinuitet:
Risiko for, at læger alene bliver superviserende, hvorved den nære og tillidsskabende læge-/patientrelation mistes.
- Ejerstruktur og ledelse:
Fælles retning og beslutninger kan tage længere tid grundet flere ejer-interesser, der skal tages højde for - og fordi der er tradition for kollektiv beslutningstagning.
Det tilstræbes, at lægerne er meget enige om mål og metoder i praksisdriften og "har fælles værdier", da der ellers potentielt kan opleves tidskrævende konflikter, alternativ stagnation i praksisudvikling pga. ledelses- og beslutningsstruktur.
Tidsforbrug vedr. koordinering og intern mødetid stiger med øget antal personale og ejerlæger.
Det kan være en udfordring for praksispersonalet at skulle forholde sig til flere chefer, specielt hvis de ikke har en tydelig ledelsesform og enighed om tilgangen til patienterne, økonomien, undersøgelser og behandling.
- Lægeperspektiv:
Den lægefaglige generalistrolle udfordres grundet øget specialisering.
Det kan være en udfordring, at man som læge skal kende og forholde sig til en stor patientgruppe, som er tilmeldt det fælles ydernummer.

6.3 Solopraksis

For eksempler på solopraksis (solopraksis i samarbejde) se case nr. 6 og 7 i bilag 3.

6.3.1 Ejerstruktur og Ledelse

Solopraksis er kendetegnet ved, at der kun er én ejerlæge af klinikken og deraf en enkel ledelsesstruktur. Beslutningskompetencen ligger således entydigt hos ejerlægen. Koordinering af arbejdsopgaver foregår uformelt og løbende. Praksispersonalet i solopraksis oplever tæt kontakt med ejerlægen og er typisk ikke i tvivl om retningen for klinikken og hvad ejerlægen ønsker og mener. Ofte ses et tæt og langvarigt makkerskab mellem ejerlæge og praksispersonale.

I solopraksis bruges der ikke meget tid på faste interne personalemøder, da tingene mere håndteres ad hoc, ligesom der er relativt kort fra beslutning til handling. Mange sololæger oplever til gengæld, at de må bruge meget tid på administration, it- og personalerelaterede opgaver, som ofte varetages uden for almindelig arbejdstid. Således oplyser ejerlæger i egen solopraksis generelt, at de bruger mange timer hver uge på arbejdet som praktiserende læge. Der er dog enkeltstående eksempler i datamaterialet på solopraksis, hvor lægen gennem udstrakt opgavedelegation til praksispersonale lykkes med at klare arbejdet og driften af praksis indenfor en normal arbejdstid.

Da sololægen typisk har et tæt program og stort ansvar for patientbehandlingen, ligesom de selv står for supervisionen af evt. sundhedspersonale, så kan det være svært at finde tilstrækkelig tid til ledelsesopgaven i en ofte travl hverdag. Eksempelvis tid til at udarbejde instrukser og procedurer som forudsætning for yderligere delegation af opgaver. Praksisudvikling risikerer ligeledes at blive nedprioriteret i hverdagen fordi lægens ressourcer er begrænsede og driften har det primære fokus.

6.3.2 Bemanding og arbejdsdeling

I solopraksis er det normen, at ejerlægen selv arbejder i klinikken og er til stede på daglig basis evt. suppleret af en vikarlæge. Reception, telefonpasning og -visitation varetages enten af en sekretær eller en sygeplejerske. Nogle sololæger har desuden ansat medicinstuderende og uddannelseslæger, som hjælper med konsultationer mv. Solopraksis har typisk en meget stabil og kontinuerlig bemanding, men samtidig også en vis sårbarhed såfremt ejerlægen eller andre praksispersonaler er fraværende.

På tværs af solopraksis ses relativt stor variation i delegationsgraden. Nogle steder varetager lægerne som udgangspunkt alle akutte og planlagte konsultationer, mens udvalgte afgrænsede opgaver fx vaccinationer og diabetesopfølgning er delegeret til praksispersonalet. Andre steder har praksispersonalet flere opgaver og større ansvar. Delegationsgraden afhænger både af personalets omfang, erfaring og kompetencer og af lægens personlige præferencer og forståelse af kerneopgaven som praktiserende læge. Generelt bruger sololæger relativt meget tid på patientarbejdet, og de har en bred og varieret opgaveportefølje.

Som en konsekvens af den lille praksisstørrelse, er der som regel få ansatte, og derfor også mindre specialiseringsgrad blandt praksispersonalet sammenlignet med andre praksisformer.

6.3.3 Kontinuitet i patient-behandler relationen

Solopraksis er særligt kendetegnet ved høj kontinuitet i læge-patientrelationen. Hvis patienten booker eller bliver visiteret til en tid hos lægen er der normalt ikke tvivl om hvilken læge, patienten vil møde. Ejerlæger i solopraksis afholder selv mange konsultationer, omfanget af tilmeldte patienter er relativt overskueligt, og lægen opnår typisk med tiden grundigt kendskab til de tilmeldte patienter og deres familier. Patienterne vil i solopraksis dog kunne møde andre læger end ejerlægen fx vikar- og/eller uddannelseslæge. Det forholdsvis begrænsede antal medarbejdere indebærer, at praksispersonalet ofte også føler, at de kender patienterne godt, især dem, der har mange kontakter til klinikken.

6.3.4 Opgaveløsning

Generelt er solopraksis kendetegnet ved relativt høj produktivitet/patientflow pga. forhåndskendskab til patienter og kortfattede journalnotater, idet behovet for overdragelse og videndeling til kollega er mindre. Dette kan resultere i tidsbesparende arbejdsprocesser og lavt behov for koordinering i afviklingen af dagprogrammet. Årsagen er, at roller og arbejdsfordeling er klar og typisk dybt indarbejdet i arbejdsgangene pga. den stabile bemanning, og fordi ejerlæge ofte er involveret i størstedelen af konsultationer. Fx skal lægen bruge minimal tid på at læse tilbage i patientjournalen forud for eller i opstarten af en konsultation. Læger og praksispersonale i solopraksis ser ofte selv en særlig kvalitet i deres almene lægetilbud. Det hænger sammen med, at de oplever, at de bruger en væsentlig del af deres tid på patientrelaterede opgaver, og at den tætte og regelmæssige relation er værdsat af patienterne.

Samarbejdspartnere kan stille spørgsmålstejn ved, om solopraksis i samme grad som større praksis er i stand til at tilbyde ensartet høj faglig kvalitet og har de nødvendige kompetencer for at løse de stadig mere komplekse patientopgaver. Overvejelserne kan gå på, hvorvidt det er muligt for én speciallæge i en solopraksis at bibeholde faglig opdatering og vedligeholde sine kompetencer på alle fagområder, henset det arbejdsmæssige pres og den manglende faglige sparring med andre kolleger på daglig basis. De ser således en risiko for, at vaner og rutiner bibeholdes og i mindre grad udfordres.

6.2.5 Vurdering af solopraksis

Oplevede styrker:

- Ejerstruktur og ledelse:
Der er entydig ledelse, hvorfor der er kort fra tanke til handling. Der er korte beslutningsprocesser. Ejerlægens personlighed og præferencer slår klart igennem. Ejerlægen bestemmer, og derfor opleves et lavt konfliktniveau i forhold til at afstemme udvikling og retning.
- Bemanning og arbejdsdeling:
Ejerlægen udvælger og ansætter personale, som han/hun går godt i spænd med, og hvor kompetenceprofilen supplerer lægens egen profil. Resultatet er, at det overvejende opleves som en aflastning og ikke som en ekstraopgave at have personaleansvar.
- Kontinuitet:
Grundlag for tætte, langvarige relationer med patienterne og med hinanden. Disse tætte relationer gør det nemmere for lægen at fungere som generalist, og praksispersonalet oplever patienterne værdsætter den tætte relation.

Oplevede opmærksomhedspunkter:

- Ejerstruktur og ledelse:
Der kan være risiko for stagnation og "business as usual" i solopraksis, hvilket fx viser sig ved, at nogle sundhedsfaglige medarbejdere ser mulighed og perspektiver i øget opgavedelegation samtidig med, at sololægen samme sted oplever et stort arbejdspress.
- Lægeperspektiv:
Hvis lægen både har det primære ansvar for patientbehandlingen og for klinikdrift, ledelse og administration kan solopraksis være forbundet med høj arbejdstid med risiko for, at lægen på sigt "brænder ud".
Solopraksis kan af nogle læger opleves fagligt ensomt, mens andre fremhæver fællesskabet med praksispersonalet og netværk med andre praktiserende læger i området.
Afhængig af hvorledes den enkelte solopraksis er opbygget og lokaliseret kan der være en væsentlig økonomisk investering forbundet med at overdrage en solopraksis til en ny praktiserende læge, hvilket kan afskrække nogle nye læger, da de står alene med den økonomiske risiko.

- **Bemanding og arbejdsdeling:**

I lægedækningstruede områder vil læger i solopraksis ofte opleve et særligt ansvar og en sårbarhed med bevidstheden om, at hvis pågældende bliver ramt af sygdom eller af andre årsager ikke kan arbejde, så står personalet og patienterne i en særligt vanskelig situation. Sårbarhed i forhold til bemanding kan også ses som en generel ulempe ved solopraksis uanset geografisk lokation.

6.4 Samarbejdspraksis

Den kvantitative analyse i kapitel 5 tog afsæt i dataudtræk fra yderregistret, som indeholdt information om kategorien "solopraksis i samarbejde". Ifølge overenskomsten og de kvalitative interview kan samarbejdspraksis også indgås mellem kompagniskaber, hvilket er lagt til grund i beskrivelsen af denne praksisform i følgende afsnit.

Praktiserende læger i samarbejdspraksis arbejder selvstændigt med deres egne patienter, og rammerne for de praktiserende lægers opgaveløsning er derfor præget af den primære praksisform, som enten er solo- eller kompagniskab.

Derfor fokuserer afsnittet på de yderligere forhold, der særligt gør sig gældende for de praksis, der drives i samarbejde mellem flere solo- og/eller kompagniskabspraksis med fællesskab om lokaler m.v. og helt eller delvist om personale.

6.4.1 Ejerstruktur og Ledelse

Ledelsen af samarbejdspraksis foregår på to niveauer. Ejerlægerne i de deltagende praksis leder driften vedrørende deres egen patientliste og deres respektive praksispersonale i det, der betegnes "den lille virksomhed".

Derudover har samarbejdspraksis en fælles ledelse i den større virksomhed, af nogle kaldet "Store I/S". Det er forskelligt, hvor mange ledelsesfunktioner, praksis vælger at samarbejde om, og hvilke beslutninger, der træffes i fællesskab. De mest integrerede samarbejdspraksis ligner kompagniskaber bortset fra, at patientlisterne er opdelt på de enkelte praksis selvstændige ydernumre.

