

**Dansk Sundhedsinstitut**

DSI rapport 2008.03



# **Små og store lægehuse**

– et komparativt casestudie

Pia Kürstein Kjellberg  
Martin Sandberg Buch  
Kim Rose Olsen  
Henrik Hauschildt Juhl







# Små og store lægehuse

*– et komparativt casestudie*

Pia Kürstein Kjellberg  
Martin Sandberg Buch  
Kim Rose Olsen  
Henrik Hauschildt Juhl

Dansk Sundhedsinstitut  
DSI rapport 2008.03

## Dansk Sundhedsinstitut

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

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

## Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

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 987-87-7488-546-7 (trykt version)

ISBN 987-87-7488-547-4 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2008.03

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk: Danske Regioner

## Forord

Danske Regioner vil som del af deres vision for fremtidens almen lægepraksis arbejde hen imod store lægeklinikker, hvor der bl.a. skal være mere praksispersonale og øget fokus på professionaliseret praksisadministration og ledelse.

Dansk Sundhedsinstitut har som en del af det udredningsarbejde, der ligger bag Danske Regioners vision for fremtidens sundhedsvæsen, gennemført et komparativt casestudie af fire danske lægepraksis – to små og to store.

Casestudiet giver detaljeret indblik i, hvordan store lægepraksis anno 2007 adskiller sig fra små (og omvendt). Studiet viser fordele og ulemper ved både store versus små lægepraksis og ved lægepraksis med fælles versus med individuel patientliste. Forfatterne argumenterer på det grundlag for opretholdelse af flere forskellige praksisformer, hvilket for eksempel kan ske i store lægeklinikker, hvor de praktiserende læger frit har mulighed for at organisere sig i solo-, samarbejds- eller kompagniskabspraksis.

Casestudiet imødeser forbedret mulighed for samarbejde om ledelse og administration, ansættelse af mere og specialiseret praksispersonale og deling af udgifter til udstyr i nye store lægeklinikker. Men der ses ikke umiddelbart anledning til at forvente en øget lægelig subspecialisering, da det strider imod det, som de praktiserende læger opfatter som selve kernen i almen lægepraksis, nemlig princippet om *egen læge*.

Casestudiet er finansieret af Dansk Sundhedsinstitut og Danske Regioner. I Dansk Sundhedsinstitut indgår det i forskningstemaet om det primære sundhedsvæsen, hvor tidligere studier har fokuseret på den praktiserende læges rolle som koordinator og tovholder, samt på produktivitets- og efficiensanalyser i almen praksis.

I Danske Regioner indgår casestudiet i Rammeprogrammet for Almen Praksis i fremtidens sundhedsvæsen (RAP), hvor projekt 9 under ledelse af chefrådgiver Karen Nørskov Toke har sat fokus på organisering af praksisdriften.

Dansk sundhedsinstitut ønsker at takke praktiserende læger, praksispersonale og samarbejdspartnere i de fire danske lægepraksis, der har medvirket ved interview. Vi ønsker også at takke Danske Regioner for deres bevilling til projektet, konsulent Lise Lotte Grønvand fra Praktiserende Lægers Organisation for adgang til relevante data, samt direktør Jane Kraglund, Region Syddanmark og professor Jakob Kragstrup, Forskningsenheden for Almen Praksis, som har haft rapporten til fagligt gennemsyn.

Dansk Sundhedsinstitut  
Jes Søgaard  
Direktør, professor



# Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Resumé .....	7
1. Baggrund og formål .....	11
1.1 Baggrund .....	11
1.2 Formål .....	11
1.3 Projektorganisation .....	12
1.4 Rapportens opbygning .....	12
2. Design og metode .....	13
2.1 Casestudiets design .....	13
2.2 Datagenerering .....	14
2.3 Dataanalyse .....	15
3. Almen lægepraksis i Danmark .....	17
3.1 Baggrund og organisation .....	17
3.2 Praksispersonale .....	19
3.3 Patientantal .....	22
4. Fire danske lægepraksis .....	25
4.1 Praksispersonale .....	25
4.2 Patienter .....	26
5. Brugen af praksispersonale .....	29
5.1 Angivelser fra interview .....	29
5.2 Diskussion .....	34
6. De praktiserende lægers faglige samarbejde .....	41
6.1 Angivelser fra interview .....	41
6.2 Diskussion .....	45
7. De praktiserende lægers ledelsesmæssige samarbejde .....	51
7.1 Angivelser ved interview .....	51
7.2 Diskussion .....	53
8. Samarbejdspartnerne vurderinger .....	55
8.1 Angivelser ved interview .....	55
8.2 Diskussion .....	57
9. Konklusion og diskussion .....	59
9.1 Konklusion .....	59
9.2 Diskussion .....	60
Litteratur .....	81





# Resumé

## Baggrund

Da tanken om store lægehuse blev lanceret i de danske medier i foråret 2007 fik den en positiv modtagelse. Professor Kjell Møller Pedersen imødeså en hurtigere og bedre behandling i store lægehuse, forudsat at de praktiserende læger uddelegerede arbejdet til praksispersonale og i et vist omfang specialiserede sig. Han understregede imidlertid også, at der kun var begrænset forskningsbaseret viden om betydningen af praksisstørrelse – og at forskningsbaseret viden var nødvendig, hvis debatten skulle løsrives fra "tyndbenede tanker om at 'stort er godt', 'større er endnu bedre'".

## Formål

Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut besluttede på dette tidspunkt at gennemføre et komparativt casestudie af fire danske lægepraksis – to små og to store – der alle var kendt som gode og kompetente. Casestudiets formål var at udforske, hvordan og hvorvidt store danske lægepraksis udmærker sig i forhold til små danske lægepraksis (og omvendt), generelt og specifikt i forhold til brugen af praksispersonale, behandlingen af patienter med kroniske sygdomme samt lægernes subspecialisering.

## Metode

Casestudiet er baseret på interview med praktiserende læger, praksispersonale og væsentlige samarbejdspartnere til fire danske lægepraksis, der alle er kendt som gode og kompetente, og som både indeholder eksempler på lægepraksis med fælles og individuel patientliste. Tabellen nedenfor giver en oversigt.

### *Casestudiets fire lægehuse efter størrelse og patienttilmeldingsprincip*

	Individuel patientliste	Fælles patientliste
Få læger (1-2)	A Solopraksis	B Kompagniskabspraksis
Mange læger (8)	C Samarbejdspraksis	D Kompagniskabspraksis

Der er samtidig, som kontekst for casestudiet, foretaget en gennemgang af eksisterende undersøgelser om praksistyper, praksispersonale og patientantal i Danmark (kapitel 4), og et mindre sonderende litteraturstudie om betydningen af praksisstørrelse belyst i internationale publikationer med særligt fokus på dette emne (bilag 1).

## Resultater

### *Patientantal*

I de fire lægepraksis, der indgår i casestudiet, er antallet af patienter pr. praktiserende læge højest den store samarbejdspraksis (1709) efterfulgt af den lille solopraksis (1476), det store kompagniskabslægehuse (1413) og den lille kompagniskabspraksis (1351). Dette afspejler en generel tendens til at der – siden 2003 – i gennemsnit har været omkring 100 flere patienter i sygesikringsgruppe 1 tilmeldt praktiserende læger i samarbejds- og solopraksis, end der har været tilmeldt praktiserende læger i kompagni-

skabspraksis. Det kan forklares af, at de praktiserende læger i kompagniskabspraksis bruger det, at de har fælles patientliste, til at være væk fra klinikken, fagligt såvel som privat.

#### *Praksispersonale*

Antallet af fuldtidspraksispersonale pr. praktiserende læge er højest i den lille solopraksis (1,32) efterfulgt af det store samarbejds-lægehus (0,97), det store kompagniskabs-lægehus (0,65) og den lille kompagniskabspraksis (0,32). De mest specialiserede faggrupper (diætist, laborant, specialiserede sygeplejersker) er fundet i de to store lægehuse, men også de små lægepraksis har eller planlægger ansættelse af sygeplejersker. Praksispersonalet anvendes i alle fire lægepraksis som grundlag for aflastning af de praktiserende læger og hjemtagning af opgaver fra sygehusets ambulatorier. I de små lægepraksis ses et tættere samarbejde mellem praktiserende læger og praksispersonale, og udlægningen af opgaver er i større omfang båret af personlig tillid.

#### *Potentiale for aflastning 1: Styrkelse af telefonvisitationen*

I spørgsmålet om hvordan de praktiserende læger kan aflastes af praksispersonale henlede casestudiet opmærksomheden på betydningen af telefonfunktionen. Det fremgik ved interview med praktiserende læger og sekretærer, hvordan god telefonpasning betyder, at (kun) de rigtige patienter kommer til på det rigtige tidspunkt; at (kun) de rigtige råd bliver givet i telefonen; og at (kun) de rigtige patienter bliver stillet videre til rådgivning ved den praktiserende læge. I den lille solopraksis berettede den praktiserende læge om en god og kyndig telefonvisitation og rådgivning båret af det nære samarbejde mellem sekretær. I et af de store lægehuse overvejede de praktiserende læger at lade sygeplejersker deltage i telefonbetjeningen.

#### *Lægefagligt samarbejde*

Der ses ikke en egentlig lægefaglig subspecialisering i de store lægehuse. De praktiserende læger har i små såvel som store lægehuse frivilligt opsøgte specialeområder, hvor de har særlig interesse og kompetence. Men de interviewede læger tager afstand fra øvrig subspecialisering, som opfattes som modstridende med princippet om egen læge. Det lægefaglige samarbejde i store lægepraksis omfatter i stedet: inddækning af hinanden ved fravær fra klinikken og samarbejde om faglig sparring og opdatering. Her skal praktiserende læger i små lægepraksis samarbejde med kolleger i lokalområdet (hvilket fungerer udmærket for de praktiserende læger i de to deltagende praksis, men hvilket – særlig i forhold til faglig sparring og opdatering – kræver en mere aktiv indsats). Deling af de akutte patienter ses i store såvel som små kompagniskabspraksis, hvor de praktiserende læger deler patientliste.

#### *Ledelsesmæssigt samarbejde*

Det fremhæves på tværs af samtlige fire cases, at det er en fordel ved store lægepraksis, at de praktiserende læger har mulighed for at dele det administrative arbejde med økonomi, IT, personale o.l. mellem sig, ligesom de har mulighed for at deles om udgifterne til udstyr (som er dyrt). Ulempen er, at så mange praktiserende læger skal blive enige. Det tager tid og kan sætte begrænsninger for den enkelte. De praktiserende læger i de store lægehuse fortæller, at de er blevet gode til at træffe beslutninger i fællesskab, og at de altid kommer frem til resultater, som alle kan leve med. Det kan

imidlertid hverken forudsættes, at andre store lægehuse vil være lige så velfungerende, eller at alle praktiserende læger vil kunne fungere i store lægehuse.

#### *Potentiale for aflastning 2: Lægen ringer tilbage*

De praktiserende læger overvejede i et af de store lægehuse at erstatte den åbne telefontid om morgenen, hvor patienterne direkte kan ringe til den praktiserende læge, med et tilbud, hvor sekretæren/sygeplejersken tager telefonen og videst muligt selvstændigt afslutter kontakten med et råd eller en aftale om en (evt. akut) tid til sygeplejerske, sekretær/laborant eller praktiserende læge. Baggrunden er, at kun en mindre del af de opkald, de praktiserende læger besvarer i telefontiden, kræver lægefaglig kompetence. Mange ringer for at bestille/ændre tid til konsultation eller for at få et simpelt råd. De praktiserende læger skønner, at det måske er 4 ud af 20-25 opkald, der kræver en læge. De angiver, at de hellere selv vil ringe tilbage til disse patienter og udfylde tidsrummet fra 8-9 med konsultationer. En sådan omlægning vil imidlertid kræve en ændring af overenskomsten, da det her er formuleret som et krav til de praktiserende læger, at de står til rådighed for telefonkonsultation 1 time hver dag på hverdage.

#### *Samarbejdspartneres vurderinger*

Samarbejdspartnere på sygehuse og i hjemmesygeplejen tilkendegiver på tværs af interview, at det er *den praktiserende læge*, ikke lægehuset eller kompagniskabet, de samarbejder med. De kan ikke se forskel på små og store lægehuse og fastholder på tværs af emner og interview, at det *hverken* er sådan, at de "gode" praktiserende læger sidder i store lægehuse, mens de "dårlige" sidder i små, eller omvendt.

#### **Konklusion**

Casestudiet viser, at der både er fordele og ulemper ved små og store lægepraksis og ved lægepraksis med fælles og individuel patientliste:

- ◆ *Fordele ved små lægepraksis* (solo- og kompagniskabspraksis) er de hurtige beslutninger, de praktiserende lægers relative uafhængighed af andre og gode betingelser for at oparbejde et tæt samarbejde med praksispersonalet.
- ◆ *Fordele ved store lægepraksis* (store kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis) er muligheden for arbejdsdelinger indenfor det administrative område, muligheden for ansættelse af flere forskellige og mere specialiserede faggrupper (fx diætist, bioanalytiker, specialuddannede sygeplejersker) og muligheden for *in house* faglig opdatering / inddækning ved fravær fra klinikken.
- ◆ *Fordele ved lægepraksis, hvor de praktiserende læger har individuel patientliste* (solopraksis uden tilladelse til delepraksis og visse samarbejdspraksis) er, at den praktiserende læge varetager alle kontakter vedrørende den enkelte patient, og generelt har flere patienter end praktiserende læger i kompagniskabspraksis.
- ◆ *Fordele ved lægepraksis, hvor de praktiserende læger har fælles patientliste* (kompagniskabspraksis, solopraksis med tilladelse til delepraksis og visse samarbejdspraksis) er at de praktiserende læger har bedre mulighed for at organisere fravær fra klinikken (fagligt såvel som privat)

Da der er fordele og ulemper ved samtlige praksisformer, og ikke alle praktiserende læger kan antages at trives i store forpligtende samarbejder med andre praktiserende læger, synes der at være grund til at opretholde flere forskellige praksisformer. Dette kan fx ske ved dannelse af store lægeklinikker, hvor de praktiserende læger frit får mulighed for at organisere sig i solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis.

Casestudiet giver hverken anledning til at forvente en øget lægefaglig subspecialisering eller en "automatisk" forbedret behandlingskvalitet i fremtidens store lægeklinikker. Men det danner basis for forventning om gode muligheder for samarbejde om ledelse og administration, ansættelse af specialiseret praksispersonale, løbende faglig opdatering samt deling af omkostninger til udstyr.

# 1. Baggrund og formål

## 1.1 Baggrund

Almen lægepraksis står overfor en væsentlig udfordring med et faldende antal læger med speciale i almen medicin og et stigende antal ældre borgere, et stigende antal patienter med kroniske sygdomme samt et generelt og overordnet ønske om, at almen lægepraksis skal påtage sig en lang række nye opgaver i forhold til blandt andet forebyggelse og kronikeromsorg.

Danske Regioner har som svar på denne udfordring fremlagt en vision for almen lægepraksis i fremtidens sundhedsvæsen (1). Det fremgår her, at almen praksis fortsat, som grundlæggende organiseringsform, skal være selvstændigt erhvervsdrivende - men at regionerne samtidig vil iværksætte en satsning på etablering af store lægeklinikker, som skal "udstyre almen praksis med de rammer og ressourcer, der er nødvendige for, at almen praksis kan leve op til rollen som nøglespiller i fremtidens sundhedsvæsen".

Tanken om, at de praktiserende læger skulle samles i store lægehuse med flere læger og praksispersonale blev lanceret i de danske medier i foråret 2007. Her blev det fremhævet, hvordan de praktiserende læger i store lægehuse ville have bedre mulighed for at udvikle sig fagligt, ansætte praksispersonale, købe apparatur og dermed tage opgaver, som ellers ligger på sygehuse (2). Professor i sundhedsøkonomi, Kjell Møller Pedersen, imødeså en hurtigere og bedre behandling i store lægehuse, forudsat at de praktiserende læger uddelegerede arbejdet til praksispersonale og i et vist omfang specialiserede sig (3). Han understregede imidlertid også, at der kun var begrænset forskningsbaseret viden om betydningen af praksistørrelse – og at forskningsbaseret viden var nødvendig, hvis debatten skulle løsrives fra "tyndbenede tanker om at 'stort er godt', 'større er endnu bedre'" (4, s. 339).

## 1.2 Formål

Dansk Sundhedsinstitut og Danske Regioner besluttede i foråret 2007 at gennemføre et komparativt casestudie af fire danske lægepraksis med henblik på at udforske, hvordan og hvorvidt store lægepraksis udmærkede sig i forhold til små (og omvendt). Casestudiet skulle tilrettelægges som et studie af fire lægepraksis, der alle var kendt som gode og kompetente, da der generelt ikke i debatten om små og store lægehuse var nogen, der stillede spørgsmål ved fordelene ved store lægehuse, og det var ønsket at teste denne opfattelse. Midlet var sammenligning af to store lægepraksis med to små lægepraksis, der begge var kendt som særdeles gode og kompetente. Sammenligningsfladen skulle på samme tid være åben og sikre fokus på de områder, hvor der i debatten om små og store lægehuse blev gjort særlige forventninger til store lægehuse - herunder: forventningen om øget brug af praksispersonale, bedre behandling af patienter med kroniske sygdomme samt en lægefaglig subspecialisering.

### **1.3 Projektorganisation**

Casestudiet er gennemført af en tværfaglig projektgruppe i Dansk Sundhedsinstitut, bestående af senior projektleder Pia Kürstein Kjellberg, cand.scient.adm., ph.d. (projektleder), junior projektleder Martin Sandberg Buch, cand.scient.adm. samt vicedirektør Henrik Hauschildt Juul, cand.rer.soc. Senior projektleder Kim Rose Olsen, cand.polit. har bidraget med analyse data fra PLO vedrørende omkostningerne til praksispersonale i solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis, samt i solopraksis og kompagniskabspraksis af forskellig størrelse. Chefrådgiver Karen Nørskov Toke har været Danske Regioners projektansvarlige og har løbende bidraget som sparringspartner. Direktør Jes Søgaard, Dansk Sundhedsinstitut, har forestået den overordnede kvalitetssikring.

### **1.4 Rapportens opbygning**

Rapporten er opbygget i 10 kapitler. Kapitel 2 redegør for casestudiets design og metode. Kapitel 3 præsenterer – som kontekst for casestudiet - en række fakta om almen lægepraksis i Danmark. Kapitel 4 analyserer antallet af læger, patienter og praksispersonale i de fire lægepraksis, der indgår i casestudiet. Kapitel 5 analyserer brugen af praksispersonale. Kapitel 6 analyserer de praktiserende lægers faglige samarbejde. Kapitel 7 analyser de praktiserende lægers ledelsesmæssige samarbejde. Kapitel 8 analyserer samarbejdspartneres angivelser. Kapitel 9 diskuterer og konkluderer. Vedlagt som bilag 1 er en oversigt og diskussion af en række internationalt publicerede studier af praksisstørrelse.

## 2. Design og metode

### 2.1 Casestudiets design

I debatten om fremtidens almen lægepraksis opstilles der typisk et modsætningsforhold mellem (den gammeldags) sololæge, der klarer det hele selv, og det store (moderne) lægehus, hvor flere læger samarbejder om personale og udstyr. I virkeligheden er der flere nuancer. Mange danske sololæger har praksispersonale ansat<sup>1</sup>, og 32 % af de læger, der i statistikkerne figurerer som sololæger, indgår i såkaldte samarbejdspraksis (5), hvor flere læger i solo- eller kompagniskabspraksis deles om lokaler samt evt. personale og udstyr.

Der skelnes blandt praktiserende læger traditionelt mellem tre forskellige "praksisformer" – solopraksis, kompagniskabspraksis og samarbejdspraksis (5) – hvor:

- ♦ solopraksis defineres som en lægepraksis, der drives af én fuldtidslæge<sup>2</sup> uden fællesskab med andre læger om patienter eller økonomi;
- ♦ kompagniskabspraksis defineres som en lægepraksis, der drives af to eller flere fuldtidslæger, der har fælles patientliste og økonomi;
- ♦ samarbejdspraksis defineres som flere solopraksis og/eller kompagniskabspraksis, der samarbejder om lokaler, udstyr samt evt. personale (6)<sup>3</sup>

I casestudiet har vi med afsæt i gængse retningslinjer for strategisk casevalg (8; 9) valgt at inkludere fire lægepraksis, der adskiller sig maksimalt i forhold til størrelse (1-2 versus 7-9 praktiserende læger), repræsenterer forskellige relevante organiseringsformer (solo-, kompagniskabs- og samarbejdspraksis) og er sammenlignelige på øvrige relevante parametre (alle fire lægepraksis er blandt kolleger kendt som gode og kompetente, og alle ligger placeret udenfor de større byer i en fælles region).

De fire konkrete lægepraksis er udvalgt på baggrund af samtale med nøglepersoner i Dansk Selskab for Almen Medicin (Roar Maagaard) og Forskningsenheden for Almen Praksis (Frede Olesen). De udmærker sig ved, at de - samtidig med at de lever op til de kriterier, der ovenfor er nævnt – adskiller sig maksimalt i forhold til driftsorganisation, idet de praktiserende læger i to af de deltagende lægepraksis (en stor og en lille) har individuel patientliste, mens de praktiserende læger i de to øvrige lægepraksis (en stor og en lille) har fælles patientliste, se Tabel 2.1.

---

<sup>1</sup> Det eksakte antal kendes ikke. Men det vides, at 75 % af samtlige de lægepraksis, der *ikke* er medlem af Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening angiver at have praksissekretærer ansat i gennemsnit 28 timer om ugen, mens 34,6% angiver at have sygeplejersker ansat i gennemsnit 26 timer om ugen, og 6% angiver at have en bioanalytiker ansat i gennemsnit 24 timer om ugen (5).

<sup>2</sup> Evt. to deltidslæger.

<sup>3</sup> Hertil er "netværkspraksis", forstået som solo- og/eller kompagniskabspraksis, der samarbejder om udstyr samt evt. personale, men ikke om lokaler - forstået som "en praksisform med jordforbindelse" (7). Vi har ikke inkluderet denne praksisform i casestudiet, da det netop på grund af det manglende lokalefællesskab er svært at se netværkspraksis som et lægehus.

Tabel 2.1 Casestudiets fire lægepraksis fordelt efter størrelse og patienttildelingsprincip

	Individuel patientliste	Fælles patientliste
Få læger (1-2)	A Solopraksis	B Kompagniskabspraksis
Mange læger (8)	C Samarbejds-lægehus	D Kompagniskabs-lægehus

## 2.2 Datagenerering

Der er for hver af de fire lægepraksis indhentet oplysninger om antallet af praktiserende læger, antallet af uddannelseslæger, antallet af patienter tilmeldt i sygesikringsgruppe 1, antallet af praksispersonale, praksispersonalets uddannelsesmæssige baggrund og praksispersonalets ugentlige timeantal. Der er foretaget et besøg i klinikken, og der er gennemført semistrukturerede interview med repræsentanter for de praktiserende læger (samtlige praktiserende læger i de to små lægepraksis, tre praktiserende læger i hver af de store), repræsentanter for praksispersonalet (en i hver af de små, tre i hver af de store) samt repræsentanter for samarbejdspartnere i hjemmesygeplejen og på sygehuse (en hjemmesygeplejerske og to overlæger<sup>4</sup>).

Repræsentanter for praktiserende læger og praksispersonale er udpeget af de praktiserende læger efter indstilling om videst mulig spredning på alder, køn og forskellige holdninger (de praktiserende læger), samt repræsentation af forskellige faggrupper (praksispersonalet). Samarbejdspartnere i hjemmesygeplejen og på sygehuse er udpeget af de praktiserende læger eller personalet i de institutioner (hjemmeplejestrakter eller sygehusafdelinger), som de praktiserende læger har udpeget som væsentlige samarbejdspartnere. Vi bad om at de praktiserende læger udpegede personer og/eller institutioner, som de samarbejdede med om behandlingen af patienter med diabetes type 2 og/eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Tabel 2.2 giver en oversigt over de i alt 29 personer, der har deltaget i interview.

Interviewene med praktiserende læger og praksispersonale i de fire lægepraksis er foretaget af Pia Kürstein Kjellberg, mens interviewene i hjemmesygeplejen er foretaget af Martin Sandberg Buch, og interviewene i sygehusene er foretaget af Pia Kürstein Kjellberg eller Martin Sandberg Buch. Alle interview har udforsket samme temaer, skitseret i en semistruktureret interviewguide. Temaerne er:

- 1) fordele og ulemper ved små og store lægepraksis,
- 2) samarbejde og arbejdsdelinger generelt og specifikt i forhold til patienter med KOL og diabetes type 2
  - a. Mellem praktiserende læger
  - b. Mellem praktiserende læger og praksispersonale
  - c. Mellem almen lægepraksis og væsentlige samarbejdspartnere

Interviewene er optaget på bånd, og der er (samtidig) under interviewet skrevet udførligt og videst muligt ordret referat. Referaterne er anvendt som afsæt for analyse og citation. Kun i de tilfælde, hvor vi har været i tvivl om udsagn og/eller mening – eller hvor referenten har noteret, at han/hun ikke kunne følge med i ordstrømmen – har vi foretaget en gennemlytning af bånd.

---

<sup>4</sup> I et enkelt tilfælde var det ikke en overlæge, men en projektsygeplejerske, der blev udpeget som den mest relevante deltager ved interview.



