

**Dansk Sundhedsinstitut**

DSI rapport 2007.02

# **Almen praksis som koordinator** – en international belysning

Jakob Kjellberg  
Jeppe Sørensen  
Jakob Hansen  
Susan Andersen  
Louise Avnstrøm  
Louise Borgstrøm







## Almen praksis som koordinator

- en international belysning

Jakob Kjellberg  
Jeppe Sørensen  
Jakob Hansen  
Susan Andersen  
Louise Avnstrøm  
Louise Borgstrøm

Dansk Sundhedsinstitut  
DSI rapport 2007.02

## Dansk Sundhedsinstitut

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

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

## Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2007

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

## Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-532-0 (trykt version)

ISBN 978-87-7488-534-4 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2007.02

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk:

## Forord

Almen praksis er en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen og i den primære sundhedssektor. Almen praksis tilbyder borgerne sundhedsydelser i nærmiljøet, samtidigt med at det er borgernes indgang til det specialiserede sundhedsvæsen. Denne rolle i frontlinien stiller store krav med hensyn til koordinering og integration i det øvrige sundhedsvæsen.

For at sikre borgerne et tilgængeligt, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen med ydelser af høj kvalitet er der brug for sammenhængende strategisk tænkning om det samlede sundhedsvæsen. De seneste år har fokus primært været rettet mod sygehusenes behov for strukturforandringer, mens almen praksis strukturelt set har været forholdsvis uberørt. Når man gradvist flytter grænsefladen mellem den primære og den sekundære sundhedssektor, øger man presset på almen praksis. Der bliver behov for nye måder at løse opgaverne på, ligesom der bliver stillet stigende krav til kvalitet, sammenhæng og effektivitet.

Fleere danske såvel som udenlandske studier viser, at dansk almen praksis på en række områder er en succes, men der finder også rum for forbedring – specielt med hensyn til koordination og samarbejde med de øvrige aktører. Alt dette fører til en række grundlæggende spørgsmål, blandt andet om den eksisterende organisering af dansk almen praksis er den rigtige, eller om der er behov for justeringer.

Denne rapport har søgt inspiration i fire lande, der ligner Danmark meget. Hvordan har de grebet lignende udfordringer an, og hvilke resultater og bivirkninger har det givet. Svarene er fundet gennem en kombination af litteraturbaseret kortlægning og opfølgende interviews med nøglepersoner i de udvalgte lande. Målet med rapporten er at give idéer og inspiration til den igangværende debat om fremtidens almen praksis.

En stor tak skal rettes til de mange personer, der indvilgede i at deltage i undersøgelsens interviews. Manuskriptet har været til ekstern peer review hos seniorforsker Peter Vedsted, læge, ph.d. Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus og centerleder Jan Sørensen, cand.polit. Center for Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Odense, som takkes for kritiske og konstruktive kommentarer.

DSI Institut for Sundhedsvæsen  
Jes Søgaard  
Direktør, professor



# Indholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Forord .....  | 3  |
| Resumé .....  | 7  |
| 1. Indledning .....   | 15 |
| 1.1 Styrker og udfordringer i almen praksis .....                     | 16 |
| 1.2 Fremgangsmåde .....   | 18 |
| 2. Tovholder, koordination – hvorfor så vanskeligt? .....             | 21 |
| 2.1 Hvad er en 'tovholder'? .....                                     | 21 |
| 2.2 Analysetilgang .....  | 22 |
| 2.2.1 Begrundelse for valg af cases .....                             | 22 |
| 2.2.2 Litteraturstudie .....  | 24 |
| 2.2.3 Semistrukturerede interviews .....                              | 24 |
| 2.2.4 Struktur .....  | 25 |
| 3. Koordinering af sammenhængende patientforløb i England .....       | 27 |
| 3.1 Det engelske sundhedsvæsen .....                                  | 27 |
| 3.1.1 Finansiering .....  | 27 |
| 3.1.2 Organisering og styring .....                                   | 27 |
| 3.1.3 Funktionel inddeling af det engelske sundhedsvæsen .....        | 28 |
| 3.1.4 Almen praksis .....   | 29 |
| 3.2 Netværket omkring almen praksis i England .....                   | 33 |
| 3.2.1 Netværket internt i almen praksis .....                         | 33 |
| 3.2.2 Primary Care Trusts .....                                       | 34 |
| 3.2.3 Det behandlende sygehusvæsen .....                              | 35 |
| 3.2.4 Den sociale plejesektor .....                                   | 35 |
| 3.2.5 Opsamling .....   | 36 |
| 3.3 Problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb .....   | 37 |
| 3.3.1 Almen praksis og det nære netværk .....                         | 37 |
| 3.3.2 Nye patientrettigheders betydning for tovholderfunktionen ..... | 40 |
| 3.3.3 Guidelines .....  | 41 |
| 3.3.4 Almen praksis og social- og plejesektoren .....                 | 42 |
| 3.3.5 Almen praksis og det behandlende sygehusvæsen .....             | 44 |
| 3.4 Opsamling England .....   | 47 |
| 4. Koordinering af sammenhængende patientforløb i Finland .....       | 49 |
| 4.1 Det finske sundhedsvæsen .....                                    | 50 |
| 4.1.1 Organisering .....  | 50 |
| 4.1.2 Finansiering og aflønning .....                                 | 52 |
| 4.2 Netværket omkring almen praksis i Finland .....                   | 52 |
| 4.3 Problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb .....   | 54 |
| 4.3.1 Overordnede faktorer .....                                      | 54 |
| 4.3.2 Almen praksis og det nære netværk .....                         | 55 |
| 4.3.3 Almen praksis og social- og plejesektoren .....                 | 58 |
| 4.3.4 Almen praksis og det behandlende sygehusvæsen .....             | 60 |
| 4.4 Opsamling Finland .....   | 64 |
| 5. Koordinering af sammenhængende patientforløb i Holland .....       | 67 |
| 5.1 Det hollandske sundhedsvæsen .....                                | 67 |
| 5.1.1 Forsikringssystemet .....                                       | 68 |
| 5.1.2 Styring af udbud .....  | 69 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 5.1.3 | Praksissektoren .....   | 70  |
| 5.2   | Netværket omkring almen praksis i Holland .....                               | 71  |
| 5.2.1 | Den praktiserende læges netværk i primærsektoren .....                        | 71  |
| 5.2.2 | De selvstændige aktører i primærsektoren .....                                | 73  |
| 5.2.3 | Sundhedscentre.....   | 73  |
| 5.2.4 | Den sociale plejesektor .....   | 74  |
| 5.2.5 | Den praktiserende læges netværk i sekundærsektoren .....                      | 75  |
| 5.2.6 | Forsikringsselskabernes nye rolle i netværket .....                           | 76  |
| 5.3   | Problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb.....                | 77  |
| 5.3.1 | Overordnede faktorer.....   | 79  |
| 5.3.2 | Almen praksis og det nære netværk .....                                       | 80  |
| 5.3.3 | Almen praksis og social- og plejesektoren .....                               | 83  |
| 5.3.4 | Almen praksis og det behandlende sygehusvæsen.....                            | 85  |
| 5.3.5 | Relationen mellem social- og plejesektor og det behandlende sygehusvæsen..... | 91  |
| 5.4   | Opsamling Holland .....   | 92  |
| 6.    | Koordinering af sammenhængende patientforløb i Sverige .....                  | 95  |
| 6.1   | Det svenske/skånske sundhedssystem.....                                       | 95  |
| 6.1.1 | Finansiering.....   | 95  |
| 6.1.2 | Ressourcer .....  | 96  |
| 6.1.3 | Politisk organisering.....  | 96  |
| 6.1.4 | Organisering af almen praksis.....  | 98  |
| 6.1.5 | Honorering og kontrakter .....  | 98  |
| 6.2   | Netværket omkring almen praksis i Region Skåne .....                          | 99  |
| 6.2.1 | Udvikling af det skånske sundhedsvæsen .....                                  | 100 |
| 6.2.2 | Primärvården.....   | 101 |
| 6.2.3 | Sygehus 103 .....   |     |
| 6.2.4 | Det kommunale sundhedsvæsen .....   | 104 |
| 6.2.5 | Kommunikationssystemer.....   | 105 |
| 6.3   | Problemer og løsninger vedrørende sammenhængende patientforløb .....          | 105 |
| 6.3.1 | Overordnede faktorer.....   | 105 |
| 6.3.2 | Almen praksis og det nære netværk .....                                       | 108 |
| 6.3.3 | Alment praktiserende læge og sygehus.....                                     | 110 |
| 6.3.4 | Alment praktiserende læge og kommune .....                                    | 114 |
| 6.4   | Opsamling Skåne .....   | 116 |
| 7.    | Diskussion.....   | 119 |
| 7.1   | Opsamling .....   | 119 |
| 7.1.1 | Supplerende praksispersonale i almen praksis.....                             | 119 |
| 7.1.2 | Tværgående kliniske retningslinjer .....                                      | 119 |
| 7.1.3 | Samordning af økonomiske og faglige incitamentter.....                        | 119 |
| 7.1.4 | Faglig sparring på tværs af organisationer .....                              | 120 |
| 7.2   | Styrker og begrænsninger ved undersøgelsens design.....                       | 120 |
|       | Litteratur.....   | 123 |
|       | Bilag 1 Søgestrategi .....  | 135 |
|       | Bilag 2 Begrebsafklaring og teoretiske perspektiver .....                     | 139 |
|       | Hvad er koordination og sammenhæng og hvorfor er det så vanskeligt?.....      | 139 |
|       | Hvorfor er koordinering så vanskelig? .....                                   | 141 |
|       | Bilag 3 Brændpunktsanalyse .....  | 145 |



## Resumé

Det danske sundhedsvæsen står overfor en række udfordringer i de kommende år. Den demografiske udvikling peger på en aldrende dansk befolkning, som efterspørger og har behov for stadig flere ydelser fra et sundhedsvæsen, der er i stand til at forebygge og behandle flere og flere lidelser. Samtidig er sygdomsbilledet under forandring, idet antallet af patienter med kroniske sygdomme er i kraftig stigning – både som følge af den demografiske udvikling og som følge af forskellige såkaldte livsstilssygdomme.

Udviklingen i antallet af kronikere i kombination med et stadig mere komplekst og specialiseret sundhedsvæsen har forstærket behovet for koordinering mellem dets forskellige aktører. I Danmark optræder dette behov bl.a. i forskellige patienttilfredsundersøgelser, hvor netop koordineringen scorer relativt lavt i de ellers overvejende positive resultater. De praktiserende læger nævnes ofte som en mulig løsning på den manglende sammenhæng. Forslaget er her, at almen praksis skal tildeles en såkaldt 'tovholder'-funktion og på den måde sørge for mere sammenhængende patientforløb.

Mens det ikke skorter på forventninger til den praktiserende læge som koordinerende krumtap i sundhedsvæsenet, så findes der ikke megen viden om, hvordan og med hvilke værktøjer denne tovholderfunktion rent faktisk skal varetages. Hvis den nye tovholderfunktion skal lykkes, er der brug for viden om, hvilke vilkår der fremmer den bedst muligt. Behovet aktualiseres af den udprægede mangel på alment praktiserende læger i de kommende år og af det faktum, at de danske praktiserende læger traditionelt set kun har haft begrænset samarbejde med det omgivende social- og sundhedsvæsen – i hvert fald i sammenligning med mange andre vesteuropæiske lande.

Formålet med vores projekt har derfor været at undersøge og beskrive, hvordan man har grebet lignende problemer an i nogle af de lande, vi normalt sammenligner os med. Det er i den forbindelse vigtigt, hvad man forstår ved begreberne "tovholder" og "koordinering" – og hvorfor fænomenerne egentlig er så vanskelige at udleve i praksis. Vi har defineret tovholderfunktionen i almen praksis som: *Metoder til sikring af koordinering af sammenhængende patientforløb i netværk, hvor den praktiserende læge indgår*. I forhold til valg af metodisk tilgang og problemdefinitioner er det relevant at pointere, at der i undersøgelsen er taget udgangspunkt i et organisatorisk perspektiv, hvilket betyder, at fokus primært ligger på det systemiske niveau. Vi har således fravalgt at fokusere på specifikke sygdomsgrupper og patientforløb og har dermed heller ikke anskuet tovholderfunktionen fra et terapeutisk perspektiv. Vi håber, at rapporten kan lede til bred refleksion over og diskussion af, hvordan man kan løse problemerne omkring sammenhængende patientforløb i relation til almen praksis. Derfor har vi også valgt et så bredt perspektiv som muligt og med fokus på samarbejdet mellem forskellige aktører.

For at indkredse mulige løsninger på den vanskelige koordinering er det nødvendigt at forstå baggrunden for problemerne. Det er muligt at anlægge mange forskellige forståelsesrammer i forhold til koordineringsproblemerne på sundhedsområdet, hvor vi har valgt at fokusere på følgende forklaringer: Komplexitetsforklaring, ledelsesforklaringen, økonomiforklaringen, organiseringsforklaringen og professionsforklaringen. Disse

forklaringer er valgt, da de er blevet vurderet som mest brugbare til analyse af problemfeltet og har således været styrende for formuleringen af de semistrukturerede interviewguides, der har dannet baggrund for dataindsamlingen. Der blev foretaget mellem 5 og 15 interviews i hvert af de respektive lande. De kvalitative interviews er suppleret med litteraturanalyser af almen praksis som koordinator i de fire lande. Ingen af tilgangene kan i sig selv give et komplet billede af sammenhængene i et helt sundhedsvæsen, hvorfor tanken har været, at de i kombination kan understøtte hinanden.

Empirisk analyseres vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb i fire udvalgte lande: England, Finland, Holland og Sverige. Analysen viser først og fremmest, at diskussionen om sammenhængende patientforløb ikke kun er aktuel i Danmark. I alle landene viser litteraturanalyserne og – ikke mindst – interviewene, at man ingen steder har fundet de vises sten og løst alle koordineringsproblemerne. Der er dog alligevel en række initiativer og pointer, der hver især kan genfindes i flere af landegennemgangene og som måske kan give inspiration til, hvordan vi bedst skaber sammenhæng i det danske sundhedsvæsen. Disse initiativer og pointer omfatter:

- ◆ Supplerende praksispersonale i almen praksis
- ◆ Tværgående kliniske retningslinjer
- ◆ Integreerede organisationer vs. fragmenterede organisationer
- ◆ Faglig sparring mellem primær og sekundær/tertiær sektor
- ◆ Kommunikation og IT
- ◆ Økonomiske incitamenter
- ◆ Ressourcemangel som barriere

Nedenstående sammenfatter vi initiativerne på tværs af landene under disse overskrifter, men mens der henvises til de enkelte landekapitler for en mere fyldig beskrivelse.

### **Supplerende praksispersonale i almen praksis**

Landegennemgangene viser for det første, at det er muligt, og i mange tilfælde hensigtsmæssigt, at inddrage andet praksispersonale, hvilket er meget udbredt i de analyserede lande. I England har en engelsk almen praktiserende læge for eksempel i gennemsnit tilknyttet 2,2 fuldtidsansat praksispersonale fordelt på i gennemsnit 3,4 personer, mens der i gennemsnit er ansat 1,2 doktorassistenter pr. praktiserende læge i den hollandske praksissektor.

I alle fire lande er der positive erfaringer på alle niveauer med brugen af specialuddannede sygeplejersker til kontrol og opfølgning af patienter med kroniske sygdomme. I de svenske vårdcentraler er det således reglen, at der er ansat diabetes- og astmasygeplejersker med egen konsultation og eget bookingsystem. Typisk bliver patienterne udredt hos den alment praktiserende læge, hvorefter patienten overgår til konsultation hos specialsygeplejersken med undtagelse af akutte besøg og et årligt kontrolbesøg hos lægen. En svensk diabetes- eller astmasygeplejerske har mellem ½ – 1 ¼ års efteruddannelse.

I Sverige, Holland og England er det ikke kun i forbindelse med patienter med kroniske sygdomme, at sygeplejerskerne spiller en central rolle. Her er det også muligt at få en konsultation hos sygeplejersken for mindre problemer. I Sverige spiller de såkaldte distriktssygeplejersker, der er videreuddannede sygeplejersker, endda også en slags gatekeeper-rolle i forhold til, om det overhovedet er nødvendigt med undersøgelse hos en af vårdcentralens læger – og kan samtidig udskrive recepter til visse lægemidler.

Analysen viser, at traditionelle sygeplejersker er den mest udbredte faggruppe blandt det supplerende praksispersonale. Der indgår dog mange andre faggrupper i almen praksis i de analyserede lande. I England anvendes *Nurse Practitioners*, der er en mellemting mellem læger og sygeplejersker, mens Holland har såkaldte doktorassistenter, der i kraft af deres treårige uddannelse står for det administrative arbejde i praksis samt forskellige former for undersøgelser af patienterne - herunder blodtryksmåling, vaccination og blodprøvetagning. Herudover er der også indført specielt praksisstøttepersonale, de såkaldte POH'er, i det hollandske sundhedsvæsen. POH'er er enten specialuddannede sygeplejersker eller doktorassistent og behandler udelukkende - og med baggrund i deres toårige deltidsuddannelse – patienter med kroniske sygdomme. Introduktionen af disse nye faggrupper har medført klare forbedringer for de omfattede kronikere, målt både på kliniske mål, procesmål (overholdelse af guidelines), patienttilfredshed og egenomsorg.

I de undersøgte lande er der gennemgående tilfredshed med inddragelsen af ikke-lægeligt personale i almen praksis. Informanterne nævner dog også en utilsigtet negativ konsekvens i form af en mindsket relationel kontinuitet i behandlingsforløbene. Når andre personalegrupper overtager dele af det arbejde, som den praktiserende læge tidligere har udført, så mistes en del af den løbende kontakt og opfølgning med den enkelte patient, som ellers er en af styrkerne ved almen praksis.

### **Tværgående kliniske retningslinjer**

I alle de fire undersøgte lande har der gennem de senere år været et markant og stigende fokus på tværgående retningslinjer, der beskriver i detaljer, hvordan specifikke patientforløb skal koordineres, og hvem der har ansvaret for hvad i de forskellige dele af forløbet. Informanterne ser generelt retningslinjer som et potentielt virksomt koordineringsværktøj, og flere giver også udtryk for at de er en hjælp i dagligdagen. Det angives dog samtidig, at retningslinjerne nødvendigvis må tilpasses til og implementeres i de lokale forhold, før de kan spille nogen praktisk rolle – og at denne del af arbejdet ikke altid vægtes tilstrækkelig højt.

I forhold til de enkelte lande giver de engelske informanter i almen praksis udtryk for, at retningslinjerne fungerer som et godt værktøj, der er med til at forbedre sammenhængen i patientforløbene. Dette gælder både for de nationale guidelines de såkaldte *National Service Frameworks* (NSF) og retningslinjerne fra NICE samt for lokalt udarbejdede guidelines. Det berettes dog samtidig, at NSF'erne kræver et stort arbejde for at tilpasse guidelines til de specifikke lokale forhold, herunder de eksisterende rutiner og kulturer, hvilket kan virke som en barriere for implementeringen.

I Finland er det ligeledes en generel oplevelse, at de nationalt udstukne retningslinjer er brugbare som koordineringsværktøjer, men at det kræver et betydeligt arbejde at implementere dem lokalt i den enkelte kommune. Fra nationalt hold er der i regi af den

finske lægeforening Duodecim udarbejdet retningslinjer, der angiver behandlingsmetoder og –niveau for de mest udbredte lidelser.

I Holland vurderer de interviewede læger, at der indtil videre kun har været meget begrænset succes med implementeringen af de såkaldte transmurale (tværgående) guidelines. En af hovedårsagerne er, at der har manglet lokale fortolkninger, der ses som nødvendige for, at retningslinjerne kan benyttes i praksis.

I Sverige kaldes de tværgående retningslinjer ofte "vårdprogrammer" og informanterne giver udtryk for, at de fremmer et velfungerende samarbejde mellem den primære og den sekundære sektor. Retningslinjerne tydeliggør, hvilke patienter der skal visiteres til sygehusets diabetesteam, og hvilke der hører til i primærsektoren.

### **Integrerede organisationer vs. fragmenterede organisationer**

De seneste par år har der været meget fokus på *integrated care* og her især på den californiske sundhedsorganisation *Kaiser Permanente*. Landeanalyserne viser, at der faktisk også arbejdes med udvikling af formelt integrerede organisationer i europæisk sammenhæng, om end i anden skala og ambitionsniveau. I Finland varetages hele sundhedsområdet primært af det kommunale niveau, hvilket i udgangspunktet skulle give gode vilkår for den vertikale integration. I ca. 1/3 af de finske kommuner har man samtidig slået social- og sundhedsforvaltningerne sammen, hvormed der er nedbrudt en del formelle barrierer mellem social- og sundhedssektoren. Dette har bl.a. ryddet vejen for udbredt teamwork i hjemme- og sygeplejen samt hyppig og smidig kommunikation mellem social- og primærsektoren.

I England har man siden 2002 opereret med såkaldte *Care Trusts*, der blev introduceret i NHS som en ny måde at organisere sig på for at skabe et bedre samarbejde mellem social- og sundhedsvæsenet. I England er erfaringerne, at den organisatoriske og økonomiske opdeling virker som en barriere for samarbejdet mellem væsnerne om sammenhængende patientforløb. Det har ført til udviklingen af *Care Trusts*, der er et formaliseret partnerskab mellem den lokale myndighed, der varetager det sociale område, og Primary Care Trusts som varetager sundhedsområdet.

Samtidig med at landeanalyserne viser flere eksempler på initiativer rettet mod bedre integration af sundhedsvæsenernes forskellige elementer, så viser de også adskillige eksempler på fragmentering og problemer forbundet hermed.

I Sverige er en alment praktiserende læge ikke gate keeper til sundhedsvæsenet og dermed ikke nødvendigvis involveret, når en borger kommer i kontakt med sygehussektoren og de private speciallæger, som borgeren frit kan henvende sig til. Når ca. 50 % af svenskerne benytter hospitalssektoren som første kontakt, er det svært for almen praksis at spille en koordinerende rolle. Problemet forstærkes af, at der både findes private og offentlige vårdcentraler i det svenske system. Selvom der ikke nødvendigvis er egentlige konflikter mellem de offentlige og private alment praktiserende læger er der dog heller ikke nødvendigvis noget samarbejde mellem dem. Det manglende samarbejde kan medføre, at når patienten - som det hyppigt forekommer - både ser private og offentlige alment praktiserende læger, så får den enkelte læge ikke de nødvendige informationer for at kunne fungere som tovholder.

I samtlige fire lande er der eksempler på, at konkurrerende udbydere inden for samme område er med til at skabe et samlet set fragmenteret sundhedsvæsen. I England peger informanterne på, at de mange private og frivillige udbydere på social-

og plejeområdet medvirker til at gøre sektoren yderligere fragmenteret og vanskelig at overskue. I Holland er situationen en lignende. Den sociale sektor bliver således finansieret efter tre forskellige systemer og den samme organisation kan risikere at skulle forhandle med en sygekasse, et til flere private forsikringsselskaber, samt 10-20 kommuner om deres økonomi. I Finland eksisterer der også en hel del private udbydere på plejeområdet, hvor et af problemerne går på, at disse sjældent benytter samme elektroniske patientjournal som resten af systemet, hvilket vanskeliggør kommunikationen.

### **Faglig sparring mellem den primære og den sekundære/tertiære sektor**

Landeanalyserne viser flere eksempler på frugtbart samarbejde mellem praktiserende læge og speciallæge. I England er der således eksempler på fælleskonsultationer som en måde at opkvalificere almen praksis til at varetage flere behandlingsopgaver. Ved en fælleskonsultation kommer en specialist ud i praksis og gennemfører konsultationer sammen med lægen og sygeplejerskerne i almen praksis. Personalet rådgives og videreuddannes dermed i, hvordan de kan blive bedre til at behandle en specifik patientgruppe.

Fra Holland og Finland rapporteres om lignende initiativer. Begge steder benytter de praktiserende læger speciallæger som en form for konsulenter, de kan spørge til råds i tvivlsspørgsmål vedrørende behandlingen af konkrete patienter. Mange informanter fra begge sektorer og i begge lande taler positivt om den etablerede praksis med, at de praktiserende læger ringer og spørger speciallægen.

### **Kommunikation og IT**

Velfungerende og integrerede IT-systemer og patientjournaler er nævnt som det klart vigtigste koordineringsværktøj blandt de fleste informanter. Ingen af landene rapporterer om sømløs elektronisk kommunikation, men der er dog alligevel stor forskel i integrationsniveauet.

I Finland er der således en kommune, hvor alt offentligt pleje- og sundhedspersonale i såvel social-, primær-, sekundær- og tertiærsektoren skriver i den samme elektroniske patientjournal, som de alle har adgang til – naturligvis med indbyggede skodder så der kun er adgang til relevante informationer. Samtlige informanter udtrykker stor tilfredshed med dette system, der muliggør kommunikation mellem de respektive sektorer. Systemet muliggør for eksempel, at den praktiserende læge kan konsultere en speciallæge pr. telefon, mens begge parter kigger på den samme patientjournal indeholdende diverse prøvesvar.

I Holland er informanterne generelt ikke imponerede over de elektroniske kommunikationsmuligheder, men taler positivt om et lokalt initiativ i form af et fælles IT-system med patienternes samlede medicinjournaler, der gør det muligt for apotekerne, at 'hejse det røde flag' over for lægen, hvis de mener, at et nyudskrevet præparat interagerer med andre præparater, patienten får.

Det generelle indtryk fra landegennemgangene er i øvrigt, at jo flere myndigheder og aktører opgavevaretagelsen er spredt ud over, des mindre sandsynligt er det, at deres IT-systemer kan snakke sammen.

### **Økonomiske incitamenter som barriere eller bro for koordinering af sammenhængende patientforløb**

De økonomiske incitamenter er af afgørende betydning for koordinering af patientforløb, der går på tværs af forskellige aktører. Landeanalyserne viser både gode eksempler på, hvordan økonomiske incitamenter kan understøtte koordineringen af sammenhængende patientforløb og på, hvordan de kan have en fragmenterende effekt.

Kvalitetshonorering, forstået som sammenkædningen af kvalitet og finansiering, ses i den engelske primærsektor og er et af de mere interessante initiativer i undersøgelsen. Kvalitetshonorering betragtes af de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne som en væsentlig motivation til at få en mere systematisk behandling af patienter med kroniske sygdomme. Kvalitetshonoreringen, der ikke afhænger af hvem, der rent faktisk leverer ydelsen, har også forstærket opgaveglidningen fra læge til sygeplejerske og andre sundhedsprofessionelle. Selv om kvalitetshonoreringen kan være et nyttigt instrument til at højne kvaliteten af ydelser i almen praksis, peges dog samtidig på, at den kan have negative effekter på kontinuiteten mellem læge og patient.

Erfaringerne tyder på, at økonomiske incitamenter med fordel kan benyttes til at bedre vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb. De kan imidlertid også have utilsigtede negative virkninger, som må inddrages i en samlet vurdering af de pågældende initiativer. Der blev for eksempel givet udtryk for frygt for, at introduktion af en kvalitetsafhængig aflønning risikerer at mindske eller fjerne det almene element i almen praksis. Når fokus på de indtægtsgivende ydelser styrkes kan det således samtidig have som konsekvens, at der lægges mindre vægt på hele patientens sundhedstilstand og på de elementer der ikke indgår i kvalitetskriterierne.

I England giver de praktiserende læger klart udtryk for, at den aktivitetsbaserede finansiering af sygehusene virker som en barriere for at skabe et bedre integreret system med tættere samarbejde mellem hospitalslægerne og de praktiserende læger. Den aktivitetsbaserede finansiering giver sygehusvæsenet et entydigt incitament til at behandle patienterne i sekundærsektoren frem for at støtte almen praksis i arbejdet med at udvide behandlingsmulighederne i primærsektoren, der både er lokalt tilgængelig, fokuseret på hele patienten og mindre omkostningskrævende.

I Holland giver flertallet af informanterne ligeledes udtryk for, at finansieringssystemet udgør en af de største barrierer for integration i sundhedssystemet. Det generelle indtryk er således, at der er meget få økonomiske incitamenter, som fremmer samarbejdet mellem primærsektorens forskellige aktører. De praktiserende læger finder ikke, at den tid de bruger på at koordinere, bliver belønnet. Eventuelle tovholder-opgaver skal derfor udføres ene og alene ud fra et fagligt synspunkt. I forhold til samarbejdet på tværs af de forskellige sektorer er det påpeget gentagne gange, at opdelingen i forskellige betalingsystemer udgør en betydeligt barriere for koordinering – både mellem den primære og den sekundære sektor og mellem de forskellige forsikringssystemer.

### **Ressourcemangel som barriere for bedre koordinering**

I offentligt finansierede sundhedsvæsener er det et politisk spørgsmål, hvor mange ressourcer der skal benyttes til sundhedsvæsenet, og hvor de skal sættes ind. Det fremgår af ovenstående, at koordinering af sammenhængende patientforløb i vidt omfang afhænger af andet end økonomiske og personalemæssige ressourcer. Alligevel

er netop ressourcer nævnt som en afgørende barriere for koordineringsindsatsen i såvel Finland som Sverige.

I Finland er der på alle niveauer givet udtryk for, at manglen på sundhedspersonale, og her især praktiserende læger, giver et betydeligt pres på de ansatte og mindsker mulighederne for at udvikle sammenhængen i systemet. Det store pres på de alment praktiserende læger har for eksempel som konsekvens, at de ofte ikke har tid til at deltage i udskrivningsmøder og andre koordineringsinitiativer.

I Sverige giver flere informanter udtryk for, at det med de eksisterende ressourcer er vanskeligt for de alment praktiserende læger at opretholde en tilpas kort ventetid, hvorfor mange patienter i stedet vælger sygehusenes akutmodtagelser frem for den alment praktiserende læge. Resultatet bliver, at især patienter uden klart definerede sygdomme eller med flere samtidige sygdomme risikerer at "pendle" mellem de sundhedsudbydere, de nu engang kan få adgang til.

## **Afslutning**

I Danmark blev den første regeringsrapport om sundhedsvæsenets sammenhængsproblemer offentliggjort helt tilbage i 1985 – og problemet har siden været et jævnlige tilbagevendende diskussionsemne. Sammenfattende viser de udenlandske erfaringer, at vi i Danmark ikke er enestående i denne søgen efter mere sammenhæng i sundhedsvæsenet. Erfaringerne viser imidlertid også talrige eksempler på mulige initiativer, der kan bedre vilkårene for en effektiv koordinering.

I denne rapport fremhæves praksispersonale, tværgående og tværfaglige IT-systemer, integrerede organisationer, organisatoriske retningslinjer og hensigtsmæssige og ensrettede økonomiske incitamenter som løftestænger for mere sammenhængende patientforløb.

Der er dog samtidig identificeret en lang række barrierer for organiseringen af mere sammenhængende patientforløb, hvor især uhensigtsmæssige økonomiske incitamenter, organisatoriske grænsedragninger og gamle vaner spiller en central rolle. Det er i den forbindelse vigtigt at sætte fokus på de barrierer, der kan være et utilsigtet resultat af modstridende ønsker til sundhedsvæsenet. I både Finland og Holland er der for eksempel megen fokus på koordinering og sammenhæng mellem sektorerne. Der er dog også stor interesse fra politisk hold for øget konkurrence og herunder for flere og helst private aktører på sundhedsområdet. Her viser undersøgelsen imidlertid ganske entydigt, at flere private aktører giver et mere fragmenteret sundhedsvæsen, der ikke er gavnligt for koordineringen af sammenhængende patientforløb. På samme måde virker den nylige indførelse af aktivitetsbaseret finansiering i det engelske sundhedsvæsen som en betydeligt barriere for den opgaveglidning fra sekundær til primær sektor, som andre initiativer har som formål.

Der synes at være en modsætning mellem koordination og sammenhæng på den ene side og pluralisme og konkurrence på den anden side. Mange valgmuligheder og konkurrence kan måske skabe dynamik og effektivitet, men er selvsagt i strid med en ide om et koordineret forløb, ikke mindst hvis uniformitet er en forudsætning for koordination. Et koordinerende IT-kommunikationssystem kan således fremme koordinationen og er måske en nødvendig forudsætning herfor, men vil samtidig svække pluralismen og konkurrencekraften. Dels vil særlige krav om ens IT-systemer øge omkostningerne ved at etablere sig i markedet, dels vil krav om standardisering i sig

selv svække pluralismen. Således kan de utilsigtede effekter af diverse økonomiske incitamenter på koordination ofte tilskrive trade-off'et mellem koordination og konkurrence. Et sådant trade-off genkendes for eksempel også for den danske praktiserende læge, hvor aflønning og nettoprovenu har en meget klar sammenhæng med volumen af producerede ydelser, og de omkostninger der er forbundet dermed. En sådan aflønning giver et incitament til at maksimere antallet af producerede ydelser og minimere omkostningerne. Organisatorisk får det let den konsekvens, at man organiserer sig højproduktive enheder med et minimum af overhead omkostninger, herunder lavt tidsforbrug til koordination og integration med andre aktører i sundhedsvæsenet, da der ikke aflønnes separat for disse aktiviteter.

Det kan ikke understreges kraftigt nok, at de beskrevne internationale erfaringer ikke uden videre kan overføres til en dansk kontekst. De fire landegennemgange er ikke en udtømmende liste over mulige initiativer, ligesom de enkelte landekapitler kan læses selvstændigt eller helt springes over. Publikationen er et idé- og inspirationskatalog, hvor de enkelte initiativer kræver mere detaljerede studier og lokal tillempling, før de eventuelt vil kunne implementeres succesfuldt i en dansk kontekst. Et af problemerne er her, at hele sundhedssektoren lider under en stor mangel på evalueringer af nye (og ofte også gamle) initiativer. Der findes således kun begrænset viden om, hvilke organisatoriske tiltag der virker bedst, hvor og hvornår. Dette problem bekræftes af litteraturanalysen, der kun identificerede få dækkende evalueringer af de identificerede initiativer.

#### **Anbefalinger til videre arbejde**

Rapporten beskriver en lang række erfaringer med barrierer og broer i forbindelse med koordinering af sammenhængende patientforløb i fire udvalgte lande. Nedenfor er oplyst de erfaringer, der af forfatterne er vurderet som de umiddelbart mest interessante at arbejde videre med i en dansk kontekst. Dette er ikke ensbetydende med, at initiativerne nødvendigvis anbefales direkte implementeret, men det er emner med positive erfaringer i udlandet, hvor man måske kan søge inspiration for udvikling af dansk almen praksis og dens rolle i sundhedsvæsenet.

- ◆ Supplerende praksispersonale i almen praksis
- ◆ Tværgående kliniske retningslinjer
- ◆ Samordning af økonomiske og faglige incitamenter
- ◆ Faglig sparring på tværs af organisationer



# 1. Indledning

Det danske sundhedsvæsen står overfor en række udfordringer i de kommende år. For det første viser den demografiske udvikling en aldrende dansk befolkning. For det andet er sygdomsbilledet under forandring, idet antallet af patienter med kroniske sygdomme er i kraftig stigning - både som følge af den demografiske udvikling og som følge af forskellige livsstilssygdomme. Samtidig bliver sundhedsvæsenet i stand til at forebygge og behandle flere lidelser, hvilket fører til en større efterspørgsel af sundhedsydelse.

Udviklingen i antallet af patienter med kronisk sygdom, i kombination med et stadig mere komplekst og specialiseret sundhedsvæsen, har forstærket behovet for koordinering mellem dets forskellige aktører for at sikre sammenhængende patientforløb. Patienttilfredshedsundersøgelser understøtter, at sammenhæng i forløbet er af betydning for patientens oplevelse af sundhedsvæsenets kvalitet, og undersøgelser peger på, at der er rum for forbedringer, da netop sammenhængen scorer relativt lavt i de ellers ofte positive resultater.

De landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser viser, at mens 90 % af patienterne nok har et positivt samlet indtryk af deres indlæggelse (1), så er et betydeligt mindretal af patienterne kritiske på områderne relateret til koordineringen af behandlingsforløbene og herunder informationen til patienterne (2). Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser fra 2004 viser, at 22 % af patienterne fandt, at deres egen læge var "dårligt" eller "virkelig dårligt" orienteret om, hvad der var sket under indlæggelsen (1). En spørgeskemaundersøgelse fra 2005 udført i forbindelse med det såkaldte POPS-projekt (Patienters Oplevelser af Overgange mellem Primær- og Sekundærsektor) i Københavns Amt bekræftede også, at der på nogle områder er problemer med sammenhængen i systemet. 42 % af de adspurgte patienter oplevede, at informationsudvekslingen mellem sygehus og egen læge fungerede dårligt, mens 30 % fandt, at deres egen læge var dårligt informeret om indlæggelsen. 32 % af patienterne oplevede samtidig, at sygehuset var dårligt informeret om deres situation ved indlæggelsen<sup>1</sup> (3). I forhold til kommunerne kommer koordinationsproblemerne især til udtryk på genoptræningsområdet og i den tertiære forebyggelse, hvor det ofte er uklart, hvem der har ansvaret, når især ældre patienter udskrives fra sygehusene (2).

Nogle af de væsentlige problemer, som fremhæves ved usammenhæng i patientforløbet, er udover patientens oplevelse af forløbet, at det bl.a. kan medføre duplikation af test, fejlmedicinering, huller i systemet der giver forsinkelse i behandlingen samt mangel på efterlevelse af evidensbaserede retningslinjer, der igen kan have betydning for den sundhedsfaglige kvalitet af behandlingen (4)

Blandt centrale aktører i Danmark er der enighed om, at en forbedring af *koordineringen* i indsatsen på sundhedsområdet udgør et af de væsentligste elementer for at imødegå udfordringen med et stigende antal ældre og patienter med kroniske

---

<sup>1</sup> Det skal dog bemærkes, at spørgeskemaundersøgelsen er del af et pilotprojekt og derfor kun omfattede 900 patienter fra tre udvalgte sygehusafdelinger i Københavns Amt, hvorfor resultaterne kun kan ses som indikative.

sygdomme (2). Enigheden fremgik bl.a. af Sundhedsfagligt Forum<sup>2</sup> i 2004 og 2005, der netop satte fokus på henholdsvis den danske praksissektor og sammenhængen i sundhedsvæsenet. Det blev ved begge konferencer påpeget, at der både er problemer i forhold til den *vertikale koordination* indenfor sundhedsvæsenet og i forhold til den *horisontale koordination* mellem de lavest specialiserede dele af sundhedsvæsenet, hvilket primært vil sige de praktiserende læger og det sociale system (2).

Almen praksis nævnes som både en del af årsagen til såvel som løsningen på koordinationsproblematikkerne. På årsagssiden lyder kritikken bl.a., at "*... at de praktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende er for løst knyttet til resten af sundhedssektoren.*" (2), hvilket kan virke hæmmende for formidlingen af information om forløb i resten af sundhedsvæsenet samt samarbejde og kommunikation med såvel social- som sekundærsektor (2).

Samtidig ses almen praksis også som en helt central aktør for løsning af udfordringerne omkring koordinering i det danske sundhedsvæsen - og forventes således at skulle spille en stadig vigtigere rolle fremover. Det nævnes i den forbindelse, at de praktiserende læger i højere grad skal virke som sundhedsvæsenets 'koordinerende led', og der tales bl.a. om den praktiserende læge som patienternes 'tovholder' eller 'rejseleder'. Begrundelsen er, at den praktiserende læge er patientens faste kontakt samt gatekeeper til det specialiserede behandlesystem (5).

### 1.1 Styrker og udfordringer i almen praksis

Som skitseret ovenfor, er der i de senere år kommet øget fokus på en række problemer i det danske sundhedsvæsen, der dels bør 1) fokusere mere på proaktive og forebyggende ydelser for risikogrupper samt 2) sikre mere sammenhængende patientforløb, når borgerne bliver til patienter. De to problemer relateres ofte til utilfredsstillende koordinering i det sektoropdelte sundhedsvæsen, og almen praksis udnævnes som det sted, hvor en forbedring kan finde sted. I dette afsnit afdækkes de styrker og svagheder ved almen praksis, som en række internationale undersøgelser har identificeret.

Der er mange stærke elementer i dansk almen praksis, hvilket også understøttes i internationale sammenligninger af primærsektorerne i forskellige lande, hvor Danmark ofte placeres i toppen (6-10). Dette tilskrives bl.a.:

- ◆ den frie adgang i Danmark, hvor der ikke er brugerbetaling for benyttelse af almen praksis,
- ◆ den udbredte gatekeeper-rolle, der giver en rationel ressourceanvendelse,
- ◆ den nemme adgang til sektoren (både geografisk og mht. åbnings- og ventetid), samt
- ◆ selve "*... den homogent opbyggede, kontraktstyrede entreprenørmodel*", der muliggør en vis form for central styring af området (10).

Internationale sammenligninger viser dog også, at der er forbedringspotentialer i forhold til almen praksis' koordinerende rolle. Indenfor de senere år, er der foretaget

---

<sup>2</sup> Sundhedsfagligt Forum afholdes årligt af Amtsrådsforeningen (nu Regionsforeningen) og retter sig mod forskere, organisationsfolk, praktikere og ledere i sundhedsvæsenet.

flere internationale sammenligninger af almen praksis og primærsektoren (5; 6; 8; 9; 11-13). De identificerede studier fokuserer på forskellige elementer af almen praksis og primærsektoren. Mens ingen af studierne alene undersøger almen praksis' koordinerende rolle, så indgår denne rolle på forskellig vis i flere af sammenligningerne.<sup>3</sup> Et større sammenlignende studie fokuserer således bl.a. på kommunikation og koordinering mellem primær og sekundær sektor, hvorfor hovedresultaterne gennemgås i det følgende (5). Studiet stammer fra 2003 og omfatter 31 europæiske lande (5). Undersøgelsen sammenligner almen praksis i de 31 lande på en lang række parametre. Konkret undersøges praksissektorens rolle som 1) *første kontakt for patienter*, 2) *behandling og sygdomsforebyggelse*, 3) *samarbejdet med det resterende sundhedsvæsen* og 4) *sikringen af kontinuitet i behandlingen*.

Undersøgelsen viser, at de danske alment praktiserende læger er første kontakt for patienterne på stort set alle helbredsmæssige områder, med undtagelse af typiske skadestue problemer. Hvad angår behandling og sygdomsforebyggelse viser undersøgelsen, at den danske praksissektor er dybt involveret i en meget stor del af behandlingen, men med undtagelse af forebyggelsesindsatser i form af undervisning vedrørende rygning, alkohol og kost/diæt.<sup>4</sup> I forhold til samarbejdet med det resterende sundhedsvæsen viser undersøgelsen, at de danske praktiserende læger har relativt få møder med andre aktører i sundhedsvæsenet. Hvad angår kontinuitet i behandlingen, viser undersøgelsen, at patientbesøg på hospitalet foretages meget sjældent, og at aften- og weekendåbent ikke er udbredt. Til gengæld er de danske praktiserende læger gode til at føre omfattende journaler over deres patienter, hvilket dog også er tilfældet for de øvrige lande i denne undersøgelse. I Tabel 1.1 er vist de væsentligste parametre relateret til sammenhæng og koordination, for de lande vi beskæftigede os med i denne undersøgelse. Scoren 1 gives til de lande, hvor praksissektoren er meget involveret på det pågældende område, mens der tildeles score 4, hvor involveringsgraden er meget lav.

Samlet set bekræfter Boermas undersøgelse (5) billedet af den danske praksissektor, som på den ene side er dybt involveret i visitationen og behandlingen af patienterne, men som på den anden side har mindre aktivitet i forhold til forebyggelse end andre lande, vi normalt sammenligner os med. Endvidere bekræfter undersøgelsen, at de praktiserende læger kun i relativt begrænset omfang afsætter tid til koordination i forhold til resten af sundhedsvæsenet. Det skal dog understreges, at Boermas undersøgelse, i lighed med denne rapport, primært fokuserer på organisatorisk sammenhæng og kontakt, hvorfor udveksling af kliniske data og andre elektroniske kontaktformer ikke indgår.

---

<sup>3</sup> Det skal her nævnes, at litteratursøgningen også lokaliserede en række andre komparative studier af almen praksis og dens koordinerende rolle, som dog ikke er ligeså omfattende som de omtalte og derfor ikke gennemgås i dette afsnit, fx (14). Dette studie betegner i øvrigt Danmark som et foregangsland i forhold til koordinering: "*Great Britain, Denmark, and to a lesser extent the Netherlands, can be considered examples of best practice for the design of pro-cooperation reforms; and they have successfully implemented the attempted transfer of powers and tasks to PC.*" (14), p. 601. Det er dog uklart, hvorvidt der her primært henvises til den danske praksiskonsulentordning, eller om vurderingen er mere general og tiltænkt den samlede danske indsats på området.

<sup>4</sup> Det skal her bemærkes, at undersøgelsen bygger på ældre data. Siden er der kommet betydeligt mere fokus på forebyggelse – både i samfundet generelt og i almen praksis, hvorfor sammenligningen ikke nødvendigvis er retvisende i forhold til situationen i dag.

Tabel 1.1 Hovedresultaterne relateret til kontinuitet i behandlingen (5)

| Land    | Møder med andre prakt. læger | Møder med læger fra ambulatoriet | Møder med læger fra sygehuset | Møder med hjemmesygeplejerske | Møder med socialarbejdere | Besøg af patienter på hospitalet | Aften- og weekendarbejde |
|---------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Danmark | 4                            | 4                                | 4                             | 4                             | 4                         | 4                                | 3                        |
| England | 2                            | 3                                | 3                             | 1                             | 2                         | 2                                | 2                        |
| Finland | 1                            | 2                                | 3                             | 1                             | 1                         | 2                                | 1                        |
| Holland | 1                            | 4                                | 2                             | 2                             | 3                         | 1                                | 2                        |
| Sverige | 1                            | 4                                | 4                             | 1                             | 4                         | 4                                | 1                        |

Sammenfattende er dansk almen praksis altså førende på flere områder i sammenligning med andre sundhedssystemer. Erfaringerne fra såvel patienttilfredshedsundersøgelser, forskellige andre undersøgelser samt udmeldinger fra centrale aktører på området viser imidlertid, at der er rum for forbedring med hensyn til koordinering af patientforløb - og herunder en mere proaktiv tilgang til især forebyggelse og behandling af patienter med kroniske sygdomme. De beskrevne udfordringer stammer ikke kun fra Danmark, men kan genfindes i de omtalte internationale sammenligninger af almen praksis i forskellige lande.

## 1.2 Fremgangsmåde

Mens flere danske såvel som udenlandske studier altså viser, at dansk almen praksis på en række områder kan betegnes som en succes, så indikerer studierne også, at der er rum for forbedring - specielt med hensyn til koordination og samarbejde med de øvrige sektorer. Disse konklusioner er der også udbredt enighed om blandt danske observatører, selvom der stadig er mangel på viden om problemernes reelle omfang og baggrund.

I det følgende undersøges det, i hvilket omfang det er muligt at hente inspiration til løsninger af de skitserede udfordringer fra udlandet. Konkret sker dette gennem en kombination af

- ◆ en litteraturbaseret kortlægning af almen praksis i fire udvalgte lande for derigennem at belyse, hvordan den grundlæggende organisering og finansiering af praksisområdet bidrager til, eller er en barriere for, sammenhængende patientforløb. Udover en kortlægning af makroforholdene for almen praksis i de fire lande fremdrager kortlægningen samtidig forskellige redskaber på mikroniveau, der understøtter mulighederne for, at almen praksis i højere grad kan varetage rollen som koordinerende tovholder.
- ◆ opfølgende interviews med nøglepersoner i de udvalgte lande. De semistrukturerede interviews tager afsæt i den litteraturbaserede kortlægning.

For at kunne tale om almen praksis som 'tovholder' og koordinerende aktør, er det vigtigt at definere, hvad der præcis menes med begreberne og hvorfor. Det følgende kapitel 2 indledes derfor med en begrebsafklaring. Det efterfølgende kapitel 3 indeholder en beskrivelse af den anvendte analysestrategi. De næstfølgende kapitler (kapitel 4-8) kortlægger herefter, og med udgangspunkt i analysestrategien, almen praksis i hhv. England, Finland, Holland, Sverige og Finland. I kapitel 8 diskuteres styrker og svagheder ved undersøgelsens design og metode. De samlede erfaringer fra de fire

lande er samlet i den indledende sammenfatning. Den travle læser henvises derfor til denne sammenfatning, ligesom læsere med særlig interesse for enkelte lande kan fokusere på disse.

Det er notorisk vanskeligt at foretage sammenligninger på det komplekse sundhedsområde, og almen praksis er ingen undtagelse. Det er endog særlig vanskeligt, når der er tale om internationale sammenligninger, der ofte vanskeliggøres af historiske, kulturelle og definatoriske forskelle. Af samme grund skal rapportens resultater heller ikke ses som en forslagsliste, der uden videre kan indføres i Danmark. Rapportens resultater skal snarere give inspiration til de videre overvejelser og diskussioner om, hvordan almen praksis bedst kan rustes til de mange udfordringer.



## 2. Tovholder, koordination – hvorfor så vanskeligt?

### 2.1 Hvad er en 'tovholder'?

Fokus i dette projekt er den praktiserende læges funktion som 'tovholder' til sikring af sammenhængende patientforløb. Ideen bag tovholder-begrebet er, at der er brug for en koordinerende aktør i patientforløb, som går på tværs af sundhedsvæsenets forskellige sektorer og aktører. Hvad denne tovholder-rolle præcis dækker over er imidlertid ofte uklart defineret, hvorfor vi i dette afsnit vil indkredse begreb og definere hvordan vi forstår det.

Ifølge Det Nationale Begrebsråd kan en tovholder defineres således: "En tovholder tilknyttes en patient med henblik på at koordinere de sundhedsaktiviteter, som patienten er genstand for." (15)

Fokus på tovholderrollen i almen praksis bygger dermed på en række præmisser, hvoraf de vigtigste er, at

- ◆ almen praksis ses som en aktør, der indgår i et netværk med andre aktører i sundhedsvæsenet
- ◆ behandlingen af patienter ofte kræver, at dette netværk af aktører samarbejder
- ◆ et sådant samarbejde kræver koordination
- ◆ den praktiserende læge udpeges som den rette til at foretage denne koordination.

Når der tages udgangspunkt i den praktiserende læge som tovholder, fokuseres der således på et netværk, der primært består af almen praksis, det kommunale sundheds- og socialvæsen og sygehusvæsenet.<sup>5</sup> I dette netværk udpeges én bestemt aktør (den praktiserende læge) og én bestemt funktion (tovholderfunktionen).