6.4.2 Bemanding og arbejdsdeling

I samarbejdspraksis deler to eller flere selvstændige praksis med eget ydernummer (solopraksis eller kompagniskaber) visse fælles funktioner fx ejendom, hjemmeside, reception og venteværelse.

I de samarbejdspraksis, der indgår i analysen, har der i alle tilfælde også været mindst en fælles medarbejder. Typisk deles praksis om en eller flere sekretærer, der bemande den fælles reception. Der er eksempler på, at praksispersonale ansat i de respektive praksis koordinerer fravær og dækker ind for hinanden, men det er ikke en gennemgående observation.

Blandt de mere integrerede samarbejdspraksis ses eksempler på, at læger og praksispersonale har et fagligt fællesskab, bruger hinanden som sparringspartnere og arrangerer fælles udviklingsaktiviteter såsom lederseminarer og undervisning for personalet.

6.4.3 Opgaveløsning

Modellen samarbejdspraksis åbner mulighed for, at praksis kan samarbejde om udvidet brug af praksispersonale via fælles ansættelser, og derigennem udvide bredde og dybde i de tilgængelige kompetencer og personaleressourcer. Det kan fx være en bioanalytiker.

Samarbejdspraksis styrker muligheden for, at de tilgængelige rammer, ressourcer og kompetencer for den enkelte praksis kan udvides gennem fælles faciliteter fx laboratorium.

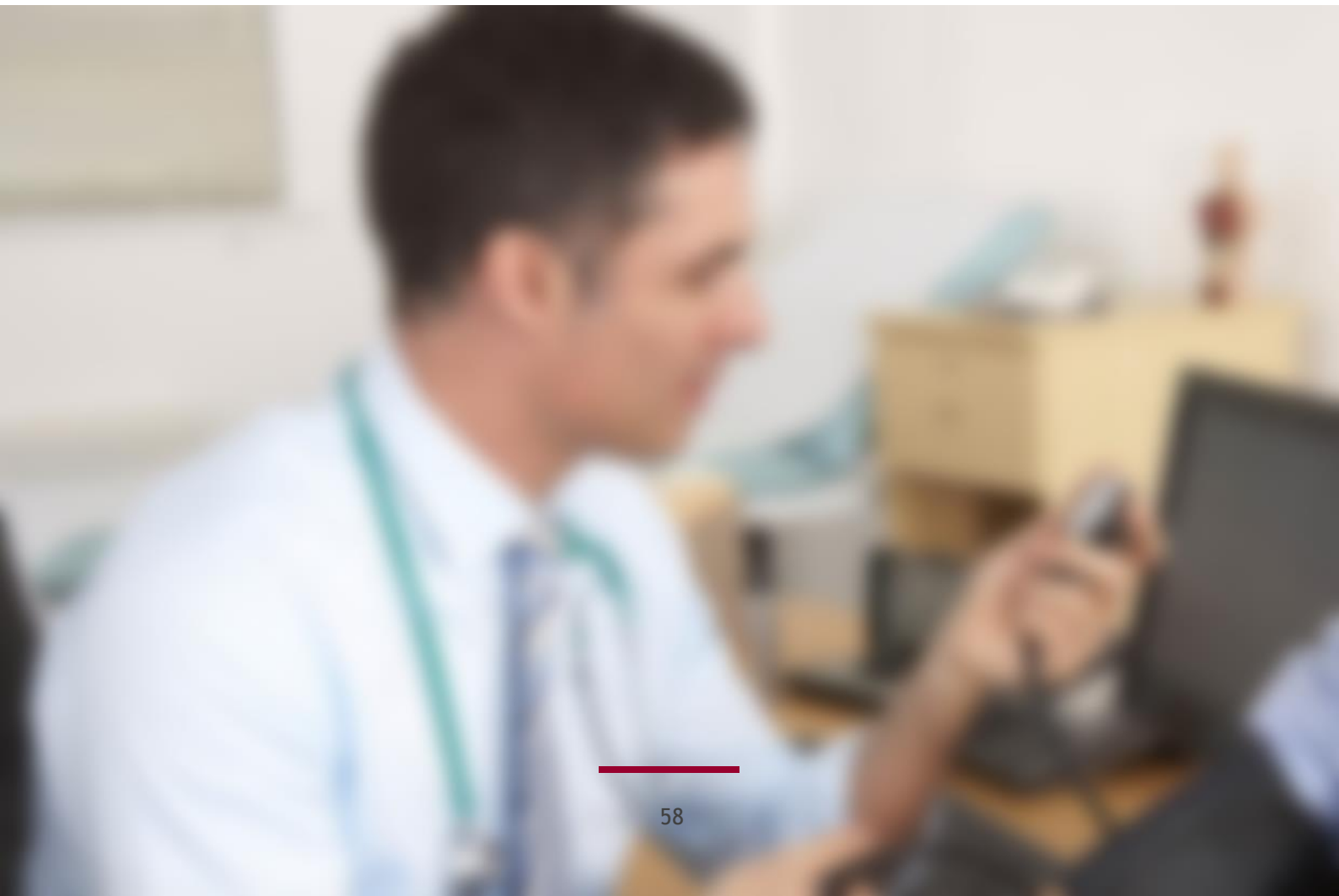
6.4.4 Vurdering af samarbejdspraksis som praksisform

Oplevede styrker:

- Lægeperspektiv:
Samarbejdspraksis som model kan kompensere for nogle af de oplevede opmærksomhedspunkter ved solopraksis.
Risikovilligheden i forhold til investeringer i specialister og/eller materiel kan være større fordi omkostningen deles.
- Bemanding og arbejdsdeling:
Samarbejdspraksis tilbyder mulighed for et mere mangfoldigt fagligt fællesskab og socialt miljø sammenlignet med solopraksis.
- Opgaveløsning:
Samarbejdspraksis udvider de praktiserende lægers adgang til faciliteter og ressourcer.
- Tilgængelighed:
Principielt har samarbejdspraksis mulighed for at tilbyde den samlede patientgruppe øget tilgængelighed ved at koordinere fremmødet og skiftes til at tilbyde akuttider, holde længe åbent m.v.

Oplevede opmærksomhedspunkter:

- Ejerstruktur og ledelse:
Det kan udfordre fælles personale, hvis lægerne i samarbejdspraksis har forskellige "værdier" og ikke fremstår 100 % afstemt.



6.5 Delepraksis

For eksempler på delepraksis se case nr. 8 og 9 i bilag 3.

Delepraksis udgør 7 % af det samlede antal praksis svarende til 121 klinikker (afsnit 5.2). Når denne praksisform alligevel kun beskrives kort og overordnet skyldes det, at delepraksis er udtryk for, at en praksis inden for en af grundformerne (solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis) har fået tilladelse til at have en ekstra ejerlæge set i forhold til den normale patientkapacitet. Det betyder, at de egenskaber, som kendetegner den pågældende grundform, også har relevans for praksis med deletilladelse.

Delepraksis er kendetegnet ved, at lægegruppen er udvidet med en ekstra læge set i forhold til antal kapaciteter med den konsekvens, at der er færre patienter tilmeldt pr. læge. Tilladelse til delepraksis, der gives til en praktiserende læge personligt, svarer indirekte til en tilladelse til nedsat patientantal. Den ekstra læge kan være ejer eller ansat. Der kan være tale om en solopraksis, hvor to læger deler en kapacitet, evt. som en del af en samarbejdspraksis, eller en delepraksis i kompagniskabspraksis, hvor fx 3 læger deles om 2 kapaciteter.

Den mest åbenlyse fordel ved delepraksis er muligheden for nedsat arbejdstid for de læger, der har dette behov. Nedsat arbejdstid kan enten tilgodesee private behov eller øge muligheden for at varetage andre funktioner uden for praksis så som praksiskonsulent, plejehjemslæge eller uddannelseskoordinator, alternativt at der kan frigøres tid til at håndtere administrative og ledelsesmæssige opgaver.

Et opmærksomhedspunkt er betydning for kapacitetsanvendelsen, idet praksis lægger beslag på en ekstra speciallæge set i forhold til antallet af patienter. Omvendt kan muligheden for delepraksis som alternativ til at ansætte en stedfortræder eventuelt bidrage til at fastholde en praksis drevet som en traditionel praksisform af ydernummerets indehavere i et lægedækningstruet område.

6.6 Ydernummer på licens

For eksempel på licensklinik se case nr. 15 i bilag 3.

Kategorisering af overenskomstens praksisformer i afsnit 3.1 omfatter ud over solopraksis, samarbejdspraksis, kompagniskaber og delepraksis også de to nye praksisformer: ydernummer på licens og satellitpraksis. Licens- og satellitpraksis har så beskeden udbredelse, at de reelt ikke spiller en rolle i praksisstrukturen og organiseringen af almen praksis. Således er analysens kvalitative datagrundlag beskedent, idet der kun er gennemført ét praksisbesøg i en licensklinik og ingen i satellitpraksis. Denne prioritering afspejler udpegningsprocessen og dermed interessenternes prioritering.

Vi har valgt at medtage en kort beskrivelse af praksisformen ydernummer på licens, fordi det indgår i den politiske aftale om en sundhedsreform fra maj 2022 at udvide antallet af licensklinikker i lægedækningstruede områder. Vurderingen af licensklinikker som en relativt ny praksisform må tages med forbehold for det begrænsede erfaringsgrundlag, og det anbefales, at denne organiseringsform undersøges yderligere i takt med modellens eventuelle udbredelse.

6.6.1 Ejerstruktur og Ledelse

Licensklinikker adskiller sig fra de øvrige praksisformer ved, at lægen kan praktisere selvstændigt efter overenskomsten med sædvanlig ydelseshonorering uden at købe og eje ydernummeret, hvilket antages at kunne styrke muligheden for at bemande kapaciteter i lægedækningstruede områder. Regionen stiller lokaler og personale til rådighed og varetager de administrative opgaver i den forbindelse såsom lønudbetaling, IT mv. Praksispersonalet er ansat af regionen.

Lægen får tildelt et ydernummer personligt uden mulighed for videresalg. Lægen betaler et administrationsbidrag til regionen i form af en procentdel af de leverede ydelser, og har mulighed for på et senere tidspunkt at vælge at overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse m.v.

Licensklinik udgør således et alternativ til ansættelsesmodellen for speciallæger, der gerne vil arbejde som praktiserende læge, men ikke er interesseret i at etablere sig som klinikejer.

Lægen praktiserer som selvstændig erhvervsdrivende ligesom praktiserende ejerlæger og kan selv tilrettelægge praksisdriften og organisere tilbuddet i hverdagen. Ejerstrukturen i licensklinikker har imidlertid væsentlig betydning for lægens ledelsesrum. En række beslutninger om rammerne for praksisdriften træffes af regionen eller kræver regionens godkendelse. Lægen kan foreslå regionen forskellige ændringer og investeringer, men kan ikke selv træffe beslutninger om lokaler, inventar, ansættelse og uddannelse af praksispersonale.