Tabel 2.2 Interviewpersoner opgjort efter faggruppe/funktion

	A solo- praksis	B kompag- niskabs- praksis	C Samar- bejds- lægehus	D Kompag- niskabs- lægehus	I alt
Praktiserende læger	1	2	3	3	9
Praksispersonale	1	1	3	3	8
Samarbejdspartnere i hjemmesygeplejen	1	1	1	1	4
Samarbejdspartnere på sygehuse vedr. diabetes type 2	1	1	1	1	4
Samarbejdspartnere på sygehuse vedr. KOL	1	1	1	1	4
I alt	5	6	9	9	29

### Valget af KOL og diabetes type 2 som fokuspunkter

Anvendelsen KOL og diabetes type 2 som specifikke fokuspunkter ved interview og basis for udvælgelse af samarbejdspartnere i sygehuse har været tænkt som afsæt for at forbedre muligheden for sammenligning på tværs af lægepraksis, samt for at øge graden af konkretisering, så det ikke kun bliver interviewpersoners overordnede holdninger vedrørende fx kronikeromsorg, der udtrykkes, men også mere konkrete eksempler på, hvordan arbejdet i praksis er tilrettelagt.

Interviewene med samarbejdspartnere i hjemmesygeplejen på sygehuse har været tænkt som afsæt for at generere forståelse for problemer og udfordringer relateret til almen praksis' håndtering af de specifikke sygdomsmæssige problemstillinger (KOL, diabetes type 2), og til om muligt at identificere forskelle mellem store og små lægepraksis i tilgangen til behandling af disse patienter, og i evnen til aflastning af sygehuses ambulatorier.

Når valget er faldet på KOL og diabetes type 2 skal det ses som udtryk for, at der er tale om to store patientgrupper, i forhold til hvilke almen praksis forventes at spille en stadig mere væsentlig rolle, og i forhold til hvilke lægelig aflastning ved praksispersonale ofte kommer på tale. Nogen skævhed i analysen har valget af fokuspunkter imidlertid klart bidraget med, eftersom begge er eksempler på store kroniske sygdomme, hvor udfordringen ligger i "det lange seje træk" og alt det, der er muligt at planlægge. Dette skal ses i modsætning til fx ønsket om, at almen praksis (også) kan håndtere flere akutte henvendelser – bidrage med et tilbud i lokalområdet efter den lokale skadestue er lukket. Dette emne er ikke systematisk belyst ved interview, og behandles derfor heller ikke videre i rapporten.

### 2.3 Dataanalyse

Analysen af data er struktureret i seks selvstændige kapitler, hvor vi først – som kontekst for casestudiet - giver en almen introduktion til almen lægepraksis i Danmark baseret på sekundær litteratur og foreliggende statistik om almen lægepraksis. Herefter analyserer vi forskelle og ligheder mellem de fire lægepraksis i forhold til:

- a) Patientantal og praksispersonale
- b) Brugen af praksispersonale

- c) De praktiserende lægers faglige samarbejde,
- d) De praktiserende lægers ledelsesmæssige samarbejde
- e) Samarbejdspartnerne vurderinger

Temaerne er emner, der har fremstået som centrale på tværs af interview, og som vi enten har fundet interessante som med/modspil til den politiske debat eller som eksempler på temaer, indenfor rammerne af hvilke forskelle (og ligheder) mellem de fire deltagende lægepraksis særlig tydeligt kommer til udtryk.

## 3. Almen lægepraksis i Danmark

### 3.1 Baggrund og organisation

Som kontekst for casestudiet skal i dette afsnit gives en kort introduktion til almen lægepraksis i Danmark med henblik på formål, driftsorganisation og praksistyper. I det efterfølgende afsnit søges indblik i, hvordan brugen af praksispersonale og antallet af tilmeldte patienter i sygesikringsgruppe 1 fordeler sig på forskellige praksistyper.

#### 3.1.1 Baggrund

Almen lægepraksis er en central institution i det danske samfund, som repræsenterer en mere end hundrede år gammel tradition for, at hele befolkningen skal have let, hurtig og uvisiteret adgang til lægelig kompetence (6).

Systemet fungerer sådan, at alle borgere ved fødsel eller flytning bedes vælge en lægepraksis inden for 15 kilometers radius af deres bopæl<sup>5,6</sup>. Denne lægepraksis kan borgeren kontakte ved symptomer og problemer, som han eller hun mener, at den praktiserende læge kan hjælpe med. Den praktiserende læge er via overenskomst med den offentlige sygesikring forpligtet til at være til rådighed for telefonkonsultation én time hver dag fra mandag til fredag, og telefonen skal være åben for bestilling af tid til konsultation på et andet tidspunkt af dagen. Ved konsultation vil den praktiserende læge rådgive, diagnosticere og (om muligt) behandle patienten. Den praktiserende læge vil desuden henvise til specialiseret lægehjælp, kommunal omsorg eller andre sundhedsrelaterede ydelser (fx psykolog, fysioterapi) i det omfang, det vurderes at være relevant (10; 6).

Hvert år kommer mere end 30 millioner henvendelser fra borgere til almen praksis, hvoraf de fleste – ca. 90 procent – færdigbehandles uden videre henvisning (6).

#### 3.1.2 Driftsorganisation

Almen lægepraksis kan enten drives som solopraksis eller kompagniskabspraksis. En solopraksis drives af en enkelt fuldtidslæge med egen patientliste og økonomi, mens et kompagniskab drives af to eller flere fuldtidslæger med fælles patientliste og økonomi<sup>7</sup>. Patientlisten er en liste over de tilmeldte patienter i sygesikringsgruppe 1. Økonomien drives overvejende af honorarer fra den offentlige sygesikring, som fordeler sig på et årligt praksisomkostningshonorar pr. fuldtidslæge i kompagniskab; et kvartalsvist basishonorar pr. tilmeldt patient; en række grundhonorarer for fx konsultation, telefonkonsultation, e-mailkonsultation og sygebesøg; samt en række forskellige tillægshonorar for specifikke undersøgelser og undersøgelsessituationer (10; 6)

Som følge af principperne for honorering af almen lægepraksis er der ganske nøjagtigt tal på, hvor mange lægepraksis, der drives som solopraksis og kompagniskabsprak-

---

<sup>5</sup> Alternativt kan vælges en såkaldt gruppe 2 sikring, hvor borgeren mod nogen egenbetaling frit kan vælge læge fra gang til gang. Det er dog kun ca. 2% af borgerne i Danmark, der har valgt denne ordning (6).

<sup>6</sup> Grænsen er i København og Frederiksberg kommune 5km.

sis, og hvor mange fuldtidslæger, der er i hvert kompagniskab. Den seneste opgørelse fra PLO (Tabel 3.1.) viser, at der i 2006 var 1.365 solopraksis og 814 kompagniskabspraksis, og at de fleste kompagniskabspraksis var små kompagniskaber med 2 eller 3 fuldtidslæger i kompagniskab, selv om der også sås eksempler på store kompagniskaber med op til 9 fuldtidslæger i kompagniskab<sup>8</sup>.

Tabel 3.1 Antal lægepraksis opgjort efter driftsform og antal fuldtidslæger, 2006

	Antal fuldtidslæger									I alt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Solopraksis	1.365	-	-	-	-	-	-	-	-	1.365
Kompagniskabspraksis	-	429	218	96	47	17	2	2	2	814
I alt	1.365	429	218	96	47	17	2	2	2	2179

Kilde: (11)

### 3.1.3 Praksisformer

Det er i henhold til Landsoverenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og PLO gældende for såvel solopraksis som kompagniskabspraksis, at de kan fungere i samarbejdspraksis eller netværkspraksis (10, § 36 stk. 1).

En *samarbejdspraksis* defineres som en praksis, der drives i samarbejde mellem flere solo- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde, og med fællesskab om lokaler samt helt eller delvist om personale (10).

En *netværkspraksis* defineres som en praksis, der drives i samarbejde mellem flere solo- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde. Der er ikke lokalefællesskab, men helt eller delvist fællesskab om klinikpersonale og/eller klinikudstyr/instrumenter. De læger, der indgår i en netværkspraksis, fungerer som stedfortræder for hinanden i tilfælde af sygdom, ferie og andet fravær (10).

Af PLO's praksistælling fra 2005 fremgår, at 32 % af alle solopraksis og 14 % af alle kompagniskabspraksis *også* er samarbejdspraksis. Andelen af praksis, der også er netværkspraksis, er ikke søgt afdækket.

I Danmark var der ifølge PLO's praksistælling i 2005: 850 solopraksis, 629 kompagniskabspraksis og et ukendt antal samarbejdspraksis (ikke flere end 251 og næppe færre end 63<sup>9</sup>).

<sup>7</sup> Eventuelt kan to deltidsansatte læger dele en fuldtidsstilling. Der tales i givet fald om delepraksis.

<sup>8</sup> Det er ikke i forbindelse med denne opgørelse opgjort, hvor mange solo- og kompagniskabspraksis, der har tilladelse til delepraksis. En spørgeskemaundersøgelse foretaget af PLO i 2005 peger imidlertid på, at omkring 4,2 % af alle solopraksis og 32,9 % af alle kompagniskabspraksis har tilladelse til delepraksis (5).

<sup>9</sup> Det faktiske antal samarbejdspraksis kendes ikke, da eksisterende opgørelser er baseret på optælling af ydernumre, og det således "kun" kan afgøres, hvor mange solopraksis henholdsvis kompagniskabspraksis, der *også* er samarbejdspraksis (=502). Da det mindste antal solo- og/eller kompagniskabspraksis, der kan indgå i en samarbejdspraksis, er 2, er det højest tænkelige antal samarbejdspraksis hermed 251. Det mindst tænkelige antal samarbejdspraksis kendes ikke, da vi ikke ved, hvor mange lægepraksis, der i gennemsnit indgår i en samarbejdspraksis. Antallet overstiger imidlertid næppe 63, som er det antal samarbejdspraksis, der ville være, hvis der i gennemsnit indgik 8 lægepraksis i en samarbejdspraksis (dette gennemsnit er meget højt, men netop, hvad der indgår i C Samarbejds lægehus).

## 3.2 Praksispersonale

Brugen af praksispersonale belyses i PLO's praksistælling og holdningsenquete. Desværre har der været problemer med datagrundlaget for PLO's praksistælling, således at data for de medlemmer af PLO, der er medlemmer af Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) ikke kan benyttes. Det betyder, at der kun på baggrund af eksisterende undersøgelser kan gives indblik i brugen af praksispersonale blandt de medlemmer af PLO der ikke er medlemmer af PLA, og at der ikke kan skelnes mellem brugen af praksispersonale i solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis. PLO's holdningsenquete giver oplysninger om de typer af opgaver, som praksispersonalet varetager, men differentierer heller ikke efter praksistype.

I det nedenstående giver vi et overblik over de oplysninger om brugen af praksispersonale, der findes i PLO's praksistælling og holdningsenquete. Bagefter præsenterer vi resultaterne af en analyse af data fra PLO's omkostningsopgørelse og praksistælling, som PLO venligt har givet os adgang til.

### 3.2.1 Brugen af sekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere

I PLO's praksistælling findes en opgørelse over, hvor stor en andel af de medlemmer af PLO, der *ikke* er medlemmer af PLA (Tabel 3.2), der har henholdsvis sekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere ansat.

Tabel 3.2 Brug af praksispersonale blandt medlemmer af PLO, der ikke er medlemmer af PLA

	Antal	Andel	Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid (timer)
Sekretærer	607	75,8 %	28
Sygeplejersker	277	34,6 %	26
Bioanalytikere	48	6 %	24

Kilde: (5), N=801 lægepraksis

Det fremgår her, at 75,8 % af de praktiserende læger i de lægepraksis, der ikke er medlemmer af PLA, anfører at de har sekretærer ansat, mens 34,6 % angiver at have sygeplejersker ansat og 6 % angiver at have bioanalytikere ansat. Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er 28 timer for sekretærer, 26 timer for sygeplejersker og 24 timer for bioanalytikere. Anvendelsen af sekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere må antages at være højere i de lægepraksis, der er medlemmer af PLA. Desværre vides det ikke hvor meget.

### 3.2.2 Praksispersonalets opgaver

PLO's holdningsenquete giver indblik i, hvor stor en andel af konsultationsydelserne der i henhold til oplysninger fra de praktiserende læger udføres af praksispersonale (Tabel 2.4.), og hvilke typer af opgaver, der indgår i praksispersonalets konsultationer (Tabel 3.5.).

*Tabel 3.3 Praktiserende lægers angivelse af hvilken andel konsultationsydelser, der bliver udført af klinikpersonale*

Andel konsultationsydelser udført af klinikpersonale	Antal læger	Andel læger
0 %	69	11 %
1-5 %	190	29 %
6-10 %	141	22 %
11-15 %	68	11 %
16-20 %	80	12 %
21-25 %	40	6 %
26-30 %	19	3 %
31-35 %	7	1 %
36-40 %	2	0 %
41-45 %	1	0 %
46-50 %	1	0 %
Ubesvaret, ugyldig eller ved ikke	27	4 %
I alt	645	100 %

Kilde: (12)

Det fremgår af Tabel 3.4., at klinikpersonale i henhold til de praktiserende læger i langt de fleste lægepraksis udfører et sted mellem 1 og 20 % af konsultationsydelserne. Der findes imidlertid også enkelte lægepraksis, hvor klinikpersonalet i henhold til de praktiserende læger udfører mere end 30 % af konsultationsydelserne.

*Tabel 3.4 Praktiserende lægers angivelser af hvilke ydelser/funktioner, der indgår i klinikpersonalets konsultationer*

Funktion	Antal læger (N=645)	Andel læger (N=645)
Urinstics. D+R	558	87 %
Laboratorieopgaver (BS, Hgb, SR, CRP, INE etc.)	450	70 %
Venepunkter (blodprøvetagning)	364	56 %
EKG	355	55 %
Vægtkontrol	350	54 %
Suturfjernelse	345	53 %
BT-måling	333	52 %
Sårskift, sårpleje	330	51 %
Give svar på blodprøver	322	50 %
Spirometri, peakflowmåling	299	46 %
Behandling af vorter	294	46 %
Øreskylning	290	45 %
Vejledning til patienter. Fx insulininjektion, BS-måling	286	44 %
Halspodning	265	41 %
Diætvejledning	261	40 %
Børnevaccinationer	235	36 %
Diabeteskontrol	234	36 %
Rygestopinstruktion	164	25 %
Mikroskopi (urin, wetsmear, svamp)	158	24 %
Tympanometri	62	10 %

Kilde: (12)

Af Tabel 3.5 fremgår, at de ydelser, der i henhold til de praktiserende læger indgår i klinikpersonalets konsultationer, først og fremmest urinstics (87 %) og laboratorieopgaver (70 %). Af ydelser/funktioner relateret til diabetes type 2 indgår vægtskontrol for 54 %, vejledning til patienter (fx vedrørende insulininjektion og blodsuktermåling) for 44 % og diabeteskontrol for 36 %.

### 3.2.3 Brug af praksispersonale fordelt efter praksisform og størrelse

Da brugen af praksispersonale fordelt på forskellige praksisformer (solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis) og på lægepraksis af forskellige størrelse ikke er belyst i de foreliggende undersøgelser har vi forsøgt at danne et billede med afsæt i en analyse af andelen af driftsomkostninger der går til aflønning af praksispersonale. Denne information findes for den stikprøve af praksis der indgår i PLO's omkostningsundersøgelse fra 2006, som PLO venligt har givet os adgang til at analysere.

#### *Datagrundlag*

I forbindelse med omkostningsundersøgelsen har i alt 650 praksis i sommeren 2007 modtaget et spørgeskema om driftsregnskab for 2006. Af disse 650 praksis – har 478 (73,5%) returneret spørgeskemaet. Heraf er 76 praksis faldet fra, enten fordi de ikke i tilstrækkelig omfang har svaret på spørgsmåle om driftsomkostninger eller i forbindelse med samkøring med registerdata. Alle praksis med nettoindtægter per fuldtidslæge mindre end 0 eller større end 5 mio. kr. er sorteret fra under den antagelse, at der er tale om fejlregistrering. Denne praksis følges også af PLO når de afrapporterer omkostningsundersøgelsen.

#### *Analyse*

Tabel 3.5 viser andelen af driftsomkostninger der går til aflønning af praksispersonale for solo-, samarbejds-, og kompagniskabspraksis.

*Tabel 3.5 Brug af praksispersonale fordelt på praksisform*

	Andel af driftsomkostningerne der går til aflønning af praksispersonale (gennemsnit)	Antal praksis (N=402)
Solopraksis	36%	102
Samarbejdspraksis	36%	85
Kompagniskabspraksis	42%	215

Anm: Baseret på data fra Praksistællingen 2005 og omkostningsundersøgelsen 2007. Samarbejdspraksis består af praksis der i praksistællingen har tilkendegivet, at de indgår i en samarbejdspraksis. Både enkeltmands- og kompagniskabspraksis kan indgå i samarbejdspraksis.

Det fremgår af tabel 1, at andelen af driftsomkostningerne der går til aflønning af praksispersonale i solopraksis (n=102) og samarbejdspraksis (n=85) udgør 36% mod 42% i kompagniskabspraksis (n=215). Forskellen på 6 % points er statistisk signifikant (p=0,002).

Vi har endvidere undersøgt, om der er en sammenhæng mellem antallet af fuldtidslæger og andelen af driftsomkostninger der går til aflønning af praksispersonale. Da vi ikke ved, hvor mange læger der indgår i samarbejdspraksis, er denne analyse gennemført på praksis der ikke indgår i samarbejdspraksis (N=317).

En univariat regressionsanalyse viser, at lønandelen korrelerer systematisk med antal fuldtidslæger i praksis, således at andelen øges med 1,5% points for hver ekstra fuldtidslæge ( $p=0,03$ ), der er i de enkelte praksis. Statistisk fortolkning tyder på, at antal fuldtidslæger er en stærkere determinant end praksisform (solo- vs. kompagniskab).

#### *Tolkning*

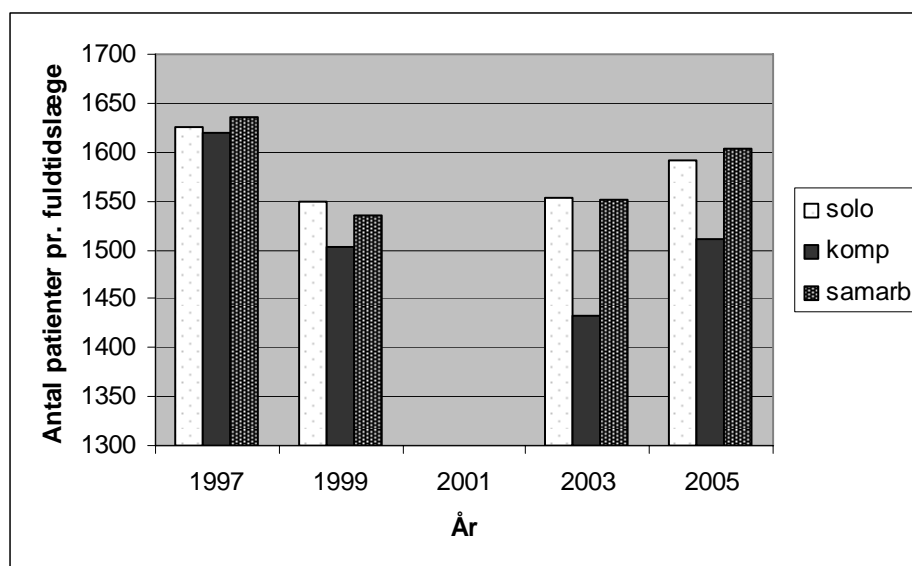
Opgørelsen viser, at der er en sammenhæng mellem andelen af driftsomkostninger, der går til aflønning af praksispersonale, og praksisform (solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis), således at en større andel af driftsomkostningerne går til aflønning af praksispersonale i kompagniskabspraksis end i øvrige praksisformer. Det indikerer, at der i kompagniskabspraksis *enten* er ansat mere praksispersonale, *eller* at det praksispersonale, der er ansat, er mere kvalificeret / specialiseret (og dermed løntungere). Opgørelsen viser samtidig, at andelen af driftsomkostninger i solo- og kompagniskabspraksis stiger med antallet af fuldtidslæger. Det indikerer, at brugen af praksispersonale – enten som mere praksispersonale eller mere specialiseret praksispersonale – er mere udbredt i store lægepraksis end små. Analysen inddrager ikke praksis, der indgår i samarbejde med andre praksis, og siger derfor ikke noget om forholdene for samarbejdspraksis. Analysen inddrager heller ikke andre mulige forklarende faktorer for forskellen i brug af praksispersonale (f.eks. faktorer der beskriver muligheden for at rekruttere praksispersonale) og den fundne sammenhæng mellem antal fuldtidslæger og brug af praksispersonale kunne i teorien ændres hvis yderligere forklarende variable blev inddraget.

### **3.3 Patientantal**

Figur 3.1 viser det gennemsnitlige antal tilmeldte gruppe 1 patienter pr. fuldtidslæge fordelt efter praksisform (solopraksis, samarbejdspraksis, kompagniskabspraksis) for årene 1997, 1999, 2003 og 2005. Det har ikke været muligt for PLO at identificere tidligere gennemførte praksistællinger, og i praksistællingen for 2001 er det gennemsnitlige antal patienter i sygesikringsgruppe 1 ikke anført.



Figur 3.1 Antal patienter pr. fuldtidslæge og praksistype



Det fremgår af Figur 3.1, at der generelt ikke kan ses forskel på det gennemsnitlige antal patienter i solo- og samarbejdspraksis. Det gennemsnitlige antal patienter i kompagniskabspraksis udvikler sig imidlertid fra i 1997 at være sammenligneligt med det gennemsnitlige antal patienter i solo- og samarbejdspraksis, til i 2003 og 2005 at ligge ca. 100 patienter under. Da svarprocenten på PLO's praksistællinger generelt er høj (95 %+), må dette tages som udtryk for, at der generelt i dag er flere patienter pr. læge tilmeldt solo- og samarbejdspraksis, end der er tilmeldt kompagniskabspraksis.



## 4. Fire danske lægepraksis

### 4.1 Praksispersonale

Oplysninger om antallet af praktiserende læger og praksispersonale i de fire lægepraksis er indhentet ved interview. De praktiserende læger er bedt specificere praksispersonalelets ugentlige arbejdstid. På denne baggrund har vi konstrueret Tabel 4.1., som viser brugen af praksispersonale i hvert af de fire lægehuse, målt som antal praksispersonale (P), antal fuldtidspraksispersonale (FP) og antal fuldtidspraksispersonale pr. praktiserende læge (FP/PL).

Tabel 4.1 Praksispersonalet målt som antal praksispersonale (P), antal fuldtidspraksispersonale (FP) og antal fuldtidsstillinger pr. praktiserende læge (FP/PL)

	A Solopraksis			B Kompagniskabspraksis			C Samarbejds-lægehus			D Kompagniskabs-lægehus		
	P	FP	FP/PL	P	FP	FP/PL	P	FP	FP/PL	P	FP	FP/PL
Sekretær	1	1,00	1,00	1	0,70	0,35	7*	5,43*	0,68*	5	5	0,63
Sygeplejerske	1	0,32	0,32	-	-	-	2	1,59	0,20	-	-	-
Bioanalytiker	-	-	-	-	-	-	1	0,76	0,09	-	0	-
Diætist	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,16	0,02
I alt	2	1,32	1,32	1	0,70	0,35	10	7,78	0,97	6	5,16	0,65

\* Inklusive 1 sekretærelæge ansat 37 timer ugentlig

Det fremgår af Tabel 4.1, at der er mellem 1 og 10 personer ansat som praksispersonale i de fire lægepraksis, svarende til 0,70-1,32 fuldtidsstillinger i de to små lægepraksis og 5,16-7,78 fuldtidsstillinger i de to store.

Skal de fire praksis sammenlignes på tværs, er det relevant at betragte antallet af fuldtidspraksispersonale *pr. praktiserende læge*. Dette tal varierer fra 0,35 til 1,32 med den lille solopraksis (A Solopraksis) som den lægepraksis, der har mest fuldtidspraksispersonale pr. praktiserende læge (1,32), og det lille kompagniskab (B Kompagniskabspraksis) som den lægepraksis, der har mindst (0,35). I det store lægehus med otte samarbejdende sololæger (C Samarbejds-lægehus) er der mere fuldtidspraksispersonale pr. praktiserende læge (0,97) end der er i det store lægehus med otte læger i kompagniskab (D Kompagniskabs-lægehus: 0,65).

Antallet af fuldtidspraksispersonale pr. praktiserende læge i de fire lægepraksis bryder med forventningerne om, at store lægehuse har højere anvendelse af praksispersonale end små lægepraksis (= lægepraksis drevet som solopraksis). Den praktiserende læge i A solopraksis vurderer således også ved interview, at hun "nok har en del mere praksispersonale end de fleste", hvilket bekræftes af regressionsanalysen i afsnit 3.2.3.

## 4.2 Patienter

Antallet af tilmeldte patienter i de fire lægepraksis er oplyst af de praktiserende læger efter interview. Vi har i Tabel 4.2. valgt at sætte det i relation til antallet af praktiserende læger (PL), antallet af "lægeressourcer" (LR) opgjort som antallet af praktiserende læger plus antallet af uddannelseslæger divideret med to<sup>10</sup>, samt antallet af fuldtidspraksispersonale (FP)<sup>11</sup>.

Tabel 4.2 Antal tilmeldte patienter i alt, pr. praktiserende læge (PL), pr. lægeressource (LR) samt pr. fuldtidspraksispersonale (FP)

	A Solopraksis	B Kompagniskabspraksis	C Samarbejds-lægehus	D Kompagniskabslægehus
Patienter i alt	1476	2702	13.674	11.300
Pr. PL	1476	1351	1709	1413
Pr. LR	1476	1081	1519	1256
Pr. FP	1115	3845	1757	2189

Det fremgår af Tabel 4.2., at der er mellem 1.351 og 1.709 patienter pr. praktiserende læge i de fire lægepraksis. Flest patienter pr. praktiserende læge findes i det store lægehus med otte samarbejdende sololæger (C: 1709), mens færrest findes i den lille kompagniskabspraksis (B: 1351) efterfulgt af det store lægehus med otte læger i kompagniskab (D: 1413) samt endelig den lille solopraksis (A: 1476).