I et analytisk perspektiv er dansk almen praksis del af en netværkskonstellation bestående af almen praksis samt den kommunale social- og plejesektor og sygehussektoren. Man kan imidlertid ikke forvente, at konstellationen nødvendigvis er den samme,

---

<sup>5</sup> De typiske organisationer, som deltager, vil komme fra sygehussektoren og fra den kommunale sektor. Men disse to sektorer er langt fra enstrengede. Det kan således være både en medicinsk afdeling på et hospital, en akutmodtagelse, en kirurgisk afdeling, et sygehusambulatorium etc. I den kommunale sektor kan det være socialforvaltning, hjemmesygepleje, ergoterapeuter etc. Desuden findes der en række andre behandlere i primærsektoren, som også kunne inddrages, eksempelvis fysioterapeuter, kiropraktorer, m.fl. Disse er ikke inddraget i denne analyse, der er afgrænset til de væsentligste aktører på området. Opgavetyper vil typisk være sygdomsspecifik, om end den enkelte patient kan være berørt af en række forskellige lidelser, og derfor være en særlig opgave i sig selv, der kræver specifik opgaveintegration for at blive løst optimalt.

når blikket rettes mod samme udfordringer og løsninger i andre lande. I de lande vi har udvalgt, ved vi dog, at de forskellige elementer i konstellationen eksisterer. Således er der:

- ◆ praktiserende læger, som indgår i et netværk med andre aktører i sundhedsvæsenet, samt
- ◆ et behov for at sikre sammenhængende patientforløb,
- ◆ en eller flere aktører, der varetager ansvaret for og rollen som koordinator for sammenhængende patientforløb.

## 2.2 Analysetilgang

For at kunne undersøge og sammenligne koordineringsproblematikker i andre lande er det nødvendigt med et bredere undersøgelsesfokus end blot 'almen praktiserende læge som tovholder'. I en dansk kontekst er udgangspunktet den alment praktiserende læge som tovholder. I international sammenhæng er det imidlertid også interessant at se på koordineringsmekanismer, der ikke direkte involverer almen praksis, idet det kan give indblik i andre måder at håndtere koordinationsproblemerne på.

Metodisk afdækkes koordineringsproblematikker i de undersøgte lande med inspiration i brændpunktanalysen, der netop er udviklet med henblik på analyse af interorganisatoriske netværk, hvor en række forskellige aktører (organisationer) skal løse opgaver i fællesskab (16-18). Se i øvrigt Bilag 3 for mere om brændpunktanalysen.

Det er oplagt at spørge, hvorfor koordinationen ikke fungerer optimalt i nogen af de sundhedsvæsenere, vi normalt sammenligner os med – når alle nu er enige om, at det er så centralt for både den kliniske og den patientoplevede kvalitet. For at kunne besvare disse spørgsmål er det nødvendigt at se nærmere på de mulige årsager til, at koordination fortsat udgør en betydelig udfordring i såvel Danmark som i de fleste andre sundhedssystemer. Når en betydelig udfordring består i en længere årrække, er det som regel tegn på, at der ikke findes entydige og umiddelbart tilgængelige løsninger. Dette er også tilfældet i forhold til koordinationsproblematikken, der kan tilskrives en lang række årsager, hvoraf følgende fem ofte fremhæves: Kompleksitetsforklaringen, professionsforklaringen, organiseringsforklaringen økonomiforklaringen, ledelsesforklaringen.<sup>6</sup> Der henvises til Bilag 2 for mere om disse forklaringer af problemer omkring koordination og sammenhængende patientforløb.

### 2.2.1 Begrundelse for valg af cases

Analysen er baseret på fire lande: England (UK), Holland, Sverige og Finland. Der er flere grunde til at valget faldt på netop disse fire lande. Centralt for alle landene er, at der alle steder findes en udviklet primærsektor, og at landene på mange måder har grundlæggende lighedstræk med Danmark. I Tabel 2.1 er en række grundlæggende fakta relateret til sundhedssystemet i det enkelte land præsenteret.

---

<sup>6</sup> Identifikationen af de fem forklaringer er inspireret af (2).



Tabel 2.1 Fakta relateret til valg af cases og Danmark

|   | Danmark | England | Finland | Holland | Sverige |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Sundhedsudgifter som procentandel af BNP*                       | 8,9     | 8,3     | 7,5     | 9,2     | 9,1     |
| Praktiserende læger per 1.000 indbyggere*                       | 0,7     | 0,7     | 0,7     | 0,5     | 0,6     |
| Prakt. læge som Gate keeper?                                    | ja      | ja      | ja      | ja      | nej     |
| 2 eller flere prakt. læger i praksis**                          | 2       | 1       | 1       | 3       | 1       |
| Prakt. læges involvering ved sundhedsproblemer**                | 1       | 1       | 2       | 1       | 3       |
| Prakt. læges samlede involvering ved behandling og opfølgning** | 1       | 1       | 3       | 3       | 2       |

\* Kilde: (19)

\*\* Scoren 1 gives til de lande, hvor praksissektoren er meget involveret på det pågældende område, mens der tildeles score 4, hvor involveringsgraden er meget lav baseret på undersøgelse af Boerma (5)

Det engelske sundhedsvæsen og engelsk almen praksis bærer mange lighedstræk med det danske sundhedsvæsen, idet det er offentligt skattefinansieret og drevet, og idet almen praksis er organiseret som selvstændige erhvervsdrivende, der fungerer i et kontraktuelt forhold med det offentlige. England er samtidig interessant i kraft af en række nye initiativer gennem de senere år, hvor især sammenkædningen af kvalitet og finansiering samt opprioriteringen af primærsektoren har været i fokus.

Finland er inkluderet i undersøgelsen af primært to årsager: I Finland drives og finansieres både social- og sundhedsvæsenet af kommunerne, hvilket betyder at de væsentligste aktører fungerer inden for samme politiske og administrative niveau. Dermed indeholder det finske sundhedsvæsen heller ikke de samme organisatoriske grænsedragninger som i Danmark, hvilket må formodes at give andre vilkår for koordineringen. Herudover har den finske primærsektor de sidste 30 år været funderet omkring tværfaglige sundhedscentre, som ofte nævnes - om end med vidt forskelligt indhold - i den danske debat om fremtidens sundhedsvæsen.

Det hollandske system er interessant, fordi man her har arbejdet systematisk med koordineringen mellem forskellige aktører og niveauer via tværgående retningslinjer og fordi der de senere år har været en udvikling i retning af flere sundhedscentre med almen praksis som fokus. Det hollandske sundhedsvæsen er yderligere interessant, fordi det er social-forsikringsbaseret og rummer mange private udbydere, hvilket giver særlige udfordringer for koordineringen i sammenligning med de nordiske offentligt integrerede systemer.

Det svenske sundhedsvæsen har traditionelt haft mange lighedspunkter med det danske. Begge sundhedssystemer er således offentligt finansierede og primært organiseret og drevet i en amtslig struktur med direkte valgte politiske ledelser og egen skatteudskrivningsret. Der er dog samtidig betydelig forskelle, idet de fleste praktiserende læger arbejder i såkaldte 'vårdcentraler', der omfangsmæssigt er betydeligt større end hvad vi kender i Danmark. Samtidig er flertallet af de praktiserende læger offentligt ansatte og månedsaflønnede, hvilket også adskiller sig fra situationen i Danmark. For Sverige viste den indledningsvise litteratursøgning, at der var endog særdeles stor variation i den måde, de enkelte amter har valgt at organisere samarbejdet mellem de

forskellige sektorer, hvorfor vi valgte at afgrænse den videre analyse og de semistrukturerede interviews til Region Skåne.

Som beskrevet ovenfor, er analysen af de fire lande dels baseret på empiri fra en systematisk litteraturanalyse, dels på semistrukturerede interviews. I det følgende beskrives de to empirikilder.

### **2.2.2 Litteraturstudie**

I forbindelse med projektet er der gennemført en litteraturbaseret kortlægning af den grundlæggende organisering af almen praksis i fire udvalgte lande samt en analyse af vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb. Formålet med litteraturgennemgangen har for de enkelte lande således været,

- ◆ at kortlægge den grundlæggende organisering af praksisområdet og de interorganisatoriske netværk det indgår i – særligt henblik på
- ◆ at lokalisere tidligere og nuværende brændpunkter i koordinationen af sammenhængende patientforløb samt
- ◆ at lokalisere barrierer for og initiativer til støtte af succesfuld varetagelse af rollen som tovholder.

Litteraturen benyttet i rapporten er fundet gennem søgning i flere forskellige databaser. For en detaljeret beskrivelse af søgestrategien henvises til Bilag 1. Relevante referencer fra de identificerede studier er indhentet, ligesom der er foretaget supplerende internet- og landesøgninger undervejs i processen.

Selvom litteratursøgningen frembragte mange publikationer, så viste den første litteraturgennemgang, at de fleste lå uden for fokus i denne rapport. Det meste af den anvendte litteratur er derfor lokaliseret gennem litteraturhenvisninger og -lister i de relevante publikationer, internetsøgninger på diverse forsknings- og offentlige hjemmesider samt ved kontakt til interviewpersonerne.

### **2.2.3 Semistrukturerede interviews**

Udover litteraturgennemgangen er der foretaget en interviewbaseret undersøgelse, hvor vi har identificeret nøglepersoner med viden om praksissektoren i de pågældende lande. Formålet med interviewundersøgelsen har været,

- ◆ at uddybe og kvalificere resultaterne fra litteraturstudiet,
- ◆ at få viden om hvordan de forskellige koordinationsredskaber fungerer i praksis, og
- ◆ at få forskellige vinkler på barrierer og muligheder i varetagelsen af tovholderfunktionen.

For hvert land har vi udvalgt 5-10 interviewpersoner. Interviewpersonerne er udvalgt på baggrund af sundhedsvæsenets opbygning i det pågældende land. Vi har taget udgangspunkt i det netværk, som i de forskellige lande er involveret i sikringen af sammenhængende patientforløb. Vi har ønsket at få så præcis en beskrivelse af praksis på området, og har derfor udvalgt interviewpersonerne, så vi kan få belyst koordineringsproblematikken fra de væsentligste aktørers synsvinkel. Vi har således udvalgt informanter fra både social, primær- og sekundærsektor samt fra forvaltningsniveauet. For

at få et mere overordnet billede af koordineringsproblemer og –løsninger i de enkelte lande har vi også interviewet forskere med et særligt kendskab til almen praksis og eller koordinering i sundhedsvæsenet.

Interviewene har karakter af semistrukturerede interviews med primært åbne spørgsmål (20). Som grundlag for interviewene har vi udarbejdet interviewguides for hvert af de respektive lande og niveauer. Interviewguiderne tager udgangspunkt i brændpunktanalysen i og med at der fokuseres på problemer og løsninger i koordineringen mellem aktører i de respektive netværk omkring almen praksis. Det tilstræbte fokus gennem samtlige interviews har således været identifikation af de overlap i netværkene, som kræver koordination – og på hvilke barrierer og broer der findes på disse brændpunkter i netværket.

Interviewene er gennemført som semi-strukturerede interviews på baggrund af interviewguiden, der har haft en generisk struktur i de enkelte lande. Interviewguiden har dog indholdsmæssigt været tilpasset det enkelte land og det niveau som interviewene har været gennemført på. Langt hovedparten af interviewene er gennemført "face to face", men enkelte er gennemført telefonisk. Samtlige interviews er optaget på bånd og efterfølgende analyseret ved hjælp af en tværgående tematisk analyse, hvor udsagn er blevet kategoriseret i temaer på tværs af interviewene. I de fire landekapitler er der anført en oversigt over informanterne.

#### **2.2.4 Struktur**

De enkelte landekapitler indledes med en kort beskrivelse af det overordnede sundhedsvæsen, som almen praksis og dets netværk er indlejret i. I dette afsnit beskrives de overordnede finansieringsmekanismer og hovedprincipperne i organiseringen. Derefter følger en beskrivelse af netværket omkring almen praksis, hvor de vigtigste aktører kortlægges. Det sidste afsnit i landekapitlerne omfatter problemerne omkring koordinering og sammenhængende patientforløb i de lokaliserede netværk. Det betyder, at vi for de enkelte lande både har set på problemer og løsninger, hvilket også giver fokus på specifikke initiativer, der kan virke som inspiration til udvikling af egen praksis.

For at gøre samarbejdsfladerne analytisk håndterbare har vi delt dem op i tre underafsnit. Det første afsnit handler om relationerne internt i og i umiddelbar nærhed af almen praksis. Her ser vi således nærmere på den interne organisering af almen praksis, fx i form af brugen af supplerende praksispersonale etc. I det andet afsnit gennemgår vi relationen mellem almen praksis og social- og plejesektoren, mens vi i det tredje afsnit behandler relationen mellem almen praksis og det behandlende sygehusvæsen.



## 3. Koordinering af sammenhængende patientforløb i England

### 3.1 Det engelske sundhedsvæsen

Det engelske sundhedsvæsen har siden 1948 været organiseret i *National Health Service* (NHS). Formålet med oprettelsen af NHS var at etablere et sammenhængende, universelt tilgængeligt, offentligt finansieret sundhedssystem, hvor adgang til sundhedsydelser var baseret på behov frem for betalingsevne (21). Disse principper er stadig grundlæggende, selvom der siden etableringen af NHS er sket store forandringer i den måde sundhedsvæsenet er organiseret på og i de sundhedsydelser det leverer (22).

#### 3.1.1 Finansiering

De totale sundhedsudgifter i England udgør 8,3 % af BNP og ligger dermed under det gennemsnitlige forbrug for alle OECD lande (8,9 % af BNP) (23). Det engelske sundhedsvæsen finansieres overvejende via skatter (83 %) (24). Der er brugerbetaling på medicin hvor børn under 16 år, gravide kvinder, svage grupper og belastede patientgrupper dog er fritaget.

Som vi kender det fra Danmark, har man i England mulighed for at tegne private sygeforsikringer, som giver hurtigere adgang til behandling i den private sektor. De private forsikringer dækker behandling for kortvarige sygdomme, småskader og knoglebrud (25). Ved udgangen af 2000 havde 11,5 % af befolkningen suppleret med en privat sygeforsikring svarende til 6,88 millioner borgere. 66,5 % af de private sygeforsikringer finansieres af arbejdsgiverne (25).

Der fastlægges et treårigt budget for NHS gennem forhandlinger mellem det engelske Finansministerium og Sundhedsministeriet. Pengene bliver fordelt til lokale Primary Care Trusts (PCT) efter en fordelingsnøgle baseret på befolkningsgrundlag og sociodemografiske forhold. De lokale PCTs råder over 80 % af NHSs samlede budget, og virker som lokalt forankrede bestillermyndigheder. Der er på den måde tale om en adskillelse af køber og sælger, hvor de lokale PCTs køber sundhedsydelser på vegne af borgerne og aflønner via rammebudgetter og aktivitetsbaseret honorering leverandørerne af sundhedsydelser (26).

#### 3.1.2 Organisering og styring

NHS er centralt styret af Sundhedsministeriet, som sætter de overordnede strategiske rammer for NHS virke. Sundhedsministeriet er således øverste beslutningsmyndighed, som afgør hvordan sundhedsvæsenet er organiseret, finansieret og styret (27). Ud fra en tanke om at man fra centralt hold ikke har kendskab til de lokale behov er ansvaret for hvilke sundhedsydelser, der skal udbydes i et lokalområde decentraliseret ned til de lokale PCTs. Dette ansvar inkluderer hospitalsbehandling, psykiatri, praktiserende læger og praktiserende speciallæger, screeningsprogrammer, patient transport, tandlæger, farmaceuter og øjenlæger. Tidligere var der 303 PCTs, men disse blev i oktober 2006

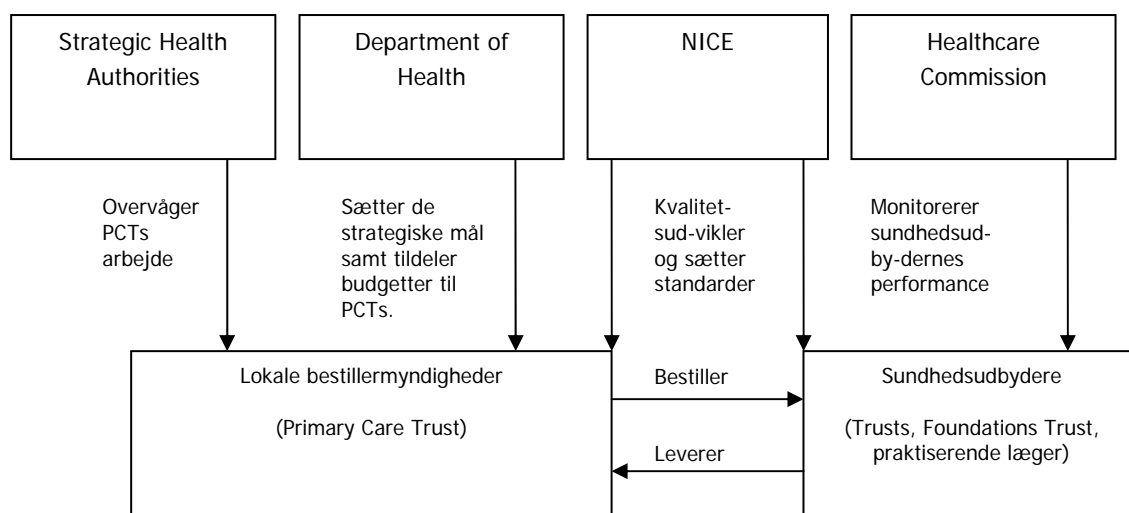
reduceret til 152. En PCT dækker dermed et befolkningsunderlag på mellem 200.000 – 500.000 mennesker (28).

De enkelte PCTs ledes af sundhedsprofessionelle samt administrativt personale, og er dermed ikke politisk valgte. PCTs refererer til de såkaldte Strategic Health Authorities (SHA). SHA overvåger kvaliteten af det arbejde PCTs leverer, og kontrollerer om de nationale prioriteringer afspejles i de sundhedsplaner, som de lokale PCTs udarbejder. Indtil juli 2006 var der 28 SHAs i England, hvor de blev reduceret til 10 (26).

Desuden har man nedsat den uafhængig kvalitetssikringsenhed NICE, der har til formål at udvikle nationale kliniske standarder for kvaliteten i sundhedsvæsenet (29). Den uafhængige inspektionsenhed Healthcare Commission overvåger og måler, hvorvidt sundhedsudbydere lever op til de nationale kvalitetsstandarder (30).

Den overordnede organisering og styring af sundhedsvæsenet kan betragtes som vist i Figur 3.1

Figur 3.1 Oversigt over samspillet mellem de forskellige NHS-organisationer



### 3.1.3 Funktionel inddeling af det engelske sundhedsvæsen

Hvis man betragter det engelske sundhedsvæsen ud fra en funktionel inddeling, udgøres det af en primær og sekundær sektor, som illustreret nedenfor. Den primære sektor udgøres af en række forskellige sundhedsaktører- og instanser, der er kendetegnede ved, at borgerne har direkte adgang.

#### Primær sektor

- ◆ *Walk-in centres:* 66 walk-in centre som drives af sygeplejersker. Behandler mindre sygdomme og skader. Der er adgang direkte fra gaden.
- ◆ *NHS Direct:* en døgnåben og sygeplejerskebemandet telefonservice, der giver information og hjælp til selvhjælp samt vejledning om hvilke instanser, man skal tage kontakt til for eventuel videre behandling.

- ◆ *Praktiserende læger*: foretager generel behandling og virker som gate-keepere i forhold til speciallæger og ydelser i den sekundære sektor.
- ◆ *Akut behandling*: finder sted både i den primære og sekundære sektor. Der er mulighed for at tage kontakt til en lægevagt, mulighed for at anvende walk-in centre samt adgang til ambulance og hospitalsbehandling.
- ◆ Tandlæger, øjenlæger og apoteker

#### *Sekundær sektor*

Den sekundære sektor er inddelt i forskellige såkaldte *Trusts* (der frit oversat betyder ('hospitalsorganisationer'), som tager sig af at varetage forskellige sundhedsydelser lokalt. Sundhedsaktører- og instanser i sekundær sektoren omfatter bl.a.:

- ◆ *NHS Trusts også kaldet Acute Trust*: står for styringen af hospitalerne med hensyn til kvalitet og ressourceanvendelse. Sygehusbehandling i det offentlige sundhedsvæsen er ikke forbundet med brugerbetaling for patienterne.
- ◆ *NHS Foundation Trusts*: en ny organiseringstype, hvor hospitaler på baggrund af eksterne kvalitetsbedømmelser kan blive tildelt flere frihedsgrader i den daglige styring og dermed i mindre grad være underlagt NHS Trusts.
- ◆ *Ambulance Trusts*: tager imod nødopkald og vurderer behovet for ambulance- og akuthjælp.
- ◆ *Mental Health Trusts*: tager sig af patienter med psykiske sygdomme og tilbyder forskellig specialiseret behandling indenfor området (26).

#### **3.1.4 Almen praksis**

Almen praksis er omdrejningspunktet i det primære behandlingssystem i England. De seneste 10 år er arbejdsstyrken i almen praksis vokset med 15.000 ansatte og udgjorde i 2005 over 112.000 ansatte. I 2006 var der mere end 32.000 praktiserende læger i England. Der er en stigende tendens til, at de praktiserende læger arbejder på deltid. I 2005 arbejdede 73,3 % af de praktiserende læger på fuldtid og 26,7 % på deltid (31). I England er der 0,7 praktiserende læge<sup>7</sup> pr. 1000 indbygger (19).

I 2005 var der registreret 8451 praksisser i England, og af dem var 1828 solopraksisser (31). En gennemsnitlig almen praksis består af tre praktiserende læger, men majoriteten af praksisser består af mere end fire praktiserende læger (32). En engelsk almen praksis har typisk ansat sygeplejersker og andet praksispersonale såsom recepti-onister og administrativt personale. I 2005 var der ca. 13.000 sygeplejerskefuldtidsstillinger i almen praksis fordelt på ca. 22.000 sygeplejersker. Derudover udgjorde 'andet praksispersonale' 60.000 fuldtidsstillinger fordelt på 89.000 ansatte. I gennemsnit har en almen praktiserende læge således tilknyttet 2,2 fuldtidsansat praksispersonale fordelt på 3,4 personer (31).

#### *Adgang til almen praksis*

Patienter har mulighed for at registrere sig hos en praksis og har frit valg inden for et afgrænset geografisk område. Der er registreret godt 1600 patienter pr. praktiserende

---

<sup>7</sup> Data inkluderer alle praktiserende læger i NHS – den private sektor er ikke inkluderet.

læge (31). Tidligere var patienterne registreret hos én læge, men i 2005 ændrede man systemet så patienten i dag bliver registreret hos en praksis i stedet for hos en individuel praktiserende læge. Patienten har dog ret til at vælge en læge i praksissen som den primære kontakt. Med indførelse af den nye kontrakt for de praktiserende læger fjernede man tillige loftet for, hvor mange patienter en almen praksis må have registreret på patientlisten (33). I England bliver der foretaget 300 millioner konsultationer om året, hvilket svarer til 5-6 konsultationer om året pr. indbygger (34).

En patienttilfredshedsundersøgelse fra 2001 udarbejdet af det engelske Sundhedsministerium viser, at 81 % af de interviewede patienter syntes, at de var blevet tilset af den praktiserende læge, da det var nødvendigt, 15 % af de adspurgte ville godt være tilset lidt før, og de resterende 4 % ville godt være tilset langt tidligere (32). For at forbedre adgangen til almen praksis indførte man i 2005 en ventetidsgaranti på 48 timer for at blive tilset af en praktiserende læge, og 24 timer for at se andet sundhedspersonale (35).

#### *Funktion*

Almen praksis i England varetager stort set de samme opgaver som dansk almen praksis. Almen praksis udgør således typisk patientens første kontakt med behandlersystemet. Her varetages behandling af patienter med almene sygdomme, og den praktiserende læge indtager en gatekeeperfunktion i forhold til henvisning til specialiseret behandling. Almen praksis tager også del i det forebyggende arbejde og rådgiver i forhold til rygestop, kostmægning mm. Det er desuden en central del af de nyere engelske reformtiltag, at almen praksis skal levere en mere systematisk og specialiseret behandling af kroniske syge (36). Det er i dag ikke ualmindeligt for en almen praksis at have en sygeplejeledet klinik for kroniske syge i tilknytning til de sædvanlige aktiviteter. Især inden for diabetes har man set en udvikling hen i mod specialiseret sygeplejersker i almen praksis.

#### *Honorering*

Praktiserende læger er ikke ansat af NHS, men er selvstændige erhvervsdrivende. De praktiserende lægers overenskomster forhandles mellem det engelske sundhedsministerium og de praktiserende lægers faglige organisation. Før 1. april 2004 blev de praktiserende læger primært honoreret efter en kombination af liste- og aktivitetsbaseret finansiering. Fra og med april 2004 er honoreringssystemet imidlertid ændret, så de praktiserende læger i dag primært bliver honoreret efter antallet af patienter tilmeldt praksis og – som noget nyt - kvaliteten i ydelserne i stedet for kvantiteten af ydelserne. Dette honoreringssystem betegnes *Quality and Outcome Framework (QOF)* (37). Desuden indførte man fra 1. april 2005 et nyt frivilligt kontraktssystem, den såkaldte *Practice Based Commissioning (PBC)*, hvor de praktiserende læger har mulighed for at få overført et udvidet praksisbudget fra PCTs til at dække behandlingsudgifterne for de tilmeldte patienter. Det betyder, at almen praksis så selv kan beslutte hvorvidt de specialiserede ydelser skal købes af eksterne udbydere eller tilbydes i den pågældende praksis (38).



### *Reformtiltag relateret til almen praksis*

De seneste par år er der blevet introduceret en række forskellige organisatoriske tiltag, der har haft til formål at styrke primærsektoren, og her især kvaliteten samt sammenhængen i patientforløbene. De væsentligste tiltag omfatter a) nye finansieringsformer af almen praksis, b) udvikling af nationale disease management programmer og c) etablering af *Care Trusts*. I det følgende gennemgås de enkelte tiltag mere uddybende.

#### *Quality and Outcome Framework (QOF)*

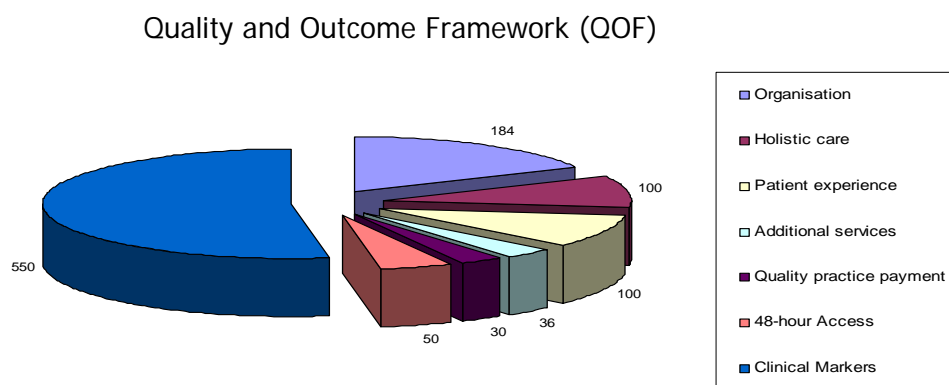
I april 2004 indgik NHS og den britiske lægeforening en ny overenskomst, hvor honoreringen blev gjort afhængig af kvaliteten af de leverede ydelser. Kvalitetshonoreringen skal som minimum udgøre 20 % af den praktiserende læges indtægt (34). Efter dette nye Quality and Outcome Framework (QOF) udmåles honoreringen på baggrund af et pointsystem, som er baseret på en række kliniske indikatorer. Kvalitetsindikatorerne tæller 135 indikatorer, der ved total opfyldelse giver 1000 point. Kvalitetsindikatorerne belyser fire områder:

1. *Kliniske indikatorer* for 10 kroniske sygdomme. Her måles på de behandlingsmæssige resultater. I alt 76 indikatorer og hvor den maximale score er 550 point.
2. *Organisatoriske indikatorer* med fokus på 5 områder: journalføring, medicinhåndtering, kommunikation med patienter, uddannelse og ledelse. I alt 56 indikatorer og max. 184 point.
3. *Patienterfaringer* med 4 indikatorer med max. 100 point. Området dækker hvorvidt praksissen har gennemført patientevalueringer samt om en rutinemæssige konsultation er over 10 minutter.
4. *Særlige tillæggydelser* på 4 fokusområder med i alt 10 indikatorer og max. 36 point. Fokusområderne dækker screening for livmoderhalskræft, svangeromsorg og svangerskabsforebyggelse samt overvågning af børnesundhed.

Desuden kan den praktiserende læge opnå yderligere 100 point for at levere en holistisk behandling og 50 point for tilgængelighed. Honoreringssystemet giver altså de praktiserende læger et incitament til at fokusere på kvaliteten og effekten af behandlingen frem for på antallet af ydelser.

Pointfordelingen mellem de forskellige områder illustreres ved nedenstående Figur 3.2

Figur 3.2 Points for kvalitet og effektivitet



Kilde: (34)

#### *Practice Based Commissioning (PBC)*

*Practice Based Commissioning* er en frivillig ordning, der giver de praktiserende læger mulighed for at få overført mere beslutningskompetence til almen praksis via et udvidet praksisbudget. De praktiserende læger får beslutningsansvaret for at købe ydelser til deres tilmeldte patienter. Den praktiserende læge får lov til at beholde et eventuelt overskud af budgettet, der dog skal investeres i praksissen. Den praktiserende læge løber ingen finansiell risiko, hvis budgettet overskrides (38). Ved udgangen af 2006 var 82 % af praksisserne overgået til ordningen (personlig kommunikation: P. Goddall, Head of Public Affairs, NHS Alliance).

Formålet med at overføre beslutningskompetence til de praktiserende læger er at give dem et incitament til en højere grad af kontrol med deres henvisninger og til at løse opgaverne i egen praksis. Hensigten er således, at den praktiserende læge under det nye system vil udbyde flere ydelser selv og eventuelt specialisere sig inden for et sygdomsområde, der er særligt behandlingskrævende i lokalområdet. På denne måde kan opgaver, der førhen blev varetaget i sygehusregi, overflyttes til almen praksis. Desuden er intentionen, at det nye system vil give de praktiserende læger incitament til at arbejde sammen i større lægeteams tilknyttet forskellige faggrupper, eftersom samarbejdet forventes at give økonomiske fordele. Forventningen er, at dette vil medvirke til faldende behandlingsomkostninger og en højere kvalitet i de leverede ydelser (38; 39).

#### *National Service Framework (NSF)*

Siden 1998 er der udarbejdet nationale forløbsbeskrivelser for en række sygdomme/tilstande i form af såkaldte *National Service Frameworks* (NSF). NSF dækker en række sygdomme/tilstande, bl.a. hjerteproblemer (2000), kræft (2001), pædiatri (1998), psykiske sygdomme (1999), ældre (2001), diabetes (2001), kroniske sygdomme (2005), nyrefejl (2004 og 2006) og børn (2004). I nær fremtid bliver der indført en national forløbsbeskrivelse for KOL (40). Forløbsbeskrivelserne indeholder en beskrivelse af opgaveansvaret for de enkelte aktører involveret i behandlingen samt nationale mål

og anbefalinger, eks. at 90 % af alle diabetespatienter skal have foretaget en øjen-screening.

Formålet med NSF er at give de sundhedsprofessionelle retningslinjer for den mest evidensbaseret behandling inden for det specifikke sygdomsområde. Dette forventes at højne kvaliteten af behandlingen og reducere uacceptable variationer mellem behandlingsforløb. Desuden er NSF tænkt som et redskab for patienterne til få et billede af, hvad de kan forvente af behandlingen (40).

#### *Care Trust*

*Care Trust* er en ny NHS organisation, der blev introduceret i 2002 med henblik på at skabe et bedre samarbejde mellem social og sundhedsvæsenet. I England har man erfaret, at den organisatoriske og økonomiske opdeling har virket som en barriere for samarbejdet mellem social- og sundhedsvæsenet omkring sammenhængende patientforløb. Formålet med *Care Trust* er således at skabe bedre integration mellem social- og sundhedsydelse ved at forene ansvaret i én organisation. *Care Trust* er et partnerskab mellem den lokale myndighed, der varetager det sociale område, og PCT som varetager sundhedsområdet. Det forventes at *Care Trust* især vil kunne imødekomme udfordringen med et stigende antal ældre og kronikere. Det forventes samtidig at de nye *Care Trusts* vil bedre vilkårene for samarbejdet mellem de enkelte sundhedsprofessionelle og socialarbejdere, fordi de kommer under samme ledelse og budget. Derudover forestiller man sig, at *Care Trusten* vil medføre konkrete initiativer til bedring af samarbejdet mellem de enkelte sundhedsprofessionelle og socialarbejdere omkring delte patientforløb (41).

Det er frivilligt for PCTs og de lokale myndigheder, hvorvidt de vil etablere sig i en *Care Trust*, samt hvordan de vil organisere den. Sundhedsministeriet har udgivet en vejledning til, hvordan en *Care Trust* kan være organiseret. Indtil videre er der etableret otte *Care Trusts* i England (26).

### **3.2 Netværket omkring almen praksis i England**

Netværket omkring den praktiserende læge udgøres af mange forskellige aktører og instanser. Det afhænger naturligvis af det specifikke sygdomsforløb, hvilke aktører der inddrages i behandlingen af en given patient. For patienter med kroniske sygdomme er det typisk, at mange aktører er involveret i patientforløbet – både fra social- og sundhedsvæsenet, hvilket sætter høje krav til koordination i behandlingen. I dette afsnit beskrives netværket omkring den praktiserende læge, og hvilke roller de forskellige aktører spiller i behandlingen af patienten.

#### **3.2.1 Netværket internt i almen praksis**

Inden for almen praksis er der mange faggrupper involveret i patientbehandlingen. Som beskrevet er der i en typisk engelsk almen praksis ansat praksispersonale i form af sygeplejersker med forskellige grader af efteruddannelse samt administrativt personale. Man kan derved betragte praksissen som et såkaldt intra-organisatorisk netværk, hvor praksispersonalet har hver deres funktion i behandlingen af patienten.

Praksissygeplejersken foretager fx rutinemæssige screeninger, vaccinationsprogrammer, rådgiver om livsstil og bistår ved mindre operationer (42). Mange praksissygeplejersker specialiserer sig inden for et bestemt sygdomsområde. I England er der talrige eksempler på, at der i almen praksis er en praksissygeplejerske, der har særlige

kompetencer indenfor diabetes, hjertesygdom eller KOL. En stor del af kontrollen med og opfølgning på 'stabile' patienter med kroniske sygdomme varetages dermed ofte af praksissygeplejersker. For at arbejde som praksissygeplejerske kræves det, at man udover den grundlæggende sygeplejerskeuddannelsen tager ekstra uddannelse (42). Der er ansat ca. 23.000 praksissygeplejersken i England (43).

I almen praksis kan der også være ansat Nurse Practitioners, som bedst kan beskrives som en mellemting mellem en sygeplejerske og en læge. Nurse Practitioners har ovenpå sygeplejerskeuddannelsen taget en treårig ekstrauddannelse, som bl.a. gør dem i stand til at foretage egne konsultationer, diagnosticere, screene patienter og udskrive medicin (44). De første Nurse Practitioners blev uddannet i 1992, og skal i dag tælles i tusinder.

Blandt praksispersonalet findes også Health Assistents, der udover at assistere læge og sygeplejerske under konsultationer også varetager selvstændige opgaver som blodprøvetagning, blodtryks- og pulsmåling, vægtmåling, temperaturmåling og respirationsmåling. Health assistents har en korterevarende uddannelse i de specifikke opgaver han/hun varetager (42). Der er ca. 40.000 Health Assistants ansat i NHS, men det er uklart hvor stor en andel der arbejder i almen praksis (43).

Det administrative personale udgøres af Practice Managers og receptionister. En Practice Managers arbejde består typisk i at varetage HR-funktioner, føre regnskab, have ansvar for bookingsystemet samt at lægge strategi for praksissen (42). Receptionisterne i almen praksis er patienternes første kontakt til praksissen. De sørger for at booke en tid til patienten. Der kræves ingen uddannelsesmæssige kvalifikationer for at arbejde som receptionist i en praksis (42).

### 3.2.2 Primary Care Trusts

PCTs er som beskrevet en administrativ enhed, der har bestiller- og køberansvaret for sundhedsydelse samt det overordnede strategiske og ledelsesmæssige ansvar for et geografisk afgrænset område. Grunden til at PCTs nævnes som en vigtig aktør i netværket omkring almen praksis er, at almen praksis skal indgå en kontrakt med PCTs om hvilke sundhedsydelser praksissen udbyder. PCTs overvåger om praksissen lever op til kontraktforpligtigelserne. Vi besøgte *Tower Hamlet PCT*, der opsporer de praksis', der leverer en for dårlig kvalitet i behandlingen og i nogle tilfælde, giver dem et økonomisk tilbud de ikke kan afslå og overtager praksisserne (45).

PCTs udarbejder desuden sundhedsplaner og foretager lokale prioriteringer for, hvor pengene skal bruges. I de seneste år har man med det øgede fokus på at skabe et mere primærorienteret sundhedsvæsen set en stigende tendens til, at PCTs investerer i almen praksis i form af medicinsk udstyr og ny teknologi. På den måde kan almen praksis varetage flere specialiserede ydelser og visse opgaver flyttes fra hospitalsregi til almen praksis. Desuden er mange PCTs engagerede i at screene de praktiserende lægers henvisninger og har nedsat et 'filter' bestående af læger, der gennemgår hensigtsmæssigheden i den praktiserende læges henvisningsmønstre. PCTs kan derved give den alment praktiserende læge henstillinger, hvis han henviser 'unødvendigt' og eventuelt sende henvisningen tilbage til den praktiserende læge (46). På trods af at den alment praktiserende læge kan opfattes som en selvstændig erhvervsdrivende, er han således i større eller mindre grad underlagt PCTs ledelse og styring.

### 3.2.3 Det behandlende sygehusvæsen

Det behandlende sygehusvæsen er naturligvis en vigtig aktør i netværket omkring den praktiserende læge. De engelske sygehuse minder i deres struktur meget om de danske og rummer udover læger og sygeplejersker også fysioterapeuter, ergoterapeuter, fodspecialister, diætister, jordmødre, sundhedsassistenter etc. (26).

På sygehusene er der udover de traditionelle sengeafdelinger også ambulatorieklinikker for forskellige sygdomme, og her især kroniske sygdomme. Ambulatorierne varetager opfølgning og behandling af patienter med kroniske sygdomme, og benytter ofte tværfaglige teams med speciallæger, specialiserede sygeplejerske og andet sundhedspersonale som fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister mm. (26).

#### *Udskrivningsprocedure*

Når en patient udskrives fra sygehuset udarbejdes en udskrivningsplan for patientens videre forløb.

På mange sygehuse har man nedsat et udskrivningsteam bestående af en sygeplejerske og en socialarbejder, der i samarbejde med den afdeling hvor patienten er indlagt, foretager en behovsudredning for patientens videre behandling. Den praktiserende læge indgår typisk ikke i denne udredning. Hvis patienten behøver pleje i hjemmet, henviser sygehuset til socialvæsenet, og hvis patienten behøver specialistbehandling udenfor sygehuset, sender hospitalet en henvisning. Med indførelse af Practice Based Commissioning arbejder man hen imod, at det altovervejende skal være den praktiserende læge, der på baggrund af udskrivningsplanen, foretager henvisninger til videre behandling og pleje. Udskrivningsplanen sendes altid pr. brev til den praktiserende læge. På nogle sygehuse er der tillige ansat casemanagers, som tager sig af at koordinere behandlingen for svære patienter med kroniske sygdomme.

### 3.2.4 Den sociale plejesektor

Den sociale plejesektor er en central aktør i netværket omkring den praktiserende læge, eftersom mange ældre patienter med kroniske sygdomme har brug for hjælp i dagligdagen. I socialvæsenet er der ansat visitatorer, der fungerer som gatekeepere til sociale ydelser til patienten.

I den sociale plejesektor i England indgår ydelser som hjemmepleje, dagcentre, plejehjem, madudbringning og hjemmehjælp til praktiske gøremål (47). Det er af afgørende betydning, at socialvæsenet tildeler patienten den rette sociale pleje, hvis unødvendige hospitalsindlæggelser skal undgås, hvorfor den praktiserende læge/PCT også er afhængig af samarbejdet med social- og plejesektoren.

På centralt niveau har sundhedsministeriet både ansvar for NHS og for socialvæsenet, men på lokalt plan er de to sektorer adskilt, såvel organisatorisk som finansielt (21). Socialvæsenet adskiller sig fra sundhedsvæsenet på to centrale områder. For det første ligger ansvaret for de sociale ydelser hos folkevalgte politikere i de kommunale byråd. For det andet er der i England tradition for at udlicitere plejeopgaverne til frivillige og private organisationer, hvor sundhedsydelser primært leveres i offentligt regi (21; 48).

Det er den lokale sundhedsforvaltning, den praktiserende læge og sygehuset, som har ansvar for at give borgeren information om hvilke sociale plejeydelser, der udbydes i lokalområdet. For at få tildelt hjemmehjælp, plejehjemsplads mm., skal borgeren i kontakt med den lokale socialforvaltning for at få en visitation. Behovsudredningen

foretages normalt af en socialarbejder, der har fået en henvisning fra den praktiserende læge. I de tilfælde, hvor patienten er indlagt kan udredningen dog også foretages på sygehuset (49).

#### *Arbejdsstyrke*

Arbejdsstyrken i den sociale plejesektor udgøres primært af *Health Assistents* og *District Nurses*. Health Assistents svarer i hovedtræk til de danske social og sundhedsassistenter. De hjælper patienter med personlige pleje og varetager praktiske opgaver i hjemmet. District Nurses tager tillige ud til patienter i deres hjem og foretager sygeplejehandling, som fx sårpleje, medicindosering, indsprøjtninger, patientundervisning mm. (42).

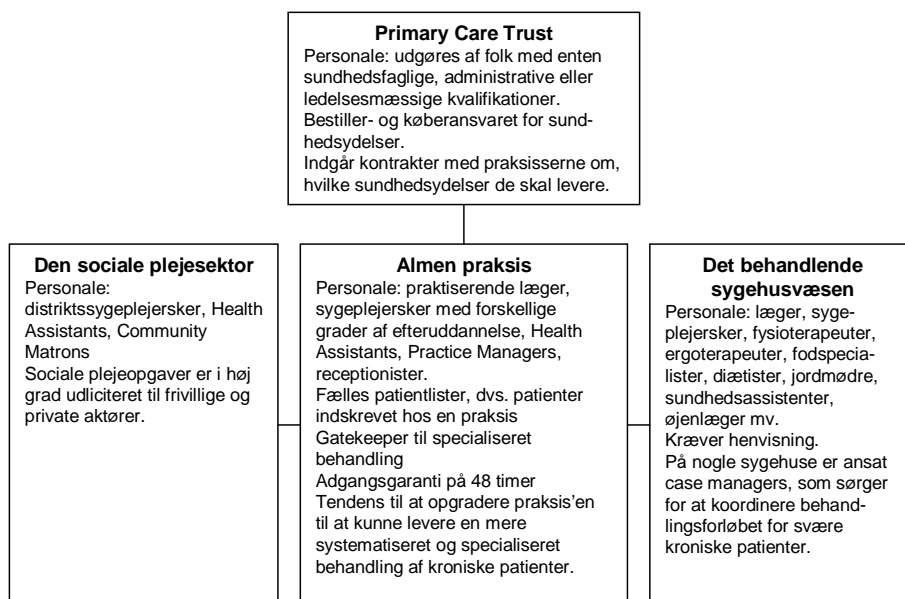
#### *Reformer af den sociale plejesektor*

Labourregeringen har udmeldt en modernisering og reformering af den sociale plejesektor, og i januar 2006 udgav det engelske sundhedsministerium en omfattende handleplan for modernisering af den kommunale pleje (36). Formålet med reformen er at højne kvaliteten af de sociale ydelser, give brugerne mere indflydelse og få en bedre integration mellem sundhedsvæsenet og den sociale plejesektor. Et af reformtiltagene er at lave kvalitetssikring af de sociale plejeydelser og udbrede best practice på området. Desuden introducerede man i 2005 *Community Matrons* som en ny rolle i plejen af svære patienter med kroniske sygdomme. Community Matrons er specialtrænede sygeplejersker, som varetager en slags casemanager-funktion for svære patienter med kroniske sygdomme, der modtager behandling i hjemmet. Han/hun følger patienten gennem hele forløbet – også under indlæggelse og giver desuden patienter behandling i hjemmet. Community Matrons har en patientliste på 50-60 patienter (50).

### **3.2.5 Opsamling**

Der indgår mange forskellige aktører i netværket omkring den praktiserende læge – både indenfor almen praksis og mellem de forskellige sektorer. På den måde er systemet i høj grad fragmenteret, som vi også kender det fra dansk kontekst. Fragmenteringen betyder, at der er mange forskellige roller og aktører involveret i de enkelte patientforløb. Disse aktører har ofte forskellige uddannelses- og erfaringsmæssig baggrund og arbejder under forskellige organisationer, finansieringsformer og ledelse, hvilket giver vanskelige vilkår for den samlede koordinering. I *Figur 3.3* er de forskellige aktører og niveauer opsummeret.

Figur 3.3 Netværket inden for og omkring almen praksis



I det følgende afsnit analyserer vi de barrierer og udfordringer, der opleves i det engelske sundhedsvæsen i forhold til at skabe et integreret sundhedsvæsen med sammenhæng i patientforløbene. Vi ser også nærmere på de initiativer, der er introduceret som forsøg på løsning af de oplevede vanskeligheder.

### 3.3 Problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb

Til at belyse problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb i England har vi interviewet repræsentanter fra almen praksis og fra netværket omkring almen praksis. I alt har vi interviewet 13 repræsentanter for forskellige sektorer og funktioner i det engelske sundhedsvæsen samt en professor i almen praksis. Interviewpersonerne samt deres funktion og ansættelsessted er samlet i nedenstående Figur 3.4. Afsnittet bygger endvidere på litteraturstudie samt relevant materiale fra nedenstående informanter.

#### 3.3.1 Almen praksis og det nære netværk

I dette afsnit belyses de problemer og løsninger, som aktører i almen praksis oplever i deres arbejde med at sikre velkoordinerede patientforløb. Den almen praktiserende læge betragter sig selv som ansvarlig for tovholderfunktionen i patientens forløb. Det begrundes med den lette adgang til almen praksis, og med lægens gode kendskab til patientens familie og livssituation, hvilket muliggør en holistisk tilgang til patienten (51; 52). De praktiserende læger giver udtryk for, at deres tovholderfunktion er under forandring. Det er specielt de praktiserende lægers mulighed for at opretholde hvad der i litteraturen betegnes som *relationel kontinuitet*, der sættes under pres af de nye reformtiltag og øget mobilitet blandt patienterne. Relationel kontinuitet betyder, at der er et længerevarende forhold mellem patient og lægen (53).

Figur 3.4 Oversigt over interviewpersoner

| Primær sektor  | PCT  | Social området   | Sygehus-væsenet   | Forsker   |
|--|--|--|---|---|
| <b>Praktiserende læge</b><br>Bestyrelsesmedlem i et netværk for praktiserende læger<br><i>Claire Haighton</i>                                | <b>Tower Hamlets PCT</b><br>Projektleder:<br>Joint Long term Conditions<br><i>Russel Don</i>               | <b>Bexley Care Trust</b><br>Head of Social Services<br><i>Dave Holmann</i> | <b>Darent Valley Hospital</b><br>Speciallæge i diabetes<br><i>Huw Alban Davies</i>      | <b>Professor of General Practice</b><br><i>George Freeman</i> |
| <b>Cuckoo Lane Practice</b><br><br><b>Praksissygeplejerske</b><br>Speciel interesse i rejsemedicin og rygeafvænnings<br><i>Anne Hamerton</i> | <b>Tower Hamlets PCT</b><br>Medical Director (Clinical Leadership)<br><i>Douglas Russell</i>               |  | <b>Darent Valley Hospital</b><br>Ledende diabetes-sygeplejerske<br><i>Gill Williams</i> |   |
| <b>Nurse practitioner</b><br><i>Carol Sears</i>  | <b>Tower Hamlets PCT</b><br>Director of Strategic Commissioning<br><i>Jeremy Burden</i>                    |  | <b>Mile End Hospital</b><br>Ledende sygeplejerske af KOL området<br><i>Jill Goddard</i> |   |
| <b>Projektleder for ELIC</b><br>Netværk for praktiserende læger<br><i>Paul Haigh</i>   | <b>Tower Hamlet PCT</b><br>Administrator: support the National Service Framework.<br><i>Alison Powling</i> |  | <b>Mile End Hospital</b><br>Ledende diabetessygeplejerske<br><i>Bobby Driver</i>        |   |

#### Finansierings betydning for tovholderfunktionen

Nye finansieringsformer i form af kvalitetshonorering og *Practice Based Commissioning* har betydning for de praktiserende lægers muligheder for at varetage tovholderfunktionen.

#### Kvalitetshonorering

Den omtalte kvalitetshonorering (QOF) betragtes af de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne som en væsentlig motivation til at få en mere systematisk behandling af de patienter med kroniske sygdomme. Indførelse af QOF har således betydet, at de i dag lægger mere vægt på forebyggelse, kontrol og opfølgning end før det nye initiativ blev indført (54; 55). Hvor konsultationer tidligere ofte blev aftalt på initiativ af patienten, har QOF givet praksisserne et økonomisk incitament til at indkalde patienten til livsstilskurser, opfølgning og kontrol. Opfølgning og kontrol overlades i stigende grad til sygeplejersker, der kører klinikker for kroniske sygdomme. Selvom det stadig er den praktiserende læge, der har det overordnede ansvar, kan det diskuteres, om det i stigende grad er andet klinikpersonale i form af specialiserede sygeplejersker, der i praksis agerer som tovholdere for de patienter med kroniske sygdomme. I og med at kvalitetshonoreringen ikke afhænger af hvem, der rent faktisk leverer ydelsen, har initiativet også forstærket opgaveglidningen fra lægerne til sygeplejersker og andre



sundhedsprofessionelle (56). Tendensen er, at almen praksis bliver stadig større, og der ansættes i stigende grad sygeplejersker og administrativt personale i praksissen (56). Indtrykket er, at de praktiserende læger har ændret adfærd efter indførelsen af QOF. En omfattende evaluering af QOF viser i overensstemmelse hermed en accelereret kvalitetsforbedring for to ud af tre studerede sygdomsforløb (57). Der er således meget der peger på, at QOF er et nyttigt instrument til at højne kvaliteten af ydelserne i almen praksis.

Der peges dog samtidig på, at QOF kan have negative implikationer for den relationelle kontinuitet mellem læge og patient samt for det holistiske syn på patienten. Professor M. Roland, som er leder af National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC) udtaler, at der er en fare for fragmentering, når en del af patientens behandling overlades til sygeplejeledede klinikker i praksissen. Derved kan den praktiserende læge miste overblikket over patientens sygdomsforløb og potentielt miste kompetencer inden for et sygdomsområde (56). Desuden påpeges det, at QOF kan have den uintenderede effekt, at fokus flyttes fra patienten til systemet, forstået som at fokus er på de services og sygdomme, der udløser honorering mere end på patientens virkelige problemer (54-56).

Det problematiseres desuden, at QOF tager tid fra patienten, fordi det kræves, at behandlingen dokumenteres. Endelig rummer den nye honoreringsform også en fare for utilsigtede konsekvenser i form af snyd med indberetningerne, såkaldt gaming.

