



Effektiv organisering af almen praksis

Erfaringer fra udlandet

Jakob Hansen

Marie Henriette Madsen

Pia Kürstein Kjellberg

Dansk Sundhedsinstitut

August 2008

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

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-578-8 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Regeringen har i samarbejde med Danske Regioner og KL igangsat et udvalgsarbejde om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Til inspiration for udvalget har udvalgets sekretariat bedt Dansk Sundhedsinstitut (DSI) om at udarbejde en beskrivelse af konkrete tiltag med hensyn til organisering af almen praksis i lande med en sammenlignelig praksissektor og sammenlignelige udfordringer med hensyn til demografi, færre læger m.v.

Der er truffet aftale om gennemførelse af i alt fem hovedopgaver:

1. *landegennemgang med henblik på identifikation af to lande til nærmere analyse*
2. *landebeskrivelser af udvalgte lande med henblik på forståelse af organiseringen af almen praksis' samt relevante tiltag til organisering*
3. *litteraturgennemgang med henblik på at belyse forskningsfeltet omkring arbejdet med at sikre en effektiv organisering i forhold til de tiltag, som er udvalgt*
4. *undersøgelse af konkrete tiltag med specifikt fokus på deres formål, virkemidler, effekt, virkemidler til implementering, finansiering, barrierer samt strategier til at imødegå barriererne*
5. *udarbejdelse af et notat, hvor resultaterne fra de fire dele samles, og kan tjene som inspiration for udvalgsarbejdet.*

I dette dokument afrapporteres DSI's arbejde. Først findes det notat, der jf. hovedopgave 5 har til formål at samle de fire dele i en overskuelig form. Herefter dokumenteres hovedopgaverne 1-4 i fire selvstændige bilag, hvoraf især landebeskrivelserne (bilag 3) og analysen af de konkrete tiltag (bilag 1) skal fremhæves, idet de mere dybdegående beskrivelser i disse pointer indeholder væsentlig information, og nuancer.

Notat og bilag er udarbejdet i samarbejde mellem projektleder Jakob Hansen (cand.scient.pol.), projektleder Marie Henriette Madsen (cand.scient.san.publ.) og senior projektleder Pia Kürstein Kjellberg (cand.scient.adm., ph.d.). Direktør Jes Søgaard (sundhedsøkonom, professor) har forestået den interne kvalitetssikring. En referencegruppe bestående af medarbejdere fra DSI samt repræsentanter for sekretariatet for udvalget har fulgt projektgruppens arbejde og hjulpet til at skærpe og fastholde fokus.

DSI ønsker at takke alle, der har bidraget til projektet med information og kritik.

København, august 2008

Jes Søgaard

Direktør, professor

Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Udenlandsk inspiration til reform af almen praksis	7
Introduktion	7
Organiseringen af almen praksis i England og Holland.....	7
Tiltag til sikring af en effektiv organisering af almen praksis	11
Tværgående diskussion: Hvad kan vi lære af udlandet?.....	16
Konklusion	23
Bilag 1 Analyse af fem specifikke tiltag.....	25
Udvidet praksisbudget (England).....	25
Kvalitetshonorering (England)	40
Praksisakkreditering (Holland).....	49
Sundhedscentre (Holland)	55
Specialuddannede kronikersygeplejersker (Holland)	63
Bilag 2 Landegennemgang	69
Bilag 3 Landebeskrivelser	73
England	73
Holland.....	84
Bilag 4 Litteraturgennemgang.....	97
Bilag 5 Dokumentation af Tabel 1	105
Bilag 6 Informanter til notatet	107
Litteratur	109

Udenlandsk inspiration til reform af almen praksis

Introduktion

Regeringen har i samarbejde med Danske Regioner og KL nedsat et udvalg om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Udvalget skal i henhold til kommissoriet bl.a.:

- ◆ "beskrive og analysere rammerne for en hensigtsmæssig organisering i mere bæredygtige enheder i almen praksis, herunder størrelsen af lægepraksis samt anvendelsen af klinikpersonale med henblik på at frigøre lægeressourcer"
- ◆ "beskrive og analysere rammerne for et hensigtsmæssigt og forpligtende samspil mellem almen praksis og sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og den øvrige del af praksissektoren"
- ◆ "beskrive og analysere rammerne for en hensigtsmæssig faglig og økonomisk styring og udvikling af almen praksis"

Sekretariatet for udvalget har bedt Dansk Sundhedsinstitut belyse konkrete tiltag i udlandet, der bidrager til at sikre en *effektiv organisering* af almen praksis i lande med en sammenlignelig praksissektor og sammenlignelige udfordringer med hensyn til demografi, færre læger med videre. Beskrivelserne skal kunne tjene som inspiration for udvalgets arbejde vedrørende almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen.

Med udgangspunkt i landegennemgangen beskrevet i bilag 2 er Holland og England udvalgt til den nærmere undersøgelse af konkrete tiltag. Dansk Sundhedsinstitut har på denne baggrund indhentet deskriptive data vedrørende organiseringen af almen praksis i disse lande med særligt fokus på: antallet af patienter pr. læge, brugen af praksispersonale, fordelingen af små/store lægepraksis, regulering (etablering og normtal), honorarstruktur og evt. brugerbetaling.

Dette danner baggrund for en afdækning og analyse af følgende fem relevante tiltag fra disse lande rettet mod at sikre en effektiv organisering i relation til bl.a. kapacitet, kvalitet og sammenhæng:

- ◆ udvidet praksisbudget (England)
- ◆ kvalitetshonorering (England)
- ◆ praksisakkreditering (Holland)
- ◆ specialuddannede kronikersygeplejersker (Holland)
- ◆ sundhedscentre (Holland)

I det følgende vil vi først beskrive organiseringen af almen praksis i England og Holland ud fra centrale nøgletal om praksissektoren i de to lande. Dernæst vil vi redegøre for de tiltag til en effektiv organisering af almen praksis, vi har identificeret. Efterfølgende præsenterer vi resultaterne af analyserne af de fem ovenstående tiltag, som blev valgt til nærmere analyse. Endelig vil vi diskutere de samlede resultater under de tre overskrifter kapacitet, kvalitet og sammenhæng. For en nærmere beskrivelse og dokumentation af analysearbejdet henvises der til bilag 1-5.

Organiseringen af almen praksis i England og Holland

England og Holland er eksempler på lande med sammenlignelige sundhedssystemer, der tidligere har stået over for udfordringer med hensyn til demografi, lægemangel mv., der ligner de danske, men

som ikke for nuværende oplever kapacitetsproblemer. Landene fremhæves samtidig af nøglepersoner som eksempler på lande med "interessante" reformer og styringstiltag.

Vi har i forbindelse med analysen indhentet deskriptive data om, hvordan praksissektoren er organiseret i de to lande, med særligt fokus på en række af de spørgsmål, der er relevante for dansk almen praksis. Vi har således indhentet data om: antal tilmeldte patienter pr. praktiserende læge, antal praksispersonale pr. praktiserende læge, fordelingen på små og store lægepraksis, regulering, honorarstruktur samt evt. brugerbetaling. Tabel 1 sammenstiller disse data med tilsvarende data fra Danmark. For dokumentation af tabellen henvises til Bilag 2 (England og Holland) og 5 (Danmark).

Tabel 1 Nøgletal for almen praksis i England, Holland og Danmark

	England	Holland	Danmark
Antal patienter pr. praktiserende læge Fuldtidslæger (full time equivalent)	1.732	2.406 ¹	1.484
Antal fuldtidspraksispersonale pr. fuldtidslæge*			
I alt	2,4	1,4	0,9
Danmark			
Sekretærer			0,5
Sygeplejersker			0,3
Bioanalytikere			0,2
Andre			0,0
England			
Sygeplejersker	0,5		
Andet klinisk personale	0,2		
Administrativt personale	1,7		
Andre	0,1		
Holland			
Doktor assistenter		1,0	
Kronikersygeplejersker		0,2	
Praksis managere ²		0,2	
Andel praktiserende læger i			
solopraksis	5 %	22 %	37 %
mindre gruppepraksis (2-3)	19 %	49 %	41 %
mellemstore gruppepraksis (4-5)	26 %	19 %	18 %
større gruppepraksis (6-7)	23 %	8 %	3 %
store gruppepraksis (8-9)	15 %	2 %	1 %
ekstra store gruppepraksis (10+)	11 %	0 %	0 %
Regulering			
etablering	Reguleret	Reguleret	Reguleret
patientantal	Frit	Frit	Reguleret
Honorarsystem (cirka angivelser af andele)			
basishonorar	63 %	45 %	27 %
ydeshonorar	14 %	55 %	73 %
kvalitetshonorar	23 %		
Evt. brugerbetaling:			
ved konsultation	Nej	Nej	Nej
ved medicin	Ja	Ja	Ja

* Angivelserne for England og Danmark er baseret på omlysninger om antallet af fuldtidslæger i hver praksisform (full time equivalent), mens angivelserne for Holland er baseret på oplysninger om antallet af læger (head count) i hver praksisform.

Antal patienter pr. læge

Det fremgår af Tabel 1, at antallet af patienter pr. praktiserende læge er højere i England og (især) Holland, end det er i Danmark. I Holland har vi haft svært ved at få opdaterede og præcise tal, men vores informanter vurderer, at antallet har været svagt stigende de seneste år (1; 2). I England der-

¹ Det har ikke været muligt at få en præcis angivelse for Holland. Estimerne er baseret på tal fra 2003, hvor antallet af patienter pr. læge var 1997 og beskæftigelsesgraden var 0,83. En af vores informanter – Pieter van der Hombergh – vurderer, at tallet i dag er højere, hvilket dog skal ses i lyset af, at flere læger arbejder deltid.

² Dette tal er baseret på en vurdering af Pieter van der Hombergh – og bør tages med forbehold.

imod er det faldet støt de seneste ti år, mens antallet af praktiserende læger samtidig er øget. I England har vi set, at der er en sammenhæng mellem praksisstørrelse og antal patienter, således at der er flest patienter pr. læge i mindre praksis, og færrest i store praksis.

Brugen af praksispersonale

Tabel 1 viser, at der i England såvel som i Holland er større brug af praksispersonale, end der er i Danmark – og for Englands vedkommende er dette særlig markant. De danske tal er fra 2005 (se Bilag 5) og er givetvist lavt sat, da der i disse år ses en accelereret proces mod ansættelse af praksispersonale, herunder især ansættelse af sygeplejersker {Kjellberg, 2008 851 /id}. Ikke desto mindre er det perspektiverende, at det gennemsnitlige antal fuldtidspraksispersonale pr. fuldtidslæge i England er 2,4 og i Holland 1,4 mod 0,9 i Danmark.³

Ses der nærmere på fordelingen af forskellige former for praksispersonale, fremgår det, at det praksispersonale der anvendes i England og Holland adskiller sig noget fra det danske:

I Holland er der i gennemsnit knyttet 1,0 lægeassistent og 0,2 specialuddannet kronikersygeplejerske og 0,2 praksis manager til hver praktiserende læge.

Lægeassistenterne er "klinisk personale" med en treårig mellemlang videregående uddannelse, der løser samme typer af opgaver som de danske lægesekretærer, der i størst omfang er trukket ind i klinikken. Hvor der imidlertid i Danmark er meget stor forskel på, hvad lægesekretærene er oplært i og anvendes til, og i hvor stort omfang de indgår i det kliniske arbejde, er det generelt gældende for de hollandske lægeassistenter, at de – som navnet antyder – indgår som væsentlig *assistance* til de praktiserende læger. De er, via deres standardiserede uddannelse, en væsentlig ressource, som de praktiserende læger kan trække på, og som gør det lettere for de praktiserende læger at tage kvalificeret personale ind og på denne måde udvide praksis' kapacitet.

De specialiserede kronikersygeplejersker er sygeplejersker med en etårig efteruddannelse specifikt rettet mod kronikeromsorg i almen praksis. Der kan opnås særligt tilskud til ansættelse via kontrakt med forsikringssselskaberne, forudsat at minimum tre praktiserende læger går sammen om ansættelsen. Kronikersygeplejerskerne tager sig af specifikke behandlingsprogrammer for primært diabetes, KOL og hjertekarsygdomme.

Praksis managerne er administrative ledere, der varetager den daglige ikke-kliniske ledelse, overordnede styring og – visse steder – strategiske planlægning for praksis. De ses fortrinsvis i større praksis og i praksis organiseret som sundhedscentre.

I England er der i gennemsnit knyttet 0,5 sygeplejerske, 0,7 andet klinisk personale og 1,7 administrativt personale til hver praktiserende læge.

Sygeplejerskerne varetager en lang række forskellige opgaver inden for kronikeromsorg og -behandling, men har også andre opgaver i praksis (fx vil infektion og utilpashed typisk føre til konsultation hos en sygeplejerske).

Det "andet kliniske personale" dækker over en bred vifte forskellige faggrupper og kan fx omfatte psykologer, socialrådgivere og bioanalytikere. Vi har ikke i forbindelse med denne undersøgelse haft mulighed for at gå nærmere i dybden med, hvilke opgaver denne personalegruppe varetager.

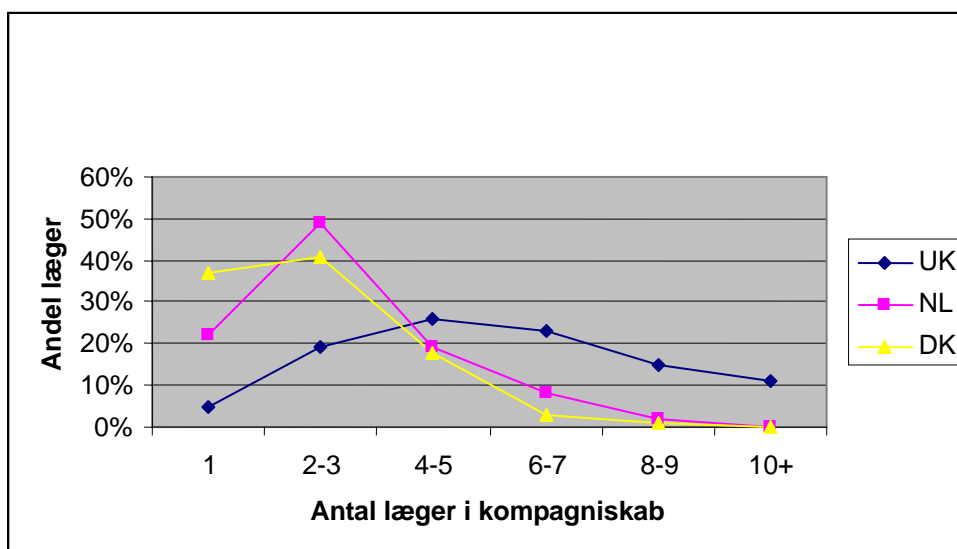
Det forholdsvis høje antal administrativt personale dækker både over receptionister, sekretærer, it-personale og praksis 'managere'. Det høje antal skal nok ses som et resultat af de større organisationer, som de engelske praksis typisk udgør. Desuden kan man spekulere i betydningen af de omfattende kontrakter og de dokumentationskrav, der følger med disse. Der er meget administrativt arbejde i de engelske praksis.

³ I det følgende vil vores angivelser referere til fuldtidsekvivalente stillinger, med mindre andet er anført.

Små og store lægepraksis

Der er i Holland og især England markant færre læger organiseret i solopraksis (frem for kompagniskabspraksis) end der er i Danmark. Fordelingen af læger på små og store lægepraksis (opgjort som antal læger i kompagniskab) er i øvrigt sammenlignelig for Holland og Danmark med langt hovedparten af lægerne ansat i mindre praksis med 1-3 læger, cirka 20 % ansat i mellemstore kompagniskabspraksis med 4-5 læger, og forholdsvis få ansat i større kompagniskabspraksis med mere end 6 læger. Fordelingen er visualiseret i Figur 1.

Figur 1 Læger i kompagniskaber i England, Holland og Danmark



I England er fordelingen anderledes. Der er meget få læger i solopraksis, men forholdsvis store andele i såvel 2-3 mands kompagniskaber, 4-5 mands kompagniskaber, og 6-7 mands kompagniskaber. I 8-9 mands kompagniskaber findes omkring 15 %, og 10 % er ansat i rigtig store kompagniskaber med mere end 10 læger.

Holland og England repræsenterer på denne måde to forskellige tilgange til organisering af praksissektoren: med afsæt i små hhv. med afsæt i store lægehuse.

Regulering

Der foregår i Holland og England såvel som i Danmark en regulering af antallet af lægepraksis, der har ret til at etablere sig i et givent område. Men der er ingen bestemmelser for, hvornår praktiserende læger kan/skal lukke for tilgang af nye patienter. Dette er op til den enkelte praksis, som til gengæld honoreres mere direkte for et højt patientantal, ved at basishonoraret udgør en stor andel af det samlede honorar pr. patient (45 % og 63 % mod 27 % i Danmark).

Samtidig er der i begge lande eksempler på, at de styrende myndigheder⁴ opretter myndighedsejede praksis i områder, hvor der af forskellige årsager opleves at være behov for det.

Honorering

Honorarsystemet i Holland og England adskiller sig begge fra honorarsystemet i Danmark.

Honorarsystemet i Holland er bygget op med et fast basishonorar pr. tilmeldt patient og en række forskellige ydeshonorarer. Basishonoraret er dog højere (45 %) og ydelsesstrukturen mere simpel, givetvis fordi systemet er nyt. Samtidig er honorarernes størrelse fastlagt efter et princip om, at hver

⁴ Med 'de styrende myndigheder' tænkes her på PCT'er i England og forsikringselskaber i Holland som begge spiller en rolle svarende til regionerne i Danmark (læs mere i bilag 2).

praktiserende læge skal have 2.350 patienter og 0,8 lægeassistent tilmeldt for at opnå det, der svarer til en "fuldtidsløn".

Honorarsystemet i England baserer sig på et forholdsvis højt basishonorar pr. tilmeldt patient samt honorering for opfyldelse af udvalgte kvalitetsmål og forskellige lokalt forhandlede kontraktmål. Det forholdsvis høje basishonorar er – som i Holland – justeret efter socioøkonomiske forskelle i patientgruppen.

Brugerbetaling

Der er ingen af de to lande, der har brugerbetaling ved konsultation. Til gengæld findes, på linje med Danmark, nogen medfinansiering af medicin.

Opsummering

Samlet set repræsenterer England og Holland to forholdsvis forskellige modeller for organisering af almen praksis. I Holland er det lykkedes at implementere en ordning med et markant højere antal patienter pr. praktiserende læge i en struktur, der i vid udstrækning ligner den danske, ved planlægning (og honorering) efter en norm på 2.350 patienter samt uddannelse og understøttelse af relevant praksisunderstøttende personale. I England er der et højere antal patienter pr. praktiserende læge i en struktur, hvor de praktiserende læger gives incitament til at organisere sig i store lægehuse med øget brug af praksispersonale (sygeplejersker, administrativt personale) for at høste de økonomiske fordele i honorarsystemet. Antallet af patienter pr. læge har dog vist en faldende tendens de seneste år, hvilket både kan skyldes en større søgning til faget og en øget aktivitet som følge af kvalitetshonorering og øgede administrative opgaver til praktiserende læger.

Tiltag til sikring af en effektiv organisering af almen praksis

Vi har ved interview med nøglepersoner i England og Holland diskuteret, hvilke *konkrete styringsmæssige tiltag* der enten bidrager til eller har bidraget til at sikre en *effektiv organisering af almen praksis* i hvert af de to lande – bredt defineret i henhold til kommissoriet for udvalgets arbejde. Otte tiltag er i denne forbindelse fremhævet:

- ◆ *Udvidet praksisbudget* er et forholdsvis nyt tiltag i England – dog med historiske forløbere – der har givet de praktiserende læger mulighed for at overtage budgettet for a) medicintilskud og b) køb af ydelser i sekundærsektoren fra de styrende myndigheder. Herved er de praktiserende læger givet incitament til at overtage ydelser fra sekundærsektoren, og mange har – for at indhente de mulige gevinster ved ordningen – organiseret sig i "konsortier": en ny og perspektiverende organisationsform med omkring 10-50 lægepraksis i formaliseret samarbejde.
- ◆ *Deregulering* er i henhold til interviewpersonerne et centralt led i den række af reformer, der i England har været med til at afværge 1990'ernes afgang fra faget, og til at skabe den moderne engelske lægepraksis med store lægehuse og et øget brug af praksispersonale. Med deregulering blev det stillet de engelske praktiserende læger frit, hvordan de ville organisere sig, blot de levede op til en række forud definerede effektmål.
- ◆ *Kvalitetshonorering* er i henhold til interviewpersonerne et andet centralt led i den ovenfor nævnte række af reformer, der var været med til at afværge 1990'ernes afgang fra faget og til at stimulere skabelsen af dagens engelske lægepraksis med store lægehuse og et øget brug af praksispersonale. Med kvalitetshonorering gives de praktiserende læger honorar efter opfyldelsen af en række nærmere specificerede kvalitetsmål.
- ◆ *Praksisakkreditering* er et kvalitetsudviklingstiltag, hvor de praktiserende læger i Holland hvert fjerde år måles i forhold til en række forud definerede standarder, og i forbindelse med årlige besøg af en "praksisakkreditor" hjælpes til udarbejdelse af "udviklingsplaner". Den fremhæves af

danske nøglepersoner som inspirerende i forhold til udviklingen af en dansk kvalitetsmodel for almen praksis.

- ◆ *Kooperativer til håndtering af forløbsydelse* er et nyt tiltag i Holland, hvor en forløbsydelse på diabetesområdet har ledt til organisering af kooperativer af praksis, som ønsker at opnå kontrakter med forsikringsselskaberne omkring forløbsydelsen. Forsikringsselskaberne stiller krav til de praktiserende læger om at indgå forpligtende samarbejder med de øvrige sundhedsudbydere i primær- og sekundærsektoren for at opnå disse kontrakter.
- ◆ *Specialuddannede kronikersygeplejersker* er et andet nyere tiltag fra Holland, hvor der dels er etableret en formel 1-årig efteruddannelse som "specialuddannet kronikersygeplejerske" til almen praksis; dels gives tilskud til ansættelse af disse sygeplejersker i a) større praksis og b) grupper af mindst tre mindre praksis efter en nærmere specificeret kontrakt.
- ◆ *Sundhedscentre* er et tiltag af ældre dato i Holland, hvormed det med en række forskellige redskaber er forsøgt at opmuntre de praktiserende læger til at indgå i sundhedscentre, hvor der foruden de praktiserende læger og deres praksispersonale findes andre sundhedsudbydere, fx apoteker og fysioterapeuter.
- ◆ *Revision af uddannelsen til praktiserende læge* efter hollandsk forbillede er endvidere foreslået som et tiltag, der vil kunne være med til at øge antallet af praktiserende læger, idet specialuddannelsen i Holland er 3 år mod 5 i Danmark.

Det har ikke været muligt inden for rammerne af dette projekt at foretage en nærmere analyse af samtlige de otte tiltag, der ovenfor er nævnt (og heller ikke af den mængde af interessante tiltag, der ikke er nævnt, og som det *også* kunne have været relevant at analysere⁵). Fem tiltag er udvalgt til nærmere analyse i dialog mellem Dansk Sundhedsinstitut og sekretariatet for udvalget om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen:

- ◆ udvidet praksisbudget (England)
- ◆ kvalitetshonorering (England)
- ◆ praksisakkreditering (Holland)
- ◆ specialuddannede kronikersygeplejersker (Holland)
- ◆ sundhedscentre (Holland)

For hvert af disse tiltag har vi indhentet oplysninger om formål, virkemidler, virkemidler til implementering, effekt, barrierer og tiltag til at imødegå barriererne – og på denne baggrund foretaget en samlet konklusion om tiltagets potentiale i forhold til at sikre en mere effektiv organisering. I de følgende afsnit vil vi give en kort redegørelse for disse konklusioner forud for en mere tværgående diskussion af "inspirationen fra udlandet".

Udvidet praksisbudget (England)

Udvidet praksisbudget blev indført i 2006 og havde til hensigt at involvere praktiserende læger i opgaven som bestiller af sundhedsydelser for deres patienter. Formålet var at give de praktiserende læger incitament til rationalisering af medicinudskrivning og henvisningspraksis samt til insourcing af opgaver fra sekundær sektor. Virkemidler omfatter:

⁵ Eksempler er fx Primary Care Trust (PCT)-ejede lægepraksis, der oprettes i områder, hvor PCT af forskellige årsager opfatter det som gavnligt med konkurrence til de læge-ejede lægepraksis; den formelle uddannelse til lægeassistent fra Holland, som muliggør et større brug af praksispersonale etc.

- a) et tilbud til de praktiserende læger om at de kunne overtage budgettet for medicinudgifter og køb af ydelser i sekundær sektor,
- b) en åbning for, at de kunne vælge selv at varetage de ydelser, der ellers blev varetaget i sekundærsektoren, hvis de mente at kunne gøre det bedre og/eller billigere, samt
- c) overskudsdeling, hvor de praktiserende læger fik mulighed for at beholde 70 % af de realiserede besparelser, som enten kunne bruges til investering i praksis eller etablering af nye ydelser (men *ikke* til mere i løn).

For at motivere de praktiserende læger til at tilmelde sig ordningen blev de endvidere tilbudt forskellige bonusordninger ved tilmelding.

Ordningen med udvidet praksisbudget blev etableret i 2006 og er endnu kun utilstrækkeligt evalueret. Selvom man havde erfaringer med en lignende model fra 90'erne, viser vores analyse af tiltaget, at opgaven med at involvere praksis i bestillerbeslutninger har været mere krævende, end man havde forestillet sig fra regeringens side. Forudsætningerne for at kunne udfylde denne rolle kræver gode og veldokumenterede budgetter fra de styrende myndigheders side - og det har indtil nu vist sig svært for de styrende myndigheder at leve op til denne forudsætning. Desuden har det vist sig at være en svær og omkostningskrævende rolle, som har krævet at praktiserende læger og 'practice managers' har måttet investere betydelige ressourcer i form af tid og energi i at kunne udfylde rollen.

Selvom det endnu ikke er muligt at påvise klare effekter i kvantitative studier, viser vores analyse også, at for de praksis, som har længst erfaring med udvidet praksisbudget, er der klare indikationer på, at en del af de ønskede effekter bliver opnået. I et omfattende kvalitativt studie er der således vist stor appetit fra praksis side til at udvikle nye ydelser, der kan sikre en opgaveglidning fra sekundær- til primærsektoren og til at gennemføre en bred indsats for at reducere forbruget i sekundærsektoren. Desværre har det heller ikke i dette studie været muligt at måle, hvorvidt den mangfoldige indsats rent faktisk har medført besparelser, men internationale studier viser, at man ikke nødvendigvis kan forvente dette.

En af de mest interessante effekter af udvidet praksisbudget har været udviklingen med dannelse af konsortier, forstået som sammenslutninger af alt mellem 20 og 50 lægepraksis i formelle samarbejdsorganisationer, hvor man kan konstatere en accept blandt de praktiserende læger af udefrakommende kontrol og indblanding i deres arbejde og beslutninger. Vurderingen er, at denne accept blandt andet er en konsekvens af de incitamenter til besparelser, som ligger i ordningen, og det faktum at det er en frivillig ordning, hvor de, der udfører kontrollen, er ligemænd, som praksis selv har valgt at indgå i et samarbejde med.

Vores analyse har også vist et par dilemmaer for udvidet praksisbudget. For det første skaber modellen en kompleks relation mellem de styrende myndigheder og konsortiet. På den ene side har det haft positive resultater, og det er blevet modtaget godt af de praktiserende læger, at de selv bestemmer, i hvilket omfang og med hvem de skal samarbejde om udvidet praksisbudget. På den anden side har det ledt til stor kompleksitet og mange forskellige organisationsformer samt overlappende og uklare geografiske grænser omkring de konsortier, som står for udvidet praksisbudget. Denne kompleksitet har gjort det svært for de styrende myndigheder at planlægge integrerede patientforløb med sekundærsektoren – en vigtig regeringsprioritet som udvidet praksisbudget var tænkt at medvirke til – og det har været svært for de styrende myndigheder at placere nye primærsektorydelser ud fra hensigtsmæssighedskriterier så som geografi og behov.

Kvalitetshonorering (England)

Formålet med kvalitetshonorering er at sikre en ensartet høj behandlingskvalitet samt at medvirke til en modernisering af den engelske praksissektor vedrørende bl.a. it, praksisledelse og brug af praksispersonale.

Virkemidlet er et tilbud til de praktiserende læger om, som en del af deres kontrakt, at indgå aftale om, at en del af ydelserne bliver gjort afhængig af, om praksis lever op til 135 indikatorer inden for områderne: Klinisk kvalitet, organisatorisk kvalitet, patientoplevelse kvalitet og andre kvalitetsområder. Ordningen er struktureret, så det er økonomisk risikofrit for praksissen at deltage, idet man ikke straffes for manglende målopnåelse. Desuden var det de første tre år muligt at få støtte til etablering af fx nye it-systemer eller nyansættelser i praksissen.