Antallet af patienter pr. lægeressource varierer fra 1081 til 1519 med det højeste patientantal i det store lægehus med otte samarbejdende sololæger (C: 1519) efterfulgt af den lille solopraksis (A: 1476). Færrest findes i den lille kompagniskabspraksis (B: 1081) efterfulgt af det store lægehus med otte læger i kompagniskab (D: 1256).

Opgørelserne tegner et billede af en forholdsvis høj patientbelastning i de to lægepraksis, der er drevet som solopraksis (A Solopraksis og især C Samarbejds-lægehus), og en forholdsvis lav patientbelastning i de to lægepraksis, der er drevet som kompagniskabspraksis (D og især B). Dette er i overensstemmelse med almindelig praksisstatistik, hvor der i 2003 og 2005 i gennemsnit har været ca. 100 flere patienter pr. fuldtidslæge i solo- og samarbejdspraksis end i kompagniskabspraksis.

Spørgsmålet er nu, om lægepraksis med mange patienter pr. læge bruger mere praksispersonale end lægepraksis med få patienter pr. læge. Tabel 6.2.2., fjerde linje, sætter antallet af patienter i relation til antallet af fuldtidspraksispersonale. Variationen er stor med færrest patienter pr. fuldtidspraksispersonale (eller: mest fuldtidspraksispersonale pr. patient) i den lille solopraksis (A: 1115), nogle flere patienter pr. praksispersonale i den store samarbejdspraksis (C: 1757); yderligere nogle flere i den store kompagniskabspraksis (D: 2189) og en hel del flere i det lille kompagniskab (B: 3845).

Tallene er i rimelig overensstemmelse med forventningerne om et øget brug af praksispersonale i lægepraksis med et højt antal patienter: De to lægepraksis, der har flest patienter, er således også de lægepraksis, der har det laveste antal patienter pr.

<sup>10</sup> Vi tæller uddannelseslægerne med, fordi vi ikke mener, at man kan se bort fra dem som en ressource, der gør, at de praktiserende læger i en given lægepraksis kan håndtere flere patienter. Der skal sættes tid af til at de kan introduceres og superviseres, men de varetager selvstændige konsultationer. Vi tæller dem med som en halv læge for at afspejle denne afvejning.

<sup>11</sup> Praksispersonalet har vi taget med for at se, om der er en sammenhæng, således at lægepraksis med mange patienter pr. læge håndterer disse patienter ved brug af praksispersonale.

fuldtidspraksispersonale (A Solopraksis og C Samarbejds lægehus) – mens de to lægelægepraksis, der har færrest patienter, også er de lægepraksis, der har det højeste antal patienter pr. fuldtidspraksispersonale (B Kompagniskabspraksis og D Kompagniskabs lægehus).

I den videre analyse vil det være interessant at belyse, hvordan praksispersonalet nærmere bestemt anvendes i de fire lægepraksis – og herunder ikke mindst i de to lægepraksis (A Solopraksis og C Samarbejds lægehus) hvor der både ses et øget antal patienter og et øget brug af praksispersonale.



## 5. Brugen af praksispersonale

### 5.1 Angivelser fra interview

Nedenfor gengives for hver af de fire lægepraksis de praktiserende læger og praksispersonales angivelser fra interview vedrørende deres indbyrdes samarbejde. Der er tale om en ukommenteret gengivelse af interviewpersonernes ord, sætninger og argumenter fra interview, som vi først senere (i afsnit 5.2. Diskussion) diskuterer. Fordi de fire lægepraksis ikke tidligere er introduceret, indledes hvert afsnit med en beskrivelse af beliggenhed, lokaler og personale.

#### A Solopraksis

A *Solopraksis* ligger i en lejlighed i A midtby. Naboen er et lille kompagniskab med to praktiserende læger. Der er venteværelse/reception, et todelt kontor og undersøgelseslokale, et ekstra undersøgelseslokale/laboratorium og et lille køkken. Personalet består af en fuldtidssekretær og en deltidssygeplejerske.

Den praktiserende læge fortæller ved interview, at hendes sekretær er "meget vaks, tager lungefunktion, blodprøver og lignende". Hun har været der 7 år og "er uundværlig". Sygeplejersken har den praktiserende læge "haft i et års tid". Sekretæren "kan godt, men har ikke tid". "Først", fortæller den praktiserende læge, havde hun en anden sygeplejerske, "men hun vidste for lidt og røg ud". Så ansatte den praktiserende læge den nuværende sygeplejerske, "men det har været meget sværere", end den praktiserende læge havde forventet. De "har et meget højt tempo" i klinikken, og når der fx kommer en patient med ondt i halsen, så poder sekretæren, og den praktiserende læge "kigger lige efter", og "så er recepten skrevet indenfor 10 minutter". "For sygeplejersken", fortæller den praktiserende læge, "har det nok været lidt svært at komme ind". De "startede lidt forsigtigt med", at hun skulle tage blodprøver, hjertekardiogrammer og vaccinere. Men der har været "meget skrammel", og den praktiserende læge "ved ikke rigtigt med at lægge opgaver ud til sygeplejersken mere", da "min sekretær er bedre".

Sekretæren fortæller, at hendes opgaver "først og fremmest er visitationen, og så fornyelse af recepter, vejledning om sygdom og kost og så prøvetagning". I telefonen fortæller sekretæren, at hun har "lært at spørge ind til, om det er akut eller ej, (...) hvorfor det er de er bange og hvad der ligger bag", og så "forberede besøget inden de kommer ind - så der ligesom er lavet noget", der kan hjælpe den praktiserende læge under konsultationen." "Sutur o.l. kommer slet ikke ind til [den praktiserende læge]", men den praktiserende læge "kigger lige", når sekretæren eller sygeplejersken er færdige, "for det er også vigtigt for patienten".

Sekretæren fortæller, at hun og den praktiserende læge "har et meget tæt teamsamarbejde, som man ikke ville kunne have i en større praksis". Det er "én læge, én sekretær". Sekretæren "ved godt", hvad den praktiserende læge "vil have stillet ind og ikke vil have stillet ind", ligesom hun godt ved, hvornår den praktiserende læge vil "sige nej" – og så siger hun nej og skriver ned, hvad hun har sagt. Den praktiserende læge

bebrejder hende aldrig, hvis hun "tager en patient for meget". Der er "ikke nogen diskussion" mellem de to, og "det giver tryghed".

Sekretæren fortæller, at hun er "frygtelig bange for" hvem det er, man "får i telefonen", når man ringer til et større lægehus. For (spørger hun retorisk) "hvem gider sidde derude?" Sekretæren fortæller, at hun ikke "gad", fordi man ikke skal "lave andet", og at "det er der også mange andre, der ikke gad". Derfor frygter hun, at det bliver "sådan en lille frk. Klokken", der kommer til at "sidde der" – og det mener hun er et problem, hvis "den lille frk. Klokken" "ikke er stor nok" til at sende opgaverne videre, men gerne selv vil "sidde og klare noget af det". Sekretæren pointerer, at det skal være "en kvalificeret", der skal "sidde sådan et sted", for "visitationen er dæleme vigtig". Hun forklarer, at det med at visitere er "en vanskelig opgave", der både "kræver kendskab til patienterne og sygdommene", og det mener hun ikke man kan have i et stort lægehus.

Hvis der er noget sekretæren er i tvivl om, ringer hun "lige ind" til den praktiserende læge, så hun "har opbakningen og sikkerheden". Den praktiserende læge, fortæller sekretæren, giver hende generelt "stort ansvar" og "står bag" hende. Sygeplejersken har "eget ansvar via sin autorisation", men "visiterer ikke" og måler heller ikke INR. Sekretæren "må alt som sygeplejersken må så længe det er under supervision" af den praktiserende læge.

Den praktiserende læge fortæller, at det ved kontrol af diabetespatienter er sekretærens opgave at tage prøverne og forberede besøgene, og sekretæren har også haft egne patienter til vægtkontrol. Den praktiserende læge ønsker imidlertid ikke at lægge flere opgaver ud til sekretæren, da hun: "tror, det vil være svært, for der er meget medicin inde i det – og hun [sekretæren, red.] mangler det medicinske overblik". Den praktiserende læge uddyber, at "det er tit folk der fejler flere ting", og at hun "synes det er et for stort og komplekst ansvar [da] diabetes type 2 er ikke én, men mange sygdomme, man skal holde øje med samtidig" Det fremgår, at den praktiserende læge helt generelt er skeptisk overfor at uddelegere opgaver vedrørende kontrol af diabetespatienter til andre faggrupper. Hun siger: "Hvis det er rent slavearbejde, kan man godt uddelegere det. Men det overordnede lægearbejde, det er der ikke andre der kan - fx diabetessygeplejersker, de glemmer overblikket. De specialiserede sygeplejersker er rigtig gode inden for de forskellige områder, men de glemmer helheden – og det går også galt, hvis ikke jeg [den praktiserende læge, red.] ser patienterne regelmæssigt. Det drejer sig om, at man skal have blik for den verden, der ligger uden for det specifikke."

Adspurgt hvordan den praktiserende læge forholder sig til et ønske om, at sygehuse skal lægge flere opgaver ud til almen lægepraksis svarer den praktiserende læge, at "Jamen, det gør de jo allerede!". Skulle der imidlertid komme flere opgaver, ville det blive nødvendigt for hende at ansætte mere praksispersonale. Den praktiserende læge fortæller, at hun overvejer at ansætte en yngre sekretær, så hun kan "trække den gamle længere ind i sygeplejeopgaverne" og sikre en større fleksibilitet, hvis den gamle sekretær en dag skulle ønske at gå på nedsat tid eller pension. Det, der holder den praktiserende læge tilbage, er, at hun "risikerer at komme over ydelsesgrænsen"<sup>12</sup>, fordi

---

<sup>12</sup> Den praktiserende læge refererer her til, at der årligt foretages regionale opgørelser over antallet af ydelser i forhold til antallet af patienter. Stikker en given praksis ud, rettes forespørgsler om, hvorfor det forholder sig således. Er svaret ikke tilfredsstillende, kan der sættes loft over hvor mange ydelser af en given art, den praktiserende læge må fakturere.



hun ikke har nok patienter. Den praktiserende læge fortæller, at hun ikke "gider" skulle til at forklare, hvorfor hun gør tingene, som hun gør – og at hun nok tror, at hun har "en del mere praksispersonale end de fleste". Hun "sender ikke alle laboratorieprøver ud af huset", men "klarer det meste her" – men "det er nok generelt for alle læger her i byen (...) fordi vi forventer, at det nok er noget, der kommer som noget vi skal med tiden – [og] så er vi vel forberedte på det".

### **B Kompagniskabspraksis**

*B Kompagniskabspraksis* ligger i et mindre indkøbscenter på hovedgaden i B. Der er venteværelse / reception, et lille køkken samt tre undersøgelseslokaler. Der er to læger i kompagniskab, en uddannelseslæge og en deltidssekretær. I foråret 2008 planlægges at flytte til større lokaler, blandt andet for at få plads til en sygeplejerske.

De praktiserende læger fortæller ved interview, at sekretæren "tager telefonen og tager imod de patienter, der kommer", "laver laboratorieopgaver, graviditetstest, gør graviditetspapirer klar og ordner post". "Det meste skrivearbejde", anfører de praktiserende læger, "foretager" de imidlertid selv, og sekretæren har ingen specifikke opgaver i forhold til patienter med KOL og diabetes type 2.

De praktiserende læger fortæller, at den kommende sygeplejerskes opgaver ikke er nærmere fastlagt, men at de forventer, at en praksissygeplejerske vil kunne "aflaste meget i forhold til kontrollen" af patienter med KOL og diabetes type 2. Vi spørger, om sygeplejersken skal have alle kontrollerne, eller om der fx skal være en årskontrol, hvor de praktiserende læger selv ser patienten, og de praktiserende læger svarer, at: "Man kunne godt forestille sig, at det var nogen, vi skulle se. Fx en gang om året". Der "skal ligge en vejledning og sættes nogle stopklodser ind, som regulerer det", men de praktiserende læger "vil nødtigt høre om det hver gang, for så aflaster det os ikke".

### **C Samarbejds lægehus**

*C Samarbejds lægehus* ligger i en selvstændig bygning i udkanten af C bymidte. Der er en reception med 5-6 arbejdspladser, to venteværelser, tyve undersøgelseslokaler, en operationsstue (brugt til opbevaring) et laboratorium samt en konference/frokoststue. Lægehuset drives af otte samarbejdende sololæger. Som medhjælp har de to uddannelseslæger, to sygeplejersker, en bioanalytiker og seks sekretærer.

De praktiserende læger fortæller ved interview, at de selv har uddannet mange af deres sekretærer, og at sekretærene har laboratorieopgaver. I princippet vil de gerne have, at alle sekretærene kan dække hinanden ind, men det er ikke alle sekretærer, der er lige vilde med det, og derfor er der "ikke noget med at de [sekretærene, red.] kommer i retning af sygeplejeopgaver".

En sygeplejerske fortæller, at de to sygeplejersker har "selvstændige konsultationer, hvor patienterne skal bestille tid", og at de for et lille år siden "gik op i tid pga. flere forebyggende ydelser og diabeteskontroller og KOL opgaver".

Bioanalytikeren fortæller, at hun og de to sekretærer, der er oplært til laboratoriet, tager blodprøver og foretager "enkelte analyser" (herunder glukoseintolerancetest og INR). "De fleste analyser", fortæller bioanalytikeren, sender de imidlertid fortsat "ud af huset" til X Sygehus. I forhold til patienter med diabetes type 2 "er det nye", at de i laboratoriet har fået ansvaret for at vurdere, om patienter med forhøjet blodsukkerværdi skal have foretaget en glukoseintolerancetest eller sendes direkte ind til den praktise-

rende læge. Bioanalytikeren forklarer, at "det er nyt" og "indeholdt i de nye retningslinjer", de har udviklet i lægehuset om diabetes type 2.

Sygeplejersken fortæller, at patienter med diabetes type 2 "kontrolleres en gang årligt hos sygeplejersken og tre gange om året hos egen læge. Årskontrollen er hos lægen og den kontrol som vi [sygeplejerskerne, red.] udfører ligger tre måneder før årskontrollen og har primært til formål at lave forundersøgelse og samle op på kosten, sådan at årskontrollen er forberedt.". Sygeplejerskerne har "alt der hedder kostvejledning og opstart og uddannelse af nyopdagede diabetespatienter" og "en del med diabetespatienter der skal overgå til insulin – [idet] det er os [sygeplejerskerne, red.] der kører omstillingen til insulin indtil det er blevet stabilt".

De praktiserende læger fortæller ved interview, at sygeplejerskerne i mange år selv har omstillet diabetespatienter til insulin, men "det er også fordi vi [de praktiserende læger, red.] har nogle gode sygeplejersker, som vi har haft i mange år, og som interesserer sig for det, de laver". "Den oprindelige plan", fortæller en praktiserende læge "var at sygeplejerskerne skulle stå for årskontrollen – men det skete aldrig – for det havde vi [de praktiserende læger, red.] alligevel ikke lyst til. De praktiserende "kan godt se, at der kommer mere med, at de [patienter med kroniske sygdomme, red.] skal gå hos sygeplejerskerne" men "vil bare beholde kontinuiteten (...) blive ved med at være stopklodsens, som de [patienterne, red.] skal ind omkring – [for] vi [de praktiserende læger red.] tror jo næsten vi kan huske alle patienter i hovedet".

Det er en vigtig pointe for de praktiserende læger, at "kontinuiteten skal opretholdes". En læge forklarer, at "Egen læge er et godt princip", mens en anden uddyber ved at forklare, at "mange patienter lider under, at de skal alle mulige forskellige steder i forhold til ambulatorier - og så ved den ene ikke, hvad den anden gør". Det er ifølge en anden praktiserende læge "også lidt det, der er med at uddelegere opgaverne (...) [og så skal det] også lige forklares, når man sender dem [patienterne, red.] ind til sygeplejerskerne". Nogle patienter fandt i henhold til de praktiserende læger "ud af at komme rundt om det, så de kom ind til lægen alligevel".

De praktiserende læger fortæller, at de er fælles om alt personalet. Vi spørger, om det er godt, og en praktiserende læge svarer, at: "Det har altid været sådan – i starten var der enkelte der kom med deres egen sekretær, og det var måske nok lidt vanskeligt, men helt overordnet har det altid været fælles – og sådan skal det være". En anden tager over og forklarer, at: "Det giver mulighed for fuldtidsansættelser og fleksibilitet i planlægning – og så bliver man mindre afhængig ved sygdom. Økonomi og risiko deles – og det er også mere lige – for hvis vi nu alle sammen kunne vælge frit, ville vi jo vælge den samme [sekretær, red.]". Vi spørger, om det gør en forskel, at sekretærene skal betjene otte forskellige læger. En praktiserende læge svarer "helt sikkert – de ville også kende patienterne bedre (...) Jeg kunne da godt tænke mig at have egne sekretærer – der kan da være nogen fordele ved det, men i praksis kan det ikke rigtig lade sig gøre." En anden praktiserende læge vurderer, at: "Det kan godt være at det ville være bedre for sekretæren – men de er her i mange år og de kender lægerne" – og en tredje tilføjer; "og de kender de 25 % af patienterne, der tager 75 % af tiden".

De praktiserende læger fortæller, at de ikke umiddelbart har planer om at ansætte mere praksispersonale. Lokalerne er "en begrænsning for, hvor mange opgaver sygeplejerskerne kan tage", men de praktiserende læger oplever at de har "mange flere kontakter end tidligere". De forklarer, at "ambulatorierne er ikke hvad de har været...",

og at behandlingen i praksis også ændrer sig med "mere opfølgning og kontrol (...): flere patienter, der får lavet det samme".

#### **D Kompagniskabslægehus**

*D Kompagniskabslægehus* ligger i en selvstændig bygning i D bymidte. Der er en reception med 4-5 arbejdspladser, et venteværelse, et laboratorium, en operationsstue, atten undersøgelseslokaler, et køkken og to store mødelokaler, hvoraf det ene fungerer som spisestue. Lægehuset drives af otte læger i kompagniskab. De har på undersøgelsestidspunktet to uddannelseslæger, fem sekretærer og en diætist som medhjælp. En sygeplejerske er under ansættelse, og en anden sygeplejerske planlægges ansat indenfor et halvt år.

De praktiserende læger fortæller ved interview, at "sekretæerne fungerer som laborant/sekretær/sygeplejerske og har en meget bred kontakt med patienterne". De passer telefonerne, tager blodprøver, har egen kolonne til tidsbestilling, laver lungefunktionsundersøgelser, EKG og INR og rådgiver patienter om ernæring og rygestop. Diætisten kører egenhændige konsultationer, hvor de praktiserende læge kan henvise til kostvejledning.

De blodprøver, som sekretæerne tager, er i henhold til de praktiserende læger "rutinemæssige". Der er "tænkt på det hele" og "det er ikke sådan, at sekretæerne selv skal tage stilling til noget". Det eneste sted, hvor det *ikke* er sådan, er i telefonen, når patienterne ringer og vil have et "ikke alt for tungt medicinsk råd". Der bruger de sekretæerne, som fungerer som de praktiserende lægers "forlængede arm". De praktiserende læger fortæller, at "der er en gråzone der – hvornår er det lige at man... men ved den mindste tvivl spørger de forhåbentlig os". Sekretæerne fortæller ved interview, at de ved, hvor langt de kan gå, og at "er der det mindste, så går vi [sekretæerne] til lægen". De praktiserende læger kan imidlertid "godt være bange for, at det er tilfældigt", for – som en praktiserende læge forklarer – "nogle gange sker der det, at jeg lige kommer forbi skranken – og så spørger de mig - men derfor kan man godt være bange for, at det er tilfældigt – hvis der nu ikke lige var kommet en forbi".

Sygeplejerskernes opgaver, fortæller de praktiserende læger, er ikke endeligt fastlagt. Men de forestiller sig "en masse områder, som en sygeplejerske skal kunne overtage", herunder "vaccination (udland og børn), vortebehandling, sår og øreskylning, en hel del omkring urinanalyser som er noget vi læger bruger meget tid på, og så det med kronikeromsorg".

Kronikeromsorg handler om de store sygdomme - KOL, diabetes og hypertensionspatienter - og de praktiserende læger fortæller, at de på det overordnede plan forestiller sig, at kvartalskontrollerne kan overgå til sygeplejersken, mens årskontrollen fortsat skal foregå hos egen læge. Samtidig anfører de praktiserende læger imidlertid, at: "Det bliver individuelt i praksis", og at: "Det bliver en proces, at vi finder ud af det". Nogle patienter vil blive hos os de praktiserende læger "fordi de fejler andre ting og vi lige skal have antennerne ude". Det er "det kontinuere klagepunkt, at patienterne savner tilgængelighed, og kontinuiteten skal opretholdes" – og "lægens og patientens bånd kan begge være så stærke, at man holder på dem".

Det fremgår, at de praktiserende læger samtidig forestiller sig, at sygeplejerskerne "kan gå ind i en klarere visitation af hvad der er akut og ikke akut". Sygeplejerskerne

”kan have telefontid hvor folk ringer ind med problemer, tage over hvor sekretæren ikke kan svare og dermed løfte telefonkonsultationen”.

”Dybest set”, fortæller de praktiserende læger, ”leger vi med tanken om at afskaffe telefontiden helt”. Vi spørger hvorfor, og de forklarer, at: ”Det er fordi vi har fundet ud af at en meget stor del af samtalerne til os drejer sig om tider. De [patienterne, red.] prøver at skyde genvej til en hurtig tid – og så er der en del, der ringer bare for at bestille deres medicin. Og så er der en masse små råd - og nogen der ringer for at ændre tid til mig [den praktiserende læge, red.]. Der er rigtig mange ting, som slet ikke kræver en læge. Målet er, at jeg kan have fire relevante samtaler på en halv time – og for at nå det vil jeg hellere være den, der ringer tilbage til dem der har været i kontakt med sekretæren. Der går meget tid med det – vi sidder 10 mand og passer tlf. en time om dagen. Vi afprøvede det af nød i vinters – og der virkede det glimrende”

De praktiserende læger fortæller, at de også forventer, at sygeplejerskerne kan lære sekretærene op, så de kan afholde selvstændige konsultationer, fx forebyggelsessamtaler. Sekretærene har foreløbig været på kursus om forebyggelse med fokus på KOL, hjertekarsygdomme og diabetes, og det fremgår ved interview med praksispersonalet, at de er ved at udarbejde en præsentation til de praktiserende læger, hvor de ”beskriver hvad det er vi kan aflaste lægerne med – hvordan vi kan tage de indledende øvelser som giver lægen noget at gå efter. Og så når der kommer en sygeplejerske som er vant til at arbejde med de ting, kan hun understøtte os og lære os om de patienter der kommer”.

De praktiserende læger fremhæver, at sekretærene ikke skal ”fungere som diabetessygeplejersker som sådan, men der vil være mange funktioner de kan varetage”. De praktiserende læger ”tror [i virkeligheden nok] den telefoniske visitation er det sværeste - og det er det vi gerne vil styrke og sikre”. Problemet med telefonvisitationen på nuværende tidspunkt, forklarer de praktiserende læger, er, ”at i travle perioder, hvor det hele er lidt presset, så glider det lidt – fordi de [sekretærene, red.] beskytter os – så bliver de lidt hårdere i visitationen – og så er der risiko for at der er noget der ryger”, og ”omvendt kunne det også være nogle gange, når man har den akutte vagt – at man tænker I guder! – f.eks. når de [patienterne, red.] kommer akut med en hoste der har stået på i flere måneder.”

Udfordringen ved at placere sygeplejerskerne i en central visiterende position er i henhold til de praktiserende læger at ”undgå svenske tilstande”, som er ”skrækscenariet på hvor svært det er at komme til en læge”. I Sverige, fortæller de praktiserende læger, har de ”så ultimativt et filter, at patienterne stort set ikke ser en læge. Det er klinikpersonalet, der er foran i alt. (...) Der er meget lidt af den direkte lægekontakt, og den der er, er ofte tilfældig. Det handler om at finde balancen mellem, at ’det er min egen læge og dem, der hjælper ham med at passe mig’... Det bliver en stor kunst at finde balancen mellem vores og sygeplejerskernes opgaver. Målet er systematisk shared care i miniformat”.

## 5.2 Diskussion

Som det fremgår, er de fire lægepraksis, der indgår i casestudiet, meget forskellige, og det samme er de interview, vi har afholdt med læger og praksispersonale. Alle steder har vi imidlertid forsøgt at indkredse samarbejdet og arbejdsdelingen mellem praktiserende læger og praksispersonale. Nedenfor vil vi gennemgå og diskutere forskelle og

ligheder mellem de fire lægepraksis og relatere dem til de fire lægepraksis forskellige størrelse (få/mange praktiserende læger) og driftsform (individuel/fælles patientliste).