6.6.2 Vurdering af licensklinik

Oplevede styrker:

- Lægeperspektiv: Speciallæger kan se det som en fordel, at de kan praktisere på lige fod som en "almindelig" praktiserende læge uden, at de behøver investere i egen praksis og har den fleksibilitet, det indebærer, samt mindre ansvar for at sikre fremtidig drift ved generationsskifte. Lægen har samme fleksibilitet, som ved ansættelsesmodellen, men har samtidig indflydelse på praksisdriften og mulighed for at generere overskud gennem arbejdet som selvstændigt praktiserende læge via honorarafregning. Samtidig har lægen mulighed for at overtage ydernummeret og overgå til traditionel praksisform.
- Bemanding og arbejdsdeling: Modellen indebærer administrativ aflastning for en række opgaver med administration og ledelse, hvilket frigør tid til at prioritere det patientrelaterede arbejde.

Oplevede opmærksomhedspunkter:

- Ejerstruktur og ledelse: Den praktiserende læge har ikke selv kompetence til at realisere ønskede ændringer i rammerne for praksisdriften, men er afhængig af regionen eksempelvis ved nyansættelser. Regionen udgør et ekstra led i beslutningsprocessen, og investeringer fx i diagnostisk udstyr forudsætter, at regionen deler lægens vurdering af nytteværdien. Dette kan opleves paradoksalt, idet lægen i en licensklinik selv har ansvaret for at tilrettelægge praksisdriften og for kvaliteten af opgaveløsningen samtidig med, at lægens arbejdsbetingelser og overskud afhænger af muligheden for effektiv arbejdsdeling med kompetent praksispersonale.

Del 2: Øvrige praksisformer

I sammenligninger mellem traditionelle praksis og øvrige (nye og midlertidige) praksisformer bør der generelt tages forbehold for, at situationen inden for øvrige praksisformer er mere dynamisk, idet praksisformen for den enkelte praksis relativt hyppigt skifter. Særligt beskriver aktørerne, at der i disse år sker en omdannelse af de midlertidige udbudsklinikker til partnerskabsklinikker. Det betyder, at den enkelte praksis ofte har en relativt kort historik.

Udbuds- og regionsklinikker fungerer ikke under overenskomsten og har særlige driftsbetingelser. Disse forhold kan have betydning for nogle af de identificerede kvantitative forskelle.

6.7 Partnerskabsklinikker

For eksempler på partnerskabsklinikker se case nr. 10-13 i bilag 3.

6.7.1 Ejerstruktur og Ledelse

Det kendetegner partnerskabsklinikker, at ydernummeret er ejet af en praktiserende læge og ”ydernummerindehaver”, der har indgået kontrakt med en privat leverandør om driften. Sædvanligvis er arbejdsdelingen at økonomisk, it-relateret og strategisk ledelse af partnerskabsklinikkerne varetages af den private leverandør. Praksismanagers eller -ledere, læger og øvrigt personale til at bemandede klinikkerne er ansat i leverandørens virksomhed.

Driftsledelse, organisering af hverdagen, HR og faglig ledelse ift. praksispersonale varetages typisk af en praksismanager eller -leder og følger en ensartet struktur på tværs af de omfattede praksis inden for den enkelte virksomhed. Nogle praksismanagers har ansvar for flere klinikker. Ansat praksispersonale refererer til praksismanageren. Praksismanagers er ofte erfarne sygeplejersker med højt kompetenceniveau, som betyder, at de samtidig kan fungere som bufferkapacitet ift. patientarbejdet, eksempelvis ved sygdom, spidsbelastninger mv. De ansatte praktiserende læger og læger, der vikarierer i den sædvanlige læges fravær rekrutteres fra centralt hold af den private leverandør.

Den speciallæge, som formelt set er indehaver af et eller flere af de omfattede ydernumre, kan være til stede og arbejde i en af klinikkerne eller have en mere tilbagetrukket, formel rolle. Ydernummerindehaveren involveres i visse faglige forhold og beslutninger relateret til patientbehandlingen på den/de pågældende klinik(ker), eksempelvis i klagesager, hvor pågældende står som ansvarlig i forhold til overenskomstsyste-met. Forholdene i forbindelse med opsigelse af aftalen m.v. er reguleret i aftalen mellem ejerlægen og den private leverandør. Aftalerne er et privat anliggende, og da de ikke har været tilgængelige for BDO er beskrivelsen baseret på kvalitative interview med aktørerne.

Det er den enkelte speciallæge, der har det faglige ansvar for den patientbehandling, pågældende udfører i partnerskabsklinikker. Det organisatoriske ansvar for patientbehandlingen og for godkendelse af instrukser til personale mv. ligger principielt hos ejerlægen, der via kontrakten har delegeret ansvar til den private leverandør. BDO har ikke kendskab til aftaler om ledelsesansvar m.v. i disse kontrakter. Det fremstår for BDO som om, at det i nogle tilfælde reelt er den private leverandør, der har påtaget sig ansvaret for det almenmedicinske tilbud til patienterne i partnerskabsklinikker, både det organisatoriske ansvar og det lægefaglig ansvar i forbindelse med delegation.

6.7.2 Bemanding og arbejdsdeling

Partnerskabsklinikker er sædvanligvis bemandede med ansatte praktiserende læger, og nogle steder indgår ydernummerindehaveren i bemanningen.

Hjemmesidegennemgangen underbygger en observation af, at der i sammenligning med traditionelle praksisformer er relativt mange sygeplejersker set i forhold til antal læger og sekretærer. Sammenlignet med traditionelle praksisformer er der færre lægesekretærer og medicinstuderende. Derudover adskiller partnerskabsklinikkerne sig ved, at der er få eller ingen uddannelseslæger.

Partnerskabsklinikker er jf. ovenstående afsnit 5.2 overrepræsenteret i lægedækningstruede områder, de har i højere grad åbent for patienttilgang og har gennemsnitligt set færre patienter tilmeldt pr. kapacitet sammenlignet med traditionelle praksis. Disse forhold betyder, at partnerskabsklinikker lettere på kort sigt kan øge volumen gennem nyansættelser, hvis der bliver tilmeldt flere patienter. En række partnerskabsklinikker er relativt nyetablerede, og er derfor fortsat i proces med at forøge antallet af tilmeldte patienter.

Lægerne i partnerskabsklinikker bruger stort set hele deres arbejdstid på patientrelaterede opgaver herunder attester. De lægefaglige ressourcer anvender mindre/ingen tid på administration, IT, personaleledelse, økonomi m.v. De praktiserende læger i partnerskabsklinikker får også aflastning for opgaver vedr. instruktion og uddannelse af det praksispersonale, de superviserer.

Telefonvisitation og -konsultation varetages normalt af sygeplejersker. I det tidsrum, hvor receptionen i den enkelte klinik er lukket, varetages telefonpasningen af et call-center i den centrale virksomhed.

Inden for gruppen af partnerskabsklinikker ses en begrænset variation i arbejdsdelingen, idet der typisk er tale om væsentlig delegation til sygeplejersker, som ofte er første indgang for patienten. I øvrigt afhænger arbejdsdelingen i den enkelte partnerskabsklinik i nogen grad af lægekapaciteten sammenholdt med patientantallet og i sygeplejerskernes erfaring og kompetencer.

Sygeplejersker i partnerskabsklinikker gennemgår ofte systematisk kompetenceudvikling med henblik på, at de kan varetage de faglige opgaver, der følger af de fælles vejledninger og instrukser. I de større partnerskabsklinikker har sygeplejerskerne ofte egne specialer, mens der i mindre partnerskabsklinikker tilstræbes en generalistprofil. I visse partnerskabsklinikker tilstræbes, at de fuldtidsansatte sygeplejersker løbende uddannes til behandlersygeplejersker.

6.7.3 Kontinuitet i patient-behandler relationen

Der er forskelligt, i hvilken grad det lykkes for partnerskabsklinikker at opretholde en stabil lægebemanding. Nogle - især de mere etablerede partnerskabsklinikker - kan have en eller flere faste læger.

Andre klinikker er af forskellige årsager (bl.a. geografisk placering) særligt udfordret på rekruttering og fastholdelse af læger, og den private leverandør bestræber sig derfor på at imødekomme de ansatte speciallægers ønsker ift. tilknytningsgrad. Nogle læger ønsker således kun deltidsansættelse, og nogle speciallæger har valgt at være ansat i en partnerskabsklinik, fordi de ønsker udstrakt fleksibilitet og har en kortere tidshorizont i arbejdet som praktiserende læge. Da en del partnerskabsklinikker desuden befinder sig i generelt lægedækningstruede områder, er konsekvensen, at det ikke altid er muligt at opnå stabile og længerevarende læge-patientrelationer i disse partnerskabsklinikker.

De private leverandører og de tilknyttede praksismanagers bestræber sig på at kompensere for den udfordrede kontinuitet i patient-behandlerrelationen i de partnerskabsklinikker, der oplever hyppige bemandingsskift. Dette gøres via deres sygeplejerskekorps og vikarlægekorps, hvor de samme forsøges sendt ud til en given klinik - og via fælles instrukser, guidelines og dokumentationspraksis. Dette svarer til situationen i de traditionelle kompagniskaber i lægedækningstruede områder, der gør brug af udstrakt delegation. Partnerskabsklinikkerne oplyser, at de tilstræber, at ældre patienter og kronikere bliver set af den samme læge eller sygeplejerske. Øvrige patienter får også muligheden for at tilvælge konsultation hos samme læge eller sygeplejerske dog med risiko for en længere ventetid.

6.7.4 Opgaveløsning

Indsatsen drives af den private leverandør, hvor der er ansat ledere tæt på direktionen med sundhedsfaglig baggrund og ansvar for kvalitet og faglige udviklingsaktiviteter på tværs af leverandørens klinikker. Eksempelvis udarbejdes instrukser og guidelines centralt, ligesom der planlægges undervisning for praksispersonale og netværksgrupper for praksismanagers.

Det tilstræbes, at patienter med akut behov kan få tid samme dag typisk ved en sygeplejerske.

De ensartede procedurer, standarder systemer og fælles logo samt de tværgående praksismanagers bidrager - ifølge partnerskabsklinikkerne selv - til at sikre ensartet kvalitet og samhörighed på tværs af de forskellige praksis.

Samtidig opleves en styrke i de tværgående løsninger, hvor praksismanagers kan fungere som buffer ved sygdom hos praksispersonale, klinikkerne kan hjælpe hinanden på tværs eksempelvis grundet samme telefonsystemer og der sikres faste vikarlæger fra centralt hold, når en læge er sygmeldt, bortrejst eller på anden vis fraværende.

Leverandørerne oplever, at partnerskabsmodellen udfordrer de traditionelle praksis på en måde, så deres læger ikke altid er velkomne i lægefaglige netværk, hvilket er en del af motivationen for, at de har valgt at arbejde med kvalitetsudvikling på tværs af deres egne praksis. Vi har set enkelte eksempler på, at læger fra partnerskabsklinikker er inviteret med ind i kvalitetsklyngerne.