Ordningen med kvalitetshonorering blev introduceret i 2004 og har i dag vundet stor accept og anvendes af stort set alle lægepraksis i England – med en gennemsnitlig målopfyldelse tæt på 100 %. Denne succes er ikke kommet gratis, idet man overskred det først estimerede budget og muligvis har sat kravene for lavt, og derfor betaler almen praksis for ydelser de i henhold til god klinisk praksis burde gøre eller allerede har gjort i årevis. Kvalitetshonorering er således potentielt en dyr løsning, men har i England vist sig effektiv i forhold til at forandre adfærden i almen praksis og sætte fokus på kvalitet.

På trods af den tilsyneladende succes i forhold til at opnå evidensbaserede og accepterede kvalitetsmål diskuteres det fortsat, om den økonomiske incitamentsstruktur reelt medvirker til bedre patientbehandling inden for de inkluderede områder og om vigtige sygdomsområder eller patientgrupper, som ikke fremgår af indikatorlisten, negligeres. Desuden diskuteres det, om den tætte forbindelse mellem specifikke krav og økonomisk belønning har ikke-intenderede konsekvenser, som forandrer almen praksis på godt og ondt, heriblandt en udvikling mod et mere specialiseret system og et system som medvirker til mindre fokus på den enkelte patient sammenlignet med et fokus på målopfyldelse inden for på forhånd definerede områder. Vores analyse peger på, at kvalitetshonorering er kontroversielt – selv i et land som England hvor kontrakt- og aflønningssystemer har antaget mange former. Det har pustet til en bekymring for professionens "ånd" og troværdighed.

Omvendt har kvalitetshonoreringssystemet også understøttet en proces, som allerede var i gang mod mere praksispersonale (primært praksissygeplejersker og 'practice managers') og bedre registreringsmuligheder ved nye it-systemer, der samtidig kan støtte de sundhedsprofessionelle i at leve op til kvalitetskravene. Der er potentiale i disse muligheder i forhold til mere effektiv planlægning og organisering af almen praksis, men kun få entydige erfaringer at bygge konklusioner på.

Praksisakkreditering (Holland)

Den hollandske akkrediteringsmodel blev indført i 2004 med det formål at måle og styrke kvaliteten af almen praksis. Der er udviklet et sæt af indikatorer, som bruges til at måle praksissens kvalitetsniveau, og der gennemføres årlige praksisbesøg med akkreditering.

I modellen lægges der stor vægt på, at almen praksis skal stimuleres til en selvreguleret udviklingsproces, og vores analyser peger på, at akkrediteringsmodellen medvirker til en proces, hvor de praktiserende læger styrkes i at se udviklingsmuligheder og føre dem ud i livet. Således er det vores vurdering, at den hollandske akkrediteringsmodel kan anvendes som et redskab til at inspirere og uddanne praktiserende læger i at arbejde med organisationsudvikling. Ved etablering af en model for akkreditering i Danmark, vil det være hensigtsmæssigt at foretage selve dataindsamlingen til indikatordelen automatisk gennem udvikling af datafangstmoduler til de eksisterende praksissystemer. Dette vil betyde, at store dele af kvalitetsmålingen kan foretages langt billigere og oftere.

Vores analyse af dette tiltag viser, at man i Holland har udviklet en model, som opleves som brugbar og relevant af de praktiserende læger, men at det ikke er muligt at drage konklusioner om, hvorvidt akkrediteringsmodellen medvirker til bedre behandlingskvalitet eller mere effektiv organisering af almen praksis. Der er stor optimisme, men ingen data til at understøtte det. Dette er dog et problem med kvalitetsmåling generelt.

Multidisciplinære sundhedscentre (Holland)

Ideen om multidisciplinære sundhedscentre i Holland har rødder tilbage til 1970'erne, og var dengang præget af idealer om integreret behandling og professionslighed. Man har fra officiel side støttet ideen om multidisciplinær integration i primærsektoren: Fra 1985 til 2006 med direkte offentlig støtte til etablering og drift af sundhedscentre og siden 2007 med en mere markedsbaseret tilgang, hvor forsikringselskaber stiller krav til sundhedscentrenes organisation og ikke mindst til effekt og dokumentation.

Med regeringsstøtten til etablering af et sundhedscenter i perioden 1985-2006 blev der stillet krav til sundhedscentrene vedrørende organisationsform og inkluderede sundhedsprofessioner. Nu består regeringsstøtten primært af rådgivning af praktiserende læger ved etablering af sundhedscentre, og definitionen af sundhedscentre er som følge heraf blødt kraftigt op. Således er det vanskeligt at komme med helt klare tal for antal sundhedscentre og deres konkrete struktur. Dog kan det konstateres, at omkring 40 % af alle praksis i Holland har etableret formelle samarbejdssamtaler med andre udbydere, og at mellem 2,9-4,2 discipliner i gennemsnit indgår i de multidisciplinære samarbejder.

Det er ikke muligt at finde studier, der kan dokumentere sundhedscentrenes effekt, men reformen på sundhedsområdet i 2006, hvor finansieringen af sundhedscentrene overgik til forsikringselskaberne og nu indgår på markedslignende vilkår, har sat store krav til sundhedscentrene om at udføre 'disease management'-programmer og -systemer til dokumentation af effekt.

Etablering af sundhedscentre har vist sig at være vanskeligt, idet fælles visioner og samarbejde er afgørende. Desuden kræves der en stor arbejdsbyrde af alle implicerede parter, som ikke godtgøres økonomisk. Endelig har rekruttering af dygtige læger vist sig at være afgørende for sundhedscentrenes kvalitet, og ledt til overvejelser om personalet er en mindst ligeså væsentlig faktor som organisationsformen.

Specialuddannede kronikersygeplejersker (Holland)

I 1999 blev der i den hollandske praksissektor indført tilskud til ansættelse af særlige kronikersygeplejersker med målrettet efteruddannelse i behandling og kontrol af kronisk syge (diabetes, KOL og hjertekarsygdomme). Formålet var 1) at medvirke til en aflastning af de praktiserende læger primært i behandlingen af det stigende antal kronisk syge patienter, 2) at knytte sygeplejersker tættere til almen praksis og 3) at medvirke til øget samarbejde mellem forskellige praksis.

Virkemidlerne til ordningen var for det første at etablere et specifikt uddannelsesforløb for disse kronikersygeplejersker. Det blev besluttet, at der kunne rekrutteres til rollen fra både doktor assistenter og primærsygeplejersker, dog blev der stillet særlige krav til doktor assistenterne, da de ikke har en uddannelse på sygeplejerskeniveau. For det andet gav man tilskud til ansættelsen mod en række krav til de praktiserende læger. Således kræver det et samarbejde mellem minimum tre læger at modtage støtte. Det kræver, at der bliver udarbejdet en forretningsplan, som specificerer organisering af ansættelsen, og hvordan praksis vil leve op til en række kvalitetskrav i kronikeromsorgen. Desuden kræves der efterfølgende årlige redegørelser for udviklingen i nøgletal for patientpopulationen.

Initiativet har i vid udstrækning været effektivt til at opnå formålene. Efter 9 år med ordningen er det således 2/3 af praksis i Holland, der har en ansat kronikersygeplejerske. Studier viser, at kronikersygeplejerskerne kan gennemføre kronikerkontrol på et fuldt tilfredsstillende niveau, og at både patienter

og praktiserende læger er meget tilfredse med ordningen. Der er et svagt grundlag for at sige, at kronikeromsorgen er forbedret, men det skal undersøges yderligere for at kunne siges at være ordentligt dokumenteret. Ordningen har kun i begrænset omfang ledt til en aflastning af de praktiserende læger i form af delegering af opgaver, men til gengæld kan det dokumenteres, at ordningen har været effektiv i forhold til at udvikle kronikeromsorgen, og at samarbejdet ikke bare mellem læger og sygeplejersker, men også mellem praktiserende læger, er påvirket i positiv retning.

I Danmark er der med de nuværende aftaler allerede en udvikling i gang, hvor der bliver ansat mere klinikpersonale. Den hollandske ordning giver dog anledning til at overveje, om man ved hjælp af særlig støtte kan øge kravene til kvaliteten af den kronikeromsorg, dette klinikpersonale skal levere. Der har således været krav både til uddannelsen, til øget samarbejde mellem praktiserende læger og til kvalitetssikringen af kronikeromsorgen – herunder krav til implementering af dokumentationssystemer med feedback-mekanismer. En barriere for ansættelse af klinikpersonale i Danmark har blandt andet været, at en del praksis er for små til at understøtte en fuld stilling. Den hollandske model viser, at man kan løse dette ved at skabe incitament til øget samarbejde mellem praksis og ikke behøver at vente på en ændret praksisstruktur med større praksis.

Tværgående diskussion: Hvad kan vi lære af udlandet?

De ovenfor beskrevne tiltag er meget forskellige. De stammer fra lande med meget forskellige sundhedssystemer, hvor de indgår som dele af omfattende reformkomplekser, der kun overfladisk er beskrevet i dette notat. Tiltagene har samtidig forskellige formål og anvender forskellige virkemidler. Når de i forhold til dansk kontekst er interessante, er det fordi, de på forskellig vis adresserer væsentlige spørgsmål om, hvordan det er muligt at sikre en effektiv praksisorganisation i fremtidens almene lægepraksis. Mere konkret kan de tjene som inspiration til udvalgsarbejdet om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen i forhold til kapacitet, kvalitet og sammenhæng.

I det følgende vil vi give en samlet diskussion af de fem tiltag i relation til kapacitet, kvalitet og samarbejde.

Kapacitet

I Danmark vil der over de kommende år ses et faldende antal læger med speciale i almen medicin, og et stigende antal ældre patienter og patienter med kroniske sygdomme. Hvis nutidens serviceudbud skal fastholdes, er det således nødvendigt, at almen praksis i fremtiden gennemsnitligt påtager sig ansvaret for et øget antal patienter.

Erfaringer fra England og Holland peger på, at dette er muligt. I Holland er der i gennemsnit 2406 patienter pr. praktiserende læge, og i England 1732, mod 1484 i Danmark, se tabel 1. Interviewpersoner peger på, at en væsentlig del af forklaringen på, at de praktiserende læger *kan* håndtere et større patientantal, ligger i brugen af praksispersonale. Der er i såvel England som Holland en del mere praksispersonale, end der er i Danmark (ca. 2,4 fuldtidspraksispersonale pr. fuldtidslæge i England og 1,4 i Holland mod 0,9 i Danmark). Angivelserne fra de tre lande er ikke direkte sammenlignelige, men kan alligevel bruges som en grov indikator for forskellene i anvendelsen af praksispersonalet.⁶

Ud fra et aflastningsperspektiv er det værd at notere:

- a. at der i Holland er flere *lægeassistenter*, end der i Danmark er sekretærer (0,7 vs. 0,5 pr. læge), og at lægeassistenterne har en formel uddannelse, således at de – uden lokal oplæring – kan anvendes til at assistere de praktiserende læger i det kliniske arbejde.

⁶ En del af det meget høje antal af administrativt personale i England kan eksempelvis forklares med at *all* personale ansat i praksissektoren tælles med i den engelske opgørelse – herunder også fx bogholdere og havemænd som ikke indgår i de danske og hollandske optællinger.

- b. at der i England er flere *sygeplejersker*, end der er i Danmark (0,5 vs. 0,3), og at sygeplejerskerne i Holland indgår i en speciel ordning, hvor de uddannes specifikt til at overtage store dele af kronikeromsorgen fra de praktiserende læger, og hvor de praktiserende læger får tilskud til ansættelsen.
- c. at der i begge lande gøres brug af *praksis manager* til at varetage den daglige ikke-kliniske ledelse, overordnede styring og – visse steder – strategiske planlægning for praksis. Særligt i større praksis og i praksis organiseret som sundhedscentre.

Der er 50 % mere praksispersonale i Holland end der er i Danmark, og personalet er meget mere standardiseret og målrettet almen praksis. Det kan forklare, at der i hollandske lægepraksis er en noget større kapacitet. Det er dog tvivlsomt, om det kan forklare hele forskellen, og man må stille spørgsmål ved, om de i Holland har et serviceudbud, der svarer til det danske. Det har vi ikke haft mulighed for at undersøge i forbindelse med dette studie.

I England kan det større brug af praksispersonale umiddelbart godt forklare det højere (men ikke meget højere) patientantal.

Fleere interessante pointer knytter sig imidlertid til brugen af praksispersonale som middel til at skabe en større kapacitet.

For det første er det værd at bemærke, at den større brug af praksispersonale både er forenelig med den hollandske struktur baseret fortrinsvis på mindre gruppepraksis, som i nogen grad ligner den danske; og den engelske struktur baseret fortrinsvis på større gruppepraksis.

For det andet er det værd at bemærke, at forskningen viser, at brug af praksispersonale ikke nødvendigvis leder til, at lægerne kan tage flere patienter per læge. Det afhænger for det første af, om personalet benyttes til substitution – overtagelse af arbejdsopgaver fra de praktiserende læger – eller supplement – udførelse af nye opgaver i almen praksis. Begge dele kan ansues som kapacitetsudvidelse, men det er kun substitution, som giver mulighed for, at den praktiserende læge kan tage sig af flere patienter. Selv når der er tale om substitution, kan det være en udfordring at opnå kapacitetsgevinsten, da det kræver, at de praktiserende læger rent faktisk er i stand til at overlade opgaverne til sygeplejerskerne, og ikke fortsætter med *også* at gøre det, sygeplejerskerne gør, eller kontrollere sygeplejerskernes arbejde. Det kræver en stram styring af den praktiserende læges opgaveportefølje at opnå dette. Det kunne muligvis også understøttes vha. honoreringssystemet.

En tredje pointe knytter sig til erfaringen fra England, hvor systemerne med kvalitetshonorering og eksplicite kliniske indikatorer, der i denne forbindelse skal opfyldes, har dannet *basis* for ansættelse af flere sygeplejersker og givet anledning til ny arbejdsdelegering til sygeplejerskerne. Begrundelsen er, at sygeplejersker, snarere end læger, er gode til systematisk at sikre indikatorernes opfyldelse. Det fremhæves imidlertid, at der er en risiko for, at disse systemer fjerner fokus fra patienten til indikatorerne. Denne kritik er især udtalt i England. I Holland benyttes til sammenligning i højere grad formel uddannelse i behandlingsprogrammerne, og selvom der arbejdes efter strukturerede sygdomsprotokoller, foregår der en lokal tilpasning og prioritering af arbejdet. I Danmark anvendes lokale kliniske retningslinjer, ofte baseret på nationale forløbsprogrammer, typisk som grundlag for uddelegering af opgaver til sygeplejersker. Hverken i Holland eller Danmark er der koblet et decideret honoreringssystem til disse indikatorprogrammer. Begge tilgange er mindre firkantede end den engelske model, og tillader i større omfang en fastholdelse af patientfokus. Samlet set kan de tre lande siges at repræsentere tre forskellige strategier til at understøtte praksissygeplejerskers arbejde: a) standardisering af adfærd gennem tvungne it-understøttede indikatorer, der honoreres økonomisk b) standardisering af færdigheder gennem formel uddannelse c) lokalt tilpassede kliniske retningslinjer – hver med deres styrker og svagheder.

En fjerde pointe er, at øget brug af praksispersonale i begge lande har været medvirkende til at forbedre de praktiserende lægers arbejdsvilkår, hvilket kan have bidraget til den øgede rekruttering til faget, man har set de seneste ti år, hvor antallet af praktiserende læger i både Holland og England er øget med 20 %.

Ud over disse fire pointer omkring *brugen* af praksispersonale til forbedring af kapaciteten, må man ud fra et styringsperspektiv nødvendigvis også forholde sig til, *hvordan* praksispersonalet er introduceret. Her repræsenterer såvel Holland som England en kombination af tiltag *oppe- og nedefra*:

Det er fælles for både Holland og England, at det er frit for de praktiserende læger, om de vil løse opgaven selv eller betjene sig af praksispersonale. I Holland er kvaliteten af praksispersonalets arbejde understøttet af deres formelle uddannelse. I England er den understøttet af kvalitetssystemet. For at "sætte skub" på ansættelsen og brugen af praksispersonale er der desuden arbejdet med forskellige former for støtteprogrammer: i Holland eksplicit økonomisk støtte til ansættelse af de specialuddannede kronikersygeplejersker. I England støtte via tilbud om uddannelse af praksispersonalet med kurser i praksisadministration.

Samtidig er det væsentligt at bemærke det tætte samspil mellem det økonomiske honorarsystem og bevægelsen mod en større brug af praksispersonale i begge lande. I Holland indgår det som en del af beregningsgrundlaget for de hollandske praktiserende lægers løn, at de for at kunne opretholde en fuldtidsløn skal have 2350 patienter tilmeldt og 0,8 lægeassistent. Og i England får de praktiserende læger honorar efter opfyldelsen af de specifikke kvalitetsindikatorer, som sygeplejersker opfattes som så velegnede til at sikre opfyldelsen af.

Samlet set synes der på baggrund af erfaringerne fra udlandet at være perspektiv i et større brug af praksispersonale i dansk kontekst. Særligt erfaringerne fra Holland synes inspirerende med det specialuddannede personale og den højere grad af forenelighed med traditionel dansk praksisstruktur.

Kvalitet

Det indgår som en del af kommissoriet for udvalget om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, at udvalget skal beskrive og analysere rammerne for en hensigtsmæssig faglig (og økonomisk) styring og udvikling af almen praksis. Alle fem tiltag, vi har analyseret i forbindelse med dette arbejde, vedrører på forskellig måde spørgsmålet om, hvordan det er muligt at sikre en høj kvalitet i almen praksis. Det gælder mest direkte kvalitetshonorering og praksisakkreditering; men også mere indirekte udvidet praksisbudget, specialiserede kronikersygeplejersker og sundhedscentre.

Betragtes først de to tiltag, der mest eksplicit er rettet mod sikring af en høj kvalitet, nemlig kvalitetshonorering og praksisakkreditering, fremgår det, at der er tale om to tiltag, der tager afsæt i en fælles metode – nemlig opstilling af en række faste kvalitetsindikatorer, og måling af praksis performance inden for disse. Men de to tiltag baserer sig i øvrigt på vidt forskellige virkemidler. I den engelske model er der for hver indikator udviklet succeskriterier, hvis opfyldelse honoreres økonomisk. I den hollandske model danner indikatormålingen afsæt for dialog med en praksisakkreditor om en strategi for udvikling af praksis, og (senere, ideelt set) implementering af denne strategi med henblik på formel "akkreditering".

Vurderes de to modeller snævert efter deres evne til at sikre en høj kvalitet indenfor de fastlagte indikatorer, er der ingen tvivl om, at den engelske model er bedre end den hollandske. Stort set alle lægepraksis i England har tilmeldt sig ordningen, og deres gennemsnitlige målopfyldelse af de prædefinerede succeskriterier ligger tæt på 100 %. Dette skal ses i modsætning til den hollandske model, hvor det indtil videre kun er ca. 20 % af de praktiserende læger, der har tilmeldt sig ordningen, og hvor indikatorerne ikke benyttes til at vurdere målopfyldelse.

Når den engelske model har formået at levere en så høj grad af efterlevelse af de opstillede succeskriterier, kan det både være fordi disse kriterier har været lavt sat, og fordi der følger et økonomisk incitament med. Det er en udbredt opfattelse i England, at succeskriterierne har været lavt sat. Samtidig er der ingen tvivl om, at økonomiske incitamentet virker. Dette er både styrken og svagheden ved den engelske model.

Hvor den hollandske model generelt er populær blandt de hollandske læger, der har valgt at deltage i ordningen, er der langt mere skepsis forbundet med den engelske model. Studier peger på, at den fører til kvalitetsforbedringer indenfor de sygdomsområder, der er berørt af de opstillede indikatorer for klinisk kvalitet (og det gælder både sygdomshåndteringen indenfor de områder, der eksplicit omfattes af indikatorer, og de områder der mere indirekte berøres). Det diskuteres imidlertid både, om ordningen fører til en uhensigtsmæssig mekanistisk behandling og pleje, hvor fokus fjernes fra patienten, og hvor der ikke drages fordel af den professionelle ekspertise; og om ordningen reelt medfører en nedprioritering af de områder, der *ikke* er omfattet af ordningen. Samtidig er det et faktum, at kvalitetsmodellen har været mere omkostningstung end forventet. Honorarernes størrelse var fastlagt på baggrund af en forventning om en målopfyldelse på 70 %, mod et realiseret gennemsnit på 95,5%.

Når den hollandske model umiddelbart er mere populær, kan det ses som udtryk for, at den i mindre grad er "truende" for de praktiserende lægers professionelle autonomi. Indikatorerne følges ikke af konkrete succeskriterier som skal efterleves og honoreres, men anvendes som afsæt for at rejse spørgsmål og facilitere kvalitetsudvikling. De årlige facilitatorbesøg opfattes som givende, men er dyre, og det fremhæves også, at det er arbejdskrævende at udarbejde og implementere de påkrævede udviklingsplaner. Man kan omvendt sige, at forbedringsarbejde under alle omstændigheder kræver en indsats, og hvis de pågældende udviklingsplaner implementeres, kan det lede til kvalitetsforbedringer, som ikke ville være realiseret uden akkrediteringssystemet.

I forbindelse med enhver diskussion af akkreditering som strategi til kvalitetsudvikling er det samtidig nødvendigt at være opmærksom på, at det endnu ikke har været muligt at dokumentere de forventede positive effekter på (klinisk) kvalitet. Det er dog et problem, som gælder alle akkrediteringssystemer og kvalitetsudviklingsmodeller. Det er altså en strategi, der på mange måder er lovende, men hvis forventede gunstige effekt ikke er dokumenteret.

Angående kvalitet er kvalitetshonorering og akkreditering imidlertid ikke de eneste tiltag, der har relevans for den danske debat. Både det udvidede praksisbudget og de specialuddannede kronikersygeplejersker har i Holland og England haft konsekvenser, som det er værd at bemærke i denne sammenhæng.

I forhold til det udvidede praksisbudget var det en utilsigtet konsekvens, at de praktiserende læger begyndte at organisere sig i konsortier – forstået som større grupper af praksis, formaliseret i organisationer eller selskaber – med det formål at forvalte det udvidede praksisbudget. Disse konsortier har vist sig at gennemgå og rationalisere de praktiserende lægers adfærd angående medicinudskrivning og henvisninger til sekundær sektor. I almen lægepraksis har det i årtier været en udfordring at få praktiserende læger til at "blende sig" i hinandens arbejde, og diskutere, udvikle og implementere fælles standarder. Det udvidede praksisbudget har derfor haft en konsekvens, der er særdeles interessant i kvalitetsøjemed, og det må diskuteres, hvordan og hvorvidt lignende resultater vil kunne realiseres i Danmark.

Betragtes *virkemidlet* – det udvidede praksisbudget, hvor de praktiserende læger overtager ansvaret for budgettet for medicinforbrug og "køb" af opgaver i sekundær sektor – er det klart, at det baserer sig på en helt anden tradition, end vi har haft i Danmark. Samtidig er det også klart, at det økonomiske incitament til rationalisering, der ligger indbygget i det udvidede praksisbudget, i kvalitetsøjemed ikke direkte er relevant: Det, de praktiserende læger gives incitament til at indrette deres praksis efter,

er det økonomisk rationelle, idet det antages, at kvaliteten er i orden – ikke det kvalitetsmæssigt rationelle.

Spørgsmålet er, om der kunne udarbejdes en anden form for incitamentmodel, der i højere grad var rettet mod sikring af en høj kvalitet, men som på samme vis arbejdede uden prædefinerede succesriterier på den måde, som kendes fra systemet med kvalitetshonorering i England. I modsætning til både kvalitetshonorering og akkreditering er et af de spændende elementer i konsortierne netop, at de kritisk gransker og fører en dialog om, hvad der bør være praksis uden prædefinerede ude fra kommende standarder.

De specialuddannede kronikersygeplejersker skal desuden nævnes i et kvalitetsperspektiv, fordi de tilsyneladende har været med til at højne kvaliteten i kronikeromsorgen og -behandlingen i det hollandske system. Det gør dem til en kvalitetsstrategi på linje med de mere omfattende kvalitetsmodeller, som også i høj grad er rettet mod behandlingen af de kroniske patienter, men som dog ikke kun har dette fokus. Det samme kan til dels siges om de multidisciplinære sundhedscentre. Da deres fokus imidlertid primært har været på skabelse af kvalitet gennem sammenhæng i sundhedstilbuddet, har vi valgt først at diskutere dem nærmere nedenfor.

Samlet set tilbyder analysen ingen klare svar på, hvordan det er muligt at tilrettelægge en dansk kvalitetsmodel for almen praksis. Den engelske kvalitetshonoreringsmodel er kontroversiel, men synes at have potentiale til at skabe kvalitetsforbedringer i almen praksis, i hvert fald inden for de områder, der omfattes af modellen. Det engelske eksempel viser dog også, at der med kraftige økonomiske incitamenter følger en række ikke-intenderede konsekvenser. Den hollandske akkrediteringsmodel er lovende og kan lede til udviklingen af en forbedringskultur i almen praksis, men den er også omkostnings tung og udokumenteret. Der er perspektiver i en strategi rettet mod at få de praktiserende læger til at granske og kommentere hinandens adfærd i større kooperativer, men der skal tænkes nærmere over, hvordan et sådant resultat vil kunne opnås i dansk kontekst. Specialuddannede kronikersygeplejersker kan være med til at højne kvaliteten af behandlingen af patienter med kroniske sygdomme, men repræsenterer ikke i sig selv en "fuld kvalitetsstrategi".

Sammenhæng

Det indgår som en del af kommissoriet for udvalget om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, at udvalget skal beskrive og analysere rammerne for et hensigtsmæssigt og forpligtende samspil mellem almen praksis og sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og den øvrige del af primærsektoren. Tre af de fem tiltag, vi har analyseret, har pointer rettet mod dette emne. Det gælder først og fremmest det udvidede praksisbudget og sundhedscentre, men også – og mere indirekte – de specialiserede kronikersygeplejersker. De mere overordnede kvalitetssystemer er kun indirekte relevante, i det omfang de styrer perspektiv og aktivitet i almen praksis, og dermed hvad der bruges ressourcer på. Vi vil dog ikke diskutere denne dimension nærmere her.

Ses der først på det udvidede praksisbudget, er tiltaget interessant, fordi det eksplicit har været rettet mod at sikre en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling i grænsefladen mellem almen praksis og sekundær sektor. Dette dels ved incitament til rationalisering af henvisningspraksis, dels ved incitament til insourcing af opgaver.

Ad 1. Rationalisering af henvisningspraksis

I det engelske sundhedsvæsen, har der – på linje med det danske – været en udbredt variation i henvisningspraksis, og det lader til, at det udvidede praksisbudget har kunnet være med til at "rydde op" i denne variation via graskning af praksis og udvikling og implementering af fælles standarder i de nye konsortier. Vi har beskrevet dette ovenfor under kvalitet og skal ikke gengive det i yderligere detaljer her. I forhold til en evt. overførelse til dansk kontekst må det imidlertid nødvendigvis diskuteres, hvilke kvalitetsmæssige konsekvenser det har, når der gives så eksplicit incitament til at begrænse bl.a. hen-

visninger, samt om en tilsvarende ordning "uden videre" vil kunne introduceres i en dansk praksisstruktur og -kultur.

Ad 2. Insourcing af opgaver

I det engelske sundhedsvæsen har der også – og igen på linje med det danske – været en forventning om, at en række opgaver med fordel kunne udlægges fra sygehusene til almen praksis, og i forbindelse med det udvidede praksisbudget er det blevet lagt op til de praktiserende læger at vurdere, hvor det kan være "lokaløkonomisk" rationelt at insource forskellige ydelser. Incitamentet har ført til et mere formaliseret brug af "praktiserende læger med særlige interesseområder", som der henvises til i de nye konsortier, og som udbyder forskellige former for ydelser, der ellers har været udbudt i sekundær sektor.

Indtil videre findes der ingen systematiske evalueringer af effekten af denne praksis i forbindelse med det udvidede praksisbudget – hverken på kvalitet eller økonomi. Et review af lignende initiativer til udflytning af opgaver fra sekundær til primærsektor giver dog anledning til at være på vagt, da de økonomiske gevinster forudsætter, at der reduceres tilsvarende i kapaciteten i sekundærsektoren, hvilket ofte kan være svært at opnå. Desuden har der været stillet spørgsmålstegn ved kvaliteten i brugen af "praktiserende læger med særlige interesseområder."