### **Brugen af sekretærer**

Betragtes brugen af sekretærer på tværs af de fire lægepraksis, fremgår det, at der er meget stor forskel på, hvad sekretærene bruges til. Alle steder passer de telefon og skranke, og alle steder har de nogle (men forskellige) laboratoriefunktioner. Sekretæren i B Kompagniskabspraksis har kun få yderligere opgaver, og aflastning i forhold til patienter med kroniske sygdomme planlægger de praktiserende læger skal ske ved ansættelse af en sygeplejerske. Tilsvarende gælder C Samarbejds lægehus, hvor to sekretærer er oplært i laboratoriefunktionen, men de praktiserende læger fastslår, at "der er ikke noget med, at de [sekretærene] kommer i nærheden af sygeplejeopgaver". I D Kompagniskabs lægehus har sekretærene allerede på undersøgelsestidspunktet enkelte sygeplejeopgaver (fx vejledning om rygning og kost), og med ansættelsen af to sygeplejersker planlægger de praktiserende læger, at sekretærene kan oplæres i flere, så der kan ske en positiv opgaveglidning fra sygeplejersker til sekretærer. I A Solopraksis er det sekretæren, og ikke sygeplejersken, som den praktiserende læge ønsker at bruge til de sygeplejefaglige opgaver.

Den forskellige brug af sekretærer i de fire lægepraksis synes i noget omfang at være relateret til deres forskelle i størrelse. Det synes således at være værd at bemærke, at de praktiserende læger i D Kompagniskabs lægehus ved interview giver udtryk for en usikkerhed ved, om sekretærene altid husker at spørge, hvis der er noget, de er i tvivl om, mens sekretæren i A Solopraksis fortæller, at er der det mindste hun er i tvivl om, så ringer hun "lige ind" til den praktiserende læge, så hun har "opbakningen og sikkerheden". De praktiserende læger i D Kompagniskabs lægehus kommer ikke lige forbi, og sekretærene ringer ikke bare lige, fordi det er et stort lægehus med såvel fysisk som opgavemæssig afstand mellem læger og sekretærer. I A Solopraksis arbejder læge og sekretær tæt sammen, og afstandene er små. Det gør det lettere for den praktiserende læge at uddelegere opgaver til sekretæren, som – i modsætning til sygeplejersken – skal arbejde under supervision.

De praktiserende læger i C Samarbejds lægehus diskuterer fordele og ulemper ved at have personlige sekretærer i store lægehuse. Der er bred enighed om, at det ikke er hensigtsmæssigt, da man mister en række stordriftsfordele i forhold til økonomi (flere læger kan deles om en sekretær) og fleksibilitet (sekretærene kan dække hinanden ind ved sygdom og ferie). Samtidig mistes imidlertid også den nære kontakt, der kan opstå mellem en enkelt sekretær, en enkelt praktiserende læge og en mindre og dermed mere overskuelig patientgruppe – en kontakt, understøtter en bedre mulighed for uddelegering af opgaver.

En interessant forskel mellem de fire lægepraksis er netop den måde, hvorpå opgaver uddelegeres i henholdsvis A Solopraksis og de to store lægehuse (C Samarbejds lægehus og D Kompagniskabs lægehus): Hvor de to store lægehuse arbejder med et princip om at lægge hele opgaver, forstået som en form for konsultationer, ud til praksispersonalet, så arbejder den lille praksis konsekvent med uddelegering af ufuldstændige opgaver – fragmenter af den samlede konsultation, hvor sekretæren arbejder så langt, som hun kan komme: videst muligt forbereder konsultationen for den praktiserende læge, som så tager over. De store lægehuse diskuterer muligheden for at

*lægge opgaver ud, væk og ned* og indarbejder faste stopklodser og retningslinjer, mens det i den lille lægepraksis fungerer meget mere uformelt, baseret på et princip om, at sekretæren tager opgaven så langt, som hun kan, og i tvivlstilfælde spørger den praktiserende læge til råds. Den praktiserende læge bliver aldrig usikker på, om hun mister følingen med patienten, da hun ser dem alle. Samtidig er der ikke noget der peger på, at hun aflastes mindre end de praktiserende læger i de store lægehuse – blot at aflastningen foregår på en anden måde.

### **Brugen af sygeplejersker**

Angående muligheden for uddelegering af opgaver til især sygeplejersker er det en anden interessant pointe, at viljen klart er større i de praksis, der *ikke har* sygeplejersker ansat, end i de praksis, der *har* sygeplejersker ansat. I B Kompagniskabspraksis, som er den praksis, for hvilken ansættelsen af sygeplejersker ligger længst ude i fremtiden, forestiller de praktiserende læger sig, at sygeplejerskerne indenfor rammerne af nærmere udstukne retningslinjer kan varetage langt de fleste diabeteskontroller. Det er først, da de praktiserende læger spørges, om de evt. vil beholde nogen selv, at de reflekterer, at årskontrollen nok kan være god at beholde. I D Kompagniskabslægehuse fortæller de praktiserende læger, at sygeplejerskerne *i princippet* skal varetage de tre kvartalskontroller – men at det i praksis nok bliver både individuelt og svært, idet båndet mellem praktiserende læge og patient (og patient og praktiserende læge) kan være så stærkt, at den praktiserende læge vælger at beholde patienten. I C Samarbejdspraksis forsøgte de praktiserende læger oprindeligt at uddelegere årskontrollen, men "det skete aldrig" for det havde de praktiserende læger "alligevel ikke lyst til", og sygeplejerskerne har i dag kun en enkelt kontrol. I A Solopraksis er det ikke så meget som et emne for den praktiserende læge at uddelegere en hel kontrol. Hun bruger, som tidligere omtalt, sit praksispersonale på en anden måde. De er del af og forbereder hver eneste kontrol, som imidlertid også går omkring den praktiserende læge.

Når det er så svært for de praktiserende læger at uddelegere ansvaret for hele kontroller, hænger det sammen med noget af det, der fremstår som noget af det mest basale ved almen praksis: Ideen om egen læge – den enkelte læge, der følger patienten igennem stort og småt og derved opnår et kendskab til patienten, som er vigtigt og nødvendigt for både at kunne analysere og forstå, hvad der er i vejen, når patienten henvender sig med givne problemer og symptomer; og for at kunne motivere og hjælpe patienten til fx at ændre livsstil. At uddelegere en kontrol er at uddelegere en kontakt: Et tidspunkt, hvor den praktiserende læge ser patienten (og patienten ser den praktiserende læge) og bekræfter deres indbyrdes relation, følger op på hvad der sker i deres fælles projekt (patientens helbredshistorik). Der er meget i det: Meget mere end den operationelle monitorering af tal og samtale om mulige løsninger.

De praktiserende læger relaterer samtidig vanskelighederne ved uddelegering til de mere generelle bevægelser i retning af fragmentering, som foregår i sundhedsvæsenet. Der er folk nok, der specialiserer sig, anfører den praktiserende læge i A Solopraksis i et senere kapitel og henviser til specialiseringen i sundhedsvæsenet. Nogen skal "have blikket for det generelle" – være tovholder<sup>13</sup>, når patienten "pendler mellem ambulatorier", hvor "den ene ikke ved, hvad den anden gør".

---

<sup>13</sup> For en diskussion af de praktiserende lægers oplevelser af rollen som tovholder, se (13).

Et sted, hvor uddelegeringen af opgaver til sygeplejersker til gengæld forekommer både interessant og kvalitetsløftende, er i C Samarbejds-lægehus, hvor sygeplejerskerne i mange år har haft ansvaret for omstilling af patienter med diabetes type 2 fra piller til insulin. Dette er en opgave som ofte foregår i sygehuse. Ved andre interview, i andre praksis, har de praktiserende læger fremhævet det som noget særligt, at en eller flere af dem selv var i stand til at stille patienterne om. I C Samarbejds-lægehus er specialkompetencen lagt *ind* i lægehuset *ved* sygeplejerskerne. Det er et konkret eksempel på, hvordan sygehusene kan aflastes ved anvendelse af specialiseret praksispersonale i almen praksis.

### **Ydelsesloftet som barriere for hjemtagning af opgaver**

En anden tilsyneladende enkeltstående, men væsentlig pointe, er, at den praktiserende læge i A Solopraksis oplever det som en barriere for hjemtagning af flere opgaver fra sygehusene, at der er et ydelsesloft. Den praktiserende læge varetager allerede i dag mange opgaver, og ikke mindst indenfor diabetes, hvor hun bl.a. selv stiller patienter om til insulin. De sender kun få opgaver ud af huset, men klarer det meste selv. Den praktiserende læge ville gerne ansætte mere praksispersonale. Det ville godt kunne lade sig gøre at uddelegere flere opgaver – bruge sekretæren mere aktivt indenfor det sygeplejefaglige. Det, der holder hende tilbage, er ydelsesloftet. Ydelsesloftet henviser til, at der én gang om året foretages regionale opgørelser over antallet af ydelser i forhold til antallet af patienter. Stikker en given praksis ud, rettes forespørgsler om hvorfor det forholder sig sådan. Er svaret ikke tilfredsstillende, kan der sættes et loft for hvor mange ydelser (af en given art), den praktiserende læge må fakturere. Men når man, som den praktiserende læge i A Solopraksis, er på forkant med udviklingen – er en såkaldt "first mover" i implementeringen af de retningslinjer vedrørende diabetes type 2, som alle er enige om bør implementeres – så "rammes" man af systemet med forespørgsler og procedurer. Fordi man skiller sig ud. Den praktiserende læge siger ved interview, at hun ikke gider skulle til at forklare, hvorfor hun gør tingene, som hun gør. Dermed kommer ydelsesloftet til at fungere som barriere for såvel implementeringen af kliniske retningslinjer som sikringen af den generelle udvikling i almen praksis og ønsket om at almen praksis skal anvende mere praksispersonale og overtage flere opgaver fra sygehusene.

### **Telefonvisitationen**

Det sidste emne, der er fælles og interessant, er spørgsmålet om telefonvisitation. Det er ikke et emne, der *som sådan* har været genstand for systematisk opfølgning ved interview (læs: det var ikke en del af interviewguiden at gå særligt i dybden med dette emne, da vi anså det for at være en traditionel sekretæropgave og ikke som sådan noget, der vedrørte samarbejdet mellem praktiserende læger og praksispersonale). I to interview har emnet imidlertid fyldt en del, og der er klare og interessante paralleller i den måde, hvorpå emnet behandles. *Først* i interviewet med sekretæren fra A Solopraksis, der er uforstående overfor anvendelsen af uuddannet personale i sundhedsvæsenet, da de jo virkelig kan forstyrre meget, og telefonvisitation både kræver kendskab til sygdommene og patienterne. Sekretæren ønsker ikke at sidde i en stor praksis og passe telefon som en anden lille frk. klokken. *Så* ved interviewet med de praktiserende læger i D Kompagniskabs-lægehus, som med ansættelse af sygeplejersker netop ønsker at løfte telefonfunktionen, fordi de er bange for, at der er noget der ryger, når de har travlt, og

fordi de er usikre på, om sekretærerne altid husker at spørge, når der er noget, de er i tvivl om.

Telefonfunktionen – visitationen og rådgivningen af patienter – betegnes af de praktiserende læger i D Kompagniskabslægehus som en langt mere krævende opgave end den egenhændige varetagelse af konsultationer. Det er her, væsentlige skøn foretages, og samtidig her, den traditionelt set mindst uddannede faggruppe er placeret. Begge de store praksis har valgt at lade sekretærerne rokere mellem forskellige funktioner. En lille frk. klokken, der udelukkende passer telefon, eksisterer altså ikke i nogle af de to store lægehuse, der indgår i casestudiet. Men visitation betyder meget for arbejdsflowet i en praksis. Det er patienter, der kommer ind. Hvem der visiteres til det akutte, hvem der skal vente en uge, er ikke lige meget, men (i sidste ende) spørgsmål af væsentlighed for patientens helbredstilstand. Mulighed for aflastning af de praktiserende læger via styrkelse af telefonfunktionen, som det sker i A Solopraksis og overvejes oparbejdet med ansættelsen af sygeplejersker, i D Kompagniskabslægehus, er ikke uinteressant.

### **Brugen af sekretærer i forskellige strukturer**

Interessant er det til gengæld de *betingelser*, som den mere overordnede organisering af en praksis tilsyneladende sætter for, hvad man kan bruge sekretærer til. Den brede anvendelse af sekretæren i A Solopraksis til styrket telefonvisitation samt sygepleje forudsætter et nært forhold til én – og måske kun én – praktiserende læge. Det er i den tætte indbyrdes relation, det gensidige kendskab og dermed tilliden kan opstå. I den store praksis er der ikke mulighed for således tætte relationer mellem praktiserende læger og praksispersonaler. I hvert fald har de praktiserende læger i begge de store lægehuse afvist ideen om personlige sekretærer / sygeplejersker, da det dels vil mindske fleksibiliteten, dels vil skabe u hensigtsmæssig intern konkurrence de praktiserende læger ibland, da de nok alle sammen ville vælge den samme sekretær. Samtidig er der mere strukturelle forskelle, som udmønter sig i, at de praktiserende læger i de store lægehuse relaterer sig til hinanden: Snakker med hinanden om deres patienter, om stort og småt, mens denne ufokuserede men væsentlige dialog om stort og småt i den lille lægepraksis foregår mellem læge og sekretær (da der i dagligdagen ikke er andre). Den ene struktur opmuntrer til én løsning, den anden til en anden.

Vendes tilbage til de indledende forventninger om, at der i store lægehuse vil være bedre mulighed for at ansætte praksispersonale – især specialiserede sygeplejersker – som kan være med til at sikre en hurtigere og bedre behandling ved aflastning af de praktiserende læger og tilføring af specialespecifik kompetence, så fremgår det, at brugen af praksispersonale i den lille enhed i vid udstrækning er mere fleksibel end den er i den store. Praksispersonalet kan inddrages i opgaverne i en horisontal proces, hvor den praktiserende læge samtidig aflastes, bibeholder ansvaret og patientkontinuiteten, i stedet for at praksispersonalet skal have opgaverne uddelegeret i en vertikal proces, hvor gennemtænkte retningslinjer skal fungere som stopklodser, og hvor såvel læger som patienter gør krumspring for at bevare kontakten. Ikke at det sker alle steder eller er en naturlig følge af at være lille (det sker fx ikke i B Kompagniskabspraksis, hvor sekretæren har færrest sygeplejefaglige opgaver overhovedet). Men det er en mulighed, der er fundet i den lille solopraksis, og som ikke er fundet tilsvarende i de to store lægehuse, hvor de praktiserende læger tværtimod afviser ideen med henvisning til de øvrige fordele, der er ved at dele praksispersonalet – herunder fleksibilitet ved sygdom /



arbejdsophør samt det forhold, at *hvis* de praktiserende læger skulle vælge, så ville de alle vælge den samme.



## 6. De praktiserende lægers faglige samarbejde

### 6.1 Angivelser fra interview

Nedenfor redegøres for hver af de fire lægepraksis for de praktiserende lægers angivelser fra interview vedrørende deres faglige samarbejde. Der er igen tale om en ukommenteret gengivelse af de praktiserende lægers ord, sætninger og argumenter fra interview – præsenteret som dokumentation for det grundlag, hvorpå vi i det efterfølgende diskussionsafsnit (6.2. Diskussion) drager vores konklusioner.

#### A Solopraksis

Den praktiserende læge fortæller, at: "Fordelen ved at være solo, det er, at man kender dem [patienterne, red.], fordi man har dem i rigtig lang tid. Jeg mener ikke, at der er noget belæg for at have fælles patienter. Samarbejdspraksis kan jeg derimod godt se ideen i. Én patient til én læge er det bærende. Jeg kan se, at der bruges rigtig mange ressourcer og rigtig meget spild og fejl på sygehuse – nogle gange passer det jo slet ikke, det, der står, når de [patienterne, red.] kommer ud fra sygehuset. Så man skal være vågen" I det hele taget, anfører den praktiserende læge, "er [der] folk nok, der kigger på et organ af mange – jeg er nødt til at være med for at sikre, at vi i hvert fald her [i almen lægepraksis, red.] kommer hele vejen rundt. Det er også der, jeg mener, at overblikket mistes i en flermandspraksis – jeg kan holde overblikket over de 13-1400 patienter jeg har – ikke over 6000. Det er vigtigt at holde blikket på det hele menneske: Du skal vide de forskellige afledte faresignaler. Hvis ikke, man har rutinen, så glemmer man det. Det er ikke så simpelt, som man nogen gange gør det til. Jeg kan ikke være ekspert i det hele, men jeg kan prøve at holde fast i alle de ting, de fejler her."

Ulempen ved at være alene er i henhold til den praktiserende læge, at "Udstyr er dyrt, man har blinde pletter, man kan gå i stå eller komme ud på et sidespor... Man er nødt til at være på dupperne, der er ikke andre, der sikrer, at du er godt med." Vi spørger, hvad den praktiserende læge gør for at holde sig opdateret, og hun svarer, at: "Jeg læser meget (...): Månedsskrift for praktisk lægegerning, Ugeskrift for læger og forskellige ting på Internettet – og så er der min efteruddannelse og bijob". Den praktiserende læge har et bijob som kvalitetsudvikler en halv dag om ugen uddanner en anden halv dag om ugen andre praktiserende læger og kommer med nøgletal til dem. Den praktiserende læge er desuden del af "en velfungerende 12 mands gruppe" og indgår i "en lille firemandsgruppe", hvor de sparrer om deres egen hverdag.

"Til løbende faglig sparring", fortæller den praktiserende læge, er IT godt. Og med EKG går den praktiserende læge ind til naboen (en lille kompagniskabspraksis). De har "et uforpligtende samarbejde hen over trappen, hvor vi hjælper hinanden ved sygdom, ferie og kurser – og så har vi fælles edb". Samarbejdet er i henhold til den praktiserende læge "fint. Men hvis nu vi var et kompagniskab, så var jeg nødt til at høre dem."

#### B Kompagniskabspraksis

De praktiserende læger fortæller, at om deres fælles gruppe af patienter, at "nogle vælger den ene og nogle vælger den anden læge, og så er der nogle, der krydser frem

og tilbage" – "Patienterne vælger selv. Ved akutte patienter er det den læge der er ledig. Men vi har nok lidt mere fast tilknytning til patienterne end en stor praksis."

Det fremgår, at en del af baggrunden for, at de praktiserende læger indgik kompagniskab, var, at man "som sololæge (...) altid [skal] ud og tale med nogen for at få passet sine patienter, fx ved ferie og konferencer. Så det handlede om den øgede fleksibilitet". "Til hverdag", fortæller de praktiserende læger, har de "luksus arbejdstider". De har "andre ting vi gerne prioriterer" og "er ikke fyldt op til fuld tid". Om fredagen lukker de klokken 12, hvorefter deres nabopraksis "passer patienterne".

De praktiserende læger fortæller, at: "Vi har et princip om, at vi arbejder lige meget. Men det kan jo variere lidt med fridage o.l. Så jeg laver faktisk en timeoptælling for tiden mellem 8 og 16, så det ca. kommer til at passe. Og det plejer ikke at være et større problem at få det til at gå op. Men det er nødvendigt at have en hvis sikkerhed".

Fagligt, fortæller de praktiserende læger, "er det (...) ikke sådan, at områderne er fordelt imellem os." Der er områder, hvor den ene læge har særlig kompetence, fx i behandlingen af patienter med diabetes type 2, hvor den ene praktiserende læge selv omstiller patienter fra piller til insulin, mens den anden praktiserende læge sender de patienter, der skal omstilles, på hospitalet. Vi spørger, hvorfor hun ikke bare sender dem ind til sin kollega – de har jo fælles patientliste – og den praktiserende læge svarer: "Hvad tænker du? Skulle jeg sende dem ind til NN?" Vi bekræfter, og den praktiserende læge siger: "Jamen jeg har sendt dem ind. Jeg har aldrig tænkt over andet. Men... det er nok også fordi, det med at stille om til insulin er en stor opgave, som jeg ikke ønsker at belaste NN med. Men det kunne man selvfølgelig. Men vi har ikke nogen aftale om det. Det er nok meget noget, man beslutter at gøre selv. Baseret på det kendskab, man har til patienten."

Da vi spørger de praktiserende læger, om de har en fælles strategi for faglig opdatering, svarer de, at: "Det er vist en fuldstændig individuel og lyststyret strategi. Vi bruger ti dag om året på kurser, hvis vi bruger mere, er det vores fridage. Vi snakker selvfølgelig om, hvad vi har lært, når vi kommer hjem – og vi tager også nogle gange på de samme kurser. Men det er ikke noget, vi vælger bevidst. Det er faktisk mere noget, der er sket ved kvalitetsudviklingsprojekterne." En praktiserende læge anfører, at: "Nu er det et skældsord at sige tvungen efteruddannelse. Men jeg tror nok, at det ville være meget godt for almen praksis. For man går på kurser i det, man er god til i forvejen, og det er lidt noget skidt". De praktiserende læger vurderer, at de kvalitetsudviklingsprojekter, de været med i, "nok [er] lidt mere rettet mod det, vi gerne vil blive bedre til", og at "på den måde er projekter på sin vis bedre end kurser – også fordi man lærer bedre/omstiller sig bedre, når man arbejder med det i praksis."

### **C Samarbejds lægehus**

De praktiserende læger fortæller ved interview, at de (som samarbejdende sololæger) "holder værdien i almen praksis som er kontinuitet. I et kompagniskab deler de fleste patienter sig imellem lægerne, men så er der også en pulje der bare går på omgang – og man kan shoppe på godt og ondt. Man kan ikke shoppe hos os." – "Vi kender vores egne patienter over en årrække – og de kender os".

Samtidig, fortæller de praktiserende læger, kan de "bruge hinanden om faglige problemer". Det kan "være en patient man syntes er syg på en mærkelig måde – så går man lige ud på gangen og ser hvem det er, der lige er ledig – for at få en drøftelse", og

de praktiserende læger "bruger også hinanden til at få vendt alt det nye der sker fagligt".

Fagligt, fortæller de praktiserende læger, orienterer de sig alle sammen "bredt". Der er "ingen formaliseret arbejdsdeling, men der er selvfølgelig nogen der interesserer sig mere for nogen emner end andre, som man kan trække på". Det er imidlertid en væsentlig pointe for de praktiserende læger, at de "alle [skal] være med i det hele", og de fortæller at de har et møde hver onsdag, hvor de "prøver at have et fagligt punkt (...), hvor en laver en lille præsentation af et emne for de andre". Det er "ofte uddannelseslægerne der får en halv time til at fremlægge et eller andet emne".

De praktiserende læger fortæller, at de ikke har "nogen aftaler om en ugentlig fridag", og at det er en ulempe i forhold til de tre- og firemands kompagniskabspraksis, som de kan se går mod femmandspraksis – "fordi så kan alle gøre noget andet en dag om ugen – enten holde fri eller arbejde med andre aspekter af praksis". Dette, fortæller de praktiserende læger "er meget svært for os, for så ødelægger vi vores fordele (...) egen læge er et godt princip, og vi er stort set til rådighed hver dag i dagtiden". De praktiserende læger fortæller, at de har faste aftaler om en månedlig fridag og "faste aftaler om at hvis man skal noget andet så gør man det". En praktiserende læge fremhæver, at "der er ingen der sjusker deres praksis. Jeg har været væk nogen gange - men det fungerer alligevel – men patienterne opdager det ikke på samme måde når man ikke er her, som de ville gøre hvis man sad i en solopraksis ude i byen – de kan altid komme til hos en af de andre hvis de er akutsyge, og der er altid en der tager telefonen".

#### **D Kompagniskabslægehus**

De praktiserende læger fortæller, at "grundlæggende så er vi et kompagniskab, dvs. at patienterne har valgt praksis". Fordi de imidlertid "er så mange læger, så er patienterne ret meget knyttet til den enkelte læge". Patienterne "kan identificere *min læge*" og der er separate telefonnumre til hver af de otte praktiserende læger i kompagniskab, hvor patienterne kan ringe ind direkte i telefontiden mellem 8 og 9. De praktiserende læger anfører dog samtidig, at der er "en stor gruppe patienter uden stort behov – de svømmer lidt rundt", og at der hver dag er en praktiserende læge, "der er udpeget som akutlæge – som tager sig af de patienter der kræver en konsultation samme dag – den funktion går på omgang".

Vi spørger, om de ved, hvilke patienter det er, der svømmer rundt, og de praktiserende læger forklarer, at det er "dem der ringer samme dag og skal have en akut tid", – "dem der en gang hver tredje år har et lille problem – det er ikke sikkert at de kan identificere deres egen læge" – "unge har ikke samme behov for en fast læge" – "dem der kommer lidt ind og ud af praksissen, når de f.eks. flytter til X". Det kan "også være en patient, der ringer ind til egen læge om morgenen, men som foretrækker den tid, patienten kan få hos en anden læge, frem for den tid, egen læge han tilbyde. Fx en mor der ringer ind med en søn, som har feber, og som prioriterer middagsluren højere end at den faste læge kan tage imod". Denne mors "behov er sundhedsydelsen ikke lægen".

De praktiserende læger fortæller, at "mange af patienterne har egen læge og en reservelæge som de kan bruge når den faste ikke har tid". Der er også kvinder, der går til den kvindelige læge, hvis det drejer sig om underlivet, og ellers til sin faste læge. De

praktiserende læger fortæller, at de "arbejder aktivt" med at få patienterne til at vælge en "læge nr. 2". De gør det, fordi det er et "aktivt lægehus, hvor der er meget udadgående aktivitet", og "når vi råder til det oplever de [patienterne, red.] at det er helt naturligt".

Faglige specialiseringer mellem de praktiserende læger findes vedrørende akupunktur, som to praktiserende læger i lægehuset har specialiseret sig indenfor. De praktiserende læger anfører, at de henviser patienter til akupunktur hos disse kolleger, men at det "ligeså godt [kan] være at vi sender dem ud i byen til akupunktur. Vi ønsker ikke at presse vores akupunktur kolleger til at de skal bruge al deres tid til det." En mandlig praktiserende læge har desuden speciale i impotenspatienter, som bliver sendt til ham – mest fra de kvindelige læger, men også fra nogle af de andre mænd.