#### Practice Based Commissioning

Practice Based Commissioning (PBC) understøtter ligeledes udviklingen hen imod større praksisser og mere specialisering. Med PBC kan det være økonomisk fordelagtigt at udbyde ydelsen selv, frem for at henvise patienten til sekundær sektor. Der er en stigende tendens til, at lægerne og sygeplejerskerne i almen praksis har en særlig interesse i bestemte sygdomsområder. Ved at praksissen kan levere flere ydelser, kan patientens behandling på sin vis blive mindre fragmenteret, da antallet af henvisninger til sekundær sektor mindskes. PBC motiverer endvidere de praktiserende læger til at styrke samarbejdet med specialisterne, både fordi de skal købe ydelser af specialisterne samt for at gøre egen praksis i stand til at varetage flere opgaver (51). PBC rummer en risiko for flere af de samme utilsigtede konsekvenser som QOF, hvor specialisering af den praktiserende læge kan true den generelle og holistiske tilgang til patienten (52).

Endelig har PBC afstedkommet et større samarbejde mellem de praktiserende læger. Mange praksisser har dannet konsortier, hvor de støtter hinanden i at købe ydelser. Dette har medført en større grad af videnuveksling mellem praksisserne og dannelse af lokale initiativer for at løfte ansvaret for den nye finansieringsform. Ved udgangen af 2006 var der dannet 983 konsortier (personlig kommunikation: P. Goddall Head of Public Affairs, NHS Alliance). Som eksempel kan nævnes ELIC-netværket, der er beskrevet i Tekstboks 3.1 (58).

ELIC er et netværk af praktiserende læger fra City and Hackney PCT, der formelt blev dannet i juli 2006. Det var et ønske fra de praktiserende læger om at arbejde mere sammen omkring Practice Based Commissioning.

Netværket består af et råd, en komité og syv konsortier/netværk af praktiserende læger. Netværkene rangerer fra 2 praksisser til 7 praksisser.

Praksisserne mødes i netværket en gang om måneden.

Hovedidéen med netværket er:

1. Skabe en fælles stemme for hvilke ydelser der vil købes af hospitaler.
2. Fælles retningslinjer for behandlingsforløb og henvisninger.
3. Udbyde flere services i almen praksis – mere specialiseret behandling i almen praksis for at undgå henvisning til sekundær sektor.
4. Lette de praktiserende læger for nogle administrative opgaver forbundet med PBC.
5. Viden om hvilke ressourcer der er i primær sektor, så lægerne kan henvise til andre praksisser frem for til sekundær sektor.

### 3.3.2 Nye patientrettigheders betydning for tovholderfunktionen

#### *Ventetidsgaranti og afskaffelse af patientlister*

De praktiserende læger oplever, at ventetidsgarantien på 48 timer samt indskrivning af patienter i en praksis frem for hos en læge, svækker deres mulighed for at indtage tovholderfunktionen i forhold til de patienter med kroniske sygdomme. Initiativerne har medført flere konsultationer med patienter med små skavanker på bekostning af de patienter med kroniske sygdomme, som må vente længere tid, hvis de ønsker at få en aftale med en bestemt læge i praksissen (54; 55). Reformtiltagene har sat fokus på at skabe hurtig adgang, men hjælper ikke patienterne til at konsultere den læge de kender i forvejen (33). Indtrykket er, at de politiske initiativer har forskudt ansvaret for at opretholde personlig kontakt fra den praktiserende læge til patienten. Således er det i dag i højere grad patientens ansvar at booke tid hos samme læge og acceptere længere ventetider end politisk fastsat for at få en konsultation med den læge, der kender patientens sygdomshistorie.

#### *Valgfrihed*

Et andet tiltag, som kan have betydning for den praktiserende læges mulighed for at indtage en tovholderfunktion, er den øgede valgfrihed. I forhold til det frie lægevalg er indtrykket, at de patienter med kroniske sygdomme vælger at holde sig til en bestemt læge, hvorfor de praktiserende læger ikke oplever, at valgfriheden mindsker deres rolle som tovholder for de kroniske patientgrupper (54). Udover frit valg af praktiserende læge indenfor et afgrænset område har patienterne også frit valg til at vælge, hvilken specialist eller hospital de vil henvises til. I teorien muliggør det frie valg, at patienterne vælger et hospital, som praksissen ikke kender på forhånd. Således er der i systemet indlejret en rådgivende lægerolle frem for en beslutningsdygtig lægerolle. Erfaringen er, at patienten spørger lægen hvilket hospital han/hun vil anbefale og følger denne anbefaling. Kun enkelte patienter gør aktivt brug af det frie valg. Hvor patienter gør aktivt brug af det frie valg begrundes det med at patienten gerne vil behandles på et

hospital nær en arbejdsplads eller tæt på familien (54; 55). Skismaet mellem øget valgfrihed og tovholderrollen er således primært teoretisk i det engelske system, da patienterne stort set ikke gør brug af valgfriheden i praksis.

### 3.3.3 Guidelines

Interviewene viser, at almen praksis oplever guidelines for behandlingsforløb som et værktøj, der er med til at forbedre sammenhængen i patientforløbene. Det gælder både for nationale guidelines i form af NSF og NICE samt for lokalt udarbejdet guidelines (54; 55). I en undersøgelse af praktiserende lægers holdning til guidelines finder man desuden, at der er opbakning til at anvende guidelines, eftersom de betragtes som et godt værktøj at træffe kliniske beslutninger på baggrund af. Undersøgelsen viser samtidigt, at NSF kræver et stort arbejde at tilpasse lokale forhold og rutiner, hvilket virker som en barriere for implementeringen (59).

*Tekstboks 3.2 Eksempel på lokal guideline: City and Hackney PCT*

De praktiserende læger i City and Hackney PCT har udviklet guidelines for behandlingsforløb og henvisninger. Disse guidelines består både af kliniske og organisatoriske retningslinjer. Praksisserne skal akkrediteres til at anvende disse guidelines, hvilket de bliver gennem deltagelse i et uddannelsesforløb. Nogle af de udviklede guidelines har til formål at skabe en højere kvalitet i behandlingen samt mere systematiske henvisningsmønstre, mens andre har til formål at flytte services til primær sektoren. Erfaringen er, at guidelines sikrer et bedre integreret behandlingsforløb og hurtigere behandling. I City and Hackney PCT har man endnu ikke udarbejdet guidelines for kroniske patienter, da det er en svær gruppe der kræver involvering af mange forskellige aktører.

*Tekstboks 3.3 Eksempel på lokal guideline: Tower Hamlet PCT*

Initiativet til udvikling af organisatoriske og kliniske guidelines kom fra specialister i sygehusregi. De etablerede såkaldte "workstreams" der er multidisciplinære teams bestående af praktiserende læger, specialister, praksissygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer, distriktssygeplejersker mm., der arbejder med udvikling af guidelines og strategier. I de lokale guidelines beskrives alle aktørers rolle i patientforløbet, inklusiv socialvæsenet.

De sygdomme/tilstande der er fokus på er KOL, diabetes, hjertesygdom og kroniske smerter.

De udviklede guidelines beskrives som en lokal fortolkning af de nationale guidelines, idet der arbejdes med at få implementeret de nationale krav i dem.

Nationale guidelines tilskrives en stor del af æren for det kvalitetsopsving i behandlingen, man har set de seneste år i England. NSF har fået sat fokus på kvalitet af behandlingen og med dets indbyggede faglige og finansielle incitament, har det motiveret lægerne til at øge fokus på kvaliteten (56). Det øgede sundhedspolitiske fokus på guidelines sammen med PBC har samtidig afstedkommet lokale initiativer omkring udformning af lokale guidelines for forskellige sygdomsforløb. Nedenstående tekstboks beskriver processen med udvikling af lokale guidelines i to engelske *Primary Care Trusts*.

Informationerne stammer fra interviews med aktører i henholdsvis *City and Hackney PCT* og *Tower Hamlet PCT*.

Der er således generel opbakning til brugen af guidelines, og det betragtes som et værktøj, der kan bidrage til at skabe sammenhæng i patientforløbet. En praktiserende læge understreger, at for at de nationale guidelines anvendes i praksis, må de være simple at anvende og tilpasset lokale forhold (54).

### **3.3.4 Almen praksis og social- og plejesektoren**

I det følgende afsnit belyses de barrierer og løsninger, de praktiserende læger og ansatte i social- og plejesektoren oplever som centrale for koordineringen af sammenhængende patientforløb.

#### *Opdelte sektorer som en barriere*

Den organisatoriske opdeling af social- og sundhedsvæsenet påpeges i litteraturen og af informanterne som en barriere i forhold til at sikre integration i patientforløbene (49; 60). At den sociale plejesektor og sundhedsvæsenet ikke er under samme ledelse og budget, virker som barriere i forhold til at udarbejde fælles mål og strategier og højne kvaliteten af plejen i primær sektor, så hospitalsindlæggelser kan undgås. Endvidere påpeges det, at de mange private og frivillige udbydere på social- og plejeområdet medvirker til at gøre sektoren fragmenteret og vanskelig at overskue (49; 60). Den strukturelle og finansielle indretning af social- og sundhedsvæsenet vanskeliggør dermed koordineringen mellem aktørerne i de to sektorer (61; 62).

#### *Mangel på kommunikation og samarbejde*

Det er et gennemgående indtryk fra såvel interviews som litteraturanalysen, at der er mangel på samarbejde og kommunikation mellem den sociale plejesektor og de praktiserende læger. Almen praksis oplever kommunikationen som meget personafhængig og med stort potentiale for forbedring. Det udtrykkes fra flere sider, at det generelt er et problem, at socialarbejdere/plejepersonale og den praktiserende læge ikke har tilstrækkeligt kendskab til og forståelse for hinandens roller i patientens behandlingsforløb (54; 60; 63; 64). Det understreges, at kulturelle barrierer i form af forskellige normer, værdier og metoder i behandlingen af patienten er en væsentlig faktor for mangel på integration og samarbejde i patientforløbet. Flere studier understreger, at kulturelle barrierer er væsentligere end de strukturelle/organisatoriske barrierer (61; 65). Endvidere er det et generelt problem med mistillid fra de sundhedsprofessionelles side til socialarbejderne og plejepersonalets kompetencer (49; 61). De ansatte i socialektoren oplever, at deres job anses som lavstatus og at de ikke vurderes til at have tilstrækkelige kompetencer i den sundhedsfaglige behandling af patienterne. Samtidig føler de, at sundhedsvæsenet forsøger at overtage deres arbejde og nedprioritere den sociale del af behandlingen (49; 60).

I England er der fokus på den skitserede problematik, og der er igangsat forskellige initiativer såvel nationalt som lokalt, for at prøve at nedbryde barriererne mellem de to sektorer. I det følgende gennemgås de væsentligste initiativer.

#### *Care Trusts: integration af social- og sundhedsvæsenet*

En løsning på de brændpunkter som litteraturen og vores informanter påpeger, er etablering af *Care Trusts*, hvor social og sundhedsydelser integreres i én fælles organi-

sation. Vores informant D. Holmann peger på, at den organisatoriske sammensmeltning mellem PCT og socialvæsenet har muliggjort et bedre samarbejde mellem social- og sundhedsprofessionelle om patientensforløbene. Den nye organisering har ifølge D. Holmann medført, at de to sektorer har fået større forståelse og tillid til hinandens arbejde. Desuden har det muliggjort udarbejdelsen af fælles strategier og prioriteringer for social- og sundhedsområdet, hvor alle elementer i patientforløbene indtænkes. Litteraturen viser, at netop fælles målsætninger og visioner er af enorm betydning for at sikre integration i mellem sektorerne (64). D. Holmann oplever, at der er sket en væsentlig forbedring i kommunikationen og informationsudvekslingen mellem social- og sundhedsvæsenet, nu hvor administrationen fysisk og organisatorisk er placeret samme sted. Samtidig er socialvæsenet blevet en mere ligeværdig partner i udarbejdelse af strategier for befolkningens sundhed (49). Det er ikke lykkedes at lokalisere egentlige evalueringer af denne nye organiseringsform, så det er ikke muligt at sige, om de positive erfaringer stemmer overens med det generelle billede.

#### *Interprofessionelle teams*

For at skabe bedre samarbejde og kommunikation mellem social- og sundhedsvæsenets aktører har man gennemført forskellige pilotforsøg med 'joint working'-programmer. I pilotforsøgene tilknyttes en socialarbejder typisk til almen praksis for at styrke integrationen i behandlingen. Procesevalueringer af denne konstellation konkluderer, at det har ledt til en større forståelse for hinandens professionelle roller, bedre samarbejde om patienten og et fald i unødvendige henvisninger til socialvæsenet. Der er dog ikke foretaget evalueringer af effekterne på patientens sundhed og det er urealistisk at tilknytte en socialarbejder til alle praksisser, eftersom patientunderlaget er for småt (63). Det påpeges videre, at det er vigtigt at sådanne mikrotiltag understøttes af en stærk ledelse fra både PCT og socialvæsenet (64).

Det fremgår af interviewene, at den uformelle kontakt og samvær på tværs af professionerne har stor betydning for at styrke samarbejdet og kommunikationen mellem den praktiserende læge og socialvæsenet (54; 55) I nedenstående tekstboks beskrives et initiativ med interprofessionelle teams i Bexley Care Trust, hvorfra vi interviewede relevante informanter om deres erfaringer.

#### *Tekstboks 3.4 Interprofessionelle teams i Bexley Trust*

Bexley Care Trust har taget initiativ til "Integrated teamworks", der er teams bestående af praktiserende læger, distriktssygeplejersker og socialarbejdere.

Teamet mødes 1-2 gange om måneden og diskuterer komplekse patientsager for at opspore risikopatienter for hospitalsindlæggelse. Under møderne udarbejder de i fællesskab patientplaner for de komplicerede patienter og udreder hvilken støtte patienten har brug for i hjemmet. Hovedidéen bag teamet er at undgå hospitalsindlæggelser og en bedre integration af ydelserne i patientforløbet.

Ordningen er frivillig, men alle de praktiserende læger under Bexley Care Trust har taget del i samarbejdet.

Desuden har man i Bexley Care Trust opstartet det de kalder "Rapid Teams". Disse teams består af specialiseret sygeplejersker, der leverer specialist behandling i hjemmet. Care Trusten har ansat specialiserede sygeplejersker inden for Cancer (palliativ behandling), KOL og diabetes.

Elektronisk patientjournal hvor socialvæsenet også indtænkes ses desuden som et muligt værktøj til at forbedre kommunikationen mellem almen praksis og socialvæsenet. Det pointeres dog, at udbyttet af den uformelle kontakt, ikke kan erstattes af et elektronisk system (54; 55).

#### *Community Matrons*

Community Matrons er som nævnt blevet introduceret som en vej til mere sammenhængende patientforløb. Community Matrons er en slags casemanager for svære patienter med kroniske sygdommes behandlingsforløb og har til opgave at sikre integration af de forskellige elementer i patientens behandlingsforløb. Derfor indgår han/hun i et tæt samarbejde med de professionelle, der er involveret i patientens forløb. Community Matrons er ofte sygeplejersker der via efteruddannelse har opnået kompetencer i visse kroniske sygdomme, og dermed kan levere specialistbehandling i hjemmet. Udover overvågning af patientens tilstand udskriver og justerer han/hun patientens medicin (44).

Community Matrons er først og fremmest tænkt som et redskab til at undgå unødvendige indlæggelser samt sikre, at der bliver fulgt op på patienten efter udskrivning. Indførelsen af denne nye rolle i patientforløbet for patienter med kroniske sygdomme, er et forholdsvis nyt tiltag, hvorfor informanterne kun har få erfaringer med hvordan rollen virker i praksis. Der er dog store forventninger til den nye funktion. Fra politisk side er forventningen, at Community Matrons kan reducere hospitalsindlæggelse og længden på hospitalsdage samt sikre en bedre integration i patientforløbet (50).

En omfattende kvantitativ evaluering af det såkaldte *Evercare Casemanagement program*, som er grundlaget for Community Matrons arbejde, viser dog, at indførelse af Community Matrons ikke i det store billede reducerer akutte hospitalsindlæggelser eller mortaliteten for ældre svage patienter. Den kvalitative del af evalueringen viser modsat, at casemanagerne oplevede, at de i flere tilfælde havde sparet hospitalsindlæggelser. Evalueringen viser desuden, at den hyppige kontakt mellem patient og casemanager udløste stor tilfredshed blandt patienten og dennes pårørende. Rapporten konkluderer, at der skal ske flere radikale forandringer i systemet, end blot indførelse af casemanager, før man kan se et fald i hospitalsindlæggelser (46).

### **3.3.5 Almen praksis og det behandlende sygehusvæsen**

I det næste afsnit belyses, hvilke barrierer og løsninger henholdsvis aktører i almen praksis og i det behandlende sygehusvæsen påpeger som havende betydning for koordineringen af patientforløbet.

#### *Finansieringens betydning for samarbejdet*

*Practice Based Commissioning* betragtes af aktørerne i almen praksis som et initiativ, der kan forbedre integrationen mellem almen praksis og sygehusvæsenet (58). Der er et økonomisk incitament for de praktiserende læger til at specialisere sig i de udbredte kroniske sygdomme og til at udvikle praksis i retning af varetagelse af en større del af behandlingen af disse patienter. Det kræver en opkvalificering af almen praksis, som bl.a. sygehusvæsenet kan medvirke til gennem vidensdeling. Ifølge vores informanter virker den aktivitetsbaserede finansiering af sygehusene, som en barriere for at skabe et mere integreret system, hvor hospitalslægerne og de praktiserende læger arbejder tættere sammen (54). Den aktivitetsbaserede aflønningsform giver sygehusvæsenet

incitament til at behandle patienterne i sekundær sektor frem for at støtte almen praksis i at udvikle kompetencer til at foretage mere behandling i primærsektoren (60). Indtrykket er med andre ord, at de økonomiske incitamenter i finansieringen af henholdsvis almen praksis og sygehusvæsenet faktisk modarbejder hinanden i forhold til at skabe et mere integreret system.

Inden for sygehusvæsenet oplever man, at både QOF og PBC har haft positive effekter på den kvalitet, der leveres i almen praksis. PBC giver blandt andet de praktiserende lægere incitament til at se deres henvisningsmønstre igennem, hvilket ifølge interviews med aktører i hospitalsvæsenet har betydet mere kvalificerede henvisninger end tidligere (66). Den oplevede kvalitetsforbedring i almen praksis har medført, at hospitalslægerne i dag udskriver patienterne tidligere end før (66).

#### *Organisering af ydelser*

Som nævnt ovenfor er opgaveglidningen fra sekundær sektor til almen praksis blevet forstærket de senere år, bl.a. som resultat af indførelsen af nye finansieringsformer i almen praksis. Informanter fra både almen praksis og sygehusvæsenet påpeger, at den resulterende opkvalificering af almen praksis styrker almen praksis' rolle som tovholder og skaber bedre integrerede patientforløb i og med at en større del af behandlinger og opfølgning kan foregå i almen praksis. Som tidligere skitseret stiger antallet af praksisser, der vælger at have specialiserede sygeplejeledede klinikker. I forhold til kvaliteten gav en speciallæge udtryk for, at der muligvis finder en kvalitetsforringelse sted for de patienter, der tidligere ville have været henvist til behandling på sygehuset. Til gengæld forbedres kvaliteten for alle de patienter, som normalt ikke ville være blevet henvist til sygehuset, men som nu får en bedre behandling i almen praksis (66).

Informanter i såvel almen praksis som sygehusvæsenet er af den opfattelse, at livsstilskurser skal afholdes i patientens lokalsamfund, hvilket gør almen praksis til den mest oplagte udbyder (55; 67). I dag finder denne aktivitet typisk sted i hospitalsregi grundet mangel på ressourcer i almen praksis. Ressourcemæssige barrierer udgøres blandt andet af mangel på anvendelige lokaler at afholde kurserne i samt mangel på kvalificeret personale i almen praksis til at gennemføre kurserne (67). De specialiserede sygeplejersker på sygehusene formoder, at en stor del af dem i fremtiden vil være placeret i primær sektor. Enten som specialiserede sygeplejersker i en praksis eller som konsulenter der uddanner personalet i almen praksis (67).

#### *Fælleskonsultationer*

Både almen praksis og sygehusvæsenet peger på fælleskonsultationer, som en god måde at opkvalificere almen praksis til at varetage flere behandlingsopgaver. Ved en fælleskonsultation kommer en specialist ud i praksissen og kører konsultationer sammen med lægen og sygeplejerskerne i almen praksis, og rådgiver i hvordan de kan blive bedre til at behandle en specifik patientgruppe. Det medvirker til, at færre patienter skal henvises til sekundær sektor. Både almen praksis og sygehusvæsenet fremhæver fælleskonsultationer som et initiativ, der har medvirket til at hospitalslægerne opbygger tillid til den behandling, almen praksis kan levere og derfor udskriver patienterne tidligere end før (55; 66). Det er dog tilsyneladende primært på diabetesområdet, hvor almen praksis efterhånden har en del erfaring, at denne tendens er mest udbredt. Imidlertid oplever almen praksis, at den aktivitetsbaserede honorering af sygehusene virker som en barriere for yderligere udbredelse af denne form for konsultationer (54).

Fra sygehusets side oplever man, at det er svært at få de praktiserende læger til at tage imod tilbuddet om praksiskonsultationer, da det kræver et stort forarbejde fra lægens side at få samlet en gruppe patienter med en specifik sygdom og behandlingsbehov (66). Således fremhæver almen praksis og sygehusvæsenet forskellige barrierer for, hvorfor det er svært at foretage fælleskonsultationer.

#### *En stærk styring fra PCTs*

Den enkelte PCTs har mulighed for at påvirke arbejdet med at overføre opgaver fra hospitalsregi til almen praksis. Via forskellige værktøjer kan de arbejde på at motivere de praktiserende læger til at opgradere deres praksis. Interviews med informanter fra *Tower Hamlet PCT*, der er stærk engageret i at motivere lægerne til at påtage sig flere opgaver i almen praksis, viser nogle af de værktøjer PCTerne kan gøre brug af for understøtte opgaveglidningen. De identificerede værktøjer er samlet i nedenstående tekstboks.

#### *Tekstboks 3.5 Tower Hamlets PCT*

Overtager praksisser som ikke performer godt nok.

Investerer i medicinsk udstyr til praksisserne, så de kan levere en mere specialiseret behandling.

Arrangerer og finansierer efteruddannelseskurser for personalet i almen praksis. Fokus på kroniske sygdomme.

Har udarbejdet lokale kvalitetsstandarder de aflønner lægerne efter, som ligger højere end QOF standarderne.

Via en populationsbaseret tilgang kortlægges forventet sygdomstilstande i de forskellige områder Tower Hamlets PCT dækker. Disse data anvendes pt. til at udarbejde strategier på PCT niveau, men vil i fremtiden kunne anvendes til at vurdere om lægerne underdiagnosticerer eller overbehandler deres patienter.

Har udarbejdet lokale forløbsprogrammer for en række sygdomsgrupper

#### *Kommunikation mellem almen praksis og sygehusvæsenet*

##### Mangel på fælles informationssystemer

Både almen praksis og sygehusvæsenet peger på kommunikationen som en barriere. Fra begge sider fremhæves det som problematisk for sammenhængen i patientforløbet, at der anvendes forskellige informationssystemer, samt at der ikke er mulighed for at kigge i hinandens systemer (54; 55; 66). I forlængelse heraf påpeges det som en barriere, at der ingen steder i systemet finder en fuldstændig registrering sted af hvilken behandling og medicin patienten har fået, hvilket skaber mulighed for huller i systemet mellem henholdsvis primær og sekundær sektor (66).

Almen praksis og hospitalsvæsenet kommunikerer om patienten via telefon, e-mail, fax og brev. Både almen praksis og sygehusvæsenet mener, at der er potentiale for at forbedre kommunikationen, og at den i sin nuværende form virker som barriere for at skabe sammenhæng i behandlingen (54; 55). Som eksempel på betydningen af en



mangelfuld kommunikation fortæller personalet i en almen praksis, at hospitalerne sender udskrivelsesbrevene til praksissen pr. post, og at der ofte kan gå op til flere uger før praksissen modtager udskrivelsesbrevene, hvormed de har nået at være i kontakt med patienten uden at være opdateret på den forudgående behandling (55).

For at skabe en bro mellem almen praksis og sygehusvæsnet anvendes patientholdte journaler for visse sygdomme. Når en patient udskrives fra hospitalet sendes journalen til den praktiserende læge. Det er patientens ansvar at booke en tid hos den praktiserende læge, hvor journalen kan hentes. Efterfølgende er det patientens ansvar, at bære journalen med sig rundt i systemet, og sørge for at holde den opdateret. Hverken almen praksis eller hospitalsvæsnet tager medansvar for at huske patienten på journalen, men betragter det som patientens eget ansvar at have journalen med sig og bede de sundhedsprofessionelle opdatere den. Både indenfor almen praksis og sygehusvæsnet møder man en vis skepsis i forhold til journalens funktion for integrationen. Ulemperne er, at det kræver dobbeltarbejde fra de sundhedsprofessionelles side samtidig med at der er risiko for, at den ikke er opdateret (55; 66). Fra begge sider peges på IT-systemer, eks. samlet elektronisk patientjournal, som et muligt værktøj, men for at det skal kunne fungere, må det ikke være for kompliceret. Som med guidelines skal anvendeligheden være i fokus (63).

#### Uformel kontakt

Almen praksis oplever at kunne levere et mere sammenhængende patientforløb, når de kender sygeplejersker og læger på hospitalet, som de kan ringe til, hvis de er i tvivl om hvorvidt en patient skal henvises (55). Informanter fra almen praksis giver udtryk for, at denne form for kommunikation er blevet forbedret i takt med deres øgede specialisering (55). En hospitalslæge fortæller således, at han i gennemsnit modtager et telefonopkald om ugen fra en praktiserende læge, som gerne vil vejledes i forhold til behandlingen af en patient. Han udtrykker ønske om, at de praktiserende læger gør mere brug af hospitalslægerne, da de beslutninger de tager vedr. patientens behandling er af stor betydning for patientens helbred (66). Både almen praksis og sygehusvæsnet giver således udtryk for vigtigheden af en uformel kontakt mellem parterne for at skabe sammenhæng i behandlingen af patienten.

### 3.4 Opsamling England

Det centralt organiserede engelske sundhedsvæsen har indført en lang række nationale og lokale initiativer inden for de seneste år, der blandt andet har til formål at skabe et mere integreret sundhedsvæsen. De mange centralt initierede initiativer gør, at meget er formaliserede reformtiltag, hvorfor meget er dokumenteret, men tilsvarende kan det til tider være vanskeligt klart at skelne mellem hvad der medføre egentlige reelle ændringer, og hvad der er ændringer på papiret. Under alle omstændigheder, skal de centrale initiativer tilpasses den lokale kontekst, hvorfor initiativerne ikke nødvendigvis er implementeret ens alle steder i det engelske sundhedsvæsen. I interviewene peger aktører i social og sundhedsvæsnet således på en række organisatoriske, finansielle og ikke mindst kulturelle barrierer i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb. Informanterne fremhæver dog, at en række initiativer vurderes at have haft en positiv virkning i forhold til at skabe sammenhæng i patientforløbene, og evalueringer antyder,

at der er fundet en kvalitetsforbedring sted i behandlingen. Man skal dog også tage højde for de uintenderede effekter, som initiativerne kan indeholde.

Studiet har vist, at finansielle mekanismer og guidelines kan medvirke til en mere systematisk kronikeromsorg og lede til et større samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, men det understreges, at kulturelle barrierer i form af forskellige normer, værdier og metoder i behandlingen af patienten er en væsentlig faktor for mangel på integration og samarbejde i patientforløbet

En vigtig pointe fra studiet er desuden, at den uformelle kontakt mellem de forskellige aktører er af væsentlig betydning for at få et mere integreret sundhedsvæsen. Derfor er det vigtigt at understøtte initiativer, der medvirker til at skabe rum for uformel kontakt, så de sundhedsprofessionelle kan få en afklaring af hinandens roller og kompetencer.

I forhold til en dansk kontekst vurderes særlig følgende engelske initiativer interessante:

- ◆ *Praksispersonale*: I en typisk engelsk almen praksis ansat forskelligt personale i form af sygeplejersker med forskellige grader af efteruddannelse samt administrativt personale. Disse aflaster den praktiserende læge, men bidrager også selvstændigt til behandlingen af den enkelte patient. Man kan således betragte praksissen som et intraorganisatorisk netværk, hvor praksispersonalet har hver deres funktion i behandlingen af patienten.
- ◆ *Kvalitetshonorering*: Kvalitetshonorering (QOF) betragtes af de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne som en væsentlig motivation til at få en mere systematisk behandling af de patienter med kroniske sygdomme. Indførelse af QOF har således betydet, at de i dag lægger mere vægt på forebyggelse, kontrol og opfølgning end før det nye initiativ blev indført. Hvor konsultationer tidligere ofte blev aftalt på initiativ af patienten, har QOF givet praksisserne et incitament til at indkalde patienten til forebyggelse, opfølgning og kontrol
- ◆ *Guidelines*: Nationale guidelines tilskrives en stor del af æren for den kvalitetsforbedring i behandlingen, man har set de seneste år i England. Retningslinierne har sat fokus på kvalitet af behandlingen sammen med finansielle incitamenter, har det motiveret lægerne til at øge fokus på kvaliteten. Det øgede sundhedspolitiske fokus på guidelines har desuden afstedkommet lokale initiativer omkring udformning af lokale guidelines for forskellige sygdomsforløb

## 4. Koordinering af sammenhængende patientforløb i Finland

I Finland har almen praksis fungeret relativt stabilt og uden store ændringer, siden den blev formaliseret og indskrevet i lov ved en omfattende sundhedsreform i 1972. Tiden med få og relativt begrænsede inkrementelle ændringer kan imidlertid være forbi(68). I det følgende vil vi se nærmere på status quo i den finske almen praksis og på de dominerende forandringstendenser i det netværk den indgår i.

Det er indledningsvis relevant at pege på et par forhold ved det finske sundhedsvæsen, der har præget tilblivelsen af dette kapitel.

For det første hører den finske offentlige sektor – og herunder sundhedsvæsenet – til de mest decentrale i sammenligning med andre vestlige velfærdsstater (69). Størstedelen af de offentlige serviceydelser varetages i det daglige af 432 kommuner fordelt på et land, der er knap 10 gange større end Danmark og med kun ca. 5 millioner mennesker. Denne udprægede grad af kommunalt selvstyre betyder også, at der er væsentlige forskelle i den måde, hvorpå de enkelte kommuner har valgt at organisere deres social- og sundhedsydelser, hvilket igen gør det vanskeligt at tegne et samlet billede af vilkårene for sammenhængende patientforløb i Finland. Det betyder også, at det er svært at generalisere til hele landet på baggrund af de foretagne interviews.

For det andet må en stor del af den ellers relevante del af den finske litteratur forventes at være publiceret på finsk, hvorfor det kun er lykkedes at identificere en begrænset mængde kilder på engelsk eller på de skandinaviske sprog. Dette har været en begrænsning i udarbejdelsen af den litteraturbaserede del af analysen.

For at imødekomme ovenstående to forhold har vi i Finland valgt at foretage flere interviews og foretaget dem blandt flere forskellige udbydere. Efter et indledningsvist interview med en finsk forsker i almen praksis blev det besluttet at interviewe aktører fra tre forskellige kommuner, der har valgt at organisere deres sundhedsvæsen på vidt forskellig vis.

Den første udbyder (Forssa Health Care Federation) består af en med finske øjne utraditionel organisation, som blev dannet i 2001 i et samarbejde mellem fem kommuner i det sydlige Finland. De fem kommuner har dannet én samlet organisation og overtaget det lokale sygehus fra deres sygehusdistrikt. Det betyder, at organisationen nu driver sundhedscentre i de fem kommuner i fællesskab samt ejer og driver et mindre sygehus. De har med andre ord samlet størstedelen af de primære og dele af de sekundære ydelser i samme organisation. Den anden udbyder er Mikkeli Kommune, der har indført en såkaldt "generations-organisation", hvor relevant social- og sundhedspersonale i kommunen samles i teams omkring generations-specifikke problemstillinger. Inden for den kommunale sundhedssektor er de forskellige teams organiseret i tre søjler for henholdsvis a) familier med børn, b) voksne og c) ældre. Den sidste udbyder (Lappeenranta Kommune) var en af de første finske kommuner, der i 1975 slog deres social- og sundhedsforvaltninger sammen i én organisation og har i den forbindelse især fokuseret på integration af ydelserne på ældreområdet.

Udover disse særlige karakteristika er de interviewede udbydere naturligvis også underlagt de samme nationale rammebetingelser, som interviewpersonerne også blev udspurgt om. Fordelingen af interviewpersonerne blandt de tre udbydere fremgår af nedenstående figur 4.

Figur 4.1 Interviewpersoner fra Finland

| Primær sektor   | Social området   | Sekundær/<br>tertiær sekt  | Forsker  |
|---|--|--|--|
| Praktiserende læge og chef for områdets praktiserende læger<br><i>Artto Honkala</i><br>Forssa | Direktør for ældreservice<br><i>Merja Tepponen</i><br>Lappeenranta                 | Kvalitets- og udviklingskonsulent<br><i>Riita Suutonen</i><br>Forssa | Professor og formand for de finske almenlæger<br><i>Simo Kokko</i><br>Helsinki |
| Psykolog, afdeling for arbejdssundhed<br><i>Virpi Laakso</i><br>Forssa                        | CAP-leder<br><i>Teija Olli</i><br>Lappeenranta                                     | Cheflæge<br><i>Kari Österberg</i><br>Forssa                          | Professor i almen medicin<br><i>Pertti Kekki</i><br>Helsinki                   |
| Lægelig direktør for primærsektor<br><i>Jarmo Ruohonen</i><br>Forssa                          | Udviklingschef for social- og sundhedsforvaltningen<br>Maikki Kiviluoto<br>Mikkeli | Cheflæge<br><i>Matti Suistomaa</i><br>Mikkeli                        |  |
| Praktiserende læge med ansvar for familier med børn<br><i>Marja Leena Nieminen</i><br>Mikkeli |  |  |  |
| Praktiserende læge og vicedirektør for sundhedscenter<br><i>Jouko Hänninen</i><br>Mikkeli     |  |  |  |
| Lægefaglig direktør<br><i>Heikki Roilas</i><br>Lappeenranta                                   |  |  |  |

Inden beskrivelsen af netværket omkring almen praksis i Finland og selve analysen gives en kort introduktion til det finske sundhedsvæsen.

## 4.1 Det finske sundhedsvæsen

### 4.1.1 Organisering

Det finske sundhedsvæsen er organisatorisk enestående, idet det er den "...*eneste fungerende kommunemodell i verden*" (70). Det betyder i praksis, at de 432 kommuner, der styres af folkevalgte politikere, bærer det overordnede ansvar for levering af såvel primære som sekundære sygehjælper samt for det sociale område (71). De kommunale og fælleskommunale udgifter udgør således omkring 2/3 af de samlede offentlige

udgifter i Finland (72). Planlægningsmæssige beslutninger træffes i den enkelte kommune af kommunalbestyrelsen, sundhedsudvalget eller et tværgående udvalg (72). De finske kommuner driver sundhedsvæsenet indenfor den nationale lovgivning, der på nogle punkter beskriver minimumskrav for ydelsernes indhold. På mange områder er der dog vid mulighed for fortolkning i de enkelte kommuner, der ifølge loven blot er ansvarlige for at levere "tilstrækkelige" sundhedsydelser til deres borgere (71). Det betyder også, at en stor del af den nationale styring finder sted via anbefalinger og hensigtserklæringer, der ikke er juridisk bindende.

Den decentrale styreform har altid spillet en væsentlig rolle i Finland, men blev væsentligt styrket i 1993 med en finansieringsreform, der ændrede det statslige tilskud fra retrospektiv refusion til behovsjusterede tilskud (68; 73). Gennem 90'erne aftog den statslige lovregulering, der blev erstattet af et øget fokus på styring gennem informationer i form af forskning, præstationsindikatorer og evaluering (72). Der er dog tegn på, at den finske regering kommer til at spille en øget rolle fremover, hvilket bl.a. kan ses i de skærpede ventetidskrav til primær- såvel som sekundær behandling, som blev indført i 2005 (74; 75).

Selvom sundhedssystemerne i de andre nordiske lande også er udpræget decentraliserede, så er Finland altså ekstrem i denne henseende, hvilket giver særlige vilkår for koordineringen (76). Den udprægede decentralisering har således givet anledning til betydelig national variation i de leverede sundhedsydelser. Disse tilskrives bl.a. forskellene i den kommunale organisering af primærsektoren, forskellige fusioner mellem social- og sundhedsforvaltningerne i de enkelte kommuner samt primær- og sekundærsektoren i nogle kommuner. Endelig spiller mangel på læger og sundhedspersonale også en rolle, ligesom de fattige kommuner ikke er i stand til at levere samme ydelser som landsgennemsnittet (76). Disse hovedårsager til variation spiller også ind på vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb og spiller derfor en væsentlig rolle i analysen af vilkårene for koordinering i det finske sundhedsvæsen.

Hovedparten af de primære sundhedsydelser og de finske alment praktiserende læger er funderet i kommunalt drevne sundhedscentre, der i finsk sammenhæng kan defineres som "... en funktionel enhed eller organisation, der leverer primære kurative-, forebyggende- og folkesundhedsydelser til dens befolkning." (72, egen oversættelse). Disse adskiller sig grundlæggende fra almen praksis som vi kender den i Danmark, både mht. opgavetyper, omfang og personalesammensætning.

Organisatorisk har en del kommuner fusioneret deres social- og sundhedssektorer i en fælles administration og oprettet kombinerede social- og sundhedscentre (76). De mindre kommuner indgår i kommunale fællesskaber og deles på den måde om driften af et eller flere sundhedscentre. Hovedparten af sundhedscentrene (72 %) ejes og drives dog af en enkelt kommune (76).

Adgang til specialiserede sygehusydelser er afhængig af henvisning fra praktiserende eller anden autoriseret læge og det finske sundhedsvæsen kan dermed, i lighed med de andre nordiske lande, kategoriseres som et gate-keeper system (72). Den sekundære og tertiære sygehusdrift varetages af 20 sygehusdistrikter, der styres af sygehusdistriktsråd bestående af udpegede politikere fra medlemskommunerne. Repræsentation i rådene afhænger primært af kommunernes indbyggertal. Selvom kommunerne altså finansierer borgernes sygehusydelser, så har sygehusdistrikterne også deres egne beslutningsstrukturer og administration (76). Distriktsrådene har relativt frie hænder i

forhold til at fastlægge sygehusenes rammer, og der er således store geografiske forskelle i driften af sygehuse. Finland har 5 universitetshospitaler, 15 centralhospitaler og 40 mindre, specialiserede hospitaler (distriktshospitaler) (72). Finland er ydermere inddelt i 5 provinser, der varetager landspolitiske interesser på det regionale niveau og samtidig spiller en kontrollerende rolle ift. de lokale niveauer (71; 77).

#### **4.1.2 Finansiering og aflønning**

Det finske sundhedsvæsen har historisk hørt blandt de billigste i den vestlige verden og andrager således kun 7,5% af det samlede BNP (19). Det finske sundhedsvæsen har altid ligget lavt i forhold til andelen af BNP brugt på sundhedsvæsenet. Samtidig var den finske økonomi i voldsom tilbagegang umiddelbart efter murens fald og i en tid med betydelige besparelser i hele den finske økonomi var begyndelsen af halvfemserne ikke præget af samme udgiftsstigning i sundhedsvæsenet som i de fleste andre vestlige lande. I 2002 iværksattes imidlertid en national udviklingsplan for hele den offentlige sektor og herunder sundhedsvæsenet, hvor der især blev fokuseret på produktivitet og den mangelfulde adgang til sundhedsydelser. Til gengæld for ændringer på disse områder vil sundhedsvæsenet blive tildelt flere midler fra centralt hold i de kommende år (68; 78).

Det finske sundhedsvæsen finansieres primært gennem kommuneskatten, der udskrives af den enkelte kommunalbestyrelse og udgør i gennemsnit 17,5 % af den skattepligtige indkomst. En mindre del af sundhedsvæsenet finansieres via de statslige skatter og tilskud. I 1999 blev omkring 43 % af de samlede sundhedsudgifter således dækket af kommunerne, 18 % af staten, 15 % af Den Nationale Sygesikring, mens de resterende 24 % kom fra egenbetaling (72).

De 20 distriktråd finansieres af aktivitetsuafhængige bidrag fra medlemskommunerne, der dog godt kan indgå aftaler/kontrakter med andre hospitaler om behandling af deres borgere. Der er stor variation i måden at finansiere sygehusene på, men aktivitetsbaseret finansiering via DRG-takster har spillet en stadig stigende rolle gennem de seneste år.

I og med at størstedelen af det finske sundhedsvæsen drives og finansieres af kommuner med meget varierende befolknings- og økonomisk grundlag har der også traditionelt været stor geografisk betingede forskelle i den service, de kunne levere. Eftersom de mindste kommuner har mindre end 1000 indbyggere, er der indført forskellige former for "fællesfonde" i regi af hospitalsdistrikterne, der fordeler ekstraordinære omkostninger over samtlige kommuner i distrikterne. Der er forskellige definitioner af, hvad der udgør "ekstraordinære omkostninger" i de forskellige hospitalsdistrikter (72).

De fleste praktiserende læger aflønnes på samme måde som hospitalsansatte læger, dvs. ved almindelig månedsløn, reguleret efter position og anciennitet. Det har i en årrække været muligt for sundhedscentre at organisere ydelserne via et listesystem. I disse sundhedscentre aflønnes lægerne ved en blanding af basisløn (60%), listebetaling (20%) og aktivitetsbaseret aflønning (15%) samt et lokalt tillæg (5%) (72).

#### **4.2 Netværket omkring almen praksis i Finland**

I koordineringssammenhæng udgøres de vigtigste overordnede aktører i netværket omkring almen praksis af de regionale sygehusdistrikter og sygehuse og af de forskellige andre kommunale ydelser, såsom hjemmesygepleje og hjemmepleje samt de

resterende dele af den sociale sektor. I kraft af det decentraliserede finske sundhedsvæsen er der imidlertid stor variation i de konkrete netværk omkring almen praksis. I det følgende beskrives derfor de mest relevante aktører, som de er kortlagt i litteraturanalysen og som de er fremgået af de semistrukturerede interviews.

I og med at de finske kommuner bærer hovedansvaret for levering af såvel sundheds- som socialydelser foregår langt den meste kontakt og koordinering også indenfor den kommunale sektor. Staten varetager således kun sundhedsydelser i hæren, fængsler samt i to retspsykiatriske hospitaler (76).

De formelle rammer omkring de finske almen lægers samarbejde med andre sundhedsprofessioner i primærsektoren adskiller sig også fra hvad vi kender i Danmark. Udover de praktiserende læger kan et af de ca. 277 finske sundhedscentre således indeholde fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, socialrådgivere, tandlæger samt forskellige sygeplejersker. Et sundhedscenter kan i praksis bestå af flere forskellige enheder, der ofte fungerer som satellitfunktioner udenfor det egentlige sundhedscenters geografiske placering(er). Afhængig af størrelse og kommune ledes sundhedscentrene som regel af en cheflæge og er del af den kommunale sundhedssektor og dermed underlagt den kommunale sundhedschef (76).

Inden for den kommunale sektor indgår almen praksis i et netværk bestående af en række faggrupper og organisationer. I det vi i dansk sammenhæng forbinder med socialektoren indgår hjemmeplejen, hjemmesygeplejen samt forskellige botilbud varierende fra støtteydelser i eget hjem til egentligt plejehjem. I flertallet af de finske kommuner hører disse ydelser til socialektoren og dermed i en anden kommunal søjle end de praktiserende læger. I knap 40 % af kommunerne er social- og sundhedssektorerne imidlertid fusioneret i én organisation, hvormed almen praksis og eksempelvis hjemmeplejen hører under samme organisatoriske tag.

De finske patienter har også mulighed for at benytte almen praksis i forbindelse med deres arbejde eller gøre brug af de private udbydere, hvilket i begge tilfælde kan betyde et koordineringsbehov med de offentlige sundhedsprofessionelle. Det er således lovpligtigt for alle arbejdsgivere i Finland at tilbyde og finansiere sundhedsydelser til deres ansatte med det formål at forebygge arbejdsrelaterede sundhedsrisici og bevarelse af medarbejdernes arbejdsevne (79). Arbejdsgiverne er kun forpligtet til at levere sundhedsydelser relateret til arbejdspladsen, men kan vælge også at tilbyde almen lægehjælp. Arbejdsgiverne kan enten købe ydelserne hos det lokale sundhedscenter, fra private udbydere eller selv drive en sundhedstjeneste og får refunderet 60 % af udgifterne til arbejdsrelaterede ydelser og 50 % for almen lægehjælp fra den nationale sygesikring (79).

Sekundære og tertiære sundhedsydelser leveres gennem de 20 sygehusdistrikter, der ledes af kommunalt udpegede medlemmer af sygehusdistriktsrådene. I det daglige foregår kontakten mellem praktiserende læge og relevante afdelinger på de 5 universitetshospitaler, 15 centralsygehuse og 40 mindre sygehuse. En særegenhed ved det finske sundhedsvæsen er, at en del af de normalt sekundære ydelser varetages på det primære niveau i sundhedscentrene, hvoraf 90 % således også rummer en eller flere sengeafdelinger(76). Udover de noget anderledes arbejdsopgaver for de alment praktiserende læger kan sengeafdelingerne også antages at have betydning for netværket i og med at de placeret under samme organisatoriske – og ofte fysiske – tag som almen praksis.

### 4.3 Problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb

Nye initiativer bliver ikke altid iværksat som svar på et veldefineret problem. Derfor er det heller ikke altid muligt at identificere den præcise årsag til eller det præcise problem bag et initiativ rettet mod bedring af sammenhængende patientforløb. Dette betyder også, at nogle af de beskrevne initiativer ikke kan kobles sammen med veldefinerede problemer - enten fordi der simpelthen ikke har været konsensus herom i de pågældende eksempler, eller fordi der har været tale om en lang række supplerende problemer og årsager. En mulig løsning er at analysere koordineringsinitiativernes indhold og på den måde få et indtryk af, hvilke problemer de bl.a. er rettet mod.

Der kan i et analytisk perspektiv skelnes mellem henholdsvis "top-down" og "bottom-up" løsningsstrømme rettet mod bedring af vilkårene for sammenhængende patientforløb i det finske sundhedsvæsen: Denne ene løsningsstrøm udgår fra nationalt hold, hvor der i politisk regi og fra de finske sundhedsmyndigheder fokuseres på sammenhængende patientforløb. Den anden løsningsstrøm består af forskellige lokale og regionale initiativer rettet mod integration og sammenhængende patientforløb. I det følgende fokuseres indledningsvist på overordnede faktorer og vilkår, hvorefter en række mere konkrete initiativer med såvel nationalt som lokalt udgangspunkt vil blive gennemgået.

#### 4.3.1 Overordnede faktorer

Det finske sundhedsvæsen hører som førnævnt til de mest decentrale i verden og det nationale niveau spiller derfor også en relativt lille rolle for den konkrete organisering af sundhedsvæsenet. Uden at spille en direkte detailregulerende rolle er regeringen dog alligevel med til at understøtte initiativer rettet mod sammenhængende patientforløb. I forbindelse med højt profilerede pilotprojekter er der således vedtaget særlove, der muliggør dispensation fra de sædvanlige rammebetingelser om samkøring af IT-systemer og kommunalt ansvar m.m. (76). En af de mest omtalte lovgivninger er i den forbindelse "Loven om eksperimenter med sammenhængende forløbskæder i social- og sundhedsydelse" (*egen oversættelse*), der blev vedtaget som en midlertidig lov af det finske parlament i 2000 (80). Loven foreskrev bl.a. implementering af en række pilotprojekter med oprettelse af én kontaktperson som indgang til social- og sundhedsydelse, oprettelse af fælles elektroniske journaldatabaser samt forløbsplaner. Alle initiativerne har til formål at skabe sømløse overgange indenfor de offentligt finansierede social- og sundhedsydelse. Selvom pilotprojekterne er blevet ført ud i livet finder en nylig evaluering, at selve formålet og målet med initiativerne er forblevet uklare på det udførende niveau og at der er behov for yderligere begrebsmæssig afklaring samt harmonisering af initiativerne med eksisterende lovgivning (80).

Der er også udsendt forskellige retningslinjer og strategipapirer fra centralt hold, der anbefaler bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet (81). I 2002 udgav det finske social- og sundhedsministerium således et policy-dokument, der indeholdt en målsætning om, at alle regioner burde have implementeret sammenhængende patientforløb (*seamless care models*) via ICT og IRIS inden udgangen af 2003 (76). Mens det er vanskeligt at definere og måle på et minimumskriterium for opfyldelse af denne målsætning, så viser både den og lovgivningen fra 2000, at der gennem længere tid har været fokus på problemer med sammenhængende patientforløb fra nationalt hold, der også har forsøgt at opfordre til handling på området. Det angives dog samtidig, at de nationale udmel-



dingen hidtil har bestået af anbefalinger, og at manglen på egentlige sanktioner og økonomiske incitamenter kan virke hæmmende for udbredelsen af sammenhængende patientforløb (76).

Selvom den er begrænset i sammenligning med de fleste andre sundhedsvæsen, så finder der en samlet koordinering og videndeling sted på nationalt plan, hvilket forstås af det finske social- og sundhedsministerium – og ofte i samarbejde med STAKES, den finske pendant til den danske sundhedsstyrelse. Koordineringen finder som sagt primært sted i form af nationalt vedtagne strategier og rammelovgivninger, der således kan ses som udtryk for de oplevede problemer i samarbejdet mellem den specialiserede behandling, basisbehandlingen på primært niveau og den sociale sektor (82). De kan også ses som udtryk for en politiske vilje til at skabe sammenhængende patientforløb, men siger ikke noget om de konkrete resultater.

Den første finske strategi for udvikling af sammenhængende behandlingstilbud ved hjælp af kommunikationsteknologi stammer således tilbage fra 1996 (77). Strategien blev fulgt op af et indledende udviklingsorienteret pilotprojekt i en region, der senere blev udbredt til flere og nu alle regioner i Finland (77). Størstedelen af de nationalt initierede projekter har fokuseret på at bedre kommunikationsvejene ved hjælp af diverse IT-systemer. Det er uklart i hvilket omfang disse ambitiøse projekter rent faktisk har levet op til de indledende forventninger, men flere interviewpersoner udtrykker skepsis overfor de store IT-projekter, der blev iværksat i 90'erne. Der udtrykkes kritik af den megen fokus på den tekniske udvikling og tilsvarende begrænsede fokus på personalesiden og på dyrkning af den nødvendige kultur og de nødvendige kompetencer rettet mod samarbejde på tværs af organisatoriske og faglige grænser (83).

Endelig er det også relevant at nævne det udbredte finske kommunale selvstyre som et centralt overordnet vilkår for skabelse af sammenhængende patientforløb. På den positive side giver de 432 kommuner mulighed for lokal autonomi og medfølgende lokale løsninger på lokale problemer. De små kommuner betyder imidlertid også store forskelle i den konkrete opgavevaretagelse. De mange kommuner der pga. deres begrænsede omfang bliver nødt til at drive et sundhedscenter i fællesskab må således forventes at have vanskeligere vilkår for integration af deres sundhedsydelse end større kommuner, der selv er i stand til finansiere og organisere deres primærsektor (76). Den store variation i borgernes adgang til sundhedsydelser er da også blevet kritiseret for at være i modstrid med den basale værdi i den finske velfærdsstat om lige adgang til offentlige velfærdsydelser (84) og der pågår som førnævnt en reformproces af det finske kommunesystem, hvor der er lagt op til færre kommuner gennem sammenlægninger.