Det udvidede praksisbudget er imidlertid ikke kun interessant på grund af sine direkte intenderede konsekvenser. I diskussionen om sammenhæng er det af mindst lige så stor interesse, at tiltaget i England har haft den uintenderede konsekvens, at de praktiserende læger fra forskellige lægepraksis har slået sig sammen i konsortier. Konsortierne ligner på mange (men ikke alle) måder de kooperativer, der er dannet i Holland med henblik på varetagelse af forløbsydelse for diabetes. De adskiller sig dog fra kooperativerne ved netop ikke at være sygdomsspecifikke men mere generelt fokuserede enheder (se bilag 3).

Konsortier og kooperativer åbner som nye organisatoriske enheder op for en række interessante muligheder og perspektiver. Fra begge lande nævnes en større åbenhed for ændring via peer-kontrol (beskrevet nærmere under diskussionen om kvalitet), men hertil kommer også muligheden for at indgå forpligtende aftaler med større grupper af læger og praksis. Konsortier og kooperativer har som organisatorisk enhed den fordel, at de på samme tid samler og forpligter større grupper af læger, og giver lægerne mulighed for en mangfoldighed af større og mindre praksisorganisationer (der er ikke krav om at ændre på den enkelte praksisstruktur for at indgå i disse grupper, men der er derimod tit krav til kvaliteten i de aktiviteter, der foretages i praksis).

Skal der arbejdes med konsortier/kooperativer, er det imidlertid nødvendigt at overveje, hvordan disse bliver etableret. I både England og Holland er de opstået som frivillige samarbejder, hvor lægepraksis selv vælger, hvilke andre lægepraksis de vil samarbejde med. Belært af erfaringerne fra England kan man overveje, om der i højere grad skal være krav til sammensætningen af disse organisationer, så de fx følger kommunegrænser og/eller bygger videre på de danske bylægelag? Fordelen ved frivilligheden er "ligesindetheden" – at læger samarbejder med læger, de umiddelbart har lyst til at samarbejde med – hvilket må forventes at give et mere fleksibelt samarbejde og en større kapacitet for kollektivt forpligtende aftaler og peer-kontrol. Fordelen ved større krav til sammensætningen er kompatibiliteten i forhold til det øvrige sundhedssystem – herunder især de kommuner, der skal samarbejdes med.

Samtidig er det ikke irrelevant med hvilket fokus konsortier/kooperativer etableres. Både konsortier og kooperativer har været benyttet til at fungere som samarbejdspartnere for sekundærsektoren i forbindelse med udarbejdelsen af tværsektorielle forløbsprogrammer, men begge steder har erfaringerne været blandede. I England har konsortierne på grund af de incitamentsstrukturer, som ligger i det udvidede praksisbudget, været mere fokuserede på at hjemtage ydelser og effektivisere henvisningerne end på at strukturere samarbejdet med hospitalerne. I Holland har der været stor kritik af, at kooperativerne hiver forløbsprogrammet ud af den organisatoriske kontekst, hvor behandlingen skal

foregå (praksis, hospital med videre), og isolerer det i en sygdomsspecifik organisation. Problemerne retter sig eksplicit mod de formål, der har været med etablering af konsortier/kooperativer. Etableres lignende organisatoriske enheder med et andet formål for øje (fx blot at fungere som en samarbejdspartner der kan indgås forpligtende aftaler med), vil samme problemer ikke nødvendigvis gøre sig gældende.

En anden strategi til at sikre mere sammenhæng kan ses i Holland med udviklingen af multidisciplinære sundhedscentre. Det har den fordel at sikre såkaldt 'horisontal integration' i selve primærsektoren mellem de forskellige primærsektordiscipliner. For det andet kan det set fra sygehusperspektiv være relevant at få primærsektoren samlet som en aktør, der kan træffes forpligtende samarbejdsaftaler med. Det er blandt andet dette argument, de hollandske sundhedscentre sælger sig på: Der er én indgang for borgere såvel som sekundærsektor til primær sundhed. Trods passionerede fortalere og statslige støtteordninger (også økonomiske) indenfor de seneste 20 år må det imidlertid bemærkes, at det fortsat kun er et begrænset antal hollandske lægepraksis, der er organiseret i sundhedscentre. Mange har mere eller mindre formaliserede samarbejder med andre sundhedsudbydere, men få lever op til den oprindelige definition af et sundhedscenter med en lokalsamfundsforankret bestyrelse og repræsentation af en bred vifte relevante sundhedsudbydere (dog ikke den kommunale hjemmepleje). Grunden til dette har blandt andet været, at det har vist sig svært at rekruttere læger til en større andel sundhedscentre, og nogle sundhedscentre har haft problemer med at opretholde en tilstrækkelig god kvalitet som følge af disse rekrutteringsproblemer.

En anden relevant erfaring vedrørende sundhedscentre er, at det ikke pr. automatik har ført til et forbedret samarbejde at samle forskellige sundhedsudbydere under samme tag. Erfaringerne fra Holland peger på, at det er nødvendigt med en fælles vision og mission, samt konkret afstemte handleplaner, for at opnå dette. Man kan i den sammenhæng diskutere betydningen af 'ejerskab' for kvaliteten i de samarbejdsstrukturer som opbygges. For at opnå høj kvalitet i samarbejdet er det af fundamental betydning, at det personale, som har udtænkt og udarbejdet samarbejdsaftalerne, eller er blevet rekrutteret til at fungere under dem, føler et ejerskab til disse. I sundhedscentre, hvor personalet er lønnet, er dette en særlig udfordring, og det har vist sig problematisk i perioder med rekrutteringsproblemer blandt praktiserende læger. På den baggrund er der et stort potentiale i at fokusere mere målrettet på kvaliteten i de konkrete samarbejdsaftaler end på en særlig organisationsform, som det har været tilfældet siden 2006. Især er der med denne pointe i baghovedet grund til se nærmere på skabelsen af incitament til samarbejde mellem udbydere, der kan bibeholde deres identitet som entreprenører og ejere af egen praksis.

Når de specialuddannede kronikersygeplejersker som tiltag også skal fremhæves i diskussionen om sammenhæng, er det fordi de i Holland i vid udstrækning er set som "brobyggere". Dels ved at de i stort omfang er rekrutteret fra hjemmeplejen, og derfor bærer en viden og forståelse for dette system med sig, der kan danne basis for et bedre samarbejde. Dels ved at de i nogle tilfælde udgår fra hjemmeplejen – hvilket dog sker på bekostning af det nære samarbejde til lægerne i den enkelte praksis. Endelig samler de specialuddannede kronikersygeplejersker ofte flere mindre lægepraksis om ansættelsen, og fremtvinger dermed fælles standarder for behandlingen af de aktuelle patientgrupper, og et samarbejdsfællesskab som kan sprede sig til andre områder.

Samlet set er der fra analysen af de fem forskellige tiltag, en række relevante pointer relateret til sammenhæng. Som det absolut mest perspektiverende må imidlertid nævnes trenden mod konsortier og kooperativer. Disse sammenslutninger af lægepraksis, som der kan indgås forpligtende aftaler med, og i hvilke der sker en lettere implementering via peer-kontrol, synes at være en ide, det er værd at overveje nærmere i diskussionen af, hvordan det er muligt at sikre en effektiv organisering i fremtidens almene lægepraksis.

Konklusion

Analysen af organiseringen af almen praksis i England og Holland og af udvalgte tiltag til en mere effektiv organisering viser, at der er en række perspektiver i at hente inspiration fra disse lande i forhold til almen praksis' rolle i fremtidens danske sundhedsvæsen.

Brugen af praksispersonale: Vores analyse viser, at anvendelsen af mere praksispersonale kan medvirke til at øge kapaciteten i almen praksis, og at mere praksispersonale både kan implementeres i en struktur baseret på fortrinsvis mindre praksisenheder og i en struktur baseret på fortrinsvis større praksisenheder.

Hvis man vil opnå en aflastning af den praktiserende læge med ansættelse af mere personale er det dog vigtigt at overveje, hvilke opgaver personalet skal løse. I både Holland og England har mere praksispersonale medvirket til at systematisere og udbygge kronikeromsorgen. Meget tyder på, at det har ledt til kvalitetsforbedringer i behandlingen af de kronisk syge. Hvis man vil opnå en aflastningsgevinst gennem øget praksispersonale, er det imidlertid værd at overveje, hvad det er, lægerne *ikke* længere skal gøre, og hvordan man specifikt kan fremme dette. Erfaringerne fra Holland peger desuden, på at standardiseret personale med uddannelser målrettet bestemte funktioner i almen praksis kan øge effekten af hjælpepersonalet.

Fra Holland og især England har vi set en udbredt brug af praksis managere. Det er værd at undersøge om de praktiserende læger med fordel kunne aflastes for nogle planlægnings-, styrings- og koordineringsopgaver ved udvikling af en funktion som praksis manager. Det har dog ikke været muligt i dette studie at undersøge og dokumentere effekten af et sådan tiltag.

Underordnet hvilke tiltag man lader sig inspirere af, er det vigtigt at se på, hvordan honoreringssystemet kan understøtte ansættelsen af mere praksispersonale. Både i Holland og England har vi set, at der er både direkte og indirekte koblinger imellem brugen af praksispersonale og den honorering lægen modtager. Fx baseres beregningerne af en læges grundløn i Holland på 2350 patienter og ansættelse af 0,8 lægeassistent.

Akkreditering og kvalitetshonorering: Vi har analyseret to forskellige tilgange til kvalitetsforbedring og organisationsudvikling i almen praksis. Den hollandske model med akkreditering og den engelske model med kvalitetshonorering.

Den engelske model er effektiv i forhold til at øge kvaliteten indenfor de målte parametre, men er samtidig dyr, og kan have en række ikke-intenderede konsekvenser i forhold til patientgrupper, der falder uden for honoreringsområderne og i forhold til helhedsorienteret pleje.

Den hollandske model har sværere ved at dokumentere sin effekt – som det generelt er tilfældet for denne type akkrediteringsmodeller. Det har også vist sig sværere at få de praktiserende læger til at tilmelde sig ordningen. Til gengæld er der ros til modellen fra de deltagende parter, og den har potentialet til at fremme en kvalitetsudviklings- og organisationsudviklingstankegang blandt de ansatte i praksis.

Der er således fordele og ulemper ved begge tilgange.

Konsortier og kooperativer: I både Holland og England har vi set en trend mod etablering af konsortier/kooperativer, forstået som sammenslutninger af alt mellem 20 og 150 lægepraksis i formelle samarbejdsorganisationer, hvor der udvikles og implementeres fælles standarder. De hollandske kooperativer og de engelske konsortier leder begge til overvejelser om, hvordan sammenslutninger af praksis i fælles samarbejdsorganisationer kan bidrage til både mere kvalitet i almen praksis og bedre koordinering med andre sektorer. Den bedre kvalitet kan fremmes, fordi denne organiseringsform leder til dialog og peer-kontrol de praktiserende læger imellem. Koordineringen og sammenhængen i sundhedsvæsenet kan disse organisationer potentielt fremme ved at udgøre en samtalepartner for såvel sekundærsektor som kommunal sektor. På trods af kritiske bemærkninger til både kooperativer og konsortier

er er det værd at overveje, om en samling af flere lægepraksis i fælles samarbejdsorganisationer kunne benyttes til at fremme nogle af de mål, der opstilles for almen praksis i fremtidens danske sundhedsvæsen.

Samarbejde i primærsektoren: Vi har i analysen fundet to tilgange til at fremme samarbejdet mellem forskellige discipliner i primærsektoren: a) ansættelse af læger i fondsejede sundhedscentre og b) incitament til at indgå forpligtende samarbejdsaftaler mellem forskellige sundhedsudbydere, fx praktiserende læger, apoteker og fysioterapeuter. Analysen viser, at der er store udfordringer ved den model, hvor læger ansættes i fondsejede sundhedscentre. Blandt andet har det vist sig at være en udfordring over tid at bevare ejerskabsfølelsen til samarbejdet blandt de ansatte læger – især i perioder med rekrutteringsproblemer. Modellen med incitament til at indgå forpligtende samarbejdsaftaler mellem selvstændige sundhedsudbydere kan tage mange organisatoriske former. Selvom der er begrænset erfaring med modellen, er det vores vurdering, at den har potentiale til at kunne løse ejerskabsproblemet ved at bygge ovenpå sundhedsudbydere som selvstændige erhvervsdrivende.

Generelt har det været en væsentlig pointe i vores analyse, at der ikke er én rigtig tilgang til organiseringen af lægepraksis – men tiltag der kombinerer kvalitets- og dokumentationskrav med mulighed for en variation af organisationsformer har bedst mulighed for udbredelse.

Bilag 1 Analyse af fem specifikke tiltag

I dette bilag gengives undersøgelserne af hvert af de fem tiltag: Udvidet praksisbudget (England), kvalitetshonorering (England), praksisakkreditering (Holland), specialuddannede kronikersygeplejersker (Holland) samt sundhedscentre (Holland).

Disse analyser skal give indsigt i, hvordan og hvorvidt de fem tiltag kan medvirke til at skabe en mere effektiv organisering af almen praksis. Hvert tiltag vil blive analyseret under følgende 7 hovedoverskrifter:

- ◆ Formål (hvad er tiltagets formål?)
- ◆ Virkemidler (hvilke virkemidler anvendes?)
- ◆ Virkemidler til implementering (hvilke virkemidler er anvendt til at sikre en vellykket implementering?)
- ◆ Effekt (hvad er effekten af tiltaget?)
- ◆ Finansiering (hvordan er tiltaget finansieret?)
- ◆ Barrierer (hvilke barrierer har der været for implementering af tiltaget, og hvad er gjort for at imødegå disse?)

Analyserne er baseret på:

- a. interview med informanter (i Bilag 6 er der en liste over alle informanter, og hvilke afsnit de har bidraget til).
- b. relevant litteratur – såvel policy-dokumenter som forskningslitteratur (i Bilag 4 er der en redegørelse for den anvendte litteratur for hvert tiltag).

Udvidet praksisbudget (England)

Formål

Udvidet praksisbudget er en frivillig ordning, der giver de praktiserende læger mulighed for at få overført mere beslutningskompetence til deres praksis via et udvidet praksisbudget. De praktiserende læger overtager beslutningsansvaret for at bestille sundhedsydelser til deres tilmeldte patienter fra Primary Care Trust (PCT)⁷. Hvis praksissen kan spare penge på bestillingerne, kan den beholde et eventuelt overskud af budgettet til investering i praksissen.

Udvidet praksisbudget er et led i regeringens strategi for at styrke processen omkring bestilling af sundhedsydelser. Formålet med at overføre beslutningskompetence til de praktiserende læger er, i henhold til det engelske sundhedsministerium, at give dem et incitament til en højere grad af kontrol med deres henvisninger og medicinudskrivinger, samt til at løse flere opgaver i egen praksis. Hensigten er således, at den praktiserende læge under det nye system vil udbyde flere ydelser selv og udvikle lokalt tilpassede ydelser, der førhen blev varetaget i sygehusregi (3; 4).

Regeringen forventede ved introduktionen af udvidet praksisbudget blandt andet at opnå:

- ◆ En større variation i udbuddet af ydelser
- ◆ Flere udbydere af ydelser i lokaliteter tættere på og mere tilgængelige for borgerne

⁷ PCT'er er den primære administrative organisation i det engelske sundhedssystem. PCT'er har ansvaret for 200.000-500.000 mennesker. De står for at organisere tilbuddene i primærsektoren, og de har bestiller-opgaven for sundhedsydelser i sekundær og tertiærsektoren.

- ◆ Mere effektiv udnyttelse af ydelser
- ◆ Større involvering af frontlinjemedarbejdere i 'bestillings'-beslutninger
- ◆ En styrkelse af bestillerrollen i relation til udbyderne af sundhedsydelser (5).

Virkemidler

Grundtanken i udvidet praksisbudget er at skrue et system sammen, der for det første giver forudsætningerne for, at praktiserende læger kan deltage i prioriteringen og planlægningen af sundhedsydelser – både til den enkelte patient og til den samlede patientpopulation i en praksis, og som for det andet skaber incitamenter til, at praksis behandler patienterne så vidt muligt selv i det primære sundhedssystem, og sekundært indkøber sundhedsydelser til patienterne så effektivt og billigt som muligt andre steder i systemet.

England indførte allerede i 1990'erne et internt marked for sundhedsydelser for det sekundære og tertiære sundhedsvæsen med en deling mellem bestillermyndigheder og leverandører. I dag er den primære bestillermyndighed de 152 PCT'er. Med udvidet praksisbudget decentraliseres bestillerrollen yderligere fra PCT'en til enkeltpraksis – eller, som det har vist sig, især til grupper af praksis – også kaldet 'konsortier', se den nærmere beskrivelse side 28.

Det er vigtigt at understrege, at selvom udvidet praksisbudget i England blev indført som et nyt initiativ i 2006, så trækker det historiske tråde tilbage til tidligere initiativer i almen praksis. Mange har beskrevet tiltaget som en tilbagevenden til et koncept kaldet GP Fundholding fra 90'erne. Vi vil ikke her gå i dybden med forskellene på de to ordninger, men blot understrege, at da det udvidede praksisbudget blev indført, kunne mange praktiserende læger genkende flere elementer i ordningen, og især praktiserende læger som havde haft succes med og været tilfredse med GP Fundholding gik hurtigt i gang med det udvidede praksisbudget og havde relativt nemt ved at fange ideerne i initiativet (6).

For at kunne decentralisere beslutninger om bestilling af sundhedsydelser fra PCT til enkeltpraksis og/eller konsortier har det været nødvendigt at udvikle en række nye redskaber.

Indikative budgetter: For det første har regeringen pålagt alle PCT'er at udarbejde et indikativt budget for den enkelte praksis. Et indikativt budget er den andel af en PCTs samlede budget til bestilling af sundhedsydelser, som en praksis har ret til. Det indikative budget kan deles op i flere dele:

- ◆ et budget for elektive behandlinger (som er omfattet af PbR - en engelsk version af DRG-taktstyring)
- ◆ et budget for akutindlæggelser
- ◆ et budget for psykiatri
- ◆ et budget for hjemmesygepleje, sundhedspleje og andre 'community services'.

I første omgang bestod udarbejdelsen af indikative budgetter 'blot' i at opdele det historiske forbrug i PCT'en på enkeltpraksis. For elektive behandlinger under PbR har dette været relativt simpelt, da de i forvejen er splittet op i enkeltydelser. Men for de øvrige ydelser, hvor de fleste bliver leveret på basis af 'blok-kontrakter' mellem PCT'en og en udbyder, har det vist sig at være en meget stor udfordring for PCT'er at levere præcise indikative budgetter for den enkelte praksis.

Den såkaldt 'historiske' tilgang til fastlæggelse af det indikative budget har den ulempe, at den forfordeler de praksis, som længe har gjort en ekstra indsats, da deres historiske forbrug af samme årsag vil være lavere end praksis, som har haft et mindre effektivt forbrug. Regeringen har derfor udarbejdet et nyt udregningsprincip kaldet 'fair share', som PCT'er kan benytte, når de skal fastlægge en praksis' 'rimelige andel' af det samlede PCT-budget. Et særligt beregningsredskab er udviklet og udfyl-

des for hver praksis, hvor praksispopulationen brydes ned med alder, køn, morbiditet og forholdes til offentlige folketællinger og socio-økonomiske data. Beregningsredskabet giver dermed et bud på den enkelte praksis' 'rimelige andel' af det samlede PCT-budget (7; 8).⁸ Regeringen anbefaler PCT'er, at de i løbet af de kommende år skal overgå glidende til fair share-modellen, men at den skal indføres med lempe og altid med mulighed for særlige hensyn. I dag benytter de fleste PCT'er en blanding af de to tilgange til beregning af det indikative budget.

Besparelsesdeling: Mens etableringen af budgetgrundlaget har været en forudsætning for, at praksis kan gå ind i arbejdet med udvidet praksisbudget, så har drivkraften i tiltaget været tilbuddet til praksis om at kunne beholde 70 % af alle besparelser på bestilling af sundhedsydelser.⁹ Der er et krav om, at de penge, som en praksis sparer ved ændret forbrug af sundhedsydelser bruges til re-investering i praksis. Med andre ord kan de sparede midler ikke benyttes til indtægtsstigninger for praktiserende læger og praksisansatte.

Tilsammen betyder dette, at praksis eller konsortier af praksis nu får detaljerede informationer om de budgetmæssige konsekvenser af deres medicinudskrivning og henvisningspraksis, og samtidig får de mulighed for at 'score gevinsten', hvis de kan effektivisere på disse områder. Konkret kan dette gøres på to forskellige måder:

- c. praksis/konsortier kan agere som bestillingsmyndighed og effektivisere organiseringen af ydelser for patientpopulationen (ved at effektivisere patientforløbene, øge antallet af udbydere og dermed øge konkurrencen og ved at reducere spild)¹⁰
- d. praksis/konsortier kan gå i gang med at udvikle og tilbyde nye ydelser, selv som en 'udvidet primær sektor udbyder'¹¹ (4).

Tanken er, at de to formål – effektivisering og investering i nye ydelser – skal understøtte hinanden, således at besparelser gennem en mere effektiv bestillingsstrategi skal finansiere nye ydelser, som kan lede til yderligere effektiviseringer.

Virkemidler til implementering

For at få praksis til at melde sig til udvidet praksisbudget-ordningen har regeringen i 2006-2007 haft et særligt tilskud til praksis, der tilmeldte sig. Bonussen var delt i to – en del blev udløst, når en praksis var tilmeldt, og anden del når udvidet praksisbudget-planen blev ført ud i livet (for en beskrivelse af hvad en udvidet praksisbudget-plan er: se bilag udvidet praksisbudget1). Det har medvirket til, at 96 % af alle praksis i England havde tilmeldt sig udvidet praksisbudget-ordningen i 2007. Men selvom næsten alle praksis er tilmeldt, er det stadig langt fra alle, der har indgået konkrete forretningsplaner med deres PCT. Det er fortsat tanken, at der skal være incitamentsprogrammer for udbredelsen af udvidet praksisbudget, men det er nu PCT'en lokalt, der skal udforme disse, og de skal typisk knyttes til indførelsen af særlige ydelser, som ønskes indført via udvidet praksisbudget. 62 % af de adspurgte praksis svarer, ifølge en GP survey regeringen har bestilt, at deres PCT for budgetåret 2007/08 har indført incitamentsprogrammer for udvidet praksisbudget (9). Eksempler på lokale incitamentsprogrammer er:

- ◆ bonus for screening af receptudskrivning
- ◆ bonus for deltagelse i møder vedrørende udvidet praksisbudget

⁸ Man kan få adgang til beregningsredskabet her:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127155

⁹ De resterende 30 % af besparelserne skal tilfalde PCT'en, der således også har en interesse i at fremme besparelser på indkøbet af sundhedsydelser.

¹⁰ Et eksempel herpå kan være en målrettet indsats i forhold til medicinudskrivning, hvor recepter gennemgås og analyseres for hele praksis, og læger med særlig højt medicinforbrug bedes redegøre for baggrunden for det særligt høje forbrug.

- ◆ bonus for implementering af budgetstyringssoftware

I nogle PCT er der desuden arbejdet aktivt med etablering af konsortier, der matcher lokale kommunegrænser. Dette har dog mødt nogen modstand blandt de praktiserende læger, se også afsnittet om Barrierer på side 33.

Effekt

Det er meget tidligt at sige noget håndfast om effekten af tiltaget, der først for alvor kom i gang i 2006. Som beskrevet neden for under barrierer har der været problemer med at få implementeret ordningen i det tempo, regeringen havde forventet. De kvantitative studier viser dog fortsat en meget stor opbakning til initiativet blandt engelske praksis. 62 % af de adspurgte praksis svarer 'tend to support' eller 'strongly support' udvidet praksisbudget som policy. Kun 17 % 'tend to oppose' eller 'strongly oppose' (9). Der er således grund til at tro, at tiltaget vil blive udbredt og få stadig større effekt i den kommende tid.

Nedenfor sammenfattes effekterne af tiltaget, som de er fremhævet i litteraturen og ved interview. Først redegøres for etableringen af konsortier – en ikke intenderet, men vigtig effekt af udvidet praksisbudget. Dernæst diskuteres erfaringerne med a) effektivisering og b) investering i nye ydelser i de konsortier, der har været "early adopters" af ordningen. Endelig fremhæves den markante og ikke intenderede effekt af udvidet praksisbudget, at de praktiserende læger ændrer holdning til peer-kontrol, således at praktiserende læger under udvidet praksisbudget accepterer endog meget høj grad af udefra kontrol af deres adfærd.

Etablering af konsortier

Da regeringen lancerede ideen med udvidet praksisbudget, var der ingen bestemmelser om, hvordan praksissektoren skulle organisere deres nye rolle som 'bestillere'. Det viste sig dog hurtigt, at man langt de fleste steder valgte at organisere sig i grupper af praksis. Disse grupper af praksis kaldes 'konsortier' og er frivillige sammenslutninger af praksis, som puljer deres praksisbudgetter sammen og står for indkøb og design af nye ydelser i fællesskab.

Fordi konsortierne har været frivillige sammenslutninger af praksis, er der meget stor forskel i antallet af konsortier pr. PCT, og antallet af patienter der dækkes af et konsortium. Af et kvantitativt studie fra foråret 2007 fremgår det, at der typisk er omkring 2-9 udvidede praksisbudget-konsortier i en PCT, og at et konsortium typisk dækker mellem 20.000-100.000 patienter. Der findes imidlertid samtidig et stort mindretal på 27 % af udvidet praksisbudget-konsortierne, der har ansvaret for mere end 100.000 patienter, og 364 praksis har valgt at deltage i udvidet praksisbudget som enkeltpraksis (2).¹²

Undersøgelser viser samtidig, at konsortierne varierer betydeligt i omfanget af ydelser, de har overtaget bestillingsansvaret for, og at der er meget forskellige niveauer af forpligtelse i de samarbejder, der bliver indgået. De mest vidtgående konsortier har formaliseret samarbejdet i en selskabsform. Men de fleste nøjes med at formulere forpligtende samarbejdsaftaler, som skal underskrives, og hvor der er tilknyttet en slags vedtægter, som fastlægger styring og finansiering (3; 6; 7). Disse aftaler kan dog være meget detaljerede og indeholde en række forpligtelser til blandt andet deltagelse i møder og til efterstræbelse af særlige målsætninger.

¹¹ Et eksempel herpå kan være henvisning af alle hudproblemer til en praktiserende læge i samme praksis, eller i anden praksis inden for samme konsortium som har en særlig interesse for dermatologi. Kun hvis han ikke kan klare problemet, får patienterne en henvisning til en speciallæge.

¹² Denne undersøgelse blev gennemført i forsommeren 2007, og da der er stor bevægelse på området, kan tallene have ændret sig allerede. Tendensen til at konsortier dominerer er dog klar og konstant.

Selvom konsortierne er opstået organisk og som de praktiserende lægers svar på tiltaget, så har såvel regering som PCT'er været hurtige til at adoptere denne tilgang til udvidet praksisbudget. I de senere policydokumenter fra regeringen beskrives konsortierne faktisk som en mulighed 'mange vælger'. Principielt set er det dog fortsat den enkelte praksis, der 'ejer' sit budget og kan vælge at bruge det alene eller med andre. PCT'erne har også været glade for udviklingen af konsortier, da de ellers ville skulle håndtere rigtig mange enkeltpraksis med forskellige bestillingsplaner. Men mange PCT'er har godt kunnet tænke sig mere magt over etableringen af konsortier, og der er flere eksempler på PCT'er, der har presset på for etableringen og en særlig sammensætning af konsortier. Vores interviewpersoner anser etableringen af konsortier for at være en væsentlig følge af udvidet praksisbudget, og som vi kommer ind på nedenfor, har det vist sig at være et magtfuldt virkemiddel i forhold til realisering af de oprindeligt forventede effekter vedrørende effektivisering og udbud af nye ydelser (6; 10).

Effektivisering

Det er som sagt meget tidligt at sige noget håndfast om effekten af udvidet praksisbudget, som blev indført i 2006. En kvalitativ undersøgelse af de konsortier, der var 'early adopters' af udvidet praksisbudget peger imidlertid på en række forskellige måder, hvorpå de forventede effektiviseringsgevinster kan opnås.