Det er samtidig oplevelsen hos flere partnerskabsklinikker, at det ikke er muligt for dem at få lov til at få ansvar for uddannelseslæger i deres praksis i samme udstrækning som de traditionelle praksisformer.

Ensretningen af driften, IT-systemer og det faglige arbejde inden for virksomheden gør det muligt at bruge personalet fleksibelt på tværs af partnerskabsklinikkerne, fx ved sygdom. Opgaveløsning på tværs af klinikker understøttes af ensartede arbejdsgange og et tværorienteret tilhørsforhold.

6.7.5 Vurdering af partnerskabsklinikker

Oplevede styrker:

- Bemanding og arbejdsdeling: Sundhedsfaglige ressourcer kan fokusere på det patientrelaterede. Der anvendes begrænsede sundhedsfaglige ressourcer på administration og personaleledelse.
- Ejerstruktur og ledelse: Fælles systemer og procedurer understøtter, at klinikker kan dele ressourcer på tværs fx ved sygdom. Fælles driftsmodel, symboler, netværk blandt og fælles praksismanagers (for klinikker inden for et geografisk område) kan bidrage til en større samhørighed på tværs af klinikker.
- Lægeperspektiv: Ansættelsesformen indebærer fleksibilitet og dermed bedre mulighed for work-life balance for speciallæger.
- Tilgængelighed: Partnerskabsklinikker henviser i mindre grad patienterne til stedfortræder/vagtring idet leverandørvirksomheden sikrer vikardækning ved den faste læges fravær.
- Opgaveløsning: Tværgående ressourceperspektiv giver en mulighed for at ansætte specialistkompetencer, der kan anvendes på tværs af en række klinikker. Eksempelvis en psykiatrisk sygeplejerske, en jordemoder mv. Mulighed for videndeling og stordriftsfordele på tværs af klinikker gennem fælles løsninger. Fast løn uden direkte incitament mellem produktion og aflønning kan af nogen opleves at give større frihed til at prioritere tiden og tilrettelægge arbejdet opgaveeffektivt.

Oplevede opmærksomhedspunkter:

- Ejerstruktur og ledelse: Indehaveren af ydernummeret må afgive kontrol og beslutningskompetence, eksempelvis ift. ansatte faggrupper.
- Kontinuitet: Ansættelsesmodellen i kombinationen med lægemangel risikerer at medføre ustabil lægebemanding i udvalgte praksis. Forhold i det faglige miljø kan yderligere øge risikoen. Udfordret kontinuitet i lægebemandingen i kombination med udstrakt delegation kan risikere at påvirke det helhedsorienterede patientkendskab baseret på patient-behandler relation med afledt virkning for gatekeeper- og tovholderfunktion herunder henvisningspraksis.

6.8 Midlertidige praksisformer: Regionsklinikker

For eksempler på regionsklinikker se case nr. 16 og 17 i bilag 3.

Regionsklinikker er almen medicinske lægetilbud, som regionerne med hjemmel i sundhedsloven kan drive midlertidigt i op til 6 år for at sikre borgere lægevalg. Regionsklinikker tilbyder de tilmeldte borgere de samme ydelser, som i traditionelle praksis, men finansieringsmodellen er grundlæggende anderledes. Regionsklinikker har en budgetramme og er underlagt en driftsaftale, der typisk læner sig op ad overenskomsten og således forudsætter ydelsesregistrering selvom regionsklinikker ikke er omfattet af overenskomsten og den sædvanlige aktivitetsbaserede afregningsmodel.

6.8.1 Ejerstruktur og Ledelse

Drift og personale i regionsklinikker ledes af en praksisleder, der ligesom det øvrige personale er ansat af regionen. Ligesom i partnerskabsklinikker er funktionen normalt bemandet med en sygeplejerske. Lægerne deltager i personalemøder, men ikke i ledelsen.

Der er normalt en driftsansvarlig praksisleder til stede i hver regionsklinik, som har ledelsesansvar for praksispersonalet og for visse praktiske og økonomiske dispositioner. Praksislederen bidrager til koordinering og løbende dialog med regionale og kommunale samarbejdspartnere.

Økonomisk og strategisk ledelse samt overordnet organisatorisk ansvar for det faglige tilbud ligger hos regionen, der stiller systemer og lokaler til rådighed, mens den enkelte læge har ansvar for patientbehandlingen. Sammenlignet med de traditionelle praksisformer adskiller regionsklinikker sig ved, at det besluttende ledelseslag, som har det organisatoriske ansvar, befinder sig på afstand af klinikens drift. Regionalt ejerskab indebærer mere direkte politisk indflydelse med mulighed for at træffe beslutninger om det almenlægelige tilbud i regionsklinikker herunder mulighed for at stille yderligere krav til fx tilgængelighed og funktioner.

Det organisatoriske ansvar ligger hos regionen, som udarbejder fælles instrukser og rammedelegationer. De tilstedeværende læger har det faglige ansvar for delegation og behandling i klinikken. Derfor er der et råderum for lokal variation og tilpasning af instrukser.

6.8.2 Bemanding og arbejdsdeling

Regionsklinikker/nærklinikker er altid placeret i lægedækningstruede områder, hvor det ikke har været muligt at sikre tilstrækkelig lægedækning med traditionelle praksisformer. Regionsklinikker er derfor normalt bemandet med skiftende speciallæger suppleret med en større gruppe af ofte erfarent og kompetent praksispersonale. I modsætning til speciallæger er det generelt ikke svært at rekruttere praksispersonale til regionsklinikker. I forhold til speciallæger er der eksempler på ansættelser, der strækker sig over flere år, ligesom der også er eksempler på korttidsvikarer.

Typisk har praksisledere og praksispersonale lokal tilknytning, mens lægernes tilknytning til regionsklinikkerne er mere varierende. Der er 1) speciallæger i almen medicin ansat på samme vis som lægerne på hospitalerne, 2) der er læger tilknyttet via virksomhedskontrakter mellem lægens enkeltmandsvirksomhed og regionen og slutteligt er der 3) speciallæger, som tilknyttes udefra ofte via et vikarbureau. I nogle tilfælde rejser de store afstande for at påtage sig midlertidigt arbejde i regionsklinikker. Lægerne vil relativt ofte have andre ansættelser eller funktioner og ikke arbejde fuldtids i regionsklinikken.

De enkelte regionsklinikker er forskellige mht. størrelse, bemanding og funktioner. Delegationsgrad og arbejdsdeling kan variere afhængig af bl.a. praksispersonalets kompetencer. Det er ikke nødvendigvis altid sygeplejerskerne, der har den første patientkontakt. Patienterne visiteres til konsultation enten hos sygeplejerske eller læge afhængig af det konkrete problem, patientprofilen og åbne tider i kalenderen. Lægerressourcer i regionsklinikker prioriteres anvendt på patientrettede opgaver, der kræver speciallægekompeter.

Udover patientkonsultationer har lægerne typisk en superviserende og mere konsulentlignende rolle i regionsklinikker, hvor det indgår i opgaven at vejlede og sparre med gruppen af sygeplejersker og sekretærer, der udgør klinikens stabile medarbejderstab.

I case nr. 17, bilag 3, ses et eksempel på, at klinikken er bemandet en dag om ugen med speciallæger i reumatologi og i intern medicin. Praksispersonalet i regionsklinikken sørger via deres visitation for, at de relevante patienter får booket en tid hos speciallægerne, så de kan blive vurderet og evt. behandlet lokalt i det nære sundhedsvæsen.

6.8.3 Kontinuitet i patient-behandler relationen

Regionsklinikker tilstræber ligesom øvrige praksisformer via kalenderstyring kontinuitet i patient-behandlerrelationen ved at udvalgte behovspatienter kommer til planlagt konsultation hos den samme læge eller praksispersonale. For akutte problemstillinger tilbydes tid hos den læge eller sygeplejerske, der er på arbejde og har akutvagten den pågældende dag.

I regionsklinikkerne har praksispersonalet en vigtig rolle i forhold til lægerne ved at have de bedste forudsætninger for at opnå kendskab til patienterne gennem stabilt fremmøde. Læger i regionsklinikker har særlig opmærksomhed på, at skriftlig dokumentation i patientjournalen skal bidrage til at sikre kontinuitet og sammenhæng i lyset af ofte skiftende lægebemanding.

Regionsklinikker, der har opnået erfaring med alternative modeller, kan udfordre værdien af kontinuitet hvis det indebærer, at patienten altid møder den samme behandler. Nogle informanter oplever således, at der også kan være fordele forbundet med, at patienterne bliver tilset af skiftende læger. Dels kan patienten få en "second opinion", og dels vurderer nogle, at fordelene ved at bevare den samme læge-patientrelation gennem en længere årrække i traditionelle praksis kan være overvurderet, idet der ikke er sikkerhed for, at den valgte læge er fagligt opdateret på alle områder. Der er ligeledes informanter i regionsklinikker, som forsvarer deres praksisform med, at en for tæt og langvarig patientrelation risikerer at gøre lægen forudindtaget i sin tilgang til og vurdering af patienten, hvilket kan påvirke udredning, behandling og udførelsen af gatekeeper-rollen uhensigtsmæssigt.

6.8.4 Opgaveløsning

Ansvar for opgaveløsning og faglig kvalitet i regionsklinikkerne ligger hos regionen. Der er flere eksempler på, at regionsklinikkerne har særlige lokale funktioner fx at indgå i akutberedskabet uden for dagtid eller varetage udgående funktioner. Regionsklinikkerne har typisk en stærk forankring i lokalområdet, som omfatter et tæt samarbejde med den kommunale ældresektor og andre kommunale funktioner fx misbrugskonsulenter. Dette opleves at bidrage til kvalitet og sammenhæng i borgerforløbene.

Skiftende læger og høj delegationsgrad stiller særlige krav til dokumentation og fælles arbejdsgange, som praksislederen sikrer kører efter en fast skabelon og mindre individafhængigt. Opgaveløsningen er tydeligt præget af, at andelen af ældre og syge patienter tilmeldt regionsklinikker jf. Figur 5.3.1a er relativt høj. Disse forhold håndteres blandt andet ved, at der sættes længere tid af til den enkelte konsultation, ofte 20 minutter og af og til 30 minutter. Regionsklinikker er forpligtet til at aktivitetsregistrere udførte ydelser, men der er ikke et økonomisk incitament til at fokusere på volumen i antal producerede ydelser.