De praktiserende læger fortæller imidlertid, at "det vi mere gør, er, at vi bruger hinandens viden til at vende patienter og problemstillinger med" – "Det er noget af det vi altid har gjort meget ud af – at vi er patientens egen læge – vi spørger hinanden frem for at sende patienterne rundt imellem forskellige specialister." De praktiserende læger fortæller, at de på deres undervisning og konferencer "prøver (...) at opnå et vist fælles fodslag med de forskellige ting." Og nogle gange ringer de praktiserende læger "lige efter hinanden".

Det er en vigtig pointe for de praktiserende læger, at deres særlige interesseområder "ikke [skal] blive mere end interesseområder", for de "skal ikke være specialister. De "trækker [hellere] på den lokale specialist" – f.eks. ved de, at én kollega interesserer sig meget for nyre, og hvis de så har et spørgsmål om en nyrepatient, er det ham, de går til.

Vi spørger, om faglige interesseområder spiller en rolle for de praktiserende lægers valg af nye kolleger. Det svarer de praktiserende læger nej til, men de betoner samtidig, at det "ikke [er] tilfældigt, hvem der kommer ind i huset". De praktiserende læger "har nogle overordnede kriterier, der slår meget hårdere igennem end subkompetencerne." Vi spørger hvilke, og de praktiserende læger forklarer, at "De nye kolleger skal have tolerance for, at det er et lægehus med udadrettede interesser – man kommer ikke herind for at sidde og hygge sig de næste 25 år. Det kan man godt, men de skal acceptere, at andre har andre interesser og at de deler økonomien lige – selvom der er nogen der indtjener mere". Det fremgår, at de praktiserende læger "har en forventning om, at man engagerer sig udadrettet. [- Fordi] det giver meget til alle. Både for den, der tager [af sted], og for de andre, fordi de hele tiden får inspiration og viden om hvad der sker omkring dem". De praktiserende læger vurderer, at det udadgående engagement gør dem "i stand til at være på forkant med udviklingen – så de søger ikke den type der bare skal have et arbejde". "Fagligheden", forklarer de praktiserende læger, "går vi ud fra er i orden – så det er ikke den vi vælger kompagnoner ud fra".

Det fremgår, at de praktiserende læger har faste regler for hvor mange dage de er ude af huset. De fortæller, at de har et møde, hvor de "fastlægger og godkender det forventede fravær - plus minus et par dage – [således at] alle har godskrevet det og man retter sig efter det". Eventuelle honorarer indgår i den fælles økonomi. Samtidig har de praktiserende læger en bestemt sekretær, der er "dagsplansvarlig". De har en regel om, at der "helst [skal] være 4 gamle læger til stede". Sekretæren skal minde dem om "når det begynder at se tyndt ud" – og de praktiserende læger må ikke selv gå ind og melde sig fra – det skal gå gennem sekretæren, så der hele tiden er overblik.

## 6.2 Diskussion

Det fremgår af ovenstående gennemgang, at princippet om "min læge" / "min patient" er en helt grundlæggende værdi og forudsætning i alle fire praksis. Sololægen i såvel A Solopraksis som C Samarbejds-lægehus fremhæver det som den helt afgørende styrke ved deres lægepraksis, at der er en én til én relation mellem læge og patient. Kompagniskabslægerne i såvel B Kompagniskabspraksis som D Kompagniskabs-lægehus fremhæver, at forholdet mellem læger og patienter i lige netop *deres* praksis nok er lidt stærkere end andre steder. I B Kompagniskabspraksis, fordi praksisen ikke er større. I D Kompagniskabs-lægehus, netop fordi praksisen er så stor, og patienterne ikke kan overskue at være bundet til otte læger på én gang.

### Organisering af lægeligt fravær

Samtidig med at princippet om "min læge" / "min patient" står stærkt for de praktiserende læger i samtlige fire praksis, fremgår det også, at det udgør en daglig udfordring. Det er i alle lægepraksis et centralt tema for de praktiserende læger, hvordan de organiserer lægeligt fravær:

*For sololægen i A Solopraksis* sker det dels ved ikke at tage hele, men halve fridage, til afvikling af bijob – dels ved et tæt samarbejde med "naboen hen over trappen", med hvem hun deler server, således at også de elektroniske patientoplysninger kan være til rådighed, når de fx i forbindelse med sygdom og ferie passer hinandens patienten. Det er bemærkelsesværdigt for den praktiserende læge i A Solopraksis, at hun ikke er afvisende overfor større lægehuse, hvis de organiseres som samarbejdspraksis. Kun kompagniskabspraksis kan hun "ikke se ideen i", da "en læge en patient må være det bærende".

*For de to kompagniskabslæger i B Kompagniskabspraksis* var ønsket om en større fleksibilitet i forhold til fridage, ferie og kurser netop en del af motivationen til at indgå et kompagniskab, og de praktiserende læger har såvel daglige som ugentlige arbejdsdelinger, hvor de deler patienterne mellem sig. Det gælder de daglige akutte patienter, som de praktiserende læger skiftes til at tage. Og det gælder de fridage, som de dækker ind for hinanden. En fælles beslutning for de praktiserende læger i denne lægepraksis er endvidere at holde fri klokken 12 om fredagen, hvor de så har en anden lægepraksis længere ned ad vejen til at passe deres patienter.

*For de otte sololæger i C Samarbejds-lægehus* er der ikke ugentlige, men månedlige fridage, hvilket de fremhæver som en ulempe i forhold til læger i fem (eller flere) mands kompagniskaber. De er et fast dagsprogram, hvor hver læge hver dag tager sine egne akutte patienter – ligesom det ville ske i en lille praksis. Nogen fleksibilitet har de praktiserende læger dog gennem generelle aftaler om, at de andre (naturligvis) dækker ind. Der er ét telefonnummer, og der vil altid være en praktiserende læge, der kan tage patienterne, hvis (når) én anden praktiserende læge er ude af huset.

*For de otte kompagniskabslæger i D Kompagniskabs-lægehus* er der årlige møder, hvor planlagt fravær diskuteres og godkendes. Er der økonomi i fraværet, indgår det i fællesskabet. Men fravær ses også som en metode til hele tiden at være på forkant, så det bliver også noget, der er i fællesskabets interesse. Der er, som i det andet mindre kompagniskab, en arbejdsdeling vedrørende de akutte patienter, som her organiseres sådan, at én praktiserende læge dækker akutfunktionen, og denne opgave går på skift.

Og der er, som i C Samarbejdslægehus, en aftale om at dække hinanden ind i forbindelse med fravær.

Betragtes de fire lægepraksis på tværs, fremstår sololægerne i A Solopraksis og C Samarbejdslægehus som noget mere bundet til deres praksis end kompagniskabslægerne i B Kompagniskabspraksis og D Kompagniskabslægehus. De skal på en anden måde være til stede *hver dag*, hvor de praktiserende læger i kompagniskab kan tillade sig – og ser det som en del af pointen ved at indgå i kompagniskab – fravær i dagtid. Dette fravær kan enten anvendes til at holde tidligt fri, som det ses om fredagen for de praktiserende læger i B Kompagniskabspraksis – eller til deltagelse i diverse udvalgs og kvalitetssikringsaktiviteter, som det både ses for de praktiserende læger i B Kompagniskabspraksis og D Kompagniskabslægehus. Dette perspektiverer og kan være med til at forklare, at sololægerne i A Solopraksis og C Samarbejdslægehus har flere patienter tilmeldt i sygesikringsgruppe 1 end kompagniskabslægerne i B Kompagniskabspraksis og D Kompagniskabslægehus.

En ting, der synes værd at bemærke, er dog i denne henseende, at (i hvert fald) sololægen i A Solopraksis ikke har afsagt det arbejde med kvalitets- og organisationsudvikling, der indebærer fravær i dagtid. To gange en halv dag ugentlig giver en hel dag ugentlig, hvilket ikke er lidt – heller ikke, når der sammenlignes til de andre lægepraksis. Til gengæld er der så i denne praksis mindre tid og energi, der skal bruges på intern koordination.

En anden bemærkelsesværdighed er, at både sololægen i A Solopraksis og kompagniskabslægerne i B Kompagniskabspraksis har forholdsvis faste aftaler med andre lægepraksis om at de passer patienterne ved ferie og sygdom (A Solopraksis) eller tidlige fridage (B Kompagniskabspraksis). For sololægen i A Solopraksis understøttes dette arbejde af en fælles server, som gør det muligt for de praktiserende læger at få adgang til de elektroniske patientoplysninger. Defineres netværkspraksis som praksis, der deler udstyr samt evt. personale men ikke lokaler, og som fungerer som stedfortræder for hinanden i tilfælde af sygdom, ferie og andet fravær, så vil man sige, at sololægen i A Solopraksis indgår i netværkspraksis. Som tidligere nævnt vides det ikke, hvor udbredt denne praksisform er.

### **Modviljen mod henvisninger de praktiserende læger imellem**

Et andet tema, der kan uddrages af de praktiserende lægers angivelser, og som ligesom det første er tæt forbundet til ideen om en læge / en patient, er modviljen mod det, der kan kaldes horisontale henvisninger. Som praktiserende læger henviser samtlige læger i de fire lægepraksis løbende patienter til udredning ved specialister ved sygehus. Denne vertikale henvisningspraksis mellem praktiserende læger og sygehus er en naturlig og integreret del af de praktiserende lægers arbejdsliv. Horisontale henvisninger de praktiserende læger imellem – tanken om, at de praktiserende læge som læge og/eller lægepraksis skulle arbejdsdele mellem sig og/eller bestemme hvilken læge patienten går til, ligger dem mere fjernt.

Dette fremgår for det første helt grundlæggende ved, at det som en helt naturlig ting i de to kompagniskabspraksis er patienterne, der selv vælger læge. Der er ikke en sygdomsopdelt arbejdsdeling de praktiserende læger imellem, som fx specificerer, at patienter med diabetes type 2 går hos den praktiserende læge, der størst interesse for og erfaring i denne sygdom. Patienterne kan enten vælge deres "faste læge" eller



”svømme”/”shoppe” rundt. Der er i D Kompagniskabslægehus enkelte undtagelser i forhold til dette bærende princip, nemlig to praktiserende læger der er uddannet i akupunktur og en praktiserende læge med særlig erfaring med impotenspatienter. Disse praktiserende læger henvises der til. Men de praktiserende læger fremhæver, at de generelt ikke ønsker en sådan subspecialisering – at de hellere vil bruge hinanden som sparringspartnere og således sikre, at alle er gode til det hele. De praktiserende læger i B Kompagniskabspraksis bliver decideret overraskede, da vi ved interview foreslår, at de internt kan henvise til hinanden i stedet for at sende videre på sygehus. Det er klart ikke noget, de har overvejet. Men da det gør det, fremstår det som en central bekymring, at man ikke vil *belaste* sin kollega. Det er en del af samme argument, som fandtes blandt de praktiserende læger i D Kompagniskabslægehus, som angav, at de nogle gange henviste til de af deres kolleger, som gav akupunktur, men lige så ofte henviste patienten ud i byen, fordi disse kolleger ikke skulle ende som rene akupunkturlæger.

Det som kan læses ud af ovenstående er en stor vægt på at fastholde, at den praktiserede læge er – og efter de praktiserende lægers mening også skal være – generalist. I små såvel som store praksis er det en fast norm, at hver praktiserende læge som udgangspunkt håndterer sine egne patienter – helst både de akutte og de planlagte, og i hvert fald de planlagte – og gerne med henvisning videre i det specialiserede system, men uden interne henvisninger mellem praktiserende læger med hver deres særlige kompetenceområde. For de praktiserende læger ønsker ikke at udvikle sig til subspecialister. De vil møde alle typer af patienter og være i stand til at håndtere alle typer af patienter. Kun på denne måde kan de fastholde deres kompetence som specialist i det generelle.

Det interessante ved forekomsten af denne fremtrædende (og gængse) almen praksis værdi i samtlige de fire lægepraksis er parallellen til debatten om små og store lægehuse. Det er en central antagelse i debatten, at de praktiserende læger i store lægehuse vil subspecialisere. Casestudiet peger på, at denne tanke både er fjern og uønsket for de praktiserende læger. Det er interessant og værd at tage i betragtning, når fordele og ulemper ved fremtidens lægehuse diskuteres.

### **Faglig opdatering og netværkspraksis**

Tæt sammenhængende med det stærkt begrænsede ønske om en vertikal sygdomsspecifik arbejdsdeling blandt de praktiserende læger i de fire lægehuse, er de praktiserende lægers holdninger til faglig opdatering.

Vedrørende faglig opdatering må det først bemærkes, hvordan sololægen i A Solo-praksis bevidst arbejder med og søger at kompensere for det, hun selv betragter som solopraksis' største ulempe, nemlig risikoen for, at man får blinde pletter, ikke følger med fagligt og gror fast. Det at følge med er for hende en aktiv og vedvarende indsats, som omfatter et stort netværk. Tænk igen på definitionen af netværkspraksis, som praksis, der ikke deler lokaler, men samarbejder om udstyr samt evt. personale og dækker ind for hinanden i tilfælde af sygdom og andet fravær. Fagligt sparrer sololægen med den samme praksis, som hun deler Edb med, på cirka samme måde, som de praktiserende læger i de store lægehuse sparrer med deres kolleger. Hun går over trappen med EKG, som hun godt kan have lidt svært ved at læse – mens de går ud på gangen og ser, hvem der har tid. Sololægens faglige netværk begrænser sig imidlertid ikke til den lægepraksis, hun deler Edb med og således har et fysisk håndgribeligt

arbejdsfællesskab med. Der er firemandsgruppen, der sparrer om hverdagen, en i henhold til lægen velfungerende 12 mands gruppe, og der er (ikke mindst) de mange øvrige praktiserende læger, som den praktiserende læge fra A solopraksis møder, når hun bijobber som kvalitetsudvikler.

At sololægen i A Solopraksis har et fagligt netværk, der går langt ud over det lokale fysiske fællesskab i det, vi med afsæt i gængse definitioner kan kalde en netværkspraksis, er ikke distinkt for denne praktiserende læge. Det gælder for alle de praktiserende læger, der har indgået i dette casestudie, at deres faglige fællesskab rækker ud over det nære. Behovet i den helt lille praksis, hvor den praktiserende læge sidder alene, er måske til dels større end det er i de store, hvor de praktiserende læger (igen måske) får mere forærende. Men også i D Kompagniskabslægehus ses en bevidst målrettet aktivitet ud af huset som et middel til at følge med – eller ikke bare det: være med som de første.

Det man kan diskutere – og som de praktiserende læger også kommer ind på – er frivilligheden i de mere udadrettede aktiviteter. Det er ikke noget, man som praktiserende læge skal, men noget man vælger af gøre. Samtlige de lægepraksis, der indgår i dette casestudie, er valgt som eksempler på lægepraksis, der blandt kolleger er kendt som gode og kompetente. At den praktiserende læge i A solopraksis evner at følge med på trods af, at hun arbejder som solopraksis, viser ikke noget om, hvad flertallet af sololæger evner. Det viser kun, at det er muligt. Dermed viser det imidlertid også, at det ikke nødvendigvis er en modsætning mellem det at være lille, og det at følge med.

### **Faglig opdatering som individuel og organisatorisk strategi**

Faglig opdatering kan tage mange forskellige former, og det synes værd at bemærke på tværs af de fire lægepraksis, at de praktiserende læger skelner mellem mindst to forskellige former. Den ene er den personlige, lægelige opdatering, hvor de praktiserende læger for det første forfølger specifikke interesseområder og for det andet forsøger at holde sig "almindeligt" opdateret. Den anden er det noget mere målrettede og fælles arbejde med udvikling af kliniske retningslinjer og/eller deltagelse i forskellige former for kvalitetsudviklingsprojekter.

Betragtes først den personlige lægelige opdatering er det fælles for alle fire lægepraksis, der indgår i casestudiet, at de praktiserende læger alle ønsker at være opdateret i det hele. Der er en (an-)erkendelse af, at læger har forskellige interesseområder, og en vilje til at bruge de praktiserende læger, der interesserer sig særligt for et givent emne, som ressourcepersoner for spørgsmål samt evt. faglige oplæg. Det er imidlertid ikke sådan, at de praktiserende læger arbejder bevidst med at sørge for, at praksis er "dækket" indenfor alle relevante kompetenceområder. De praktiserende læger i B Kompagniskabspraksis fremhæver, at interesser er individuelle og lyststyrede. Men de tager afstand fra, at de på nogen måder planlægger de kurser, de tager med i. De praktiserende læger i D Kompagniskabslægehus fortæller, at subspecialer ikke er et emne, de overvejer ved ansættelse af nye kompagnoner, hvor vilje til aktivitet ud af huset og personlig kemi fylder langt mere; og de fremhæver det generelt som en pointe, at interesser skal blive ved med at være interesser.

Der hvor arbejdet med faglig opdatering går ud over interesser er i henhold til de praktiserende læger fra B Kompagniskabspraksis dér, hvor kvalitetsudviklingsprojekter sætter ind – og i henhold til de praktiserende læger fra C Samarbejds-lægehus og

D Kompagniskabslægehuse, hvor de på fælles møder arbejder mod et "fælles fodslag", evt. i form af lokale kliniske retningslinjer. A Solopraksis er i denne henseende mindre relevant, fordi den praktiserende læge er alene. B Kompagniskabspraksis bruger kvalitetsudviklingsprojekter som deres primære redskab til faglig opdatering. Oplæg, evt. ved uddannelseslægerne, og evt. forbundet med udvikling af lokale kliniske retningslinjer, er metoden i de store lægehuse.

Der ses på dette punkt nogen forskel mellem de fire lægepraksis relateret til størrelse: For det første sololægen i A Solopraksis, der fordi hun er helt alene og uden videre kan beslutte, hvad der skal gøres (og gøres om), så at sige kan nøjes med at holde sig selv opdateret. For det andet de to praktiserende læger i kompagniskab fra B Kompagniskabspraksis, der i vid udstrækning betjener sig af kvalitetsudviklingsprojekter, som giver dem noget af den udefrakommende styrke i form af viden, fokus og ressourcer, som de (fordi de blot er to) ikke nødvendigvis har i huset. For det tredje de to store lægehuse, der i modsætning til de øvrige lægepraksis betjener sig af interne oplæg samt udvikling af lokale kliniske retningslinjer – fordi de har ressourcer til det, men også fordi deres praksisorganisation er tungere, med mange praktiserende læger, og det således er nødvendigt.

### **Opsummering**

Samlet set fremstår spørgsmålet om de praktiserende lægers faglige samarbejde som noget mere nuanceret på tværs af de fire lægepraksis, end det fremstår i debatten om store og små lægehuse. Forekommer der en subspecialisering i store lægehuse? Ja, i det omfang der er flere læger og således også flere særlige interesseområder, som de praktiserende læger "naturligt" kommer ind på. Nej, hvis forventningen er, at de praktiserende læger skal henvise til hinanden indbyrdes eller på anden måde dele patienterne mellem sig efter kompetence. Der, hvor de praktiserende læger afgiver "deres" patienter, er – ud over det akutte arbejde - for aktivitet ud af huset. En aktivitet, som kan anvendes som middel til at følge med i det omfang, det vedrører (semi-)faglige aktiviteter, men som også sker på bekostning af det antal patienter, der kan håndteres.



## 7. De praktiserende lægers ledelsesmæssige samarbejde

### 7.1 Angivelser ved interview

Nedenfor skal der for hver af de fire lægepraksis gives en præsentation af de praktiserende læger og praksispersonales angivelser fra interview vedrørende de praktiserende lægers ledelsesmæssige samarbejde. Der er igen tale om en ukommenteret gengivelse af interviewpersonernes ord, sætninger og argumenter fra interview, præsenteret som dokumentation for det grundlag, hvorpå vi drager vores konklusioner i det efterfølgende afsnit (7.2 Diskussion).

#### A Solopraksis

Den praktiserede læge fortæller, at en af fordelene ved store lægehuse er, at man kan uddelegere opgaver omkring administration og ikke behøver gøre det hele selv. Fordelen ved at være lille er, at forandring er så let. Der er "ingen møder" i hendes praksis. Den praktiserende læge "beslutter selv", og de "ændrer det med det samme". I gruppepraksis, fortæller den praktiserende læge, "er det en lidt større proces, hver gang, man skal ændre noget. [Bl.a. fordi] man skal tage hensyn til de andres økonomi – fx hvis de lige er startet".

#### B Kompagniskabspraksis

De praktiserende læger fortæller, at de har en indbyrdes arbejdsdeling, hvor den ene praktiserende læge "står for økonomi og edb og afregner lønnen", mens den anden praktiserende læge "står for det med uddannelseslæger og uddannelsesprogrammer samt sekretær og personale".

Fordelen ved at være lille er ifølge de praktiserende læger at de "hurtigt kan iværksætte, når vi bliver enige om det. Der er ikke langt fra tanke til handling. Samtidig er vi nok lidt hurtigere til at træffe beslutninger end lægerne ude i D", fordi de "ikke er så mange, der skal blive enige".

De praktiserende læger fortæller, at de har "mere eller mindre planlagte møder om mandagen, hvor sekretæren og uddannelseslægen er med". Det har ikke altid været sådan, men nu har de "besluttet at have det fast, fordi ferier og lignende skal planlægges", og de også har haft "nogle kvalitetsprojekter som lige skal koordineres".

#### C Samarbejds-lægehus

De praktiserende læger fortæller, at de er "otte chefer", og at de "gennem de seneste mange år" har fordelt arbejdet sådan mellem sig, at de er "to om hver post". Der er for en toårig periode: en økonomichef, en personale- og pr-chef, en hus- og haveansvarlig samt en edb-ansvarlig. Der er fire poster i alt, og "hele pointen er", at de praktiserende læger "overlapper, således at der hele tiden er en gammel og en ny, der deler en post". De praktiserende læger anfører om systemet, at "det fungerer godt, og alle ved alt om alle poster".

”Det med at være otte chefer uden at blive uvenner”, fortæller de praktiserende læger, ”er en kunst i sig selv – og derfor er det også utrolig vigtigt, hvem vi får ind i huset”. De fortæller, at de deler huslejen lige over, mens alle andre udgifter betales procentuelt i forhold til bruttoindkomst, og at ”det er, som det skal være”. Vi spørger hvorfor, og en af de praktiserende læger fortæller, at han overtog en lille praksis, da han kom ind i lægehuset, og ”den læge kunne ikke have været her, hvis ikke vi [de praktiserende læger] havde betalt differentieret”. En anden praktiserende læge uddyber, at: ”Det er også lidt det med forskellene – forskelle i alder samt i løn og arbejdsindsats – der kan give problemer i kompagniskaber. Fx når der kommer en ung ny der kan det hele, mens den gamle ikke kan arbejde så meget mere”.

De praktiserende læger fortæller, at de har et fast møde hver onsdag, hvor ”hele huset spiser frokost”, hvorefter de praktiserende læger har et møde på én time. Fire gange om året holder de desuden et ”ottemøde”, hvor det kun er de otte praktiserende læger, der mødes for at spise og ”lave planer”. Alle ”overordnede planlægninger, større personaleting og strategier behandles på de møder”. Der føres referat, og ”beslutninger som er godkendt i referatet er ligestillet med kontrakten”.

”Beslutninger”, fortæller de praktiserende læger, ”kan godt trække lidt ud”, og ”det med at træffe hurtige beslutninger er nok ikke det vi er bedst til”. De fortæller imidlertid samtidig, at: ”Vi er ordentlige og hører hvad hinanden siger, og nogle er gode til at trække essensen ud af det, vi har snakket om, og samle op så vi får taget beslutningerne”. En praktiserende læge anfører, at ”Det kan godt være, at det tager lidt tid, men der er ingen ’gubberier’: Vi havner altid et sted, hvor alle kan være med”. ”Samtidig”, supplerer en anden praktiserende læge, ”er vi loyale overfor de beslutninger, der tages, hvilket er specielt vigtigt overfor personalet”.

Praksispersonalet fortæller ved interview, at ... De har faste personalemøder hver anden måned, og at der også er temadage for hele huset, hvor der kommer nogen udefra og fx fortæller om stress eller arbejdsmiljø.

#### **D Kompagniskabslægehus**

De praktiserende læger fortæller, at de overordnet styrer praksisen ved, at de har hvert deres ressortområde, som de selvstændigt varetager. Fx er én læge ansvarlig for personale og en anden for IT. Næste niveau, fortæller de praktiserende læger, er onsdagskonferencen. Det er en conference med ti punkter, som ”alle læger, der er på arbejde, deltager i”. De drøfter på konferencen ”alt, hvad der har med den daglige drift at gøre”, og ”der bliver skrevet et referat, som de, der ikke er til stede, kan se”.

De praktiserende læger fortæller, at deres beslutningsproces ”alt andet lige er længere”, fordi de er så mange læger, som de er. De er ”nødt til at lave udvalg”, fx vedrørende ansættelse af sygeplejersker og samarbejde med plejehjem.

Ud over onsdagskonferencen har de praktiserende læger a) personalemøder en gang om måneden, b) et årligt møde, hvor de praktiserende læger fordeler ressortområderne mellem sig og gennemgår interessentkontrakterne, c) et årligt internat for de otte praktiserende læger, hvor de ”tænker større tanker, fx om at bygge nyt og ansætte flere”, og hvor de ”skitserer retningslinjerne for almindelig opførsel”, samt d) et ”årligt internat for hele huset, hvor personalet er i centrum”, og hvor de fx har ”diskuteret den anden personalegruppe, der nu skal ind i huset [sygeplejerskerne, red.], og prøvet at få det til at blive en god proces”.