Forløbsprogrammer: En første type tiltag til effektivisering er udviklingen af forløbsprogrammer, hvor et systematisk samarbejde med sekundærsektoren er nødvendigt. Teorien er, at gennem udarbejdelse af forløbsprogrammer, hvor både praksis og hospital er enige om fordelingen af opgaver og kriterier for denne fordeling, vil det være muligt at reducere akut-indlæggelser, ambulante besøg, opfølgingsbesøg, og gennemsnitlig liggetid (11). NPCRDCs kvalitative studie viser, at der har været varierende succes med at udvikle sådanne programmer. Især for PCT'er med flere og overlappende konsortier har det været en udfordring at udvikle forløbsprogrammer, da såvel hospital som PCT primært ønsker forløbsprogrammer for hele PCT'en. Det vil ofte være et element i forløbsprogrammet at udlægge dele af den ambulante behandling til primærsektoren. Her vil PCT og hospital foretrække en ensartet struktur for alle patienter, hvilket kan være problematisk ved flere forskellige konsortier med forskellige interesser i udvikling af ydelser og omprioritering i bestillingen af sundhedsydelser. Konklusionen er, at selvom der er stor aktivitet i udviklingen af forløbsprogrammer, bliver disse ofte oplevet som bureaukratiske, og der er indtil videre kun begrænset dokumentation for, at praktiserende læger rent faktisk følger programmerne. Forfatterne anerkender dog, at det kan ændre sig i løbet af 2008, især på områder hvor forløbsprogrammerne understøtter et andet af regeringens generelle mål om en øvre grænse for ventetid på 18 uger (11).

Medicinudskrivning: En anden type tiltag til effektivisering af de eksisterende ydelser er målrettet arbejde med at reducere forbruget på medicin. Der er mange eksempler på, at udvidet praksisbudget har ledt til en stor indsats på dette område. Konsortier nedsætter således arbejdsgrupper, der kan gennemgå medicinudskrivningen og påpege unødvendig eller unødvendig dyr medicinudskrivning. Det kan eksempelvis dreje sig om at få så mange patienter som muligt over på simvastatin (det billigste statin-præparat), eller målrettet sørge for, at alle læger udskriver de generiske præparater.

Begrænsning af sekundærforbrug: En tredje type tiltag til effektivisering er ved målrettet at forsøge at begrænse antallet af indlæggelser og henvisninger til sekundærsektoren. Det kan både ske gennem udviklingen af nye ydelser og tilbud, som afløser opgaver, der før blev udført på hospitalerne. Men der kan også være tale om indsatser af mere forebyggende karakter.

Kath Checkland giver et eksempel på det sidste fra sin kvalitative undersøgelse af effekten af indførelsen af udvidet praksisbudget. Hun beskriver, hvordan et af de observerede konsortier i analyser af forbruget på akutindlæggelser fandt et markant højere forbrug for en enkelt praksis i konsortiet. Nærmere analyser af denne praksis viste, at det var en enkelt patient, der stod for stort set hele

ekstraforbruget. Efter gennemgang af denne patients journal tegnede der sig et billede af en utryg ældre ensom patient med mange forskellige kroniske helbredsproblemer. Patienten havde udviklet et reaktionsmønster, hvor han ringede efter ambulancen og blev indlagt, hver gang han blev usikker eller forvirret. Ved at sammensætte et behandlingstilbud primært bestående af hjemmesygepleje lykkedes det konsortiet helt at fjerne dette overforbrug på akutindlæggelser og dermed opnå en besparelse på 300.000-500.000 kr. (6). Det interessante i denne sammenhæng er, at det faktisk lykkedes konsortiet, at opnå en besparelse på et område, hvor de praktiserende læger normalt ingen rolle spiller – nemlig der hvor patienten via det akutte system får direkte adgang til sekundærsektoren uden om de praktiserende lægers gatekeeper-funktion. Incitamenterne i udvidet praksisbudget gjorde det pludselig interessant for de praktiserende læger at gå ind og skruet et bedre og langt billigere tilbud sammen til den pågældende patient.

Generelt har der i henhold til Kath Checkland været stor aktivitet i de undersøgte konsortier i forhold til at begrænse forbruget af sekundærydelser. På praksisniveau har man indført peer-review af henvisninger, hvor henvisningsmønstre for enkelte læger undersøges og sammenlignes. Man har gennemført aflysninger af opfølgende ambulante besøg, som blev vurderet unødvendige, og som eksemplet oven for viste, har man forsøgt at identificere høj-risiko eller højt 'forbrugende' patienter, og forsøgt at sammensætte særlige behandlingspakker til disse (6).

Fremme konkurrence i sekundærsektor: En sidste type tiltag til effektivisering, som var blandt regeringens erklærede målsætninger med udvidet praksisbudget, er fremme af konkurrence i sekundærsektoren gennem en styrkelse af bestillerrollen, så man bliver bedre til at presse udbydere af ydelser i sekundær/tertiærsektoren. Regeringens tanke med konstruktionen var, at ved at involvere klinikerne fra primærsektoren ville man kunne styrke den bestillerfunktion, som ligger hos PCT'er, hvor det primært har været varetaget af administrativt personale. Vurderingen har været, at hospitalerne har været alt for magtfulde og siddet for tungt på den medicinske ekspertise, og således haft en alt for stærk rolle i forhandlinger med PCT'er om omfang og omkostninger af de ydelser, der skulle leveres. De praktiserende læger kunne for det første bibringe bestillerfunktionen i PCT'er en klinisk kompetence til at matche specialisterne på sygehusene, for det andet kunne de praktiserende læger medvirke til at presse hospitalerne gennem at udvikle alternative udbydere af nogle ydelser, eller de kunne fremme konkurrence mellem hospitaler på vegne af deres patienter.

Erfaringerne indtil nu har vist meget få tiltag fra konsortiers side i forhold til at styrke presset på kontraktholderne i sekundærsektoren. Det kan ikke udelukkes, at der i fremtiden vil blive mere aktivitet på dette område, men indtil videre har de undersøgelser, der har været foretaget ikke vist nogle markante ændringer i styrkeforholdet mellem bestillere og leverandører inden for de ydelser, der bestilles i sekundærsektoren. Til gengæld har der været en del aktivitet i forhold til at hjemtage visse ydelser fra sekundærsektoren til primærsektoren.

En af vores interviewpersoner påpeger, at der er et indbygget modsætningsforhold i regeringens målsætninger med udvidet praksisbudget. På den ene side ønsker regeringen, at konsortier medvirker til at udvikle forløbsprogrammer og fremme integrationen og planlægningen af ydelser på en mere rationel og effektiv måde i samarbejde med sekundærsektoren. På den anden side ønsker regeringen, at konsortierne skaber langt flere valgmuligheder for patienterne og medvirker til at pluralisere udbuddet på sekundærsiden og udvikle konkurrerende tilbud i primærsektoren. Fra forskere og kommentatorers side vurderes disse mål i vid udstrækning at modarbejde hinanden, men regeringen fastholder i interviews gennemført af NRPDC, at de godt kan forenes (6).

Erfaringen indtil nu er, at konsortier og praktiserende læger gør meget lidt for at øge konkurrencen og antallet af leverandører. En af de primære årsager til dette er, at patienterne ganske enkelt ikke efterspørger valgmuligheder. Brugerundersøgelser viser, at det er helt andre emner der optager patienterne. Samtidig har hverken praktiserende læger eller sekundærsektoren nogen egeninteresse i at øge

antallet af udbydere. Derfor har udvidet praksisbudget ikke medvirket til at nå regeringens målsætning på dette område (6).

Udvikling af nye ydelser

En af de eksplicite målsætninger med udvidet praksisbudget har været at skabe incitament til, at almen praksis deltager i udviklingen af nye ydelser, som vil muliggøre en udflytning af opgaver fra hospitaler til praktiserende læger. Som beskrevet oven for har der på trods af aktivitet på området været problemer med at få konsortier og praksis under udvidet praksisbudget til at reorganisere behandlingen på en måde, der er integreret med sekundærsektoren. Der har til gengæld været stor interesse i at udvikle og tilbyde ydelser, hvor praktiserende læger kan overtage opgaver uden input fra hospitaler eller andre udbydere (11). Det har blandt andet drejet sig om:

- ◆ Anti-koagulationsyndelser
- ◆ Diabetesyndelser
- ◆ Udvidet behandling til plejehjemspatienter
- ◆ 24timers blodtryksmonitorering.

Især på konsortieniveau har man flere steder arbejdet målrettet med brugen af såkaldte GPSIs (GPs with special interests). Dette omfatter praktiserende læger, som har udviklet en særlig interesse inden for et specifikt område – diabetes, gynækologi, dermatologi etc. I visse konsortier har man dermed indført et todelt henvisningssystem, hvor praktiserende læger i konsortiet først henviser til en GPSI, som så tager sig af patienten og kun hvis denne praktiserende læge ikke kan løse patientens problemer bliver vedkommende henvist til sekundærsektoren.

Der er en vis kritik – også internt blandt de praktiserende læger – af disse ordninger. Kritikken går på, at disse lægers kvalifikationer er uklart defineret og deres kompetenceområde uklart afgrænset. Speciallægerne på hospitalerne har især været kritiske.

En anden kritik vedrørende brugen af GPSIs er, at det rummer en fare for på sigt at udhule kompetenceniveauet i sundhedsvæsenet. Forudsætningen for at praktiserende læger med særlige interesser kan opretholde deres færdigheder inden for et område er, at de kan få supervision og træning hos speciallæger. Hvis man i stigende grad lader GPSIs overtage speciallægerens funktion vil der på længere sigt være færre speciallæger til at supervisere og træne de praktiserende læger. Man risikerer således at udhule kompetencerne i sundhedssystemet med disse ordninger, lyder kritikken (12).

Endelig er det fremført som en mere generel kritik af praksissektorens iver efter at udvikle nye ydelser, at de praktiserende læger let ender i en interessekonflikt, når de vælger at bestille ydelser til deres patienter hos sig selv. PCT'er har dog en vis kontrol med disse ydelser, da de skal godkende forretningsplaner for alle nye ydelser, som en praksis eller et konsortium vil tilbyde. I den komite, som skal stå for godkendelsen, må der ikke være repræsentanter for de praksis eller konsortier, som er involveret i tilbuddet. Så der er en vis accountability-sikring i forhold til denne problemstilling (læs mere om ansvarsfordeling og accountability i Appendiks side 36).

Forandringer i GP-adfærd og i legitimiteten i udefra kontrol af adfærd

Et markant – og ikke-intenderet – resultat af udvidet praksisbudget har været den iøjnefaldende ændring i de praktiserende lægers holdning til og accept af kontrol og indblanding i deres adfærd udefra. Kath Checklands undersøgelse viser, at delingen af performance-data på enkelt-læge-niveau og deltagelsen i gensidigt forpligtende konsortier har ledt til stor massiv udefra indblanding i så følsomme aktiviteter som henvisningsbeslutninger og behandlingsbeslutninger for enkeltpatienter. Således har lægerne været parate til både at granske hinandens adfærd og kommentere på den. I flere konsortier

blev der fundet direkte indgriben i praksis, som præsterede dårligt i forhold til budgettet med henblik på forandring. Bonnie Sibbald påpeger i vores interview det interessante i, at mens det var regeringens eksplicitte formål med udvidet praksisbudget, at praktiserende læger skulle presse sekundærsektoren til mere effektivitet, så har det i praksis vist sig, at effekten i langt højere grad har været, at de presser hinanden til højere effektivitet. Derimod har der endnu ikke været nævneværdige resultater i forhold til at øge presset på sekundærsektoren (12).

Det er Kath Checklands vurdering, at denne accept i høj grad handler om, at kontrollen og indblandingen bliver udført af 'ligemænd' (peers) – dvs. andre praktiserende læger. Desuden er udvidet praksisbudget-konsortierne kendetegnet ved at være frivillige sammenslutninger, hvor lægerne selv har valgt deres samarbejdspartnere. Dette kan også spille en rolle i forhold til accepten af denne indblanding. Kath Checkland understreger, at disse former for forandringer på mikroniveau kan være svære at måle og kvantificere – især på dette tidlige stadie – men den kvalitative undersøgelse indikerer, at der er tale om reelle og markante forandringer i de praktiserende lægers adfærd.

Finansiering

Udgangspunktet for udvidet praksisbudget er, at tiltaget ikke kun er selvfinansierende, men at det på sigt også vil kunne spare penge. Som beskrevet før har logikken i tiltaget været, at ved at styrke 'bestiller'-siden vis-a-vis udfører siden – idet vil primært sige hospitalerne – kunne man opnå besparelser på sundhedsvæsenet. Det har samtidig været tanken, at udvidet praksisbudget ville lede til yderligere opgaveglidning fra sekundær til primærsektor, hvilket også forventes at kunne lede til besparelser. Under interviews med højtstående tjenestemænd fra sundhedsministeriet, som NPRDC har gennemført, er det fremgået, at regeringens helt overskyggende hovedformål med tiltaget har været at spare penge (6).

I forhold til målsætningen om at få bedre og billigere kontrakter med hospitalerne, viser vores analyse foreløbig ingen markant udvikling i den ønskede retning. Det kan være, at problemer med budgettering og det tidlige stadie af tiltaget er medvirkende til, at ingen effekt kan konstateres her på nuværende tidspunkt.

Til gengæld tyder vores analyse på, at der er stor aktivitet i forhold til at hjemtage ydelser fra sekundærsektoren. Det er forventningen, at mange opgaver kan løses langt billigere af praktiserende læger end af specialister på hospitalet. Denne aktivitet med udflytning har dog ledt til en særlig problemstilling. Mange af de opgaver de praktiserende læger hjemtager, er opgaver finansieret via PbR (svarende til DRG-takster). Disse takster sættes nationalt, og er baseret på et særligt case-mix. Da de praktiserende læger typisk kun hjemtager de simple opgaver, vil det påvirke det case-mix, som ligger til grund for hospitalstaksterne. Når de praktiserende læger derfor kan tilbyde disse ydelser til lavere takster, kan det til dels forklares med, at case-mixet i de opgaver, de hjemtager, er væsentligt forskelligt fra det case-mix, der ligger bag hospitalstaksterne. Hospitalerne er nu begyndt at kræve, at taksterne på de områder, hvor der er stor aktivitet i almen praksis, bliver genforhandlet.

Man kan også sætte spørgsmålstegn ved den grundlæggende tese i, at udlægning af ydelser fra hospitaler til almen praksis nødvendigvis gør det billigere. NPRDC har gennemført et review af netop dette spørgsmål, som viste, at indsatser, som begrænser henvisninger og flytter ydelser fra hospital til primærsektoren, godt kan lede til reduceret aktivitet på sygehusene, men risikerer også at gå ud over kvaliteten. Reviewet viste desuden, at besparelserne ved udflytningen blev udhulet af den generelle stigning i udbudsvolumen samt som følge af tabet af stordriftsfordele (13).

Det er således svært på nuværende tidspunkt at sige noget klart og endegyldigt om, hvorvidt udvidet praksisbudget på dette område har medført besparelser samlet set – og i så fald i hvilket omfang (6; 10).

På lokalt niveau er der desuden en række udgifter til administration af ordningen, som ifølge NPRDCs undersøgelse har været undervurderet. I to ud af de tre konsortier, som indgik i deres dybdegående kvalitative analyse, forventedes administrationsudgifterne til ordningen at overstige eventuelle besparelser. Det er især udgifter til praktiserende lægers ekstra administrative arbejde og udgifter til analyse af budgetter og aktiviteter, som koster. For at de forventede besparelser kan opnås, er det vigtigt, at de nye administrative opgaver, som er forbundet med udvidet praksisbudget, holdes på så lavt et niveau, at eventuelle effektiviseringer ikke bliver ædt op af nyt bureaukrati (6; 11).

Barrierer

Budgetproblemer: De tre kvantitative undersøgelser, vi har fundet af udvidet praksisbudget, tegner et billede af et tiltag, som har haft svært ved at komme i gang. Der har for det første været problemer med forudsætningerne – etableringen af et godt budgetgrundlag. Ifølge en undersøgelse bestilt af det engelske sundhedsministerium blandt praksis i England¹³ er det i foråret 2008 kun 21 % af de adspurgte praksis, der vurderer, at det indikative budget har ændret deres måde at fungere på.¹⁴ I forhold til udviklingen af nye ydelser er det 52 %, der siger, at de ikke har bestilt nye ydelser, og 66 % som ikke selv har udviklet nye ydelser som følge af udvidet praksisbudget (9).¹⁵ Dette billede understøttes af to andre kvantitative undersøgelser af holdningerne blandt praksis under udvidet praksisbudget (5; 14). Der er således mange praksis, som formelt set er blevet tilmeldt udvidet praksisbudget, og som har modtaget de incitamentstilskud, som regeringen udbød i 2006/2007, men som reelt ikke har gjort andet end at udarbejde en udvidet praksisbudget-plan med nogle målsætninger. Bestillingerne og kontrakterne er fortsat de samme, som dem PCT'en havde indgået med forskellige leverandører, og der er ikke foretaget reelle ændringer af bestillingspraksis (10).

Baggrunden for den træge start kan blandt andet findes i vanskeligheder med brugen af de indikative budgetter. Den kvalitative undersøgelse af konsortier, som tidligt gik i gang med udvidet praksisbudget, viser således, at det har skabt en del problemer for funktionen af udvidet praksisbudget, at PCT'er har haft så svært ved at levere korrekt og præcis information om budgetterne i tide. Flere af de deltagende konsortier forklarer, at de ikke har haft nogen mulighed for at vurdere, hvordan de klarer sig i forhold til budgettet. Problemerne med behandling af budgetinformationer findes også på konsortiernes egen side. Mange konsortier har således ikke fundet ud af, hvordan de kan bruge informationen bedst – selv når den bliver leveret til rette tid og i god kvalitet. Især opleves meget af informationen som kompliceret, uigennemskuelig og svær at fortolke (11).

Administrative barrierer: Budgetområdet er en af de primære barrierer, men også mere generelt i forhold til administrationen af udvidet praksisbudget har erfaringerne indtil videre vist, at der er en række barrierer. Det er en særlig komite i PCT'en, som skal stå for relationen til udvidet praksisbudget-konsortier. Komiteen skal godkende udvidet praksisbudget-planer og forretningsplaner for nye ydelser, og sikre det kliniske niveau i nye ydelser, og at praksis og konsortier overholder nationale retningslinjer (læs mere om relationen mellem PCT og udvidet praksisbudget-konsortier i Appendiks side 36). Det er fortsat PCT'en, som er den reelle 'kontraktholder' med de udbydere af ydelser, som der indgås kontrakter med. Praksis/konsortium foreslår, og får godkendt med hvem og hvordan kontrakterne skal se ud, men det er PCT'en, som administrerer kontrakterne, og som er den juridiske enhed bag dem. Det er PCT'en, som skal levere den praktiske støtte (dvs. de ansatte) til praksis/konsortier i de beslutninger de skal træffe (5). Konstruktionen er baseret på, at PCT og praksis skal arbejde sammen om bestillingsbeslutninger. Regeringen vil i højere grad have klinikerne ind og foreta-

¹³ Undersøgelsen er en stikprøve blandt 2.952 af Englands godt 8.200 praksis. 67 % (1.988) af praksis besvarede spørgeskemaet.

¹⁴ Spørgsmålet lød: 'To what extent has the indicative budget made a difference to the way in which your practice operates?' 21 % svarede enten 'a great deal' eller 'a fair amount'. 77 % svarede enten 'not very much' eller 'not at all'.

ge de praktiske prioriteringer, men samtidig skal det ikke udvikle sig til, at der bliver opbygget en parallel administration. Derfor bliver det igen og igen understreget i regeringsdokumenter, at bureaukratiet skal holdes på et minimum, og at PCT'en skal stå for alt det administrative (5; 10; 11).

Ifølge den kvalitative undersøgelse, som NPRDC er ved at gennemføre, skaber denne model let gnidninger mellem PCT og praksis/konsortium. De ansatte, som formelt set arbejder for PCT'en, men hvis rolle det er at støtte praksis/konsortier, kan let føle sig fanget mellem to stole. Uenigheder kan handle om utilfredshed med kvaliteten i den støtte, som praksis/konsortier modtager fra PCT'en, men der kan også være helt konkrete interesseforskelle og uenigheder om beslutninger mellem en PCT og eksempelvis et konsortium.

Geografi vs. interesse: En af de konkrete interessekonflikter mellem PCT og konsortium, der let kan skabe problemer, er det faktum, at konsortier er frivillige og baseret på praksis' egne ønsker om samarbejde, og ikke baseret på objektive geografiske skel for samarbejdet. PCT'er ønsker typisk at konsortier dækker særlige geografiske områder, mens praktiserende læger ønsker at samarbejde med læger, der deler deres værdier og ideer til samarbejdet ('like-minded GPs'). Dette bliver særligt kompliceret i forhold til samarbejdet med 'Local Authorities' (LAs)¹⁶, da de går på tværs af PCT-grænserne. I nogle områder har PCT'en ønsket at designe ydelser i samarbejde med og tilpasset et særligt LA. Det har skabt konflikt med konsortier, hvis grænser går på tværs af forskellige kommuner.

Mere generelt kan PCT'en opleve, at det er svært at planlægge og placere ydelser ud fra hensigtsmæssighedskriterier, når de ikke kan styre, hvordan et konsortiums grænser ser ud, og hvem der indgår.

Tiltag for at imødegå barrierer: I forhold til de administrative og budgetmæssige barrierer er der brug for, at PCT'er gør en aktiv indsats. I NPRDC-rapporten anbefales det for det første, at PCT'er skaber helt klare linjer for de ansatte, som tildeles konsortier som støttepersonale. Deres rolle og ansvar skal klargøres langt mere end i dag. Desuden bør PCT'er udvikle langsigtede strategiske planer for opkvalificering af det personale, som deltager i konsortierne – det gælder såvel praktiserende læger som 'practice managers'. Erfaringerne viser, at deltagelse i bestillingsbeslutninger, og de budgetmæssige og informationsmæssige opgaver de indbefatter, er krævende og forudsætter kompetencer, som ikke alle har i øjeblikket.

I forhold til kvaliteten af budgetinformationen er der grund til at tro, at en del problemer har skyldtes startvanskeligheder, og at PCT'er efterhånden vil blive bedre til at udforme budgetterne.¹⁷ Det er dog ikke kun kvaliteten af informationen, som skal forbedres. Der er også brug for at konsortier bliver bedre til at vurdere, hvilke informationer de har behov for og i hvilken form.

Konklusion

Udvidet praksisbudget blev indført i 2006, og havde til hensigt at involvere praktiserende læger i opgaven som bestiller af sundhedsydelser for deres patienter. Derved ønskede man at styrke bestillersiden vis-a-vis leverandørerne, og man ønskede at skabe incitament til, at almen praksis blev mere effektive med deres forbrug af sekundærydelser, og at de fik lyst til at udvide deres eget serviceudbud.

¹⁵ Der er 30 % som svarer, at de har bestilt en eller to nye services, og 26 % svarer ja til, at de selv tilbyder nye services som følge af udvidet praksisbudget.

¹⁶ Et LA kan sammenlignes med danske kommuner.

¹⁷ Udfordringen for PCT'er har været enorm, og regeringen har formentlig stærkt undervurderet omfanget af opgaven. PCT'er har været afhængige af informationer fra hospitaler og andre udbydere, som har haft enormt svært ved at levere den nødvendige information, og samtidig har en del PCT'er sloget med alle de administrative konsekvenser af sammenlægningsbølgen i 2006, hvor godt 300 PCT'er blev til 152. Men NPRDCs undersøgelse viser, at PCT'er arbejder hårdt på at forbedre budgetinformationerne, og der er således grund til optimisme på dette område (11).

Vores analyse af tiltaget viser, at opgaven med at involvere praksis i bestillerbeslutninger har været mere krævende, end man havde forestillet sig fra regeringens side. Forudsætningerne for at kunne udfylde denne rolle kræver gode og veldokumenterede budgetter fra PCT'ens side – og det har indtil nu vist sig svært for PCT'er at leve op til denne forudsætning. Desuden har det vist sig at være en svær og omkostningskrævende rolle, som har krævet, at praktiserende læger og 'practice managers' har måttet investere betydelige ressourcer i form af tid og energi i at kunne udfylde rollen.

Selvom det endnu ikke er muligt at påvise klare effekter i kvantitative studier, viser vores analyse også, at for de praksis, som har længst erfaring med udvidet praksisbudget, er der klare indikationer på, at en del af de ønskede effekter bliver opnået. I et omfattende kvalitativt studie er der således vist stor appetit fra praksis' side til at udvikle nye ydelser, der kan sikre en opgaveglidning fra sekundær- til primærsektor og til at gennemføre en bred indsats for at reducere forbruget i sekundærsektoren. Desværre har det heller ikke i dette studie været muligt at måle, hvorvidt den mangfoldige indsats rent faktisk har medført besparelser.

En af de mest interessante effekter af udvidet praksisbudget har været den udvikling, man har kunnet påvise i de praktiserende lægers accept af ude fra kontrol og indblanding i deres arbejde og beslutninger. Vurderingen er, at denne accept blandt andet er en konsekvens af de incitamenter, som ligger i ordningen, og det faktum at det er en frivillig ordning, hvor de som udfører kontrollen er ligemænd, som praksis selv har valgt at indgå i et samarbejde med.

Vores analyse har også vist et par dilemmaer for udvidet praksisbudget. For det første skaber modellen en kompleks relation mellem PCT og konsortium. På den ene side har det haft positive resultater, og det er blevet modtaget godt af de praktiserende læger, at de selv bestemmer i hvilket omfang og med hvem, de skal samarbejde om udvidet praksisbudget. På den anden side har det ledt til stor kompleksitet og mange forskellige organisationsformer samt overlappende og uklare geografiske grænser omkring de konsortier, som står for udvidet praksisbudget. Denne kompleksitet har gjort det svært for PCT'er at planlægge integrerede patientforløb med sekundærsektoren – en vigtig regeringsprioritet som udvidet praksisbudget var tænkt at medvirke til – og det har været svært for PCT'er at placere nye primærsektorydelser ud fra hensigtsmæssighedskriterier så som geografi og behov.

Appendiks: Organiseringen af udvidet praksisbudget

I dette bilag beskrives mere indgående, hvordan udvidet praksisbudget er organiseret.

Den organisatoriske struktur for udvidet praksisbudget

Da regeringen lancerede ideen med udvidet praksisbudget, var der ingen bestemmelser om, hvordan praksissektoren skulle organisere deres nye rolle som 'bestillere'. Derfor er der opstået en meget stor variation i, hvordan udvidet praksisbudget organiseres rundt om i England. Langt de fleste steder har man valgt at organisere sig i grupper af praksis kaldet konsortier. Disse konsortier har meget forskellige størrelser, og kan være ledet på mange forskellige måder. En praksis kan også vælge at blive en del af udvidet praksisbudget som individuel praksis. Det er dog ikke nær så udbredt. PCT'ens rolle i udformningen af konsortier har også varieret meget. Nogle steder har PCT'en været meget aktiv i at forsøge at skabe konsortier, og selvom de formelt ikke har ret til at diktere grænserne, er der eksempler på PCT'er, som har presset meget på for at få praksis i et område til at dele sig efter særlige kriterier (typisk efter geografisk område og størrelse på konsortiet). I andre PCT'er har man helt overladt det til praksis selv at beslutte, hvordan de ville organisere sig.

National Primary Research and Development Centre (NPRDC) gennemførte i forsommeren 2007 en spørgeskemaundersøgelse blandt PCT'er om udvidet praksisbudget. Nedenstående tabeller er baseret på deres undersøgelse, hvor 66 % af alle PCT'er deltog. Det skal dog understreges, at der fortsat er meget stor bevægelse i strukturen for udvidet praksisbudget, hvor praksis skifter fra et konsortium til et andet, og konsortiet slår sig sammen med mere. De nedenstående tal beskriver tendenserne, som de så ud for et år siden.

Tabel 2 Antallet af consortia i en PCT

	Antal	Antal i %
Ingen	1	1
1	18	17,8
2-4	44	43,6
5-9	32	31,7
10	4	4
Flere end 10	2	2

Tabel 3 Antal patienter pr. consortia

	Antal	Antal i %
Under 20.000	11	4,3
20-50.000	93	36
50.001-100.000	84	32,6
100.001-250.000	65	25,2
Mere end 250.000	5	1,9

Som det fremgår, var langt det mest almindelige, at der var omkring 2-9 konsortier i en PCT, og at et konsortium dækkede mellem 20.000-100.000 patienter, men der var også et stort mindretal på 27 % af konsortierne, der havde ansvaret for mere end 100.000 patienter. Desuden rapporterede PCT'erne, at der var 364 praksis, som var såkaldte 'stand-alone-practice'. Det vil sige, at de deltog i udvidet praksisbudget som enkelt-praksis (14).

Udviklingen af en udvidet praksisbudget-plan

Når en praksis eller en gruppe af praksis ønsker at indgå i udvidet praksisbudget, skal de udarbejde en 'udvidet praksisbudget-plan' med deres PCT, hvor de beskriver, hvad de ønsker at opnå med udvidet praksisbudget. Udvidet praksisbudget-planen bør beskrive:

- ◆ Hvordan praksis vil møde de behov, netop deres patientpopulation har
- ◆ Hvordan praksis vil bidrage til at nå de nationale prioriteter inden for sundhedsvæsenet gennem redesign af ydelser
- ◆ En indikation af hvor praksis mener en mere kollektiv tilgang til redesign af ydelser er nødvendig (4).