6.8.5 Vurdering af regionsklinikker

Oplevede styrker:

- Lægeperspektiv
Nogle læger værdsætter ansættelsesmodellen, den fleksible arbejdsform og muligheden for at prioritere tiden på opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer. Læger og praksispersonale har en klar oplevelse af, at der er brug for dem, og at arbejdet er varieret og fagligt meningsfuldt.
- Bemanding og arbejdsdeling
Lægerne værdsætter særligt det tætte samarbejde med kompetent og hjælpsomt praksispersonale i regionsklinikker.
- Tilgængelighed:
Regionsklinikker fremhæver at de sjældent indgår i vagtringe og har få eller ingen lukkedage.
- Opgaveløsning:
Regionsklinikker har ikke aktivitetsafhængig afregning og fremhæver på den baggrund muligheden for at sætte længere tid af til komplekse/tidskrævende problemer eller samle flere problemstillinger i samme konsultation. Dette beskrives som en ressourceeffektiv arbejdsform. Det fremhæves også som en fordel, at de ansatte i regionsklinikker kan fokusere på at løse opgaverne uden, at de behøver tænke på, om driften giver overskud. Lokal forankring og ofte også samplacering fx i sundhedshuse understøtter det tværsektorielle samarbejde med kommunale tilbud både på ældreområdet og på voksen/socialområdet.

Oplevede opmærksomhedspunkter:

- Ejerstruktur og ledelse:
Det opleves som en ulempe af praksislederne, at klinikkerne kun kan drives på midlertidig basis som alternativ til den foretrukne driftsform, hvilket betyder, at der er et element af usikkerhed om fremtiden, og at regionsklinikker ikke kan tillade sig at blive alt for succesfulde, da de i så fald vil risikere at udkonkurrere de tilstedeværende eller nytilkomne traditionelle praksis i området. Der kan opleves lange og træge beslutningsprocesser kendetegnet ved, at beslutningstagerne i regionen ikke har nærhed til og opdateret viden om driften og det kliniske arbejde i regionsklinikkerne (kliniknær ledelse). Et opmærksomhedspunkt er, at læger kan opleve, at de har lav indflydelse på struktur og arbejds gange i regionsklinikken.
- Kontinuitet
Udfordret kontinuitet i lægebemandingen i kombination med udstrakt delegation kan risikere at påvirke det helhedsorienterede patientkendskab baseret på patient-behandler relation med afledt virkning for gatekeeper- og tovholderfunktion herunder henvisningspraksis. Risikoen kan særligt udgøre et opmærksomhedspunkt, fordi regionsklinikker har høj andel af ældre og syge patienter. Skiftende læger fra dag til dag eller uge til uge indebærer mindre forudsigelighed for patienterne.

6.9 Midlertidige praksisformer: Udbudsklinikker

Praksisformen udbudsklinik har i analysen kun været belyst gennem interview med private leverandører, og der er ikke gennemført praksisbesøg eller interview i en eksisterende udbudsklinik. Indledningsvis er det væsentligt at fastslå, at udbudsklinikker i denne analyse alene anvendes som betegnelse for praksis, hvor driften har været konkurrenceudsat via udbud af regionen og herefter tildelt en privat leverandør, og ikke den bredere definition, der anvendes/har været anvendt af Sundhedsdatastyrelsen i Yderregistret.

Antallet af udbudsklinikker er begrænset, og de har ofte kort levetid, da de relativt ofte omdannes til mere permanente partnerskabsklinikker i regi af private leverandører eller andre praksisformer, som lettere kan bemandes. Den relativt korte levetid og særlige afregningsmodel begrænser muligheden for at sammenligne de egentlige udbudsklinikker med andre praksisformer.

Opgaven for udbudsklinikker er defineret i en kontrakt med regionen, der typisk læner sig op ad overenskomstens tilbud, men også indeholder yderligere krav fx om patientinddragelse. Opgavemængden er variabel, idet patienterne har frit lægevalg, og antallet af patienter kan påvirkes af udefrakommende forhold såsom kapacitet og åbne/lukkestatus blandt de øvrige praksis i området.

Honorarmodellen er normalt en fast pris pr. patient, men udbudsklinikker skal i lighed med regionsklinikker stadig levere aktivitetsdata ved at ydelsesregistrere.

6.9.1 Vurdering af udbudsklinikker

Leverandøren er nødt til at tage højde for risiko og driftsperiode i tilbudsgivningen, der er få leverandører på markedet, som evner at bemande og drive udbudsklinikker, og derfor antages udbudsklinikker normalt at udgøre et relativt dyrt tilbud sammenlignet med traditionelle praksisformer. Økonomien i udbudsklinikker har dog ikke været belyst med data i denne analyse.

Den primære fordel ved udbudsklinikker som praksisform er at de sikre lægedækning i områder, hvor der er begrænsede eller ingen andre muligheder, og de har åbent for patienttilgang, så de giver flere valgmuligheder for patienterne.

Regionerne har mulighed for at fastsætte krav til kvalitet og service i udbudsklinikker og kan sikre opfølgningsmetoder via kontrakten.

6.10 Opsamling på kvalitativ vurdering af praksisformer

6.10.1 Tværgående observationer

Den kvalitative kortlægning har understreget og yderligere nuanceret den tværgående observation af, at der er relativt stor variation i organisering, bemanning og delegationsgrad mellem praksis inden for samme praksisform, og særligt inden for de traditionelle praksisformer solopraksis og kompagniskab.

Derudover har den kvalitative analyse påvist, at praksisformen uanset rammebetingelser har selvstændig betydning både for driften af praksis, for ejerlægerne, for ansatte læger og for praksispersonale.

6.10.2 Rollen for den praktiserende læges i almen praksis

På tværs af praksisformer ses særligt variationer imellem praksis som afspejler, hvordan den enkelte praktiserende læge fortolker sin egen rolle og ansvarsområder.

Rammerne for almen praksis giver frihedsgrader, som kan udfyldes på forskellig vis af læger og praksispersonale i fællesskab, og hvor lægens rolle kan variere på følgende parametre;

- Supervisorende kontra konsulterende: Visse læger ønsker primært selv at varetage konsultationer med patienter for at bevare en tæt og tillidsfuld patientrelation. Deres motivation er ofte at sikre helhedsperspektivet på den enkelte borger, og at se både raske og syge patienter, for hurtigere at kunne identificere eventuelle forandringer og kritiske symptomer og agere forebyggende. Denne anskuelse synes udfordret af andre læger, der prioriterer den mere supervisorende rolle med en højere delegationsgrad. Sidstnævnte er ofte - principielt eller ud af kapacitetsmæssige hensyn - motiveret af at fokusere de lægefaglige ressourcer på de komplekse og potentielt alvorligt syge borgere, og så lade andre faggrupper håndtere de kontakter, der enten er afklaret, følger en fast skabelon eller er enklere set ud fra et fagligt perspektiv.
- Generalist kontra specialist: Bredden i faglige kompetencer og graden af specialistkompetencer er forskellig fra praksis til praksis. Nogle praktiserende læger vurderer, at subspecialisering af læger og praksispersonale vil udfordre generalistrollen, og at almen praksis med tiden risikere at blive et "mini-sygehus", hvor kendskabet via den tætte patientrelation forsvinder og kerneopgaven forsømmes. Omvendt er der andre praksis, hvor udvikling af specialistkompetencer ses som en gevinst for patienter og samarbejdspartnere, der indebærer, at praksis samlet set kan tilbyde en højere faglighed i håndteringen af særlige patientgrupper. Eksempler herpå er:
 - Sygeplejersker og assistenter med baggrund i psykiatrien, der håndterer patienter med mistrivsel, depression og angst.
 - Jordemødre, der håndterer graviditetsundersøgelser, reproduktive problemstillinger, celleprøver og børneundersøgelser.
 - Farmakonomer, der foretager medicingennemgang og løbende vurderer recepter.

6.10.3 Lægernes tilknytningsform som ejer eller ansat

Øvrige praksisformer er særligt kendetegnet ved, at den dominerende tilknytningsform for de speciallæger, der arbejder i rollen som praktiserende læge er ansættelse - enten som lønmodtager eller som vikar med egen virksomhed og honoreringsaftale. Dette afspejler en generel erkendelse af, at ansættelsesmodellen foretrækkes af visse speciallæger i almen medicin og evt. kan være en forudsætning for, at de vælger at arbejde som praktiserende læge. Baseret på interviewdata vurderes ansættelsesmodellen især at være attraktiv for yngre speciallæger med familie eller bijob, som i særlig grad ønsker fleksible arbejdsforhold. Samtidig tiltrækker ansættelsesmodellen ældre og erfarne praktiserende læger, der har afhændet deres egen praksis, men har lyst til at arbejde videre hen imod pensionsalderen som ansat læge. Disse erfarne ældre læger angiver, at de kan lide formen, fordi de alene skal fokusere på det patientrelaterede og nu slipper for administrations- og personaleansvar.

En del informanter på tværs af praksisformer vurderer, at praktiserende læger som har medejerskab af en eller flere praksis generelt har større ansvarsfølelse og mere stabil tilknytning til klinikken sammenlignet med ansatte læger. Alligevel anser de pågældende ansættelsesmodellen som relevant og nødvendig for at sikre lægedækning.

En del af informanterne har arbejdet i flere forskellige praksis - herunder også i udlandet - og har således personlige erfaringer med styrker og svagheder ved flere praksisformer. Flere har udtrykt en klar præference for en bestemt praksisform, og at praksisformen har været - og fortsat er - væsentlig for deres karrierevalg. Lægerne har typisk præference for den praksisform, de selv arbejder i.

6.10.4 Delegation og behandlerteams

De praksis, der har indført udstrakt delegation eller behandlerteams beskriver, at patienterne i starten skulle vænne sig til at få tid hos sygeplejerske frem for hos lægen. Efter en omstillingsperiode er de fleste patienter trygge ved, at konsultationen varetages af praksispersonale når blot de oplever, at lægen er til stede i klinikken og er tilgængelig ved behov.

I forlængelse heraf påpeges af flere informanter, at patienternes behov for fast tilknytning til en læge i stedet for eksempelvis en sygeplejerske, er forskellig. Således vil der ofte være behov for tæt og fast relation til en lægefaglig ressource for sårbare patienter, såsom patienter med psykisk sygdom, multisygdom og komplekse forløb, mens patientgrupper med afklarede problemstillinger eller lettere og mere ukomplicerede ad hoc sygdomme/skader udmærket kan konsulteres af en sygeplejerske eller anden fagperson, hvor lægen så involveres efter behov.

6.10.5 Betydning af kontinuitet

Temaet kontinuitet i patient-behandler relationen adskiller sig ved, at informanterne på tværs af praksisformer definerer begrebet forskelligt, og at kontinuitet som sammenligningsparameter vægtes forskelligt i forhold til andre mål for drift og organisering af almen praksis fx kort ventetid. Eksempelvis er der forskellige syn på om kontinuitet indebærer, at patienten har en fast relation og kontakt til den samme læge, eller om kontinuitet også kan sikres ved, at patienten har en fast tilknytning til en anden fagperson eksempelvis en sygeplejerske.

Nogle praksis er begyndt at udskille en særlig patientgruppe, som de kalder ”behovspatienter” eller ”VIP-patienter”, og som de i særlig grad bestræber sig på at sikre en fast læge og/eller sygeplejerske. Identifikationen af behovspatienter adskiller sig umiddelbart ikke på tværs af praksisformer, men de valgte organisatoriske løsninger afhænger af mulighederne, som varierer afhængig af praksisform, praksisstørrelse, delegationsgrad og intern specialisering.