#### **4.3.2 Almen praksis og det nære netværk**

##### *Manglende geografisk lægedækning, forebyggelse og koordinering via primærsektoren*

For at forstå udviklingen af de finske sundhedscentre er det relevant med et historisk tilbageblik. Efter at Finland i 50'erne havde opbygget en på den tid moderne hospitalssektor blev der i 60'erne i stigende grad rettet fokus mod befolkningens ændrede sundhedsproblemer. Samtidig fik forskere og beslutningstagere øjnene op for de nye muligheder, der lå i moderne forebyggelse og en styrkelse af primærsektoren, hvilket førte til lovgivningen i 1972 om oprettelse af de kommunale sundhedscentre (85). De nye sundhedscentre med flere læger og forskelligt praksispersonale skulle samtidig

være med til at gøre det mere attraktivt for lægerne at blive i lokalområdet, hvorfor ordningen også blev indført som et forsøg på at styrke de ofte tynd befolkede finske landkommuner samtidig med at man undgik dyre hospitalsindlæggelser (82).

De finske sundhedscentre har siden deres oprettelse spillet en hovedrolle i koordineringen af tværgående patientforløb (72) og er rammen omkring den praktiserende læge tovholderfunktion i det finske sundhedsvæsen. Det geografisk store og tyndt befolkede land giver særlige vilkår for opgavevaretagelsen på sundhedsområdet og gør det yderligere vanskeligt at skabe sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. I det lys kan oprettelsen og den løbende videreudvikling af sundhedscentre ses som et svar på disse udfordringer. I kraft af deres multidisciplinære opbygning er sundhedscentre i stand til at integrere væsentlige dele af også de patientgrupper med komplekse behov i samme organisatoriske enhed (76). Selve opbygningen af de finske sundhedscentre er interessant i dansk sammenhæng, idet sundhedscentre som regel rummer flere forskellige faggrupper og dermed gode muligheder for tværgående koordinering.

Udover almen praksis kan et sundhedscenter således også indeholde den kommunale tandlæge, fysioterapi og akutmodtagelse mv. Mens mange af disse funktioner også findes i andre europæiske primærsektorer, så er det specielt, at den akutte indsats mange steder i Finland er inkluderet i det primære sundhedsvæsen via akutmodtagelserne. Langt de fleste sundhedscentre har en eller flere sengeafdelinger og er derfor også i stand til at varetage rutinemæssige sekundære opgaver. Der er dog stor variation i forhold til omfanget af og tyngden i disse ydelser (76). Et sundhedscenter indeholder som regel altid praktiserende læger, der i gennemsnit betjener mellem 1500-2000 borgere. Herudover kan en sundhedscenter også indeholde speciallæger, sygeplejersker, specialsygeplejersker, jordmødre, psykologer, socialrådgivere mv., der alle er kommunalt ansatte (72). I kraft af bredden i ydelserne leveret i et finsk sundhedscenter indeholder de som regel også røntgen- og laboratorieafdeling samt faciliteter for mindre operationer, endoskopier, elektrokardiogram og ultralyd (72). Et sundhedscenter kan også indeholde særskilte afdelinger for specifikke patientgrupper, fx diabetes- eller hypertensionspatienter (69).

#### *Mangel på arbejdskraft*

Det nære netværk omkring almen praksis har i de seneste år været præget af en massiv mangel på arbejdskraft i sundhedssektoren, hvilket naturligvis også påvirker vilkårene for koordinering. Flere af de interviewede aktører i primærsektoren (77; 86) gav således udtryk for, at mangel på praktiserende læger var det primære problem i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb. Præmissen er her, at når der er ubesatte stillinger, så må de resterende læger prioritere kerneopgaverne, hvilket risikere at gå ud over kommunikation og koordinering, såvel intra- som interorganisatorisk. Det store problem med manglende praktiserende læger blev også bekræftet i interview i hospitalssektoren. Cheflægen fra Mikkeli Centralsygehus fortalte således, at de kunne mærke en stigning i unødvendige indlæggelser når ét af de lokale sundhedscentre var særlig påvirket af lægemangel (87).

Siden midten af 90'erne har der været stigende vanskeligheder med at rekruttere sundhedsprofessionelle til sundhedscentre i Finland, og i gennemsnit er 8-10 % af sundhedscenter-stillingerne ubesatte (68). Det har igennem de senere år især været vanskeligt at rekruttere læger til primærsektoren, hvilket forstærker de afledte koordi-

neringsproblemer. Rekrutteringsproblemerne tilskrives flere årsager, bl.a. at de store og bredt orienterede sundhedscentre medfører for meget bureaukrati, hvilket virker afskrækkende på nye læger (76). Alt tyder på, at problemet blot vil vokse i de kommende år – dels pga. den demografiske udvikling i befolkningen og dels pga. den demografiske profil af de ansatte i social- og sundhedssektor, der er ældre end gennemsnittet (77). I Finland er der i øvrigt 0,7 praktiserende læger per 1000 indbyggere (19), hvilket er relativt få i sammenligning med de andre nordiske lande.<sup>8</sup>

En del af lægemanglen i almen praksis søges afhjulpet vha. vikarbureauer, der er attraktive for yngre læger pga. en bedre løn og mere fleksibilitet. I nogle af de yderligt liggende sundhedscentre er samtlige lægestillinger bemandet af vikarer, hvilket i sig selv ikke er noget godt udgangspunkt for bedring af koordinering af og kontinuitet i behandlingsforløbene (83).

Udover øget efterspørgsel på vikarlæger har den udbredte lægemangel også medført en opgaveglidning fra praktiserende læger til sygeplejersker, hvilket har ændret på rollefordelingerne i det nære netværk omkring almen praksis. Denne udvikling kan dog både ses som et svar på lægemangelen og som et svar på de stigende udfordringer med kronikere og patienter med mange sygdomme, der kræver systematiske kontroller og generelt øget koordinering. Derfor behandles opgaveglidningen som et selvstændigt initiativ i det følgende afsnit.

#### *Brug af sygeplejersker og andet praksispersonale*

Det finske sundhedsvæsen har i udgangspunktet relativt få alment praktiserende læger, mens hele sundhedsvæsenet har relativt mange sygeplejersker. Dette afspejler sig også i personalesammensætningen i sundhedscentrene, hvor sygeplejerskernes arbejdsområder er blevet gradvist udvidet som svar på den stigende lægemangel i almen praksis og som svar på den stigende efterspørgsel på primærydelser (68).<sup>9</sup>

I Finland forestår sygeplejersker i sundhedscentre således selv konsultationer og leverer selvstændigt forebyggende ydelser samt behandling af bl.a. kroniske patienter. Eksempler på konkrete ydelser kunne være at give indsprøjtninger, fjerne sting, blodtryksmålinger osv. Samtidig forestår specialuddannede sygeplejersker også langt størstedelen af de forebyggende børneundersøgelser (72). Selvom sygeplejerskerne altså har egne konsultationstider er det afgrænset til specifikke områder, og de fungerer ikke som gatekeepers til konsultation hos de praktiserende læger (72; 74). Den udbredte brug af sygeplejersker i almen praksis nævnes i øvrigt som en af grundene til det relativt lave antal gennemsnitlige kontakter med alment praktiserende læger i Finland, hvor borgeren i 1999 besøgte deres læge godt og vel 4 gange om året (72).

#### *Ændring af den interne ansvarsfordeling i almen praksis*

I 1980'erne blev en række af 70'ernes initiativer udviklet og konsolideret. Selvom der ikke blev vedtaget egentlig lovgivning på området blev der fx introduceret listesystem i almen praksis, hvilket skulle medvirke til at bedre tilgængelighed og kontinuitet. Listesystemet blev i nogle tilfælde videreudviklet i retning af et populationsfokus, hvor et team af læger og sygeplejersker får ansvar for en geografisk afgrænset del af

---

<sup>8</sup> Antallet er et estimat og inkluderer kun den offentlige sektor.

<sup>9</sup> På trods af flere henvendelser til bl.a. den finske sygeplejeorganisationer har det ikke været muligt at få tal på, hvor mange og hvilke sygeplejersker der er ansat i de finske sundhedscentre.

befolkningen (72). I 2002 var 55 % af den finske befolkning omfattet af "populations-ansvars"-ordningen – enten fordi de boede i små kommuner eller fordi deres sundhedscenter var organiseret efter dette team-baserede princip (72).

### 4.3.3 Almen praksis og social- og plejesektoren

I Finland fungerer almen praksis som sagt indenfor samme politiske enhed, nemlig kommunerne. Det giver i teorien gode vilkår for koordinering af sammenhængende patientforløb, ikke mindst i lyset af organiseringen i sundhedscentre, der ofte har ansat socialrådgivere og arbejder sammen med den kommunale socialsektor (72). Udover disse fordele i den overordnede organisering har man i Finland eksperimenteret med forskellige organisatoriske løsninger for at bedre koordineringen mellem almen praksis og social- og plejesektoren.

#### *Sammenlægning af kommunale social- og sundhedsafdelingerne*

For at overkomme problemer omkring såvel fag- som organisatoriske grænser imellem henholdsvis social- og sundhedssektor har mange kommuner gennemført fusioner og iværksat forskellige former for netværk og samarbejdsmodeller. I 25 % af de finske kommuner er social- og sundhedsforvaltningerne således fusioneret i én samlet organisation med henblik på bedre koordinering og resulterende synergieffekter (76).

Lappeenranta var blandt de tre første finske kommuner, der slog deres social- og sundhedssektor sammen i 1975 og kan derfor tjene som et eksempel på nogle af de initiativer fusionerne har afstedkommet. Siden slutningen af 90'erne har kommunen især fokuseret på yderligere integration af de offentlige ydelser på ældreområdet, der er kendetegnet ved mange kronikere og multisyge med særligt behov for sammenhængende patientforløb. Såvel social- som sundhedsydelserne til de ældre borgere er samlet i én kommunal forvaltning. Organisatorisk er kommunen inddelt i fire geografiske regioner, der betjenes af hvert sit sundhedscenter. Sundheds- og plejeydelserne til kommunens ældre varetages af en række "teams", der som regel består af en sygeplejerske og ca. fem "assistant nurses", der bedst kan sammenlignes med en dansk social- og sundhedshjælper. Det interessante i denne struktur er, at patientens praktiserende læge automatisk indgår i det relevante team – og kan således inddrages, hvor det er relevant. Det blev dog også i denne sammenhæng gentaget, at den store mangel på praktiserende læger ofte gjorde det vanskeligt at inddrage dem i hverdagen (86).

Mens interviewpersonerne fra Lappeenranta gav udtryk for at systemet fungerede relativt godt i deres kommune, så er en af de gennemgående erfaringer fra lignende fusioner, at integration på det overordnede organisatoriske niveau ikke nødvendigvis fører til integration af forskellige faggrupper i form af øget tværfagligt samarbejde (83; 84). Det er vanskeligt at få et samlet overblik over resultaterne af disse fusioner, men det angives bl.a., at fusionerne har ført til øget bureaukrati og i nogle tilfælde vidtgående modstand fra nogle personale grupper. I det fusionerne har medført endnu større enheder har de heller ikke formået at bedre vilkårene for tværfagligt team-work, der ofte kræver mindre fora (83). Det angives samtidig, at de ofte snævre fagkulturer har fungeret som en begrænsende faktor i forhold til konsekvenserne af de nævnte sammenlægninger (76).

### *Implementering af organiseringsform, hvor forskellige indsatser søges integreret omkring generationsspecifikke problemer*

Mikkeli Kommune fusionerede for et par år siden deres social- og sundhedsforvaltninger, der ledes politisk af et social- og sundhedsudvalg og i det daglige af en social- og sundhedsdirektør. På det operationelle plan har kommunen organiseret de kommunale serviceydelser ud fra en såkaldt 'generations-tilgang', der betyder, at de ansatte er inddelt i teams samlet i fire forskellige søjler med fokus på henholdsvis: a) børnefamilier, b) voksne, c) ældre og d) specialiserede sundhedsydelser. Denne organiseringsform er bl.a. indført for at øge sammenhængen i de offentlige serviceydelser gennem integration af de funktionelt relaterede opgaver.

De interviewede gav udtryk for, at samarbejdet var velfungerende på familie- og børneområdet og på ældreområdet, men at der kun var begrænset tværgående samarbejde i voksen-søjlen. I Mikkeli blev dette hovedsageligt tilskrevet stor personaleudskiftning blandt lægerne i sundhedscenteret (79; 88). Fænomenet synes dog at være mere generelt i de kommuner der har eksperimenteret med generations-tilgangen, hvor samarbejdet er mest vidtgående i sektorerne med det største funktionelle behov for koordinering, hvilket i praksis vil sige familie- og ældresektorerne. I voksektoren er der således ofte tale om forbigående behov, der ikke kræver samme grad af koordinering.

### *Integrerede IT-systemer*

Det beskrives som et generelt problem i Finland, at de forskellige elektroniske patient-journalsystemer ikke er i stand til at kommunikere med hinanden, så forskellige organisationer på sundhedsområdet er sjældent i stand til at udveksle data (80). Det faktum, at størstedelen af både sundheds- og socialektoren varetages af samme forvaltningsniveau i Finland, må imidlertid antages at give relativt gode vilkår for oprettelse af lokalt tværgående IT-systemer. Integration af IT-systemer har da også været et betydeligt fokuspunkt i forskellige visionspapirer og forsøgsordninger og mange kommuner gør i dag brug af elektroniske patient/pleje-journaler, som kan benyttes af flere forskellige professioner på flere forskellige niveauer.

I Lappeenranta benyttede de kommunale aktører på pleje- og sundhedsområdet fx samme IT-system. Samtlige interviewpersoner var positive overfor systemet, der samler al information fra samtlige faggrupper involveret i behandlingen. Som i Danmark kræves det også i Finland, at patienten accepterer, at informationerne deles og der er indbyggede "skodder" i systemet, så den enkelte aktør kun har adgang til relevante dele af den fælles journal. Interviewpersonerne gav dog samtidig udtryk for, at det var begrænset, hvor megen information der flød fra det regionale hospital til det primære niveau. Det fælles IT-system muliggør også tværgående kommunikation af resultaterne fra løbende vurderinger af patienternes funktionsevne via en tillempet version af den såkaldte RAI-skala. Målingerne foretages hver gang en ældre patient får besøg fra plejepersonalet og benyttes på alle niveauer til at følge udviklingen i den enkelte patient og til at vurdere plejebehovet. Redskabet fungerer dermed også som et tværgående kommunikationsredskab, der giver de involverede aktører et overblik over patientens almentilstand og udvikling (86). Funktionsevne-målingerne er dermed også et effektivt redskab i forhold til tovholderfunktionen, idet de både giver den praktiserende læge et overblik over patientens nuværende tilstand og et overblik over den foregående udvikling.

Det var, ikke overraskende, en gennemgående erfaring blandt interviewpersonerne, at den elektroniske kommunikation fungerede bedre mellem forskellige enheder internt i de respektive organisationer end mellem organisationerne. I Lappeenranta var flertallet af de private plejehjems- og boinstitutionsudbydere således ikke tilknyttet det samme kommunale IT-system, hvorfor de heller ikke havde adgang til hinandens journaler og oplysninger (86). Det samme gjorde sig gældende i det kommunale fællesskab i Forsså-området, som ikke omfattede medlemskommunernes socialforvaltninger. Det betød fx, at de praktiserende læger kun havde adgang til hjemmeplejens og hjemmesygeplejens journaler i enkelte af de fem kommuner.

#### **4.3.4 Almen praksis og det behandelende sygehusvæsen**

Flere tekster i litteraturstudiet peger på overgangen mellem primær og sekundærsektor som et potentielt brændpunkt i det finske sundhedsvæsen, hvor forskellige fagidentiteter og modsatrettede økonomiske incitamenter nævnes som nogle af hovedårsagerne (76). De senere år er der iværksat flere initiativer, der har haft til formål at overkomme disse barrierer og forbedre koordineringen på tværs af sektorerne.

##### *Tværgående organisatoriske retningslinjer*

Et studie fra 2005 viste, at de finske praktiserende læger målt på det gennemsnitlige antal opslag pr. læge, er verdensmestre i brugen af elektroniske kliniske retningslinjer (89). Det indikerer bl.a., at tankegangen omkring systematiske fælles retningslinjer allerede har vundet fodfæste blandt de finske praktiserende læge, hvilket kan være del af forklaringen på de positive udmeldinger om udvikling og brug af fælles behandlingskæder mellem primært og sekundært niveau.

Flere af interviewpersonerne mente således, at de organisatoriske retningslinjer var en stor hjælp i koordineringen af sammenhængende patientforløb. I Finland er der på nationalt niveau udgivet en lang række retningslinjer for specifikke patientforløb, som den enkelte kommune og det enkelte sygehusdistrikt har ansvar for at implementere i forhold til den lokale kontekst. I Mikkeli var implementeringen blevet forberedt ved at sygehusets ledelse sammen med de relevante overlæger havde gennemgået samtlige nationale retningslinjer med områdets praktiserende læger. Dette var sket ved fire fælles workshops, hvor de sammen var nået til enighed om, hvilke ydelser der kunne foretages i hvilke sundhedscentre og hvilke der blev varetaget bedst på sygehuset (87).

##### *Integrerede IT-systemer*

Som i de fleste andre vestlige sundhedssystemer har der også i Finland været problemer i koordineringen mellem primær og sekundærsektor. Problemerne er beskrevet i flere nationale rapporter og videnskabelige publikationer og har bl.a. bestået i mangelfulde henvisnings- og udskrivningsbreve, og den dårlige kommunikationen mellem de to sektor omtales som et af de svage led i det finske sundhedsvæsen (82; 90). Et af forsøgene på at løse koordineringsproblemerne mellem de to sektorer har været udbygning af fælles IT-løsninger, der gør det nemmere at kommunikere på tværs af primær og sekundærsektor. Der er tidligere fra centralt hold blevet stillet krav om, at sundhedsvæsenets aktører helt tilbage i 2003 burde kunne kommunikere elektronisk og have elektronisk adgang til patientinformationer hvor relevant. Mens dette krav endnu ikke er opfyldt i hele Finland, så er der mange steder etableret sammenhængende elektroniske patientjournaler, der fungerer på tværs af sektorerne.

Interviewpersonerne fra hospitalssammenslutningen i Forssa og fra Mikkeli Kommune og Mikkeli Centralhospital gav flere eksempler på, hvordan de bruger de tværgående IT-systemer i dagligdagen. Cheflægen fra Mikkeli Centralsygehus fortalte, at speciallægerne er i jævnlig kontakt med de praktiserende læger omkring specifikke patienter (87). Kommunikationen skete typisk telefonisk og med udgangspunkt i den elektroniske patientjournal, som deles mellem sekundær og primær sektor. Det betyder, at begge læger kan have samme patientjournal og evt. røntgenbilleder/prøveresultater foran sig, mens de diskuterer det konkrete problem. Den relativt hyppige kommunikation mellem almen praksis og speciallægerne på sygehuset blev bekræftet af vicedirektør og almen læge i sundhedscenteret, der var i ugentlig kontakt med speciallæger på sygehuset om konkrete patienter (77). Det fælles IT-system benyttes samtidig til fremsendelse af henvisninger fra almen praksis til sekundær sektor. Cheflægen fremhævede her en anden fordel ved systemet, der giver mulighed for at hospitalslægen kan tilbagevise eller kræve ekstra undersøgelser når de modtager indlæggelsespapirerne. På den måde virker det fælles IT-system som et kommunikationsværktøj mellem de praktiserende læger og hospitalssektoren (87).

Den ledende praktiserende læge for sundhedscenteret i Forssa berettede om lignende brug af deres fælles elektroniske patientjournal, som ligeledes deles mellem sundhedscenteret og det lokale sygehus, der ejes og drives af sammenslutningen. Her er det normal praksis, at de praktiserende læger ringer til speciallægerne på sygehuset med specifikke patientspørgsmål, som derefter diskuteres mens de begge har journalen og evt. prøvesvar fremme på skærmen (91). Denne form for kommunikation omkring specifikke patienter er der også mere generelt udbredt tilfredshed med blandt de sundhedsprofessionelle (80). I nogle sundhedscentre foregår der i øvrigt lignende kommunikation mellem special- og almen læger – bare uden involvering af IT. Dette sker ved at det lokale sundhedscenter har en aftale med en speciallæge fra det nærmeste sygehus om faste konsultationer, hvor hun/han er i sundhedscenteret, og – for eksempel – hjælper med at fortolke røntgenbilleder (72).

#### *Udpegning af koordinerende kontaktperson*

Et af de tilbagevendende forslag til forbedring af koordineringen af patientforløb mellem forskellige aktører har været indførelse af en tværgående kontaktperson med overblik over det samlede behandlingsforløb. Den praktiserende læge har været nævnt som en mulig kandidat til denne rolle (72). Mens der endnu ikke er indført egentlig lovgrundlag på området, så er forslaget både nævnt i nationale visionspapirer og det er blevet testet i et større pilotprojekt (80).

#### *Samling af primær og primær/sekundærsektor i samme organisation*

I et mindre antal kommuner og distrikter har man indenfor de seneste år forsøgt at integrere de primære og de specialiserede sundhedsydelser i én organisation eller via formaliserede samarbejdsmodeller. Selvom integration af primær og sekundærsektorerne kun er sket i enkelte kommuner/regioner og derfor må ses som udviklingsprojekter, så følges erfaringerne med betydelig opmærksomhed i resten af Finland (76).

Det mest ambitiøse projekt er et pilotprojekt i Kainuu-regionen i Midtfinland, hvor de har samlet social sektor, primær sektor og sekundær/tertiær sektor i én organisation. Der findes dog også en række andre initiativer i mindre skala, der har haft til formål at integrere primær- og sekundærsektorerne. Et af disse projekter udgår fra den Sydfin-

ske kommune Forssa, hvor fem nabokommuner har slået deres sundhedsvæsen sammen og siden har drevet det i én organisation, der også omfatter det tidligere centralhospital. Sammenslutningen er ansvarlig for levering af alle sundhedsydelser til kommunernes knap 36.000 indbyggere. Beslutningen om den omfattende organisationsforandring skyldes nok ikke kun et ønske om at skabe mere sammenhæng i sundhedsvæsenet. Hvis ikke kommunesammenslutningen havde overtaget hospitaler, var det således blevet lukket umiddelbart efter årtusindskiftet. Oprettelsen af den nye organisation kan således både ses som et integrationsinitiativ og som et lokalt forsøg på at redde et mindre sygehus fra lukning. Årsagen uagtet, så rummer initiativet flere elementer der kan virke befordrende for skabelsen af sammenhængende patientforløb.

Oprettelsen af det fælles sundhedsdistrikt har fx muliggjort indførelsen af en fælles patientjournal, som også er nævnt ovenstående. Denne benyttes som kommunikationsredskab i kontakten mellem de praktiserede læger og sygehuslægerne, og til begge parter udtalte tilfredshed (92; 93). Lederen for de praktiserende læger i Forssa så således oprettelsen af den fælles patientjournal som det vigtigste resultat af den nye organisering (91).

Interviewpersonerne var ligeledes positive overfor samarbejdet mellem de tidligere adskilte sektorer i forhold til implementering af de nationale guidelines. Her var der nedsat en række "task-forces" bestående af medlemmer fra såvel almen praksis som sygehussektoren, der i fællesskab formulerede den lokale fortolkning af retningslinjerne, som derefter blev lagt på det fælles intranet og betragtet som praksis.

I forbindelse med sammenslutningen blev alle sengeafsnit på de fem geografiske sundhedscentre flyttet til sygehuset, så kontakten finder primært sted i forbindelse med de ambulante patienter i sundhedscentrene. Dette er usædvanligt i finsk sammenhæng, men har betydet, at de sengeliggende patienter samles i en større enhed og at driften derfor kan organiseres mere hensigtsmæssigt. Ifølge deres egen opgørelse er sammenslutningen i stand til selv at udføre 80 % af sundhedsydelserne, mens de må henvise 20 % af de sekundære/tertiære patienter videre i systemer.

Ifølge interviewpersonerne har integrationen af de tidligere adskilte sundhedsvæsen betydet bedre vilkår for den tværgående koordination. Der kan dog måske også peges på potentielle brændpunkter i den samlede levering af sundheds- og sundhedsrelaterede ydelser. Der blev således givet udtryk for, at samarbejdet med socialektorerne i de fem respektive medlemskommuner kunne være bedre. Interviewpersonerne gav her udtryk for, at der var en tendens til konkurrence om de knappe ressourcer mellem socialområdet og sundhedsområdet og at dette ikke var fremmede for samarbejdet.

#### *De små kommuner*

De små kommunestørrelser nævnes ofte som et problem for koordinering – og mere generelt for opgavevaretagelsen på sundhedsområdet. Argumentet er her, at mange kommuner ikke råder over tilstrækkelig lægefaglig- eller administrativ kapacitet til at kunne løfte den planlægningsmæssige opgave på tilfredsstillende vis (72). I 2002 havde 75 % af de finske kommuner således mindre end 10.000 indbyggere, mens 20 % endda rummede mindre end 2000 indbyggere (72). Den store variation medfører også store forskelle ift. hvor mange ressourcer den enkelte kommune er i stand til at dedikere til sundhedsvæsenet. Det anslås således, at kommunernes udgifter pr. indbygger varierer med en faktor 2 - 2,5 (72).



Problemet med de små enhedsstørrelser er blevet diskuteret igennem flere år, og parlamentet har truffet en principbeslutning om at antallet af kommuner skal nedbringes – dog indledningsvis af frivillighedens vej. En del kommuner har allerede taget opfordringen til sig, idet 15 kommuner forsvandt ved kommunesammenlægninger pr. 1/1 2007 (94).

At dømme ud fra flere af interviewpersonerne rummer de små- og mellemstore kommuner dog også fordele ift. koordineringen på sundhedsområdet. Ifølge en cheflæge på et mellemstort centralsygehus fungerer koordineringen ofte bedre med sundhedscentre i de små kommuner, da de praktiserende læger nemmere kan overskue deres patienter og har bedre kendskab til deres baggrunde. Samtidig øger den begrænsende størrelse også sandsynligheden for løbende personlig kontakt mellem de forskellige aktører, hvilket giver bedre vilkår for koordineringen (87).

#### *Økonomisk kassetænkning*

Uhensigtsmæssige økonomiske incitamenter er flere gange blevet fremhævet som et af problemerne ved den finske model, hvor det faglige samarbejde mellem læger på sundhedscentre og hospitaler ikke altid er optimalt. Samarbejdsproblemerne blev forværret af den økonomiske krise i starten af 90'erne, hvor nogle kommuner forsøgte at hjemtage borgere til billigere kommunale løsninger for at få budgetterne til at balancere (82).

#### *Koordinering mellem socialsektor og sekundær/tertiær sektor*

Det er afslutningsvis relevant at nævne et par af de koordineringsmekanismer, der er relateret til primærsektoren, men ofte sker udenom den alment praktiserende læge. Et godt eksempel på et sådant værktøj er oprettelsen af såkaldte CAP-kontorer/teams, der i Finland virker som forbindelsesled mellem den fælleskommunale tertiære og den kommunale sektor. CAP er en forkortelse for kontorenes opgave ift. den enkelte patient: Clarify-Assess-Place (76). Det betyder i praksis, at kontoret koordinerer den kommunale indsats i forbindelse med udskrivninger fra sygehus og baseret på en afklaring og vurdering af den enkelte patient. Der er i praksis betydelig forskel på, hvordan de kommunale CAP-kontorer fungerer, men enheden i Lappeenranta kan tjene som eksempel på funktionen.

I Lappeenranta var CAP-kontoret oprindeligt bemandet af en sygeplejerske og en deltidslæge, men består nu af to sygeplejersker. Når en af kommunens borgere er klar til udskrivning fra sygehuset kontaktes CAP-kontoret, der alt efter patientens behov aktiverer og koordinerer den nødvendige hjælp i hjemmet, plejehjem- eller rehabiliteringsplads etc. CAP-personalet vurderer patienternes behov på baggrund af en fælles elektronisk patientjournal, der indeholder information fra både den kommunale social- og sundhedssektor og fra det regionale sygehus. Herudover benyttes også resultaterne fra løbende vurderinger af patienternes funktionsevne via de tidligere nævnte funktionsmålinger. Endelig holder CAP-enheden jævnligt møder med personale fra de relevante afdelinger på det regionale sygehus, hvor de også gennemgår individuelle patienter.

CAP-personalet er opdateret om kapaciteten i de modtagende kommunale institutioner (fx senge- eller rehabiliteringsafdelingerne i det lokale sundhedscenter eller plejehjem og beskyttede boliger) via et fælles IT-system og ved telefonisk kontakt. Den mere langsigtede koordinering foregår ved månedlige møder mellem CAP-personalet og

afdelingssygeplejerske samt læge fra hver enkelt sengeafdeling på de kommunale sengeafdelinger og boinstitutioner.

En anden og relateret mekanisme, der ofte går udenom de praktiserende læger er fælles udskrivningsmøder, hvor relevant pleje og behandlingspersonale i patientens eget hjem eller i sjældnere tilfælde på sygehuset og udarbejder en tværfaglig initial behandlingsplan.

#### 4.4 Opsamling Finland

Flere af interviewpersonerne undrede sig over, hvorfor Finland var en del af undersøgelsen. Undringen skyldes, at strukturen i den finske offentlige sektor, og især sundhedsvæsenet, er til debat for tiden. Det viser sig, at finnerne her bl.a. inspireres af den danske strukturreform – og tendensen synes således at gå mod større enheder end de nuværende 450 ofte meget små kommuner. Hvis man ser bort fra disse grundlæggende strukturelle problemer i det finske sundhedsvæsen, rummer det dog også interessante elementer ift. koordineringen af sammenhængende patientforløb. I en dansk kontekst vurderes følgende initiativer at være særligt interessante:

- ◆ *Samarbejde mellem praktiserende læge og socialsektoren:* I og med at de finske kommuner driver både almen praksis og social- og plejesektoren burde der teoretiske set også være gode vilkår for koordinering af sammenhængende patientforløb. Dette blev delvist bekræftet i de foretagne interviews, der i flere tilfælde viste, at de praktiserende læger opfatter kommunikation og møder med relevante aktører i socialsektoren som en integreret og hyppig del af deres arbejde. Den udbredte mangel på praktiserende læger blev dog samtidig nævnt som en begrænsende faktor ift. disse koordineringsaktiviteter. Interviewene viste samtidig flere eksempler på kommuner, der har forsøgt at bringe social- og sundhedssektorerne tættere sammen, fx ved at organisere indsatsen omkring generationsspecifikke problemer og ved at organisere social- og sundhedspersonalet i særlige "område-teams".
- ◆ *Tværgående IT-systemer:* Det finske sundhedsvæsen er ekstremt decentraliseret og det er derfor vanskeligt at tegne et generelt billede af status quo mht. koordinering af sammenhængende patientforløb. Der har imidlertid fra centralt hold gennem de seneste år været betydeligt fokus på bedring af koordineringen via forbedrede og tværgående IT-systemer i sundhedsvæsenet. Interviewene viste således også, at det i hvert fald nogle steder i Finland er lykkedes at bedre koordineringen på denne måde. Der var flere eksempler på, at de praktiserende læger jævnligt kommunikerede med speciallæger på sygehusene omkring specifikke patienter, hvor de især satte pris på muligheden for at begge parter kunne se de samme prøvesvar og røntgenbilleder via IT-systemet mens de kommunikerede telefonisk. Der var også positive erfaringer omkring et andet IT-system, hvor almen praksis og social- og plejesektoren benyttede samme IT-system og derigennem kunne dele gensidigt relevante data.
- ◆ *Brug af praksispersonale:* Finland hører blandt de vestlige lande med flest sygeplejersker og har igennem flere år lidt af betydelig mangel på praktiserende læger i deres sundhedscentre, hvor det især har været svært at tiltrække arbejdskraft i udkantsområderne af det store land. Dette har bl.a. været medvirkende til en betydelig opgaveglidning i sundhedscentre, så sygeplejerskerne i dag varetager mange af de opgaver, som tidligere var forbeholdt de praktiserende læger. Det er fx normalt at sygeplejersker har egne konsultationer, ligesom de nu har lov til at ud-

skrive medicin. De fleste børneundersøgelser foretages ligeledes af specialuddannede sygeplejersker i de finske sundhedscentre. Der var generelt stor tilfredshed med den øgede involvering af sygeplejersker i de finske sundhedscentre.



## 5. Koordinering af sammenhængende patientforløb i Holland

### 5.1 Det hollandske sundhedsvæsen

Det hollandske sundhedssystem er et forsikringsbaseret system, hvor det er lovpligtigt for alle borgere at tegne en privat sundhedsforsikring. Det er delvist finansieret via obligatoriske skattefinansierede forsikringer og delvist via privattegnede sundhedsforsikringer. På udbudssiden er stort set alle sundhedsydelser organiseret i private organisationer og virksomheder. Udbydere har traditionelt kunnet opdeles i et primært sundhedssystem omfattende praksislæger, hjemmesygepleje, apoteker og en række professionsuddannede sundhedsprofessionelle<sup>10</sup>, samt et sekundært og tertiært sundhedssystem primært bestående af sygehuse og enkelte speciallægeklinikker.<sup>11</sup> De seneste år er der dog blødt en del op på en nogle af disse skel, og det diskuteres i Holland, om det stadig er hensigtsmæssigt med denne skelnen (95). Vi vil dog fastholde den her, da det letter sammenligningen til de øvrige systemer, vi har undersøgt.

Sundhedssystemet i Holland har traditionelt været udbudsstyret og reguleret fra centralt hold, hvor parlamentet har fastlagt budgetter og principper for de private aktører. Lovgivningen er blevet administreret via forskellige regulerende myndigheder og gennem private forsikringselskaber, regionale sygekasser og offentlige forsikringsprogrammer. I disse år sker der dog en gennemgribende reform af systemet. Det gennemgående princip for reformerne er en ændring af sundhedssystemet fra et udbudsstyret system i retning af et efterspørgselsstyret system med langt mere konkurrence såvel på betalersiden mellem forsikringselskaberne, som på udbydersiden mellem de sundhedsprofessionelle. Dette medfører en decentralisering af styringen til lokale og private aktører (96; 97). Det er dog værd at bemærke, at udgangspunktet for reformerne er et system, der historisk har været præget af stor kompleksitet og en udbredt forhandlings- og kompromiskultur. Det gælder på det overordnede politiske niveau, hvor brancheorganisationer og diverse rådgivende råd har haft såvel formelle som uformelle roller i beslutningerne over sundhedssystemet. Og det gælder på det regionale og lokale niveau, hvor forskellige udbydere og forsikringsorganisationer har indgået i forhandlingsnetværk om løsningen af sundhedsopgaverne. Denne forhandlings- og kompromiskultur eksisterer fortsat ved siden af de mere konkurrenceprægede forhold, som bliver indført.

---

<sup>10</sup> Tandlæger, fysioterapeuter m.fl.

<sup>11</sup> Desuden er der en folkesundhedsindsats, som omfatter den primære forebyggelse, sundhedsfremme mv. Den er offentligt organiseret og finansieret i såvel statslige som lokale og regionale instanser.

### 5.1.1 Forsikringsystemet

Det hollandske sundhedssystem er et forsikringsbaseret system. Systemet er inddelt i tre sektioner, som repræsenterer tre forskellige forsikringstyper. Sektion 1 er skattefinansieret, sektion 2 er privat men obligatorisk og sektion 3 er privat og frivillig (96).<sup>12</sup>

1. *Den første sektion* – kaldet AWBZ – dækker langtidssygepleje og -omsorg. Det er en skattefinansieret forsikring, som administreres af regionalt udpegede forsikringsselskaber. Denne forsikring omfatter områder som hjemmehjælp herunder hjælp til personlig pleje, hjemmesygepleje, samt visse former for genoptræning. Desuden er langt den overvejende del af behandling og pleje af psykisk syge også omfattet. Denne forsikringsordning vil gennemgå en reform fra januar 2007. Herefter vil enkelte elementer inden for primært behandling af psykisk syge blive flyttet til sektion to, mens hjemmehjælp, hjælpemidler (kørestole, gangstativer mv.), familiepleje m.fl. vil overgå til kommunerne. De resterende elementer – herunder hjemmesygepleje, plejehjem og langtidsbehandling af psykisk syge – vil fortsat være dækket af AWBZ.
2. *Den anden sektion* dækker behandling af sygdom. Efter den seneste reform, som trådte i kraft 1. januar 2006, gælder de samme regler for alle hollændere. Før da afhang reglerne af indkomst og ansættelse. Ifølge den nye lov har alle borgere pligt til at tegne en privat sundhedsforsikring, som dækker et lovbefalet minimum af sundhedsydelser. Tidligere blev flertallet af hollændere forsikret i regionale sygekasser, som havde en monopollignende status i den pågældende region. Nu er der indført fri konkurrence på forsikringsmarkedet og alle regionale sygekasser er blevet omdannet til private forsikringsselskaber. Der er samtidig sket en massiv koncentration på markedet med en række fusioner. Der er således i dag et privat marked med konkurrence om forsikringstagerne. Men samtidig er forsikringsudbydere underlagt en række strikse regulativer fra lovgivernes side, som skal sikre, at sundhedsforsikringer er tilgængelige og overkommelige i pris for alle borgere (98, 8).
3. *Den tredje sektion* omfatter tillægsforsikringer af forskellig art, som alle frit kan tegne hos forsikringsselskaberne. Det kan blandt andet omfatte fysioterapi, tandlæge, briller mm.

Langt den overvejende del af det behandlende sundhedsvæsen i Holland er altså finansieret igennem private forsikringsselskaber (anden og tredje sektion). Loven, der regulerer dette private forsikringsmarked, indeholder en meget stram regulering af selskabernes mulighed for at differentiere mellem kunderne. Således må et forsikrings-selskab ikke afvise en kunde, og forsikringstagerne har alle ret til de samme produkter hos det enkelte forsikringsselskab. Da selskaberne således ikke kan begrænse sine risici ved at differentiere mellem kunderne på baggrund af risikoprofiler er der oprettet et fælles skattefinansieret risikoudligningssystem.

De seneste reformer har ændret reglerne således at forsikringsselskaberne ikke længere er forpligtede til at indgå kontrakter med alle udbydere. Det vil i fremtiden betyde, at forsikringskunderne kun kan få gratis behandling, hvis de benytter sig af udbydere, som har indgået kontrakt med deres forsikringsselskab. Man har som patient fortsat mulighed for at vælge andre udbydere, men så er forsikringsselskabet kun forpligtet til at betale en del af regningen. Sammen med indførelsen af maksimumtak-

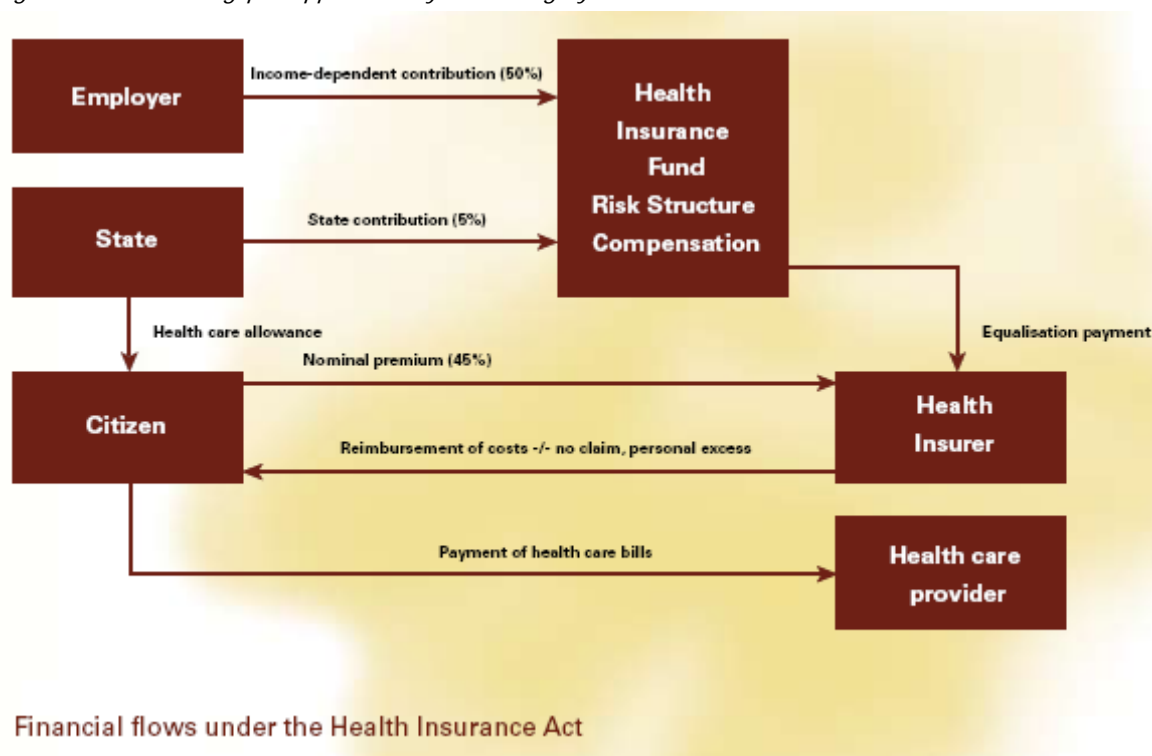
---

<sup>12</sup> Okma foreslår, at denne tre-delning benyttes som alternativ til primær, sekundær og tertiær (95).

ster er det tanken, at dette nye tiltag skal sikre forsikringselskaberne en ny og aktiv rolle som købere af sundhedsydelser på deres kunders vegne.

Nedenstående model viser finansieringsprincippet i det nye forsikringsystem i Holland.

Figur 5.1 Finansieringsprincippet i det nye forsikringsystem i Holland



Kilde: (98)

### 5.1.2 Styling af udbud

Selvom sundhedssektoren altid har bestået næsten udelukkende af private aktører, så har det langt fra været frit at etablere sig på markedet for sundhedsydelser. Men også på dette område er der en opblødning af kontrollen i gang. Det gælder såvel kontrollen med antallet af udbydere som kontrollen med priserne.

I forhold til antallet af udbydere, så har det i princippet længe været frit for de praktiserende læger at åbne en praksis, hvor de vil. Men det kræver en kontrakt med de store forsikringselskaber i det område, hvor man vil have sin praksis, samt en aftale med de øvrige praktiserende læger i området vedrørende feriedækning og vagtlægeordning. Derfor er det reelt umuligt at åbne en ny praksis uden samarbejde med forsikringselskaber og kollegerne i området.

På hospitalsområdet er man i øjeblikket i en overgangsfase, hvor målet er deregulering. En ny lovgivning blev indført i 2006, hvor den styring, som under den tidligere lovgivning lå hos en offentlig styrelse (den såkaldte Board for Healthcare Institutions), er blevet ændret til en rådgivningsfunktion. Tanken i den ny lovgivning er, at alle udbydere – hvor de vigtigste er hospitalerne – skal udarbejde en strategisk 'langsigtet

bygningsplan' (LTHP<sup>13</sup>). Planen skal beskrive hvilke ydelser hospitalet vil udbyde på lang sigt og hvilke investeringer, der i den forbindelse skal gøres. Loven kræver konsultation med en lang række regionale stakeholdere i udarbejdelsen af strategien. Det er dog stadig uklart, hvordan denne nye lov kommer til at virke i praksis (99).<sup>14</sup>

I forhold til priserne for sundhedsydelserne, er det sundhedsministeriet, der fastsætter maksimumtakster for alle sundhedsydelser. Det sker på baggrund af en lov om takster i sundhedsvæsenet og i forhandlinger med de forskellige aktører i sundhedsvæsenet (primært fagforeninger, brancheorganisationer og forsikringsselskaber). Et statsligt organ administrerer taksterne og står for detailreguleringen (100). Det har været en del af reformerne, at taksterne ikke længere er bindende, men blot skal opfattes som maksimumtakster. Det betyder, at forsikringsselskaberne nu kan forhandle med udbyderne om lavere priser for ydelserne.

### 5.1.3 Praksissektoren

#### *Praksisstruktur*

Omdrejningspunktet i primærsektoren er de praktiserende læger, der fungerer som gatekeepere for den resterende del af sundhedsvæsenet.<sup>15</sup> I stil med organiseringen af den danske praksissektor findes der også i Holland mulighed for at drive praksis alene, i fællesskab med en anden praktiserende læge eller i grupper med flere praktiserende læger. En del af gruppepraksiserne er organiseret som multidisciplinære sundhedscentre (typisk med specialiserede sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, socialarbejdere, psykologer og et apotek). I 2004 havde 37 % af de praktiserende læger en solo-praksis, 32,5 % arbejdede i kompagniskab med en anden, mens 30,5 % arbejdede i en gruppepraksis. Tendensen går mod flere gruppepraksis og færre solopraksiser (101). 91 % af de praktiserende læger er selvstændige og ejere eller medejere af en praksis, mens de resterende 9 % er ansatte. Omkring 9-10 % af de praktiserende læger arbejder i et sundhedscenter (101). De fleste sundhedscentre er organiseret som 'stiftelser', hvor personalet herunder lægerne er ansatte. Der findes dog også centre, som er styret og ejet af lægerne selv.

Der er i gennemsnit 0,5 praktiserende læger per indbygger (19), hvilket svarer til en praktiserende læge per 1.997 indbyggere. En del praktiserende læger arbejder imidlertid kun på deltid, så hvis man korrigerer for dette, går der 2.350 indbyggere på en fuldtids-arbejdende praktiserende læge (101, 23).

#### *Honoreringsform*

Honoreringsformen er baseret på en blanding af basishonorering og ydelseshonorering. Et statsligt organ fastsætter som oven for beskrevet maksimumtakster for såvel basis- som ydelseshonorarer. Før forsikringsreformen blev de praktiserende læger betalt med

---

<sup>13</sup> Lange Termijn HuisvestingsPlan

<sup>14</sup> Ifølge D. Bakker tenderer hospitalernes strategiske beslutninger mod specialisering og dermed afvikling af funktioner, hvor de ikke har en særlig ekspertise. Mange stakeholdere omkring hospitalerne ønsker derimod ikke at disse funktioner forsvinder fra lokalområdet. En sådan konflikt mellem stakeholdere og hospital omkring 'konsultationsretten' er allerede endt i højesteret. Her vandt hospitalet med den begrundelse af hospitalet ikke er tvunget til at rette sig efter ønskerne fra stakeholderne – blot at konsultere dem.

<sup>15</sup> Der er dog enkelte undtagelser for denne generelle regel. Blandt andet er det nu muligt at få fysioterapibehandling dækket uden henvisning.



basishonorering per patient for de patienter, som var forsikret i en regional sygekasse, mens der udelukkende blev benyttet ydelseshonorering for de ca. 30 % af hollænderne, som havde en privat sygeforsikring.<sup>16</sup> Da alle hollændere med forsikringsreformen overgik til det samme private forsikringssystem, var det også nødvendigt at reformere honoreringssystemet. Det nye system er en kombination af basishonorar og ydelseshonorar for alle patienter. Basishonoraret baseres på alder og i begrænset omfang bopæl.<sup>17</sup> Ydelseshonoraret baseres primært på tre konsultationstyper: telefon, hjemmebesøg og almindelig praksiskonsultation.<sup>18</sup>

Desuden blev der indført en ramme for 'modernisering og innovation'. Inden for denne ramme er en lang række behandlingsaktiviteter beskrevet – typisk bundet op på særlige kliniske retningslinier. Rammen omfatter blandt andet spirometri, allergitest, EKG og forskellige former for telemedicin (tele-dermatologi, tele-echo, tele-røntgen<sup>19</sup>). Fælles for disse ydelser er, at de som hovedregel i dag bliver udført på sygehuse eller i speciallægeklinikker. Praktiserende læger kan overtage disse ydelser, men skal indgå en særlig kontrakt med et forsikringselskab om honoraret. Der er således ingen faste honorarer for ydelserne.

## 5.2 Netværket omkring almen praksis i Holland

Netværket omkring den praktiserende læge i Holland udgøres for det første af det personale, der er ansat i praksis. For det andet af andre udbydere i primærsektoren. Det gælder den sociale plejesektor på den ene side og på den anden side de forskellige professionsuddannede aktører, som typisk er organiseret som private udbydere (fysioterapeuter, tandlæger, jordmødre m.fl.). For det tredje udgør sekundærsektoren en fundamental del af netværket. Det vil primært sige sygehuse og enkelte speciallægeklinikker. Sidst men ikke mindst spiller forsikringsselskaberne en ny og aktiv rolle i netværket omkring de praktiserende læger efter reformerne trådte i kraft i januar 2006. Nedenfor beskrives disse forskellige aktører og deres rolle i forhold til den praktiserende læge.

### 5.2.1 Den praktiserende læges netværk i primærsektoren

Den praktiserende læges netværk i primærsektoren består af praksispersonalet, selvstændige professionsuddannede sundhedsprofessionelle, apoteker og den sociale plejesektor. Vi vil her beskrive disse forskellige aktører i netværket omkring den praktiserende læge. For de ca. 10 % af de praktiserende læger, som arbejder i et sundhedscenter, ser netværket væsentligt anderledes ud. Derfor beskrives de særlige karakteristika for sundhedscentre i sit eget afsnit.

---

<sup>16</sup> Alle der tjente over et vist beløb skulle tegne en privat sundhedsforsikring.

<sup>17</sup> Det vil sige at der er et lidt højere basishonorar for patienter der bor i et 'dårligt stillet område'. Der skelnes således mellem to 'socialgrupper' og tre aldersgrupper, hvilket giver seks forskellige basishonorarer.

<sup>18</sup> Kontrakten med de praktiserende læger indeholder desuden enkelte honorarer for særlige aktiviteter så som præ- og postnatal omsorg, eutanasi m.fl.

<sup>19</sup> Telemedicinske ydelser består i, at den praktiserende læge foretager selve undersøgelsen – et digitalt foto af huden, et hjertekardiogram, et røntgenbillede – men sender resultatet videre til en speciallæge via internettet, som står for fortolkningen.

### *Praksispersonale*

Hollandske praktiserende læger har længe haft tradition for at have assistenter ansat. Der findes en treårig videregående uddannelse for doktorassistenter. Udover at stå for det administrative arbejde i praksis udfører assistenterne i stadig stigende grad forskellige former for undersøgelser af patienterne - herunder blodtryksmåling, vaccination og blodprøvetagning. Det er desuden doktorassistenternes opgave at fungere som en slags første-kontakt til patienter, der henvender sig til den praktiserende læge. Ofte giver doktorassistenten nogle praktisk råd, som enten helt tilfredsstillende patientens behov eller som patienten kan efterprøve før en egentlig konsultation aftales. Gennemsnitligt er der ansat 1,2 doktorassistenter per praktiserende læge i den hollandske praksissektor (2002-tal) (101, 23-24; 102, 163-169).