På de områder, hvor praksis eller konsortium ønsker at ændre på bestillingspraksis – eventuelt hjemtage ydelser der tidligere blev foretaget i sekundærsektoren – skal der udarbejdes en forretningsplan, som skal godkendes af PCT'en. I forretningsplanen skal indgå en beskrivelse af, hvilke ydelser praksis/konsortium vil stå for, hvordan de vil organisere bestillingerne, hvem der skal levere ydelsen, om de selv planlægger at udvikle og investere i den nye ydelse, hvor mange patienter de forventer, det vil påvirke mv. Desuden skal det fremgå, hvilke forbedringer i effektivitet og kvalitet det vil give, hvilke administrationsudgifter der vil være samt etableringsudgifter og 'recovery period' (hvor lang tid det vil tage at tjene disse ind igen). Udgangspunktet for disse forretningsplaner er de budgetter, som PCT'en har pligt til at udarbejde, hvor praksis/konsortium kan se forbruget på forskellige områder for netop deres patientgruppe, samt deres særlige lokale kendskab til patienternes behov. Det er her praksis kan se, hvor der er potentiale for at organisere bestillingerne bedre og derved spare penge (4).

Relationen mellem PCT og praksis under udvidet praksisbudget

Ifølge regeringens vejledning skal PCT'er nedsætte en komite eller under-komite, som skal varetage PCT'ens rolle i forhold til praksis og konsortier under udvidet praksisbudget. Komiteen får ansvaret for at godkende udvidet praksisbudget-planer og forretningsplaner for nye ydelser, at sikre det kliniske niveau i nye ydelser, og at praksis og konsortier overholder nationale retningslinjer. Komiteen skal ledes af en non-executive leder fra PCT-bestyrelsen, mens de øvrige medlemmer skal bestå af personer både fra PCT-bestyrelsen og fra PEC'en (professional executive committee). Dvs. at komiteen består af både praktiserende læger og administratorer, og at den er ledet af en lokal stakeholder (non-executive).

Det er fortsat PCT'en, som er den reelle 'kontraktholder' med de udbydere af ydelser, som der indgås kontrakter med. Praksis/konsortium foreslår og får godkendt med hvem og hvordan kontrakterne skal se ud, men det er PCT'en, som administrerer kontrakterne, og som er den juridiske enhed bag dem. Det er PCT'en, som skal levere den praktiske støtte (dvs. de ansatte) til praksis/konsortier i de beslutninger, de skal træffe (4). Konstruktionen er baseret på, at PCT og praksis i højere grad skal arbejde sammen om commissioning-beslutninger. Regeringen vil i højere grad have klinikerne ind og foretage de praktiske prioriteringer, men samtidig skal det ikke udvikle sig til, at der bliver opbygget en masse parallel administration. Derfor bliver det igen og igen understreget i regeringsdokumenter, at bureaukratiet skal holdes på et minimum, at PCT'en skal stå for al den administrative støtte, og at commissioning-beslutninger skal træffes i fællesskab mellem PCT og praksis/konsortier (3; 4; 15).

'Bureaucracy is to be kept at a minimum. Practices will need to mutually agree a practice based commissioning plan with their PCT. This will set out what the practice wishes to achieve through PBC, i.e. commissioning objectives...Practices will be properly supported by their PCT in their role as practice based commissioners whether they are in groups or single practices. Support should include information, analysis, management and HR support.'(15)

Af regeringens retningslinjer fremgår det, at praksis og konsortier under udvidet praksisbudget *kan* købe den støtte, som PCT'en bør levere, andetsteds, hvis ikke støtten leveres 'as promised, or not to the correct standard, or not in a timely way'. Især større og mere professionelle konsortier, der måske endda har registreret sig som en virksomhed, kunne ønske denne selvstændighed med egne ansatte og egne lokaler (6; 11).

Accountability-sikring

For at sikre at beslutninger træffes ansvarligt, er der indbygget en række 'accountability'-systemer i konstruktionen omkring udvidet praksisbudget. For det første skal Strategic Health Authority overvåge samarbejdet mellem PCT og praksis/konsortier og sikre, at det fungerer efter hensigten. Hvis der opstår problemer mellem PCT og praksis/konsortier kan SHA fungere som mægler (*'In rare cases where local agreement cannot be reached, the SHA will arbitrate'*(4)).

Desuden er der en række åbenheds-krav til de commissioning-beslutninger, som bliver truffet. For det første skal forretningsplaner fra praksis og konsortier lægges offentligt frem, så patienter og lokalsamfundet kan se dem efter i sømmene. Forretningsplanerne skal desuden indgå i årsrapporten fra PCT'er. For det andet kan en PCTs samlede udvidede praksisbudget-planer kigges efter af den såkaldte 'Overview and Scrutiny Committee', som er forankret i lokalregeringen (LA). Ifølge Kath Checkland var der i hendes undersøgelse dog ingen af de praktiserende læger, hun interviewede, som havde hørt om 'Overview and Scrutiny Committee', så på nuværende tidspunkt spiller den tilsyneladende ikke en større rolle (6). Endelig skal PCT'en sikre, at de følger de nationale krav til klageadgang samt de nationale guidelines for 'patient advice and liason services' (PALS) (4).

Udvidet praksisbudget	
<i>Kort beskrivelse af tiltaget:</i>	<i>Udvidet praksisbudget er en frivillig ordning, der overfører beslutningskompetence til de enkelte praksis via et udvidet praksisbudget. Praksis overtager fra de styrende myndigheder (PCT) beslutningsansvaret for at bestille sundhedsydelser til deres tilmeldte patienter. Hvis praksissen kan spare penge på bestillingerne, kan den beholde en andel af overskuddet af budgettet til investering i praksissen.</i>
<i>Formål:</i>	<i>Formålet med det udvidede praksisbudget var (1) en styrkelse af bestillerrollen i relation til udbydere af sundhedsydelser ved i højere grad at involvere frontlinjemedarbejdere – klinikere – i 'bestillings'-beslutninger, (2) en større variation i udbuddet af ydelser og flere udbydere af ydelser i lokaliteter tættere på og mere tilgængelige for borgerne, og (3) mere effektiv udnyttelse af ydelser og dermed besparelser.</i>
<i>Virkemidler:</i>	<i>For det første blev det pålagt PCT'er at udarbejde udvidede praksisbudgetter for den enkelte praksis. Et udvidet praksisbudget er det beløb, en praksis kan benytte til at købe sundhedsydelser til sine patienter i hospitalssektoren og den øvrige primærsektor. Budgettet angiver den andel af det samlede budget for hele PCT'en, som den enkelte praksis har ret til at købe ydelser for til patienterne i deres praksis. For det andet blev der indført en overskudsdeling for de besparelser på det udvidede praksisbudget, som en praksis kunne opnå. Dermed får praksis incitament til, at behandle patienterne så vidt muligt selv eller indkøbe sundhedsydelser til patienterne så effektivt og billigt som muligt andre steder i systemet.</i>
<i>Virkemidler til implementering:</i>	<i>For at få ordningen implementeret blev der indført et nationalt bonusprogram for praksis som tilmeldte sig ordningen. Det havde stor succes og ledte til, at 95 % af alle engelske praksis havde tilmeldt sig det udvidede praksisbudget i 2006. Siden da har der været lokale incitamentsprogrammer bundet op på konkrete aktiviteter inden for det udvidede praksisbudget.</i>
<i>Effekt:</i>	<i>Konsortiedannelse: Grupper af praksis valgte at gå sammen i såkaldte konsortier om de forpligtelser, der ligger i at forvalte et udvidet praksisbudget. Dermed puljer praksis deres budgetter sammen, og står for indkøb af ydelser og udvikling af nye ydelser i fællesskab. Udviklingen af konsortier har været en intenderet konsekvens af tiltaget. Effekter på indkøb og udvikling af ydelser: Det er endnu for tidligt at påvise klare effekter i kvantitative studier, men vores analyse viser, at for de praksis, som har længst erfaring med udvidet praksisbudget, er der stor appetit på at udvikle nye ydelser, der kan sikre en opgaveglidning fra sekundær til primærsektor og til at gennemføre en bred indsats for at reducere forbruget i sekundærsektoren. Hvorvidt det reelt leder til besparelser er ikke påvist, men studier af tilsvarende tiltag viser, at besparelserne let kan ædes op af ekstra administration, manglende economies of scale og dobbeltudbud af ydelser (i både primær- og sekundærsektor). Peer-kontrol: En af de mest interessante effekter af udvidet praksisbudget har været, at de praktiserende læger i stigende grad accepterer ude fra kontrol og indblanding i deres arbejde og beslutninger via de nydannede konsortier. Vurderingen er, at denne accept blandt andet er en konsekvens af de incitament til besparelser, som ligger i ordningen, og det faktum at det er en frivillig ordning, hvor de som udfører kontrollen er ligemænd, som praksis selv har valgt at indgå i et samarbejde med.</i>
<i>Finansiering:</i>	<i>Tiltaget har ikke ændret på de midler, som samlet overføres til bestilling af sundhedsydelser. Eventuelle udgifter til administration af tiltaget skal afholdes af de besparelser, man forventer at opnå. Der har været begrænsede udgifter til de nationale incitamentsprogrammer til implementering.</i>
<i>Barrierer:</i>	<i>Der er konstateret praktiske barrierer i forhold til udarbejdelse af de indikative budgetter. De forventes dog at være udtryk for startvanskeligheder. Desuden har det vist sig at være administrativt omfattende at involvere sig i det udvidede praksisbudget. Endelig etablerer det udvidede praksisbudget et kompliceret samarbejdsforhold mellem praksis og PCT, som nogle steder har ledt til konflikt.</i>

Kvalitetshonorering (England)

Formål

NHS og den britiske lægeforening indgik i 2004 en ny overenskomst (General Medical Services Contract, GMS), hvor det blev gjort muligt at indgå i en kontrakt, hvor en del af honoreringen af ydelser i almen praksis blev gjort kvalitetsafhængig. Formålet med GMS var bl.a.(16):

- ◆ At belønne almen praksis for at levere klinisk og organisatorisk kvalitet indenfor en evidensbaseret ramme
- ◆ At opnå større fleksibilitet i almen praksis i relation til udbuddet af ydelser
- ◆ At facilitere modernisering af infrastrukturen i almen praksis inklusiv udvikling af IT-støttesystemer, støtte til udvikling af personaleledelse og hjælp til praktiserende læger til at opnå bedre balance mellem arbejdsliv og fritid, støtte til udvikling af praksisledelse og en anerkendelse af forskellige behov hos praktiserende læger i forskellige områder, fx socialt belastede områder og landområder.
- ◆ Som et resultat af ovenstående mekanismer at støtte levering af en bredere vifte af ydelser af høj kvalitet og styrke patienter i at udnytte almen praksis.

Det helt primære formål med kvalitetshonorering var dog at løfte kvaliteten i almen praksis ud fra en erkendelse af, at mange praksis præsterede for dårligt og ikke opfyldte minimumskrav til god klinisk standard (16).

Virkemidler

I forbindelse med kvalitetshonorerings-tiltaget blev der udviklet 146 indikatorer indenfor fire hovedområder, efter hvilke praksis aflønnes afhængig af graden af målopfyldelse. De fire hovedområder er *klinisk kvalitet, organisatorisk kvalitet, patientoplevels kvalitet og andre kvalitetsområder* (16; 17).

Indikatorlisten blev udviklet på baggrund af eksisterende evidens (ofte med udgangspunkt i allerede udviklede guidelines fra Royal College of General Practitioners) og udarbejdet af et udvalg bestående af eksperter indenfor de pågældende områder (16). Siden implementeringen i 2004 er listen af indikatorer blevet justeret, og består nu af 135 indikatorer (18).

Til hver af indikatorerne er tilknyttet en pointsum som omsættes til honorering efter en formel, der bl.a. tager højde for prævalensen af de tilstande, der er omfattet i indikatorlisten i lokalområdet og praksissens størrelse i relation til registrerede patienter (19). Indikatorer på det kliniske område kan give op til 655 point, organisatoriske indikatorer kan give 181 point, indikatorer vedrørende patientoplevels kvalitet kan give 108 point, og andre kvalitetsområder kan give 36 point. Desuden gives op til 20 point for praksissens præstation på tværs af det kliniske hovedområde – såkaldt betaling for holistisk pleje (18), se Tabel 4.

Indikatorerne er enten procesindikatorer (fx måling af blodtryk eller behandling for forhøjet blodtryk), intermediære resultatindikatorer (fx reduktion af serumkolesterol eller forhøjet blodtryk) og strukturindikatorer (fx tilstedeværelse af specifikt udstyr i praksissen). Mange af de kliniske indikatorer beregnes som andelen af en given patientgruppe, der modtager undersøgelse eller behandling (fx andel af astmapatienter, der har været til kontrol indenfor de sidste 15 måneder). Resultatindikatorerne giver flere point end procesindikatorerne ud fra den logik, at resultatindikatorerne er sværest at opnå (17; 20).

Der er udviklet et IT-system, The Quality Management Analysis System (QMAS), til at understøtte honoreringssystemet. QMAS udregner praksissens præstation i relation til de fastsatte indikatorer og

giver praksissen, PCTs og Strategic health authorities en ensartet og systematisk tilbagemelding på den leverede kvalitet. Formålet med QMAS er at sikre konsistens i beregningen af kvalitet, og medvirker til en konsistent implementering af kvalitetshonorering i alle praksis i England (18).

Tabel 4 Liste over kvalitetsindikatorer som afstedkommer honorering

Hovedområde	Indikatorer	Antal indikatorer	Point
Klinisk kvalitet	Hjerte-kar sygdomme	10	
	Hjertesvigt	3	
	Slagtilfælde og iskæmisk hjertesygdom	8	
	Hypertension	3	
	Diabetes	16	
	KOL	5	
	Epilepsi	4	
	Hypothyreose	2	
	Kræft	2	
	Palliativ behandling	2	
	Psykisk helbred	6	
	Astma	4	
	Demens	2	
	Depression	2	
	Kronisk nyresygdom	4	
	Arterieflimren	3	
	Fedme	1	
	Indlæringsvanskeligheder	1	
	Rygning	2	
Total	80	655	
Organisatorisk kvalitet	Registrering og information	12	
	Patientinformation	4	
	Uddannelse og træning	8	
	Praksisledelse	10	
	Medicinkontrol	9	
	Total	43	181
Patientoplevet kvalitet	Indikatorer relateret til længden af konsultationer og patientsurveys	4	
	Total	4	108
Andre kvalitetsområder	Screening for livmoderhalskræft	4	
	Børneundersøgelser	1	
	Graviditetsundersøgelser	1	
	Præventionssamtaler	2	
	Total	8	36
Total		135	980

Kilde: (18)

Virkemidler til implementering

Tilmelding til det engelske kvalitetshonoreringssystem er frivilligt, men næste alle engelske praksis har tilmeldt sig (18).

Ordningen er struktureret, så den er økonomisk risikofri for praksissen, idet man ikke straffes for manglende målopfyldelse. Dette har sandsynligvis været en væsentlig årsag til, at så mange praksis i England er tilmeldt kvalitetshonorering. Desuden var det de første tre år muligt at få støtte til etablering af fx nye it-systemer eller nyansættelser i praksissen. Endelig udbetales 1/3 af det beløb som

praksissen forventer at opnå via kvalitetshonorering ved regnskabsårets start, hvorefter resten udbetales, når det kan dokumenteres, at praksissen har levet op til de fastsatte mål (16).

Det har vist sig at være vanskeligt at vise en effekt af de organisatoriske indikatorer, og det har været til diskussion, hvorvidt det organisatoriske område skulle tages ud af indikatorlisten. Som en konsekvens heraf blev det besluttet at bruge statslige udviklingsmidler på at lave et uddannelsesprogram i praksisledelse, som bl.a. kunne understøtte praksis i at opnå resultater via en effektiv organisering af praksis. Dette program er tilrettelagt, så det tager højde for de områder, som indgår i kvalitetsindikatorerne og tydeligt markerer, hvor praksissen kan opnå belønning via kvalitetshonorering (21; 22). Programmet er endnu nyt og ikke evalueret, men satsningen på udviklingen af dette program opfattes som et kraftigt signal om, at praksisledelse skal prioriteres i almen praksis (22).

Effekt

Målopfyldelse og kvalitet

NHS laver årlige opgørelser over målopfyldelsen blandt tilmeldte praksis. Af tallene fra 2006/07 fremgår det, at tilmeldte praksis i gennemsnit opnåede 954,5 point af de 1.000 mulige, svarende til en målopfyldelse på 95,5 %. Inden for det kliniske område opnåede de tilmeldte praksis i gennemsnit 630 point svarende til 96,3 %. Inden for det organisatoriske område var den gennemsnitlige pointsum 167,5 svarende til 92,5 %. Patientoplevelset kvalitet gav i gennemsnit 103,5 point svarende til 95,9 %. Den gennemsnitlige pointsum for andre kvalitetsområder var 34,7 point svarende til 96,5 %. Hvad angår point for holistisk pleje fik de tilmeldte praksis i gennemsnit 18,1 point svarende til 90,6 % af den højeste mulige pointsum. Denne høje målopfyldelse har været konstant siden implementeringen af systemet til kvalitetshonorering (18).

Opnås højere kvalitet i almen praksis?: Den høje målopfyldelse kan opfattes som et tegn på, at der i almen praksis rent faktisk er sket en kvalitetsforbedring. Kath Checkland beskriver en praksissektor, der, før implementering af kvalitetshonoreringssystemet, var præget af rigtig mange gode lægepraksis med dygtige praktiserende læger, men også mange praksis der ikke formåede at levere behandling og pleje på et tilstrækkeligt højt niveau. Det er hendes vurdering, at indførelse af betaling for kvalitet har medvirket til, at bunden i almen praksis er blevet løftet, og at man på den måde har sikret, at borgere i England som udgangspunkt har adgang til en praksis, der opfylder en minimumstandard for behandling (23). Studier peger ligeledes på, at sygdomsspecifikke processer og processer som man tidligere havde tilsidesat, såsom kontrol med kronisk sygdom, forebyggende aktiviteter og vedligeholdelse af kontakten til patienter som var modvillige til at modtage behandling, er blevet forbedret som følge af kvalitetshonorering (24-26).

Det er vanskeligt at vurdere, om disse kvalitetsforbedringer er en følge af kvalitetshonorering, eller skal ses som et led i en længerevarende udvikling. Et studie, baseret på gennemgang af journaler i almen praksis i 1998 og 2003 af indikatorer for kvalitet i behandlingen af astma, diabetes og hjertekarsygdomme, en fremskrivning af forventet kvalitetsniveau i 2005 og de samme praksis faktiske opfyldelse af indikatorerne efter implementering af kvalitetshonorering i 2005, viser, at kvalitetshonorering har medvirket til en større kvalitetsforbedring end forventet. Dette fortolkes som et tegn på, at kvalitetshonorering har accelereret en proces mod bedre behandlingskvalitet, som allerede var i gang (27). Spørgsmålet er imidlertid, om kvalitetshonorering kun medvirker til kvalitetsforbedringer indenfor de områder, som belønnes økonomisk, eller om almen praksis som helhed forbedres. To studier viser, at der også sker forbedringer i kvaliteten indenfor områder, som ikke belønnes direkte via kvalitetshonoreringen, men som alligevel har en sammenhæng med en eller flere af kvalitetshonoreringsindikatorerne (27; 28), hvilket kan anses for en effekt af fremtalte udvikling mod kvalitetsforbedringer, som var i gang før implementeringen af kvalitetshonorering, eller en konsekvens af at kvalitetsho-

norering har en afsmittende effekt på andre områder i almen praksis. Dog viser det ene af disse studier, at der på områder, som hverken belønnes direkte eller indirekte via kvalitetshonorering, ikke sker en kvalitetsforbedring (28). Sceptikere fremfører desuden, at en af farerne ved kvalitetshonorering er, at ikke-målbare aktiviteter i almen praksis nedprioriteres (29; 30).

Det er generelt vanskeligt at påvise, om de organisatoriske indikatorer har effekt på behandlingskvaliteten. Det har været til overvejelse, om man burde udelade de organisatoriske indikatorer, men fortalere argumenterer for, at det organisatoriske område ofte ikke er målbart, men ikke desto mindre medvirkende til at understøtte processen mod kvalitetsforbedringer (22).

Er kravene sat for lavt?: En anden vinkel på den høje målopfyldelse er, at kvalitetshonorering har medvirket til en forbedring af registreringsmulighederne og en tilskyndelse til mere registrering af ydelser, og at man derved blot betaler praktiserende læger for, hvad de altid har gjort eller burde gøre. I kølvandet på denne forklaringsmodel ligger også en diskussion af, om man har sat kravene for lavt, og dermed har etableret en model, der bliver uforholdsmæssigt dyr sammenlignet med de kvalitetsforbedringer, man opnår (29-31). Det handler altså om, hvilken adfærd man finder det rimeligt at belønne.

Formålet med kvalitetshonoreringssystemet er som nævnt at medvirke til en kontinuerlig proces hen mod kvalitetsforbedringer. For lave mål og en generelt høj målopfyldelse kan imidlertid også have den effekt, at almen praksis ikke finder motivation til yderligere kvalitetsforbedringer (29).

Eksklusionsretten: Endelig diskuteres det, om den høje målopfyldelse er udtryk for, at det er for let at manipulere med systemet, fx ved registrere mere end man reelt udfører og at gøre brug af den såkaldte eksklusionsret (29; 32). Der indgår i kvalitetshonoreringssystemet en mulighed for at ekskludere patienter i beregningen af den økonomiske belønning ved opnåelse af standarder. Det gælder fx terminale patienter, nydiagnosticerede patienter, hvor man endnu ikke har iværksat behandling, eller behandlingen ikke har haft effekt endnu, patienter der afslår behandling, eller patienter der er i maksimal behandling, uden at der opnås effekt (33). Eksklusionsretten har været et af de største debat-emner i relation til kvalitetshonoreringssystemet, både fordi man anser det for en mulighed for at manipulere med systemet, og også fordi det kaster tvivl over, hvorvidt man med systemet accepterer social ulighed i sundhed (20). Et studie viser, at nogle praksis (ca. 1% af de i studiet inkluderede praksis) ekskluderede op til 15% af patienterne, uden at det dog forklarer den samlede variation i målopfyldelsen imellem den samlede mængde praksis. I dette studie var det ikke muligt at vurdere, hvorvidt ekskludering af patienter skete med henblik på at manipulere med systemet (32). I et andet studie af opnåelse af diabetesindikatorerne i kvalitetshonoreringssystemet finder man, at eksklusionsretten i høj grad finder anvendelse i socialt belastede områder, uden at man dog kan konkludere, at patienter i disse områder modtager dårligere eller ingen behandling. Baseret på tidligere studier af diabetesbehandling diskuterer forfatterne imidlertid, om patienter i socialt belastede områder kan være mindre tilbøjelige til at efterleve diabetesbehandling, og om kvalitetshonorering skaber en incitamentstruktur, der medvirker til ulighed i behandling, idet der ikke tages højde for patientgrupper, som kan være svære at få eller fastholde i behandling (34).

Det er praksissen selv, som foretager eksklusion af patienter i registreringen af praksis' opnåelse af kvalitetsindikatorerne, og i den første version af kontrakten var der ikke indlagt kontrol af rimeligheden i praksis eksklusion. Med den seneste revision af honoreringssystemet blev det besluttet, at ekskluderede patienter skal registreres, og de lokale PCTs har fået til opgave at udføre kontrol med praksis' brug af eksklusionsretten. Man håber, at tiltaget vil minimere manipulation med systemet og kaste lys over årsagerne til eksklusionerne. I statistiske opgørelser over eksklusionsretten fremgår det, at den gennemsnitlige eksklusionsrate er begrænset (5,83 % af den samlede patientgruppe indenfor den pågældende indikator) (33).

Forandringer i intern organisering af almen praksis

Implementeringen af kvalitetshonorering har ikke bare medført forandringer i forhold til kvaliteten af de ydelser, der leveres. Kvalitetshonorering stiller store krav til etablering af nye ydelser, systematisk registrering af ydelser og strategisk planlægning i praksissen (skal dog ses i sammenhæng med den samlede kontraktreform i almen praksis i England, fx UDVIDET PRAKSISBUDGET). Dette har medvirket til en proces, hvor der i almen praksis i stigende grad gøres brug af praksispersonale, som varetager nye opgaver eller overtager opgaver fra lægerne (23).

Praksissygeplejersker: Udvikling af indikatorlisten med meget klare mål har gjort det muligt at udvikle præcise protokoller indenfor fx kontrol med kroniske sygdomme, som kan varetages af sygeplejersker, og dermed frigive tid til de praktiserende læger, som så kan varetage andre opgaver. I to undersøgelser af arbejdsbyrde/konsultationsrate i almen praksis fremgår det, at praksissygeplejersker udfører 28-34 % af konsultationerne i 2006, hvilket er en stigning fra omkring 21 % i 1995 (35; 36). Samtidig ses en stigning i antallet af ansatte praksissygeplejersker fra 16,6 % i 1997 til 19,4 % i 2007 (37). Denne stigning kan ikke alene ses som en konsekvens af kvalitetshonoreringen eller den nye kontrakt samlet set, men studier peger på, at kvalitetshonoreringen har understøttet en proces, hvor praksissygeplejersker tildeles nye opgaver og opnår langt mere ansvar. Tildelingen af større arbejdsområder til sygeplejerskerne lægger større pres på sygeplejerskerne i forhold til at udvikle og få papir på deres kompetencer, men det er en udvikling, som engelske praksissygeplejersker hilser velkommen og generelt er tilfredse med (38). Et nyligt publiceret Cochrane review (39) peger på flere fordele ved brug af praksissygeplejersker som substitution for læger, herunder:

- ◆ Sygeplejersker kan levere en sammenlignelig kvalitet i behandlingen som de praktiserende læger
- ◆ Større patienttilfredshed med sygeplejersker sammenlignet med læger pga. længere konsultationer, mere information og hyppigere opfølgning.

Der ses dog ingen entydige indikationer på, at brug af sygeplejersker er et billigere alternativ til praktiserende læger. Blandt andet stiller det store krav til praksissen at styre fordelingen af opgaver mellem sygeplejersker og læger, da der kan være en tendens til, at de praktiserende læger udfører samme arbejde som sygeplejerskerne for at kontrollere det udførte arbejde frem for at koncentrere sig om de opgaver, som kun kan udføres af læger (39; 40). I England er det desuden uvist, om den tid lægerne får frigjort som følge af et øget antal sygeplejersker i almen praksis udnyttes til at varetage flere patienter eller nye typer af ydelser, eller om de praktiserende læger blot har fået mere fritid (41). Dog tyder al forskning på, at flere sygeplejersker er en kvalitetsmæssigt god strategi, i tilfælde hvor man ønsker at udvide servicekapaciteten (39).

Ulempen ved tildeling af specifikke ansvarsområder i almen praksis er, at man får etableret flere sygdomsspecifikke enheder i praksissen, som kan vise sig at blive en ufleksibel organisationsform, da patienter med flere kroniske sygdomme skal tilses i praksissen flere gange og af forskelligt personale. Tidligere havde den praktiserende læge ansvaret for at tilse patientens samlede sygdomskompleks, men nu er konsultationernes fokus flyttet fra et 'holistisk' blik på patienten til et mere sygdomsorienteret fokus svarende til målsætningerne givet i kvalitetshonorerings-tiltaget. Det skal dog bemærkes, at undersøgelser peger på, at denne potentielt negative følge af kvalitetshonorering, fylder relativt lidt sammenlignet med sygeplejerskernes optimisme i forhold til at få større ansvar og ejerskab for deres arbejde og praksissen som helhed, og lægernes optimistiske forhold til kvalitetshonorering som et instrument til at højne den samlede professionelle standard (38).