6.10.6 Patientperspektivet

Patientperspektiv på praksisformer i almen praksis er inddraget gennem dokumentstudier samt afholdelse af en workshop med deltagelse af repræsentanter fra Danske Patienter, patientforeninger (Bedre Psykiatri, Osteoporoseforeningen, Spiseforstyrrelser og Selvskade), PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Danske Sygeplejeråd og private leverandører. Workshoppen havde til formål at afdække og nuancere patienter og pårørendes perspektivér på almen praksis, herunder eventuelle særlige vinkler i forhold til praksisformer.

Et hovedbudskab her var, at patienternes behov og krav ikke direkte kan kobles sammen med bestemte praksisformer. Patientperspektivet favoriserer således ikke den ene praksisform fremfor den anden. Det vigtigste hensyn set fra patient- og pårørendeperspektivet er, at der reelt er frit lægevalg i betydningen mulighed for at vælge mellem forskellige praksis, så patienten kan vælge at skifte læge.

I forhold til eksisterende kvantitative dataanalyser, der kobler brugertilfredshed med praksisformer, så synes der ikke at foreligge nye/ajourførte analyser herpå, som BDO er bekendt med eller har adgang til.

Et centralt tema i patientperspektivet er tilgængeligheden til almen praksis. Tilgængelighed for patienter kan forstås bredt og dækker bl.a. åbningstider, ventetiden på konsultationer, adgang til en fast læge og digitale alternativer til fysiske konsultationer.

Patienterne efterspørger generelt fleksible åbningstider. En undersøgelse foretaget af Danske Patienter viser, at det for mere end hver tredje borger er vigtigt at kunne komme til lægen udenfor almindelig arbejdstid¹.

I forhold til tilgængelighed fremhæver patientforeninger, at flere patientgrupper efterspørger digital tilgængelighed og mulighed for at anvende virtuelle konsultationer. Dette understøttes af en undersøgelse foretaget for Danske Patienter der viser, at hver anden patient efterspørger muligheden for digitale konsultationer - fx via video eller telefon. Dette gælder på tværs af aldersgrupper.

6.10.7 Forståelser af begrebet tilgængelighed

Overenskomst om almen praksis indeholder en række bestemmelser om tilgængelighed, service og tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden. Som tilfældet med kontinuitet, så observeres på tværs af praksisformer forskellige tolkninger blandt de praktiserende læger af begrebet tilgængelighed;

- Adgang til praksis: For nogen praktiserende læger er god tilgængelighed ensbetydende med, at patienter og samarbejdspartnere hurtigt kan få fat i klinikken via telefon - hvor den direkte kontakt så typisk er til en sekretær eller sygeplejerske.
- Adgang til lægefaglige ressource: Andre praktiserende læger påpeger, at god tilgængelighed også har at gøre med, at patienter og samarbejdspartnere få direkte adgang og kontakt til en lægefaglig ressource, ideelt set til den valgte læge.
- Tidsmæssig adgang: Tilbudte tidsrum for, hvornår der er adgang - telefonisk og konsultationer - er ligeledes en parameter i forhold til at vurdere tilgængelighed. Herunder eksempelvis mulighed for konsultationer efter kl. 16.
- Akut tilgængelighed: Tilgængelighed kan endelig også forstås som adgang ved akut opstået behov herunder hvilke akutte tilbud, praksis stiller til rådighed for patienter og samarbejdspartnere - eksempelvis i form af akuttelefoner og akuttider til konsultationer.

Ofte beskriver aktørerne spørgsmålet om tilgængelighed mere som en afvejning af modsatrettede hensyn end som servicekrav. Hvilken form for tilgængelighed, der prioriteres i den enkelte praksis og dermed afspejles i kalenderplanlægning, organisering og tilbudte aktiviteter, afhænger derfor ikke af praksisformen alene, men afspejler også ejerlægens/ejerlægenes egne præferencer og vurderinger.

Hovedbudskaber fra den kvalitative afdækning

Praksis er organiseret som mange selvstændige enheder, og praksisformen er ikke alene styrende for hvorledes en given praksis strukturerer og organiserer opgaveløsningen. Andre væsentlige faktorer er lokation, patientgruppen, ejerlægens/ejerlægenes holdninger til delegering, specialiseringsgrad og ønsker til eget arbejdsliv.

Praksisform og -størrelse ses at have størst betydning for ledelseskonstruktion, for mulighed for at råde over brede kompetencer i form af tværfaglige teams samt for det faglige og sociale miljø.

Der ses variation i bemanning og delegationsgrad på tværs af praksis inden for de forskellige praksisformer, hvilket blandt andet afspejler kapacitetspres og variationer i lægers vurderinger af rollen som praktiserende læger.

¹ Danske Patienter (2021) Det mener patienterne

7. Praksisformer og ønsket omstilling til det nære sundhedsvæsen

I dette afsluttende kapitel præsenteres en tværgående opsamling på betydningen af praksisformer for opgaveløsningen i almen praksis baseret på den gennemførte kortlægning og perspektiveret med eksempler fra sammenligningslandene: Norge, Sverige, England og Holland.

Resultaterne sammenfattes under fire temaer, som vurderes at have betydning for de politiske ambitioner i Aftale om en sundhedsreform fra maj 2022 (sundhedsreformaftalen) og for at realisere den ønskede omstilling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen:

- *Lægedækning:* Aftalen baserer sig på, at der skal være praktiserende læger nok i hele landet, at lægedækningen skal styrkes i de lægedækningstruede områder.
- *Bemanding og arbejdsdeling:* Den ønskede omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen indebærer en ambition om, at almen praksis har kapacitet til at håndtere øget opgavekompleksitet og mulighed for at indoptage nye opgaver.
- *Ledelse:* Organiseringen af almen praksis i mange små, selvstændige enheder og forskellige praksisformer osv., indebærer variation, som kan påvirke muligheden for at lede og gennemføre ønskede forandringer ensartet på tværs af sektoren såsom opbygning af kompetencer til at varetage nye opgaver. Praksisudvikling bliver let nedprioriteret i hverdagen, og det kræver ledelsesmæssige beslutninger på praksisniveau at realisere den ønskede omstilling og at implementere aftaler om blandt andet anvendelse af digitale løsninger og bekæmpelse af ulighed i sundhed.
- *Tilgængelighed:* Der er et ønske om, at et øget antal praktiserende læger ud over at styrke opgaveløsningen også vil bidrage til bedre tilgængelighed for såvel borgere som samarbejdspartnere, fx via mere fleksible åbningstider.

De tværgående konklusioner i hvert afsnit ledsages af udvalgte eksempler på udviklingstendenser og cases fra sammenligningslandene, der illustrerer løsninger på tilsvarende udfordringer. Disse nedslagspunkter fra udlandet er udvalgt med henblik på at kvalificere en dialog om betydning af praksisformer set i lyset af den ønskede omstilling til det almen praksis som led i en generel omstilling til det nære sundhedsvæsen. Beskrivelsen af praksisformer, udviklingstendenser og inspirationscases fra de fire sammenligningslande er vedlagt rapporten som bilag 4.

7.1 Lægedækning

Som et gennemgående fund i den kvalitative analyse ses, at gruppen af speciallæger i almen medicin prioriterer forskellige elementer i rollen som praktiserende læge og har forskellige præferencer for deres arbejdsliv. Forskelligheden i praksisformer bidrager til at imødekomme de varierende ønsker og behov både for dem, der ønsker selvbestemmelse og enkle beslutningsgange i solopraksis og dem, der lægger vægt på det faglige og sociale miljø, fællesskab og mulighed for at have faste fridage eller varetage andre funktioner i eksempelvis en kompagniskabspraksis. Således må tilstedeværelsen af forskellige praksisformer overordnet antages at bidrage positivt til at sikre lægedækning i almen praksis.

Som beskrevet i afsnit 5.3 har de traditionelle praksisformer i gennemsnit et antal tilmeldte patienter pr. kapacitet, der overstiger det såkaldte normal på 1600 patienter pr. kapacitet. Solopraksis har flest tilmeldte patienter, men der ses også en stigning i patienter pr. kapacitet inden for kompagniskabspraksis, som er den mest udbredte praksisform.

Ejerlæger suppleret med et stigende antal ansatte praktiserende læger i de traditionelle praksisformer, sikrer tilstrækkelig lægedækning i det meste af landet. I udvalgte, lægedækningstruede geografiske områder, har det ikke været muligt at dække behovet ved at rekruttere nye praktiserende læger, hvilket har resulteret i, at der bl.a. via lovgivning er introduceret nye praksisformer, såsom regionsklinikker, og mulighed for at eje op til seks ydernumre. Analysen har vist, at praksisstrukturen og dermed ejerskabsforhold og praksisstørrelse er forskellig på tværs af regioner og kommunetyper.

Anvendelse af de praktiserende lægers tid har betydning for muligheden for at sikre lægedækning og indoptage nye opgaver. Det er forskelligt på tværs af praksisformer og praksis inden for samme praksisform i hvilken grad lægeressourcerne fokuseres på opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer.

Nye praksisformer har ifølge private leverandører og ejere fokus på at indhøste stordriftsfordele og udbrede arbejdsgange gennem flerpraksisdrift, hvor den enkelte praksis understøttes af fællesfunktioner og løsninger, der udarbejdes og vedligeholdes centralt. Det betyder sammen med udstrakt brug af praksispersonale og delegation, at de udførende læger bliver aflastet, og at de har mulighed for at fokusere deres ressourcer på patientrelaterede opgaver.

Midlertidige praksisformer og partnerskabsklinikker er især til stede i lægedækningstruede områder, hvor de som supplement til de traditionelle praksisformer bidrager til at sikre lægedækning. Fremadrettet må disse forventes at få endnu større betydning, da de i højere grad har åbent for patienttilgang sammenlignet med traditionelle praksisformer. Nedenfor følger cases fra udlandet på, hvordan problemer med lægedækning imødekommes via forskellige ordninger/anderledes organiseringsformer.

7.1.1 Inspiration fra Norge: Nordsøturnus

Norge har erfaringer med at sikre geografisk spredning af praktiserende læger via rotationsordninger kaldet nordsøturnus, hvor almen praksis i lægedæknings-truede områder, typisk en mindre kommune i Kyst- og Nordnorge, bemannes med læger fra andre dele af landet. Lægen bliver fast tilknyttet en praksis og arbejder der fx 2 uger ad gangen, hvorefter lægen rejser hjem i 4 uger. Denne ordning sikrer lægedækningen og samtidig en vis grad af kontinuitet med patienterne, da nordsøturnussen typisk indgås som en lang- eller fast aftale mellem kommunen og lægen.