Traditionelt har samarbejdet mellem praksis og sygeplejersker primært drejet sig om samarbejde med sygeplejersker fra hjemmeplejen. Dette samarbejde har ind imellem udmøntet sig i forskellige ordninger, hvor sygeplejersker fra hjemmeplejen indgår i behandlingen i praksis. I 1999 indførtes en ny ordning, hvor det blev muligt for enhver praksis at indgå kontrakt med et forsikringsselskab om betaling for en specialuddannet sygeplejerske eller doktorassistent, der tager sig af patienter med kroniske sygdomme. En funktion der går under betegnelsen POH<sup>20</sup>. Der er indført en særlig toårig videreuddannelse på deltid,<sup>21</sup> som kvalificerer til at blive POH. Uddannelsen består både af skoleophold, hjemmestudier og praktikophold i en lægepraksis. Videreuddannelsen er målrettet en specifik kronisk lidelse. Først var der kun POH-kurser i diabetes og KOL, men der udvikles stadig flere kurser efter dette koncept. En POH, som har gennemført den to-årige uddannelse i én kronisk lidelse, kan udbygge med kurser i flere kroniske lidelser.

Som udgangspunkt var det tanken, at det skulle være sygeplejersker, som tog denne videreuddannelse, men trods en vis skepsis blev det besluttet også at lade doktorassistenter tage uddannelsen. I dag er det ca. halvdelen af dem, der uddanner sig til POH, som har en baggrund som doktorassistenter (Telefoninterview, NVDA).<sup>22</sup> Den halvdel, som er sygeplejerskeuddannede, kan både blive ansat direkte af de praktiserende læger og komme fra hjemmeplejeorganisationerne.<sup>23</sup> Tiltaget har haft stor succes, og har ledt til en markant stigning i antallet af POH'er, der arbejder hos de praktiserende læger. I 2003 havde to ud af fem praktiserende læger således ansat en POH (101, 14).<sup>24</sup>

Der er normalt ikke POH-arbejde nok til en fuldtidsstilling i én praksis. Derfor deles flere praksis ofte om en POH, eller, hvis det er en tidligere doktorassistent, kan ved-

---

<sup>20</sup> Praktijkondersteuning ob HBO-niveau (praksisstøtte på HBO-niveau). HBO er en forkortelse for 'mellemlang videregående uddannelse', som er den uddannelseslængde sygeplejersker har.

<sup>21</sup> Ca. en tredjedel fuldtidsuddannelse

<sup>22</sup> NVDA er doktorassistenternes fagforening. Foreningen spillede en meget aktiv rolle i også at få godkendt doktorassistenter til denne funktion. Doktorassistenter har en kort videregående uddannelse – en såkaldt VBO. De får dog alligevel betegnelsen POH, når de har bestået det særlige POH-kursus.

<sup>23</sup> En POH der er ansat i en hjemmeplejeorganisation får sin løn derfra. Finansieringen aftales så mellem praksis og hjemmeplejeorganisation. Typisk kommer pengene fra praksis, der får pengene fra et forsikringsselskab. Men der er også eksempler på at hjemmeplejeorganisationen påtager sig udgiften og får den finansieret via AWBZ.

<sup>24</sup> Andelen er formentlig en del højere i dag, da der har været en stærk udvikling på området de seneste år.

kommende kombinere funktionen som POH med funktionen som doktorassistent i den samme praksis.

Ifølge den seneste undersøgelse af praksissektoren i Holland, som dækker perioden 1987-2001, udfører en POH andre arbejdsopgaver end doktorassistenterne, og den opgaveglidning som foregår, er fra den praktiserende læge til POH'en. Undersøgelsen viser dog også, at opgaveglidningen fra den praktiserende læge er begrænset. Det vil sige, at en POH i høj grad udfører opgaver, som ellers ikke ville blive udført (102, 168-169).

### 5.2.2 De selvstændige aktører i primærsektoren

En vigtig del af de praktiserende lægers netværk er de sundhedsprofessionelle, som er organiseret som selvstændige aktører i primærsektoren. Det gælder jordmødre, fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer m.fl. Såvel formen som omfanget af samarbejde med disse aktører varierer meget – både mellem de enkelte professioner og mellem de forskellige praktiserende læger. Organiseringen i forskellige selvstændige enheder betyder, at der ofte primært er tale om en arbejdsdeling mellem disse aktører og den praktiserende læge.

Apotekerne i Holland fungerer som selvstændige enheder ledet af en eller flere farmaceuter. Dog har en liberalisering af lovgivningen i 1999 åbnet for andre ejerformer, hvilket betyder, at der er et stigende antal kæder og manager-ejede apoteker. I 2004 var det dog stadig mere end 80 % af apotekerne, der var drevet af en eller to farmaceuter (101, 69-75). Der er fri konkurrence mellem apotekerne, og patienterne kan tage deres recept med til det apotek, de ønsker. Men apotekerne samarbejder på regionalt plan for at kunne tilbyde de praktiserende læger en kontrolservice i forhold til den medicin, der udskrives. Fælles it-systemer med patienternes samlede medicinjournal<sup>25</sup> gør det muligt for apotekerne, at 'hejse det røde flag' over for lægen, hvis de mener, at et ny-udskrevet præparat interagerer med andre præparater patienten får. Der arbejdes i øjeblikket på et system, som gør dette system landsdækkende (Interview, KNMP). To undersøgelser viser, at apotekerne gennemsnitligt ændrer mellem 1,6 og 2,8 medicinordninger dagligt, som uændrede kunne have været potentielt farlige for patienten (103; 104). Flere af de interviewede praktiserende læger omtalte dette samarbejde med apotekerne som velfungerende (Interview, L. Meijer; Interview, J. Lanphen).

### 5.2.3 Sundhedscentre

Siden 70'erne har der været sundhedsprofessionelle i Holland, som har advokeret for oprettelsen af multidisciplinære sundhedscentre i primærsektoren. Det er dog gået langsomt med udbredelsen af konceptet. I dag er det således kun ca. 10 % af de praktiserende læger, som arbejder i et sundhedscenter. Sundhedscentrene er organiseret i en fælles interesseorganisation, LVG. Organisationen fremmer sundhedscentrenes interesser over for det politiske niveau, samt yder praktisk støtte til sundhedsprofessionelle, der ønsker at starte et sundhedscenter. LVG definerer et sundhedscenter som bestående af minimum fem faggrupper: Praktiserende læger<sup>26</sup>, fysioterapeuter, et apotek, socialarbejdere og sygeplejersker. Sundhedsministeriets definition er lidt mindre

---

<sup>25</sup> Dvs. at journalen indeholder oplysninger om al den medicin, der er ordineret til patienten – såvel af praktiserende læger, som af speciallæger.

<sup>26</sup> Med praksispersonale – det vil sige doktor assistenter og konsultationssygeplejersker.

krævende. Ifølge den er det nok, hvis praktiserende læger, socialarbejdere og sygeplejersker samarbejder. Ofte er der dog flere faggrupper involveret såsom diætister, psykologer og jordemødre.

Der har været politisk støtte til oprettelsen af sundhedscentre og et særligt statsligt tilskud til sundhedsprofessionelle, som ville starte op. Et krav for at modtage tilskuddet har været, at sundhedscentret var organiseret som en 'stiftelse'. Det er en non-profit privat organisation med en udpeget bestyrelse og en direktion, som står for driften af sundhedscentret. De professionelle, som arbejder i centret, må ikke også indgå i bestyrelsen. Under denne stiftelses-struktur kan centrene være organiseret på forskellige måder. I 60 % af centrene er de praktiserende læger lønnede.

Det særlige tilskud forsvinder imidlertid med udgangen af 2006, hvorefter sundhedscentre skal indgå i forhandlinger med forsikringsselskaberne om ekstra tilskud. Såvel LVG som ZN (forsikringsselskabernes brancheorganisation) forventer, at der fortsat vil være stor fokus på oprettelsen af sundhedscentre, men at den økonomiske støtte til centrene vil blive kædet sammen med oprettelsen af særlige disease management programmer. Ved at kunne tilbyde særlige integrerede behandlingstilbud til eksempelvis diabetes- og KOL-patienter vil centrene kunne opnå et højere tilskud. ZN vurderer, at der først for alvor kommer gang i investeringerne i sundhedscentre fra forsikringsselskabernes side, hvis sundhedscentre kan frembringe evidens for bedre behandlingskvalitet med udsigt til mindre sekundær behandling for de store kroniskgrupper (Interview, M. Bouwmans og J. van Duren).

LVG er i denne forbindelse ved at udvide konceptet for sundhedscentre. Tidligere var det en forudsætning, at alle professionelle holdte til i samme bygning, men nu bløder organisationen op på dette krav. Det anses fortsat for at være en stor fordel at alle er placeret under ét tag, men hvis eksempelvis en gruppepraksis indgår et formaliseret samarbejde med fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle, så skal de også kunne kalde sig et sundhedscenter.

#### **5.2.4 Den sociale plejesektor**

Den sociale plejesektor består primært af hjemmeplejen og plejehjem. Desuden er der nogle organisationer, som leverer hvad der svarer til beskyttede boliger i Danmark. Hjemmeplejeorganisationerne tilbyder hjemmehjælp, hjemmesygepleje, efterfødsels-hjælp, genoptræning og visse former for forebyggelse. Opgaverne løses primært af personale med en sygeplejefaglig uddannelse bag sig.

I Holland findes der sygeplejersker på fem forskellige niveauer. Niveau et og to svarer nogenlunde til social- og sundhedshjælpere og -assistenter i Danmark. Niveau tre, fire og fem svarer til forskellige specialiseringsgrader af sygeplejersker. Desuden har organisationerne ansat diætister, ergoterapeuter og enkelte andre faggrupper.

Hele plejesektoren er organiseret i private organisationer, som for flertallets vedkommende er non-profit. Der er ca. 90 hjemmeplejeorganisationer og ca. 1.500 plejehjem.<sup>27</sup> Især hjemmeplejeorganisationerne er ofte meget store enheder med op til 20.000 ansatte. En hjemmeplejeorganisation arbejder typisk lokalt eller regionalt, mens de fleste plejehjem er selvejende. Der er dog også en del strategiske samarbejder eller

---

<sup>27</sup> Antallet af hjemmeplejeorganisationer er baseret på interviewet med I. Borghuis, mens antallet af plejehjem baseres på K.G.H. Okma. Sidstnævnte er delt i 'retirement homes' (1.200) og 'nursing homes' (327), hvor nursing homes har bedre pleje- og rehabiliteringsfaciliteter (95).

deciderede fusioner mellem hjemmeplejeorganisationer, plejehjem og organisationerne der driver de beskyttede boliger. Der er konkurrence på hjemmeplejemarkedet, så der er flere organisationer i samme område. På det seneste er der dukket en del små private organisationer op, som kun tilbyder hjemmehjælp (interview, I. Borghuis) (95; 101, 76-80).

Finansieringen af plejesektoren underkastes netop nu en reform, hvor udgifterne til hjemmehjælp, hjælpemidler og familiepleje skal finansieres via de lokale myndigheder. Hjemmesygepleje, genoptræning mm. betales via AWBZ, mens enkelte af de opgaver hjemmeplejeorganisationerne står for er finansieret via de private forsikringsordninger.<sup>28</sup> Det betyder, at den sociale sektor nu bliver finansieret efter tre forskellige systemer. Den samme organisation kan risikere at skulle forhandle med et AWBZ-kontor, et til flere private forsikringselskaber, samt 10-20 kommuner om deres økonomi. Alle disse betalende enheder stiller forskellige bureaukratiske og servicemæssige krav. Ifølge de sociale organisationers brancheforening giver dette ualmindelig svære arbejdsbetingelser, og det bevirker, at der bruges store ressourcer på at administrere og navigere i systemet. Det er, som I. Borghuis formulerer det, 'ikke hjælpsomt' i forhold til at levere integreret behandling (interview, I. Borghuis).

### **5.2.5 Den praktiserende læges netværk i sekundærsektoren**

Sygehusene er i sagens natur en af de vigtigste brikker i det netværk, som omgiver den praktiserende læge i arbejdet med at sikre sammenhængende patientforløb. Det er især i forhold til patienter med behov for specialiseret behandling forskellige steder i systemet, at integrationsudfordringen for alvor spiller en rolle.

De hollandske sygehuse er så godt som udelukkende private not-for-profit hospitaler. Der er dog otte offentligt ejede universitetshospitaler, som har særlige uddannelses- og forskningsforpligtelser. Det er også disse hospitaler som i overvejende grad står for den tertiære behandling. I alt er der omkring 140 hospitaler i Holland. Heraf er de 100 generelle hospitaler, 30 specialiserede hospitaler og 8 universitetshospitaler. Speciallægerne har en særlig stilling på de hollandske sygehuse. De er som regel selvstændige og arbejder på kontraktbasis for sygehuset (97). De takster, som de er blevet honoreret ud fra, blev indtil de seneste reformer fastsat af det statslige organ for takster i sundhedsvæsenet. Taksterne bestod af en særlig takst for speciallægerne og dernæst en lang række forskellige takster for driften af hospitalet. De seneste år har hospitalssektoren gennemgået en række reformer, som tilsammen har haft til formål i stigende grad at overgå til en efterspørgsels- og aktivitetsbestemt finansieringsform. Indtil 2000 var den økonomiske styring af hospitalerne baseret på faste budgetter. I 2000 blev en del af betalingen gjort afhængig af aktiviteten på hospitalerne – dog fortsat underlagt et budgetmål. Men fra 2005 til 2008 skal hospitalerne gradvist overgå til en ren aktivitetsbestemt finansieringsmodel. Den baseres på et særligt hollandsk case-mix-system kaldet DBC (Diagnose Behandlings-Kombinationer). Når modellen er fuldt indfaset er det tanken, at såvel prisen for en DBC som antallet af DBC'er hospitalet kan få betalt, skal være åben for forhandlinger mellem sygehuse og forsikringsselskaber.

Da de praktiserende læger fungerer som gatekeepere til det specialiserede sundhedsvæsen er hospitalerne afhængige af henvisninger fra praktiserende læger for at få patienter. Da den praktiserende læge stort set altid vil have flere hospitaler i lokalområ-

det, som der kan henvises til, er der tradition for et vist element af konkurrence mellem de forskellige specialafdelinger. Den udprægede udbudstyring har begrænset dette konkurrenceelement væsentligt, da hospitalets overordnede budget stort set var bestemt på forhånd.

### 5.2.6 Forsikringsselskabernes nye rolle i netværket

Reformerne har ændret forsikringsselskabernes rolle fra primært at være administratører af en gennemreguleret finansiering af sundhedsvæsenet til at være aktive private selskaber, som på indtægtssiden kæmper om kunderne med andre forsikringsselskaber og på udgiftssiden køber sundhedsydelser på et i stigende grad dereguleret marked for sundhedsydelser. Det er især to ændringer i rollen som købere af sundhedsydelser, som har givet forsikringsselskaberne en aktiv rolle i netværket omkring den praktiserende læge. For det første at forsikringsselskaberne ikke længere er forpligtede til at indgå kontrakter med alle udbydere, og for det andet at takster ikke længere er faste men kun maksimumtakster. Tilsammen betyder det, at det er muligt for selskaberne at presse udbyderne på pris og kvalitet, når der skal indgås kontrakter.

Forsikringsselskabernes brancheforening, som vi har talt med, understreger, at disse ændringer vil slå igennem langsomt. For virkelig at kunne udnytte sin nye magtposition vil det være nødvendigt med for mange udbydere. Som situationen er nu, hvor der de fleste steder nærmere er for få end for mange, er det ikke muligt for forsikringsselskaberne for alvor at presse udbyderne. Den nok vigtigste nye rolle, som forsikringsselskaberne har fået, set i forhold til vores fokus på sammenhængende patientforløb og integreret behandling, er deres nye medbestemmelse i forhold til hvilke ydelser udbyderne skal levere, og hvordan disse ydelser skal produceres. Princippet er, at forsikringsselskaberne repræsenterer deres kunder – patienterne – som købere af sundhedsydelser. Når de indgår kontrakter med udbyderne skal de så vidt muligt stille de krav til udbyderne, som deres kunder forventer. Hvis naboselskabet indgår nogle bedre kontrakter med sine leverandører af sundhedsydelser risikerer selskabet at miste kunder.

Der er stor diskussion blandt såvel udbydere som forsikringsselskaber om denne nye rolle. Usikkerheden går blandt andet på, om forsikringsselskaberne overhovedet har den rette ekspertise til at indgå i disse forhandlinger med udbyderne (105).<sup>29</sup> Der er desuden en vis frygt blandt sundhedsprofessionelle om, at forsikringsselskaberne vil blande sig i de kliniske vurderinger og valg, som lægerne skal træffe (106-108).. Denne usikkerhed afspejles tydeligt i vores interview med en primærsektorforsker og læger i såvel primær som sekundær sektor. På den ene side er der flere af de sundhedsprofessionelle vi har talt med, som anerkender, at en række forsikringsselskaber har spillet en meget aktiv og positiv rolle i at gennemføre integrerede behandlingsprogrammer for kronisk syge patienter. På den anden side er der udbredt skepsis over for deres muligheder for at holde dette fokus. Forsikringsselskaberne har indledt deres nye rolle som konkurrerende selskaber med en priskrig for at skaffe kunder. Det er en udbredt

---

<sup>28</sup> Det gælder blandt andet efterfødselshjælpen.

<sup>29</sup> Når DBC-systemet er fuldt indfaset i 2008 skal forsikringsselskaberne således forhandle takster for omkring 30.000 forskellige DBC'er. Kritikere mener, at da forsikringsselskaberne umuligt har kapacitet til at have en informeret holdning til den rette kvalitet for så mange forskellige DBC'er indenfor samtlige medicinske specialer vil de være nødt til kun at forhandle ud fra pris og kvantitet (105, 2).

opfattelse, at selskaberne de næste 3-5 år vil være tvunget til at fokusere skarpt på omkostninger. Der vil ikke være råd til at gennemføre langsigtede og strategiske investeringer i at skabe sammenhæng og integration. Tværtimod kan der være en interesse i at spille primær og sekundær sektor ud mod hinanden for dermed at presse prisen (99; 106; 109-111).

### **5.3 Problemer og løsninger vedr. sammenhængende patientforløb**

I Holland er det på tværs af alle de aktører i netværket vi har talt med den praktiserende læge, som udpeges som hovedansvarlig tovholder i forhold til at sikre en integreret behandling af patienterne. En leder af et sundhedscenter betegnede den praktiserende læge som 'the spider in the web', og det er en udpræget holdning, at kun den praktiserende læge har adgang til alle de forskellige former for information, som denne funktion kræver.

For at løse denne koordinerende rolle skal den praktiserende læge samarbejde med alle de andre vigtige aktører i netværket omkring patienten. I det følgende vil vi analysere, hvordan denne opgave løses i dag. Vi vil indkredse, hvordan den praktiserende læge samarbejder med de øvrige aktører i netværket og hvilke barrierer og broer der kan identificeres som henholdsvis forhindrer og støtter den praktiserende læge i at løse sin koordinerende funktion.

Denne del af rapporten baserer vi primært på interviews med de aktører vi har identificeret som de vigtigste i netværket omkring den praktiserende læge. Vi har gennemført 10 semistrukturerede interviews med personer fra forskellige sektorer og funktioner i det hollandske sundhedsvæsen.

Udover de ti interviews, som fremgår af diagrammet nedenfor, har vi også gennemført besøg på to sundhedscentre, hvor vi blandt andet har talt med den praktiserende læge Maaïke Giezeman og chefen for de to sundhedscentre R. van Damme. Herudover har vi gennemført en række kortfattede telefoninterviews med repræsentanter for forskellige aktører i netværket – herunder den hollandske apotekerforening (KNMP), fagforeningen for doktorassistenter (NVDA), og direktør Christiaan Lebbink fra det private firma Diagnosis4Health, som leverer integrerede it-baserede behandlingsmodeller til primærsektoren.

Først vil vi se på nogle af de faktorer, som er fælles for samarbejdet med de forskellige aktører vi har identificeret. Dernæst vil vi mere detaljeret analysere samarbejdet mellem de praktiserende læger og de tre vigtigste aktørgrupper vi har identificeret: det nære netværk, social og plejesektoren og hospitalsvæsenet. Forsikringsselskabernes mere tværgående rolle vil blive inddraget, hvor den er relevant.

Figur 5.2 Interviewpersoner fra Holland

| Praksis sektor   | Sygehusvæsenet   | Social området   | Forsikringsbranchen  | Forsker   |
|--|--|--|--|---|
| <i>Joke Lanphen</i> <sup>30</sup><br>Praktiserende læge<br>Solopraksis (men skiftede til et sundhedscenter ugen efter interviewet)<br>Tidligere præsident for KNMG. <sup>31</sup><br>Medlem af RvZ <sup>32</sup> | <i>Hein Müller</i> <sup>33</sup><br>Speciallæge i onkologi.<br>Ansæt på Tergooi ziekenhuizen i Blaricum<br>Tidligere præsident for NIV <sup>34</sup> | <i>Inge Borghuis</i> <sup>35</sup><br>Sygeplejerske<br>Ansæt som 'senior advicer' i Actiz. <sup>36</sup> | <i>Martien Bouwmans</i><br>Ansæt som politisk konsulent i sundhedsforsikringssekskabernes brancheorganisation (ZN) | <i>Dinny de Bakker</i><br>Ph.D. i samfundsgeografi<br>Leder af forskningsafdelingen for primær sektor i NIVEL <sup>37</sup> |
| <i>Loes Meijer</i><br>Praktiserende læge<br>Duopraksis med sin mand (men forhandler med kolleger om etableringen af et sundhedscenter)   | <i>Fred Storms</i><br>Speciallæge i intern medicin (endokrinologi)<br>Ansæt på Mesos Diabetes Centrum i Utrecht                                      |  | <i>Judith van Duren</i><br>Ansæt som politisk konsulent i sundhedsforsikringssekskabernes brancheorganisation (ZN) |   |
| <i>Niels Chavannes</i><br>Praktiserende læge<br>Sundhedscenter Zuiderkroon Ph.D. om behandling af KOL i primær sektor<br>Tilknyttet Institut for almen medicin på Maastricht universitet                         | <i>Frank Smeenk</i><br>Speciallæge i lungemedicin<br>Ansæt på Catharina Ziekenhuis i Eindhoven<br>Medforfatter til transmurale guidelines for KOL    |  |  |   |
| <i>E. J. L. M. van Amsterdam</i><br>Organisationskonsulent i LVG <sup>38</sup>   |  |  |  |   |

<sup>30</sup> Interviewet var et dobbeltinterview, hvor også Hein Müller deltog

<sup>31</sup> KNMG står for Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (Royal Dutch Medical Association). En føderation af lægelige selskaber og foreninger i Holland.

<sup>32</sup> RvZ står for Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (The Council for Public Health and Health Care). Rådet er et uafhængigt organ, som rådgiver regeringen i spørgsmål vedrørende sundhed og sundhedsvæsenet. De ni rådsmedlemmer udpeges af regeringen.

<sup>33</sup> Interviewet var et dobbeltinterview, hvor også Joke Lanphen deltog

<sup>34</sup> Nederlandsche Internisten Vereeniging. En forening for hollandske internmedicinere. Svarende til Dansk Selskab for Intern Medicin.

<sup>35</sup> Gennemført som et telefoninterview

<sup>36</sup> 'ActiZ – organisatie van zorgondernemers' er en brancheorganisation for organisationer, som leverer pleje og omsorgsydelser.

<sup>37</sup> Netherlands Institute for Health Services Research

<sup>38</sup> LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn) er en interesseorganisation for sundhedscentre.



### 5.3.1 Overordnede faktorer

#### *Politisk niveau*

Fra det politiske systems side tales der meget om samarbejde i primærsektoren. I mange år har det politiske niveau forsøgt at påvirke udbyderne i sundhedssektoren til at samarbejde og bygge partnerskaber. Der er udgivet flere rapporter, som har vist, at såvel organisatorisk som finansielt er der store barrierer i det hollandske sundhedssystem, som bør nedbrydes, for at et ordentligt samarbejde kan etableres. Der er blevet iværksat flere initiativer for at nå dette mål. Det er sket ved hjælp af bløde styringsinstrumenter som policydokumenter og tilskudspuljer. Et eksempel er et storstilet kommissionsarbejde, som midt i 90'erne resulterede i en rapport med titlen 'Divided care: Better care'.<sup>39</sup> Rapporten anbefalede blandt andet skabelsen af såkaldte 'transmurale partnerskaber'.<sup>40</sup> Dette initiativ fyldte meget i den hollandske debat i slutningen af 90'erne. I stedet for at give direkte økonomisk støtte er projekterne primært finansieret ved at tillade såvel hospitaler som udbydere i primærsektoren at benytte op til 3 % af sit budget på denne type aktiviteter. Der er til gengæld ikke taget nogle initiativer til at ændre på de overordnede principper i sundhedssystemet. De lokale projekter har primært fokuseret på samarbejdet mellem hospitaler og den sociale sektor, selvom også praktiserende læger har været involveret (112). Den manglende støtte til disse nye transmurale tiltag har bevirket, at der ofte har manglet midler, når projektperioden er udløbet (97; 112). Et andet eksempel på denne type tiltag er det forømtalte tilskud til oprettelse af sundhedscentre, som har eksisteret i en længere årrække.

Siden regeringsskiftet i 2002 har fokus ændret sig til selve systemet, og lovgivningsinitiativerne fra det politiske system fokuseret på skabelsen af et mere konkurrencepræget og efterspørgselsorienteret sundhedssystem. Subsidier, som eksempelvis dem der er rettet mod oprettelsen af sundhedscentre, bliver fjernet, og ideen om transmuralt samarbejde har helt mistet opmærksomhed (Interview, D. Bakker; Interview, F. Storms; Interview, J. Lanphen; Interview, H. Müller). Flertallet af de aktører vi har talt med (måske delvist med undtagelse af forsikringselskaberne) oplever, at selvom der stadig tales om det, så er fokus på samarbejde og integration nedprioriteret fra det politiske systems side.

#### *Økonomiske faktorer*

I forhold til den økonomiske styring er det en udbredt opfattelse, at finansieringssystemet er en af de største barrierer for et ordentligt integreret sundhedssystem. For det første understreges det, at der er meget få økonomiske incitament, som skal fremme samarbejdet mellem de forskellige aktører i primærsektoren. De praktiserende læger påpeger, at den tid de bruger på at koordinere ikke bliver belønnet. Selve opgaven med at være tovholder skal gøres ene og alene ud fra et professionelt synspunkt (110; 113). I forhold til samarbejdet på tværs af de sektorielle grænser nævnes opdelingen i forskellige betalingssystemer igen og igen som den største barriere. Det gælder både mellem primær og sekundær sektor og mellem de forskellige forsikringsystemer. I

---

<sup>39</sup> Gedeelde Zorg, Betere Zorg [Divided care, Better care]. Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Zoetermeer, 1994.

<sup>40</sup> 'Intramural' benyttes om behandling på et hospital. 'Extramural' benyttes om behandling uden for et hospital. 'Transmural' blev lanceret som den behandling der går på tværs.

litteraturen om det hollandske sundhedssystem fremhæves de problematiske finansielle barrierer mellem AWBZ og de private forsikringsselskaber samt mellem sygehuse og andre udbydere (herunder praktiserende læger) (104; 105; 114). Blandt de interviewede – især de tre speciallæger – fremhæves utvetydigt de forskellige finansieringsformer mellem primær og sekundærsektor som det mest problematiske (106; 111).

Forsikringsselskaberne deler ikke fuldt ud denne negative holdning, selvom de erkender, at der stadig er visse problemer. De mener, at de allerede i dag med deres nye aktive rolle har mulighed for at udvikle belønningssystemer for praktiserende læger, som samarbejder. I fremtiden, når DBC-finansieringsmodellen er fuldt indfaset, vil pengene følge patienten. Forsikringsselskaberne forventer, at det vil give langt bedre muligheder for at flytte behandlinger mellem primær og sekundær sektor (107; 108). DBC-koder, som omfatter behandling i begge sektorer, er under udvikling, og det giver mulighed for at nedbryde den finansielle barriere i langt højere grad. På diabetesområdet er dette allerede en mulighed, som vil vi komme ind på nedenfor.

Alt i alt er det forsikringsselskabernes vurdering, at det er muligt at skabe samarbejde på tværs af de sektorielle grænser med de reformer, som er ved at blive gennemført nu. De øvrige stakeholdere, som vi har interviewet (såvel læger som forsker) er mindre optimistiske. De vurderer, at det politiske fokus i dag er på øget konkurrence og omkostningsbevidsthed, og at forsikringsselskaberne er underlagt denne dynamik med et meget begrænset økonomisk råderum til at gøre andet end det mest nødvendige (99; 110; 115).

### **5.3.2 Almen praksis og det nære netværk**

#### *Organisatoriske rammer*

Samarbejdet mellem den praktiserende læge og andre sundhedsprofessionelle i det nære netværk er meget afhængigt af de organisatoriske rammer. Vores analyse viser, at det kan fremme samarbejdet omkring de enkelte patienter markant, hvis der etableres stabile organisatoriske rammer omkring samarbejdet.

#### *Samarbejde og arbejdsdeling med praksispersonale*

Hvis vi først ser på den enkelte praksis, så har etableringen af aftalen omkring specialuddannede sygeplejersker og doktorassistenter (POH'er) ændret det tværfaglige samarbejde omkring kronikerbehandlingen radikalt. Alle de interviewede praktiserende læger giver udtryk for, at det har forbedret behandlingen af især de store kronikergrupper (diabetikere, astma- og KOL-patienter, patienter med for højt blodtryk), at der nu er mulighed for at udvikle behandling og omsorg som et tværfagligt samarbejde med specialuddannet klinikpersonale. Forskellige studier af introduktionen af nyt klinikpersonale bekræfter, at det har haft positiv effekt på behandlingen. Således har studier vist effekt på kliniske mål, procesmål (overholdelse af guidelines), patienttilfredshed og egenomsorg (99; 110; 115).

Samarbejdet fungerer typisk således, at den specialuddannede sygeplejerske eller doktorassistent står for faste opfølgende besøg. For hver sygdomsgruppe er der udarbejdet en meget detaljeret protokol for behandlingen, som skal følges. I protokollen fremgår det, hvor tit patienten skal indkaldes, hvilke test der skal gennemføres, og hvilke emner der skal tages op. Den praktiserende læge involveres på fastlagte tidspunkter i behandlingen afhængig af sygdommen, og ellers kun hvis patienten ikke er

stabil, eller hvis der er usikkerheder i behandlingen. POH'en kan foreslå medicin, som den praktiserende læge godkender og videresender til apoteket. POH'en fører en detaljeret protokol over besøgene, som den praktiserende læge kan følge med i.

#### *Intraorganisatorisk samarbejde i sundhedscentre*

Det mest udfoldede eksempel på organisatoriske rammer som fremmer det multidisciplinære samarbejde i primærsektoren er de førnævnte multidisciplinære sundhedscentre. I de to sundhedscentre vi har besøgt i forbindelse med dette studie var der en lang række faggrupper involveret i et intraorganisatorisk samarbejde omkring de enkelte patienter. Udover sygeplejersker og doktorassistenter samarbejder de praktiserende læger med fysioterapeuter, socialarbejdere, diætister, psykologer og et apotek. De konkrete samarbejdsrutiner kan variere meget mellem de forskellige sundhedscentre. Men fælles for alle er, at der er faste aftaler omkring samarbejdet. For det første er der en høj grad af arbejdsdeling, hvor den mest egnede tager sig af opgaven. For den praktiserende læge betyder det en høj grad af opgavedelegering til andre professionelle. For det andet beskriver alle de interviewede, at der foregår en høj grad af ad-hoc-koordinering omkring de enkelte patienter.<sup>41</sup>

#### *Interorganisatoriske aftaler*

Det er dog kun et mindretal af de praktiserende læger, som arbejder i et sundhedscenter. For dette flertal af de praktiserende læger findes der eksempler på forskellige former for samarbejdsaftaler med andre aktører, som skaber faste rammer omkring samarbejdet. En af de praktiserende læger fortæller om et samarbejde mellem en gruppe praktiserende læger<sup>42</sup> og en gruppe fysioterapeuter. De mødes en gang årligt. Et fagligt tema bliver diskuteret med oplæg og debat, og dernæst bliver forskellige samarbejdsforhold diskuteret. Det har ledt til aftaler om e-mailkonsultation og andre former for samarbejde (113). En anden af de interviewede praktiserende læger fortæller, at hun deltager i et såkaldt 'samarbejdsforbund'<sup>43</sup>. Her medvirker en gruppe praktiserende læger, fysioterapeuter, et apotek, en psykolog, en diætist og en gruppe distriktssygeplejersker. De mødes hver 14. dag til frokost, hvor de lærer hinanden at kende og diskutere forskellige emner. Dette samarbejde har nu udviklet sig til etableringen af et reelt sundhedscenter.

Ofte indgår forsikringsselskaber i denne type forhandlinger. Ideen om e-mailkonsultation mellem praktiserende læge og fysioterapeut er således blevet til i en forhandling med forsikringsselskabet, som har indvilget i at betale en særlig ydelse for denne form for konsultation.

---

<sup>41</sup> Den praktiserende læge fra et af sundhedscentrene, som kører et ambitiøst KOL-program, nævnte et eksempel på denne type koordinering. En KOL-patient, der som led i sin behandling deltager i et rehabiliteringshold hos fysioterapeuten, oplever under træningen et pludseligt drop i ilt-niveau på over 3 %. Så er der en fast aftale om at fysioterapeuten øjeblikkelig tager patienten med over til den praktiserende læge, som tilser patienten.

<sup>42</sup> Alle praktiserende læger i Holland er organiseret i nogle grupper, som skal dække ind for hinanden i tilfælde af sygdom, og som i fællesskab skal stå for vagtlægeordningen i området. Det er denne gruppe, som har taget initiativ til dette samarbejde.

<sup>43</sup> Samenwerkingverband

### *Betydningen af personlige relationer*

Alle de interviewede understreger de personlige relationer, som det vigtigste parameter for at opnå samarbejde. De organisatoriske rammer har således som en af sine vigtigste funktioner at skabe rum for at etablere og pleje personlige relationer med andre udbydere. Det er disse relationer, der trækkes på i det konkrete samarbejde. Som beskrevet er det fortsat flertallet af de praktiserende læger, som ikke indgår i denne type af organisatoriske rammer. Her foregår samarbejdet med de øvrige aktører primært gennem arbejdsdeling og henvisning. Konkret koordinering omkring den enkelte patient er sjælden, og når den forekommer skyldes det typisk særlige personlige relationer (110; 113).

### *Kulturelle faktorer*

Kulturelle faktorer kan også spille en rolle i såvel hvilke aftaler der indgås og hvilke organisatoriske rammer der opbygges, som i hvordan det konkrete samarbejde foregår. Flere gange udpegede de interviewede kulturelle faktorer, som betydende for organiseringen af praksissektoren og for samarbejdet med andre aktører.

#### Kulturforskelle mellem læge og POH

En af de kulturelle faktorer, som blev nævnt af alle de interviewede praktiserende læger, knytter an til det foregående afsnits beskrivelse af samarbejdet med POH'er. De interviewede beskriver uafhængigt af hinanden den samme forskel i arbejdsform og faglig kultur mellem POH'er og praktiserende læger. En forskel, som de alle mener, gør POH'erne langt bedre egnede til at stå for det opfølgende arbejde med de patienter med kroniske sygdomme end praktiserende læger. I konsultationen med læger vil patienten ofte tale om alle sine store og små problemer, og lægen har som faglig tilgang at lytte til de problemer patienten kommer med. Praktiserende læger har tradition for at arbejde situationsbestemt. Det vil sige med udgangspunkt i den konkrete konsultation. POH'er opfattes derimod som mere systematiske og organiserede. Mens den praktiserende læge har en modvilje mod at arbejde efter strikse protokoller, er det for POH'en en faglig stolthed, at kunne følge en protokol så godt og præcist som muligt. Resultatet er, siger de interviewede praktiserende læger, at praksispersonalet har vist sig at være langt bedre til at komme omkring alle de emner, som bør dækkes i rutinebesøgene (110; 113; 116).

#### Samarbejdskultur og autonomi

Et andet kulturelt aspekt, som nævnes ofte, er den praktiserende læges tradition for at arbejde alene. Denne tradition bevirker, at samarbejdskulturen blandt praktiserende læger er noget mindre veludviklet end blandt andre faggrupper. Den ene praktiserende læge, der deler praksis med sin mand, oplever det som et decideret kulturskifte. Især hendes mand har svært ved alle besværlighederne, der er forbundet med at samarbejde. Beslutningsprocesser og arbejdsgange, som før var simple og hurtige, opleves som dræbende langsommelige, når man skal inddrage flere og flere i arbejdet. Hun ser samarbejde, som en færdighed, der skal læres. En meget kompliceret færdighed, som det kan være svært at lære efter i mange år at have arbejdet alene(113). Flere af de praktiserende læger præsenterer denne kulturforandring som et direkte generationsspørgsmål. De 'gamle' praktiserende læger uden en ordentlig samarbejdskultur på den

ene side, og den nye generation, som gerne vil arbejde som en del af et team på den anden side (110; 116).

D. Bakker, som deltager i en overvågning af holdningerne blandt færdiguddannede almen medicinere, bekræfter denne udvikling. Han kæder det sammen med opblødningen af et andet vigtigt element i de praktiserende lægers kultur – nemlig autonomien som selvstændig erhvervsdrivende. Et stigende antal af de nye praktiserende læger ønsker ikke at drive deres egen praksis. De vil hellere arbejde i større gruppepraksis eller i multidisciplinære enheder. For mange af de eksisterende praktiserende læger er denne autonomi stadig et vigtigt element i opfattelsen af hvad det vil sige at være en praktiserende læge. De oplever det at arbejde i et managerstyret sundhedscenter som et tab af autonomi(99; 113).

Interviewene viser dog også, at selv de praktiserende læger for hvem samarbejdskulturen opfattes som en ny og tillært færdighed, og for hvem autonomi er en vigtig værdi, er der en trend i retning af mere integration. Således er den interviewede læge, som har delt sin praksis med sin mand i en længere årrække, netop nu ved at forhandle med en række andre udbydere om at åbne et sundhedscenter. De arbejder med en model, hvor de forbliver 'de styrende parter', men indgår i et forpligtende samarbejde med fysioterapeuter, apotek og flere andre aktører(113).

#### *Guidelines og protokoller*

Guidelines og protokoller spiller en meget stor rolle i den hollandske praksissektor. Holland er et af de lande, hvor de praktiserende læger er længst fremme med udviklingen af deres eget sæt af kliniske guidelines. I dag er der udviklet over 80 forskellige guidelines og de praktiserende læger giver alle udtryk for, at det er et af deres suverænt vigtigste værktøjer i det daglige arbejde. Det er 'Dutch College of General Practitioners' (NHG<sup>44</sup>) – en faglig organisation med over 80 % af de praktiserende læger som medlem – der står for udviklingen af guidelines. Til hver praksisguideline er der udgivet en implementeringsvejledning og et videreuddannelsesmateriale, som indeholder både vurderingskriterier og feedbackprocedurer. Alle de interviewede praktiserende læger understreger, at NHG-guidelines er et af deres vigtigste værktøjer i behandlingen. En beskriver, hvordan hun altid har hjemmesiden med de forskellige guidelines åben, så hun kan konsultere dem, når der er behov for det (117).

For enkelte af de kroniske lidelser er der som oven for beskrevet udviklet særlige protokoller, hvor omsorgen for patienten er systematiseret i særlige forløbsbeskrivelser, som praksispersonalet kan følge. Disse disease management protokoller er typisk udviklet på basis af NHG-guidelines og eventuelt andre guidelines inden for det specifikke sygdomsområde. En protokol er en slags fortolkning af guidelines til et sæt af konkrete arbejdsrutiner. Vi vil komme mere ind på disse disease management programmer i afsnittet om den praktiserende læge og sekundærsektoren, da en del af disse programmer går på tværs af sektorerne.

### **5.3.3 Almen praksis og social- og plejesektoren**

Det er svært at give et entydigt billede af samarbejdet mellem de praktiserende læger og social- og plejesektoren. For det første er sektoren præget af meget stor heterogenitet. For det andet understreger alle de interviewede, at det er særligt forvirrende netop

---

<sup>44</sup> Nederlands Huisartsen Genootschap

nu på grund af den gennemgribende reform af finansieringen, som er ved at blive gennemført. Hjemmeplejeorganisationerne forsøger at omorganisere sig og forberede sig til den nye situation, men der er fortsat stor usikkerhed om, hvordan den nye lovgivning vil fungere i praksis, og derfor hvad den rette strategi er. I afsnittet om social- og plejesektoren ovenfor beskrev vi, hvordan finansieringsforholdene skaber en barriere i forhold til at levere integreret behandling. I det følgende vil vi diskutere nogle af de øvrige faktorer, som udpeges som særligt afgørende for samarbejdet mellem praktiserende læger og hjemmeplejeorganisationer, men vi må understrege, at dette område har været det sværeste at belyse tilfredsstillende.

#### *Arbejdsorganiseringen i hjemmeplejeorganisationen*

Såvel praktiserende læger som repræsentanten for hjemmeplejeorganisationerne understreger, at det er afgørende for integrationen mellem praksis og hjemmepleje, at der er kontinuitet i hvilke sygeplejersker, der står for sygeplejen. Arbejdsopgaverne i hjemmeplejen kan som i de danske kommuner organiseres på en række forskellige måder – og bliver det også. Men underordnet hvordan arbejdet organiseres er det en stor og meget svær udfordring for hjemmeplejeorganisationerne at leve op til dette af flere grunde.

For det første er mange af de ansatte deltidsansatte. For det andet er der en arbejdsdeling mellem de forskellige funktioner, som gør at forskellige personer udfører opgaverne. For det tredje betyder konkurrencesituationen, at det kan være forskellige organisationer, som tager sig af patienterne. Der kan således være flere forskellige organisationer, som tager sig af de forskellige patienter i en praksis. Forskellige organisationer kan også tage sig af forskellige funktioner for den samme patient (typisk er det hjemmehjælperfunktioner der kan adskilles fra hjemmesygeplejefunktioner). Og endelig kan organisationen også skifte fra gang til gang den samme funktion skal udføres for den samme patient. En sidste årsag som nævnes er organisationernes størrelse, som i sig selv gør, at det kan være svært at holde fokus på den enkelte medarbejder og dennes relationer ud af organisationen.

To af de interviewede praktiserende læger fortalte, at det var meget svært at få et kontinuerligt samarbejde op at stå med hjemmehjælperorganisationen, fordi personalet skifter så ofte (113; 116). Desuden kan det være svært at finde ud af hvilken organisation, der overhovedet tog sig af patienten (113). L. Meijer beskriver hvordan tidligere samarbejdsrutiner med regelmæssige møder med hjemmesygeplejerskerne i området var blevet stoppet, fordi udskiftningen af personale gjorde dem ubrugelige. Som kontrast til denne oplevelse fortæller J. Lanphen, at hun har et fremragende samarbejde med 'sine' sygeplejersker. Der er tre i hendes område fra den store hjemmeplejeorganisation, som har alle hendes patienter. Hun har kendt alle tre gennem længere tid og kan blot ringe til dem og diskutere de enkelte patienter. Denne samarbejdsform beskrives af de to øvrige praktiserende læger som 'den gamle måde', og begge mener, at det er den ideelle samarbejdsform, når få sygeplejersker tilknyttes den enkelte praksis (113; 116).

#### *Kommunikationssystemer*

Det afgørende for at levere en integreret behandling mellem praktiserende læge og hjemmeplejeorganisation er at få etableret en regelmæssig, effektiv og kontinuerlig kommunikation mellem læge og sygeplejerske. En stor barriere i denne sammenhæng

er, at der ikke findes nogen form for fælles registreringssystemer eller IT-understøttede kommunikationsværktøjer. Derfor er det nødvendigt med direkte personlig eller telefonisk kontakt mellem læge og sygeplejerske for at kunne koordinere behandlingen. Gode kommunikationsværktøjer kunne supplere den tætte personlige kontakt, som blev omtalt oven for, men igen understreges det af de interviewede, at det ikke vil kunne erstatte denne form for kontakt.

Den telefoniske kontakt til sygeplejersken, som i dag ofte er den eneste reelle mulighed for at komme koordinere med sygeplejersken besværliggøres ofte af, at det er svært for den praktiserende læge at få fat på den konkrete sygeplejerske, som tager ud i hjemmet hos patienten. Det skaber stor frustration hos de praktiserende læger, og hjemmeplejeorganisationerne prøver på forskellige måder at imødekomme denne kritik. Eksempelvis med et fælles nummer, som skal koordinere kontakten, men som ind mellem blot bliver endnu et led, som skal overvindes.

#### *Samarbejdsprojekter*

De barrierer vi her har beskrevet er kendte for aktørerne og der har været talrige initiativer for at overvinde nogle af dem. Der har især været fokus på i højere grad at inddrage sygeplejersker i behandling, omsorg og pleje af kronisk syge. Vi har oven for beskrevet POH-ordningen, som mange steder er blevet iværksat i et samarbejde mellem hjemmeplejeorganisationen og de praktiserende læger. Repræsentanten for hjemmeplejeorganisationerne forklarer, at der findes en lang række af denne type samarbejder og netværk, men at de aftales lokalt. Hun vurderer, at det er svært for en hjemmeplejeorganisation at lave aftaler for hele organisationen, da der inden for en organisations virkeområde vil være for mange forskellige praksis med forskellige ønsker. Derfor må initiativet til samarbejde som regel komme fra de praktiserende læger (118). Den ene af de praktiserende læger, som arbejder i et sundhedscenter, fortæller, at den lokale hjemmeplejeorganisation er imponerende positivt indstillet over for de ønsker de praktiserende læger har til samarbejdet. Størrelsen af organisationen tillader et meget specialiseret samarbejde, hvor de eksempelvis kan stille sygeplejefunktioner på KOL-området til rådighed for centret. Han påpeger dog også, at selv en så positivt indstillet hjemmeplejeorganisation har meget svært ved at få den daglige koordination mellem behandlingen i praksis og sygeplejen i hjemmet til at fungere hensigtsmæssigt (116).

#### **5.3.4 Almen praksis og det behandlende sygehusvæsen**

Der hvor koordinationsbehovet ofte opstår, og hvor den praktiserende læges funktion som tovholder for alvor kommer i spil, er i overgangen mellem primær og sekundær sektor. I Holland er den klassiske måde at dele ansvaret for patienten mellem primær og sekundær sektor som i Danmark ved, at den praktiserende læge behandler patienten i den grad, det er hende/ham muligt. Hvis patienten har brug for mere specialiseret behandling end den praktiserende læge kan give, henvises patienten til en speciallæge. Ved henvisning overgår ansvaret for patienten på dette sygdomsområde til speciallægen. Ved akut hospitalsbehandling ligger ansvaret for behandling hos speciallægen fra starten. I begge tilfælde overgår ansvaret for behandlingen til den praktiserende læge (igen) ved udskrivning eller afslutning af ambulans forløb.

Vores undersøgelse har vist, at der for det første er en række tiltag, som skal understøtte det behov for koordinering, der opstår i forbindelse med denne klassiske model. Det gælder især IT-understøttelse af informationsdelingen mellem de forskellige parter.

Men vi har også fundet en lang række samarbejdsformer mellem primær og sekundærsektoren, som enten bryder dette klassiske mønster for ansvarsdeling eller bløder den klare arbejdsdeling op. I det følgende vil vi beskrive nogle af disse tiltag og diskutere, hvordan de påvirker muligheden for at levere sammenhængende patientforløb.

Vi vil lægge ud med at beskrive de kulturelle faktorer i relationen mellem praktiserende læger og speciallæger, som forekommer at spille ind på en afgørende måde i samarbejdet mellem de to parter. Derefter ser vi på en række af de former for konkrete tiltag vi har fundet.

## *Kultur*

### *Samarbejdskultur*

Samarbejdskulturen mellem praktiserende læger og specialister er præget af den særlige relation – afhængighedsforholdet mellem speciallæge og praktiserende læge – som er udviklet over tid. For såvel speciallæger som praktiserende læger er det en relation, som tages for givet. Dermed er det ikke et forhold de interviewede eksplicit peger på. Men alligevel forekommer det at spille en afgørende rolle, hvis man vil forstå de samarbejdsrelationer, som findes mellem de to parter.

Som beskrevet ovenfor er de hollandske sygehuse private enheder, hvor speciallægerne ofte har en særlig tilknytning som selvstændige, der arbejder inden for hospitalets rammer. Som gatekeeper står den praktiserende læge for henvisningen af langt de fleste patienter til hospitalerne. Disse henvisninger foretages til en konkret speciallæge. Henvisningen er således stilet til en speciallæges navn og ikke blot til en hospitalsafdeling. I forbindelse med en henvisning vil den praktiserende læge altid have en række forskellige hospitaler med hver deres speciallæger at vælge imellem.

En speciallæge er således afhængig af, at de praktiserende læger vælger at henvise til hende/ham, da de praktiserende læger har mulighed for at fravælge speciallæger, som de af den ene eller den anden årsag ikke har tillid til.

Denne relation tages som sagt for givet af begge parter. Men den kommer ofte implicit til udtryk. Eksempelvis forklarede flere af speciallægerne, at det 'jo er de praktiserende læger, der leverer patienterne'. Den ene af de praktiserende læger forklarede, hvordan hun jævnligt benytter sig af den magt, hun har som gatekeeper. Hvis en speciallæge ikke lever op til hendes forventninger og behandler 'hendes' patienter godt nok, så sender hun ikke flere patienter den vej (110).

Omvendt er de praktiserende læger også afhængige af speciallægerne, da de har den specialviden omkring specifikke behandlinger, som patienterne ind imellem har behov for. De praktiserende læger har således ofte brug for råd og vejledning i forhold til behandlingen af deres patienter. Nedenfor vil vi komme ind på en række af de konkrete samarbejdsformer, som eksisterer mellem praktiserende læger og speciallæger. Men det er vores vurdering af en stor del af drivkraften bag dette samarbejde kommer fra denne afhængighedsrelation.

### *Konkrete samarbejdsformer*

Som beskrevet i indledningen har vi fundet en række former for samarbejde mellem praktiserende læger og speciallæger, som bløder op på den klare ansvars- og arbejdsdeling, som ligger i den klassiske model baseret på henvisning. I det følgende vil vi



diskutere de vigtigste af disse. Vi vil inddrage de økonomiske aspekter hvor det er relevant.

#### Speciallægen som konsulent og rådgiver

De praktiserende læger benytter i høj grad speciallægerne som en form for konsulenter, de kan spørge til råds i tvivlsspørgsmål vedrørende behandlingen af konkrete patienter. Alle de læger vi har talt med omtaler muligheden for, at den praktiserende læge ringer med opklarende spørgsmål til speciallægen. De tre speciallæger, vi har talt med, vurderer, at de får omkring fire til fem opkald dagligt fra praktiserende læger. De opfatter det som en selvfølge, at de praktiserende læger kan få den form for rådgivning gratis.<sup>45</sup> Rådgivningen kan tage forskellige former. Speciallægen kan eksempelvis give råd om en behandling, som kan afprøves. Det kan også handle om blot at bekræfte den praktiserende læges fortolkning af symptomer. Ind imellem anbefaler speciallægen, at patienten bliver henvist, så han selv kan vurdere patienten. De praktiserende læger understreger, at det kræver et tillidsforhold at bede om denne form for rådgivning. De vil som oftest kun ringe til en speciallæge, de kender og har et samarbejde med i forvejen. De praktiserende læger vurderer, at denne rådgivningsmulighed ofte kan forebygge en henvisning (110; 113). Enkelte læger benytter i stedet e-mail til denne form for uformel rådgivning (117).