Fokus på praksisledelse: Fokus på klare mål i almen praksis i England, bl.a. som følge af kvalitetshonorering, har medvirket til en udvikling, hvor man i højere grad anser en lægepraksis for at være en organisation, som kræver strategisk ledelse. Hvis en praksis skal opnå succes (hvilket ofte er det samme som øget indkomst), så er det nødvendigt at se ud over den enkelte patient og fokusere på

den samlede patientpopulation og dennes samlede helbred som enhed for praksissens arbejde (42; 43). Samtidig kræver et kvalitetshonoreringssystem, at der udvikles og indføres mere IT, at ydelser registreres systematisk, at der skal administreres større og mere komplicerede budgetter, og som beskrevet ovenfor bliver der behov for mere personaleledelse som følge af flere ansatte i almen praksis. Opgaver som de praktiserende læger i mange tilfælde ikke anser for at være deres kerneopgaver, ikke interesserer sig for, eller ikke har kompetencerne til at udføre (44). Derfor har man i mange praksis i England ansat en såkaldt 'practice manager'. Der findes ikke formelle krav til uddannelse og kvalifikationer, og 'practice managers' kvalifikationer og uddannelse varierer fra praksis til praksis. En række uddannelsesinstitutioner og private organisationer tilbyder kurser for 'practice managers', men hvordan den enkelte sammensætter sin uddannelse, og dermed hvilke kvalifikationer vedkommende er i besiddelse af, er meget individuelt og varieret (45). I nogle praksis dækker termen 'practice manager' over en rolle som ledende sekretær, hvor den i andre praksis dækker over en rolle med egentlige strategiske og ledelsesmæssige funktioner. I nogle tilfælde er 'practice managers' endda medejere af praksissen (12; 22). Der er ved implementering af kvalitetshonorering set eksempler på, at praksis med en strategisk funderet 'practice manager' har opnået større kvalitetshonorering, og at en stærk styring af praksis kan være afgørende for, om praksis overlever i socialt udsatte områder, hvor patient-sammensætningen kan give svære betingelser for at opnå resultater og holde sig indenfor budgetrammerne (22). Der er dog endnu ikke lavet systematisk forskning, som kan understøtte denne potentielle effekt ved ansættelse af 'practice managers'.

Ændrede konsultationsmønstre: I et kvalitativt studie af ændrede arbejdsforhold i almen praksis fremhæves etablering af it-systemer som stærke forandringsbærere. Etablering af it-systemer, der både registrerer patienter som skal til kontrol i almen praksis så kvalitetshonorerings-standarderne opnås, og som sørger for, at de pågældende patienter indkaldes og genindkaldes til de relevante kontroller, bliver opfattet som en positiv udvikling, idet de medvirker til en systematisering af konsultationerne (46). Samtidig medvirker denne IT-styring, hvor pop-up vinduer fortæller, hvilke områder man bør fokusere på i den konkrete konsultation uagtet årsagen til patientens henvendelse, til, at fokus bliver flyttet fra patienten og patients behov til honoreringssystemet og de dertilhørende indikatorer og behandlingsmål. Individuelle patientforløb bliver så at sige skiftet ud med standardiserede og automatiserede forløb, og almen praksis bevæger sig væk fra det klassiske billede af almen praksis som en institution, der fokuserer på patientens samlede liv. Særligt sygeplejerskerne udtrykker modstand mod denne udvikling og finder på metoder, der minimerer fokus på standarder i konsultationen (25; 46; 47).

Finansiering

Inden implementeringen af kvalitetshonoreringssystemet estimerede man, at praktiserende læger ville opnå en målopfyldelse på 75 % svarende til en gennemsnitlig indtægtsstigning på £42.000 pr. læge (29). Dette viste sig, som det fremgår af ovenstående, at være kraftigt underestimeret, og initiativet er langt dyrere end først antaget. Der var taget politisk beslutning om at udvide ressourcerammen til primærsektoren med 18-20 % over tre år. I 2006 var ressourceforbruget omkring 30 % (29). Således ser man også, at fra at være de dårligst lønnede i 1990'erne, er engelske praktiserende læger nu de bedst lønnede i Europa med en gennemsnitsløn på £106.000-£120.000 afhængig af kontraktform (48). Kvalitetshonoreringen tilfalder den samlede praksis, og nogle studier peger på, at praksispersonalet ikke i samme omfang som lægerne har oplevet lønstigninger på trods af flere opgaver og større ansvar (47).

Ovenfor diskuteres det, om man har sat kravene til almen praksis for lavt, og dermed kommer til at betale for unødigt mange ydelser. Omvendt kan man også overveje, om man betaler for meget for opnåelse af kvalitetsindikatorerne, og om man ville opnå samme effekt med lavere honorering.

Barrierer

Som det fremgår af tallene for tilmeldte praksis, er der stor tilslutning til det engelske kvalitetshonoreringssystem. Det er vores opfattelse, at barrierer i relation til initiativet ikke handler om, hvorvidt den enkelte praksis vælger at udnytte ordningen (sandsynligvis fordi der er så væsentlige økonomiske incitament for bundet hermed), men om en bekymring for, hvilken retning almen praksis som institution tager som følge af kvalitetshonorering.

På trods af at indikatorsettet og kvalitetshonorering som ide blev accepteret med stort flertal af de praktiserende læger i England, og at indikatorerne er udviklet på baggrund af opgørelser af de mest forekommende sygdomme i befolkningen og eksisterende evidens for god klinisk standard, diskuteres det fortsat, om kvalitetshonorering medvirker til højere kvalitet i almen praksis. Denne diskussion handler meget om "professionens natur" og en definition af god kvalitet i almen praksis.

I en leder i *British Journal of General Practice* og en debat der fulgte heraf diskuteres følgende potentielle ulemper ved kvalitetshonorering (30; 49-51):

- ◆ Tab af professionel autonomi, idet indikatorlisten dikterer hvilke ydelser der er væsentlige
- ◆ En udvikling, hvor praktiserende læger i højere grad bliver "teknikere" og "dataindsamlere" som følger fastsatte protokoller frem for reflekterende professionelle
- ◆ Tab af professionens troværdighed når sammenhængen mellem handlinger i almen praksis og aflønning er så direkte
- ◆ Tab af den individuelle relation mellem læge og patient.

På den anden side fremhæves kvalitetshonorering som et utilitaristisk projekt, hvor man foretager prioriteringer i almen praksis med henblik på at fremme sundheden i en samlet population frem for at fokusere på individuelle patientbehov (49). Denne debat er interessant, da den udtrykker en bekymring fra nogle praktiserende læger på professionens vegne, og samtidig er en ideologisk diskussion af kerneværdierne i almen praksis nu og i fremtiden.

Tiltag for at imødegå barrierer: Som beskrevet ovenfor er barrierer i forbindelse med kvalitetshonorering primært af ideologisk art, og har reelt ikke medvirket til, at almen praksis i England ikke ønsker at benytte kvalitetshonoreringen. Der foregår en løbende debat om kvalitetshonorering som metode til at opnå bedre kvalitet, anvendeligheden af indikatorlisten og mulige revisioner af systemet. Indikatorlisten og kontrollen med registreringen af ydelser og anvendelsen af eksklusionsretten i almen praksis er som nævnt blevet revideret, men der er, så vidt vi ved, ikke gjort aktive forsøg på at imødegå den løbende værdidebat og de praktiserende lægers bekymring i relation til professionens udvikling.

Konklusion

I 2004 blev der som en del af en samlet pakke af kontraktreformer i almen praksis i England indført mulighed for honorering for kvalitet. Der blev udviklet et sæt af indikatorer, som almen praksis måles på, og som omregnes til økonomisk belønning af praksis afhængig af graden af målopfyldelse.

Denne ordning har vundet stor accept, og anvendes af stort set alle lægepraksis i England med en gennemsnitlig målopfyldelse tæt på 100 %. Denne succes er ikke kommet gratis, idet man overskred det først estimerede budget, og muligvis har sat kravene for lavt, og derfor betaler almen praksis for ydelser, de i henhold til god klinisk praksis burde gøre eller allerede har gjort i årevis. Kvalitetshonorering er potentielt en dyr løsning, men har i England vist sig effektiv i forhold til at forandre adfærden i almen praksis og sætte fokus på kvalitet.

Studier tyder på, at kvalitetshonoreringen faktisk har medvirket til at forbedre kvaliteten indenfor de inkluderede områder. Til gengæld diskuteres det, om vigtige sygdomsområder eller patientgrupper,

som ikke fremgår af indikatorlisten, negligeres, og om den tætte forbindelse mellem specifikke krav og økonomisk belønning har ikke-intenderede konsekvenser, som forandrer almen praksis på godt og ondt, heriblandt en udvikling mod et mere specialiseret system og et system som medvirker til mindre fokus på den enkelte patient sammenlignet med et fokus på målopfyldelse indenfor på forhånd definerede områder. Vores analyse peger på, at kvalitetshonorering er kontroversielt selv i et land som England, hvor kontrakt- og aflønningssystemer har antaget mange former. Det har mange fortalere, og bliver generelt opfattet positivt af de sundhedsprofessionelle, men det har også ledt til bekymring for professionens "ånd" og de praktiserende lægers troværdighed.

Samtidig har kvalitetshonoreringssystemet understøttet en proces, som allerede var i gang mod mere praksispersonale (primært praksissygeplejersker og 'practice managers') og bedre registreringsmuligheder ved nye it-systemer, der samtidig kan støtte de sundhedsprofessionelle i at leve op til kvalitetskravene. Der er potentiale i disse muligheder i forhold til mere effektiv planlægning og organisering af almen praksis, men kun få entydige erfaringer at bygge konklusioner på.

Kvalitetshonorering	
<i>Kort beskrivelse af tiltaget:</i>	<i>Kvalitetshonorering blev indført som en del af en samlet pakke af kontraktreformer i almen praksis i England i 2004. Der blev udviklet et sæt af indikatorer med tilhørende succeskriterier, som almen praksis måles på, og afhængig af graden af målopfyldelse i forhold til de opstillede succeskriterier modtager praksis en økonomisk belønning.</i>
<i>Formål:</i>	<i>At løfte kvaliteten i almen praksis i England via betaling for kvalitet.</i>
<i>Virkemidler:</i>	<i>Måling af praksissens kvalitetsniveau på baggrund af 135 indikatorer indenfor fire områder (klinisk kvalitet, organisatorisk kvalitet, patientoplevelt kvalitet og andre kvalitetsområder) og succeskriterier for hver indikator, som omregnes til økonomisk belønning af praksis afhængig af graden af målopfyldelse.</i>
<i>Virkemidler til implementering:</i>	<i>Det er frivilligt for den enkelte praksis at deltage i kvalitetshonoreringssystemet, men dog økonomisk risikofrit, idet man ikke straffes for manglende målopfyldelse. Der gives desuden mulighed for forudbetaling af 1/3 af det beløb, som praksis forventes at opnå med det formål at begrænse den økonomiske risiko for praksis. Endelig har der de første tre år været mulighed for støtte til etablering af IT-systemer mm.</i>
<i>Effekt:</i>	<i>Siden implementering af kvalitetshonoreringssystemet har tilmeldte praksis i gennemsnit haft en målopfyldelse på ca. 95%. Dette kan tolkes på flere måder: 1) Kvalitetshonorering har reelt medvirket til kvalitetsforbedringer. Forskning tyder på, at der er sket betydelige kvalitetsforbedringer i almen praksis i England som følge af kvalitetshonorering. Dog er det uvist, om patientgrupper eller sygdomsområder, som ikke indgår i kvalitetshonoreringen, nedprioriteres. 2) Det fastsatte kvalitetsniveau er for lavt. Det diskuteres, om man har sat målene for lavt, og dermed betaler praksis for aktiviteter, de gjorde i forvejen, og/eller som de burde gøre, og om man har sat målene så lavt, at man ikke ansporer til yderligere kvalitetsudvikling. 3) Manipulation med dataregistrering. Det er muligt at ekskludere visse patienter fra beregningen af målopfyldelse, og det diskuteres, om dette fører til manipulation af data for at opnå øgede økonomiske gevinster. Eksklusionsretten kritiseres desuden for at medvirke til øget ulighed i behandling. I praksis benyttes eksklusionsretten imidlertid minimalt. Endelig har kvalitetshonorering accelereret en allerede igangværende proces mod ansættelse af mere praksispersonale i form af praksissygeplejersker og practice managers, som potentielt kan medvirke til en effektivisering af almen praksis. Det er dog ikke en effekt som har kunnet påvises.</i>
<i>Finansiering:</i>	<i>Kvalitetshonoreringssystemet har vist sig væsentligt dyrere end først antaget, idet graden af målopfyldelse reelt er langt større end estimeret forud for implementeringen af systemet. Det har primært ført til store lønstigninger for de praktiserende læger. Det kan diskuteres, om man har sat de økonomiske incitamenter for højt, og om man ville have opnået samme effekter ved lavere honoreringssatser.</i>
<i>Barrierer:</i>	<i>Barrierer i relation til kvalitetshonorering handler primært om bekymring for, hvilken retning almen praksis som institution og de praktiserende læger som profession tager som følge af honoreringssystemet. De praktiserende læges autonomi, troværdighed og relationen mellem læge og patient, er nogle af de områder, som opfattes som truede. På trods af denne løbende debat deltager stort set alle lægepraksis i England i kvalitetshonoreringssystemet. Vores undersøgelse har ikke identificeret nogle tiltag til at imødegå de ovenstående barrierer, dog er der sket revisioner af indikatorlisten og honoreringssystemet.</i>

Praksisakkreditering (Holland)

Formål

Formålet med den hollandske model for akkreditering er i henhold til informationsmaterialet om akkrediteringsmodellen (52) og Kees in't Veld leder af NHG¹⁸'s implementeringsafdeling (53):

1. At opnå ensartet og optimal behandling af patienter
2. At eksterne parter kan få indsigt i kvaliteten i organisering af almen praksis og af den medicinske behandling.

Modellen indgår som en del af kvalitetspolitikken for det hollandske almenmedicinske selskab, NHG og de praktiserende lægers organisation, LHV. Hjørnestenen i denne politik er kliniske retningslinjer og målrettet arbejde med implementering heraf (blandt andet via vedvarende medicinsk uddannelse (CME)).

Virkemidler

Den hollandske akkrediteringsmodel består af to dele:

1. Et sæt af indikatorer¹⁹ som bruges til måling af praksissens kvalitetsniveau indenfor områderne *organisering & drift, klinisk kvalitet og patienternes vurdering af praksissen* (se Tabel 5). Hermed opnås indsigt i de vigtigste flaskehalse, og på denne måde udpeges områder, hvor praksissen er under standard, og dermed hvor der er et udviklingspotentiale. *Data indsamles hvert fjerde år.*
2. Praksisbesøg, hvor uddannede akkreditører gennemgår fysiske og strukturelle indikatorer i praksissen, diskuterer forbedringsmuligheder med de praktiserende læger, understøtter dem i at udarbejde udviklingsplaner for det kommende år, og kommenterer på implementeringen af tidligere års udviklingsplaner. *Praksisbesøg gennemføres én gang årligt.*

På baggrund af praksisbesøgene vurderer en akkreditør, om praksissen kan akkrediteres ud fra praksissens efterlevelse af en minimumliste af standarder for praksissens fysiske rammer samt udarbejdelse og efterlevelse af udviklingsplaner. Desuden udarbejder akkreditøren en rapport til praksissen, som kan anvendes som støtte i implementering af det kommende års udviklingsarbejde.

Den hollandske akkrediteringsmodel er typisk i den forstand, at der lægges vægt på selvreguleret/selvstyret proces mod forbedringer i praksissen, hvor der internt i praksissen udpeges udviklingsområder. Der inspireres til udvikling nedefra (dvs. fra de praktiserende læger selv) frem for styring fra centrale myndigheder/organisationer. Et fremtrædende virkemiddel er de gentagne praksisbesøg, hvor akkreditøren fungerer som konsulent, der understøtter praksissens eget udviklingsarbejde indenfor de områder, som praksissen selv har udpeget som vigtige.

¹⁸ NHG - Det hollandske almenmedicinske selskab.

¹⁹ Indikatorlisten er baseret på en tidligere hollandsk model for praksisakkreditering (54) og på European Practice Assessment (EPA), som er et internationalt udviklet indikatorsæt til måling af kvaliteten af struktur, organisation og arbejdsgange i almen praksis (55).

Tabel 5 Oversigt over indikatorer

Hovedområde	Undertema	Antal indikatorer
Organisering og drift	Infrastruktur	14
	Personale	4
	Informationsstrømme	4
	Kvalitet og kontrol	4
	Patienthøring	2
	Økonomi	1
	Total	29
Behandlingsprocesser- og resultater	Disease Management: Type 2 diabetes	14
	Astma/KOL	16
	Hjertekarsygdomme	16
	Forebyggelse: Influenzavaccine	2
	Screening for livmoderhalskræft	2
	Praksissens medicinprofil	4
	Total	54
Patienters vurdering af praksis	Fysiske rammer	1
	Tid	1
	Information	1
	Fortrolighed	1
	Behandling	1
	Tilbudte ydelser	1
	Teknisk kapacitet	1
	Pleje	1
	Kontinuitet	1
	Medinddragelse	1
	Total	10
Total		93

Virkemidler til implementering

Den hollandske akkrediteringsmodel er en frivillig ordning, forankret i og udviklet af de praktiserende lægers egen videnskabelige organisation, og er i udgangspunktet baseret på en ikke-økonomisk incitamentstruktur. Dog er det et krav til de praksis, som indgår et samarbejde med universiteter om forskning og uddannelse af alment praktiserende læger, at de lader sig akkreditere.

Der lægges som nævnt vægt på selvregulering af praksissens udviklingsproces, og i henhold til akkrediteringsmodellens formål karakteriseret ved kvalitetsudvikling og -måling fremstår muligheden for udvikling og forbedring af praksissen som et fremtrædende incitament for deltagelse. Samtidig giver deltagelse i akkrediteringsprocessen muligheden for at opnå offentlig anerkendelse for systematisk at arbejde med kvalitetsudvikling.

På trods af at den hollandske akkrediteringsmodel ikke er tænkt som et system, der medfører økonomisk belønning, anføres det dog i informationsmaterialet til akkrediteringsmodellen, at deltagelse i akkrediteringsproceduren også kan fungere som forhandlingsredskab i forhold til forsikringselskaber, idet man kan dokumentere praksissens niveau, og at man i praksissen arbejder systematisk med kvalitetsforbedringer (52). Man forudser hos NHG et stigende krav til gennemsigtighed i forhold til praksissens niveau for ydelser og kvalitet hos både patienter og forsikringselskaber, og at en eller anden form for blåstempling af praksis indenfor denne eller lignende akkrediteringsmodeller bliver uundgåelige i fremtiden. NHG 'lokker' med, at denne blåstempling kan være et væsentligt argument for forsikringselskaberne for at investere i en konkret praksis (52). De interviewede læger fremhævede også forsikringselskaberne som en af de stærkeste kræfter i kontrollen af almen praksis. Forsikringselska-

bernes fokus på effektivitet, som udmønter sig i omkostninger pr. ydelse og truslen om at blive frataget nogle ydelser, fx diabeteskontrol, hvis man ikke kan tilbyde det bedste og billigste alternativ, var stærkt medvirkende til, at man i denne praksis ønskede at fokusere på forbedring og effektivisering af behandling og arbejdsgange (56). Forsikringssekskabernes honorering af almen praksis' deltagelse i akkreditering varierer imidlertid meget, og det er uklart, i hvilket omfang forsikringssekskaberne reelt medvirker til at fremme deltagelse i akkrediteringsforløbet (57).

Tesen om forsikringssekskabernes indflydelse på akkrediteringsmodellens implementering bekræftes heller ikke fuldstændigt i interviewet med akkreditorerne. De vurderer, som NHG, at der er stigende opmærksomhed på de enkelte praksis' service- og kvalitetsniveau, men at denne opmærksomhed ikke direkte kan henføres til forsikringssekskabernes interesse i at investere i akkrediterede praksis. Derimod anser de den stigende tendens til dannelse af kooperativer (se mere herom i Bilag 3) som medvirkende til, at flere og flere praksis ønsker at lade sig akkreditere i en eller anden form. Dannelsen af kooperativer med flere praksis har primært til formål at kunne indgå bedre kontrakter med forsikringssekskaberne, end det er muligt for en enkelt praksis alene. Internt i disse kooperativer ses en stigende legitimitet i forhold til at presse hinanden til at lade sig akkreditere og dermed synliggøre praksissens kvalitetsmæssige niveau (56).

Effekt

Den hollandske akkrediteringsmodel blev indført i 2006, og i sommeren 2008 var omkring 440 praksis (svarende til ca. 1.150 praktiserende læger) blevet akkrediteret, og et betydeligt antal praksis er klar til at modtage første akkrediteringsbesøg (Tallene fremgår af www.npa.artsennet.nl den 25. juni 2008).

Der eksisterer endnu ikke egentlige evalueringer af den hollandske akkrediteringsmodel i sin nuværende form, og erfaringer med modellen fremgår udelukkende af enkeltstående fortællinger fra praktiserende læger og akkreditorer. Selve akkrediteringsmodellen vurderes dog af de tilmeldte praktiserende læger at være brugbar i forhold til at kaste lys over svagheder i praksissens nuværende fysiske rammer, organisering og/eller arbejdsprocesser, og stimulerer til at foretage forbedringer i praksissen (56; 58).

I interviewet med de praktiserende læger fremgik det, at man så meget optimistisk på akkrediteringsmodellen som metode til at forbedre behandlingskvaliteten i praksissen, men at der ikke er data til at understøtte denne formodning. For de interviewede læger var det dog evident, at akkrediteringen medvirkede til, at man i praksissen foretog forandringer såvel i de fysiske rammer, praksissens organisering, arbejdsgange og behandlingsmetoder. Et eksempel er praksissens fokus på kontrol af fodsår hos diabetespatienter, som dels medførte indførelsen af en overordnet og systematisk plan for kontrol af diabetespatienter, og dels til ansættelse af en specialuddannet kronikersygeplejerske til at gennemføre planen. Et andet eksempel på et tiltag, som blev udpeget som en direkte følge af akkrediteringsprogrammet, var et uddannelsesforløb for lægeassistenterne i praksissen med henblik på at forbedre deres kompetencer i at vurdere telefoniske henvendelser fra patienter, og afgøre om de selv kunne varetage henvendelsen, eller om patienten skulle videresendes til en læge. Dette tiltag var blevet til som følge af utilfredshed med netop dette område i den gennemførte patienttilfredshedsundersøgelse (56). Lægerne i praksis vurderer, at begge tiltag ikke ville være blevet gennemført uden akkrediteringsforløbet.

I interviewet gav den ene akkreditor desuden udtryk for, at en af fordelene ved akkrediteringsmodellen er, at den styrker de praktiserende læger i at *"tænke i udvikling og udviklingsmuligheder"* frem for udelukkende at fokusere på, om praksissen havde en høj eller lav efterlevelse af standarderne (56). De praktiserende læger beskrev ligeledes de gentagne praksisbesøg som en socialiseringsproces, hvor de lærer at antage et udviklingsperspektiv på organiseringen af deres praksis, på det arbejde der ud-

føres, og på de resultater man opnår. Modtagelsen af akkrediteringsmodellen blandt de interviewede praktiserende læger havde været blandet og bl.a. afhængig af den enkelte læges interesse for organisering af praksis og planlægning af arbejdsgange. Dog havde selv de mest skeptiske læger i henhold til akkreditererne en oplevelse af, at de efterhånden forstod nytten af at arbejde med udviklingsplaner, og at det blev lettere og mindre tidskrævende i takt med, at de fik mere erfaring med processen (56). Ved at sammenligne praksissens niveau indenfor de 93 indikatorer med gennemsnittet for alle deltagende praksis introducerer man med den hollandske akkrediteringsmodel et fokus på den samlede praksispopulation som grundlag for planlægning og udvikling. Særligt indikatorer omhandlende behandlingskvalitet og patienternes vurdering af praksissen blev i den besøgte praksis afgørende for de forandringer, man planlagde (56). Således medvirker akkrediteringsmodellen også til, at man påvirker praksis til at tilpasse sig den lokale kontekst på baggrund af systematisk indsamlede data frem for enkeltstående konsultationer eller lægernes egne interesseområder.

Internationalt er der kun få publicerede evalueringer af forskellige akkrediteringsmodellers effekt (59). Eksisterende evalueringer påviser som oftest accepten af akkrediteringsmodellen blandt de praktiserende læger og relevansen af modellen i almen praksis (59-62). Effekten af akkreditering i form af højere behandlingskvalitet er imidlertid ikke konsistent, og kan ikke relateres til betydelige kliniske effektmål som fx sygelighed og dødelighed. Ligeledes har det ikke været muligt at påvise, om akkreditering medvirker til opnåelse af en mere omkostningseffektiv organisation (59; 63). En akkrediteringsmodel som den hollandske, hvor man gennemfører årlige praksisbesøg, betragtes som en omkostningsfuld løsning, særligt i betragtning af, at man ikke kan påvise højere kvalitet eller større effektivitet (63). Samtidig fremhæves løbende opfølgning som en potentiel styrke, hvis man kan fastholde lægernes motivation og sikre en mere kontinuerlig udviklingsproces, hvor praksissen rent faktisk gennemfører de planlagte udviklingsprojekter (61; 64). Omvendt kritiseres akkrediteringsmodeller ofte for, at der ikke ligger eksplicite overvejelser over, hvilke virkemidler der fører til forandring af almen praksis, og akkrediteringsmodellerne derfor ofte fremstår ubegrundede og mangelfulde (59).

Finansiering

Administration af akkrediteringsmodellen, samt uddannelse og aflønning af datakonsulenter og akkrediterere finansieres af NHG. Den enkelte praksis afholder selv alle udgifter til udarbejdelse og gennemførelse af udviklingsplanerne, hvilket svarer til ca. 4.000 euro for hele akkrediteringsforløbet (58). Nogle af de hollandske forsikringselskaber giver dog et tilskud til praksissen, hvis de deltager i akkreditering. Ifølge Pieter van den Hombergh svarer det til omkring 1 euro pr. patient i gennemsnit, hvor nogle forsikringselskaber betaler meget mere, og andre slet ikke honorerer for deltagelse i akkrediteringsmodellen. Desuden varierer forsikringselskaber i forhold til, om de tilbyder en årlig honorering, eller blot yder tilskud det første år, praksissen deltager i akkrediteringsforløbet (mailkorrespondance Pieter van den Hombergh).

Barrierer

Der eksisterer endnu ikke nationale evalueringer af tiltaget, som ville kunne kaste lys over, hvorfor det kun er en så relativt lille del af almen praksis, som har valgt at deltage i den hollandske akkrediteringsordning. Internationale undersøgelser har peget på, at barrierer for deltagelse i akkreditering i andre lande især har været:

- ◆ Tvivl om den effekt der opnås opvejes af omkostningerne
- ◆ En opfattelse af at akkreditering truer de praktiserende lægers professionelle autonomi
- ◆ Overvejelser om akkrediteringsmodellens brugbarhed og relevans.

Interview med akkreditører og praktiserende læger under akkreditering i forbindelse med et praksisbesøg peger dog på, at de væsentligste barrierer især har relateret sig til overvejelser om, hvorvidt det er realistisk muligt at gennemføre de procedurer, som indgår i akkrediteringsmodellen. De fortæller, at selve dataindsamlingsproceduren er omfattende og tidskrævende, særligt i de praksis, hvor alle data skal findes manuelt, og at dette hos nogle læger har givet anledning til modstand mod modellen. Udsigten til mere administrativt arbejde til udarbejdelse og implementering af udviklingsplaner, som enten tager tid fra det patientrelaterede arbejde, eller skal udføres i lægernes fritid, har også medvirket til modstand. Det vurderes, at hver enkelt udviklingsplan, som skal udarbejdes af en praktiserende læge, tager 4-5 timer, hvorefter planen skal implementeres i det daglige arbejde i praksissen. Første år vurderes det, at tidsforbruget til udarbejdelse af udviklingsplaner tager endnu længere tid, da det tager tid at sætte sig ind i formatet og lære at strukturere og gennemtænke planerne (56).

Tiltag for at imødegå barrierer: Den hollandske akkrediteringsmodel er endnu under udvikling, og der er ikke gjort tiltag til at imødegå de barrierer, som de praktiserende læger oplever. Dog er problemet med elektronisk journalisering i fokus, ikke specifikt med henblik på at lette dataindsamlingen i forbindelse med akkrediteringen, men for at lette kommunikationen mellem forskellige dele af primærsektoren generelt. I en dansk kontekst vil den højere grad af elektronisk journalisering formentlig kunne effektivisere den del af akkrediteringen som omhandler dataindsamling (58)

Konklusion

Den hollandske akkrediteringsmodel blev indført i 2004 med det formål at måle og styrke kvaliteten af almen praksis. Der er udviklet et sæt af indikatorer, som bruges til at måle praksissens kvalitetsniveau, og der gennemføres årlige praksisbesøg med akkreditering.

Vores analyse af dette tiltag viser, at man i Holland har udviklet en model, som opleves som brugbar og relevant af de praktiserende læger, men at det ikke er muligt at drage konklusioner om, hvorvidt den hollandske akkrediteringsmodel medvirker til bedre behandlingskvalitet eller mere effektiv organisering af almen praksis. Der er stor optimisme, men ingen data til at understøtte det. Internationale studier af akkreditering af almen praksis peger på, at der generelt er mangel på klare indikationer på effekten ved akkreditering både i relation til omkostningseffektivitet og behandlingseffekt.