7.1.2 Inspiration fra Norge: Kommunal trækningsret

Almene lægetilbud er kommunalt ansvarsområde i Norge, og alle praktiserende læger ("primærlæger") er forpligtet til at afgive 7,5 timer ugentligt til at løse opgaver for kommunen såsom attester, plejehjemslægefunktion og skolelæge/børneundersøgelser. 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.

7.1.3 Inspiration fra England: Kapacitetsudnyttelse gennem administrativ aflastning

I United Kingdom/England er det normalt, at praktiserende læger har en del praksispersonale herunder administrative ressourcer, der kan aflaste lægerne og ledelsen, og som de kan uddelegere de opgaver til, der ikke kræver lægefaglige kompetencer. Typisk har praksis en praksismanager og administrative assistenter/lægeseekretærer, samt afhængig af størrelse en stab med fx IT og økonomifunktion. Staben hjælper fx med at sikre, at klinikken lever op til resultatkravene i standardkontrakten.

7.1.4 Inspiration fra England: Alternative leverance former

NHS England har også lægedækningstruede områder, som har gjort det nødvendigt at åbne op for nye praksisformer. Den britiske organisation og tænketank Kings Fund har beskrevet to alternative modeller:

- Vertical integration betegner situationen, hvor offentlige hospitaler under NHS England etablerer og driver almene praksis.
- I erkendelse af, at det nogle steder ikke er muligt at sikre lægedækning i alle geografiske områder gennem den traditionelle driftsmodel, er der åbnet op for, at andre private leverandører kan drive almene lægetilbud via Alternative Provider Medical Services-contract "APMS". Disse virksomhedsdrevne klinikker udgør ifølge Kings Fund ca. 4 % af den samlede kapacitet. Eksempel på en sådan virksomhed er "Operose".

7.1.5 Inspiration fra Holland: Mere tid til patienten

Tidligere var det sædvanligt at afsætte 10 minutter pr. konsultation i almen praksis i Holland. Efter et vellykket pilotprojekt udbredes i disse år en model kaldet "more time for the patients". Nu er det mere almindeligt at afsætte 15 minutter eller længere tid. Dette opleves som en god investering. I sammenhæng hermed er der en plan om at tilføre lægekapacitet for at reducere patientantallet pr. læge, som p.t. er næsten 2100 i gennemsnit.

7.2 Bemanding og arbejdsdeling

Kapacitet og kompetencer i almen praksis kommer både fra læger og praksispersonale, der hver for sig og i samarbejde gennem en arbejdsdeling kan bidrage til at styrke kapacitet og kompetencer til at realisere ambitionerne i sundhedsreformen. Dette særligt gennem et hensigtsmæssigt kompetencemix, hvor opgaverne samlet set løses på det rette kompetence- og omkostningsniveau ud fra LEON-princippet samtidig med, at de sundhedsfaglige ressourcer bruges hensigtsmæssigt på relevante opgaver.

Analysen viser, at der er relativt stor variation i kapacitet og kompetencer hos praksispersonale og i delegationsgraden på tværs af praksis inden for de traditionelle praksisformer. Denne variation indikerer, at der ligger et uudnyttet potentiale for frigøre lægekapacitet til nye prioriterede funktioner i det nære sundhedsvæsen i de lægepraksis, der p.t. har begrænset kapacitet fra praksispersonale, eller hvor lægerne selv udfører opgaver, som i andre praksis varetages af praksispersonale. I den kvalitative analyse og deep-dive casebeskrivelser peges entydigt på, at der ligger et potentiale i ændret arbejdsdeling mellem læger og kvalificeret praksispersonale, hvor de lægefaglige ressourcer i højere grad prioriteres til de patienter, som har størst behov.

Ca. halvdelen af dem, der arbejder i almen praksis er læger eller uddannelseslæger. Hvis der er et ønske om at opbygge kapacitet og kompetencer til omstilling ses derfor muligheder - særligt i de traditionelle praksisformer - i at styrke grundlaget for delegation og frigøre lægeressourcer ved at øge mængden af praksispersonale og bredden i de faglige profiler, der er til rådighed i almen praksis som en central aktør i det nære sundhedsvæsen. Herunder fra nye faggrupper som social- og sundhedsassistenter, jordemødre, bioanalytikere, farmakonomer og personer med kompetencer inden for eksempelvis terapiformer/lettere psykiatri.

I de lægedækningstruede områder er der både via nye praksisformer og praksisudvikling i traditionelle praksisformer sket en omstilling i retning af øget delegation til praksispersonale og aflastning af læger for udvalgte opgaver via funktioner som fx praksismanager og ledende sygeplejerske. BDO vurderer derfor, at kortlægningen har afdækket et potentiale for at frigøre lægekapacitet til flere patienter eller nye opgaver via en ændret arbejdsdeling i de praksis, som p.t. ikke har ret meget praksispersonale, eller som ikke udnytter mulighederne i delegation.

Den kvalitative analyse har vist, at praksisformen ikke behøver at udgøre en hindring for kapacitetsudvidelse gennem øget brug af praksispersonale. Nogle solopraksis er således lykkedes med at tilrettelægge en arbejdsdeling, hvor det er muligt at beskæftige mindst en sundhedsfaglig praksispersonale efter behandlerteams-modellen. Alternativt kan nyt praksispersonale deles mellem flere praksis i konstruktionen samarbejdspraksis.

Kortlægningen har dokumenteret, at sygeplejersker allerede udgør en selvstændig kapacitet i mange praksis, hvor de ofte har opbygget viden og erfaring, som gør dem i stand til at varetage en række opgaver selvstændigt. Derudover har de ofte også specialistkompetencer såsom inden for diabetes og KOL. BDO vurderer på baggrund af erfaringer fra sammenligningslande, at sygeplejerskernes rolle i almen praksis yderligere kan styrkes gennem formaliseret efteruddannelse og udvidet selvstændigt virksomhedsområde, hvilket kan gøre dem i stand til - i endnu højere grad - at fungere som konsultations- eller behandlersygeplejerske og dermed repræsentere en reel, væsentligt kapacitetsudvidelse. Potentialet er særligt stort i de praksis, der p.t. ikke har en sygeplejerske ansat, eller hvor efterspørgslen stiger inden for praksispersonalets kompetenceområder.

7.2.1 Inspiration fra Sverige: Praksispersonalets opgaver og kompetencer

Vårdcentraler har altid sygeplejersker ansat, og afhængig af størrelse har de typisk også ansat sundhedsassistenter og psykologer. Sygeplejersker generelt og de særligt uddannede distriktssygeplejersker varetager selvstændigt en række opgaver herunder konsultationer. Udviklingen går i retning af mere specialiseret praksispersonale med kompetencer fx inden for diabetes og lungesygdomme. Ligesom i England findes også en funktion kaldet Medicinsk Ansvarlig Sygeplejerske (MAS) med et udvidet selvstændigt virksomhedsområde med adgang til at udskrive visse lægemidler.

Erfaringen fra svenske vårdcentraler illustrerer potentialet i teamsamarbejder med mere systematisk brug af praksispersonale herunder sygeplejersker m.fl. med specialistkompetencer og selvstændigt virksomhedsområde. Den højere specialiseringsgrad kan udfordre kontinuitet i patient-behandler relationen, hvilket igen kan imødekommes gennem organiseringsformer som behandlerteams.

7.2.2 Inspiration fra England: Nye faggrupper og praksisnetværk

Ifølge centrale aktører er der i England sket en udvikling i retning af større praksis med ny/udvidede funktioner og mere praksispersonale.

Den traditionelle bemanning af klinikker i almen praksis med sygeplejersker, assistenter og sekretærer er blevet udvidet med nye faggrupper såsom fysioterapeuter, farmaceuter/farmakonomer, mental health workers (typisk SPL, ergoterapeut eller socialrådgiver med efteruddannelse). Formålet er både at aflaste de praktiserende læger i lyset af lægemangel/overbelastning, og at aflaste det specialiserede sundhedsvæsen ved at styrke adgangen til behandling i lokalområdet gennem tilførsel af nye kompetencer.

Ejeren af det offentligt finansierede sundhedsvæsen NHS har målrettet økonomitilførsel til at ansætte medarbejdere fra nye faggrupper i grupper af praksis kaldet "private practice networks". Medarbejderne - fx fysioterapeuter og farmakonomer - deles mellem praksis i netværket, så alle patienterne tilmeldt de pågældende praksis kan få gavn af de nye faggrupper.

7.2.3 Inspiration fra Holland: Tilførsel af kapacitet fra praksisassistenter som supplement til læger og sygeplejersker

Holland har tradition for, at sygeplejersker i almen praksis løser opgaver selvstændigt og har egne konsultationer. En nyere udvikling i Holland er, at der i stort set alle praksis gennem de seneste år, er blevet tilført kapacitet i form af sundhedsfagligt støttepersonale i form af praksisassistenter til at supplere læger og sygeplejersker i tværfaglige teams. 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 forsikringsselskaberne for omkostningen vedr. sundhedsfaglige assistenter.

I Holland finansierer forsikringsselskaberne både behandling i hospitals- og praksissektoren, hvilket sikrer, at de får gavn af gevinsten ved at investere i at styrke behandling i primærsektoren.

7.2.4 Inspiration fra Norge: Betydning af honoreringsmodel

I Norge er det ikke tilladt for almen praktiserende læger at delegere ydelser til praksispersonale og tage fuldt honorar. Hvis lægen skal have maksimal betaling fra hhv. sygesikring ("trygde") og fra patienten for en udført ydelse forudsættes det, at lægen er til stede i en væsentlig del af konsultationen. Dette fjerner reelt en del af gevinsten ved delegation til praksispersonale. Flere informanter peger på, at dette forhold er medvirkende årsag til Norges fastlægekrise, da kapaciteten fra praksispersonale ikke udnyttes fuldt ud.

7.3 Ledelse

Praksisform og ejerstruktur har særlig betydning for beslutningstagning i forbindelse med praksisudvikling og omstillingsprocesser. Forskellene vedrører størrelsen på ledergruppen og fordelingen af roller og ansvar mellem de involverede ejere, partnere og medarbejdere med ledelsesansvar.

Ledelse af almen praksis omfatter opgaver med økonomi, diverse administrative ledelsesopgaver, IT, lokaledrift, daglig drift/tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud i hverdagen, HR, personale og faglig ledelse. Dertil kommer ledelsesopgaver vedrørende intern koordinering og beslutningstagning. Praksispersonale kan ikke have ejerandel, og normalt indgår praksismanagers og lignende ikke som ligeværdige partnere i ledelsesgruppen.

Analysen har vist, at det generelt kan være udfordrende for praktiserende læger, der selv varetager størstedelen af patientbehandlingen, at finde tid til praksisudvikling og delegation af nye opgaver i en travl hverdag. Der ses en tendens til, at læger i traditionelle praksisformer delegerer dele af ledelsesopgaven til en betroet medarbejder. I så fald er det typisk opgaver vedrørende administration (fx returregninger), indkøb, daglig drift/organisering af hverdagen og personaleledelse samt eventuelt faglig ledelse af praksispersonale.