#### Fælles konsultation

Mange steder i Holland har man eksperimenteret med forskellige modeller for fælles konsultation med den praktiserende læge og en speciallæge. Fælles for de forskellige tiltag er, at speciallægen tager ud i praksis for i fællesskab med de praktiserende læger at medvirke til behandlingen af patienter. Det kan foregå som en fælles konsultation med deltagelse af den praktiserende læge og patient – i gruppepraksis eventuelt med deltagelse af flere praktiserende læger. Det kan også gennemføres på baggrund af udvalgte patientjournaler, som gennemgås i fællesskab. Alle de læger, vi har talt med, som har deltaget i denne type arrangementer, omtaler dem positivt (106; 110; 111; 115).

De fælles konsultationer tjener flere formål. For det første er det et godt tilbud til patienten, som kan få specialistbehandling uden at skulle ind på et hospital. For det andet fungerer det som en form for videreuddannelse af de praktiserende læger, som lærer en masse om behandling på speciallægens område. Dermed skulle kvaliteten i den praktiserende læges behandling forbedres. For det tredje – som en afledt effekt af videreuddannelsen af den praktiserende læge – så forventes disse tiltag at nedbringe antallet af henvisninger på det pågældende område. Flere forsøg viser, at det kan give en ganske betragtelig reduktion i antallet af henvisninger. Et etårigt forsøg med månedlige konsultationer med en kardiolog i en gruppepraksis i Lemmer i Nordholland gav en reduktion i antallet af henvisninger på 27 %. Det var nok til at udgifterne til forsøget var tjent hjem, og forsikringsselskabet ønsker derfor nu at udvide ordningen med flere andre specialer.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Ofte forklarer de denne servicemindedness med den afhængighedsrelation, de har til de praktiserende læger. Flere af dem understreger i den forbindelse, at det er de praktiserende læger, som skal levere patienterne til dem.

<sup>46</sup> Foredrag ved A. Oomen på konferencen The Future of Primary Care i Utrecht 11-13 oktober

Udover disse meget håndgribelige resultater, så understreger de læger, vi har talt med, at de fælles konsultationer også er en videreuddannelse af speciallægerne, som får en øget forståelse for den almenmedicinske tilgang til patienten. Flere giver udtryk for, at et af de vigtigste resultater af disse tiltag er, at de øger kendskabet og forståelsen mellem praktiserende læger og speciallæger og skaber personlige relationer.

Der er dog flere barrierer for disse ordninger. Den primære barriere er finansiering. Tiltag af denne type kræver ekstra støtte. Da det involvere læger fra både sygehuse og almen praksis, skal pengene endda findes i to separate budgetter. De fleste af de tiltag vi fik beskrevet blev finansieret med projektstøtte. Som regel i forbindelse med aftaler indgået med forsikringselskaberne. De praktiserende læger kan også vælge at skyde penge i projektet fra den faste del de har afsat til videreuddannelse. Denne finansieringsform bevirker for det første, at der skal være nogle ildsjæle, som tager initiativet og får det til at ske. For det andet bevirker det, at tiltagene ofte afvikles efter projektførelsesudløb. I forvejen skal der afsættes ekstra tid til at gennemføre de fælles konsultationer. Det skal lægges sammen med det organiseringsmæssige og finansieringsmæssige besvær, der er forbundet med gennemførelsen af tiltaget. To af de interviewede læger mener på den baggrund ikke, at denne type tiltag er den rigtige løsning for dem<sup>47</sup> (106; 116).

#### Alternative henvisningsformer

Begge de læger, som udtrykker skepsis overfor fælles konsultationer understreger til gengæld, at de ser en stor fremtid i udviklingen af forskellige alternative former for henvisning. Formålet er at finde samarbejdsformer, hvor speciallægens kompetencer inddrages, men hvor så stor en del af behandlingen som muligt forbliver i almen praksis.

De to læger gav eksempler på sådanne tiltag i forbindelse med diagnosticering af KOL-patienter. Lungespecialisten Frank Smeenk beskriver, hvordan han i fællesskab med de praktiserende læger i området har udviklet en model, hvor patienterne bliver henvist til lungefunktionstest på hospitalets laboratorium. Speciallægen modtager resultatet fra laboratoriet sammen med en beskrivelse af patientens symptomer og relevant sygehistorie fra den praktiserende læge. På den baggrund analyserer speciallægen resultatet og sender et kommenteret laboratorieresultat med diagnoseforslag tilbage til den praktiserende læge.

Den praktiserende læge Niels Chavannes omtaler et lignende samarbejde. Han er læge i et sundhedscenter, hvor der køres et omfattende disease management program for KOL-patienter. De forestår derfor selv diagnosticeringen af mild og middelsvær KOL. Men i forbindelse med patienter, der har svær KOL, benytter han en såkaldt 'diagnostisk henvisning'. Patienten henvises til speciallægen, som gennemfører en række test, som kun kan forstås af en specialist. På den baggrund diagnosticeres patienten, som derefter sendes tilbage til den praktiserende læge med en præcis diagnose og en vurdering af det passende behandlingsforløb for patienten.

---

2006

<sup>47</sup> F. Smeenk mener til gengæld, at fælles konsultationer med den praktiserende læge og lungesygeplejersken fra hans afdeling kunne være fornuftige. Lungesygeplejersken har efter hans mening specialviden nok på området til at kunne støtte og opkvalificere den praktiserende læge og samarbejdet kunne skabe gode samarbejdsrelationer mellem sygehus og almen praksis.

Denne form for speciallægeassisteret diagnosticering findes på flere andre områder. Især udvikles stadig flere former for telemedicinske metoder til denne type samarbejde. På det dermatologiske område er der nu flere klinikker i Holland, som tilbyder diagnosticering ved hjælp af digitale fotos af patienten. Her får den praktiserende læge en vurdering af patientens hudproblemer fra en dermatolog på baggrund af digitale foto og lægens beskrivelse. Resultatet gives inden for 24 timer og fungerer ifølge en af de interviewede praktiserende læger upåklageligt (116). Et studie viser, at denne ordning kan reducere antallet af henvisninger med 51 % (119). N. Chavannes vurderer, at der er store muligheder for at udvide med flere telemedicinske ordninger på en række andre områder. Blandt andet i forbindelse med EKG-undersøgelser og hjertekardiogrammer.

Fælles for disse forskellige alternative henvisningsformer er, at den praktiserende læge beholder ansvaret for og kontakten til patienten, og kun inddrager speciallægen som hjælp til at fastlægge diagnosen og den behandling, der skal gennemføres. For patienten betyder det, at behandlingen fortsat kan foregå hos egen læge tæt på hjemmet. Desuden betyder det, at det er den læge, som har det største kendskab til patienten, som kan forestå behandlingen.

På alle disse områder har forsikringsselskaberne spillet en aktiv rolle. For at kunne gennemføre denne type tiltag er det nødvendigt at have forsikringsselskabet med. Det er forudsætningen for at få finansieret tiltaget. I forhold til de kommenterede laboratorieresultater, som lungespecialisten F. Smeenk udfører, er der aftalt et fast honorar, som han som specialist får per patient.<sup>48</sup> Det er altså den praktiserende læge, der bestiller en ydelse hos speciallægen, som udløser et fast honorar fra forsikringsselskabet. En tilsvarende ordning gør sig gældende for de 'diagnostiske henvisninger', som N. Chavannes benytter. Med hensyn til de telemedicinske ordninger gives der et fast honorar både til speciallægen og til den praktiserende læge. Forsikringsselskabet belønner således praktiserende læger for at benytte denne konsultationsform, da de sparer store beløb på at nedbringe antallet af egentlig henvisninger. Disse ordninger kan alle karakteriseres som såkaldte 'transmurale projekter', hvor nye samarbejdsrutiner mellem primær og sekundær sektor søges udviklet.

### *Guidelines og programmer*

#### Transmurale guidelines

I Holland har man de seneste år eksperimenteret med udviklingen af såkaldte 'transmurale guidelines'. Ideen med disse guidelines er, at de skal beskrive samarbejdsprocedurerne mellem den praktiserende læge og speciallægen: kliniske indikatorer for

---

<sup>48</sup> Der er stor debat i Holland om det fornuftige i at lade praktiserende læger udføre og tolke spirometriundersøgelser. F. Smeenk understreger at, honoraret for spirometritest inklusiv speciallæge vurdering ikke er dyrere end det særlige honorar, man er blevet enige om at tildele praktiserende læger, som udfører spirometri i egen praksis. N. Chavannes, der har gennemført studier af netop dette, vurderer, at trænede POH'er kan gennemføre spirometritesten forsvarligt (og langt bedre end praktiserende læger), mens praktiserende læger kan læse resultatet og diagnosticere milde og middelsvære tilfælde forsvarligt. De svære KOL-tilfælde skal omkring en speciallæge. F. Smeenk er skeptisk i forhold til om de praktiserende læger har den nødvendige rutine til foretage og læse spirometriundersøgelser ordentligt. Han udtrykker bekymring for, at det økonomiske incitament, som bliver benyttet for at lokke de praktiserende læge til at udføre spirometri, er for stærkt. Desuden mener han, at hvis man betaler det samme, som det koster, at lade en specialist gøre det, er formålet svært at se.

hvornår den praktiserende læge bør henvise en patient til speciallægen, og hvornår speciallægen bør tilbagehenvise patienten, præcisering af hvilke former undersøgelser, der bør foretages før henvisning mv.

Udviklingen af de transmurale guidelines har ofte foregået regionalt, selvom en del også er blevet udviklet på nationalt plan. Derfor er der ikke et klart overblik over antallet af transmurale guidelines. I 2000 var der alene i regionen Groningen 16 transmurale guidelines under udvikling (120). Frank Smeenk, en af de interviewede speciallæger, har deltaget i udviklingen af en transmural guideline for KOL, og han vurderer, at disse tværsektorielle guidelines indtil videre har haft begrænset succes. Det er ofte en lang og svær proces at nå frem til fælles guidelines, da holdningerne til behandlingen kan divergere betragteligt mellem speciallæger og praktiserende læger – især spørgsmålet om hvor patienten bør behandles. Frank Smeenk ser de transmurale guidelines ikke kun som udtryk for nogen klare kliniske retningslinier men også som udtryk for et kompromis mellem forskellige aktører i behandlingen. Alle de interviewede læger vurderer, at der er meget begrænset succes med selve implementeringen af de transmurale guidelines. De vurderer, at årsagen er, at der er behov for en lokal fortolkning for at de kan benyttes i praksis. Det vil sige at praktiserende læger og specialister bør bruge de transmurale guidelines som udgangspunkt for en forhandling, der kan lede til lokale aftaler. Ellers er de svære at bruge (106; 110; 113). Selvom der er stor skepsis omkring brugen af de transmurale guidelines understreger F. Smeenk at alene processen omkring udviklingen af dem er meget positiv i forhold til at bringe praktiserende læger og specialister sammen og diskutere hvordan behandlingen på tværs af sektorerne bør foregår. De holdninger vi fandt blandt de interviewede læger støttes af en undersøgelse af holdningen til transmurale guidelines blandt speciallæger, som blev gennemført i 2000. Undersøgelsen viste, at speciallægerne mangler motivation og finansielle incitamenter til at benytte de transmurale guidelines. Det konkluderes, at der er brug for et implementeringsprogram, som tager højde for de organisatoriske og økonomiske aspekter af arbejdet med guidelines (120).

#### Disease management programmer

En stærk trend i disse år i Holland er udviklingen af *disease management* programmer for de største kroniske sygdomme. Især har et markant fokus på diabetesområdet drevet denne udvikling frem gennem en række målrettede tiltag, men også på KOL-området og hjerteområdet er der gang i udviklingen af særlige programmer. Diabetes har været spydspids i denne udvikling og såvel regering som forsikringsselskaber har været meget aktive i at sætte diabetesbehandlingen på dagsordenen. På den kliniske side har udgangspunktet været de guidelines, som er blevet udviklet af NHG med fokus på behandlingen i almen praksis og af det lægelige selskab for intern medicin med fokus på behandlingen i sekundærsektoren. Men for at få fokus på den samlede og sammenhængende behandling har den hollandske diabetesforening (NDF) stået for udarbejdelsen af et forløbsprogram, hvor det er specificeret, hvad de forskellige sundhedsprofessionelle aktører bør gøre. Med udgangspunkt i dette forløbsprogram eksperimenteres der i øjeblikket med forskellige organisatoriske modeller for at få programmet ført ud i praksis. På den finansielle side har man udviklet en samlet DBC for hele behandlingsforløbet. Det betyder, at organisationer, som påtager sig at stå for det samlede behandlingsforløb, betales et årligt engangsbeløb på 250-400 €, for hvilket

de forskellige behandlingselementer skal købes. Derfor er der en hektisk udvikling på den organisatoriske side af diabetesbehandlingen. Typisk er det grupper af 15-20 praktiserende læger, som står for oprettelsen af en 'stiftelse', der kan stå for organiseringen af diabetesbehandlingen. Men det kan også være andre aktører, som påtager sig opgaven. Disse organisationer går under betegnelsen 'chain care'-organisationer. De står for det organisatoriske, logistiske og finansielle i behandlingen – men ikke det kliniske overblik, som fortsat skal ligge hos den praktiserende læge. De indgår typisk en række faste kontrakter med leverandører. Rammen for den behandling, som bliver leveret, er NDF-forløbsprogrammet (interview, Christiaan Lebbink).<sup>49</sup> Blandt de interviewede er der stor uenighed om, hvor god denne udvikling er. Flere af de praktiserende læger er stærkt kritiske over for oprettelsen af særskilte organisationer til enkelte behandlingsprogrammer. De anser det for at fragmentere den samlede behandling af en patient, og for at være en voldsom dyr løsning. Disse læger fremhæver, at en meget stor andel af diabetespatienterne har flere kroniske sygdomme, og derfor skal behandlingen af en patient ses samlet og ikke adskilles for hver enkel sygdom (110; 113).

Andre mener, at de nye organisationer 'blot' fungerer som en støtte for den praktiserende læge, som stadig har det overordnede kliniske ansvar og dermed også mulighed for at integrere behandlingen (111; 121). N. Chavannes, der er praktiserende læge, anerkender kvaliteten i de programmer, som disse organisationer kan levere, men mener, at det for at undgå fragmentering bør foregå inden for rammerne af et sundhedscenter. Dermed får man fordelene af begge verdener. Man kan levere den sammenhængende og professionelle kvalitet, som ligger i programmerne, samtidig med at det organisatoriske overblik forbliver inden for den samme organisation. De to meget kritiske praktiserende læger nævner begge samme pointe. At man i stedet for opbygningen af disse særlige disease management organisationer bør forankre programmerne i sundhedscentre, der står for den samlede behandling af patienten (110; 113).

Det er endnu for tidligt at give et klart billede af erfaringerne med denne udvikling, men det bliver være spændende at følge de hollandske erfaringer med etableringen af en målrettet indsats over for diabetesbehandlingen.

### **5.3.5 Relationen mellem social- og plejesektor og det behandlende sygehusvæsen**

Vi har oven for omtalt støtten til det såkaldte transmurale samarbejde, og enkelte af de konkrete projekter, som har været rettet mod udvikling af konsultationsformer for specialister, og udviklingen af særlige guidelines. I praksis har langt den overvejende del af projekterne med fokus på transmurale partnerskaber haft som udgangspunkt at forbedre sammenhængene mellem sygehusvæsenet og plejen i hjemmet. I en doktorafhandling fra 2001 identificeres 271 konkrete lokale projekter. Over halvdelen af disse projekter kan karakteriseres som direkte rettet mod samarbejdet mellem hjemmepleje og hospitalspleje. Det gælder projekter med specialiserede sygeplejersker, som udfører

---

<sup>49</sup> Christiaan Lebbink er direktør for firmaet Diagnosis4Health (d4h), som udvikler integrerede it-baserede behandlingsmodeller til primærsektoren. Især har d4h haft succes med et komplet software-program til diabetesbehandling. Softwaren er baseret på NDF-forløbsprogrammet, og består af udførlige protokoller for alle dele af diabetesbehandlingen. Som en del af programmet indgår også rapporteringsværktøjer, som indsamles og bearbejdes af d4h, som udarbejder populationsbaserede rapporter tilbage til praksis, som således kan overvåge diabetespopulationen og måle effekten af indsatsen. Der er mere information om d4h på deres hjemmeside [www.d4h.nl](http://www.d4h.nl).

forskellige former for udgående funktioner i et samarbejde mellem hospital og hjemmeplejeorganisation, det gælder målrettet udskrivningsplanlægning, hvor en særlig 'transfersygeplejerske' står for koordineringen, det gælder teknologiske udviklingsprojekter rettet mod udvikling af udstyr til bedre og mere avanceret pleje i hjemmet. Desværre er der ikke noget overblik over alle de forskellige projekter, og der er ikke foretaget nogen form for systematisk evaluering af de forskellige projekter. Afhandlingen anbefaler, at der nu indføres en mere top-down approach, som går systematisk til værks i effektevalueringen og udbredelsen af de lokale projekter, som har virket mest givtige (112). I de interviews vi har gennemført er der ingen af interviewpersonerne, som selv er kommet ind på det transmurale koncept, og når det er blevet bragt på banen, har alle ment, at det ikke længere var relevant. Det var noget, der var stort for 5-10 år siden (99; 110; 113; 115). Der er således ikke meget, som tyder på, at anbefalingerne fra ph.d'en er blevet fulgt op.

#### 5.4 Opsamling Holland

Generelt er der i det hollandske sundhedssystem store barrierer mellem de forskellige sektorer og finansieringssystemer, som skaber store udfordringer i forhold til at levere sammenhængende patientforløb. Der har i en lang årrække været en stor bevidsthed omkring disse udfordringer, og der er derfor gennemført en mængde tiltag, som skal imødegå disse barrierer. Omvendt har der de seneste år været et stigende fokus på at skabe et mere konkurrencepræget og efterspørgselsorienteret sundhedssystem, og det er ikke altid, at de sidstnævnte reformer går hånd i hånd med ønsket om mere sammenhæng.

Mere overordnet viser analysen, at en afgørende faktor for at der kan skabes sammenhængende patientforløb og koordinering på tværs af organisationer er, at der etableres personlige relationer mellem de aktører, som skal samarbejde. De steder, hvor organisationen og kulturen understøtter etableringen af langvarige personlige relationer mellem behandlerne er også der, hvor samarbejdet og koordineringen foregår bedst.

I forhold til en dansk kontekst vurderes særlig følgende hollandske initiativer interessante:

- ◆ *Praksispersonale*: specialuddannede sygeplejersker og doktorassistenter har i Holland ændret det tværfaglige samarbejde omkring kronikerbehandlingen radikalt. Alle de interviewede praktiserende læger giver udtryk for, at det har forbedret behandlingen af især de store kronikergrupper. Forskellige studier af introduktionen af nyt klinikpersonale bekræfter, at det har haft positiv effekt på behandlingen. Således har studier vist effekt på kliniske mål, procesmål patienttilfredshed og egenomsorg
- ◆ *Speciallægen som konsulent og rådgiver*: De praktiserende læger benytter i høj grad speciallægerne som en form for konsulenter, de kan spørge til råds i tvivlsspørgsmål vedrørende behandlingen af konkrete patienter. Blandt speciallægerne opfattes det som naturligt at de praktiserende læger kan få rådgivning gratis. Flere forsøg viser endvidere, at egentlige fælles konsultationer både kan fungere som fungerer som en form for videreuddannelse af den praktiserende læge og give en ganske betragtelig reduktion i antallet af henvisninger. Modsat er der en række finansielle barrierer for disse ordninger.

- ◆ *Guidelines:* Guidelines og protokoller spiller en meget stor rolle i den hollandske praksissektor. Holland er et af de lande, hvor de praktiserende læger er længst fremme med udviklingen af deres eget sæt af kliniske guidelines. I dag er der udviklet over 80 forskellige guidelines og de praktiserende læger giver alle udtryk for, at det er et af deres suverænt vigtigste værktøjer i det daglige arbejde.





## 6. Koordinering af sammenhængende patientforløb i Sverige

### 6.1 Det svenske/skånske sundhedssystem

Det svenske sundhedssystem er karakteriseret ved decentralisering, enten til Län (Amter) eller til regionale selvstyrelser som er dannet ved sammenlægning af flere Län eller kommuner. Da organiseringen af sundhedstjenesten er meget forskellig fra amt til amt, har vi valgt at koncentrere os om et enkelt regionalt niveau. Da man i Region Skåne de seneste ca. fem år har arbejdet systematiske med tiltag til at ændre grundstrukturen i sundhedssystemet med det eksplicite formål at forbedre patientens vej gennem sundhedsvæsenets niveauer og institutioner (122), blev Region Skåne udvalgt som case i forhold til de organisatoriske analyser. Region Skåne opstod i 1999 ved en sammenlægning af to amter og en kommune, og dækker i dag 33 kommuner og har en samlet befolkning på knap 1,2 mio. indbyggere (123).

#### 6.1.1 Finansiering

Sverige har et skattebaseret sundhedssystem, som omfatter hele befolkningen. Hovedparten af sundhedsudgifterne finansieres gennem skatter (85%), resten udgøres af brugerbetaling og forsikringer (124). Frivillige forsikringer tegnes kun i begrænset omfang og ca. 90% af forsikringerne er tegnet af arbejdsgivere.

Ved brug af rammebudgetter er det finansielle ansvar decentraliseret til regionen. Mange amter i Sverige har siden starten af 1990'erne forsøgt at indføre en form for køber-sælger organisering kombineret med aktivitetsbaseret afregning i stedet for rammestyrelse (125). Region Skåne havde det som forsøg fra 1999 frem til 2003. Her tildeltes de enkelte distriktsnämnd en form for behovsbaseret bevilling (efter objektive kriterier som alder og køn) fra Regionsstyrelsen. Beløbet skulle dække udgifter til køb af sundhedsydelser for distriktets indbyggere (126). Forsøget i Skåne blev dog ikke videreført efter 2003.

Regionens totale budget til sundhedssektoren udgøres af bloktilskud fra staten, indkomstskatter, brugerbetaling og godtgørelse for behandling af udenamts patienter. Regionen beslutter selv, hvor stor amtsskatten skal være og hvordan ressourcerne skal fordeles. Regionen finansierer sygehuse, vårdcentraler, private specialister og tandlægeydelser for personer under 20 år (127).

#### *Brugerbetaling*

Staten har ved lovgivning fastsat, hvor meget en borger maksimalt må betale for en tolv måneders periode og regionen beslutter herudfra faste brugerbetalinger for de forskellige sundhedsydelser. Den maksimale direkte patientbetaling til sundhedstjenester i primærsektoren og ved sygehusenes akutmodtagninger<sup>50</sup> ligger på 900 svenske kroner, herefter bliver patientens udgifter fuldt subsidieret af den nationale sociale forsikring.

<sup>50</sup> Medicinforbrug og tandlæge er ikke inkluderet. Den maksimale brugerbetaling for medicin er

For ældre og handicappede personer, der modtager kommunal hjælp, er der et totalt loft på 900 svenske kr. for alle sundhedsydelse<sup>51</sup> og tandlægeydelser. Der er ikke brugerbetaling for personer under 20 år<sup>52</sup> (123 ; 128).

I et forsøg på at påvirke patienternes efterspørgsel er brugerbetalingen ved besøg hos en alment praktiserende læge mindre end ved besøg på sygehus. Betaling for konsultation hos en alment praktiserende læge i Region Skåne er 150 svenske kroner og hos øvrige specialister og ved sygehusenes akutmodtagning er beløbet dobbelt så stort. Det er gratis at opsøge sygeplejersker i primærsektoren. Brugerbetaling for indlæggelse på sygehus udgøres af et dagligt beløb per overnatning på 80 svenske kroner den første måned og derefter 40 svenske kroner per overnatning (129).

### 6.1.2 Ressourcer

Antallet af ansatte i det svenske sundhedsvæsen er relativt højt. I Region Skåne er der 3,2 læger per 1000 indbyggere og 9 sygeplejersker per 1000 indbyggere. Størstedelen af lægerne er beskæftigede i sygehussektoren, hvilket bevirker, at der er en generel mangel på alment praktiserende læger. I 2003 var der gennemsnitligt 0,6 praktiserende læge per 1000 indbygger i Sverige<sup>53</sup> (19). Antal besøg per borger hos en alment praktiserende læge er meget lav. I 2005 havde en borger i gennemsnit kun 1,37 lægebesøg i primærvården<sup>54</sup> i Region Skåne. Generelt i Sverige har der været en satsning på andet personale end læger i primærvården. I Region Skåne har hver indbygger gennemsnitlig 2,2 besøg hos andet personale end den alment praktiserende læge, eksempelvis en sygeplejerske. Antallet af sygeplejersker per indbygger ansat udenfor sygehusene er steget med næsten 30% mellem 1999 og 2005 (130; 131).

### 6.1.3 Politisk organisering

Det svenske sundhedssystem er offentligt ejet og overvejende skattefinansieret. På det nationale niveau er *Socialdepartementet* ansvarlig for den overordnede sundhedspolitik og lovgivning. Under Socialdepartementet findes en række styrelser hvoraf Socialstyrelsen er den centrale rådgiver for regeringen. Blandt andre funktioner fører Socialstyrelsen tilsyn med amterne, herunder sundhedspersonalet. Lokalt er kommunerne ansvarlige for at yde og finansiere sociale velfærdsopgaver såsom ældrepleje, børnepasning og skolesundhedspleje. Region Skåne har ansvar for at udbyde, administrere og finansiere sundhedsydelser i primærsektoren og på sygehusene (125).

Siden 1999 har det nydannede Region Skåne haft det overordnede ansvar for det skånske sundhedsvæsen – undtagen de kommunale sundhedsydelser. Den øverste politiske myndighed består af 149 folkevalgte regionfullmægtige. De udpeger regionsstyrelsen, som er Region Skånes daglige ledelse bestående af 15 medlemmer. Det er Hälso- och sjukvårdsnämndets opgave at forberede de spørgsmål, der skal besluttes af regionstyrelsen og regionfullmægtige og nævnet har desuden ansvar for, at gennemføre

---

1800 svenske kr.

<sup>51</sup> Inkl. sygehusindlæggelse

<sup>52</sup> Per 1. januar 2007 indføres brugerbetaling fra det 12. år

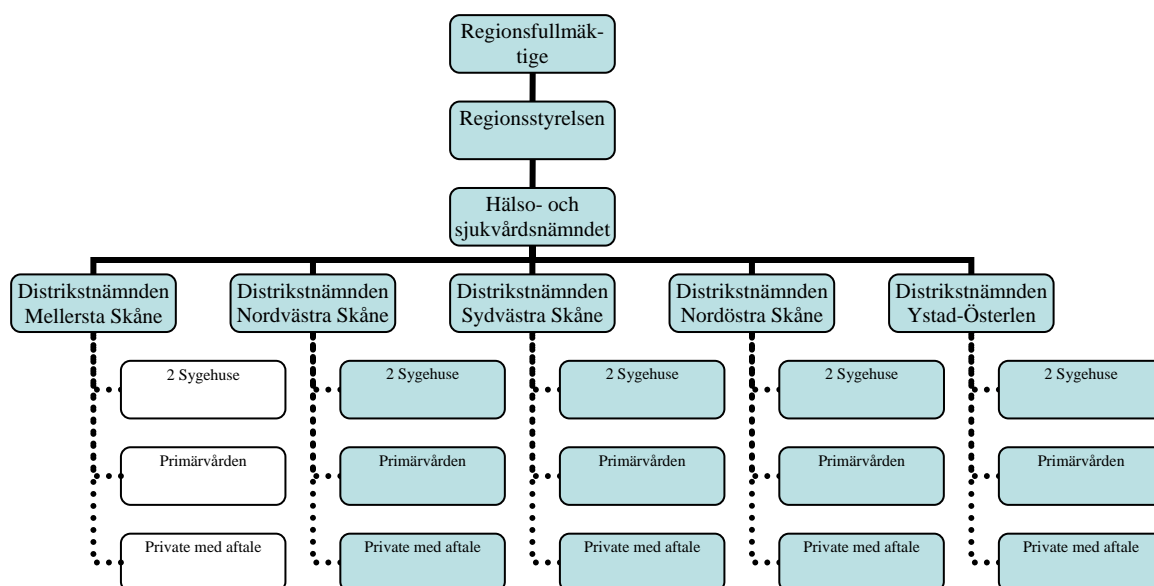
<sup>53</sup> Inkluderer alle praktiserende læger ansat i sundhedssektoren, hvor den seneste specialkompetence er i almenmedicin

<sup>54</sup> Primærvården omfatter det arbejde, der udføres af alment praktiserende læger og distriktssygeplejersker ansat indenfor regionen. Al mødre- og barneomsorg ligesom fysio- og ergoterapi er også arbejdsfelter indenfor primærvården (127).

de beslutninger, der tages af regionfullmægtige. Regionen er organiseret i 5 sjukvårdsdistrikter, som hver har et politisk valgt distriktsnämnd. De enkelte distriktsnämnd har ansvaret for sundhedsvæsnen i eget distrikt, som omfatter sygehuse, primärvården og private udbydere. Distriktsnämnets opgave er bl.a. at udarbejde aftaler (opdrag) og lægge budgetter for de offentlige producenter og lave aftaler med de private specialister. Distriktsnämndene består af en blanding af heltids- og fritidspolitikere. Til hvert distriktsnämnd hører en administration, der ledes af en sjukvårdsdirektör. Nedenstående figur 9 viser den politiske organisering af sundhedssystemet i Region Skåne, som det har været gældende siden 2003, hvor fem distrikter for primärvården blev grundlagt inden for samme geografiske afgrænsning som sygehusområderne. Hvert distrikt fik en primärvårdsforvaltning ledet af en primärvårdschef, som har ansvaret for forvaltningens drift og resultat. Oprindeligt var primärvården organiseret sammen med sygehusene med en administration ledet af sjukhuschefen, hvorefter primärvården kom ind i sin egen organisation med én samlet primärvårdschef.

Distriktsnämndene er ansvarlige for at lave en samlet aftale til primärvårdsforvaltningen og forvaltningschefen skal aktivt arbejde med at forankre målene i aftalen og er ansvarlig for eventuelle afvigelser (132; 133).

Figur 6.1 Den politiske organisering af sundhedssystemet i Region Skåne<sup>55</sup>



55 Efter valget i september 2006 er det besluttet, at den politiske organisation skal ændres og distriktsnævne skal, som de ser ud i dag, nedlægges. Distriktsnämndene erstattes af fire "beredninger". Nærsvårdsberedningen skal udelukkende arbejde med nærsvårds i samarbejde med kommunerne. Distriktsnämndenes øvrige ansvar på sundhedsområdet overføres til hälsa- och sjukvårdsnämndet – eksempelvis aftaler med udbydere af sundhedsydelse.

#### 6.1.4 Organisering af almen praksis

De primære sundhedstjenester i Skåne findes først og fremmest på de ca. 100 - 120 lokale vårdcentraler og andre enheder for primære sundhedstjenester, som har eget resultatansvar. Den alment praktiserende læge kan have sin praksis både i en offentlig vårdcentral eller i privat regi. Størstedelen af det svenske sundhedspersonale er offentligt ansatte. I 1997 arbejdede 86% af de alment praktiserende læger i offentlige vårdcentraler, 12% arbejdede i private vårdcentraler og 7% var privatpraktiserende læger (125; 134). I Region Skåne arbejder 69% offentligt og 31% privat (personlig kommunikation: Bo Friberg, Region Skåne).

##### *Familielæger*

I Sverige har der siden starten af 1990'erne været fokus på, at en fast let tilgængelig lægekontakt er en forudsætning for at skabe kontinuitet og sammenhæng i patientforløb (135). I 1994 blev husläkarlagen gennemført, men allerede samme år som loven trådte i kraft, blev det besluttet, at den skulle ændres (136). I 2000 kom regeringen med en handlingsplan, der fremhæver, at borgerne bør have mulighed for at vælge egen familielæge (137), hvorefter Region Skåne i 2002 indførte et nyt familielægesystem med patientlister. Det er i dag muligt for alle skånske borgere at vælge en familielæge, men det er ikke et krav. Per 1. september 2006 har 73 % af Region Skånes indbyggere valgt familielæge (personlig kommunikation: Arvo Jääskeleinen, controller, Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt). Der er to formål med familielægesystemet, dels den faste lægekontakt, dels den økonomiske finansieringsmodel. Patienterne kan selv vælge, om de skal listes hos en læge eller en vårdcentral. Selvom patienterne vælger en bestemt læge, så går aflønningen til hele vårdcentralen (125).

##### *Behandlingsgaranti og ventetid*

Ifølge den nationale vårdgaranti, som trådte i kraft den 1. november 2005, skal primärvården tilbyde kontakt eller besøg samme dag og tid hos en alment praktiserende læge inden 7 dage. Fra diagnose til behandling må der højst gå 90 dage og behandlingsgarantien omhandler alle sygdomme (138). Vårdgarantien er en gensidig overenskomst mellem regering og regionen og ikke en egentlig garanti forstået på den måde, at der ikke findes sanktioner for ikke at efterleve den. Patienter kan dog i det omfang, der er plads, vælge behandling i en anden region.

Ventetiden for konsultation hos en alment praktiserende læge er lang og patienten er ikke garanteret at få tid hos sin valgte familielæge, idet konsultation kan tilbydes hos en af de eventuelle andre læger i vårdcentralen eller enheden (139). En stikprøveundersøgelse foretaget i 2005 viste, at 39 % af patienter med ikke-akutte behov måtte vente 8 dage eller mere på besøg hos en alment praktiserende læge i Region Skåne. De blev fortrinsvist henvist til jourmottagning<sup>56</sup>, til en sygeplejerske i vårdcentralen eller blev bedt om at vente længere (134).

#### 6.1.5 Honorering og kontrakter

Alle de offentlige vårdcentraler i Skåne er familielægevirksomheder og arbejder under den samme aftale. Aflønningen til familielægevirksomhed består af to dele: Fast aflønning, som udgør den største andel, og aktivitetsbaseret aflønning.

---

<sup>56</sup> Svarende til det danske vagtlægesystem

### *Fast aflønning*

Den faste aflønning baseres for det første på antal listede patienter. Der gives et fast beløb per aldersvægtede point. Pointsystemet er inddelt i fire aldersklasser, hvor der gives 1,5 point for de 0-6 årige, 1,0 point for de 7-64 årige, 2,0 point for de 65-79 årige og 4,0 point for de 80+ årige. For det andet udgøres den faste aflønning af områdeansvar, heriblandt til lægeindsats i kommunerne og til patienter der ikke er listede eller er på besøg i området. Dele af områdeansvarsbeløbet kan af distriktsnämndet afsættes til målrettede opgaver.

### *Aktivitetsbaseret aflønning*

Den aktivitetsbaserede aflønning kan baseres på besøg, præstation eller opgave (tabel 1). Der er et totalt loft på den aktivitetsbaserede indkomst. En familielæge, som arbejder fuldtid, skal minimum have 1800 gennemsnitlige aldersvægtede personer på sin liste. Der er ikke loft for, hvor mange der må være på listen, men når der er over 2100 aldersvægtede personer på sin liste, reduceres taksterne med 50%. Herudover får specialmodtagningerne et fast beløb per år (140).

*Tabel 6.1 Takst pr. konsultation i Region Skåne*

| Konsultationstype                    | Takst i SEK |
|--------------------------------------|-------------|
| Besøg hos alment praktiserende læge  |             |
| Listet patient bosat i Region Skåne  | 264         |
| Ulistet patient bosat i Region Skåne | 340         |
| Udenamtspatient                      | 560         |
| Hjemmebesøg                          |             |
| Listet patient                       | 528         |
| Ulistet patient                      | 680         |
| Telefonrådgivning <sup>57</sup>      | 112         |

Der findes to typer af offentligt finansierede private alment praktiserende læger. Der er dels de læger, der arbejder under "lagen om läkarvårdersättning", hvor aflønningen er nationalt fastlagt og virksomheden kontrolleres af staten, og dels de læger eller enheder, der laver en specifik aftale med distriktsnämndet (141). De læger, der laves aftale med, aflønnes efter en aktivitetsbaseret finansieringsmodel. En del af de privatpraktiserende læger arbejder under samme aftale som de offentlige familielæger (140). Hos de offentligt finansierede private læger er brugerbetalingen den samme som ved de offentlige vårdcentraler. I Sverige findes der kun få private læger, der ikke finansieres af det offentlige. Private læger må ikke få ansættelse i det offentlige, de skal arbejde fuldtid i den private praksis og være under 65 år. Amterne kan dog fravige disse regler med særlige aftaler (128).

## **6.2 Netværket omkring almen praksis i Region Skåne**

Netværket omkring den alment praktiserende læge består af sygehussektoren og private specialister, af den kommunale sektor og af primärvården. Vårdcentraler udgør en stor bestanddel af primärvården (127). Den alment praktiserende læge og netværket

<sup>57</sup> Skal medføre journaloptegnelse

omkring denne er de centrale aktører i det såkaldte *närsjukvård*, som skal udgøre grundstrukturen i den ny organisering af det skånske sundhedssystem.

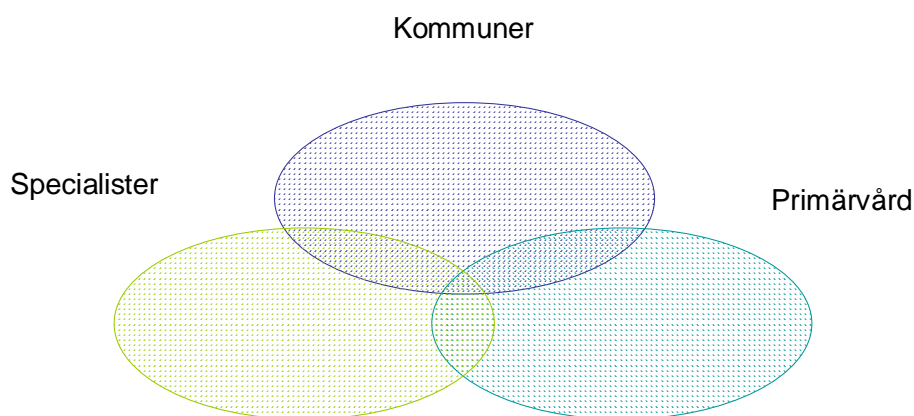
### 6.2.1 Udvikling af det skånske sundhedsvæsen

Region Skåne og kommunalforbundet Skåne startede i 2001 en bred proces kaldet *Skånsk livskraft – Vård och hälsa*, som tager udgangspunkt i, at sundhedssystemet skal struktureres ud fra patientens samlede behov og ikke splittes op i adskilte processer. I processen med at udvikle mål blev sygehuse, primærvården, private udbydere, kommuner og patientorganisationer involveret og i 2004 besluttede Hälso- och sjukvårdsnämndet at gennemføre reformen. Den nye grundstruktur omfatter fire såkaldte vårdlogikker, som er närsjukvård, akutsjukvård, elektiv vård og højspecialiserede vård.

#### *Närsjukvård*

Det grundlæggende i sundhedssystemet skal være närsjukvård, som skal have ansvaret for størstedelen af lokalbefolkningens daglige sundhedsbehov. Närsjukvården omfatter hele primærvården og det kommunale sundhedsvæsen. Derudover omfatter närsjukvården også en betydelig del af intern medicin, psykiatri, geriatri, palliativ pleje, rehabilitering, træning (habilitering) og hjælpemiddelsektoren. Det betyder, at dele af sygehussektoren også indgår i närsjukvården.

Figur 6.2 Aktører i närsjukvården. (142)



Närsjukvården skal sikre tilgængelighed og kontinuitet ved at koordinere relevante funktioner, kompetencer og ressourcer i hver enkelt patientsituation. Det skal ske ud fra et udvidet samarbejde mellem primærvården, det kommunale sundhedsvæsen og øvrige specialister. Strategien er, at repræsentanter fra närsjukvårdens forskellige organisatoriske dele skal være let tilgængelige for hinanden. Den nye struktur kræver, at en del af det, der tidligere er blevet udført på sygehusene, skal nærmere den enkelte borger. Visionen er at reducere kompleksiteten i sundhedssystemet ved at fokusere på og styrke lokale aktører. Særligt prioriterede områder i den nye strategi er hjemmebesøg/støtte til personer i det kommunale sundhedsvæsen, individuelle plejeplaner,

indhold og dimensionering af nærsjukvårdspladser og akut modtagning for nærsjukvård (143).

#### *Vårdprogrammer*

Strategien for skånsk nærsjukvård bygger på familielægetankegangen, hvor det er et mål, at familielægmodtagningen skal være borgerens første valg. Endvidere er strategien, at der findes tydelige rutiner og et støttende kommunikationssystem. Et redskab til at udvikle og sikre velfungerende rutiner er regionale og lokale vårdprogrammer (kliniske retningslinjer). Regionale hälso- og sjukvårdsprogrammer udvikles centralt i Region Skåne med deltagelse af politikere, repræsentanter for sygehus, primærvård, kommune og patientorganisationer. Arbejdet består i at analysere store sygdomsgrupper med det formål at beskrive behandlingsbehov, behandlingstilbud og den professionelle standard for god pleje.

#### *Ældre og patienter med kroniske sygdomme*

I Skånsk Livskraft lægges der vægt på, at behovet for tilgængelighed og kontinuitet er større for ældre og patienter med kroniske sygdomme og disse patientgrupper skal være i fokus i nærsjukvården. Patienterne skal have mulighed for at få en kontaktperson i nærsjukvården. Kontaktpersonens rolle er at give råd og støtte til patienten og ved behov at lede patienten til det rette sted i sundhedsvæsenet. Kontaktpersonen kan være patientens læge eller en sygeplejerske i enten primærvården eller det kommunale sundhedsvæsen. Endvidere skal individuelle plejeplaner udvikles og tilpasses alle patienter med kroniske sygdomme eller langvarige sygdomstilstande. Det skal ske uanset at patienten ikke er tilknyttet hjemmesygeplejen og det skal ikke kun ske ved en sygehusudskrivelse (142-145).

#### *Akut modtagning for nærsjukvård og nærsjukvårdpladser på sygehusene*

På alle sygehusene skal der findes akut modtagelse for nærsjukvård og nærsjukvårdpladser. På akutmodtagningen for nærsjukvård skal der tages hånd om de patienter, der ikke behøver akutsygehusets specialistbehandling. Det drejer sig fortrinsvist om de patienter, der i dag opsøger jourcentralerne og de internmedicinske patienter, der opsøger sygehusenes akutmodtagninger. Lægerne skal være specialister i intern medicin og uden for familielægernes åbningstider skal modtagelsen desuden være bemandet med alment praktiserende læger. Indlæggelsesmulighederne bør i første omgang være på en nærsjukvårdsafdeling. Nærsjukvårdpladserne skal være indrettede efter de hyppigst forekommende sygdomme i befolkningen – hvilket først og fremmest er indenfor intern medicin, rehabilitering eller psykiske sygdomme. Udover læger med kompetence i intern medicin og plejepersonale, skal der være biståndshandlæggere<sup>58</sup> og distriktssygeplejersker, der skal fungere som kanaler ud mod kommunerne (143; 147; 148).

### **6.2.2 Primærvården**

En kortlægning af alment praktiserende lægers aktiviteter i 25 kommuner i Sverige viste, at omkring 29% af lægens tid går med aktiviteter rettet mod patienter over 65 år. Heraf går en tredjedel af tiden med direkte patientkontakt i modtagelsen, på hjemme-

---

<sup>58</sup> Biståndshandlæggares ansvarsområde er blandt andet at udrede, bedømme og tage beslutninger vedrørende ansøgninger om hjælp. Uddannelses- og arbejdsbaggrunde er meget forskellige. De fleste har taget den sociale omsorgslinje på universitetsniveau (140; 146).

Besøg eller via telefon og en tredjedel af tiden med indirekte patientarbejde såsom journalarbejde og undervisning af personale (114).

#### *Vårdcentraler*

Alle de skånske vårdcentraler har mindst 2 alment praktiserende læger ansat og over halvdelen har mellem 5-10 læger ansat (127). Derudover er der beskæftiget adskillige faggrupper. Der er på alle eller næsten alle offentlige vårdcentraler ansat sygeplejersker, underskøterska<sup>59</sup> og lægesekretærer. På omkring 2/3 af vårdcentralerne er der fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere og omkring 1/3 af vårdcentralerne har psykologer og jordemødre. De største vårdcentraler har endvidere diætister, biomedicinske analytikere og talepædagoger (149). I Region Skåne er der ansat over 700 sygeplejersker, der arbejder i de alment praktiserende lægers modtagninger og knap 100 sygeplejersker med egen modtagningsevne. I gennemsnit er der ca. 1,9 sygeplejersker per alment praktiserende læge (personlig kommunikation: Siv-Marie Lindquist, Sveriges Kommuner- og Landsting).

Distriktssygeplejersker spiller en særlig rolle, da patientens første kontakt med sundhedssystemet i mange tilfælde er deres ansvar. På alle skånske vårdcentraler er der distriktssygeplejerskemodtagning (149). I vårdcentralen tager distriktssygeplejersken imod patienten, og sygeplejersken vurderer, hvorvidt det er nødvendigt med undersøgelse hos en af vårdcentralens læger eller med henvisning til sygehuset, eller om patienten kan nøjes med at møde op hos sygeplejersken. Sygeplejersken behandler og kontrollerer, så længe det drejer sig om mindre ting. Derudover er sygeplejerskerne involveret i hjemmebesøg. Formelt har sygeplejerskerne ikke noget selvstændigt ansvar, men arbejder under rådgivning fra lægerne (150). Uddannelsen til distriktssygeplejerske er en speciallægeuddannelse for sygeplejersker og varer 1 1/4 år. Distriktssygeplejerskens ansvarsområder er børn, hjemmesygepleje, modtagningsarbejde og folkesundhedsarbejde. Distriktssygeplejersken har lov til at skrive recepter på bestemte lægemidler (151).

På størstedelen af vårdcentralerne er der diabetes- og astma-sygeplejersker med egen konsultation og eget bookingsystem. Typisk bliver patienterne udredt hos den alment praktiserende læge. Herefter ligger alle patientens besøg hos speciallægeplejersken med undtagelse af akutte besøg og et årligt kontrolbesøg hos lægen. Udover at gå til kontrol hos speciallægeplejersken er sygeplejerskens opgaver at give støtte og vejledning, eksempelvis informere patienten om forebyggelse af astmaanfald og vejlede i inhalationsteknikker og medicin. En diabetes eller astma-sygeplejerske har mellem 1/2 - 1 1/4 års efteruddannelse (152; 153).

På vårdcentralerne er personalet i stand til at udføre mange typer af undersøgelser, idet der ved næsten alle vårdcentraler findes EKG-udstyr, peak-flow-måler, laboratorium etc. Mange vårdcentraler har også øre- og øjnekopi, audiometer, spirometer etc. (154).

#### *Jourmottagning*

Der findes otte *jourcentraler* i Region Skåne, som befolkningen kan opsøge, når vårdcentralerne er lukkede. Alle jourcentraler har weekendåbent og nogle aften- og natåbent. De er enten placeret på en vårdcentral eller ved sygehusets akutmodtagning

---

<sup>59</sup> En to-årig uddannelse på gymnasieniveau



og er bemandede af alment praktiserende læge, sygeplejerske, lægesekretær og eventuelt underskoterska. Sjukvårdsrådgivningen forestår den telefoniske henvendelse. Sjukvårdsrådgivningen er telefonisk rådgivning ved den akutte modtagelse, der gives af sygeplejersker og er åbent døgnet rundt alle ugens dage (149).

### 6.2.3 Sygehus

I Region Skåne er der 10 sygehuse, to i hvert distrikt. Sygehusene er, ligesom vårdcentralerne, fritstående enheder med eget resultatansvar. Sygehusene indgår kontrakter med distriktsnämndet om levering af ydelser og der anvendes aktivitetsbaseret finansiering. Borgernes frie adgang til sygehuse sammenholdt med at sygehusene bliver betalt per ydelse kan give sygehusene incitament til at have flere faciliteter og behandlinger end der egentlig er behov for (128).

Den alment praktiserende læge har ikke monopol på de primære sundhedstjenester og er ikke nødvendigvis involveret, når en borger kommer i kontakt med sygehussektoren og de private speciallæger, som borgerne frit kan henvende sig til. Relativt mange i Sverige, cirka 50%, vælger hospital ved den første kontakt med sundhedssystemet (125).

Det totale antal sengepladser i Sverige blev reduceret med mere end 40% mellem 1993 og 2003. Samtidig faldt den gennemsnitlige indlæggelsestid per patient, og faldet i indlæggelsestid skete overvejende i de ældre aldersgrupper. Ud over den almindelige teknologiske udvikling, tilskrives den kortere indlæggelsestid, at der har været en satsning på ikke-lægelige faggrupper i primærvården, især sygeplejersker, og Ädelreformen fra 1992. Ädelreformen indebærer, at kommunerne har betalingsansvar for den pleje, der gives til indlagte ældre patienter, når de betegnes som medicinsk færdigbehandlet af en sygehuslæge. Det gav på samme tid incitament for sygehusene til at rapportere patienter som medicinsk færdigbehandlet så tidligt som muligt og for kommunerne til at få patienter udskrevet til plejehjem eller hjemmepleje (128).

#### *Samordnet Vårdplanering*

Samordnet vårdplanering blev indført samtidig med Ädel-reformen med det formål at lave en god planlægning for de patienter, der fortsat har brug for pleje efter sygehusudskrivelse. Processen i samordnet vårdplanering består i informationsoverføring, stillingtagen til hvorvidt repræsentanter for de forskellige sektorer skal mødes og gennemførelse af planlægningen per telefon eller møde mellem de berørte parter, hvor patienten også deltager. Sygehusene er en vigtig aktør i samordnet vårdplanering. Ifølge lovgivningen er det den behandlende læges ansvar at meddele kommunen og den ansvarlige læge i primærvården, at patienten er blevet indlagt og kan komme til at behøve hjælp efter udskrivelse. Såfremt lægen bedømmer, at patienten behøver hjælp efter udskrivelse skal en "vårdplan" (plejeplan) oprettes og der skal indkaldes til vårdplaneringen. Vårdplaneringen skal påbegyndes senest dagen efter den er modtaget og skal udformes i samarbejde med repræsentanter fra primærvård og kommune. Vårdplanen skal blandt andet beskrive hvad patienten behøver af indsatser og hvilke enheder der er ansvarlige for de respektive indsatser. Endelig skal der sendes en udskrivningsmeddelelse til de ansvarlige enheder i primærvården og kommunen dagen før patienten udskrives fra sygehuset. Ifølge loven er det lægen, der har ansvaret for processen, men det praktiske arbejde ligger ofte på sygeplejersken. Siden juli 2003

har samordnet vårdplanering skulle følge ens rutiner i Region Skåne og hvis rutinerne ikke er blevet efterlevet, kan patienten formelt set ikke udskrives (155-158).

#### *Private specialister*

Der findes private specialister, eksempelvis i intern medicin, obstetrik eller urologi, som patienterne frit kan opsøge mod betaling. Det er forskelligt, hvordan de private specialister er organiserede, nogle har deres praksis på en vårdcentral og andre har egen praksis, eventuelt i samarbejde med andre specialister.