I modellen lægges der stor vægt på, at almen praksis skal stimuleres til en selvreguleret udviklingsproces, og vores analyser peger på, at akkrediteringsmodellen medvirker til en proces, hvor de praktiserende læger styrkes i at se udviklingsmuligheder og føre dem ud i livet. Den bidrager således både til at dokumentere kvalitetsniveauet og gøre det synligt for styrende myndigheder og eventuelt patienter, og det kan fremme en kvalitetsudviklingstankegang blandt personalet i almen praksis. Således er det vores vurdering, at den hollandske akkrediteringsmodel kan anvendes som et redskab til at inspirere og uddanne praktiserende læger i at arbejde med organisationsudvikling.

Akkreditering	
<i>Kort beskrivelse af tiltaget:</i>	<i>Den hollandske akkrediteringsmodel er et akkrediteringssystem, der skal fremme kvalitetsudvikling i almen praksis samt dokumentere kvalitetsniveauet. Det består af to dele: Måling af kvalitet på baggrund af et sæt af indikatorer, og akkrediteringsbesøg hvor der udarbejdes udviklingsplaner med udgangspunkt i de svage områder, målingen har identificeret. Praksis akkrediteres både ud fra kvaliteten i målingen og kvaliteten i udviklingsarbejdet.</i>
<i>Formål:</i>	<i>1) At opnå ensartet og optimal behandling af patienter og 2) at eksterne parter kan få indsigt i kvaliteten i organisering af almen praksis og i den medicinske behandling.</i>
<i>Virkemidler:</i>	<i>Måling af praksissens kvalitetsniveau på baggrund af 94 indikatorer hvert fjerde år og årlige praksisbesøg med akkreditering.</i>
<i>Virkemidler til implementering:</i>	<i>Deltagelse i akkrediteringsprocessen er frivillig, men der lægges vægt på muligheden for udvikling og forandring af praksissen og muligheden for at opnå offentlig anerkendelse for systematisk at arbejde med kvalitetsudvikling. Krav fra patienter, forsikringselskaber og samarbejdspraksisser om indsigt i praksissens kvalitetsniveau medvirker også i nogen grad til implementering af modellen.</i>
<i>Effekt:</i>	<i>Den hollandske akkrediteringsmodel blev implementeret i 2004, og der er endnu ikke gennemført evalueringer af modellens effekt. Modellen er blevet modtaget positivt af de praktiserende læger, og både læger og akkreditorer/NHG har store forventninger til metoden som medvirkende til at sætte skub i en kvalitetsudviklingsproces i almen praksis. Vores analyse peger på, at der sker en socialiseringsproces, hvor de praktiserende læger lærer at anskue deres praksis ud fra et udviklings- og populationsorienteret perspektiv. Internationale studier peger på, at akkreditering som metode til kvalitetsudvikling og effektivisering af almen praksis ikke er blevet dokumenteret som effektiv, men at en af modellens styrker er de hyppige praksisbesøg, som stimulerer til og understøtter udviklingsprojekter i almen praksis.</i>
<i>Finansiering:</i>	<i>Det hollandske almenmedicinske selskab, NHG, finansierer administrationen af og information om modellen og uddannelse af akkreditorer. Den enkelte praksis finansierer alle interne ressourcer anvendt i akkrediteringsprocessen. Variation i om praksissen modtager ydelser fra forsikringselskaber ved akkreditering og størrelsen på ydelsen.</i>
<i>Barrierer:</i>	<i>Oplevede barrierer for almen praksis' deltagelse i akkrediteringssystemet er endnu ikke undersøgt systematisk. Interview peger på, at tid brugt på dataindsamling og administrativt arbejde i forbindelse med akkreditering vejer tungest som barrierer. Der er endnu ikke gjort tiltag til at overkomme barrierer ved deltagelse i den hollandske akkrediteringsmodel specifikt. Der arbejdes dog med systemer til elektronisk journalisering i den hollandske primærsektor, som vil medvirke til en lettere dataindsamlingsprocedure i forbindelse med akkrediteringsmodellen.</i>

Sundhedscentre (Holland)

Formål

De første sundhedscentre blev igangsat i 1970'erne, og udgangspunktet var en gruppe af idealistiske læger, farmaceuter og andre sundhedsprofessionelle fra primærsektoren, som ønskede at forbedre behandlingen af deres patienter ved i højere grad at kunne levere en integreret og sammenhængende service baseret på tværfagligt samarbejde. Oprindeligt havde initiativet et udpræget ideologisk præg, hvor alle professioner skulle opfattes som lige, og eksempelvis læger og assistenter burde få det samme i løn (2; 65).

Regeringen har siden 80'erne haft det som en erklæret politik at støtte oprettelsen af multidisciplinære sundhedscentre, og senest i 2004 blev denne ambition understreget i en fælles intentionserklæring fra regeringen og stort set alle aktører i det primære sundhedsvæsen (66).²⁰

Formålet med de multidisciplinære centre er:

- ◆ At de skal sikre bedre koordinering og kontinuitet i behandlingen gennem øget samarbejde og integration af forskellige discipliner
- ◆ At de dermed kan levere en bedre service og større variation i behandlingen
- ◆ At de kan imødegå den stigende kompleksitet blandt andet gennem bedre behandlingsprogrammer for kronikere.

Virkemidler

Multidisciplinært samarbejde: Virkemidlet i tiltaget med multidisciplinære sundhedscentre er først og fremmest øget samarbejde og koordination mellem forskellige discipliner. Tankegangen er, at dette samarbejde bedst opnås ved at disciplinerne samles i en organisation under samme ledelse og samme tag. Et af de store diskussionsemner i forhold til sundhedscentre som virkemiddel har været, hvilke discipliner der bør inkluderes i centrene. Kernespørgsmålet har været hvilke – og hvor mange – forskellige discipliner, der skal deltage, før man med rette kan kalde samarbejdet et 'sundhedscenter'.

LVG²¹ definerer et sundhedscenter som bestående af minimum fem faggrupper: Praktiserende læger (incl. doktor assistenter), fysioterapeuter, et apotek, socialarbejdere og sygeplejersker. Sundhedsministeriets definition har været lidt mindre krævende i forhold til antallet af discipliner. Ifølge den har det været nok, hvis praktiserende læger, socialarbejdere og sygeplejersker var involveret. Ofte har flere faggrupper dog været involveret såsom diætister, SPV'er (social-psykiatriske sygeplejersker - som har gennemgået en fireårig uddannelse målrettet primærsektoren), jordemødre m.fl. (65).

Ministeriet har i modsætning til LVG stillet yderligere krav til sundhedscentrene om, at de skulle følge en særlig organisationsstruktur kaldet 'stichting' (se mere neden for), og det har også været et krav, at alle discipliner skulle være samlet under et tag. Det er denne definition, som har afgjort, om en praksis kunne kalde sig sundhedscenter i lovens forstand og modtage støtte (65).

Fælles for begge disse definitioner er dog, at grundtankegangen er at fostre et øget samarbejde mellem de praktiserende læger som kerneaktøren og andre primærsektordiscipliner (65).

20 I denne erklæring hedder det blandt andet: "We declare that it is our intention to achieve an integrated primary care service that is local or in the vicinity of where patients live, and that is accessible and available. Various providers will be working together in a structural way if possible on a common and recognisable location. This should be a committed cooperation with mutual and structural communication. When the various providers have reached structural agreements on how to collaborate, this information should be made transparent to insurance companies and patients. It should be easy to tell who offers which kind of care and who is responsible. Care providers are responsible for a good exchange of patient data. A catchment area of 10.000 to 15.000 citizens could be envisaged. The goal is not to produce a blueprint, but to create a gross framework to allow parties to create their own setup on regional and/or local level" (66). Egen oversættelse med hjælp fra hollandsk-kyndig.

21 LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn) er en interesseorganisation for sundhedscentre.

Disease management: De seneste år, hvor særlige forløbsprogrammer og kronikerprogrammer er kommet i fokus, er sundhedscentrene blevet set som særligt velegnede til at gennemføre disse. Kombinationen af en række discipliner i samme organisatoriske struktur og i samme bygning giver gode muligheder for at implementere strukturerede behandlingsprogrammer. Det er på denne måde, at sundhedscentrene kan medvirke til at sikre bedre kontinuitet og koordinering i behandlingen (65; 67; 68).

Særlige organisationsformer som virkemiddel: Et af de virkemidler, som staten har lagt stor vægt på i sin udbredelse af sundhedscentrene i Holland, har været den særlige organisationsform, som i Holland går under betegnelsen 'stichting'. Direkte oversat hedder det en 'stiftelse', men det kan også oversættes med 'fond' eller 'institut'. Det kendetegnende ved denne organisationsform er, at der ved oprettelsen af stiftelsen udpeges en bestyrelse bestående af personer fra lokalsamfundet med viden og interesse i området, men som ikke er involveret i centrets daglige drift. Denne bestyrelse er herefter selvsupplerende og uafhængig, og det er den, som kan ansætte og fyre lederen af centret og beslutte den overordnede styring af sundhedscentret. Når man har fokuseret på netop denne organisationsform, har det været fordi, man ville sikre uafhængigheden i centret, samt sikre at samarbejdet blev baseret på fælles vilkår for de forskellige professioner, hvor alle var ansat i samme enhed (2). I perioden fra 1985-2006, hvor regeringen ydede direkte statstilskud, var det et krav, at sundhedscentret var organiseret som en 'stichting'.

Med reformen af sundhedsvæsenet i 2006 blev støtteordningen fjernet. En del af den overordnede filosofi med reformen var, at det skulle overlades til forsikringsselskaberne at sikre høj kvalitet i behandlingen gennem deres kontraktindgåelse med leverandører. Direkte støtteordninger til bestemte initiativer skulle høre fortiden til (69). Dette har ledt til, at der er kommet flere forskellige legale konstruktioner på banen, som kan benyttes, når et integreret samarbejde mellem flere udbydere skal formaliseres.²² Man kan vælge at indgå *samarbejdsaftaler* forskellige udbydere imellem. Det er den løseste form for samarbejde, hvor forskellige udbydere forpligter hinanden på bestemte områder for behandling, og formaliserer det i en aftale. Samarbejdet kan tage form som en *privat virksomhed* med en specificeret ejerkreds, en ansat leder og overskudsdeling med ejerne. Man kan også oprette et *kooperativ* eller *andelsselskab*, hvor det er foreningsstrukturen med andelsmedlemskab og generalforsamling, der benyttes som styreform i samarbejdet. Hvilken af de forskellige organisationsformer der bliver valgt, har konsekvenser for finansieringen, ledelsen og ejerskabet.

Virkemidler til implementering

Direkte statsstøtte: I perioden fra 1985 til 2006, støttede regeringen direkte godkendte sundhedscentre, der levede op til regeringens definition på et sundhedscenter. Centrene kunne både få startstøtte, der løb de første fem år, og derefter fast driftsstøtte. Støtten var relativt høj, og omfattede både et fast beløb pr. patient samt støtte til ansættelse af en leder for sundhedscentret (70).

Rådgivning og facilitering: Da den direkte statsstøtte blev afskaffet i 2006 ændrede regeringen tilgang sig fra konkret økonomisk støtte til rådgivning og facilitering af 'integreret behandling'. I 2005 blev der åbnet 22 regionale rådgivningscentre, som har til opgave at støtte kvalitetsudvikling og fremme kontinuitet og integreret behandling i primærsektoren. Disse centre er finansieret af regeringen og forsikringsselskaberne i fællesskab, og de yder blandt andet bistand og rådgivning til aktører, som ønsker at åbne et sundhedscenter. Deres opgave er dog bredere, og de kan støtte ethvert initiativ til øget samarbejde eller kvalitetsudvikling i primærsektoren. Disse centre arbejder også tæt sammen

²² Før reformen fandtes der gruppepraksis, der havde indgået samarbejder med et apotek, en fysioterapiklinik med mere, og eventuelt var flyttet ind i samme bygning. Disse praksis var i lovens forstand ikke et sundhedscenter, da de ikke var organiseret som en 'stichting', men reelt kunne de fungere præcis ligesom et sundhedscenter.

med forsikringssselskaberne, og kender deres holdning og krav til at støtte bestemte initiativer. De kan således guide og vejlede leverandører til at opnå kontrakter med forsikringssselskaberne omkring forskellige samarbejdstiltag (71; 72).²³

Effekt

Effekten i forhold til omfanget af multidisciplinært samarbejde i Holland: Her vil vi give et indblik i omfanget og strukturen af det multidisciplinære samarbejde som findes i Holland i dag. Vi baserer dette på en analyse gennemført af NIVEL i 2006-2007²⁴ (73).

Typer af samarbejder: I undersøgelsen skelnes der mellem forskellige typer af samarbejde:

- ◆ Flere discipliner under samme tag (FUST): Dækker blot over, at flere discipliner tilbyder ydelser fra samme adresse. Det behøver ikke i sig selv at betyde, at der er et tættere samarbejde. Men præmisserne for mere samarbejde er til stede.
- ◆ Formel samarbejdsaftale: Når der foreligger en skriftlig aftale, der fastlægger samarbejdet mellem praksis og minimum en anden disciplin, tales der om en formel samarbejdsaftale.
- ◆ Annonceret samarbejde: Når praksis i samarbejde med andre udbydere præsenterer sig som del af et samarbejde, hvor fælles adgang i form af website, præsentationsmateriale med videre tilbydes, tales der om 'annonceret samarbejde'. Der kan være tale om et annonceret samarbejde, uden at det er formaliseret i en aftale (og omvendt kan et samarbejde være formaliseret i en aftale, uden at der skiltes med det).²⁵

Med udgangspunkt i denne skelnen viser undersøgelsen, se Tabel 6, at halvdelen af alle hollandske praksis bor under samme tag med mindst en anden disciplin, og det er henholdsvis 39 og 37 % som har en samarbejdsaftale og et annonceret samarbejde. Således er samarbejde mellem almen praksis og andre discipliner allerede meget udbredt. Som det fremgår af tabellen, er tallene markant højere for gruppepraksis end for solo praksis, men selv solo praksis bor hyppigt sammen med andre discipliner (38 %), og 31 % har en formel samarbejdsaftale, ligesom det også er 31 %, der har et annonceret samarbejde med andre discipliner (73).

Tabel 6 Praksis der deltager i multidisciplinært samarbejde i Holland

	Andel af solo praksis som deltager i denne type samarbejde	Andel af duopraksis som deltager i denne type samarbejde	Andel af gruppepraksis som deltager i denne type samarbejde	Andel af alle praksis som deltager i denne type samarbejde
FUST	38 %	53 %	73 %	50 %
Formel samarbejdsaftale	31 %	39 %	52 %	39 %
Annonceret samarbejde	31 %	36 %	49 %	37 %

Antallet af discipliner der samarbejdes med: Hvis vi så ser på antallet af discipliner, der samarbejdes med og/eller deles adresse med, ser vi, at for både FUST og for praksis med annonceret samarbejde er det tæt på eller mere end en tredjedel, som deler adresse og/eller samarbejder med flere end fem discipliner, jf. Tabel 7. Generelt er der tale om en stor spredning, men det gennemsnitlige antal discipliner for disse to samarbejdsformer er henholdsvis 3,5 og 4,2. Når antallet er lavere for formel sam-

²³ Disse rådgivningscentre støtter således også praktiserende læger, der ønsker at ansætte en specialiseret kronikersygeplejerske med udarbejdelse af forretningsplan og vejledning i de nødvendige kriterier, og hvordan praksis bedst kan forberede sig på etableringen af en denne ordning.

²⁴ Undersøgelsen er baseret på et spørgeskema blandt alle praksis i Holland. Der blev opnået en svarprocent på 76. Besvarelserne er derefter blevet vejret i forhold til praksisstruktur (solo, duo og gruppe), for at gøre data mere repræsentative.

²⁵ Desuden tales der også om 'forsikringsfinansieret samarbejde', men det vil vi ikke komme ind på her.

arbejdsaftale, drejer det sig formentlig om, at praksis indgår færre formelle samarbejdsaftaler, end det antal de præsenterer sig sammen med, eller deler adresse med (73).

Tabel 7 Multidisciplinært samarbejde fordelt på discipliner og aftaletyper i Holland

Antal discipliner	FUST	Formel samarbejdsaftale	Annonceret samarbejde
1	33 %	43 %	33 %
2-4	39 %	38 %	33 %
Over 5	29 %	18 %	34 %
Gennemsnitligt antal discipliner	3,5	2,9	4,2

Karakteristik af discipliner der samarbejdes med: De discipliner som de praktiserende læger typisk samarbejder med er (se tabel 24):

- ◆ *Socialpsykiatriske sygeplejersker, primærsektor psykologer og socialarbejdere*, som alle kan siges at supplere de praktiserende læger i arbejdet med psykologiske, psykiatriske og sociale problemer. Det er denne gruppe, flest praktiserende læger har et samarbejde med.
- ◆ *Apoteker* er en anden af de aktører, praktiserende læger ofte samarbejder med. 18 % af de praktiserende læger har en formel aftale med et apotek, og 24 % annoncerer med et samarbejde, hvilket faktisk er lidt flere end de 23 %, som deler adresse med et apotek.
- ◆ En tredje stor gruppe er *fysioterapi* og *øvelsesterapi*, som også en meget stor del af de praktiserende læger deler adresse med (henholdsvis 21 % og 11 %).

Udover de discipliner som fremgår af skemaet, indgår der over 10 andre discipliner, som praktiserende læger også samarbejder med, eller deler adresse med, men i mindre udbredt omfang (73).

Tabel 8 Samarbejdsdiscipliner fordelt på aftalstype i Holland

Discipliner	FUST	Formel samarbejdsaftale	Annonceret samarbejde
SPV (socialpsykiatrisk sygeplejerske)	25 %	18 %	16 %
Apotek	23 %	18 %	24 %
Fysioterapi	21 %	12 %	18 %
Diætist	16 %	6 %	11 %
Social arbejder	10 %	8 %	11 %
Primærsektor psykolog	13 %	6 %	11 %
Øvelsesterapi	11 %	5 %	9 %
Jordemoder	10 %	5 %	9 %

Antallet af sundhedscentre: Tabel 9 viser fordelingen af læger på tre grupper 'selvstændige med egen praksis' (dvs. læger med egen praksis og egen patientliste), 'selvstændige ansat i sundhedscenter' (egen patientliste men lønnede), og 'HIDHAS' (dvs. læger, der er ansat af andre læger og ikke har egen patientliste). Som det fremgår af skemaet, er der sket en svag stigning i antallet af læger, der arbejder i sundhedscentre: fra 5 % af lægerne i 1997 til 7 % i 2007. Det er dog markant, at det blandt kvinder er langt mere populært at arbejde i sundhedscenter, end det er tilfældet for mænd. Således er det 11 % af de kvindelige praktiserende læger, der arbejder i et sundhedscenter. Det fremgår dog også, at det på trods af direkte tilskud fra staten siden 1985 er forblevet en niche i den hollandske praksissektor at være organiseret som et fondsejet sundhedscenter.

Tabel 9 Praktiserende læger fordelt på ansættelsesform i Holland 1997 og 2007

	1997			2007		
	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder	total
Antal						
Selvstændige med egen praksis	5.463	1.112	6.575	5.166	1.886	7.052
Selvstændige ansat i sundhedscenter	195	148	343	244	345	589
HIDHAs	113	348	461	190	842	1.032
I alt	5.771	1.608	7.379	5.600	3.073	8.673
Andel i %						
Selvstændige/egen praksis	95	69	89	92	61	81
Selvstændige/lønnede	3	9	5	4	11	7
HIDHAs	2	22	6	3	27	12
I alt	100	100	100	100	100	100

Samlet set viser analysen af omfanget af multidisciplinært samarbejde, at der i den hollandske praksissektor er et udbredt samarbejde mellem praktiserende læger og andre aktører, og at dette samarbejde ofte er organiseret i fælles lokaliteter. Vi kan desuden se, at man ikke kan reducere 'sundhedscenter-konceptet' forstået som formaliseret multidisciplinært samarbejde til de fondsejede sundhedscentre, da disse centre blot huser 7 % af de praktiserende læger i Holland, mens det multidisciplinære samarbejde er langt mere udbredt.

Effekten af skiftet fra regeringsstøtte til forhandling med forsikringsselskaber: De tidligere meget formelle og ensartede krav til, hvad et sundhedscenter er i 'lovens' forstand, er blødt op med afskaffelsen af den direkte regeringsstøtte. Forsikringsselskaber kan vælge at støtte en stor variation af tiltag, der har til formål at levere mere integreret behandling. Der er en klar tendens til at forsikringsselskaberne er mindre interesserede i den konkrete struktur og organisationsform, som leverandørerne vælger. I modsætning til tidligere, hvor det var en offentlig institution, som administrerede støttemidlerne ud fra et klart regelsæt, er det i dag langt mere forhandlingspræget. Forsikringsselskaberne har i den forbindelse været meget fokuseret på dokumentation af resultater. For at kunne opnå støtte til et integreret samarbejde i dag vil forsikringsselskaberne typisk stille krav til implementeringen af dokumentationssystemer, disease management programmer med feedback-mekanismer og lignende. I et interview med ZN - forsikringsselskabernes fælles brancheorganisation fik vi forklaret, at forsikringsselskaberne er skeptiske over for sundhedscentrene, og at det ikke er nok at tro på, at de kan levere bedre kvalitet. De skal blive i stand til at dokumentere det for at få ekstra midler (65; 67).

En praktiserende læge, som selv har været initiativtager til etableringen af et sundhedscenter i samarbejde med blandt andet det lokale apotek og en fysioterapiklinik, har bekræftet denne holdning fra forsikringsselskabernes side. Hun arbejder nu på andet år på at kvalificere sig til forsikringsselskabets ganske høje bidrag til integreret behandling i et sundhedscenter. Med stor hjælp fra det lokale ROS-kontor skal sundhedscentret blandt andet udarbejde udførlige disease management programmer for en række folkesygdomme. Hun forklarer, at det er et svært og tidskrævende arbejde, som skal gøres uden for den almindelige arbejdstid, men hun håber inden for det næste år at kunne blive godkendt (74).

Lever sundhedscentrene op til de forventede formål?: Det har ikke været muligt at finde undersøgelser, der kan dokumentere effekten af sundhedscentre som organiseringsform. Netop det faktum, at sundhedscentrene har svært ved at dokumentere konkret klinisk effekt, er genstand for stor diskussion imellem forsikringsselskaberne og sundhedscentrene. Det er blandt andet på denne baggrund, at man skal forstå forsikringsselskabernes tilgang til at yde særlig støtte til sundhedscentrene. De stiller en række krav til, at sundhedscentrene kan dokumentere deres påstand om, at de ekstra midler resul-

terer i bedre behandling og pleje. Derfor bliver støttemidler til centrene i dag typisk kædet sammen med krav om implementering af dokumentationssystemer for de tiltag, der gennemføres og for dokumentation for reelt øget integration i behandlingen (67).

Finansiering

Finansieringen af det multidisciplinære samarbejde har som beskrevet ændret karakter siden 1. januar 2007. Det er umuligt at give et entydigt billede af finansieringen af sundhedscentre i dag, da det afhænger af de kontraktforhandlinger centrene har med de forskellige forsikringselskaber. Det har været uden for rammerne af denne undersøgelse, at analysere de forskellige former for kontrakter og finansieringsmodeller som benyttes mere detaljeret.

Barrierer

Praktiske barrierer: Der er mange praktiske barrierer for at etablere et sundhedscenter, og flere af vores informanter mener, at dette er hovedårsagen til, at det er gået så relativt langsomt med udbredelsen af sundhedscentre i Holland. Der skal et fælles initiativ til fra mange forskellige aktører (fx praktiserende læger, apotek, fysioterapeuter, kommunen), som alle skal blive enige, før end man kan gå i gang med etableringen af et sundhedscenter. Dernæst kommer det planlægningsarbejde, der skal gennemføres for at kunne nå en konsensus omkring etableringen af sundhedscentret. Herunder etableringen af organisationen, anskaffelse af lokaler, udarbejdelse af budgetter med videre. Alt sammen arbejde som ikke bliver kompenseret. LVG vurderer, at det tager omkring to års forberedelse at etablere et sundhedscenter, og i den periode er der en række praktiske, finansielle og organisatoriske barrierer, som skal overvindes (65).

Barrierer for samarbejde: Både i forbindelse med etableringen af et sundhedscenter – men i høj grad også kontinuerligt når et sundhedscenter er etableret – er det en udfordring at opnå gevinsten i form af multidisciplinært samarbejde. Tanken om, at blot ved at samle alle aktører i samme hus og placere dem omkring samme bord til en række møder, vil det automatisk lede til integreret behandling, har vist sig ikke at passe, mener Pieter van den Hombergh (2). Også LVG vurderer, at noget af det mest krævende for at få et sundhedscenter til at fungere er at skabe en fælles vision for samarbejdet. De forklarer, at flere sundhedscentre er mislykkedes, hvis ikke de har arbejdet nok med den fælles vision før etableringen (65). Over tid kan der også opstå problemer, hvis ikke de læger, som bliver ansat, ønsker at indgå i den type samarbejde, som det kræver. Hvis ikke de er dedikerede til det tværfaglige arbejde (2).

Barrierer som følge af rekrutteringsproblemer: I forlængelse af ovenstående barriere med at finde 'den rigtige slags læge', som er interesseret i det tværfaglige samarbejde, nævner Hombergh rekrutteringsproblematikken som en barriere. Han vurderer, at en del af de sundhedscentre med ansatte læger, har haft problemer, når der har været problemer med rekrutteringen, da det i disse situationer er sværere for centrene at finde dygtige læger til de vacante stillinger. Det har i perioder ledt til kvalitetsproblemer i nogle centre. Omvendt så snart rekrutteringssituationen ændredes og manglen på læger blev mindsket, blev det igen nemmere for centrene at få den rette arbejdskraft (2). Det leder til en interessant pointe om, at det ikke nødvendigvis er organisationsformen, som er afgørende for om det rette samarbejde kan opnås. Det er mindst lige så afgørende at kunne skaffe den rette arbejdskraft.

Tiltag til at imødegå barrierer: I forhold til de praktiske barrierer er det tanken, at de lokale ROS-kontorer skal bidrage til at nedbryde disse barrierer. LVG mener dog, at der burde gøres mere, for at kompensere sundhedscentre for de etableringsudgifter der er i forbindelse med opstarten af et sundhedscenter. I forhold til barriererne for samarbejde har det vist sig at have stor betydning, at det personale, som har udtænkt og udarbejdet samarbejdsaftalerne, eller er blevet rekrutteret til at fungere

under dem, føler et ejerskab til disse. Man kan i den forbindelse se det nye fokus på kvaliteten i de konkrete samarbejdsaftaler frem for på organisationsform, som noget der kunne imødegå denne barriere, især kan skabelsen af incitament til samarbejde mellem udbydere, der kan bibeholde deres identitet som entreprenører og ejere af egen praksis, være vigtig i denne sammenhæng.

Konklusion

Ideen om multidisciplinære sundhedscentre i Holland har rødder tilbage til 70'erne, og var dengang præget af idealer om integreret behandling og professionslighed. Man har fra officiel side støttet ideen om multidisciplinær integration i primærsektoren. Fra 1985 til 2006 med direkte offentlig støtte til etablering og drift af sundhedscentre og siden 2007 med en mere markedsbaseret tilgang, hvor forsikringsselskaber stiller krav til sundhedscentrenes organisation og ikke mindst effekt og dokumentation. Med regeringsstøtten til etablering af et sundhedscenter i perioden 1985-2006 blev der stillet krav til sundhedscentrene vedrørende organisationsform og inkluderede sundhedsprofessioner. Nu består regeringsstøtten primært af rådgivning af praktiserende læger ved etablering af sundhedscentre, og definitionen af sundhedscentre er som følge heraf blødt kraftigt op. Det er derfor vanskeligt at komme med helt klare tal for antal sundhedscentre og deres konkrete struktur. Dog kan det konstateres, at omkring 40 % af alle praksis i Holland har etableret formelle samarbejdsaftaler med andre udbydere, og at mellem 2,9-4,2 discipliner i gennemsnit indgår i de multidisciplinære samarbejder. 7 % af de praktiserende læger arbejder i dag i fondsejede sundhedscentre.

Det er ikke muligt at finde studier, der kan dokumentere sundhedscentrenes kliniske effekt. Blandt fortalerne for sundhedscentre er der fortsat stor tiltro til, at en integreret multidisciplinær enhed under samme tag i primærsektoren vil være langt bedre til at sikre kontinuitet og koordination. Reformen på sundhedsområdet i 2006, hvor finansieringen af sundhedscentrene overgik til forsikringsselskaberne, har øget kravene til sundhedscentrene om at udføre disease management programmer og systemer til dokumentation af effekt.

Etablering af sundhedscentre har vist sig at være en vanskelig disciplin, idet fælles visioner og samarbejde er afgørende. Desuden kræves der en stor arbejdsbyrde af alle implicerede parter, som ikke godtgøres økonomisk. Hvis man ønsker at fremme multidisciplinært samarbejde, er der således grund til at overveje, hvordan man kan skabe incitament til dette. I centre baseret på lønnet personale vurderes rekruttering af dygtige læger at være afgørende for sundhedscentrenes kvalitet. Generelt bør man i denne type centre overveje, hvordan man kan fremme ejerskabet til det samarbejde, som er selve formålet.