## 7.2 Diskussion

Det fremgår af ovenstående gennemgang, at der er forholdsvis stor forskel mellem de store og små lægepraksis i den måde, hvorpå beslutninger tages og ændringer gennemføres. Sololægen i A Solopraksis fremhæver, hvordan hun er sin egen herre – uafhængig af andres interesser og økonomi – hun træffer beslutningerne selv og de indfører dem med det samme.

I modsætning til dette skal ses de to store lægehuse, hvor de praktiserende læger fortæller at beslutningsprocesser godt kan være lidt tunge – at det er en kunst i sig selv at være otte ligestillede chefer uden at blive uvenner – og hvor de praktiserende læger bruger protokoller og referater for at fastholde og videreformidle de beslutninger, der er truffet.

Der synes på baggrund af de foretagne interview ikke at være tvivl om, at der bruges mere tid på møder og beslutningsprocesser i de store lægehuse, end der gør i de små. Mens sololægen fremhæver, at der ikke er nogen møder i hendes praksis, og de to læger i kompagniskab fortæller, at de har ”mere eller mindre faste møder om mandagen”, hvor sekretær og uddannelseslæge er med; fortæller læger og praksispersonale i C Samarbejds lægehus om ugentlige lægemøder, personalemøder hver anden måned og kvartalsvise interessentmøder – og de praktiserende læger i D Kompagniskabs lægehus beretter både om ugentlige lægemøder, månedlige personalemøder samt tre årlige møder: et lægeligt statusmøde, et strategiseminar og et personaleseminar.

Behovet for de forholdsvis flere møder i de store lægepraksis skal til dels ses som følge af de lægelige arbejdsdelinger, der i alle andre lægepraksis end A Solopraksis ses mellem de praktiserende læger i administrative spørgsmål. De praktiserende læger i B Kompagniskabspraksis har delt det administrative mellem sig, så én er ansvarlig for økonomi, løn og edb og en anden for personale. De praktiserende læger i C Samarbejds lægehus har valgt fire poster med to læger på hver post, som de skiftes til at varetage. De praktiserende læger i D Kompagniskabs lægehus har hver deres ressortområde, som de er ansvarlig for, og forhandler én gang årligt fordelingen.

Arbejdsdelingen mellem de praktiserende læger i det administrative arbejde er en fordel på den måde, at de praktiserende læger i de større lægepraksis kan dele opgaverne mellem sig, mens sololægen er nødt til at være inde i alt. Omvendt er der imidlertid også omkostninger i form af de mange møder, det er nødvendigt at holde for at sikre enighed om de overordnede linjer.





## 8. Samarbejdspartnernes vurderinger

### 8.1 Angivelser ved interview

I forbindelse med casestudiet har vi afholdt interview med samarbejdspartnere til hver af de fire lægepraksis i hjemmesygeplejen og på sygehuse. 12 personer er interviewet: 4 hjemmesygeplejersker fra (i alt) fire kommuner/distrikter, 4 diabetesoverlæger fra (i alt) 4 hospitaler og 3 KOL overlæger/1 KOL projektsygeplejerske fra (i alt) 4 hospitaler.

Interviewene med samarbejdspartnere var designet sådan, at vi først bad interviewpersonerne redegøre for deres samarbejde med de praktiserende læger om patienter med diabetes type 2 / KOL med særligt henblik på belysning af forskelle mellem forskellige grupper af praktiserende læger, og dernæst forsøgte at relatere de beskrevne forskelle til a) specifikke lægepraksis og b) spørgsmålet om praksisstørrelse/praksisorganisation. Da der ikke sås nogen forskel i angivelserne vedrørende de fire lægepraksis, der indgår som i casestudiet, har vi valgt ikke at give individuelle beskrivelser af samarbejdspartnernes angivelser for hver af de fire cases, men at præsentere angivelserne under ét, struktureret efter de temaer, der blev belyst ved interview (dvs. a) forskelle mellem de praktiserende læger og b) forskelle mellem små og store lægepraksis).

#### Forskelle mellem praktiserende læger

I forhold til samarbejdet med de praktiserende læger om patienter med diabetes type 2 / KOL angav samarbejdspartnere generelt, at "det er meget individuelt". En hjemmesygeplejerske uddyber om samarbejdet med de praktiserende læger om behandlingen af patienter med diabetes type 2, at: "Nogle gange kører de bare på en snor, patienterne. Så er de stabile. Men der er mange læger [praktiserende læger, red.], der ikke kan finde ud af, hvor meget man giver – altså, patienterne er dårligt regulerede – og vi [hjemmesygeplejerskerne, red.] oplever, at man [de praktiserende læger, red.] jonglerer lidt med insulinen. Vi [hjemmesygeplejerskerne, red.] oplever tit, at de praktiserende læger ikke... at det ikke er så interessant for dem. Eller at det ikke er så... Det er ikke så vigtigt for dem. For så er det, at de [praktiserende læger, red.] siger, at: vi kan bare lave en henvisning ind på hospitalet, så diabetesafdelingen, de kan regulere dem. Der er ikke nok viden."

Citatet fra interviewet med hjemmesygeplejersken viser, hvordan der for hjemmesygeplejersken er en sammenhæng mellem de praktiserende lægers interesse og viden, som både udmønter sig i forskelle i behandlingskvaliteten (patienter der "kører på en snor" og er "stabile" versus patienter der er "dårligt regulerede", fordi de praktiserende læger "jonglerer lidt med insulinen") og henvisningsmønsteret, idet nogle af de læger, for hvem diabetespatienter "ikke er så vigtige" vælger at "lave en henvisning" til sygehusets diabetesafdeling.

Sammenkædningen af de praktiserende lægers (store) interesse/viden/kompetence med (høj) behandlingskvalitet og (lav) henvisningsaktivitet er typisk for samarbejds-

partnernes perspektiv<sup>14</sup>. En diabetesoverlæge mener imidlertid ikke så meget, at problemet ligger hos de praktiserende læger med mindre interesse/viden/kompetence, som hyppigt henviser patienter til sygehuset. Diabetesoverlægen opdeler de praktiserende læger i tre cirka lige store grupper, se Tabel 8.1, hvor én tredjedel har stor interesse/viden/kompetence og "klarer det meste selv"; en anden tredjedel har lille interesse/viden/kompetence og hyppigt henviser; og en sidste tredjedel har lille interesse/viden/kompetence og sjældent henviser. Det er diabetesoverlægens pointe, at problemet først og fremmest ligger hos den sidste gruppe af læger, hvis patienter først opdages og behandles sent i sygdomsforløbet.

Diabetesoverlægens angivelser vedrører eksplicit patienter med diabetes type 2, men kunne lige så godt have været relateret til patienter med KOL, hvor overlæger og projektsygeplejerske tilsvarende angiver, at problemet ligger i de patienter, der hverken følges af den praktiserende læge eller på sygehuset. Flere samarbejdspartnere giver udtryk for en bekymring ved, at stadigt flere opgaver vedrørende uddannelse og kontrol af patienter med KOL og diabetes type 2 lægges ud til almen praksis, uden at der her er den fornødne interesse/kompetence. Samarbejdspartnere beskriver, hvordan de – som det er i dag – i mange tilfælde tager over og kompenserer for de praktiserende læger, der har mindre interesse/kompetence, ved at beholde disse lægers patienter i kontrol (evt. delekontrol). Som arbejdspresset stiger i hospitalsregi, mindskes denne mulighed imidlertid, og samarbejdspartnere frygter, at det vil gå ud over behandlingskvaliteten, da de samlet set forholder sig skeptiske til, at alle de praktiserende læger, der i dag har lille interesse/kompetence i KOL/diabetes type 2, over tid vil udvikle denne interesse/kompetence.

*Tabel 8.1 Diabetesoverlæges opfattelse af sammenhæng mellem praktiserende lægers (PL) interesse/kompetence, brug af sygehusenes ambulatorier og samlet behandlingskvalitet*

PL interesse/kompetence	PL brug af ambulatorium	Samlet behandlingskvalitet
Stor	Lille	God
Lille	Stor	God
Lille	Lille	Dårlig

### **Forskelle mellem store og små lægepraksis**

Som et led i interviewene med samarbejdspartnere i hjemmesygeplejen og på sygehuse bad vi interviewpersonerne forholde sig til, om de kendte de forskellige lægepraksis, som de samarbejdede med, og om de kunne se nogen forskelle mellem store og små lægepraksis i behandlingen af patienter med KOL / diabetes type 2.

Hjemmesygeplejerskerne kendte generelt den forholdsvis lille gruppe af praktiserende læger, de samarbejdede med, godt. De vidste, om de var del af et kompagniskab eller arbejdede som sololæger – og de vidste, hvilke læger der indgik i samarbejdspraksis. De kunne berette om en del forskelle mellem de praktiserende læger, og fremhævede det som særligt væsentligt for et godt samarbejde, om de praktiserende læger lyttede til dem, når de ringede, og indgik i god dialog. De betonedes imidlertid (igen og igen), at det var individuelt og afhængigt af den enkelte læge, og at der *ikke* var nogen sammenhæng mellem den praktiserende læges tilgang og den praktiserende læges status som sololæge/læge i kompagniskab eller samarbejdspraksis. Kun et enkelt tiltag

<sup>14</sup> Sammenkædningen bekræftes også ved interview med de praktiserende læger.

blev fremhævet, som koblede praksisorganisationen til samarbejde: Det drejede sig om D Kompagniskabslægehuse, som gennem faste månedlige møder mellem lægehuse med 8 praktiserende læger og hjemmesygeplejen både dannede basis for grundig diskussion af konkrete patienter og for udvikling af et mere personligt forhold mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker. Tiltaget, som var højt værdsat af hjemmesygeplejerskerne i det aktuelle distrikt, blev koblet til praksisstørrelse, idet interviewpersonerne ikke mente, at der i en mindre praksis kunne være ressourcer til afholdelse af tilsvarende møder.

Samarbejdspartnerne i sygehuse havde generelt kun mindre kendskab til de praktiserende læger, de samarbejdede med. De opfattede dem i højere grad som gruppe end som individuelle personer. Samtidig fremhævede de imidlertid på linje med hjemmesygeplejerskerne, at det var *praktiserende læger*, ikke *lægehuse* eller *kompagniskaber*, de samarbejdede med. Det var en praktiserende læge, der henviste – en praktiserende læge, der ringede – og (derfor også) en praktiserende læge, de udskrev til. Om denne læge sad alene i en solopraksis eller var del af et stort kompagniskab med meget praksispersonale, var "sagen underordnet". Samarbejdspartnerne angav, at de ofte ikke vidste, hvor den praktiserende læge sad. Og i det omfang, de alligevel havde en fornemmelse for det (flere af samarbejdspartnerne kendte de to store lægehuse, der indgik i casestudiet), afviste de konsistent og på tværs af interview, at forskelle i tilgangen til behandling af patienter med KOL og diabetes type 2 skulle være relateret til praksisstørrelse. De sagde typisk, at kvaliteten var god i de praksis, vi nævnte. Men at det generelt ikke var deres opfattelse, at der var en sammenhæng mellem praksisstørrelse og behandlingskvalitet.

## 8.2 Diskussion

Det fremgår af interview med samarbejdspartnerne i hjemmesygeplejerske og sygehus, at det generelt ikke er samarbejdspartnerens opfattelse, at der kan ses en sammenhæng mellem praksisorganisation (herunder: størrelse) og behandlingskvalitet. Interviewpersonerne beretter om forholdsvis store forskelle i tilgangen mellem de praktiserende læger, hvor de praktiserende lægers interesse/kompetence (som interviewpersonerne ser som to sider af samme sag) danner afsæt for forskelligt brug af sygehuses ambulatorier og forskellig kvalitet i patientbehandlingen (værst i det tilfælde, hvor hverken den praktiserende læge eller sygehuses ambulatorier får/tager ansvar). Det er imidlertid en fælles pointe på tværs af interview, at det er *praktiserende læger*, ikke *lægepraksis*, de som samarbejdspartnerne samarbejder med – og at de forskelle i behandlingskvalitet og samarbejdsevne, der ses mellem praktiserende læger, ikke er relateret til størrelse. Kun på et enkelt punkt fremhæves store lægehuse i forhold til små. Det gælder D kompagniskabslægehuse, der gennem faste månedlige møder med hjemmesygeplejen danner afsæt for diskussion af konkrete patienter og udvikling af et mere personligt forhold mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker.



## 9. Konklusion og diskussion

### 9.1 Konklusion

Formålet med casestudiet har været at udforske, hvordan og hvorvidt store lægepraksis udmærker sig i forhold til små (og omvendt). Vi har belyst det ved et komparativt casestudie af fire lægepraksis – to store og to små – der alle er kendt som gode og kompetente.

Det fremgår af casestudiet, at fordele ved store lægepraksis er muligheden for arbejdsdelinger indenfor det administrative område, muligheden for ansættelse af flere forskellige og mere specialiserede faggrupper (fx diætist, bioanalytiker, specialuddannede sygeplejersker) og muligheden for *in house* faglig opdatering / inddækning ved fravær fra klinikken. Fordele ved små lægepraksis er de hurtige beslutninger, de praktiserede lægers relative uafhængighed af andre og gode betingelser for at oparbejde et tæt samarbejde med praksispersonalet. De kan – på linje med store lægepraksis – gøre brug af praksispersonale til aflastning af de praktiserende læger og hjemtagning af opgaver fra sygehusenes ambulatorier – men har dårligere forudsætninger for ansættelse af specialiseret arbejdskraft.

Casestudiet indeholder samtidig sammenligning af lægepraksis med fælles og individuel patientliste. Det fremgår heraf, at styrker ved lægepraksis, hvor de praktiserende læger har individuel patientliste (solopraksis uden tilladelse til delepraksis og visse samarbejdspraksis) er, at den praktiserende læge varetager alle kontakter vedrørende den enkelte patient, og generelt har flere patienter end praktiserende læger i kompagniskabspraksis. Styrker ved lægepraksis, hvor de praktiserende læger har fælles patientliste (kompagniskabspraksis, solopraksis med tilladelse til delepraksis og visse samarbejdspraksis) er at de praktiserende læger har bedre mulighed for at organisere fravær fra klinikken (fagligt såvel som privat)

Da der ses styrker og svagheder ved samtlige praksisformer, og da det samtidig ikke kan antages, at alle praktiserende læger vil fungere i samme type af praksisorganisation, synes der at være grund til at opretholde flere forskellige praksisformer. Dette kan blandt andet ske ved oprettelse af store lægeklinikker, hvor de praktiserende læger frit har mulighed for at organisere sig i solo-, kompagniskabs- og samarbejdspraksis – som det er forslået af Danske Regioner i deres vision for almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.

Casestudiet imødeser, at de praktiserende læger i store lægeklinikker vil få bedre mulighed for at deles om udgifter til specialiseret praksispersonale og udstyr, ligesom de vil få bedre mulighed for at dele de administrative opgaver mellem sig. En akilleshæl ved store lægehuse er imidlertid, at så mange læger skal blive enige, hvorfor støtte til praksisledelse og administration er særdeles relevant.

Casestudiet henleder dog samtidig opmærksomheden på, at der ikke umiddelbart i store lægepraksis skal forventes en lægelig subspecialisering, da det er i modstrid med det, som de praktiserende læger opfatter som selve kernen i almen lægepraksis, nemlig princippet om egen læge.

Det skal heller ikke, i fremtidens lægehus, forventes, at behandlingskvaliteten øges alene på grund af, at der etableres større enheder. Samarbejdspartnere har på tværs af sektorer, specialer og sygehuse fremhævet, at forskelle i behandlingskvalitet mellem praktiserende læger afhænger af den enkelte praktiserende læge, og ikke om lægen er placeret i en stor eller lille lægepraksis. Store udenlandske studier (bilag 1) har heller ikke – trods ihærdige forsøg – været i stand til at dokumentere en forbedret behandlingskvalitet i store udenlandske lægepraksis.

## 9.2 Diskussion

Casestudiet er baseret på kvalitative interview med praktiserende læger, praksispersonale og samarbejdspartnere til fire danske lægepraksis, der alle er kendt som gode og kompetente – og vi er i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten blevet spurgt, hvad man (om noget!) kan konkludere på dette empiriske et grundlag. Indvendinger har vedrørt a) anvendelsen af semistrukturerede interview som basis for komparation og b) valget af at arbejde med lægepraksis (især små lægepraksis) med et positivt omdømme som gode og kompetente, hvortil vi selv vil tilføje c) det begrænsede antal lægepraksis i forhold til den myriade af måder, hvorpå man organiserer sig i almen lægepraksis.

### Ad. a) Brugen af semistrukturerede interview som basis for sammenligning

Det har undret nogle af de praktiserende læger, der har deltaget i interview, hvordan vi kan drage sammenligning på baggrund af kvalitative interview, der i vid udstrækning har karakter af en samtale, hvor interviewerens nok slår temaer an, stiller opfølgende spørgsmål og søger at dække en række forud bestemte emner – men hvor de mere konkrete spørgsmål, der stilles, i ordlyd kan varierer fra lægepraksis til lægepraksis, og der ikke arbejdes med et fælles, fast antal svarmuligheder som det typisk ses i spørgeskemaer.

Spørgsmålet er interessant og ikke mindst relevant i forhold til den konklusion, vi gør om, at det også i små lægepraksis er muligt at gøre brug af praksispersonale til aflastning af de praktiserende læger og hjemtagning af opgaver fra sygehusernes ambulatorier. Man kunne godt forestille sig, at vi som del af vores interview havde bedt praktiserende læger og praksispersonalet placere / score sig i forhold til den liste over opgaver, som PLO anvender i sit spørgeskema. Det ville have givet mulighed for at "placere" de fire lægepraksis i forhold til et bredere felt af lægepraksis, men var ikke noget vi overvejede ved planlægningen af interview. Vi kan – fordi praksispersonalets opgaver generelt og specifikt i forhold til patienter med KOL og diabetes type 2, placere os i forhold til nogle af punkterne (fx om praksispersonalet tager blodprøver, giver vejledning om kost etc.). Men en samlet placering er ikke mulig på baggrund af de gennemførte interview.

Det er vores vurdering, at en kombination af åbne og lukkede spørgsmål på denne måde kunne have været med til at kvalificere vores interview. Når man arbejder med et begrænset antal cases – som det sker i denne undersøgelse – er det imidlertid netop pointen at arbejde mere åbent / kvalitativt. I en sammenligning baseret på lukkede spørgsmål, kan man måske nok få krydset af, hvilke opgaver, praktiserende læger og/eller praksispersonale har som del af sine konsultationer, og således også "afsløre" konkrete forskelle og ligheder mellem de konkrete lægepraksis der sammenlignes. Men der er hverken rum for overraskelse eller indblik i de mere overordnede (organisa-

tions)sociologiske mekanismer, hvorved fx samarbejdet mellem praktiserende læge og praksispersonale foregår. Det er dem, der indfanges ved de åbne kvalitative interview, og dem, som det er muligt at sammenligne på tværs.

#### **Ad b) Valget af at arbejde med (små) lægepraksis med positivt omdømme**

Det har været en væsentlig pointe i casestudiet, at samtlige fire lægepraksis, der indgår, skulle være kendt som gode og kompetente. Vi er imidlertid talrige gange blevet spurgt, hvad dette har haft af betydning for vores konklusioner. Særligt i forhold til vores beskrivelser af forholdene i A Solopraksis har mange følt tilskyndelse til at sætte spørgsmålstejn i marginen og gøre bemærkning om, at det, der gælder for A Solopraksis, næppe vil gøre sig gældende for det samlede felt af solopraksis i Danmark, da denne praksis jo netop er kendt som særlig god og kompetent.

Vores første pointe i forhold til denne bemærkning skal være, at *alle* de fire lægepraksis, og *ikke bare* A Solopraksis, er valgt som eksempler på lægepraksis, der er kendt som gode og kompetente. Når man via komparativ casestudieforskning ønsker at vinde indsigt i betydningen af forhold som fx størrelse eller driftsorganisation, er den væsentlige pointe, at øvrige relevante forhold holdes lige. Man kan sige, at man forsøger at "kontrollere" for øvrige forhold – i dette tilfælde, at der er tale om gode og kompetente praksis.

Nu er det et åbent spørgsmål, hvad der kendetegner en god og kompetent praksis, og der kan også rejses indvendinger mod den pragmatiske måde, hvorpå vi har valgt at lade vores praksis udpege (nemlig via anbefalinger fra nøglepersoner i Dansk Selskab fra Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis). Indvendingen synes imidlertid ikke så meget at gå på dette – om de fire lægepraksis rent faktisk også er gode og kompetente – som den synes at gå på spørgsmålet om, hvad man kan konkludere på baggrund af et studie af sådanne cases, især i forhold til det store brede felt af solopraksis, som almindeligvis ikke forventes at gøre lige så meget brug af praksispersonale som A Solopraksis.

Der foreligger ingen statistik, der endegyldigt kan belyse dette emne – men lad os i stedet støtte os til, at også den praktiserende læge i A Solopraksis vurderer, at hun "nok har en del mere praksispersonale end de fleste", hvilket bekræftes af regressionsanalysen i afsnit 3.2.3. Beskrivelsen og analysen af A Solopraksis kan i dette tilfælde bruges til to ting:

- a. Den kan bruges til at udfordre opfattelsen af, hvad der er *muligt* for solopraksis, da der principielt set ikke er noget i vejen for, at andre sololæger gør som den praktiserende læge i A Solopraksis.
- b. Den kan (principielt set) bruges til at illustrere, hvad selv de gode solopraksis *ikke* formår, da det forekommer usikkert at formode, at andre og "mindre gode" praksis, kan opnå det, som selv denne "særligt gode" solopraksis ikke har formået.

De konklusioner, vi drager, er (generelt for alle fire cases) baseret på disse principper – det kaldes analytisk generalisering og skal ses som modsætning til den mere almindeligt kendte statistiske generalisering, der fx kendes fra spørgeskemaundersøgelser.

### **Ad c) Det begrænsede antal lægepraksis i forhold til den myriade af måder, hvorpå man organiserer sig i almen lægepraksis**

Det har været en væsentlig læresætning fra gennemførelsen af dette casestudie, at spørgsmålet om organiseringen af almen lægepraksis er særdeles komplekst og meget vanskeligt at sætte på den type af formel, der ses, når internationalt publicerede studier samt nationale statistiske udredninger forsøger at nærme sig en forståelse af betydningen af praksisstørrelse med afsæt i data om hvor mange fuldtidslæger og patienter der er tilmeldt et givent ydernummer<sup>15</sup>. Strukturerne for organisering af almen lægepraksis i Danmark er så komplekse, at det kan være svært at se det meningsfulde i sådanne analyser. Forståelse af almen lægepraksis størrelse og funktion fordrer forståelse for den samlede myriade af organiseringsformer, der opstår, når praktiserende læger både kan organisere sig i solo-, samarbejds-, netværks- og kompagniskabspraksis, have tilladelse til delepraksis og gøre brug af forskellige former for lægelig medhjælp (praksisreserve-læger, vikarer samt introduktions-, uddannelses- og aflastningsamanuensis) – og her har vi valgt at se bort fra den yderligere komplicering, der sker, når der også tages højde for forskellige tilgange til brug af forskellige former for praksispersonale.

Det er efter vores opfattelse casestudiets mest væsentlige begrænsning, at vi kun forholder os til et meget begrænset udvalg af mulige organiseringsformer. De fire lægepraksis, der indgår som cases, adskiller sig maksimalt i forhold til størrelse (få/mange læger) og driftsorganisation (individuel/fælles patientliste) – og derfor bliver det også betydningen af disse skillelinjer, vi kan sige noget om, og forsøgsvis forsøge at overføre til andre praksistyper end dem, der indgår i casestudiet. Yderligere viden, kvalitativ såvel som kvantitativ, der tager afsæt i og søger forståelse for betydningen af denne myriade af forskellige former for praksisorganisation, efterspørges.

---

<sup>15</sup> Ydernummeret henviser til den overenskomst mellem den offentlige sygesikring og de praktiserende læger, i henhold til hvilke de praktiserende læger honoreres for sit virke som læge for de patienter i sygesikringsgruppe 1, der har tilmeldt sig lægepraksisen, samt de patienter i sygesikringsgruppe 2, der vælger den til specifikke ydelser. Ydernummeret kan tildeles et varierende antal fuldtidslæger. Er det tildelt én fuldtidslæge, tales der om enkeltmandspraksis. Er det tildelt flere fuldtidslæger, tales der om kompagniskabspraksis.



## Bilag Studier af praksisstørrelse

Som baggrund og kontekst for casestudiet har vi foretaget en søgning efter internationalt publicerede studier af praksisstørrelse. I dette bilag vedlægges en beskrivelse af vores søgestrategi og de identificerede studier, og der gives en diskussion af deres resultater generelt og specifikt i relation til casestudiets resultater.

### Søgestrategi

Vi har søgt i PubMed og Embase efter artikler udgivet efter 1990, som kombinerer ordene "practice size", "practice characteristics", "practice organisation" eller "practice organization" i titlen med ordene "general practice" eller "family practice" i et vilkårligt felt.

Søgningen resulterede efter frasortering af duplikater og studier vedrørende tandlæger i 62 referencer. Disse referencer gennemgik vi for titel og abstract med henblik på identifikation af artikler, der refererede specifikke studier af betydningen af praksisstørrelse. Vi arbejdede ikke med en eksakt definition på praksisstørrelse, men inkluderede alle studier, som på én eller anden måde adresserede dette emne.

28 potentielt relevante artikler blev identificeret og indhentet til nærmere gennemlæsning og/eller gennemgang af referencer. Seks artikler viste sig at være irrelevante, mens fire andre blev identificeret ved gennemgang af referencer, samt indhentning og gennemlæsning af nye artikler. I alt resulterede søgningen i identifikation af 26 relevante artikler, omhandlende 26 forskellige studier.