#### **6.2.4 Det kommunale sundhedsvæsen**

Med Ädelreformen i 1992 overgik ansvaret for den længerevarende pleje af ældre (+65 år) og handicappede til kommunerne, hvor det tidligere lå i amterne. Formålet med Ädel-reformen var at samle ansvaret for planlægning og finansiering af ældre- og handicapomsorgen ét sted. Herudover var ønsket at reducere antallet af de ældre patienter, der ventede på udskrivelse fra sygehuse, de såkaldte "bed-blockers". Reformen brød det traditionelle hierarki ned, da alment praktiserende læger og geriatrere ikke længere skulle være ledere af plejehjem. Modsat prioriterede kommunerne en væsentligt forbedret boligstandard for de institutionaliserede borgere (114).

#### *Aftaler*

Mellem de enkelte distriktsnämnd og tilhørende kommuner laves samarbejdsaftaler, som indeholder strategier og handlingsplaner for sundhedsydelse i kommunen. Aftalerne kan bl.a. indeholde dimensionering af lægeindsatser i kommunen og rutiner ved sygehusudskrivelse. Centralt i aftalerne er, at udvikle et nærsjukvård, der hviler på samarbejde. Aftalerne skal tydeliggøre de enkelte aktørers ansvarsområde og fastsætte under hvilke former, samarbejdet skal ske. Der kan også laves lokalt tilpassede aftaler mellem eksempelvis vårdcentral og kommune (159).

#### *Ansvarsområder*

Kommunernes ansvar er al pleje i hjemmet for de personer, som ikke er udskrivningsklare. Personer, der har brug for hjælp på grund af alderdom eller sygdom, kan få forskellige former for hjælp bevilliget af "biståndshandläggaren"<sup>60</sup> i eget distrikt. Hjemmesygepleje gives til personer som ved egen hjælp eller med ledsager ikke kan tage til den offentligt finansierede primärvård ("tröskelprincipen") og som har behov for medicinsk behandling. De kommunale distriktssygeplejersker har ansvaret for de medicinske opgaver. De er arbejdsledere for plejepersonalet og ansvarlige for kontakterne mellem patienten og dennes læge. De fungerer mere som konsulenter sammenlignet med sygeplejerskerne i primärvården. I hver kommune findes desuden en "medicinsk ansvarlig sygeplejerske", som har det overordnede medicinske ansvar for ældreplejen i kommunen. De alment praktiserende læger kan tilkaldes efter behov, og det er den patientansvarlige læge, der har det medicinske ledelsesansvar (160).

---

<sup>60</sup> Biståndshandläggares ansvarsområde er blandt andet at udrede, bedømme og tage beslutninger vedrørende ansøgninger om hjælp. Uddannelses- og arbejdsbaggrunde er meget forskellige. De fleste har taget den sociale omsorgslinje på universitetsniveau (140; 146).

*Regelmæssige møder mellem alment praktiserende læge og kommunens sygeplejersker*

Samarbejdet mellem primærvårdens læger og kommunens sygeplejersker foregår ved regelmæssige møder og kontakter. I Sjöbo Kommun er der lavet en overenskomst med vårdcentralen, som udgør rammen for samarbejdet. Kontaktlægen afsætter 1-1,5 time per uge til at mødes med den områdeansvarlige sygeplejerske i kommunen og er endvidere tilgængelig 1 time om ugen per telefon. Gennemgang af patienternes medicin foregår typisk en gang om året på opfordring fra den kommunale sygeplejerske, men er formelt den praktiserede læges ansvar. Endvidere har primærvårdens læger et ansvar for at undervise kommunens sygeplejersker om relevante emner. I Sjöbo kommune foregår det 10-12 gange om året (161-163).

### 6.2.5 Kommunikationssystemer

I den skånske region er der i dag fem forskellige elektroniske patientjournalssystemer på sygehusene og et i primærvården. De forskellige systemer fungerer meget forskelligt. I Ystad-Österlen distrikt kommunikerer sygehusenes systemer med de offentlige alment praktiserende lægers system, mens der ingen kommunikation er mellem de to systemer i Nordväste Skåne. For at imødekomme problemer med forskellige systemer er al IT blevet samlet og centraliseret i en IT-forvaltning i Region Skåne (164-167).

## 6.3 Problemer og løsninger vedrørende sammenhængende patientforløb

I dette kapitel indkredses og beskrives problemer og løsninger i forbindelse med koordinering af sammenhængende patientforløb. I afsnittet identificeres brændpunkter og broer gennem aktørvurderinger, dvs. sygehusenes, primærvårdens og kommuners syn på styrker og svagheder i patientforløb og gennem litteraturanalyse. I nedenstående figur fremgår de informanter, der er interviewet i forbindelse med projektet.

*Figur 6.3 Interviewpersoner i Sverige*

| Primærvården   | Kommune  | Syghus  | Forvaltning   | Forsker   |
|--|--|---|---|---|
| Familielæge,<br>Vårdcentralen Sjöbo,<br><i>Lars-Olof Toblansson</i>  | Medicinsk<br>ansvarlig<br>sygeplejerske,<br>Sjöbo<br>Kommune,<br><i>Ingrid Olsen</i> | Speciallæge<br>i intern<br>medicin,<br>Ystad<br>Lasarett,<br><i>Gustav<br/>Tallroth</i> | Chef for<br>primærvården,<br>Nordvest<br>Skåne,<br><i>Bjarne Jensen</i> | Docent i<br>foretagsekonomi<br>(erhvervsøkonomi)<br>v/ Foretagsekon-<br>omiska institutionen,<br>Lunds universitet.<br><i>Jan-Inge Lind</i> |
| Allmänläkarkonsulent,<br>allmänläkarkonsulent-<br>koordinator og<br>familielæge,<br>Nordvest Skåne,<br><i>Sten Tyrberg</i> |  |   |   |   |

### 6.3.1 Overordnede faktorer

#### *Reformer*

Skånsk Livskraft med nærsjukvården som centralt element er i princippet en omfattende reform af organiseringen af sundhedstjenester med det formål at sikre sammenhæng i patientforløb. I dag - over to år efter reformen er vedtaget - er der imidlertid i vid udstrækning endnu tale om visioner eller lokale projekter og ikke egentlige organisatori-

ske ændringer (168). Som nærsjuktården ønskes udformet i Region Skåne, er de alment praktiserende læger centrale aktører. De praktiserende læger er skeptiske overfor denne rolle, da en udbredt mangel på praktiserende læger bevirker, at de ikke kan indfri de krav, nærsjuktården stiller til dem. Det anses dog som en klar fordel, at der bruges lang tid på at implementere nærsjuktården, da det er en gennemgribende ændring og det må tage sin tid (166; 167).

Der findes i dag særskilt definerede nærsjuktårdspladser på tre ud af ti sygehuse i Region Skåne (personlig kommunikation: Malin Rehnström, håls- og sjuktårdsstrateg, Region Skåne). Sygehusene med nærsjuktårdspladserne er dog ikke placerede i informanternes lokalområde, og informanterne har ingen erfaring med de omtalte nærsjuktårdspladser. Generelt forsøges nærsjuktården implementeres ved lokale projekter, som er opstartet i alle distrikter og kommuner.

#### Nærsjuktårdsprojekter

Fremgangsmåden med at implementere nærsjuktårds er, at der er nedsat en lokal styregruppe for nærsjuktårds i hvert af de fem distrikter. Nedenstående figur eksemplificerer arbejdsgangen med at implementere nærsjuktårds i distriktet Nordøstre Skåne. I det pågældende distrikt har styregruppen nedsat 9 netværksgrupper (arbejdsgrupper), som har til ansvar at udvikle projekter inden for eget arbejdsfelt – eksempelvis palliativ pleje.

Figur 6.4 Netværksgrupper i Nordøstre Skåne (169)



Netværksgruppen har til opgave at kortlægge den aktuelle forskning og erfaringsbase-rede viden indenfor gruppens arbejdsområde. Herudfra planlægges og implementeres nødvendige ændringer. Typiske projekter er, at netværksgruppen udarbejder vårdprogrammer (kliniske retningslinjer) eller fremmer bedre rutiner ved samordnet vårdplanering. I nedenstående figur vises netværket indenfor sårbehandling i Nordøstre Skåne.

Figur 6.5 *Netværket Sårbehandling i Nordøstre Skåne (170)*

**Aktører i netværket.** Sygeplejersker og læger fra sygehusregi og primärvården og sygeplejersker fra kommuner. Desuden er der tilknyttet en forsker.

**Overordnede mål.** Give patienter med sår en god behandling i hele patientforløbet. Det efterstræbes at udarbejde fælles rutiner baserede på aktuel forskning og viden.

**Etisk grundlag.** Al pleje til patienter med sår gives efter fælles grundlæggende principper.

**Forventede nytte.** Ved at forbedre samarbejde mellem primärvård, kommuner og sygehus og øge kompetence hos alle aktører indenfor sårbehandling forventes en kortere sårhelingsstid og øgede livskvalitet.

**Gennemførelse.**

1. Udarbejde fælles rutiner for kommuner, primärvård og sygehus i hele distriktet.
2. Øge kompetencen hos udpegede såransvarlige aktører, hvorfra viden kan spredes til aktørens egen organisation.
3. Uddannelsesdage for al personale, der arbejder med sårbehandling.

#### *Vårdprogrammer giver velfungerende patientforløb*

I udgangspunktet er alle aktører enige om, at patientforløbene er velfungerende i de tilfælde, hvor der er lavet vårdprogrammer. Nationale og regionale behandlingsprogrammer bruges som platform for at udarbejde lokale vårdkedjar eller vårdprogrammer. De lokale vårdprogrammer er retningslinjer for fælles behandlingsprincipper og tværsektorielt samarbejde og udvikles af de vigtigste aktører inden for den enkelte sygdomsgruppe fra sygehus, primärvården og kommune. Der er pt. udviklet vårdprogrammer indenfor diabetes, sårbehandling, slagtilfælde, palliativ pleje og demens.

Fra alle sider pointeres det, at udviklingen af lokale vårdprogrammer kræver meget arbejde, bl.a. i forbindelse med identifikation af nødvendige kompetence og hvordan man takler grænsesnittet mellem ansvarsområder. Samtidigt fremhæves det, at arbejdet med at udvikle vårdprogrammer fremmer det interorganisatoriske samarbejde, da parterne fra sygehus, primärvård og kommune er nødt til at nå til enighed om arbejdsdeling, behandlingsteknologi mm. Kommunen peger endvidere på, at vårdprogrammer modvirker, at egen kultur opstår, hvilket er u hensigtsmæssigt både for samarbejdet på tværs af sektorer og når patienter skal sikres ens kvalitet i behandlingsforløb.

De alment praktiserende læger fremhæver de forskellige vilkår deltage i arbejdet med at udvikle programmerne. Mangel på alment praktiserende læger gør det svært for dem at gøre sig gældende, hvormed de er underrepræsenteret ved udarbejdelse af vårdprogrammerne. En alment praktiserende læge gav også indtryk af, at selvom man lagde et stort arbejde i at lave de lokale programmer var der en risiko for, at de blev stillet på en hylde og glemt med tiden, især når der kommer nye folk til. En undersøgelse om brugen af kliniske guidelines i almen praksis viste, at læger og sygeplejersker refererer til adskillige guidelines for hver sygdom, og i nogle tilfælde bruges der gamle versioner (171). Denne mangel på opdatering og implementering forsøger Sjöbo Kommune at løse ved at hver sygeplejerske vælger sit vårdprogram. Derved får sygeplejerskerne et afgrænset ansvar for vårdprogrammerne, som igen gør arbejdet mere overskueligt og letter forankringen af programmerne.

### 6.3.2 Almen praksis og det nære netværk

#### *Økonomi*

##### Aflønning

Distriktsnævnene har tættere økonomisk kontrol med privat end med offentlig almen praksis, eftersom den aftale som de private læger eller vårdcentraler laver med distriktsnævnet er juridisk bindende og aflønningen kan tilbageholdes, hvis lægerne ikke opfylder kontrakten.

De private praktiserende læger har aktivitetsbaserede aflønning, hvilket også er delvist indført for de offentlige vårdcentraler. Indførslen af aktivitetsbaserede aflønning har dog ingen reel betydning. For det første bliver den enkelte læge stadig månedsaf-lønnet og for det andet har det ikke nogen afgørende betydning for de offentlige vårdcentraler, om de har overskud eller underskud. Et eventuelt overskud kan bruges på at nyt udstyr til vårdcentralen, men et underskud straffes ikke systematisk.

Ifølge vores respondenter har den aktivitetsbaserede aflønning derimod betydning for de private praktiserende lægers måde at agere på. Der henvises typisk til, at de private praktiserende læger har en større patientgennemstrømning (165; 166). De ikke-akutte besøg hos en offentlig familielæge tager typisk 30 minutter, mens de private læger har flere besøg af langt kortere varighed. Forklaringen lyder entydigt, at det er den økonomiske finansieringsmodel, der ansporer de private til flere patientkonsultationer. De offentlige familielæger oplever til gengæld de relativt lange besøg meget "tunge besøg" forstået på den måde, at patienten kommer med mange problemstillinger, som der skal tages hånd om på én gang.

Det skal bemærkes at den beskrevne økonomiske kontrol ikke kan udøves over de private læger, som aflønnes efter den nationale takst. De laver ikke kontrakter med distriktsnævnet og får en fast løn uanset hvad de præsterer. Det implicerer, at hverken tilgængelighed eller gennemstrømmen af patientkategorier kan kontrolleres. Dog eksisterer, der ikke længere fri etableringsret, så den type af private praktiserende læger forsvinder i takt med, at de går på pension.

##### Brugerbetaling

Når der spørges til brugerbetaling er alle de adspurgte aktører enige om, at det ikke har den tilsigtede virkning. Fra forskerside peges på, at der er rigtigt mange patienter, der opsøger sygehusenes akutmodtagelser, som egentlig er primærvårdspatienter. Alle aktører vurderer, at der er for lille differens mellem omkostningerne ved at opsøge primærvård og sygehus.

En alment praktiserende læge oplever patienter, som går til 3-4 læger, og det kan både være offentlige og private praktiserende læger og private specialister (166). Dermed vil patienten meget hurtigt nå brugerbetalingsloftet. Konsekvensen er, at brugerbetalingen ikke har en egentlig betydning for, hvilke og hvor mange sundhedsydelse patienterne bruger. Ifølge de praktiserende læger gælder det fx for patienter med kroniske sygdomme, der hurtigt når brugerbetalingsloftet. Dels får de ofte kommunale sundhedsydelse, hvormed loftet for de årlige maksimale sundhedsudgifter sænkes, dels har de generelt et stort behov for lægelige tilsyn.

## Mangel på alment praktiserende læger

Af alle aktører peges der på, at den store mangel på alment praktiserende læger udgør en central problemstilling. Manglen betyder, at den alment praktiserende læge reelt ikke har mulighed for at fungere som tovholder. For det første kan den alment praktiserende læge ikke fungere som vejleder til det øvrige system, da der er ventetid til at komme til hos den alment praktiserende læge, og befolkningen derfor tit ser sig nødsaget til at opsøge sygehusenes akutmodtagelser. For det andet er den alment praktiserende læge nødt til at nedprioritere at møde personligt op ved udskrivningssamtaler på sygehusene og ved hjemmebesøg i kommunen.

Den udbredte mangel på alment praktiserende læger forklares med, at sektoren altid er blevet nedprioriteret i forhold til sygehusene. Det har bl.a. resulteret i, at almen praksis har lavere status i lægestanden end mange andre specialer. Dette skal også ses i lyset af, at de praktiserende læger er dårligere lønnet end sygehuslægerne og at der generelt er en tungere arbejdsbyrde. Samtidig er sygehuslægerne en langt større og stærkere gruppe og de alment praktiserende læger har historisk set ikke været organiseret særskilt fra sygehuslægerne. Indtil for få år siden hørte sygehuse og primærvård under samme organisation med en sygehuschef som den fælles chef. De alment praktiserende læger og sygehuslægerne er også organiserede i en stor, fælles lægeforening, hvor sygehuslægerne har størst indflydelse. Konsekvensen er, at de alment praktiserende læger i Sverige ikke har formået at skabe sig en identitet. Den manglende identitet har givet sig til udtryk i mange navne gennem tiderne bl.a. huslæge, provinsiel læge, almenlæge og nu familielæge.

## *Kultur*

### Specialisering

På vårdcentralerne har der været en løbende tendens til specialisering. Specialiseringen er muliggjort af at de alment praktiserende læger i de offentlige vårdcentraler historisk set har haft relativt frie rammer til at bestemme, hvad de vil udføre af arbejdsopgaver. Aftalerne med lægerne har været uklare i forhold til hvilke arbejdsfelter, der hører under den alment praktiserende læge. Konsekvensen i Sverige har været, at det er op til den enkelte læges eget initiativ, hvilke opgaver denne optager sig. Et konkret eksempel er, at lægerne på Sjöbo Vårdcentral indtil for få år siden lavede blodtransfusioner på plejehjemmene. Erfaringen viser, at de alment praktiserende læger har særlig interesse for at behandle og specialisere sig. Derudover går udviklingen mod specialisering af sygeplejerskerne på vårdcentralerne. Der stilles uddannelseskraav til specialisering indenfor bestemte sygdomsgrupper som diabetes og astma og uddannede specialistsygeplejersker varetager sygdomsspecifikke modtagelser.

De alment praktiserende læger er opmærksomme på, at der er risici forbundet med specialisering i almen praksis. En central problemstilling er, at der kan mangle alment praktiserende læger til at tage sig af patienter med udefinerede eller flere sygdomme. Lægerne bliver meget dygtige indenfor få områder og ligger arbejdskraften der. Når patienten fejler lidt af hvert eller ikke noget specifikt, tager den alment praktiserende læge ikke hovedansvaret i samme omfang som ved en af de store sygdomsgrupper. Konsekvensen kan være at patienten får en læge for hvert syndrom. Nogle gange vælger patienten selv familielægen som den ansvarlige. Men selvom patienten selv

vælger at bruge sin familielæge som den ansvarlige, har familielægen trods gode intentioner stadig svært ved at fungere som tovholder, da der ikke er nogen kommunikation mellem lægen og de andre specialister, som ser patienten. I Region Skåne er der elektroniske patientjournaler. Men for det første findes de kun i det offentlige system, og for det andet kan systemet kun kommunikere på tværs af sekundær og primær sektor i ét ud af fem distrikter, og systemerne kommunikerer ikke på tværs af distriktsgrænser. Konsekvensen er, at den alment praktiserende læge ikke kan få den nødvendige indsigt i en ofte væsentlig del af sin patients brug af sundhedsvæsenet (165-167).

### *Kommunikation*

“Sundhedscentre” – letter kommunikationsoverføring og samarbejde

Vårdcentralerne er bredt bemandede og generelt store enheder. Den alment praktiserende læge på vårdcentralen vurderer, at det muliggør et godt samarbejde mellem faggrupper. Samarbejdet er særligt udviklet omkring sygdomsgrupper. Eksempelvis er der samarbejde mellem diabetesorienterede læge og diabetessygeplejerske og adgang til relevante faggrupper som fysioterapeut, socialrådgiver og nogle steder diætist.

De alment praktiserende læge, der sidder i en stor vårdcentral, oplever at de store vårdcentraler gør det lettere at koordinere patientforløbene både internt og eksternt, da lægerne indbyrdes kan erstatte hinanden ved sygdom, ferie mm. Endvidere har de store vårdcentraler ressourcer til at have mange faggrupper, hvilket giver et bedre behandlingstilbud til patienterne. Men samtidig fremhæves det også, at vårdcentralerne ikke må blive for store, da de derved taber i koordinering. Fire til seks alment praktiserende læger i en enhed anses som en passende størrelse.

En organisation med både offentlige og private alment praktiserende læger

Generelt beskrives de private vårdcentraler som meget velfungerende og velbesøgte. Selvom det ikke virker som om der er konflikter mellem de offentlig og private alment praktiserende læger, er der ud fra den alment praktiserende læges erfaringer dog heller ikke noget samarbejde mellem de to parter. Det manglende samarbejde bevirker, at når patienten - som det hyppigt forekommer - både ser private og offentlige alment praktiserende læger, så får patientens familielæge ikke de nødvendige informationer for at kunne fungere som tovholder.

Et andet identificeret brændpunkt vedrører de private alment praktiserende læger, der ikke arbejder under samme aftale som de offentlige alment praktiserende læger. Den type af private praktiserende læger har større frihedsgrader, og kan eksempelvis lukke helt ned under ferie, hvor konsekvensen bliver et pludseligt øget pres på områdets øvrige læger. Den slags problemstillinger undgås hos de private og offentlige praktiserende læger, der har konvergerende aftaler.

### **6.3.3 Alment praktiserende læge og sygehus**

#### *Reguleringsmekanismer*

Aftaler med de alment praktiserende læger

Distriktsnævnet laver aftaler med stort set alle alment praktiserende læger, uanset om de arbejder offentligt eller privat. Fra regionens og kommuners side er der en frygt for



en øget privatisering. Det skyldes en historisk tendens til, at de private læger ikke laver mere end hvad de forpligter sig til i kontrakten. Konsekvensen er, at aftalerne skal være meget præcise for, at regionen kan få så meget ud af dem som muligt - eksempelvis at være samarbejdspartnere omkring alle typer patienter. Erfaringen er, at når der stilles store krav til at få specificeret kontrakten, så er det sværere at få integreret alle de facetter, der indgår i begrebet almen praksis.

Klare kontrakter beskrives modsat som et gode, da det er utvetydigt, hvem der skal gøre hvad. Sygehuslægens vurdering er, at det er lettere at samarbejde med de private alment praktiserende læger frem for de offentlige. Selvom aftalerne med de private og offentlige er konvergerende, laver de private praktiserende læger ikke mere end de er forpligtet til. Konsekvensen er, at de private ikke tager hånd om alt og dermed er mindre belastede end deres kolleger i det offentlige. Desuden er de aftaler de private læger eller vårdcentraler laver med distriktsnævnet juridisk bindende og aflønningen afhænger af, at aftalen bliver efterlevet. Det giver et stærkt incitament til at efterleve kontrakten. Konsekvensen er klare forventninger om hvem, der skal gøre hvad.

#### Udskrivningsprocedurer

De største barrierer for velfungerende patientforløb skal findes i grænsefladen mellem sygehus og de alment praktiserende læger. Alle aktører peger på en udpræget mangel på samarbejde og informationsoverføring. Selvom primærvården, ifølge lovgivningen skal deltage i samordnet vårdplanlægning i de tilfælde, hvor det er nødvendigt, er det i praksis et samarbejde mellem sygehus og kommune. Det forklares med betalingsloven, som har tydeliggjort kommunernes ansvar. Når en patient er udskrivningsklar, dvs. medicinsk færdigbehandlet og har fået oprettet en vårdplan, ligger betalingsansvaret på patientens kommune. Det giver kommunerne incitament til at tage aktiv del i vårdplanlægningen.

De alment praktiserende læger vurderer, at i de tilfælde, hvor de deltager i udskrivningen af en patient, er det med til at fremme koordineringen mellem dem og sygehuset. At de sjældent deltager i vårdplanlægningen forklares generelt med manglende ressourcer. En alment praktiserende læge påpeger også, at det er meget sjældent, at de bliver indkaldt til vårdplanlægning. Sygehuslægen oplever ikke de praktiserende læger som en aktiv del af vårdplanlægningen, og har fx aldrig mødt en alment praktiserende læge i de 10 år, han har været på sygehuset. Under alle omstændigheder er det med til at afkoble de alment praktiserende læger i patientforløbene og de ser egentlig ikke dem selv som en direkte del af den samordnet vårdplanlægning.

#### Politisk styret organisation

Typiske beklagelser fra både sygehus og almen praktiserende lægers side er, at politikerne i distriktsnævne har stor magt og træffer beslutninger præget mere af lokalpolitik end sundhedspolitik. Det er fremhævet fra flere sider, at organiseringen med lokale politikere har resulteret i, at de fem distrikter er organiserede meget forskelligt og styrede af lokale interesser. En af konsekvenserne er de mange sygehuse. De interviewede aktører pointerer, at der mangler fælles mål på regionsniveau, hvilket også påpeges i en forvaltningsrevision. Styringen fra Region Skåne er svag og modellen med sjukvårdsdistrikterne har resulteret i "fem små landsting" med egen politisk styring (172).

Ingen gate keeping – især et problem for patienter med mange sundhedsrelaterede tilstande

Ideen bag patienternes frie adgang til primær og sekundær sektor var baseret på en formodning om, at truslen om konkurrence ville give udbydere incitament til at øge kvaliteten for at holde på patienterne (114). Det generelle indtryk er dog, at der ikke bliver tilført tilstrækkeligt med ressourcer til primærsektoren til, at de alment praktiserende læger har mulighed for at "holde på patienterne". Konsekvensen er, at mange patienter vælger at tage til akutmodtagelsen på sygehusene frem for den alment praktiserende læge. Sygehuslægen peger på, at når patienten tager til akutmodtagelsen på sygehuset, så kommer patienten ofte det forkerte sted hen, eksempelvis kan det være en internmediciner i diabetes, der ser på en patient med et helt andet problem. Det har den konsekvens, at især de multisyge patienter "pendler" mellem de forskellige sundhedsudbydere og deres tilstand risikerer at ende med at blive akut.

Der angives flere forskellige årsager til, at der normalt ikke eksisterer en koordinerende tovholder for de multisyge. De alment praktiserende læger peger således på, at det skyldes specialiseringen på vårdcentralerne. Sygehuslægen forklarer det med ressource manglen i primærvården, men også med at de alment praktiserende læger føler sig usikre i håndteringen af de multisyge, hvilket resulterer i, at mange af dem ender på sygehuset med banale ting (165-167).

### *Kommunikation*

Specialistsygeplejersker som sekundær sektors samarbejdspartnere

Selvom sygehuslægen udtrykker sig kritisk over for samarbejdet med de alment praktiserende læger, skal det dog bemærkes, at i forhold til de sygdomsgrupper, hvor der findes vårdprogrammer, eksempelvis diabetes, slagtilfælde og palliativ pleje, er samarbejdet velfungerende. Arbejdsplanen tydeliggør hvilke patienter, der skal visiteres til sygehusets diabetesteam, og hvilke der hører til i primærvården. Behandlingsopfølgningen står familielægen ofte for. Men fra sygehusets side pointeres det også, at det i særdeleshed er specialistsygeplejerskerne, der gør samarbejdet velfungerende. Det fremhæves, at specialistsygeplejerskerne dels træffer patienterne hyppigt, dels er der regelmæssige møder mellem sygehuslæge og specialistsygeplejerske. Eksempelvis mødes sygehuslægen med diabetessygeplejerske hver 8. uge. Sygehuset ser det ikke som et problem, at det er sygeplejerskerne, de skal koordinere med. Derimod vurderer sygehuslægen, at det kan være god ressourceanvendelse, da den alment praktiserende læge i stedet kan koncentrere sig om de mere komplicerede tilfælde. Dette understøttes af en sammenligning af vårdcentraler med og uden astmamodtagelse i tre områder i Sverige. Formålet med undersøgelsen er at vurdere behandlingen af astmapatienter i primærsektoren ud fra fire perspektiver: medicinsk, egenomsorg, livskvalitet og sundhedsøkonomi. Konklusionen er, at astmasygeplejersker forbedrer patientens evne til at tage hånd om deres sygdom, og samtidigt findes brugen af astmasygeplejersker omkostningseffektivt (152; 153).

Mangel på formaliserede kontaktflader

Kommunikationsoverføring og koordinering mellem de alment praktiserende læger og sygehusene bliver af alle de interviewede aktører nævnt som en barriere. Det problema-

tiseres, at samarbejdet mellem sygehus og alment praktiserende læge groft sagt udgøres af henvisninger og epikriser.

En generel beklagelse er, at det er svært at komme i kontakt med hinanden. En alment praktiserende læger finder, at det er en fordel med små sygehuse og klinikker, da det gør det lettere at finde de rette folk.

Den eneste beskrevne formaliserede kontaktflade i det daglige arbejde er, at sygehuse og de alment praktiserende læger har fælles akutmodtagning udenfor vårdcentralernes åbningstider. De alment praktiserende læger oplever, at det hjælper på det generelle samarbejde. Desuden mødes repræsentanter fra sygehus, primærvård og kommune fire gange om året. Formålet med møderne er at diskutere samarbejde, udskrivningsprocedurer mm., og fremhæves som et tværsektorielt samarbejde, der fungerer.

#### Patientjournalssystemer

Når de alment praktiserende læger skal beskrive koordineringen mellem almen praksis og sekundær sektor, er de mere positive end fra sygehuset side. Som koordinationsredskab fremhæves i særlig grad det fælles patientjournalssystem - i det omfang det findes. Ud fra en alment praktiserende læges synsvinkel har det forbedret koordineringen meget, da det er muligt at følge hvad der foretages i sygehussektoren. Ifølge både sygehus og almen praksis har patientjournalssystemet dog en del mangler. Sygehuslægen vurderer, at en stor fejl er, at de ikke kan se, hvorvidt den alment praktiserende læge følger op på den behandling, der er iværksat på sygehuset.

#### Praksiskonsulentordning

Endelig fremhæves *allmänläkarkonsulenterne* som et redskab til at sikre kommunikation og samarbejde mellem sekundær og primær sektor. Ordningen med allmänläkarkonsulenter er inspireret af den danske praksiskonsulentordning. I region Skåne er allmänläkarkonsulenter defineret som et værktøj, der skal forbedre samarbejdet mellem primærvård og sekundærsektor. Et centralt arbejdsfelt er at udvikle hensigtsmæssige rutiner mellem de to niveauer (140). Det er dog meget forskelligt i hvilket omfang det er implementeret og hvor velfungerende ordningen er. I nordvest Skåne er det velintegreret. Her har allmänläkarkonsulenten regelmæssige møder med sygehuslæger, hvor generelle problemer tages op. Desuden holdes der uddannelsesdage for alle sygehus- og alment praktiserende læger. Det vurderes som vigtige mødesteder for at fremme samarbejde. I Sydøst Skåne er ordningen langsomt stoppet. Sygehuslægens vurdering er, at det skyldtes manglende interesse og prioritering, men også at parterne ikke forstod hvordan det skulle udformes. Konsekvensen var, at sygehuslægerne ikke så en positiv effekt. I almen praksis er oplevelsen at ordningen ikke fungerede, da konsulenterne manglede kontaktpersoner på sygehuset, hvilket udsprang af at der ikke var afsat de nødvendige ressourcer.

### 6.3.4 Alment praktiserende læge og kommune

#### *Love og reformer*

##### Adskillelse af AP og kommune

Den mest omfattende ændring, der er sket i organiseringen af det svenske sundhedssystem i nyere tid er Ädelreformen. I tiden efter reformen opstod der en del kritik fra lægerne. Fra det svenske lægeforbunds side påpeges, at lægeindsatsen for de ældre på plejehjemmene er forringet efter reformens indførelse. Det ses som et problem, at der ikke længere er regulære lægerunder og at beboerne skal betale for hvert lægebesøg i modsætning til tidligere, hvor omkostningerne ikke lå på den enkelte. Endvidere opleves det som sværere for distriktslægen at samarbejde med distriktsygeplejersken i kommunen (114). De forskellige kritikpunkter kunne vi genfinde hos de adspurgte aktører. Et centralt brændpunkt er, at de alment praktiserende læger føler, at de har fået mindre indflydelse i kommunen. De alment praktiserende læger havde tidligere et stort ledelsesansvar for plejehjemmene, såsom alle ind- og udskrivinger, og for den store personalegruppe. Som den alment praktiserende læge ser det, er konsekvensen af reformen, at den medicinske kvalitet er blevet dårligere. En af lægerne beskriver også, at der er blevet en ubalance efter, at der ikke længere er lægetjenester i kommunen. Den oplevede ubalance kan ses som udtryk for, at de alment praktiserende læger føler, at de er blevet skubbet ud på sidelinjen.

##### Nyt ansvarsområde til sygeplejersker

Kritikken af Ädelreformen finder ikke genlyd hos sygeplejerskerne, som derimod fik nye ansvarsmuligheder (114). Sygeplejersken i kommunen argumenterer med, at systemet tidligere ikke var fleksibelt i forhold til patienterne, da de skulle komme til lægen. I dag har lægen, ifølge loven, ansvar for at lave hjemmebesøg. Den interviewede sygeplejerske peger dog på, at de alment praktiserende læger tidligere var tættere på, idet der altid var en læge til rådighed på eksempelvis plejehjemmet (163). En af den alment praktiserende læges beklagelser går også på, at vilkårene for at samarbejde med kommunens sygeplejersker er forringet. Begge parter giver dog udtryk for et særdeles godt samarbejde indbyrdes. Årsagen til det gode samarbejde skal til dels findes i de personlige relationer, der opstod inden Ädelreformen.

##### Samarbejdsaftaler

De forskellige samarbejdsaftaler der laves – både dem der laves mellem distriktsnævn og kommune og mellem vårdcentraler og kommune – ses af både alment praktiserende læger og kommuner som et velfungerende redskab til at formalisere samarbejdet. Aftalerne udgør rammen for det gode samarbejde, der er baserede på regelmæssig kontakt og vidensudveksling.

Kommunen vurderer, at især de samarbejdsaftaler, der laves mellem den enkelte vårdcentral og kommunen er grundlaget for at koordinationen fungerer. Både kommune og alment praktiserende læge påpeger, at det er lettere at lave samarbejdsaftale med en stor vårdcentral frem for mange mindre enheder.

Et af de potentielle brændpunkter, som samarbejdsaftalerne forsøger at tage hånd om er grænselandet mellem hvilke patienter, der er regionens ansvar og hvilke patienter, der er kommunens ansvar. Det er her, at det såkaldte "tröskelprincip" tages i brug,

hvor lovgivningen siger, at de patienter, der selv eller med ledsagers hjælp, kan tage til en vårdcentral, er regionens ansvar. I følge kommunesygeplejersken er det en gråzone, der ofte løses individuelt mellem den alment praktiserende læge og kommunesygeplejersken. Den pragmatiske tilgang giver forskellige vilkår for sygeplejerskernes arbejdsopgaver, og det kan være svært for sygeplejerskerne at forstå hvorfor nogle patienter eksempelvis får taget blodprøve hjemme og andre ikke.

#### *Kulturelle faktorer*

Kommunesygeplejerskernes rolle som lægens forlængede arm

Samarbejdsrelationen mellem alment praktiserende læge og kommunesygeplejersker er præget af at man historisk set kender hinanden rigtigt godt. Fra den alment praktiserende læges side vurderes det at det gode samarbejde i dag yderligere er betinget af, hvem der er blevet den medicinske ansvarlige sygeplejerske i kommunen og hvilken velvilje og interesse, der findes fra vårdcentralens side.

En af konsekvenserne af Ädelreformen er, at arbejdsdelingen mellem den alment praktiserende læge og kommunesygeplejerskerne har ændret sig. Både den alment praktiserende læge og kommunesygeplejerskens giver klart udtryk for, at sygeplejersken skal fungere som koordinator af de medicinske opgaver. Kommunesygeplejersker påtager sig et selvstændigt ansvar for at observere patienten og rapportere tilbage til den alment praktiserende læge. Desuden tager sygeplejersken initiativ til mange af de tiltag, der sker med patienten – kontrol, ændring i behandling etc. Sygeplejersken beskrives som lægens forlængede arm ud i kommunerne. Sygeplejerskens erfaring er, at denne rolle er vanskeliggjort af familielægesystemets indførelse, eftersom sygeplejerskerne i kommunen skal koordinere med flere aktører, og ikke kun med den områdeansvarlige læge.

Uenighed om arbejdsopgaver

Et identificeret brændpunkt er, at de alment praktiserende læger kan føle, at sygeplejerskerne træder ind på deres arbejdsfelt. Som følge af det nye ansvarsområde har sygeplejerskerne fået mere viden og uddannelse, hvilket de alment praktiserende læger kan opleve som kilde til konflikt. Der kan opstå uenighed om behandlingsprincipper i forbindelse med, at sygeplejerskerne vil have behandling og udredning, mens lægerne ikke vurderer at det er nødvendigt. En undersøgelse af almen lægers forventninger til sygeplejersker i kommunen viser, at lægen har store forventninger til sygeplejerskens rolle. Lægen forventer, at sygeplejersken skal træffe selvstændige beslutninger og arbejde uafhængig af lægens indblanding. Lægen ser sygeplejersken som sin erstatning, når lægen ikke selv kan være fysisk til stede, men sygeplejersken forventes stadig at være underordnet lægen (173). Denne konflikt mellem lægens forventninger til sygeplejerskens rolle og sygeplejerskens opfattelse af sit ansvar, kan henføres til, at sygeplejersker og de alment praktiserende ikke længere tilhører den samme organisation efter Ädelreformen.

### *Rutiner og kommunikation*

Den medicinsk ansvarlige sygeplejerske

I hver kommune er der en medicinsk ansvarlig sygeplejerske som har det overordnede ansvar for sundhedstjenester i kommunen. Sygeplejersken har en vigtig rolle for at koordineringen mellem almen praksis og kommunen fungerer. Eksempelvis skal den medicinsk ansvarlige sygeplejerske sørge for at der er rutiner i de forskellige arbejds-gange og at de følges. Det inkluderer rutiner vedrørende koordinering med den alment praktiserende læge. Når der udarbejdes værdkedjar, er der stort også altid en medicinsk ansvarlig sygeplejerske med i arbejdet. De medicinske ansvarlige sygeplejersker sørger også for at der er ens rutiner indenfor distriktet. Det foregår igennem en netværksgruppe. Kommunens vurdering er at netværksgruppen gør det lettere at finde holdbare løsninger.

Regelmæssige møder

Både de alment praktiserende læger og kommune oplever at der er god kommunikationsoverføring mellem de to parter, hvilket i bund og grund er betinget af, at sygeplejerskerne er gode til at rapportere til lægerne. Der gives i det skånske system også gode rammer for at have denne rapportering, da sygeplejersken og lægen regelmæssigt mødes. De har dels regelmæssige møder i det daglige, typisk 1-1½ time om ugen, dels har lægen ansvar for at uddanne og rådgive sygeplejerskerne. Desuden oplever sygeplejerskerne at det er let at opnå telefonisk kontakt med den ansvarlige læge. Til gengæld ser den alment praktiserende læge ikke altid patienterne så meget, men giver ansvaret videre til sygeplejersken.

Kommunens sygeplejersker som mæglere mellem sygehus og alment praktiserende læger

Kommunen oplever, at det kan besværliggøre sygeplejerskernes arbejde, at de alment praktiserende læger sjældent deltager i den samordnet værdplanning på sygehuset. Der er forståelse for, at lægen ikke kan sætte tid af til det. Men når der samtidig er en udtalt mangel på kommunikation mellem sygehus og alment praktiserende læge, er det ikke altid at den alment praktiserende læge ved hvilke patienter, der er i den enkelte kommune. Det betyder, at det bliver sygeplejersken i kommunen, der bliver den ansvarlige for at informere lægen. Når det drejer sig om svært syge patienter kan sygeplejersken føle, at det er svært at varetage den rolle.

En undersøgelse af samordnet værdplanning i Region Skåne viser, at mellem de fleste sygehuse og primærvården har kommunerne en mæglerfunktion. Kommunen signaler plejebestov, de formidler kontakter, tilkalder lægeindsats etc. Kommunerne bliver i en vis udstrækning kommunikationsvejen mellem sygehus og de alment praktiserende læger (157).

## **6.4 Opsamling Skåne**

Skåne startede i 2001 en bred proces kaldet *Skånsk livskraft – Vård och hälsa*, som tager udgangspunkt i, at sundhedssystemet skal struktureres ud fra patientens samlede behov og ikke splittes op i adskilte processer og sundhedsvæsenet opdeles i nærsjukvård, akutsjukvård, elektiv vård og højspecialiserede vård, hvor det grundlæggende i sundhedssystemet skal være nærsjukvård, som samle hele primærsektoren og

det kommunale sundhedsvæsen. Derudover omfatter nærsjukvården også en betydelig del af intern medicin, psykiatri, geriatri, palliativ pleje, rehabilitering, træning, hjælpemiddelsektoren. Det betyder, at dele af sygehussektoren også indgår i nærsjukvården. Alle interviewede personer er enige om, at målsætningen og ideerne bag nærsjukvården er rigtige og gode, men det endnu ikke er implementeret i et omfang der gør, at effekterne af den ambitiøse plan kan evalueres.

Generelt er der i det Skånske sundhedsvæsen i opfattelse af, at en væsentlig barriere for implementering af også ideerne bag nærsjukvården er, at der er mangel på alment praktiserende læger. Flere aktører pegende på, at gate-keeping kunne være ønskeligt, med at det med manglen på alment praktiserende læger ikke ville være realistisk at indføre. Målt på antallet af praktiserende læger per 1.000 indbygger, adskiller Sverige sig dog ikke markant fra de øvrige lande i denne undersøgelse, men det er karakteristisk at varigheden af en konsultation i almen praksis er betydeligt længere i Sverige end i de øvrige lande.

Overordnet finder analysen, at en afgørende faktor for etablering af sammenhængende patientforløb og koordinering på tværs af organisationer er, at der organiseringen understøtter kontinuere relationer mellem sundhedsaktørerne i væsenet.

I forhold til en dansk kontekst vurderes særlig følgende svenske initiativer interessante:

- ◆ *Møder mellem kommune og praktiserende læge.* Overenskomstmæssigt er der for den praktiserende læge afsat tid til regelmæssige møder med de kommunale sygeplejersker og lægen. De har dels regelmæssige møder i det daglige, typisk 1-1½ time om ugen, dels har lægen ansvar for at uddanne og rådgive sygeplejerskerne.
- ◆ *Praksispersonale.* Alle de skånske vårdcentraler har mindst 2 alment praktiserende læger ansat og over halvdelen har mellem 5-10 læger ansat. Derudover er der beskæftiget adskillige faggrupper. Der er på alle eller næsten alle offentlige vårdcentraler ansat sygeplejersker, underskøterska og lægesekretærer. På omkring 2/3 af vårdcentralerne er der fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere og omkring 1/3 af vårdcentralerne har psykologer og jordemødre. De største vårdcentraler har endvidere diætister, biomedicinske analytikere og talepædagoger. Enstemmig vurderes det fra de interviewe, at det specialiserende praksispersonale fungerer hensigtsmæssigt, og at koordinerende møder mellem sygehuslæge og specialistsygeplejerske fungerer uproblematisk, uden om den alment praktiserende læge, som i stedet kan koncentrere sig om de mere komplicerede tilfælde.
- ◆ *Retningslinier:* Alle aktører er enige om, at patientforløbene er velfungerende for de sygdomme og forløb hvor der er lavet vårdprogrammer. Nationale og regionale behandlingsprogrammer bruges som platform for at udarbejde lokale vårdkedjar eller vårdprogrammer. De lokale vårdprogrammer er retningslinjer for fælles behandlingsprincipper og tværsektorielt samarbejde og udvikles af de vigtigste aktører inden for den enkelte sygdomsgruppe fra sygehus, primärvården og kommune. Der er pt. udviklet vårdprogrammer indenfor diabetes, sårbehandling, slagtilfælde, palliativ pleje og demens. Modsat vurderes dog, at der er en fare for at glemme de patienter der ikke passer ind i et vårdprogram, for eksempel de patienter der har mange forskellige sygdomme.





## 7. Diskussion

### 7.1 Opsamling

Med baggrund i brændpunktanalysen har vi empirisk analyseret vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb i fire udvalgte lande: England, Finland, Holland og Sverige. Analysen viser entydigt, at diskussionen om sammenhængende patientforløb ikke kun er aktuel i Danmark. I dette opsamlede afsnit fokuserer vi på tværgående initiativer som kan genfindes i flere af landegennemgangene og således måske kan give inspiration til, hvordan vi bedre skaber sammenhæng i det danske sundhedsvæsen.

Disse initiativer og pointer omfatter:

- ◆ Supplerende praksispersonale i almen praksis
- ◆ Tværgående kliniske retningslinjer
- ◆ Samordning af økonomiske og faglige incitament
- ◆ Faglig sparring på tværs af organisationer

#### 7.1.1 Supplerende praksispersonale i almen praksis

Erfaringerne for samtlige lande, der indgår i undersøgelsen finder, at det både er muligt og hensigtsmæssigt, at inddrage andet praksispersonale end de praktiserende læge i det nære netværk omkring almen praksis. Danmark adskiller sig markant fra de øvrige lande ved kun i meget begrænset at inkludere supplerende praksis personale i behandlingen i almen praksis. I England har en almen praktiserende læge i gennemsnit tilknyttet 2,2 fuldtidsansat praksispersonale fordelt på 3,4 personer, mens også i Holland, der som Danmark også har mange læger i solopraksis, er der i gennemsnit er ansat 1,2 doktorassistenter per praktiserende læge. Der rapporteres på alle niveauer entydige om positive erfaringer med supplerende praksispersonale i alle fire lande, herunder også brugen af specialuddannede sygeplejersker til kontrol og opfølgning af patienter med kroniske sygdomme.

#### 7.1.2 Tværgående kliniske retningslinjer

I alle de fire undersøgte lande har der gennem de senere år været et markant og stigende fokus på tværgående retningslinjer, der beskriver i detaljer, hvordan specifikke patientforløb skal koordineres og hvem der har ansvaret for hvad i de forskellige dele af forløbet. Generelt vurderes retningslinjer som et potentielt virksomt koordineringsværktøj og flere giver også udtryk for at de er en hjælp i dagligdagen. Det angives dog samtidig, at retningslinjerne kræver et betydeligt arbejde at tillempes, implementeres og forankres disse i de lokale. Denne del af arbejdet vægtes ikke altid tilstrækkelig højt, hvorfor de risikere ikke at blive brugt.

#### 7.1.3 Samordning af økonomiske og faglige incitament

De økonomiske incitament er af afgørende betydning for koordinering af patientforløb der går på tværs af forskellige aktører. Landeanalyserne viste både gode eksempler på,

hvordan økonomiske incitament er kan understøtte koordineringen af sammenhængende patientforløb og på, hvordan de kan have en fragmenterende effekt.

Kvalitetshonorering, forstået som sammenkædningen af kvalitet og finansiering, ses i den engelske primærsektor og er et af de mere interessante initiativer. Den omtalte kvalitetshonorering betragtes af de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne som en væsentlig motivation til at få en mere systematisk behandling af de patienter med kroniske sygdomme, herunder at implementere nationale behandling retningslinier. Kvalitetshonoreringen, der ikke afhænger af hvem, der rent faktisk leverer ydelsen, har også forstærket opgaveglidningen fra læger til sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Erfaringerne tyder altså på, at økonomiske incitament er med fordel kan benyttes til at forbedre vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb. De kan imidlertid også have utilsigtede negative resultater, som må inddrages i en samlet vurdering af de pågældende initiativer. Der udtrykkes fx frygt for, at introduktionen af den kvalitetsafhængige aflønning risikerer at mindske eller fjerne det almene element i almen praksis. Når fokus på de indtægtsgivende ydelser styrkes kan det således samtidig have som konsekvens, at der lægges mindre vægt på hele patientens sundhedstilstand og på elementer, der ikke indgår i kvalitetskriterierne.

I flere landene var der eksempler på, at fraværet af økonomiske incitament er en barriere for integration i sundhedssystemet. Det generelle indtryk er således, at der er meget få økonomiske incitament er, som fremmer samarbejdet mellem primærsektorens forskellige aktører, og at den praktiserende læge ofte ikke finder ikke, at den tid de bruger på at koordinere bliver belønnet. Eventuelle tovholder-opgaver skal derfor gøres ene og alene ud fra et fagligt synspunkt, og bliver derfor ofte nedprioriteret. Erfaringerne tyder altså på, at økonomiske incitament er med fordel kan benyttes til at bedre vilkårene for koordinering af sammenhængende patientforløb. De kan imidlertid også have utilsigtede negative resultater, som må inddrages i en samlet vurdering af de pågældende initiativer.

#### **7.1.4 Faglig sparring på tværs af organisationer**

Landeanalyserne viste flere eksempler på frugtbare samarbejder mellem praktiserende læger og speciallæger, og mellem praktiserende læge og sygeplejersker i kommunerne. Fælleskonsultationer mellem sygehus og praktiserende læge ses som en måde at opkvalificere almen praksis til at varetage flere behandlingsopgaver, ligesom det tilsvarende gør sig gældende, når den praktiserende læge møde med sygeplejersken i kommunen. Den faglige sparring har endvidere den fordel, at der skabes et rum der understøtter kontinuere relationer mellem sundhedsaktørerne i væsenet, som af alle aktører vurderes som en forudsætning som etablering af sammenhængende patientforløb og koordinering på tværs af organisationer. Denne pointe er måske særlig vigtig i forhold til en dansk kontekst, hvor den indledende analyse af det danske sundhedsvæsen viste, at den danske praktiserende læge i markant mindre grad end i de øvrige lande havde etableret systematiske møderum med det sundhedsvæsen.

#### **7.2 Styrker og begrænsninger ved undersøgelsens design**

I dette afsnit diskuteres styrker og begrænsninger ved undersøgelsens design og metode. Undersøgelsens praksiskonklusioner er henlagt til rapportens sammenfattende og konkluderende kapitel.

Undersøgelsens metode omfatter en kombination af litteraturstudier og kvalitative interviews. Litteraturstudier har udgjort fundamentet for netværksbeskrivelsen og identificeringen af økonomiske og organisatoriske forhold. Litteraturgennemgangen har samtidig dannet basis for de kvalitative interviews. Desuden har litteraturanalysen i enkelte tilfælde også identificeret egentlige evalueringer af initiativer eller reformer. Den primære kilde til information er dog interviews med aktører som repræsenterer forskellige positioner i forhold til sammenhængende patientforløb relateret til almen praksis. I nogen tilfælde kan det være svært klart at vurdere forskellige udsagns relevans i forhold til temaet for rapporten, men vi har valgt at lade aktørerne sætte dagsordenen for hvilke broer og barrierer de vurderer som relevante i deres lokale kontekst.

Interviewene er gennemført som semi-strukturerede interviews på baggrund af interviewguiden, der har haft en generisk struktur i de enkelte lande. Interviewguiden har dog indholdsmæssigt været tilpasset det enkelte land og det niveau som interviewene har været gennemført på. Langt hovedparten af interviewene er gennemført "face to face", men enkelte er gennemført telefonisk. Samtlige interviews er optaget på bånd, og efterfølgende analyseret ved hjælp af en tværgående tematisk analyse, hvor udsagn er blevet kategoriseret i temaer på tværs af interviewene.

Styrken ved undersøgelsens metode er, at den kvalitative metode giver mulighed for at komme bagom nogle af de mere økonomiske og strukturelle organisatoriske forhold og sammenhænge og derved give indblik i informanternes forklaring på, hvordan og hvorfor visse forhold opfattes som broer og barrierer for de sammenhængende patientforløb. Disse broer og barrierer er typisk vanskelige at måle mere kvantitativt, da de ofte er relateret til fx ledelsesforhold eller kulturelle forhold, mens den litteraturbaserede tilgang ofte lettere kan identificere økonomiske og strukturelle organisatoriske forhold.

Da der er tale om en analyse der hovedsageligt er baseret på kvalitativ metode og data, bygger rapportens konklusioner således også hovedsageligt på de udvalgte respondenters opfattede fordele og ulemper ved alternative måder at organisere sammenhængende patientforløb omkring almen praksis på. Resultater med hensyn til opnåelse af målet om øget sammenhæng er således primært baseret på de interviewedes vurderinger mere end egentlige målinger eller evalueringer. Selv om det er tilstræbt at respondenterne er udvalgt på en sådan måde, at så mange synspunkter som muligt er blevet repræsenteret, så har praktiske forhold gjort, at antallet af respondenter i de enkelte lande har været begrænset, hvorfor ikke alle synspunkter er repræsenteret. I det omfang der har været grundlæggende modsigende udsagn fra de interviewede respondenter, har der dog været fulgt op med yderligere dataindsamling eller interviews.