Fremvæksten af kompagniskaber indebærer særligt i større kompagniskabspraksis med kollektiv ledelsesform en øget kompleksitet i ledelsesopgaven, som ikke findes tilsvarende i solopraksis, og som stiller krav til ejerlægenes indbyrdes koordinering og afstemthed. Hvis der opstår åbne eller latente konflikter, hvis ledelsesopgaverne nedprioriteres etc. indebærer det en reduceret beslutnings- og handlekraft i praksisledelsen og dermed risiko i forhold til at gennemføre de ønskede omstillinger. I takt med øget praksisstørrelse stiger behovet for systematik og processer til at håndtere organisering og ledelse af klinikken. Det er forskelligt, i hvilken udstrækning ledelsesgrupperne prioriterer tid på interne møder, udviklingsseminarer og lignende. I solopraksis er der ofte handlekraft og korte beslutningsgange, men til gengæld bliver ejerlægen ikke i samme grad udfordret i ledelsen til at gennemføre forandringer.

Ledelsesmæssige udfordringer kan have betydning for rekruttering af personale, fastholdelse, generationsskifte og dermed lægedækning. Manglende beslutningskraft i forhold til at realisere forandring i den enkelte praksis vil kunne resultere i stagnation og manglende udnyttelse af synergier og innovative løsninger, hvilket kan forstærkes yderligere af høj arbejdsbelastning og svagt ydre pres.

Partnerskabsklinikker og regionsklinikker adskiller sig ved, at der er etableret et overordnet, tværgående ledelseslag, som sikrer ensretning af arbejdsgange, standarder, retningslinjer og udbredelse af fælles og ensartede løsninger og systemer på tværs af de individuelle praksis. Ledelseskonstruktionen i de nye praksisformer betyder, at de ansatte speciallæger, der arbejder som praktiserende læge aflastes og har mulighed for at fokusere deres opmærksomhed på patientarbejdet, hvilket nogle læger foretrækker.

7.3.1 Inspiration fra Sverige: Rollen som virksomhedschef

Alle virksomheder herunder vårdcentraler skal have udpeget en virksomhedschef, der har det formelle ansvar for at sikre tryghed, kontinuitet, samordning og sikkerhed for patienterne. Hvis en praksis er ejet af en gruppe læger, vælger de selv hvem, der har denne funktion. Nogle læger har præference for, at chefen for en vårdcentral selv har lægefaglig baggrund.

Det er dog ikke ualmindeligt, at det er en sygeplejeuddannet, der er virksomhedschef, men det ses også, at det er en ikke-sundhedsfaglig organisatorisk virksomhedschef. I alle tilfælde skal vårdcentralen have en specialist i almen medicin tilknyttet, som er medicinsk ansvarlig. Det kan visse steder opleves udfordrende, når funktionen varetages af en sygeplejerske eller person uden sundhedsfaglig baggrund.

Funktionen som virksomhedschef sikrer entydig ledelse og beslutningskraft i større praksis herunder i kompagniskaber med flere ejerlæger.

7.3.2 Inspiration fra England: Rollefordeling i læge- og partnerkredsen i større praksis

Selvom det fortsat helt overvejende er den traditionelle model for almen praksis, der satses på i England, er der sket en udvikling i retning af, at rollen og tilknytningsformen kan være forskellig. Nogle arbejder således som "salaried doctor" under en partnerlæge. I større klinikker vil der typisk være en "senior partner", som er valgt blandt partnerne til at lede klinikken. Derved bliver det muligt for praktiserende læger uden samme interesse for ledelse at prioritere patientarbejdet. Eksempler på differentierede lægeroller: Ejerlæge og klinikleder, ejerlæge uden ledelsesansvar, ansat praktiserende læge

Introduktionen af rollen som "senior partner" kan ses som en anerkendelse af, at det at lede en større lægepraksis med læger og praksispersonale er en kompleks og prioriteret opgave, som kræver særlige færdigheder.

7.4 Tilgængelighed

Der kan skelnes mellem fysisk tilgængelighed til konsultation i klinikken, telefonisk tilgængelighed for hhv. akutte og øvrige henvendelser samt digital tilgængelighed, der omfatter e-konsultation, elektronisk booking og videokonsultation.

Tilgængelighed til almen praksis er væsentlig for både borgere og samarbejdspartnere. De to grupper anvender delvist samme kommunikationskanaler, men almen praksis tilbyder også særlige kontaktformer målrettet samarbejdspartnere. Overenskomsten indeholder en række forventninger til almen praksis' tilgængelighed, og derudover har praksis et råderum for at organisere tilbuddet, så det bedst muligt imødekommer patienternes behov.

Praksisform har betydning for tilgængeligheden, idet større praksis med flere læger og praksispersonale teoretisk har bedre mulighed for at tilbyde udvidet åbningstid og fleksibel tilgængelighed via skiftende fremmøde. Kortlægningen har vist, at kompagniskaber i lidt større udstrækning tilbyder udvidet åbningstid sammenlignet med solopraksis med og uden samarbejde.

Partnerskabsklinikker adskiller sig ved, at de tilsyneladende ifølge hjemmesidegennemgang i mindre omfang end traditionelle praksisformer tilbyder udvidet åbningstid.

Aktivitetsdata har vist, at videokonsultation i første halvår 2022 endnu kun blev tilbudt i begrænset omfang i almen praksis. Nogle praksis, som har implementeret videokonsultation og er fortsat med at bruge dem efter pandemien, har gode erfaringer med at anvende planlagt videokonsultation til fagligt relevante problemstillinger. I den kvalitative analyse er identificeret en mulig barriere for udbredelse, idet en del praktiserende læger ikke vurderer, at deres patienter efterspørger videokonsultation, og at det derfor ikke er relevant eller nødvendigt at tilbyde digital tilgængelighed via videokonsultation.

Endelig skal det nævnes, at nogle praksis oplever elektronisk booking som en u hensigtsmæssig arbejdsgang, der er svær at styre, hvorfor de derfor (evt. midlertidigt) har lukket ned for muligheden.

7.4.1 Inspiration fra England: Udvidet åbningstid

Ifølge kontrakten skal almen praksis have åbent dagligt fra 08.00-18.00. Den større volumen af praksis i kombination med ansættelsesmodellen gør det muligt at holde åbent til kl. 17 eller 18 på hverdage uden, at den enkelte læge behøver at have meget lange arbejdsdage.

7.4.2 Inspiration fra Holland: Normal åbningstid mandag-fredag

I Holland er det almen praksis ansvar at være tilgængelige for deres patienter døgnet rundt hele året gennem en vagtlægeordning. Dagtiden er defineret som 8-17 på hverdage (mandag - fredag). De praktiserende læger varetager lægevagtsfunktionen aften, nat og weekender. Det løser de i praksis ved at organisere sig i praksisfællesskaber.

7.4.3 Inspiration fra Holland: Adgang til specialistkompetencer i almen praksis

I Holland går udviklingen i retning af stærkere almene lægecentre, der udover at have brede kompetencer også kan udføre flere diagnostiske undersøgelser såsom ultralyd, som muliggør at flere patienter kan behandles uden for sygehusene. De praktiserende læger har let og hurtig adgang til specialistrådgivning fra sygehusene og kan fx sende billeder til en dermatolog og få svar hurtigt/inden for få dage. Større praksis kan rekvirere en speciallæge, eksempelvis kardiolog eller lungemediciner, der kommer ud i almen praksis og tilser patienter i dagtiden på aftalte dage. Klinikken visiterer selv patienterne til tilbuddet og booker en tid til dem. Den praktiserende læge kan deltage i konsultationen og derigennem modtage vejledning i den fortsatte behandling af patienten. Når ordningen bruges rigtigt, kan den erstatte sygehusbehandling. I de store klinikker/sundhedscentre er der tilstrækkelig volumen til, at speciallægen kan fylde et dagsprogram.

7.4.4 Inspirationscase fra Sverige: Digitale vårdtjenester

Udviklingen af digitale tjenester går hurtigt i Sverige og særligt i forlængelse af pandemien. Et eksempel på et tilbud, der udnytter mulighederne i digital tilgængelighed er Kry.se, som tilbyder et hierarki af tjenester fra hjælp til selvhjælp til fysisk konsultation i en af virksomhedens 28 modtagelser. Patienter tilmeldt Kry har via en App døgnet rundt adgang til chat og videokonsultation. I Sverige er der frit vårdval med konkurrence mellem vårdcentraler, og pengene følger patienterne. Det koster ikke patienterne noget at tilmelde sig på listen som patient hos fx Kry, dog er der brugerbetaling for at anvende vårdcentralernes tjenester både de fysiske og digitale.

Sveriges sundhedsvæsen har en fælles digital indgang til sundhedsvæsenet i form af en sundhedsplatform 1177, der minder om Sundhed.dk og Læge-Patienthåndbogen men er udvidet, så den også formidler elektronisk booking af konsultation og adgang til digitale tjenester såsom videokonsultation. Regionerne har forskellige tilbud i det nære sundhedsvæsen ("primærvården"), og hver region har sin egen digitale platform via 1177.

8. Afsluttende bemærkninger



Langt de fleste praksis udgøres af traditionelle praksisformer: kompagniskaber, solopraksis og solopraksis organiseret i samarbejdspraksis. På landsplan er 96 % af patienterne tilmeldt en traditionel praksis. Nye og midlertidige praksisformer udgør 5 % af ydernumrene. De øvrige praksisformer er overrepræsenteret i de centralt definerede lægedækningstruede områder, hvor de udgør 23 % af praksis.

Udviklingen er overordnet set kendetegnet ved, at antallet af kompagniskabspraksis har været i fremgang siden 2017, mens antal solopraksis er stabilt faldende. Tendensen går i retning af større praksis. Antallet af kapaciteter bemandet med en ansat læge er stigende ligesom antallet af praksispersonale.

De såkaldte partnerskabsklinikker adskiller sig ikke i den databaserede kortlægning af aktivitet og henvisninger fra traditionelle praksis. Partnerskabsklinikkerne adskiller sig sammen med praksis ejet af læger med flere ydernumre og regionsklinikker ved, at de har mere sundhedsfagligt personale og gennemsnitligt set højere delegationsgrad. Lægekapaciteterne i øvrige praksisformer er i højere grad bemandet med ansatte læger.

Praksisformen er ikke alene styrende for opgaveløsningen i en given praksis. Andre væsentlige faktorer er lokation, patientgruppen, ejerlægens/ejerlægenes holdninger til delegering og specialiseringsgrad.

Praksisformen i sig selv vurderes at have størst betydning for ledelse af klinikken samt bemanning og arbejdsdeling. Det gælder både inden for de traditionelle praksisformer og i sammenligning med nye og midlertidige praksisformer. Der ses også forskelle på tværs af praksisformer i typiske åbningstider og i andelen af praksis, som har lukket for patienttilgang.



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.