### Liste over identificerede studier

De 26 artikler, der blev identificeret via litteratursøgningen, er listet i Bilagstabel 1. Vi angiver a) artiklernes forfattere og publikationstidspunkt, b) hvordan "størrelse" er operationaliseret, c) hvilket "kvalitetsmarkører" der findes signifikant positivt ( $p < 0,05$ ), signifikant negativt ( $p > 0,05$ ) eller ikke signifikant relateret til forskellige "størrelsesmarkører" ( $p \leq 0,05$ )<sup>16</sup>, d) hvilket datagrundlag der er anvendt.

---

<sup>16</sup> For et enkeltstående kvalitativt studie, blev det noteret, hvilke forskelle og ligheder, forfatteren fremhævede som betydelige.

Bilagstabel 1 Størrelsesmarkører, datagrundlag og signifikante sammenhænge i 26 studier identificeret ved litteratursøgning

Studie	Størrelsesmarkør	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
(14)	Totalt antal registrerede patienter	Antal screeninger for livmoderhalskræft pr. læge ( $p < 0,01$ )	-	-	Registerdata fra 150 praksis i Nordjyllands Amt (DK)
	Solo versus gruppepraksis	-	-	Antal screeninger for livmoderhalskræft pr. læge ( $p = 0,10$ ), Antal screeninger pr. 1000 registrerede patienter pr. læge ( $p = 0,06$ )	Registerdata fra 150 praksis i Nordjyllands Amt (DK)
(15)	Totalt antal registrerede patienter	Udviklingscore ( $p < 0,05$ )	-	-	Spørgeskema fra 287/322 praksis i South Western Region Health Authority, UK
(16)	Solo- versus gruppepraksis	Relation til lokalsamfundet (kvalitativt studie) Dybde i patientrelationen (kvalitativt studie) Problemer med at finde dække ved fravær (kvalitativt studie). Dårlige erfaringer med kompagniskabspraksis (kvalitativt studie)	Tilfredshed med lokaler (kvalitativt studie)	Tilfredshed med status som sololæge/læge i kompagniskab (kvalitativt studie)	Interview med 25 tilfældigt udvalgte sololæger og 25 tilfældigt udvalgte læger fra gruppepraksis i London (UK)
(17)	Antal læger i kompagniskab	Nyligt gennemført audit ( $p = ?$ )	-	-	Analyse af data genereret ved besøg hos 54 praksis i West Glamorgan (UK)
(18)	Antal læger i kompagniskab	Screening for livmoderhalskræft ( $p < 0,0001$ )	-	-	Registerdata fra 126 praksis i det indre og ydre London (UK)
(19)	Total patientlistestørrelse	-	Generel patienttilfredshed ( $p < 0,001$ ) Adgang ( $p < 0,001$ ) Tilgængelighed ( $p < 0,001$ ) Kontinuitet i behandlingen ( $p < 0,001$ ) Behandling ( $p < 0,001$ ) Lægens forudsætninger ( $p < 0,05$ )	-	Spørgeskema til patienter og læger i 89 praksis i South Western Region Health Authority, UK

Studie	Størrelsesmærker	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
(20)	Total patientlistestørrelse	-	Generel patienttilfredshed (p<0,05) Patienttilfredshed med konsultationsslængde (p<0,005)	Professionel behandling (p>0,05) Dybde i relationen (p<0,05)	Spørgeskema til patienter og læger i 39 praksis i South Western Region Health Authority, UK
(21)	Antal læger i kompagniskab	Screening for livmoderhalskræft (p<0,001)	-	-	Spørgeskema og interview i 87 praksis i Glasgow området i Skotland (UK)
(22)	Solo versus gruppe	Udskrivningsvolumen (p<0,001)	Omkostninger pr. udskrivning (p<0,001).	Totale udskrivningsomkostninger (p=?)	Udskrivningsdata for 384 praksis i den tidligere Mersey region i England
(23)	Solo versus gruppe	Høj udskrivning af benzodiazepin <sup>17</sup> pr. patient (p=0,002 / p=0,008) Høj udskrivning af benzodiazepin pr. udskrivning (p<0,001, p=0,013) Høj udskrivning af benzodiazepin pr. udskrivningsrate (p<0,001, p=0,002)	-	Høj udskrivning af appetitregulerende midler <sup>18</sup> pr. patient, pr. udskrivning og pr. udskrivningsrate (p>0,05)	Udskrivningsdata for 350 praksis i den tidligere Mersey region i England
(24)	Solo versus gruppe	Høj antibiotika udskrivningsvolumen (1991: p<0,001 / 1994: p=0,002) Høje antibiotika udskrivningsomkostninger (1991: p=0,026)	-	Høje antibiotika udskrivningsomkostninger (1995: p=0,459)	Udskrivningsdata for 351 praksis i den tidligere Mersey region i England
(25)	Solo versus gruppe	Mange hjemmebesøg (p<0,001)	-	-	Selvudleveret patientspørgeskema til 60 patienter for 36 tilfældigt udvalgte læger i Slovenien

<sup>17</sup> Udskrivning af benzodiazepin og appetitregulerende midler foreslås som mulige indikatorer på udskrivningskvalitet, hvor udskrivningskvaliteten ispørgsmålsættes i lægepraksis med en høj udskrivningsvolumen.

<sup>18</sup> Udskrivning af benzodiazepin og appetitregulerende midler foreslås som mulige indikatorer på udskrivningskvalitet, hvor udskrivningskvaliteten ispørgsmålsættes i lægepraksis med en høj udskrivningsvolumen.

Studie	Størrelsesmærker	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
(26)	Total listestørrelse	Gennemsnitlig konsultationslængde (p=0,001) Lang:kort konsultationsratio (p=0,002) Praksispræstationsmål (p=0,001)	Patientevaluering af adgang (p<0,001), receptionist (p<0,001) og kontinuitet (p<0,001)	Patientevaluering af teknik (p>0,05), kommunikation (p>0,05), person (p>0,05), tillid (p>0,05), viden (p>0,05), pleje (p>0,05), anbefaling (p>0,05), total tilfredshed (p>0,05), koordination (p>0,05) og henvisning (p>0,05), samt projekteret rutine årlig konsultationsrate (p>0,05)	Spørgeskema, registerdata samt tidsregistrering vedrørende 54 praksis fra to områder i det indre London (UK)
(27)	Antal fuldtidslæger	Behandling af diabetes type 2 (p=0,029)	Patientevaluering af adgang (p=0,038) Patientevaluering af receptionist (p<0,001)	Behandling af halsbetændelse og astma (p=?) Forebyggende behandling (p=?) Patientevaluering af kontinuitet (p=?) Patientevaluering af kommunikation (p=?) Patientevaluering af interpersonel behandling (p=?) Patientevaluering af lægens viden om patienten (p=?) Patientevaluering af sygeplejerskers pleje (p=?) Generel patienttilfredshed (p=?)	Journalgennemgang samt spørgeskema til patienter, læger, praksispersonale og sundhedsmyndigheder for 60 tilfældigt udvalgte praksis i seks områder af England

Studie	Størrelsesmærker	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
(28)	Solo versus kompagniskab <sup>19</sup>	Indlæggelse af astmapatienter (p=0,001) Indlæggelse af epilepsipatienter (p=0,004)	Celleprøver (p=0,02)	Immunisation af børn under 1 år (p=0,33) Preschool booster (p=0,47) Indlæggelse af diabetespatienter (p=0,06) Undgåelige indlæggelser øre, næse eller hals (p=0,43) Undgåelige indlæggelser nyre og urinveje (p=0,07) Undgåelige indlæggelser hjertesvigt (p=0,11) Uhensigtsmæssig kirurgi Grommet (p=0,64) Udskrabninger af kvinder under 40 år (p=0,82) Teenagegraviditeter (p=0,38)	Samtlige 206 solopraksis og 606 kompagniskaber i Trent Regionen, UK
(29)	Antallet af læger i praksis (færre)	Patienters evalueringer af muligheden for at få en aftale, der passer (p<0,05) Patienters evalueringer af muligheden for at komme igennem til praksisen på telefonen (p<0,05) Patienters evalueringer af at være i stand til at snakke med den praktiserende læge i telefonen (p<0,05) Patienters evalueringer af ventetiden i venteværelset (0,05)	-	Patienters evalueringer af muligheden for hurtig behandling af hastende helbredsproblemer (p>0,05)	Spørgeskema til 481 praktiserende læger og 15.996 patienter i 9 europæiske lande, herunder DK

<sup>19</sup> Justeret for Townsend score (score for social udsathed), andelen af asiatiske og sorte borgere, andel af mænd og kvinder over 75, beliggenhed på landet, tilstedeværelse af en kvindelig partner og uddannelsesstatus.

Studie	Størrelsesmærker	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
(30)	Total patientliste	-	-	Kvalitet af behandling af iskæmisk hjertesygdom ( $p>0,05$ )	Journalgennemgang fra 69 praksis i det sydvestlige London (UK)
(31)	Solo versus gruppe	Prevalens af antidepressiv udskrivning ( $p=0,03$ )	-	Incidens af antidepressiv udskrivning ( $p=0,273$ ) Prevalensbaseret andel af nye antidepressiver ( $p=0,651$ )	Database- og registerdata fra 174 praksis i Fyns Amt (DK)
(32)	Solo versus gruppe	-	-	Suboptimal behandling af slagtilfælde ( $p>0,05$ )	Spørgeskema, interview og journalgennemgang v. 69 praksis i Rotterdam regionen (NL)
	Total listestørrelse (<2500 patienter)	-	-	Suboptimal behandling af slagtilfælde ( $p>0,05$ )	Spørgeskema, interview og journalgennemgang v. 69 praksis i Rotterdam regionen (NL)
(33)	Solo versus gruppe (3 eller flere partnere)	<b>Infrastruktur</b> Kvadratmeter pr. 1000 patienter ( $p<0,001$ ) Patientvurderede praksisfaciliteter ( $p=0,005$ ) Indholdet af lægens taske ( $p<0,001$ ) Patientoplevelt adgang ( $p<0,001$ ) Patientoplevelt tilgængelighed ( $p<0,001$ )	<b>Infrastruktur</b> Observerede praksisfaciliteter ( $p<0,001$ ) Kvadratmeter konsultations- og undersøgelseslokaler pr. 1000 patienter ( $p<0,001$ ) Hygiejne og faciliteter i behandlingsrum ( $p<0,001$ ) Akutte faciliteter ( $p<0,001$ ) Avanceret medicinsk udstyr ( $p<0,001$ ) Anvendelse af avanceret medicinsk udstyr og diagnoser ( $p<0,001$ ) Laboratorieudstyr i praksisen ( $p<0,001$ ) Ventetid før konsultation ( $p=0,005$ )  Organisering af praksisen ( $p<0,001$ )	<b>Infrastruktur</b> Antal almindelige medicinske procedurer pr. læge ( $p=0,675$ ) Antal øjendiagnoser ( $p=0,802$ ) Antal medicinflasker i lægens taske ( $p=0,126$ ) Tid før praksisen tager telefonen ( $p=0,961$ ) Lægen forstyrres under konsultationen ( $p=0,644$ ) Udbud af forebyggende behandling ( $p=0,283$ )	Struktureret observation samt spørgeskema til patienter, læger og praksis assistenter i 766 hollandske praksis

Studie	Størrelsesmærker	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
			Patienter der ønsker længere konsultationstid (p<0,001)		
		<b>Samarbejde</b> Antal fuldtids-praksisassistance pr. 1000 patienter (p<0,001) Tid brugt på direkte patientkontakt (p=0,032) Total arbejdsbelastning minus ønsket arbejdsbelastning (p=0,005) Urimelige krav fra patienter (p=0,002)	<b>Samarbejde</b> Uddelegering af medicinske tekniske opgaver (p<0,001) Ugentlig regulær mødetid med kolleger (p=0,045) Protokoller om samarbejdet med partnere i primærsektoren (p<0,001) Tid brugt på partnere i primærsektoren (p<0,001) Rådgivning v. specialister (p=0,005) Protokoller for samarbejdet i det sekundære sundhedsvæsen (p<0,001) Tilfreds med tilgængelig tid til praksisledelse (p=0,000?) Cost-benefit relation mellem tidsinvestering og belønning (p=0,030)	<b>Samarbejde</b> Monitorering af patienter med kronisk sygdom og forebyggelse (p=0,658) Samarbejde mellem læger i gruppen (p=0,891) Samarbejde med sundhedsfaciliteter (fx plejehjem, skoler) (p=0,095) Tid brugt på kald (møder mv.) (p=0,924) Tid brugt på kvalitetsudvikling (p=0,460) Tid brugt på professionelle møder (p=0,941) Total tid brugt på praksisaktiviteter (p=0,254) Jobtilfredshed (p=0,054) Oplevet arbejdstilfredshed (p=0,752)	-
		<b>Kommunikation og patient-journaler</b> Elektronisk kommunikation (hospital, apotek) (0,024) Patientoplevelse af at være tilstrækkeligt informeret af lægen ved konsultation (<0,001) Udlæring af patientinformation (<0,001)	<b>Kommunikation og patient-journaler</b> Computeriseringsgrad (0,000) Kvalitet af elektroniske medicinske data (0,016)	<b>Kommunikation og patient-journaler</b> Mødetid med praksisassistent (0,631) Lægens anvendelse af elektroniske medicinske data (0,564) Patientoplevelse af at læge er vel informeret af specialist (0,077)	-

Studie	Størrelsesmærke	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
		Tilgængelighed af patientinformation i konsultationsrummet (0,033)			
		<b>Kvalitetsforbedring</b> -	<b>Kvalitetsforbedring</b> Audit, vurdering og anden kvalitetsudvikling i lægegruppen (<0,001) Kvalitetsforsikring i praksisen (<0,001) Timer brugt på uddannelse af praksisassistent (0,018)	<b>Kvalitetsforbedring</b> Vurdering i lægegrupper baseret på outcome data (0,628) Timer brugt på akkrediteret lægelig videreuddannelse (0,069)	-
(34)	Solo versus gruppe	Test for Hepatitis C virus (0,001) Positivraten af testede for HCV (0,03)	-	-	Laboratoriedata for patienter testet for HCV i 199 praksis i i Nottingham og Southers Derbyshire (UK)
(35)	Solo versus gruppe	-	-	Efterlevelse af retningslinjer for sekundær forebyggelse (p<0,01)	Spørgeskema til og journalgennemgang for 1611 patienters journaler i 35 tilfældigt udvalgte praksis i det vestlige og nordvestlige Irland
(36)	Gruppe versus solo	Total QOF score (p<0,001) Klinisk QOF score (p<0,001) Ikke klinisk QOF score (p<0,001)	-	QOF score vedrørende adgang (p>0,05)	QOF data for 8.162 praksis i England (samtlige praksis med analyserbare datasæt)
(37)	Stor versus lille (Mere end 5 FTE GP partnere versus Max 1 FTE GP)	Total QOF score (p=0,003) QOF organisations-score (p=0,002)	-	QOF klinisk score (p=0,382) QOF patientoplevelses score (identisk) QOF additional services score (identisk) QOF helhedsbehandling score (p=0,104) QOF quality practice payment (identisk)	QOF data for 637 by-praksis i Skotland



Studie	Størrelsesmærke	Signifikant positiv sammenhæng til	Signifikant negativ sammenhæng til	Ingen signifikant sammenhæng til	Datagrundlag
(38)	Høj total patientliste	Høj QOF score for tre parametre vedr. tidlig diagnose (difference > 20, p < 0,001)	-	QOF score for 23 øvrige parametre vedrørende behandling af hjertekarsygdomme (difference < 10, p < 0,001)	26 QOF indikatorer vedrørende hjertekarsygdomme for 8.970 praksis I England og Skotland
(39)	Solopraksis versus delt solopraksis, gruppe af solopraksis, kompagniskabspraksis og deltidskompaniskabspraksis	Patientevalueringer af adgang (p=?)	-	Patientevalueringer af lægepatientforholdet (p=?) Patientevalueringer af den medicinske behandling (p=?) Patientevalueringer af information og support (p=?) Patientevalueringer af behandlingens organisering (p=?) <sup>20</sup>	Patient- og lægespørgeskema for 365 frivilligt deltagende praktiserende læger i 10 danske amter

### Diskussion af de identificerede studier

Blandt de 26 identificerede studier (36; 15; 19; 20; 35; 26; 27; 34; 32; 16; 14; 31; 39; 28; 21; 25; 17; 30; 18; 38; 33; 37; 29; 22; 23; 24) er alle bortset fra et (16) kvantitative studier, der gennem spørgeskema og/eller registeranalyse søger indblik i sammenhængen mellem praksisstørrelse og forskellige indikatorer på en høj/lav klinisk kvalitet. Det sidste studie er et kvalitativt studie baseret på interviewdata.

Størrelse analyseres som solo- versus kompagniskabspraksis, (14; 16; 22; 23; 24; 25; 26; 28; 31; 32; 33; 36; 35; 34; 37; 39), et stigende totalt antal tilmeldte patienter (14; 15; 19; 20; 26; 30; 32; 38) og/eller et stigende antal (fuldtids-)læger (17; 18; 21; 27; 29). Kvalitetsindikatorer vedrører klinisk kvalitet (14; 18; 21; 23; 24; 26; 27; 28; 31; 30; 32; 33; 36; 35; 34; 37; 38), patientoplevels kvalitet (19; 20; 26; 27; 29; 33; 39; 37) og organisatorisk kvalitet (15; 16; 17; 25; 26; 33; 36; 37)<sup>21</sup>.

#### Klinisk kvalitet

I de 17 studier, der er beskæftiget med vurdering af sammenhængen mellem størrelse og klinisk kvalitet (Bilagstabel 2), findes en række forskellige sammenhænge mellem større praksis og en række forskellige indikatorer på en høj kvalitet, herunder total Quality Outcome Framework (QOF)<sup>22</sup> score inklusive klinisk QOF score; men ingen

<sup>20</sup> Der ses forskel mellem solopraksis og deltids kompagniskabspraksis, hvor deltids kompagniskabspraksis får bedre evalueringer af behandlingens organisering end solopraksis, men ikke mellem solopraksis og øvrige praksisformer.

<sup>21</sup> Kategorierne er – ligesom de underkategorier, der anvendes i tabellerne – "groet frem" som meningsfulde analytiske skillelinjer efter gentagne gennemlæsninger af studierne.

<sup>22</sup> QOF er en omfattende ramme for kvalitets- og resultatbestemt honorering af almen praksis, der blev indført i England i 1994. Se DSI rapport 2007.02: "Almen praksis som koordinator – en international belysning" for en nærmere beskrivelse.

sammenhænge mellem større praksis og indikatorer på en lav klinisk kvalitet. Sammenhænge mellem mindre lægepraksis og indikatorer på en høj kvalitet findes vedrørende test og identifikation af hepatitis C virus, mens sammenhænge mellem mindre lægepraksis og indikatorer på en lav klinisk kvalitet findes vedrørende (hyppig) udskrivning af benzodiazepin, antibiotika og antidepressiver samt ved (hyppig) indlæggelse af patienter med astma og epilepsi – hvor sidstnævnte resultat dog i henhold til studiets forfattere (28) skal ses i forhold til, at der i samme studie *ikke* findes signifikante forskelle mellem større og mindre lægepraksis i forhold til antallet af *undgåelige* indlæggelser vedrørende øre-næse-hals, nyrer og urinveje og hjertesvigt.

Det er generelt kendetegnende for studierne af sammenhængen mellem størrelse og kvalitet, at der findes mange ikke signifikante sammenhænge – dvs. at der ofte ikke ses betydelige forskel mellem store og små lægepraksis. De sammenhænge, der findes, indikerer, at der måske er en sammenhæng mellem størrelse og kvalitet, således at større praksis på nogle områder og i nogle regioner og lande har en større kvalitet end mindre lægepraksis. Hvorvidt man på baggrund heraf kan konkludere, at store lægepraksis har en bedre kvalitet end mindre, har i mange år været diskuteret. Tendensen er – som vi ser det – i de enkelte studier gået i retning af at "undertone" resultaterne.

Således er det typisk, at et studie, der fx finder at større lægepraksis har en bedre kvalitet vedrørende 3 parametre for tidlige diagnose og behandling af hjertekarsygdomme, mens der ikke kan ses forskelle for øvrige 23 parametre, i sin diskussion og konklusion understreger, at det ikke på baggrund af studiet kan konkluderes, at store lægepraksis er bedre end små – men at der bør ses nærmere på bestemte aspekter ved tidlig udredning og behandling af hjertekarsygdomme i små lægepraksis og lægepraksis beliggende i socialt udsatte områder (38).

Betragtes studierne samlet, er det imidlertid bemærkelsesværdigt, at der generelt findes en forholdsvis stor mængde af studier, der finder sammenhæng mellem større lægepraksis og indikatorer på en høj klinisk kvalitet, og ingen studier, der finder sammenhæng mellem større lægepraksis og indikatorer på en lav klinisk kvalitet. Tilsvarende findes nogle studier, der finder sammenhæng mellem mindre lægepraksis og indikatorer på en lav klinisk kvalitet, og kun et enkelt studie, der finder sammenhæng mellem mindre lægepraksis og indikatorer på en høj klinisk kvalitet. Sidstnævnte studie vedrører (som tidligere nævnt) test for og identifikation af hepatitis C virus, og forfatterne diskuterer, hvordan det noget overraskende kan tolkes i lys af den tættere relation mellem læge og patient, der sædvanligvis antages at opstå i mindre praksis<sup>23</sup>, og som bedre muliggør, at patienten giver den praktiserende læge de oplysninger om seksuel adfærd, der er nødvendige for at den praktiserende læge får mistanke om og igangsætter en udredning for hepatitis C virus (34).

Den engelske kvalitets- og resultatramme QOF, hvor almen praksis honoreres i henhold til deres opfyldelse af en række eksplicite kvalitetsmål, har indenfor de seneste år muliggjort et større og bedre datagrundlag for vurdering af sammenhænge mellem størrelse og kvalitet. Vi har identificeret 3 studier, der er baseret på QOF data.

---

<sup>23</sup> Se også nedenfor om patientevalueringer og organisation.

Bilagstabel 2 Analyserede og fundne sammenhænge mellem størrelse og kvalitet

Emne	Signifikant positiv sammenhæng mellem større lægepraksis og:	Signifikant positiv sammenhæng mellem mindre lægepraksis og:	Ingen signifikant sammenhæng relateret til størrelse ved
Indikatorer på en høj klinisk kvalitet	Screening for livmoderhalskræft (14; 18; 21) Opfyldelse af udvalgte præstationsmål (26) Behandling af diabetes type 2 (27) Foretagne celleprøver (28) Total QOF score inklusive klinisk QOF score (36) Høj QOF score for tre parametre vedr. tidlig diagnose og behandling af hjertekarsygdomme (38)	Test for Hepatitis C virus (34) Positiviteten af testede for HCV (34)	Screening for livmoderhalskræft (14) Behandling af halsbetændelse og astma (27) Forebyggende behandling (27) Immunisation af børn under 1 år (28) Preschool booster (28) Behandling af iskæmisk hjertesygdom (30) Suboptimal behandling af slagtilfælde (32) Efterlevelse af retningslinjer for sekundær forebyggelse (35) Monitorering af patienter med kronisk sygdom og forebyggelse (33) Udbud af forebyggende behandling (33) Ikke-organisatoriske QOF scorere, inklusiv klinisk QOF score (37) QOF score for 23 parametre vedr. tidlig diagnose og behandling af hjertekarsygdomme (38)
Indikatorer på en lav klinisk kvalitet		Udskrivning af benzodiazepin (23) Udskrivning af antibiotika (24) Indlæggelse af astmapatienter (28) Indlæggelse af epilepsipatienter (28) Prevalens af antidepressiv udskrivning (31)	Høj udskrivning af appetitregulerende midler <sup>24</sup> (23) Indlæggelse af diabetespatienter (28) Undgåelige indlæggelser øre, næse eller hals (28) Undgåelige indlæggelser nyrer og urinveje (28) Undgåelige indlæggelser hjertesvigt (28) Uhensigtsmæssig kirurgi (28) Udskrabninger af kvinder under 40 år (28) Teenagegraviditeter (28) Incidens af antidepressiv udskrivning (31) Prevalensbaseret andel af nye antidepressiver (31)

<sup>24</sup> Udskrivning af benzodiazepin og appetitregulerende midler foreslås som mulige indikatorer på udskrivningskvalitet, hvor udskrivningskvaliteten ispørgsmålsættes i lægepraksis med en høj udskrivningsvolumen.

Det største (36) omfatter QOF data for samtlige engelske praksis, og vi finder det værd at bemærke, at netop dette studie finder signifikant positiv sammenhæng mellem større lægepraksis og *såvel* den totale QOF score *som* QOF scoren indenfor det kliniske område. Et studie af skotske bypraksis (37), der også finder forskelle i total QOF score relateret til størrelse, finder, at disse forskelle alene skal ses som udtryk for forskelle indenfor det organisatoriske (og ikke det kliniske) område. De modsatrettede konklusioner gør det svært på baggrund af disse studier at konkludere noget mere endegyldigt om sammenhængen mellem størrelse og klinisk kvalitet.

Studierne peger samlet set på, at der kan være en højere klinisk kvalitet i behandlingen af nogle (men ikke alle) sygdomme i større lægepraksis, hvor større lægepraksis er kompagniskabspraksis med flere læger i kompagniskab og en større total patientliste.