I de relativt få tilfælde, hvor der er identificerede egentlige evalueringer fremstilles disse i netværksanalysen på lige fod med respondenterne udsagn. Der er således ikke gjort forsøg på at rangordne evalueringerne i forhold til de holdninger respondenterne har udtrykt.

Det følger ikke af analysen om det er muligt eller hensigtsmæssigt at overføre de enkelte landes erfaringer med forskellige tiltag eller reformer til en dansk kontekst. Det er således på ingen måde muligt ukritisk at generalisere de enkelte landes erfaringer til en dansk kontekst. Ej heller resultatet af de fire landegennemgange ses som en udtømmende liste over mulige initiativer. Analysen skal alene ses som et idé- og

inspirationskatalog, hvor de enkelte initiativer kræver mere detaljerede studier og lokal tillem্পning, før de eventuelt vil kunne implementeres succesfuldt i en dansk kontekst.

## Litteratur

1. Østerbye T, Gut R, Blæsbjerg C, Freil M. Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004. Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt; 2005. (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser).
2. Højlund EM, Jørgensen O. Sammenhæng i søgelyset. København: Amtsrådsforeningen; 2004. (Sundhedsfagligt Forum).
3. Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt. Brugerinddragelse. Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt; 2005. (Nyhedsbrev nr. 4).
4. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Family Practice* 1996; 13(3):264-79.
5. Boerma W. Profiles of General Practice in Europe. Utrecht: NIVEL; 2003.
6. Primary care in the driver's seat. Saltman RB, Rico A, and Boerma W (red.). Maidenhead: Open University Press; 2006.
7. Olesen F, Vedsted P. Dansk almen praksis. En international success. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157:1550-3.
8. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991; 266(16):2268-71.
9. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60(3):201-18.
10. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen Lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning; 2005.
11. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WGW, Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82(2):106-12.
12. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 2006; 76(1):72-9.
13. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3):831-65.
14. Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. *Social Policy and Administration* 2003; 37(6):592-608.
15. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsvæsenets Begrebsbase. Tilgængelig via URL: <http://begrebsbasen.sst.dk/>.

16. Gustafsson J, Seemann J. Foranstaltninger set på tværs - en brændpunktsanalyse. I: Jensen OB (red.). Helhedsveje: fra københavnerflip til den jydsk muld : en artikelsamling. Aalborg: Aalborg Universitet, ALFUFF; 1988:
17. Seemann J, Antoft R. Shared Care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis. 2002. (FLOS Forskningsrapport No. 3).
18. Seemann J. Når organisationer skal samarbejde. Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer. København: Munksgaard; 1996.
19. OECD. OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries. Tilgængelig via URL: [http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_1296873-4\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en_2649_37407_1296873-4_1_1_1_37407,00.html).
20. Kvale S. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 1994.
21. Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and The Netherlands: A comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy 1999; 1999(48):87-105.
22. NHS. History of the NHS. Tilgængelig via URL: <http://www.nhs.uk/england/-aboutTheNHS/history/default.cmsx>. [Udskrevet den: 1-9-2006]
23. OECD. OECD Health Data 2006: How Does the United Kingdom Compare. Tilgængelig via URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/29/53/36959993.pdf>. Link til PDF: <http://www.oecd.org/dataoecd/29/53/36959993.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
24. WHO. Highlights on health in the United Kingdom 2004. Link til PDF: <http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
25. King D, Mossialos E. The Determinants of private Medical Insurance Prevalence in England. Health Services Research 2005; 40(1):196-212.
26. NHS. About the NHS. Tilgængelig via URL: <http://www.nhs.uk/england/AboutTheNhs/Default.cmsx>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
27. Department of Health. About the Department. Tilgængelig via URL: [http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/DHWorkArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4106148&chk=fq4zcZ](http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/DHWorkArticle/fs/en?CONTENT_ID=4106148&chk=fq4zcZ). [Udskrevet den: 19-12-2006]
28. Department of Health. Reorganisation of ambulance trusts, SHA 's and PCT's. Tilgængelig via URL: [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Health-Reform/HealthReformArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4135663&chk=4bDZqY](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Health-Reform/HealthReformArticle/fs/en?CONTENT_ID=4135663&chk=4bDZqY). [Udskrevet den: 19-12-2006]
29. NICE. About NICE. Tilgængelig via URL: <http://www.nice.org.uk/aboutNICE>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
30. Healthcare Commission. About the Healthcare Commission. Link til PDF: <http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/04021261.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
31. The Information Centre. General and Personal Medical Services in England: 1995-2005. Tilgængelig via URL: [http://www.ic.nhs.uk/pubs/nhsstaff/generalpersonal-medical2005/ICfolder\\_view](http://www.ic.nhs.uk/pubs/nhsstaff/generalpersonal-medical2005/ICfolder_view). [Udskrevet den: 19-12-2006]

32. European Observatory on Health Care Systems. Health Care systems in eight countries: trends and challenges. Link til PDF: <http://www.lse.ac.uk/collections/-LSEHealthAndSocialCare/pdf/finalreport.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
33. Freeman G, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice* 2003; 20(6):623-267.
34. Colin-Thomé D. Plancher fra Inspirationskonference: David Colin-Thomé. Tilgængelig via URL: <http://www.arf.dk/NR/rdonlyres/emqajt6e6cit5lgbhn6tc3de-g6cny632u2rg2l2ka76mzhoevqdcplww4sxf26bzscjoec754e23rj/David%2bColin-Thom%25e9%2b-.ppt>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
35. Windridge K, Taarant C, Freeman G, Baker R, Boulton M, Low J. Problems with a 'target' approach to access in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2004; 2004(54):364-6.
36. Department of Health. *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. London: Department of Health; 2006.
37. The Information Centre. Quality and Outcome Framework Information. Tilgængelig via URL: <http://www.ic.nhs.uk/services/qof>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
38. Department of Health. General question and answer on practice based commissioning. Tilgængelig via URL: [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/-Commissioning/PracticeBasedCommissioning/PracticeBasedCommissioningArticle/-fs/en?CONTENT\\_ID=4130497&chk=1WeeQP](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/-Commissioning/PracticeBasedCommissioning/PracticeBasedCommissioningArticle/-fs/en?CONTENT_ID=4130497&chk=1WeeQP). [Udskrevet den: 19-12-2006]
39. Hudson B. Policy change and policy dilemmas: interpreting the community services White Paper in England. *International Journal of Integrated Care* 2006; 2006(6):1-11.
40. Department of Health. National service frameworks. Tilgængelig via URL: [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthAndSocialCareArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4070951&chk=W3ar/W](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/HealthAndSocialCareArticle/fs/en?CONTENT_ID=4070951&chk=W3ar/W). [Udskrevet den: 19-12-2006]
41. Department of Health. Care Trusts - Background Briefing. Link til PDF: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/43/26/04074326.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
42. NHS. NHS Careers. Tilgængelig via URL: <http://www.nhscareers.nhs.uk/>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
43. The Information Center. *Hospital and Community Health Services Non-Medical staff in England: 1995-2005*. 2006.
44. Royal College of Nursing. Nurse practitioners -an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme approval. Link til PDF: <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/NursePractitioners.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
45. Russel D, Burden J. Gruppeinterview med Medical Director Douglas Russel and Director of Strategic Commissioning Jeremy Burden, Tower Hamlets PCT. 2006.
46. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients - Controlled before and after analysis of quantitative data. National Primary Care and Development Centre. 2006.
47. Department of Health. Social care and social work. Tilgængelig via URL: <http://www.socialworkandcare.co.uk/>. [Udskrevet den: 19-12-2006]

48. Department of Health. Modernising Social Care. Tilgængelig via URL: [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/AboutSocialCare/AboutSocialCareArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4002079&chk=cz%2BAxP](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/AboutSocialCare/AboutSocialCareArticle/fs/en?CONTENT_ID=4002079&chk=cz%2BAxP). [Udskrevet den: 19-12-2006]
49. Holmann D. Interview med Head of Social Services Dave Holman, Bexley Care Trust. 2006.
50. Department of Health. Supporting people with long term conditions. Link til PDF: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/24/98/04102498.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
51. Wilson T, Roland M, Ham C. The contribution of general practice and the general practitioner to NHS patients. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2006; 99(1):24-8.
52. Freeman G. Interview med Professor of General Practice George Freeman. 2006.
53. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327(7425):1219-21.
54. Haighton C. Interview med praktiserende læge Claire Haighton. 2006.
55. Sears C, Hamerton A. Gruppeinterview med Nurse Practitioner Carol Sears and Nurse Practitioner, Cuckoo Lane Practice. 2006.
56. Galvin R. Pay-for-performance: Too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. *Health Affairs* 2006; 25(5):w412-w419.
57. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ* 2005; 331(7525):1121.
58. Haigh P. Interview med praktiserende læge Paul Haigh. 2006.
59. Checkland K. National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work? *Sociology of Health & Illness* 2004; 26(7):951-75.
60. Goddard J. Interview med ledende sygeplejerske Jill Goddard, Mile End Hospital. 2006.
61. Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G. Development of integrated care in England and the Netherlands: Managing across public-private boundaries. *Health Policy* 2003; 2003(65):227-41.
62. Davey B, Levin E, Iliffe S, Kharicha K. Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19(1):22-34.
63. Glendinning C, Rummery K, Clarke R. From collaboration to commissioning: developing relationship between primary health and social services. *BMJ* 1998; 1998(317):122-5.
64. Rummery K, Coleman A. Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership? *Social Science & Medicine* 2003; 2003(56):1773-82.
65. Johnson P, Wistow G, Schulz R, Hardy B. Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values. *Journal of Interprofessional Care* 2003; 17(1):69-83.
66. Davies H. Interview med speciallæge Huw Alban Davies, Darent Valley Hospital. 2006.



67. Williams G. Interview med ledende sygeplejerske Gill Williams, Darent Valley Hospital. 2006.
68. Kokko S. News from the Nordic colleges of general practitioners. Developments in Finnish general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24(1):1-2.
69. Häkkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 2005; 14:101-18.
70. Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg. Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer. Rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2003.
71. Ministry of Social Affairs and Health. Statutory Social and health Services in Finland. Helsinki: 2006. (Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2005: 7eng).
72. Järvelin J. Health Care Systems in Transition. Finland. Copenhagen: WHO; 2002.
73. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Exploring health policy development in Europe. WHO Regional Publications, European Series, No.86 2006;
74. Ministry of Social Affairs and Health. Report on Social Affairs and Health 2006. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
75. Nomesco. Health Statistics for the Nordic Countries 2004. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité; 2006.
76. Sinkkonen S, Jaatinen P. Situation in Finland. I: van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A (red.). Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2003: 15-39.
77. Hänninen J. Interview med praktiserende læge og vicedirektør Jouko Hänninen, Mikkeli. 2006.
78. Ministry of Social Affairs and Health. Decision in Principle by the Council of State on securing the future of health care. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2002.
79. KELA. Occupational health care. Tilgængelig via URL: [www.kela.fi/in/internet/english.nsf/](http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/).
80. Härmäläinen P, Tenhunen E, Hyppönen H, Pajukoski M. Experiences on Implementation of the Act on Experiments with Seamless Service Chains in Social Welfare and Health Care Services. Helsinki: Stakes, Helsinki; 2005.
81. Social og Hälsovårdsministeriet. Statsrådets principbeslut om tryggande av hälso- og sjukvården i framtiden. Helsinki: Social- og Hälsovårdsministeriet; 2002.
82. Moe JB. En Finsk Faldgrube. *Ugeskr Læger* 2003; 28(165):2834-7.
83. Kokko S. Interview med professor og formand for de finske almen læger Simo Kokko, Helsinki. 2006.
84. Niskanen JJ. Finnish care integrated? *International Journal of Integrated Care* 2002; 2:e16.

85. Kokko S, Hava P, Ortun V, Leppo K. The role of the state in health care reform. I: Saltman RB, Figueras J., Sakellarides C (red.). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998: 289-307. (State of Health Series).
86. Olli T, Tepponen M, Roilas H. Gruppeinterview med lægefaglig direktør Heikki Roilas, CAP-leder Teija Olli og direktør for ældreservice Merja Tepponen . 2006.
87. Suistomaa M. Interview med cheflæge Matti Suistomaa, Mikkeli. 2006.
88. Kiviluoto M. Interview med udviklingschef Maikki Kiviluoto, Mikkeli. 2006.
89. Varonen, Jousimaa, et al. ??? Family Practice 16 may 2005. 2005.
90. Vehviläinen AT, Kumpusalo JK, Takala AT. Feedback information from specialists to general practitioners in Finland. European Journal of General Practice 1996; 2(2):55-7.
91. Honkala A. Interview med praktiserende læge Artto Honkala, Forssa. 2006.
92. Ruohonen J. Interview med lægelig direktør Jarmo Ruohonen, Forssa. 2006.
93. Österberg K. Interview med cheflæge Kari Österberg, Forssa. 2006.
94. Kommunyheter. Tilgængelig via URL: [http://www.kommunerna.net/k\\_etusivu.asp?path=255](http://www.kommunerna.net/k_etusivu.asp?path=255).
95. Okma KGH. Health Care, Health Policies and Health Care Reform in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport; 2001. (International Publication Series Health, Welfare and Sport).
96. Ministry of Health WaS. Health Insurance in the Netherlands - The new health insurance system from 2006. The Hague: Ministry of Health,Welfare and Sport; 2005.
97. Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health Care Systems in Transition - Netherlands. Busse R, van Ginneken E, Schreyögg J, and Wisbaum W (red.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.; 2004.
98. Ministry of Health WaS. The new care system in the Netherlands - durability, solidarity, choice, quality, efficiency. The Hague: Ministry of Health,Welfare and Sport; 2006.
99. Bakker D. Interview med lederen af forskningsafdelingen i det hollandske selskab for intern medicin Dinny de Bakker. 2006.
100. CTG. What is the National Health Tariffs Authority. 2000.
101. Ministry of Health WaS. Primary Health Care in the Neatherlands - The nature, structure, financing, regulation, supply of, and training and demand for primary health care in the Netherlands. The Hague: Ministry of Health,Welfare and Sport; 2005.
102. Westert P, Jabaaij L, Schellevis F. Morbidity, Performance and Quality in Primary Care - Dutch general practice on stage. Radcliffe Publishing; 2006.
103. Buurma H, de Smet PAGM, Leufkens HGM, Egberts ACG. Evaluation of the clinical value of pharmacists' modifications of prescription errors. British Journal of Clinical Pharmacology 2004; 58(5):503-11.
104. Buurma H, de Smet PAGM, van den Hoff OP, Egberts ACG. Nature, frequency and determinants of prescription modifications in Dutch community pharmacies. British Journal of Clinical Pharmacology 2001; 52(1):85-91.

105. iMTA - institute for Medical Technology Assessment. Controversial matters regarding a new financing system for Dutch health care. Newsletter 2006; 2(2):1-4.
106. Smeenk F. Interview med speciallæge i lungemedicin Frank Smeenk, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven. 2006.
107. Bouwmans M. Interview med konsulent Martien Bouwmans, Sundhedsforsikringssekskabernes brancheorganisation. 2006.
108. van Duren J. Interview med konsulent Judith van Duren, Sundhedsforsikringssekskabernes brancheorganisation. 2006.
109. Bakker D, Groenewegen PP, Hingstman L, Sluijs EM, van der Velden LFJ. Primary health care in the Netherlands: current situation and trends [Upubliceret artikel]. Utrecht: NIVEL; 2006.
110. Lanphen J. Interview med praktiserende læge Joke Lanphen. 2006.
111. Storms F. Interview med speciallæge i intern medicin, Mesos Diabetes Centrum, Utrecht. 2006.
112. van der Linden B. The Birth of Integration: Explorative Studies on the Development and Implementation of Transmural Care in the Netherlands 1994-2000. Utrecht: University of Utrecht; 2001.
113. Meijer L. Interview med praktiserende læge Loes Meijer. 2007.
114. Raak Av, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A. Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries. Raak Av, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, and Paulus A (red.). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2003.
115. Müller H. Interview med speciallæge i onkologi, Tergooi Ziekenhuisen, Blaricum. 2006.
116. Chavannes N. Interview med praktiserende læge Niels Chavanes, Maastricht. 2007.
117. Giezeman M. Interview med praktiserende læge Maike Giezeman. 2006.
118. Borghuis I. Interview med sygeplejerske Inge Borghuis. 2006.
119. Knol A, van den Akker TW, Damstra RJ, de Haan J. Tele dermatology reduces the number of patient referrals to a dermatologist. Journal of Telemedicine and Telecare 2006; 12(2):75-8.
120. Kasje WN, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14(6):509-18.
121. Lebbink C. Interview med direktør Christiaan Lebbink, Diagnosis4Health. 2006.
122. Anell A. Strukturer resurser drivkrafter - sjukvårdens förutsättningar. Lund: Studentlitteratur; 2004.
123. Anell A. Swedish health care under pressure. Health Economics 2005; 2005(14):237-54.
124. OECD. OECD Health Data 2006: How does Sweden compare. Tilgængelig via URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/31/36959923.pdf>.

125. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health Care Systems in Transition - Sweden. Rico A, Wisbaum W, and Cetani T (red.). Copenhagen: WHO; 2001.
126. Kjellberg J, Herbild L. Deskriptiv analyse af udvalgte nordeuropæiske sundhedssystemer. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2002.
127. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
128. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Baukauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. I: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005:
129. Region Skåne. Patientavgifter i öppen vård - från 1 juli 2006. Link til PDF: <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/VardHalsa/dokument/patavgifter060701.pdf>.
130. Sveriges Kommuner och Landsting. Sjukvårdsdata i fokus. Tilgængelig via URL: <http://sjvdata.skl.se/sif/start/>.
131. Sveriges Kommuner och Landsting. Landstingsanställd personal 2005 - personalstatistisk undersökning. Link til PDF: [http://uno.svekom.se:8080/brsbibl/kakta\\_documents/doc38423\\_1.pdf](http://uno.svekom.se:8080/brsbibl/kakta_documents/doc38423_1.pdf).
132. Region Skåne. Distriktsnämnderna i Region Skåne. Tilgængelig via URL: <http://www.skane.se/default.aspx?id=137521>.
133. Region Skåne. Uppdragsbeskrivningar. Tilgængelig via URL: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=127277>.
134. Sveriges Kommuner och Landsting. Väntetider till allmänläkare - åttonde nationella mätningen hösten 2005. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2005.
135. Winblad U. Motiven bakom husläkarsystemets införande. Socialmedicinsk tidsskrift 1995; 1995(nr 4-5):170-6.
136. Socialdepartementet. Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. (Regeringens proposition 1999/2000:149).
137. Start för Skånes familjeläkarssystem. Primärvårdens Nyheter 2002; (7/8):18-23.
138. Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdgaranti. Tilgængelig via URL: <http://www.skl.se/artikel.asp?C=3657&A=13616>.
139. Region Skåne. I Skåne kan du välja familjeläkare. Link til PDF: <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/VardHalsa/dokument/Familjelakare1.pdf>.
140. Region Skåne. Generell kravspecifikation för familjeläkarverksamhet i Region Skåne. Link til PDF: [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/VardHalsa/for\\_prof/fam\\_lakare/GK\\_2005/GK\\_FL\\_Faststalld\\_20060109.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/VardHalsa/for_prof/fam_lakare/GK_2005/GK_FL_Faststalld_20060109.pdf).
141. Region Skåne. Riktlinjer privat vård - Riktlinjer för offentligt finansierad privat vård i Region Skåne. Tilgængelig via URL: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=82931#bilaga2>.
142. Regionfullmäktige Region Skåne. Målbild Skånsk Livskraft - vård och hälsa. Region Skåne; 2003. (Skånsk Livskraft - vård och hälsa).

143. Rom M. Närvård i Sverige 2005. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
144. Lind J-I. Att utveckla närvårdssystem. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
145. Regionfullmäktige Region Skåne. En ny struktur för hälso- och sjukvården. Kristiansstad: Region Skåne; 2004. (Skånsk Livskraft - vård och hälsa).
146. Norman E, Schön P. Biståndshandläggare - et (o)möjligt uppdrag. En översikt av aktuell forskning om biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005; 2005(4)
147. Region Skåne. Skånsk Livskraft - vård och hälsa. Link til PDF: <http://www.skane.se/-upload/Webbplatser/Skånsk%20livskraft-vård%20och%20hälsa/Dokument/Pdf/-slutrapport040629.pdf>.
148. Region Skåne, Centralsjukhuset Kristianstad. Uppdragsbeskrivning: Akutmottagning för närsjukvård. Link til PDF: [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/-Distriktsnämnderna/Nordostra\\_skane/Dokument/uppdragAkutmott.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/-Distriktsnämnderna/Nordostra_skane/Dokument/uppdragAkutmott.pdf).
149. Region Skåne. Primärvården Skåne. Sök kontaktuppgifter. Tilgængelig via URL: <http://www.skane.se/templates/Application.aspx?id=102667>.
150. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken slutrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
151. Andersson B. Hälso- och sjukvårdsorganisationer kommer och går - distriktssköterskan består? Distriktssköterskan - kulturens bärare och medkänslans sändebud. En nationell kartläggning av specialistsjuksköterskeutbildningen till distriktssköterska. Link til PDF: [http://www.fammi.se/content/1/c4/27/07/dskutb\\_slutversion.pdf](http://www.fammi.se/content/1/c4/27/07/dskutb_slutversion.pdf).
152. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivningar. Tilgængelig via URL: <http://www.swenurse.se/Content.aspx?c=177>.
153. Lindberg M, Ahlner J, Ekström T, Jonsson D, Möller M. Asthma nurse practice improves outcomes and reduces costs in primary health care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2002; 2002(16):73-8.
154. Swartling P-G. Den svenska allmänmedicinens historia. Lakertidningen 2006; 103(24-25):1950-3.
155. Andersson G, Karlberg I. Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. International Journal of Integrated Care 2000; 1:1-10.
156. Carelink. Rutiner och överföring av information i samordnad vårdplanering - Erfarenheter och nuläge 2006. I: Carelink; 2006:
157. Nordestedt Konsult AB. Utvärdering av rutinerna för samordnad vårdplanering i Skåne. Link til PDF: [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Distriktsn%C3%A4-mnderna/Nordostra\\_skane/Dokument/svp/svp\\_rapport.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Distriktsn%C3%A4-mnderna/Nordostra_skane/Dokument/svp/svp_rapport.pdf).
158. Socialstyrelsen. Äldreformen Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2).

159. Region Skåne. Samarbetsavtal. Link til PDF: <http://www.skane.se/upload/VardHalsa/-Dokument/samarbetsavtal.pdf>; [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Distriktsnämnderna/Nordvastra\\_skane/Dokument/samarbetsavtal\\_kommunerna\\_2004-2005.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Distriktsnämnderna/Nordvastra_skane/Dokument/samarbetsavtal_kommunerna_2004-2005.pdf).
160. Michaeli I. Biståndshandläggare, sjuksköterskor och enhetschefer, tre yrkesgrupper inom äldreomsorgen. Link til PDF: <http://www.dfr.se/pdf/publikationer/WorkshopIM1.pdf>.
161. Olsson P, Gunder B-M, Olsen I, Nilsson K-Å. Samarbetsöverenskommelse 2003 10 01 - 2006 10 01 mellan Vårdcentralen i Sjöbo och Vård- och Omsorgsförvaltningen i Sjöbo Kommun (revidering 2004 11 18). [S.l.]: [S.n.]; 2004.
162. Revideret av den politiska styrgruppen för samarbetsavtalet den 23 mars 2004. Samarbetsavtal Sjöbo Kommun - Knutet till överenskommelsen om reglering av ansvar och finansiellt gränssnitt mellan kommuner och landsting i Skåne 1997-04-18. [S.l.]: [S.n.]; 2004.
163. Olsen I. Interview med sygeplejerske Ingrid Olsen, Sjöbo Kommune. 2006.
164. DSMI. Materiale vedr. DSMIs studietur til Skåne 21. og 22. september 2006. Tilgængelig via URL: <http://www.hst.auc.dk/%7Epbe/studietur/studietur.htm>.
165. Tallroth G. Interview med speciallæge i interne medicin Gustav Tallroth, Ystad Lasarett. 2006.
166. Tobiasson L-O. Interview med familjelæge Lars-Olof Tobiasson, Vårdcentralen Sjöbo. 2006.
167. Tyrberg S. Interview med familjelæge Sten Tyrberg, Nordvest Skåne. 2006.
168. Lind J-I. Interview med docent i erhvervsøkonomi Jan-Inge Lind, Lunds Universitet. 2006.
169. Oversigt over netværk i nærsjukvården i Nordøst Skåne. Tilgængelig via URL: [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/CSK/for\\_prof/varksamverkan/natverk/bubblorna.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/CSK/for_prof/varksamverkan/natverk/bubblorna.pdf).
170. Nätverksgrupperna. Tilgængelig via URL: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=77839>.
171. Lindberg M, Lind M, Petersson S, Wilhelmsson S. The use of clinical guidelines for asthma, diabetes and hypertension in primary health care. International Journal for Quality in Health Care 2005; 17(3):217-20.
172. Region Skånes Revisorer. Granskning av metoder för att fånga och utvärdera patientupplevelser i Region Skåne. Tilgængelig via URL: <http://www.skane.se/upload/-Webbplatser/Revisionen/Dokument/Granskningsrapporter/slutrapport159.pdf>.
173. Karlsson I, Nilsson M, Ekman S-L. Physicians' expectations regarding registered nurses caring for older people living in sheltered housing, retirement homes and group dwellings. Journal of Interprofessional Care 2006; 20(4):381-90.
174. Alter C, Hage J. Organizations Working Together. Newbury Park: Sage; 1993.
175. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Quality and Safety in Health Care 1999; 8(1):16-21.

176. Seemann J. Sundhedsvæsenets grænseflader og relationer - samordningsbestrebelse historisk og aktuelt (upubliceret). [S.l.]: [S.n.]; 2006.
177. Zeuthen E, Borum F, Erlingsdottir G, Sahlin-Andersson K. Når Styringsambitioner møder Praxis. Den svære omstilling af Sygehus- og Sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige. København: Handelshøjskolens Forlag; 1999.
178. Plochg T, Klazinga NS. Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 2002; 14(2):91-101.
179. Blaine D. Health Professions. I: Scrambler G (red.). Sociology as Applied to Medicine. 4th edition udg. Saunders; 1997: 212-25.
180. Mintzberg H. The rise and fall of strategic planning. Prentice Hall; 1994.
181. Pettigrew A, Ferlie E, Mckee L. Shaping strategic change – making change in large organizations – the case of national health service. London: Sage Publications; 1992.
182. Krasnik AGP, Pedersen PA, Scholten P, Mooney G, Gottschau A, Flierman H et al. Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General practice. Brit Med J 1990; (300):1698-701.





# Bilag 1 Søgestrategi

Periode: 1996- 2006 - søgninger foretaget i februar 2006.

## Primær søgning

### Medline 1996 - 2006 (februar 2006)

1. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and 'Gatekeeping-' / all or gatekeep\* (1214 records) - 29 records
2. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and (CP=DENMARK) - 26 records
3. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and (CP=FINLAND) - 15 records
4. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and (CP=GERMANY) - 63 records
5. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and (CP=NETHERLANDS) - 100 records
6. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and (CP=SWEDEN) - 91 records
7. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and ((CP=DENMARK) or (CP=FINLAND) or (CP=GERMANY) or (CP=NETHERLANDS) or (CP=SWEDEN) - 295 records
8. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and (CP=ENGLAND) - 3180 records
9. (explode 'Primary-Health-Care' / organization-and-administration or 'Family-Practice' / organization-and-administration or 'Physicians-Family' / organization-and-administration (8612 records)) and ((CP=DENMARK) or (CP=FINLAND) or (CP=GERMANY) or (CP=NETHERLANDS) or (CP=SWEDEN) or (CP=ENGLAND) - 3475 records
10. #8 and 'Gatekeeping-' / all or gatekeep\* - 3 records
11. #9 and and 'Gatekeeping-' / all or gatekeep\* - 33 records
12. #9 and (PT=EVALUATION-STUDIES) and (PY=2002-2006) - 91 records
13. #9 and (PT=COMPARATIVE-STUDY) and (PY=2002-2006) - 82 records

## Medline

- ◆ Boerma,W.G. (1996-2006) - 8 records
- ◆ Starfield,B. and Primary health Care ( 1989-2006) - 97 records

## Medline 2000-2006 er endvidere søgt i september 2006

1. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
2. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) and 'Netherlands-' / all - 21 records
3. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
4. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) and (CP=ENGLAND) - 193 records
5. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
6. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) and (CP=DENMARK) - 1 record
7. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
8. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) and (CP=FINLAND) - 2 records
9. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
10. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) (CP=SWEDEN) and (PY=2000-2006) - 0 records
11. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
12. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) and ( (CP=NETHERLANDS) or (CP=ENGLAND) or (CP=DENMARK) or (CP=FINLAND) ) - 217 records
13. (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or
14. 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / all or integrated care) and 'Scandinavia-' / all - 1 records
15. shared care not (explode 'Delivery-of-Health-Care-Integrated' / organization-and-administration or integrated care) = 11 records

Desuden er

- ◆ International Journal of Integrated Care søgt for perioden 2001- september 2006
- ◆ Journal of Integrated Care søgt for perioden 2004- september 2006

## **Sekundær litteratur:**

### **Opslag i DSI-Bib**

- ◆ (almen-praksis OR praksis) AND (storbritannien OR sverige OR finland OR brd OR holland) AND organisation: 56 referencer
- ◆ Gatekeeper?: 15 referencer

### **Opslag i Månedsskrift for Praktisk Lægegering (1991-2005):**

- ◆ almen lægepraksis AND patientforløb: 3 referencer
- ◆ praksis AND patientforløb: 38 referencer
- ◆ I alt vedlagt 6 referencer

### **Opslag i Ugeskrift for Læger (på nettet 1996-):**

- ◆ Gatekeeper - 21 artikler

### **Opslag i Netpunkt:**

- ◆ Gatekeeper? OG læge?: 2 vedlagt
- ◆ Kaiser permanente: 2 vedlagt

### **Forskningsbasen/Deff**

- ◆ Almen praksis - 755 referencer, 15 referencer er udvalgt
- ◆ Almen praksis og udvikling - 9 referencer
- ◆ Almen praksis og forandring - 0 referencer
- ◆ Primær sektor - 1 reference

### **Swemed**

familjeläkare or husläkare and gatekeeeper\* - 2 referencer  
Primary health Care - 29 referencer

### **Libris**

Primärvård og Sverige- 2 referencer

### **NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg**

(<http://www.nivel.nl>)

Hjemmesiden er søgt på

General practice 111 referencer - derefter begrænset med: ... and

Boerma,W.

de Bakker,D

Groenewegen,P.P.

## **WHOLIS**

Europe AND 'primary health care' - 9 referencer

- ◆ Saltman, RB: Primary Care in the driver's seat.. Open Univ., 2006 - denne bogs kapitelreferencer er brugt som citationskilde.

## **King's Fund publications**

Opslag er fortaget på:

- ◆ Primary Care - 18 publ.

## **OECD publications**

Opslag er foretaget på:

Health Care or Public Health - 3 publ.

## Bilag 2 Begrebsafklaring og teoretiske perspektiver

### Hvad er koordination og sammenhæng og hvorfor er det så vanskeligt?

For at sikre et integreret, sammenhængende og velkoordineret patientforløb kræves det, at en lang række opgaver, systemer og beslutningsprocesser er koordinerede og integrerede med hinanden. Ifølge Alter og Hage kan det være fornuftigt at skelne mellem to niveauer for koordination – det administrative/politiske niveau og det operationelle niveau (174).

Idet fokus ligger på koordinering af sammenhængende patientforløb er 'koordination' et af de helt centrale begreber i projektet. Koordination kan defineres på adskillige måder. Alter og Hage definerer således koordination som "... the articulation of elements in a service delivery system so that comprehensiveness, accessibility, and compatibility among elements are maximized." (174). Definitionen er anvendelig idet den dels konkretiserer koordinationsbegrebet og dels giver nogle kriterier for succesfuld koordination. I forhold til koordinering i sundhedsvæsenet og sikring af sammenhængende patientforløb kan kriterierne beskrives således (174):

1. *Koordinationen skal være vidtfavnende (Comprehensive)*: Det er således ikke nok at koordinere mellem enkelte elementer af et system. I patientforløb er sygehuse, kommuner og almen praksis ofte 'nødvendige elementer' alle sammen – og koordination kræver at de alle tænkes med.
2. *Koordinationen skal sikre tilgængelighed (Accessibility)*: Koordinationen skal sørge for at ingen patienter ekskluderes. Man må således ikke kunne 'falde mellem to stole' eller havne i 'gråzonen'.
3. *Koordinationen skal sikre forenelighed (Compatibility)*: Koordinationen skal sørge for at elementerne i systemet er forenelige. Der skal skabes de nødvendige forbindelseslinier.

Koordination har som formål at sikre sammenhængende patientforløb for patienterne, hvorfor det kan være relevant at inddrage et britisk studie, der har undersøgt koordinationsaspektet fra et patientperspektiv (175). Ved at spørge en række patienter om deres oplevelser med sundhedssystemet i forbindelse med overgange mellem primær og sekundærsektor har undersøgelsen identificeret fem forskellige aspekter, som er fundamentale i sikringen af sammenhængende patientforløb.

1. 'Getting in': Patienten skal have adgang til en passende behandling, og føle sig velkommen og hørt, når hun/han henvender sig med et helbredsproblem.
2. 'Fitting in': Behandlingen skal orienteres mod patientens behov og gives på en måde, så patienten føler sig taget alvorligt og behandlet som et individ.
3. 'Knowing what's going on': Patienten skal gives den nødvendige information om behandlingen. Informationen skal være tilstrækkelig til at patienten får en følelse af at vide, hvad der sker og skal ske – og hvorfor denne behandling er blevet valgt.

4. 'Continuity': Der skal være kontinuitet i forhold til de professionelle som står for behandlingen. Det vil sige, at så vidt muligt skal det være den samme behandler der forestår behandlingen. Når behandlingen overføres eller deles mellem behandlere, skal der være god kommunikation imellem dem, så patienten får konsistent information om behandlingen.
5. 'Progress': Behandlingen skal skride fremad gennem systemet – uden unødvendige stop eller afstikkere.

Fremskridt, information og konsistens fremstår som tre kerneaspekter i sikringen af et sammenhængende patientforløb fra et patientperspektiv. Behandlingen skal hele tiden skride fremad uden at patienten føler, at hun/han er blevet glemt, at hun/han ikke kommer videre. Patienten skal hele vejen igennem forløbet gives overblik over og forståelse for behandlingens mål og midler. Alle dele af behandlingen og den information patienten gives – underordnet i hvilken organisatorisk sammenhæng det forgår – skal være konsistent med den øvrige del af behandlingen. Det ikke tilstrækkeligt, at se sammenhæng som udtryk for at der eksisterer en komplet kæde af tilbud som patienten selv kan manøvrere i. I sammenhængsbegrebet er altså indlejret, at patienten ledes igennem disse tilbud, og det netop er det der udgør tovholderfunktionen.

Koordinering på det administrative og politiske niveau vil primært foregå i formelle rammer for forhandling og aftaler og produktet vil typisk være formaliserede aftaler, protokoller, økonomiaftaler mm. (176)

På det operationelle plan vil et patientforløb som går på tværs af sektorer bestå af en lang række enkeltstående opgaver, som skal udføres af forskellige aktører. Det er disse konkrete opgaver, som skal integreres for at et sammenhængende patientforløb kan sikres. Da fokus i dette projekt er på det udførende niveau hos den praktiserende læge vil vi fokusere på koordinationen på det operationelle niveau. Vi vil dog også inkludere den politiske og administrative koordination. Det vil sige de forskellige aftaler, økonomisystemer mm. som den operationelle opgaveintegration er styret/formet af.

Det er en generel pointe i megen organisationsteoretisk litteratur, at karakteren af de konkrete opgaver har stor betydning for hvilken type integration, der er hensigtsmæssig på det pågældende område. På det operationelle niveau skelner Seemann således mellem to overordnede opgavetyper<sup>61</sup>:

- ◆ Veldefinerede tværgående opgaver med klar teknologi. Denne type opgave kan typisk koordineres med planer og programmer og giver normalt ikke anledning til store koordineringsproblemer.
- ◆ Komplekse tværgående opgaver med usikkerhed og uklar teknologi. Sådanne opgaver kræver et netværk med konstant gensidig justering mellem parterne og nødvendiggør derfor en helt anden form for koordinering (176).

I praksis kan distinktionen anskues som to idealtypiske yderpoler i et kontinuum, hvor opgaver kan være mere eller mindre veldefinerede/komplekse. Med udgangspunkt i distinktionen mellem veldefinerede og komplekse opgaver kan man tale om tre typer af opgaveintegration:

---

<sup>61</sup> Seemann (ligesom Alter og Hage) lader sig her inspirere af den klassiske organisationsteoretiker James Thompson og hans hovedværk fra 1967 *Organizations in Action*

- ◆ Sekventiel opgaveintegration: Opgaver, hvor de involverede parter hver især kan afslutte arbejdet og derefter sende opgaven videre til den næste aktør. Koordinationen minder dermed om 'samlebåndsarbejde'.
- ◆ Reciprok opgaveintegration: I reciproke forløb skal opgaven sendes frem og tilbage mellem aktørerne for at arbejdet kan afsluttes.
- ◆ Kollektiv opgaveintegration: I den kollektive opgaveløsning med parallelle opgaver er der behov for input fra flere aktører for at tilrettelægge opgaveløsningen og der er behov for samtidighed i aktørernes deltagelse i opgaveløsningen (174; 176).

Sidstnævnte særligt koordinationskrævende – og særlig udbredt på det komplekse sundhedsområde med udpræget grad af specialisering. Koordinationsproblemerne tilskrives dog også en række andre årsager, som udgør fokus i næste afsnit.

## Hvorfor er koordinering så vanskelig?

### Kompleksitetsforklaringen

Den første forklaring peger på kompleksiteten i sundhedsvæsenet som hovedårsag til den vanskelige koordinering (177). I kraft af den øgede specialisering bliver sundhedsvæsenet stadig mere komplekst og koordinering i og af feltet vanskeliggøres samtidig af den politiske styring og områdets centrale betydning. Hertil kommer, at sundhedsvæsenet er karakteriseret ved stærke professioner, hvilket betyder at rutiner, vaner og kulturbestemt adfærd gør det til et vanskeligt område at ændre på (2). I det lys kan problemerne karakteriseres som et "kronisk koordinationsbesvær", hvorfor det heller ikke giver mening at søge efter én enkelt løsning. Løsninger skal i stedet søges på forskellige niveauer og i forskellige former (2; 178).

### Professionsforklaringen

Den anden forklaring på den vanskelige koordinering fokuserer på betydningen af de fagprofessionelles formelle og uformelle relationer, der præges af de eksisterende magtrelationer og løbende tilpasninger til in- og eksterne forhold. Professionskulturer er i vidt omfang præget af de specifikke historiske omstændigheder på sundhedsområdet (179), som fx det danske forhandlingssystem på arbejdsmarkedet, professionernes indbyrdes selvforståelse etc., hvilket skaber en indbygget træghed i systemet i forhold til forandring og udvikling. I denne forklaring virker de historisk betingede professionskulturer således som en barriere for bedre koordinering mellem de forskellige aktører i feltet.

Det er vigtigt at påpege, at også internt blandt det fagprofessionelle sundhedspersonale: læger, sygeplejersker, ergoterapeuter og blandt sygehus og afdelinger foregår der konkurrerende opfattelser af eks. "den rigtige behandling" (16; 18; 176). I de forskellige sektorer, på sygehuse, afdelinger, blandt fagpersonalet opstår der således nogle kulturer med forskellige mål, arbejdsformer, behandlingsteknologier mm.

### Organiseringsforklaringen

Den tredje forklaring henfører koordineringsproblemerne til sundhedsvæsenets grundlæggende organisering i forskellige niveauer og ansvarshavere. Mange introduktioner til sundhedstjenesteforskning forklarer således i de indledende kapitler, at et moderne

sundhedsvæsen normalt er opdelt i en primær-, en sekundær- og en tertiær sektor, der varetager forskellige specialiseringsniveauer. Det fremgår samtidig, at mange af de sundhedsrelaterede opgaver varetages i den sociale sektor og/eller på et reguleret men ofte delvist privat marked. Hovedproblemet er her, at det ikke er praktisk muligt at sikre tilstrækkelig god koordinering, når et behandlingsforløb er delt op på denne måde i adskillige elementer, der hver især varetages af forskellige aktører og myndigheder. De vigtigste aktører tæller i den forbindelse de praktiserende læger, apotekerne, hjemmeplejen og sygehusvæsenet. Herudover spiller andre aktører som tandlæger, fysioterapeuter, psykologer etc. også en vigtig rolle.

Hvis man tager de organisationsteoretiske briller på, kan man placere sundhedsvæsenets organisation inden for det Mintzberg kalder en fagbureaukratisk organisation (180). Sundhedsvæsenet tekniske omgivelser er præget af specialisering i form af professioner og decentralisering. Specialiseringen gør at opgavevaretagelsen foregår i løst koblede enheder, hvor de sundhedsprofessionelle har en høj grad af autonomi i beslutningstagningen. Specialisering og arbejdsdeling giver fordele (højt ekspertviden), men på den anden side skaber det også behov for koordinering og samordning. Disse forhold gør ifølge Mintzberg, at den fagprofessionelle organisation er svær at styre fra centralt hold. Ifølge Mintzberg og Pettigrew er der i fagprofessionelle organisationer stærk modstand mod radikale forandringer. Dette skyldes, at systemet er designet til at varetage specialiserede opgaver og at aktørerne handler i løstkoblede netværk. Beslutningstagning foregår derfor i dette system inkrementelt efter en såkaldt "muddling through" tilgang og med fokus på konsensus mellem aktørerne(181).

### **Økonomiforklaringen**

Den fjerde forklaring fokuserer på betydningen af økonomiske incitamenter for koordineringen på sundhedsområdet. Det er veldokumenteret, at økonomiske incitamenter kan spille en væsentlig rolle for adfærden i sundhedsvæsenet (182), og således også for samspillet mellem dets aktører. Pointen er her, at de økonomiske incitamenter kan modvirke en hensigtsmæssig overordnet koordinering mellem de forskellige aktører, såfremt de ikke understøtter denne målsætning. I økonomiforklaringen er de centrale og sammenhængende faktorer, a) hvilke enheder der er økonomiske ansvarlige for hvilke dele af behandlingen samt b) måden de finansieres på. Den første faktor er afgørende i forhold til 'kassetænkning', der opstår, når aktørerne primært fokuserer på de økonomiske konsekvenser for den enhed de er tilknyttet frem for på helheden. I så fald kan individuelt rationelle handlinger give kollektivt suboptimale resultater. Den anden faktor handler om selve finansieringsformen, dvs. hvordan de enkelte enheder og aktører finansieres. Det afgørende er her, om finansieringen giver incitament til høj aktivitet for den enkelte enhed eller om finansieringen snarere giver aktørerne incitament til at koncentrere sig om hele patientforløb og forebyggelse.

I dansk sammenhæng har de økonomiske incitamenter på sygehusområdet de senere år primært været rettet mod øget aktivitet via sammenkobling af aktivitet og finansiering. Denne kobling har længe været gældende i almen praksis, hvor det er veldokumenteret, at den direkte aktivitetsafhængige aflønningsform påvirker praksisadfærd (182). Ved at orientere de økonomiske incitamenter entydigt mod den målbare aktivitet opstår der risiko for, at vigtige hensyn nedprioriteres, som fx koordination og kommunikation med andre aktører i social- og sundhedsvæsenet.



### **Ledelsesforklaringen**

Den sidste forklaring på den vanskelige koordinering hænger sammen med ledelsen i og af sundhedsvæsenet. Argumentet lyder her, at der traditionelt har været fokuseret for lidt på ledelse i sundhedsvæsenet, hvorfor ledelsesniveauet ofte ikke er i stand til at skabe den nødvendige samarbejdskultur og det nødvendige fokus på eksterne samarbejdsrelationer (2). I det lys kræver løsning af koordinationsproblemerne først og fremmest øget ledelsesmæssigt fokus på området og medfølgende ressourcer. Ledelsesforklaringen er måske særlig relevant i forhold til dansk almen praksis, der i kraft af dets status som liberalt erhverv ofte udgøres af små enheder. Derfor har det, i sammenligning med fx sygehus- og plejesektorerne, kun i begrænset omfang været muligt at påvirke denne sektor gennem ledelsesniveauet.



## Bilag 3 Brændpunktsanalyse

Sammenhængende patient forløb handler basalt set om, hvordan forskellige organisationer samarbejder om en række overlappende og forbundne behandlingsopgaver. I litteraturen betegnes den slags relationer bl.a. som 'interorganisatoriske netværk', der som forskningsfelt har modtaget stigende opmærksomhed gennem de senere år (176). Denne publikation er primært en empirisk kortlægning af udenlandske erfaringer med skabelse af sammenhængende patientforløb, men selve tilgangen til det empiriske materiale er inspireret af den såkaldte 'brændpunktsanalyse'. Tilgangen er udviklet af Seemann og Gustafsson (16; 18; 176) og er anvendelig idet den netop har det interorganisatoriske netværk som sit genstandsfelt. Brændpunktsanalysen er en metode til at identificere de kritiske punkter i forholdet mellem aktørerne i et netværk og undersøge baggrunden for disse såkaldte 'brændpunkter'. Denne tilgang beskrives mere udførligt nedenfor.

### Introduktion til brændpunktsanalysen

En brændpunktsanalyse kan inddeles i tre analytiske niveauer, der gennemgås i det følgende (17):

1. *En analytisk indkredsning og afgrænsning af aktørerne i det pågældende interorganisatoriske netværk.* I vores afgrænsning af de relevante interorganisatoriske netværk vil der således være fokus på almen praksis og de funktioner der varetages eller kan tænkes at blive varetaget i almen praksis. Hvis hele netværket omkring de praktiserende lægers tovholderfunktion skulle analyseres, ville det overskride rammerne for denne rapport, hvorfor der kun fokuseres på de overordnet set væsentligste aktører. Lokaliseringen og indkredsningen af de interorganisatoriske netværk omkring almen praksis i de respektive lande er dels baseret på litteraturstudiet og dels på de semistrukturerede interviews.
2. *Identifikation af brændpunkterne på det pågældende område.* Brændpunkterne udgøres af de mest kritiske samarbejdsrelationer i de organisatoriske grænseflader, hvor der er tilbagevendende problemer med at koordinere opgaverne. Der kan identificeres en række faktorer, der ofte fører til brændpunkter. Der vil således typisk forekomme brændpunkter, hvor der er:
  - ◆ Uenig- eller uklarhed om hvem der skal gøre hvad. Uenigheden kan fx skyldes domænekonflikter eller uklar arbejdsdeling.
  - ◆ Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper. Teknologikonflikter kan fx bunde i forskellige professions- og sektorlogikker.
  - ◆ Uenighed om mål og vurderingskriterier.
  - ◆ Forskelle i de involverede parter interne strukturer, kulturer og processer, hvilket kan føre til en vanskelighed ved at 'nå hinanden' – på trods af behandlingsideologisk overensstemmelse.
  - ◆ Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform/relationsudformning (16).

Selve fokuset for indeværende projekt er at få identificeret de relevante brændpunkter i forbindelse med sammenhængende patientforløb – og herunder især hvilken rolle de praktiserende læger spiller og kan spille i de respektive sundheds-væsener. Derfor fokuserer de semistrukturerede interviews blandt andet også på

identifikation og beskrivelse af de brændpunkter, der opleves i dagligdagen. I et udviklingsperspektiv er det imidlertid ikke kun relevant at vide hvor problemerne ligger, men også hvordan man har forsøgt og evt. haft succes med at "bygge bro" over barriererne for sammenhængende patientforløb. Litteraturanalysen og de semistrukturerede interviews er derfor også benyttet til lokalisering af redskaber eller organisatoriske løsningsmodeller, som har været benyttet for at gøre noget ved brændpunkter i netværket.

3. *Forsøg på at forstå og forklare baggrunden for de identificerede brændpunkter.* Det er i dette element ikke en ambition at etablere entydige sammenhænge mellem årsag og virkning – dels fordi der sjældent findes simple og entydige forklaringer på komplekse netværksproblemer, og dels fordi det - i forlængelse heraf - ville kræve et langt mere omfattende studie. Det primære ambitionsniveau er derimod at
  - ◆ beskrive den organisatoriske kontekst, som 'tovholderfunktionen' er del af i hvert af de fire udvalgte lande. Sådanne beskrivelser er en nødvendig forudsætning for at forstå baggrunden for de lokaliserede problemer.
  - ◆ identificere en række konkrete barrierer, som udfordrer tovholderfunktionen i de respektive lande, samt identificere de forsøg på løsninger, der er benyttet for at modvirke barriererne. Den overordnede motivation bag lokalisering og analyse af problemer i koordineringen af sammenhængende patientforløb og tilhørende løsningsforslag er naturligvis en forhåbning om, at initiativer kan overføres til en dansk kontekst. Det er sjældent muligt at overføre initiativer direkte, da såvel implementering som konsekvenser afhænger af den lokale kontekst. Det er imidlertid stadig muligt at lade sig inspirere og benytte erfaringer fra andre lande som udgangspunkt for en diskussion af den fremtidige organisering af mere hensigtsmæssige patientforløb i en dansk kontekst.



## Almen praksis som koordinator – en international belysning

Organiseringen af almen praksis er til debat. Fremtidens udfordringer med bl.a. flere kronikere, øgede krav fra patienterne og færre læger stiller store krav til arbejdstilrettelæggelsen i almen praksis, og selv om dansk almen praksis på en række områder betegnes som en succes, er der også rum for forbedring – særligt med hensyn til koordination og samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Selv om der er store forventninger til den praktiserende læge som koordinerende krumtap i sundhedsvæsenet, så findes der ikke megen viden om, hvordan og med hvilke værktøjer denne rolle rent faktisk skal varetages. Formålet med denne publikation er at undersøge og beskrive, hvordan lignende problemer gribes an i nogle af de lande vi normalt sammenligner os med. Rapporten har søgt inspiration i erfaringer fra England, Holland, Finland og Sverige

Gennem en litteraturbaseret kortlægning og opfølgende interviews med nøglepersoner er arbejdstilrettelæggelsen mellem de forskellige aktører i netværket omkring almen praksis kortlagt, og broer og barrierer for koordineringen mellem disse aktører er undersøgt.

Rapporten finder bl.a., at almen praksis kan have stor gavn af at benytte forskellige former for understøttende praksispersonale i arbejdet med patienterne. Inddragelse af praksispersonale er både muligt og ofte hensigtsmæssigt, og i alle de undersøgte lande er det meget udbredt. Især i omsorgen for kronikere kan det være vejen til bedre behandling. Men også klare kliniske retningslinjer, større samordning af økonomiske og faglige incitamenter samt mere faglig sparring på tværs af sektorerne kan fremme det velkoordinerede patientforløb.