#### *Patientoplevelt kvalitet*

De 8 studier, der er beskæftiget med sammenhængen vedrørende størrelse og patient-evalueringer (Bilagstabel 3) peger på, at større lægepraksis ikke i nogen tilfælde er forbundet med større patienttilfredshed end mindre lægepraksis. Derimod er der en række områder, hvor mindre lægepraksis er forbundet med større patienttilfredshed end større lægepraksis – og en række områder, hvor de ikke er det. Der er også en række tilfælde, hvor der både er studier, der finder signifikante forskelle mellem store og små praksis og studier der ikke gør det – herunder studier af generel patienttilfredshed, studier af patienttilfredshed med behandlingen, studier af information ved konsultationen og (noget overraskende) studier af kontinuitet.

Områder, hvor mindre lægepraksis er forbundet med større patienttilfredshed end større lægepraksis vedrører først og fremmest adgang, tilgængelighed, receptionist, ventetid i venteværelset, konsultationslængde og praksis / praksisfaciliteter.

Områder, hvor der ikke findes forskel mellem store og små lægepraksis er patienternes vurdering af muligheden for behandling af hastende helbredsproblemer, patienternes vurdering af den praktiserende læges viden, anbefalinger, henvisninger og informationer fra specialist, patienternes vurdering af deres kommunikation med den praktiserende læge, dybden i læge-patientrelationen, den praktiserende læges person, patientens tillid til den praktiserende læge, den praktiserende læges viden om patienten og læge-patientforholdet; samt – i forhold til teamet og klinikken – patienternes tilfredshed med pleje, koordination, behandlingens organisering, den interpersonelle behandling, sygeplejerskernes pleje og "teknik".

Resultaterne peger på, at patienterne på nogle områder og særligt vedrørende adgang og reception er mere tilfredse med små lægepraksis end de er med store – men omvendt også på, at patienter ikke nødvendigvis vurderer små lægepraksis bedre end store, når det handler om nogle af de kvaliteter, mindre lægepraksis generelt er kendt for – herunder kontinuitet, dybde i læge-patientrelationen og patientens tillid til den praktiserende læge.

Resultaterne skal ses med noget forbehold, da litteraturstudiet ikke har været designet til identifikation af studier vedrørende patienttilfredshed i almen praksis (men til identifikation af studier vedrørende betydningen af praksisstørrelse). Da det imidlertid er almindeligt anerkendt i den danske litteratur om patienttilfredshed i almen praksis (40; 39), at patienter er mere tilfredse med små lægepraksis end store, og at disse forskelle

primært vedrører spørgsmål om adgang, ser vi dog ingen grund til at betvivle denne mere overordnede konklusion.

*Bilagstabel 3 Analyserede og fundne sammenhænge mellem størrelse og patienttilfredshed*

Emne	Signifikant positiv sammenhæng mellem større lægepraksis og patienttilfredshed med:	Signifikant positiv sammenhæng mellem mindre lægepraksis og patienttilfredshed med:	Ingen signifikant sammenhæng mellem størrelse og patienttilfredshed med:
Generelt		Generel patienttilfredshed (19; 20)	Generel patienttilfredshed (26; 27) QOF patientoplevelsesscore (37)
Adgang	-	Adgang (26; 19; 27; 33; 39) Tilgængelighed (19; 33) Muligheden for at få en aftale der passer (29) Muligheden for at komme igennem på telefonen (29) At være i stand til at snakke med den praktiserende læge i telefonen (29)	Muligheden for hurtig behandling af hastende helbredsproblemer (29)
Reception	-	Receptionist (26; 27) Ventetid i venteværelset (29)	
Behandlings-kvalitet	-	Behandling (19) Oplevelse af at være tilstrækkeligt informeret af den praktiserende læge ved konsultation (33)	Behandling (20; 39) Viden (26) Anbefalinger (26) Henvisninger (26) Information og støtte (39) Den praktiserende læges informationer fra specialist (33)
Læge-patient forholdet	-	Kontinuitet (19; 26) Konsultationslængde (20; 33)	Kommunikation (26; 27) Dybde i relationen (20) Kontinuitet (27) Person (26) Tillid (26) Viden om patienten (27) Læge-patientforholdet (39)
Klinikken/Teamet	-	Praksisfaciliteter (33) Den praktiserende læges præmisser (19)	Pleje (26) Koordination (26) Behandlingens organisering (39) Interpersonel behandling (27) Sygeplejerskers pleje (27) Teknik (26)

#### *Organisatorisk kvalitet*

De 8 studier, der er beskæftiget med sammenhængen vedrørende størrelse og organisering (Bilagstabel 4) peger på, at store praksis generelt får flere "point" end små praksis i vurderinger af praksis' organisering. Store praksis får således signifikant flere QOF organisationspoint end små, ligesom de i andre studier findes signifikant relateret til en god organisering af praksissen og en høj udviklingscore.

Mere specifikt er det værd at bemærke, at der *ikke* findes forskelle mellem store og små praksis i tidsstudier af den tid, der går, før telefonen tages, og i QOF scorer vedrørende adgang. Dette står i modsætning til patienternes evalueringer, hvor det generelt synes at være større tilfredshed med muligheden for adgang i små praksis end i store, og hvor patienterne *til de samme praksis*, hvor tidsstudier viser, at der ikke er forskel i den tid, der går før telefonen tages, vurderer, at små praksis er bedre til at tage telefonen.

I forhold til konsultationerne bemærkes det, at den gennemsnitlige konsultationslængde i et studie er fundet længere i store praksis end i små, og tilsvarende med andelen af lange konsultationer i forhold til korte. Patienterne må til gengæld, i henhold til et andet studie, vente længere på at komme til i store praksis end små. Der er fundet forskelle i antallet af hjemmebesøg og den praktiserende læges oplevelse af at patienter stiller urimelige krav (mere af begge dele i små praksis), men ikke i den årlige konsultationsrate og i om den praktiserende læge forstyrres under konsultationen.

*Bilagstabel 4 Analyserede og fundne sammenhænge mellem størrelse og organisatorisk kvalitet*

Emne	Signifikant positiv sammenhæng mellem større lægepraksis og:	Signifikant positiv sammenhæng mellem mindre lægepraksis og:	Ingen signifikant sammenhæng relateret til størrelse ved
Generelt	Høj organisatorisk QOF score (37) God organisering af praksisen (33) Høj udviklingscore (15)	-	-
Adgang/ reception	-	-	Tid før telefonen tages (33) QOF score vedr. adgang (36)
Konsultation	Høj gennemsnitlig konsultationslængde (26) Høj andel af lange konsultationer (26) Ventetid før konsultation (33)	Mange hjemmebesøg (25) Oplevelse af urimelige krav fra patienter (33)	Konsultationsrate (26) Den praktiserende læge forstyrres under konsultationen (33)
Lokaler / udstyr	Gode observerede praksisfaciliteter (33) Antal kvadratmeter konsultations- og undersøgelseslokaler pr. 1000 patienter (33) Hygiejne og faciliteter i behandlingsrum (33) Akutte faciliteter (33) Avanceret medicinsk udstyr (33) Anvendelse af avanceret medicinsk udstyr og diagnoser (33) Laboratorieudstyr i praksisen (33) Computeriseringsgrad (33) Kvalitet af elektroniske medicinske data (33) Tilfredshed med lokaler (16)	Antal kvadratmeter pr. 1000 patienter (33) En veludstyret lægetaske (33) Elektronisk kommunikation til hospital apotek mfl. (33) Udlevering af patientinformation (33) Patientinformation i konsultationsrummet (33)	Antal almindelige medicinske procedurer pr. læge (33) Antal øjendiagnoser (33) Antal medicinflasker i den praktiserende læges taske (33) Den praktiserende læges brug af elektroniske medicinske data (33)

Emne	Signifikant positiv sammenhæng mellem større lægepraksis og:	Signifikant positiv sammenhæng mellem mindre lægepraksis og:	Ingen signifikant sammenhæng relateret til størrelse ved
Det kliniske team	Uddelegering af medicinske opgaver (33) Høj ugentlig mødetid med kolleger (33) Kvalitetsudvikling/audit (33; 17) Kvalitetsforsikring i praksisen (33) Tid til uddannelse af praksisassistent (33) Tilfredshed med tid til praksisledelse (33) Tilfredshed med tidsinvestering i forhold til belønning (33)	Højt antal fuldtidspraksisassistance pr. 1000 patienter (33) Tid brugt på direkte patientkontakt (33) Problemer med at finde dække ved fravær (16) Arbejdsbelastning større end ønsket (33) Tæt forhold t. lokalsamfund (16) Dybde i patientrelationen (16) Dårlige erfaringer med kompagniskabspraksis (16)	Samarbejde mellem læger (33) Kald (møder mv.) (33) Kvalitetsudvikling (33) Praksisaktiviteter (33) Mødetid med praksisassistent (33) Vurdering i lægegrupper baseret på outcome data (33) Jobtilfredshed (33) Arbejdstilfredshed (33) Tilfredshed med status som sololæge/læge i kompagniskab (16)
Samarbejde med eksterne partnere	Protokoller om samarbejdet med partnere i primærsektoren (33) Tid brugt på partnere i primærsektoren (33) Rådgivning v. specialister (33) Protokoller for samarbejdet i det sekundære sundhedsvæsen (33)	-	Samarbejde med sundheds-faciliteter (fx plejehjem) (33) Professionelle møder (33) Lægelig videreuddannelse (33)

Lokaler og udstyr er helt generelt fundet bedre i store praksis end i små. Små praksis har muligvis flere kvadratmeter pr. patient end store praksis – men de store praksis har flere kvadratmeter undersøgelses- og behandlingslokaler pr. patient, flere laboratoriefaciliteter og mere avanceret medicinsk udstyr. Der, hvor små praksis overgår store i forhold til udstyr, er i forhold til det udstyr, der findes i den praktiserende læges taske, samt i forhold til tilgængeligheden og udleveringen af patientinformation i konsultationsrummet. Der er ligheder i brugen af almindelige medicinske procedurer, almindelige øjendiagnoser, antal medicinflasker i lægetasken og brugen af elektroniske medicinske data. Men store praksis har en højere computeriseringsgrad og en bedre kvalitet i elektroniske data.

I forhold til det kliniske team ses der i større praksis højere uddelegering af medicinske tekniske opgaver til plejepersonale – men de små praksis har mere praksispersonale pr. patient. Resultaterne vedrørende kvalitetsudvikling og tid brugt på møder med praksispersonale og andre læger er tvetydige, idet der både er studier, der peger på, at læger i større praksis bruger mere tid herpå, og studier der peger på at der ikke kan ses forskel mellem store og små praksis. Et mere klart mønster tegnes ved, at læger i små praksis bruger mere tid på direkte patientkontakt end læger i store praksis og har større problemer med at finde dækning ved fravær. De har en større arbejdsbelastning end ønsket, og er mindre tilfredse med tidsinvestering i forhold til belønning. Samtidig skal det bemærkes, at der ikke ses forskel i de praktiserende lægers generelle arbejdstilfredshed og i tilfredsheden med at være (henholdsvis) sololæge og læge i kompagni-

skab. Flere sololæger er "flygtet" fra kompagniskabspraksis, som de oplevede ikke fungerede. Ulemperne ved at være alene opvejes, i henhold til sololægerne, ved en større dybde i patientrelationen og et tættere forhold til lokalsamfundet.

Samarbejdet med eksterne parter er for større praksis forbundet med flere protokoller, og der bruges mere tid på partnere i primærsektoren og på rådførelse med specialister. Til gengæld ses der ingen forskelle mellem store og små praksis i den tid, der bruges på lægelig videreuddannelse, professionelle møder og tid brugt på samarbejde med andre sundhedsfaciliteter som fx plejehjem og skole.

Resultaterne vedrørende organisation peger samlet set på, at store praksis har en mere veludviklet organisering end mindre praksis. Bedre lokaler og udstyr. Bedre mulighed for at finde dækning ved sygdom og for at uddelegere medicinsk tekniske opgaver, således at den gennemsnitlige konsultationslængde og andelen af lange konsultationer i forhold til korte kan øges, og der (måske) kan bruges mere tid på samarbejde med eksterne samarbejdspartnere. Læger i små praksis bruger (til gengæld) mere tid på direkte patientkontakt og fremhæver det som en fordel, at de har en større dybde i patientrelationen og en tættere relation til lokalsamfundet. Mange af dem er flygtet fra kompagniskabspraksis og ser ikke dette som et attraktivt alternativ.

I forhold til resultaterne skal det bemærkes, at der er tale om relativt få studier (8), der beskæftiger sig med en mængde forskellige forhold. Betydningen af organiseringen af almen lægepraksis er ikke et velbelyst område. Men der tegnes ikke desto mindre – på baggrund af de foreliggende studier – nogle pejlemærker og tendenser, som det casestudie, der skal afrapporteres i denne rapport, både kan perspektivere og perspektiveres ved.

### *Diskussion*

Samlet set peger de 26 studier af betydningen af praksisstørrelse, der er identificeret ved litteraturstudiet på, at:

1. Der er en forskel i kvalitet relateret til størrelse, hvor kvaliteten i store lægepraksis på nogle (men ikke alle) områder er bedre end i små lægepraksis
2. Store lægepraksis har bedre lokaler, udstyr og mulighed for at dække hinanden ind ved sygdom
3. Store lægepraksis har mindre arbejdsbelastning og et bedre forhold mellem indsats og honorering
4. Sololæger er glade for at være sololæger. Mange er direkte "flygtet" fra kompagniskab.
5. Patienterne giver generelt små lægepraksis bedre evaluering af adgang og reception end store lægepraksis.

Det kan fremføres som en svaghed ved litteraturstudiet, at vi via vores søgestrategi har begrænset os til de studier, der har inkluderet ord som "practice size" (praksisstørrelse) "practice characteristics" (praksiskarakteristika) eller "practice organisation"/"practice organization" (praksisorganisation) i titlen. Praksisstørrelse målt som antallet af praktiserende læger og/eller antallet af patienter på den samlede patientliste køres "rutinemæssigt" som forklarende variable på den store mængde af studier, der søger at analysere udbredelsen / implementeringen af specifikke lægemidler og kliniske retningslinjer. Et



mere omfattende litteraturstudie af betydningen af praksisstørrelse for klinisk kvalitet kunne med fordel inkludere og analysere disse studier. Studiet ville dog skulle forholde sig til den metodiske udfordring, der ville opstå ved tolkning af data, idet det i mange tilfælde kan være svært at skelne adækvat brug af et givent lægemiddel / en given klinisk procedure fra hyppigt / begrænset brug. Fordelen ved de studier, der er inkluderet af vores studie er, at der metodemæssigt er taget højde for disse udfordringer, idet ønsket eksplicit har været at finde indikatorer på en høj / lav klinisk kvalitet (og ikke blot på udbredelsen af et givent lægemiddel / en given klinisk retningslinje). Gennemlæsning af diskussionskapitlerne i de studier, der internationalt har beskæftiget sig med betydningen af praksisstørrelse for klinisk kvalitet, viser således også, at forfatterne generelt begrænser sig til at diskutere / henvise til tilsvarende studier.

En anden og måske mere væsentlig svaghed ved litteraturstudiet er, at samtlige de identificerede studier opgør størrelse som et spørgsmål om solo- versus gruppepraksis, antallet af (fuldtidslæger) i kompagniskab eller det totale antal patienter på patientlisten. Disse opgørelsesmetoder repræsenterer forskellige tilgange under den samme overordnede hat, der bruger den formelle organisatoriske enhed – solopraksisen eller kompagniskabet – som grundlag eller basis for sine udredninger.

I Danmark findes, som det tidligere er angivet, mindst tre forskellige former for lægepraksis: Solopraksis, samarbejdspraksis og kompagniskabspraksis. Samarbejdspraksis konstitueres af læger i solo- og eller kompagniskabspraksis, der samarbejder om lokaler, udstyr samt evt. personale. Vi opfatter store samarbejdspraksis som eksempel på store lægehuse, da de for en række praktiske årsager fremstår som sådan – og kompagniskabspraksis opdeler vi i grupper af store og små, da antallet af læger i kompagniskab kan variere fra 2 til 9, og vi ikke ser anledning til at betragte den store mængde af 2- og 3-mands kompagniskaber i Danmark som eksempler på store lægehuse.

Forskellene i fremgangsmåde betyder, at konklusionerne fra litteraturstudiet ikke direkte kan overføres til vores forståelse af, hvad der konstituerer et stort hhv. et lille lægehus. Der er ikke *nødvendigvis* de fordele og ulemper knyttet til et lille kompagniskab med 2 eller 3 læger, som der er til en solopraksis – og heller ikke *nødvendigvis* de fordele og ulemper knyttet til et stort lægehus med 8 eller 9 samarbejdende sololæger, som der er til et tilsvarende stort kompagniskab.

Resultaterne fra litteraturstudiet kan imidlertid ikke desto mindre interessante i forhold til de konklusioner, der gøres i casestudiet, og i forhold til hvilke litteraturstudiet kan anvendes som perspektivering / problematisering. Vi skal ikke her give en systematisk diskussion detaljer, men lade det være op til læseren at gøre brug af de fremførte pointer. Emner, vi imidlertid selv har bidt mærke i, har været:

1. sololægernes tilfredshed med at være sololæger (det fandt vi også),
2. det forhold, at flere sololæger var blevet sololæger som følge af dårlige erfaringer fra kompagniskaber (og som perspektiverede angivelserne om at det kunne være en kunst om at blive enig blandt 8 læger i de store kompagniskaber)
3. angivelserne af, at der var lettere aflastning ved sygdom i store lægepraksis, og at arbejdsbelastningen var mindre (det fandt vi også, dog mere nuanceret i dimensionerne mange/få læger hhv. læger med individuel/delt patientliste)

4. angivelserne om, at store lægepraksis generelt enten er forbundet med samme eller tilsvarende klinisk kvalitet som små lægehuse (vi fandt, at der ikke var forskel, men var det fordi, vi kun diskuterede det i forhold til patienter med KOL og diabetes type 2?)

Flere af disse emner er – som vi ser det – væsentlige for diskussionen af fremtidens almen lægepraksis. Her er det ikke ligegyldigt, om de praktiserende læger trives, behandler et større eller mindre antal patienter og har en høj klinisk kvalitet. Der mangler imidlertid fortsat forskningsbaseret viden om betydningen af den måde, hvorpå vi organiserer almen praksis. Særligt betydningen af samarbejdspraksis, der på baggrund af dette casestudie fremstår som en på mange måder fordelagtig praksisform, er underbelyst.

## Litteratur

1. Danske Regioner. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
2. Ugeskrift for Læger. Lægehuse scorer lavest på tilgængelighed. Ugeskr Læger 2007; 169(5):436.
3. Berlingske Tidende. Berlingske Panelet: Vil større lægehuse sikre patienterne en hurtigere og bedre behandling? Berlingske Tidende 2007; 22.5.2007:11.
4. Pedersen KM. Sundhedspolitik. Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
5. Praktiserende Lægers Organisation. Praksistælling. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2005.
6. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen Lægepraksis i Danmark. København, Århus: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning og Forskningsenheden for Almen praksis i Århus; 2005.
7. Weimar A. Netværkspraksis - en praksisform med jordforbindelse. Ugeskr Læger 2002; 164(37):4320.
8. Yin RK. Case study research: design and methods. rev. ed. udg. Newbury Park, Calif.: Sage; 1989.
9. Flyvbjerg B. Five misunderstandings about case-study research. Sociologisk tidskrift 2004; 12(2):117-42.
10. Praktiserende Lægers Organisation. Landsoverenskomsten. Tilgængelig via URL: [http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER\\_DK/LOEN\\_OVERENSKOMSTER/PLO/LANDSOVERENSKOMSTEN2006](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/PLO/LANDSOVERENSKOMSTEN2006).
11. Praktiserende Lægers Organisation. Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977-2006 - nøgletal fra medlemsregisteret. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2007.
12. Praktiserende Lægers Organisation. Holdningsenquete. I: Praktiserende Lægers Organisation (red.). Praksistælling 2005. København: 2005: 133-78.
13. Grøn L, Obel J, Bræmer MH. Tovholder i praksis - En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007. (DSI rapport 2007.04).
14. Hansen D, Ejlersen E, Olesen F. General practice characteristics and use of Papsmear. Scand.J.Prim.Health Care 1991; 9(3):224.
15. Baker R. General practice in Gloucestershire, Avon and Somerset: explaining variations in standards. Br.J.Gen.Pract. 1992; 42(363):415-8.
16. Green JM. The views of singlehanded general practitioners: a qualitative study. BMJ 1993; 307(6904):607-10.

17. Lervy B, Wareham K, Cheung WY. Practice characteristics associated with audit activity: A medical audit advisory group survey. *British Journal of General Practice* 1994; 44(384):311-4.
18. Majeed FA, Cook DG, Anderson HR, Hilton S, Bunn S, Stones C. Using patient and general practice characteristics to explain variations in cervical smear uptake rates. *BMJ* 1994; 308(6939):1272-6.
19. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br.J.Gen.Pract.* 1995; 45(401):654-9.
20. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br.J.Gen.Pract.* 1996; 46(411):601-5.
21. Ibbotson T, Wyke S, McEwen J, Macintyre S, Kelly M. Uptake of cervical screening in general practice: effect of practice organisation, structure, and deprivation. *J.Med.Screen.* 1996; 3(1):35-9.
22. Wilson RPH, Hatcher J, Barton S, Walley T. Influences of practice characteristics on prescribing in fundholding and non-fundholding general practices: An observational study. *British Medical Journal* 1996; 313(7057):595-9.
23. Wilson RPH, Hatcher J, Barton S, Walley T. The influence of practice characteristics on the prescribing of benzodiazepines and appetite suppressant drugs. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1998; 7(4):243-51.
24. Wilson RPH, Hatcher J, Barton S, Walley T. The association of some practice characteristics with antibiotic prescribing. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1999; 8(1):15-21.
25. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: Patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. *Family Practice* 2000; 17(5):389-93.
26. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: Impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *British Journal of General Practice* 2001; 51(469):644-50.
27. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323(7316):784-7.
28. Hippisley-Cox J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V, Wilson A. Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. *BMJ* 2001; 323(7308):320-3.
29. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int.J.Qual.Health Care* 2002; 14(2):111-8.
30. Majeed A, Gray J, Ambler G, Carroll K, Bindman AB. Association between practice size and quality of care of patients with ischaemic heart disease: Cross sectional study. *British Medical Journal* 2003; 326(7385):371-2.
31. Hansen DG, Sondergaard J, Vach W, Gram LF, Rosholm JU, Kragstrup J. Antidepressant drug use in general practice: inter-practice variation and association with practice characteristics. *Eur.J.Clin.Pharmacol.* 2003; 59(2):143-9.

32. de-Koning JS, Klazinga N, Koudstaal PJ, Prins A, Borsboom GJJM, Mackenbach JP. Quality of stroke prevention in general practice: Relationship with practice organization. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17(1):59-65.
33. van den HP, Engels Y, van den HH, van DJ, van den BW, Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam.Pract.* 2005; 22(1):20-7.
34. Coupland C, Hippisley CJ, Smith S, Irving W, Pringle M, Ryder S et al. General practice characteristics associated with rates of testing and detection of hepatitis C: Cross-sectional study in Nottingham and Derbyshire. *British Journal of General Practice* 2006; 56(529):620-3.
35. Byrne M, Murphy AW, Walsh JC, Shryane E, McGroarty M, Kelleher CC. A cross-sectional study of secondary cardiac care in general practice: impact of personal and practice characteristics. *Fam.Pract.* 2006; 23(3):295-302.
36. Ashworth M, Armstrong D. The relationship between general practice characteristics and quality of care: A national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5. *BMC Family Practice* 2006; 7 Article Number: 68
37. Wang Y, O'Donnell CA, Mackay DF, Watt GCM. Practice size and quality attainment under the new GMS contract: A cross-sectional analysis. *British Journal of General Practice* 2006; 56(532):830-5.
38. Saxena S, Car J, Eldred D, Soljak M, Majeed A. Practice size, caseload, deprivation and quality of care of patients with coronary heart disease, hypertension and stroke in primary care: national cross-sectional study. *BMC.Health Serv.Res.* 2007; 7:96.
39. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Services Research* 2007; 7 Article Number: 46
40. Heje HN. Patient evaluation in general practice: methodological aspects, influence of patient and GP characteristics and the GP's experiences with the evaluations. Ph.d. thesis / Hanne Nørgaard Heje. Aarhus: Faculty of Health Sciences, Aarhus University; 2006.





## Små og store lægehuse

### – et komparativt casestudie

Der er politisk enighed om, at de praktiserende læger skal samles i store lægehuse. Men hvad er fordelene ved store lægehuse i forhold til små? Dansk Sundhedsinstitut har gennemført et komparativt casestudie af fire danske lægepraksis for åbent at udforske, hvordan store lægepraksis udmærker sig i forhold til små – og omvendt.

Casestudiet viser, at der både er fordele og ulemper ved små og store lægepraksis, og ved lægepraksis med fælles og individuel patientliste. Det er et argument for at opretholde flere forskellige praksisformer, og casestudiet ser på denne baggrund fordele i store lægeklinikker, hvor lægerne frit kan organisere sig i solo-, samarbejds- eller kompagniskabspraksis.

Casestudiet giver dog ikke anledning til at forvente en forbedret kvalitet *alene* som følge af, at der etableres større enheder. Det skal heller ikke forventes, at de praktiserende læger specialiserer sig indbyrdes, da det strider imod det, de praktiserende læger opfatter som selve kernen i almen lægepraksis, nemlig princippet om *egen læge*. Derimod kan man – også fra udlandet – se tegn på, at der knyttes mere og ikke mindst mere specialiseret praksispersonale til lægepraksisser fremover.

Casestudiet giver et detaljeret indblik i, hvad forskelle i praksisorganisation kan betyde for samarbejdet mellem praktiserende læger, praksispersonale og samarbejdspartnere i fire danske lægepraksis. Det er relevant og detaljeret information for alle med interesse for almen lægepraksis' organisering og struktur.