Multidisciplinære sundhedscentre	
<i>Kort beskrivelse af tiltaget:</i>	<i>Multidisciplinære sundhedscentre er enheder, hvor flere primærsektordiscipliner samarbejder om at tilbyde sundhedsydelse til patienter i en fælles organisation og under samme tag. Praktiserende læger, sygeplejersker, socialarbejdere har været minimum, men desuden har typisk apoteker og fysioterapeuter og en række andre udbydere også deltaget. Ideen med centrene er først og fremmest at levere integreret behandling med bedre koordination og kontinuitet. De er fra officiel side blevet fremmet gennem direkte offentlig støtte til etablering og drift fra 1985 til 2006 og med rådgivning og faciliteringsstøtte siden 2007.</i>
<i>Formål:</i>	<i>Formålet med de multidisciplinære centre er, 1) at de skal sikre bedre koordinering og kontinuitet i behandlingen gennem øget samarbejde og integration af forskellige discipliner, 2) at de dermed kan levere en bedre service og større variation i behandlingen, og 3) at de kan imødegå den stigende kompleksitet blandt andet gennem bedre behandlingsprogrammer for kronikere</i>
<i>Virkemidler</i>	<i>At sikre koordination og kontinuitet i behandlingen ved at integrere primærsektorydelserne så vidt muligt i en organisation, hvor samarbejdet kan foregå mere systematisk og velorganiseret. Desuden er det tanken, at centrene bedre kan levere integrerede behandlings- og forløbsprogrammer for kroniske syge.</i>
<i>Virkemidler til implementering:</i>	<i>Fra officiel side har der været anvendt to vidt forskellige strategier til implementering. Fra 1985-2006 fandtes der et direkte statstilskud til sundhedscentre. Kravene for at få tilskuddet knyttede sig til organisationsform – centret skulle organiseres som en fond – og til de inkluderede sundhedsprofessioner. Med sundhedssektorreformen i 2006 ændrede regeringsstøtten sig til primært at bestå i rådgivning af praktiserende læger ved etablering af sundhedscentre. Der er blevet oprettet 22 regionale kontorer til at stå for denne rådgivningsaktivitet. Den økonomiske støtte skal sundhedscentre nu opnå gennem kontraktforhandlinger med forsikringselskaberne. Forsikringselskaberne har i den forbindelse været meget fokuseret på dokumentation af resultater, og stiller typisk krav til implementeringen af dokumentationssystemer, disease management programmer med feedback-mekanismer og lignende.</i>
<i>Effekt:</i>	<i>Oplødningen i definitionen af, hvad der er et sundhedscenter, gør det vanskeligt at komme med helt klare tal for antallet af sundhedscentre og deres konkrete struktur. Analysen viser, at det multidisciplinære samarbejde er udbredt langt ud over de fondsejede sundhedscentre, som modtog støtte fra 1985-2006. Omkring 40 % af alle praksis i Holland har etableret formelle samarbejdssamtaler med andre udbydere, og mellem 2,9-4,2 discipliner i gennemsnit indgår i de multidisciplinære samarbejder. I alt 7 % af de praktiserende læger arbejder som lønnede i fondsejede sundhedscentre. Det er ikke muligt at finde studier, der kan dokumentere sundhedscentrenes effekt på behandlingskvaliteten, men reformen på sundhedsområdet i 2006, hvor finansieringen af sundhedscentre overgik til forsikringselskaberne og nu indgår på markedslignende vilkår, har sat store krav til sundhedscentre om at udføre disease management programmer og systemer til dokumentation af effekt.</i>
<i>Finansiering:</i>	<i>Finansieringen af det multidisciplinære samarbejde har ændret afgørende karakter fra 1. januar 2007. Før da blev centre støttet direkte af staten. Men i dag kræver det forhandlinger med forsikringselskaber for at opnå støtte. Der findes ikke opgørelser over de samlede ekstra-udgifter til sundhedscentre.</i>
<i>Barrierer:</i>	<i>Etablering af sundhedscentre har vist sig at være en vanskelig disciplin, idet fælles visioner og samarbejde er afgørende. Desuden kræves der en stor arbejdsbyrde af alle implicerede parter, som ikke godtgøres økonomisk. Endelig har rekruttering af dygtige læger vist sig at være afgørende for sundhedscentrenes kvalitet, og ledt til overvejelser om personalet som en mindst ligeså væsentlig faktor som organisationsformen.</i>

Specialuddannede kronikersygeplejersker (Holland)

Formål

Formålet med indførelsen af særlig støtte til ansættelse af specialuddannede kronikersygeplejersker var

1. at medvirke til en aflastning af de praktiserende læger primært i behandlingen af det stigende antal kronisk syge patienter
2. at knytte sygeplejersker tættere til almen praksis
3. at medvirke til øget samarbejde mellem forskellige praksis.

Ad 1) Undersøgelser havde vist, at antallet af kronisk syge patienter voksede kraftigt, og at de ville fortsætte med at vokse. For de praktiserende læger ville det lede til både en kvantitativ stigning i behandlingsopgaverne og en stigende kompleksitet og et skiftende fokus i behandlingen. I en situation, hvor de praktiserende lægers arbejdsbyrde allerede var meget høj, og der var en stigende mangel på praktiserende læger, pegede dette på et behov for en særlig indsats (75).

Ad 2) I løbet af 90'erne havde der været en reform af systemet med distriktssygeplejersker, som havde ledt til stadig større hjemmeplejeorganisationer med mange ansatte. De praktiserende læger var som en konsekvens ved at miste den tætte tilknytning til distriktssygeplejerskerne. De ønskede derfor en ny ordning, hvor de kunne få knyttet sygeplejersker tættere til praksis (1).

Ad 3) Ministeriet så ligeledes initiativet med specialuddannede kronikersygeplejersker som en mulighed for at fremme samarbejdet mellem de praktiserende læger. Ved at designe ordningen således, at praktiserende læger var tvunget til at gå sammen med minimum to andre læger for at kunne ansætte sygeplejersken, ville ordningen kunne virke som en murbrækker i forhold til at fæste et øget samarbejde blandt de praktiserende læger omkring konkret behandling – her på det kroniske område (71).

Virkemidler

Kontrakt og ansættelse: For at kunne ansætte en POH-sygeplejerske skal den praktiserende læge opnå en kontrakt med et forsikringselskab til finansiering af sygeplejersken. I ordningen er der en række krav, som skal være opfyldt, for at en sådan kontrakt kan opnås. De er (71):

- ◆ Aftalen skal omfatte minimum tre praktiserende læger og minimum 4.500 patienter
- ◆ Der skal udarbejdes en forretningsplan, som beskriver, hvordan de praktiserende læger vil organisere ansættelsen
- ◆ En række formelle krav til behandlingen, som POH-sygeplejersken skal udføre, skal opfyldes:
 - Fysiske krav til praksisindretningen
 - Krav til rapporteringssystemer
 - Beskrivelser af de arbejdsområder POH-sygeplejersken skal arbejde med.

En række af de krav, der skal beskrives i planen, er, hvordan man har tænkt sig at leve op til de løbende krav, der er for at modtage betalingen for POH-sygeplejersken. Således skal praksis med POH-sygeplejerske aflevere både en økonomisk og en klinisk redegørelse en gang årligt for det forgangne års POH-arbejde. Den kliniske redegørelse skal indeholde nøgletal for patientpopulationen, den skal beskrive udviklingen i disse nøgletal, og i tilfælde af at der ikke ses forbedringer eksempelvis i blod-sukkertallene for diabetespatienterne, så skal rapporten indeholde forklaringer på, hvorfor og hvilke

initiativer man vil sætte i værk for at opnå en forbedring. Det er for at kunne leve op til disse dokumentationskrav, at der er krav til de elektroniske rapporteringssystemer, som praksissen har (71).

Selve ansættelsen af sygeplejersken kan ske på en lang række forskellige måder. Hvis der er tale om en gruppepraksis, som har patientgrundlaget til ansættelse af en POH selv, kan praksissen stå for ansættelsesforholdet. Hvis der er tale om en gruppe af praksis, kan det være en af lægerne, der formelt står for ansættelsen og aflønningen, og de andre som betaler hende/ham for POH-sygeplejerskens ydelser. Det kan også være eksterne organisationer – både specialiserede POH-organisationer eller den lokale hjemmeplejeorganisation, som leverer POH-ydelser til praksis, og som står for den formelle ansættelse og aflønning. I så fald betaler praksis for ydelserne til den pågældende organisation. Når ydelsen købes af organisationer, giver det en række praktiske fordele i form af mindre administration og mere fleksibilitet ved sygdom med mere. Men det kan til gengæld give en tættere og mere intim samarbejdsrelation, hvis POH-sygeplejersken er ansat af praksis selv. Vi har ingen tal på, hvilke ansættelsesforhold der anvendes, men Marjoleine Hargesmeets, der arbejder som lokal rådgiver for praktiserende læger, der vil ansætte en POH, vurderer, at det er over halvdelen, der er ansat direkte i praksis (1; 71).

Rekruttering og uddannelse: Der er indført en særlig et-årig videreuddannelse på deltid,²⁶ som kvalificerer til at blive POH-sygeplejerske. Uddannelsen består både af skoleophold, hjemmestudier og praktikophold i en lægepraksis. Videreuddannelsen er på nuværende tidspunkt målrettet tre kroniske lidelser: diabetes, kronisk hjertesygdom og KOL. Når en POH-sygeplejerske er uddannet og arbejder i praksis, kan lægen i samarbejde med sygeplejersken udvide arbejdsområdet yderligere. Typisk lader lægerne POH-sygeplejersken tage sig af særlige patientgrupper med bestemte problemstillinger – fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre eller kvinder i overgangsalderen (71).

Som udgangspunkt var det tanken, at det skulle være sygeplejersker, som tog denne videreuddannelse, men trods en vis skepsis blev det besluttet også at lade lægeassistenter tage uddannelsen. Det har ikke været muligt at få præcise tal på, hvilken baggrund Specialuddannede kronikersygeplejersker har. Vores nøglepersoner kommer med lidt forskellige vurderinger.²⁷ For lægeassistenternes vedkommende er det nødvendigt først at bestå en test, der skal vise, om de er egnede til POH-arbejdet. Dernæst skal de gennemgå et halvt år langt kvalifikationskursus, før de kan starte på POH-kurset. De sygeplejersker, som vælger at blive POH-sygeplejersker, kommer i helt overvejende grad fra job i hjemmeplejeorganisationer. Det er således typisk sygeplejersker, der har erfaring fra arbejdet i primærsektoren, som tiltrækkes til jobbet. Nogle har taget en specialiseringsuddannelse i diabetes, og de kan få dispensation til at arbejde som specialuddannede kronikersygeplejersker, inden de har gennemført det særlige kursus (71).

POH-sygeplejerskens rolle i praksis: Samarbejdet fungerer typisk således, at den specialuddannede sygeplejerske eller lægeassistent står for faste opfølgende besøg. For hver sygdomsgruppe er der udarbejdet en meget detaljeret protokol for behandlingen, som skal følges. I protokollen fremgår det, hvor tit patienten skal indkaldes, hvilke test der skal gennemføres, og hvilke emner der skal tages op. Den praktiserende læge involveres på fastlagte tidspunkter i behandlingen afhængig af sygdommen, og ellers kun hvis patienten ikke er stabil, eller hvis der er usikkerheder i behandlingen. POH-sygeplejersken kan foreslå medicin, som den praktiserende læge godkender og videresender til apoteket. POH-sygeplejersken fører en detaljeret journal over besøgene, som den praktiserende læge kan følge med i (76-78).

²⁶ Ca. en tredjedel fuldtidsuddannelse.

²⁷ Dinny de Bakker fra NIVEL vurderer, at det i hvert fald er flertallet af POH's der har en baggrund som sygeplejerske, mens Marjoleine Hargesmeets fra FASTeerstelijin vurderer, at det er omkring halvdelen, der er doktor assistenter. Den samme vurdering gav NVDA – lægeassistenternes fagforening – til vores undersøgelse af almen praksis i Holland i 2007. Foreningen spillede en meget aktiv rolle i også at få godkendt lægeassistenter til denne funktion. Lægeassistenter har en kort videregående uddannelse – en såkaldt VBO. De får dog alligevel betegnelsen POH, når de har bestået det særlige POH-kursus.

Virkemidler til implementering

Implementeringen af ordningen med specialuddannede kronikersygeplejersker har i den første del af perioden været overladt til forsikringsselskaberne. De har oprettet en række regionale komiteer både med stakeholders udefra og med ansatte fra forsikringsselskaberne selv. Disse komiteer kan afgøre, om den plan for ansættelse af en sygeplejerske med specialkurser i kroniske lidelser, som de praktiserende læger har udarbejdet, er god nok til at opnå en kontrakt.

I 2005 oprettede regeringen 22 regionale rådgivningskontorer, som har til opgave at fremme samarbejdet mellem udbydere i primærsektoren. Disse såkaldte ROS-kontorer²⁸ kan blandt andet bistå de praktiserende læger i at udvikle gode planer for ansættelse af en sygeplejerske med specialkurser i kroniske lidelser. Kontorerne bliver finansieret af regeringen og forsikringsselskaberne i fællesskab (71).

Effekt

Effekt i forhold til udbredelse af ordningen: Indførelsen af POH-ordningen har vist sig at være en stor succes i forhold til udbredelsen blandt hollandske praksis. I 2007 var det således næsten 62% af de praktiserende læger, der havde en POH-sygeplejerske ansat. Antallet af praksis med en POH er i de seneste år steget betydeligt. I 2001 var det kun 6 % af praksis, der havde en POH ansat. Det anslås, at der i Holland er ansat mellem 2.500 og 3.340 specialuddannede kronikersygeplejersker. Men mange af disse arbejder på deltid, og antallet af FTE specialuddannede kronikersygeplejersker er 1.389.

Effekt i forhold til arbejdsindsats: Den nyeste undersøgelse af effekten af indførelsen af specialuddannede kronikersygeplejersker på de praktiserende lægers arbejdsbyrde viser, at det har ledt til en begrænset reduktion af lægernes arbejde med de specifikke patientgrupper, som sygeplejerskerne tager sig af. Men reduktionen er ikke stor nok til at kunne gøre en større forskel i forhold til at løse kapacitetsproblemer i almen praksis. Reduktionen i arbejdspress har ikke ført til mindre arbejde for den praktiserende læge, men derimod til øget aktivitet på andre områder (79). Denne undersøgelse bekræfter en tidligere undersøgelse, der beskriver udviklingen for perioden 1987-2001. Ifølge denne undersøgelse udfører POH-sygeplejersken andre arbejdsopgaver end lægeassistenterne, og den opgaveglidning som foregår, er fra den praktiserende læge til POH-sygeplejersken. Undersøgelsen viser ligeledes, at opgaveglidningen fra den praktiserende læge er begrænset. Det vil sige, at en POH-sygeplejerske i høj grad udfører opgaver, som ellers ikke ville blive udført (80). I et interview med Dinny de Bakker, der er forsker fra Nivel og forfatter til begge omtalte undersøgelser, fremgår det, at en nyere undersøgelse med tal op til 2007 er under udgivelse. Denne undersøgelse bekræfter tendenserne fra de tidligere studier (1).

Effekt i forhold til kronikeromsorgen: Hvis vi først ser på den enkelte praksis, så har etableringen af aftalen omkring Specialuddannede kronikersygeplejersker ændret det tværfaglige samarbejde omkring kronikerbehandlingen radikalt. Alle de interviewede praktiserende læger, som vi talte med i forbindelse med undersøgelsen bag rapporten 'Almen praksis som koordinator' (81), gav udtryk for, at det har forbedret behandlingen af især de store kronikergrupper (diabetikere, astma- og KOL-patienter, patienter med for højt blodtryk), at der nu er mulighed for at udvikle behandling og omsorg som et tværfagligt samarbejde med specialuddannet klinikpersonale. Denne holdning bekræftes af de undersøgelser, der har benyttet ekspertvurdering fra de deltagende klinikere som effektmål. Her fremgår det, at såvel sygeplejersker som praktiserende læger vurderer klar forbedring af behandlingen efter indførelsen af specialuddannede kronikersygeplejersker (75).

Der er gennemført en række undersøgelser af effekten af introduktionen af specialuddannede kronikersygeplejersker, og resultaterne er samlet i en meta-analyse fra 2003. Det har ikke været muligt at

²⁸ ROS står for 'regionale ondersteuningsstructuren' som kan oversættes med 'regional support struktur'.

finde nyere studier. På baggrund af de gennemgåede undersøgelser kan der tegnes et vist billede af effekten af Specialuddannede kronikersygeplejersker på kvaliteten af behandlingen, men det er fortsat begrænset, hvor klar effektdokumentation der er på kliniske outcome-mål.

Flere undersøgelser har benyttet patienttilfredshed som effektmål og her er der generelt en positiv effekt. Et studie fra Maastricht har vist signifikante stigninger i tilfredsheden blandt interventionsgruppen, hvor kronikeromsorgen var overtaget af en POH-sygeplejerske, sammenlignet med kontrolgruppen, der havde fortsat behandlingen som før. Det gjaldt både for diabetes- og KOL-patienterne (75). I et studie fra Utrecht blev patienterne spurgt, om de foretrak den nye behandlingsform eller den gamle, og 76 % af patienterne foretrak den nye, mens 4 % foretrak den gamle (75).

I forhold til kliniske mål har flere undersøgelser også dokumenteret en effekt. Et studie fra Zwarte-meer viste således, at blandt KOL-patienterne faldt antallet af patienter, der havde benyttet prednisol det foregående år, fra 45 % før POH-sygeplejersken var indført til 20 % efter tre år med POH'en (75).

En undersøgelse fra Maastricht viste en meget lille forbedring i HbA1c for diabetespatienterne, mens andre medicinske parametre såsom kreatinin, kolesterol og blodtryk ikke ændrede sig. Blandt KOL-patienterne fandt man en forbedring i lungefunktion på 3 % i interventionsgruppen, mens der var et par procents nedgang for kontrolgruppens vedkommende. Blandt astmapatienter fandtes ingen væsentlige ændringer (75).

Selvom der således visse steder er fundet positive effekter, er grundlaget endnu ikke solidt nok til at kunne dokumentere klar klinisk effekt af tiltaget. Der er til gengæld endnu ingen undersøgelser, som har vist negativ effekt, og tilfredsheden blandt såvel klinikere som patienter er stor.

Effekt i forhold til mere samarbejde: POH-ordningen har ifølge alle vores informanter ikke kun ledt til et nyt og frugtbart samarbejde mellem praktiserende læger og sygeplejersker. Det har i høj grad medvirket til at få de praktiserende læger til at arbejde mere sammen. Det er umuligt at kvantificere betydningen af denne effekt, men alle informanter peger på, at behovet for at gå sammen 3-5 praktiserende læger om udarbejdelsen af forretningsplaner for at kunne ansætte en POH-sygeplejerske, har igangsat en udvikling, hvor praktiserende læger går sammen om forskellige udviklingsprojekter. Ansættelsen af en POH-sygeplejerske kan således være første skridt på vejen mod dannelsen af en gruppepraksis eller et 'læger under et tag'-samarbejde, hvor man i fællesskab investerer i lokaler, og deler funktioner med hinanden (1; 2; 71). (En udvikling vi vil beskrive nærmere neden for.)

Finansiering

POH-tiltaget finansieres via kontrakter med forsikringsselskaberne. Når en kontrakt er godkendt udbetales et fast beløb til de praktiserende læger pr. patient, der er tilmeldt praksis (pt. 6,40 € årligt). Desuden får praksis ydelseshonorarer for alle de konsultationer, POH-sygeplejersken gennemfører. Der skelnes ikke i ydelseshonorarerne mellem, om det er en læge eller en POH-sygeplejerske, som gennemfører dem. Af de samlede midler, et forsikringsselskab betaler en praksis for POH-sygeplejersken, skal minimum 55 % gå direkte til finansiering af POH'en (71).

Initiativet til ordningen kom fra de praktiserende læger, og blev til i forhandlinger med sundhedsministeriet. Ministeriet ønskede i denne periode at implementere et computersystem, der kunne overvåge medicinudskrivningen i praksis. De forventede, at det nye system kunne lede til markante besparelser i millionklassen på medicinudgifterne, men de havde problemer med at få overtalt de praktiserende læger. I aftalen om indførelse af specialuddannede kronikersygeplejersker kobledes ministeriet de to tiltag sammen. De praktiserende læger indvilgede således i at implementere det nye computersystem. Til gengæld blev de forventede besparelser øremærket til POH-ordningen (1).

Det viste sig efter en række år, at disse besparelser ikke blev realiseret, og det ledte til stor utilfredshed og krise mellem forsikringsselskaber, praktiserende læger og regering. Det betød, at forsikrings-

selskaberne i en årrække var mere tilbageholdende med at godkende POH'er. Men siden 2004-2005 er der igen kommet gang i ansættelserne af POH'er (1).

Barrierer

Vores informanter har ikke beskrevet nogen konkrete barrierer i forbindelse med initiativet, bortset fra de finansielle problemer som er beskrevet ovenfor.

Konklusion

I 1999 blev der i den hollandske praksissektor indført tilskud til ansættelse af såkaldte specialuddannede kronikersygeplejersker, som er en sygeplejerske eller lægeassistent med efteruddannelse i behandling og kontrol af kronisk syge. Formålet hermed var 1) at medvirke til en aflastning af de praktiserende læger primært i behandlingen af det stigende antal kronisk syge patienter, 2) at knytte sygeplejersker tættere til almen praksis og 3) at medvirke til øget samarbejde mellem forskellige praksis.

Der er etableret et specifikt uddannelsesforløb for specialuddannede kronikersygeplejersker, og der rekrutteres til rollen fra både lægeassistenter og primærsygeplejersker. Det kræver et samarbejde mellem minimum tre læger at modtage støtte til ansættelse af en POH-sygeplejerske. Samarbejdet består blandt andet i at udarbejde en forretningsplan, som specificerer organisering af ansættelsen, og hvordan praksis vil leve op til forsikringsselskabernes krav til POH-samarbejdet, herunder årlige redegørelser for udviklingen i nøgletal for patientpopulationen.

Dette initiativ har vist sig at være en stor succes, hvor det efter år med ordningen, nu er 2/3 af praksis i Holland, der har en ansat POH-sygeplejerske. Studier viser, at specialuddannede kronikersygeplejersker kan gennemføre kronikerkontrol på et fuldt tilfredsstillende niveau, og at både patienter og praktiserende læger er meget tilfredse med ordningen. Dog har det ikke været muligt at vise en effekt af POH-ordningen på de praktiserende lægers arbejdsindsats, men til gengæld kan det dokumenteres, at ordningen har været effektiv i forhold til at udvikle kronikeromsorgen, og at samarbejdet ikke bare mellem læger og sygeplejersker, men også mellem praktiserende læger, er påvirket i positiv retning.

Specialuddannede kronikersygeplejersker	
<i>Kort beskrivelse af tiltaget:</i>	<i>I 1999 blev der indført tilskud til ansættelse af sygeplejersker med specialkurser i kroniske lidelser. Sygeplejerske eller lægeassistenter kan tage en efteruddannelse i behandling og kontrol af kronisk syge (diabetes, KOL og hjertekarsygdomme). Minimum tre praktiserende læger i samarbejde kan modtage tilskud til ansættelse af en sådan specialuddannet kronikersygeplejerske, hvis de samtidig implementerer strukturerede kronikerforløb og dokumentationssystemer.</i>
<i>Formål:</i>	<i>Formålet med indførelsen af Specialuddannede kronikersygeplejersker i 1999 var 1) at medvirke til en aflastning af de praktiserende læger primært i behandlingen af det stigende antal kronisk syge patienter, 2) at knytte sygeplejersker tættere til almen praksis og 3) at medvirke til øget samarbejde mellem forskellige praksis.</i>
<i>Virkemidler</i>	<i>Der er etableret et specifikt uddannelsesforløb til kronikersygeplejerske og der rekrutteres til rollen fra både lægeassistenter og primærsygeplejersker. Uddannelsen er fokuseret på de store kroniske lidelser (diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme) og betyder, at kronikersygeplejerskerne kan stå for de primære opgaver i forbindelse med disease management programmer for de pågældende lidelser. For at opnå en kontrakt kræves der et samarbejde mellem minimum tre læger Samarbejdet skal blandt andet omfatte udarbejdelsen af en forretningsplan, som specificerer organisering af ansættelsen, og hvordan praksis vil leve op til forsikringssekskabernes krav til samarbejdet om kronikersygeplejersken, herunder årlige redegørelser for udviklingen i nøgletal for patientpopulationen.</i>
<i>Virkemidler til implementering:</i>	<i>Med indførelsen af tiltaget blev der åbnet regionale komiteer bestående af både repræsentanter fra forsikringssekskabernes og stakeholders fra lokalområdet. Disse komiteer skal godkende den forretningsplan, praktiserende læger udarbejder. Siden 2005 har der desuden været 22 regionale rådgivningskontorer, som kan assistere lægerne i udarbejdelsen af planen for ansættelse af en kronikersygeplejerske.</i>
<i>Effekt:</i>	<i>Ordnningen har haft stor succes, og det er i dag 62 % af alle praksis, som har en specialuddannet kronikersygeplejerske tilknyttet. Studier viser, at specialuddannede kronikersygeplejersker kan gennemføre kronikerkontrol på et fuldt tilfredsstillende niveau, og at både patienter og praktiserende læger er meget tilfredse med ordningen. Dog har det ikke været muligt at vise en effekt af ordningen på de praktiserende lægers arbejdspress, men til gengæld kan det dokumenteres, at ordningen har været effektiv i forhold til at udvikle kronikeromsorgen, og at samarbejdet ikke bare mellem læger og sygeplejersker, men også mellem praktiserende læger, er påvirket i positiv retning.</i>
<i>Finansiering:</i>	<i>De specialuddannede kronikersygeplejersker finansieres via kontrakter med forsikringssekskabernes. Når en kontrakt er godkendt, udbetales et fast beløb til de praktiserende læger per patient, der er tilmeldt praksis (pt. 6,40 € årligt). Desuden får praksis ydelses-honorarer for alle de konsultationer en kronikersygeplejerske gennemfører.</i>
<i>Barrierer:</i>	<i>Der er ikke blevet peget på betydelige barrierer for tiltaget.</i>

Bilag 2 Landegennemgang

I dette bilag gengives den landegennemgang, der dannede afsæt for beslutningen om at fokusere på erfaringerne i England og Holland.

Det er ønsket, at erfaringerne skal indsamles fra lande, som har 'en sammenlignelig praksissektor med sammenlignelige udfordringer med hensyn til demografi, færre læger mv.' Desuden skal det være lande, som har været blandt de mest proaktive i forhold til at udvikle deres praksissektor, og som dermed har flest erfaringer med konkrete reformtiltag. I dette afsnit vil vi begrunde valget af de to lande, som vi vil fokusere på i indsamlingen af inspiration til, hvordan man kan organisere almen praksis mere effektivt.

Sammenlignelig praksissektor

Almen praksis er organiseret meget forskelligt i Europa. Det gælder med hensyn til den praktiserende læges rolle i det øvrige sundhedssystem, nationale og regionale styringsmekanismer, lokal organisering, finansiering mm. Af tabel 1 fremgår nogle af de forhold, som almen praksis i forskellige europæiske lande kan sammenlignes ud fra, og her ses en mangfoldighed af organisationsformer. Vi har inkluderet en række af de lande, vi har overvejet i forbindelse med dette studie. (82)

Tabel 10 Almen praksis i en række europæiske lande

	Danmark	England	Holland	Sverige	Finland	Norge	Tyskland
Gatekeeper-funktion	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja ²⁹	Ja	Nej
Generalist/bred vifte af ydelser ³⁰	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej
Selvstændig vs. lønnet	Selvstændig	Selvstændig/lønnet	Selvstændig/lønnet	Lønnet	Lønnet	Selvstændig/lønnet	Selvstændig
Finansiering af almen praksis	Fee for service/ capitation	Capitation + kvalitets-honorering	Fee for service/ capitation	Overens-komstbase-ret	Overens-komstbaseret løn	Fee for service/ capitation	
Sundhedscen-ter vs. lægekli-nik	Lægeklinik	Primært læ-geklínik	Primært lægeklinik	Sundheds-center	Sundheds-center	Lægeklinik	Lægeklinik
Offentlig admi-nistrativ enhed (national, regi-onal, lokal)	Regional og folkevalgt	Regional og stakeholder-ledet	National (meget begrænset)	Regionalt og folkevalgt	Lokal og folkevalgt	Lokal og folkevalgt	Regional (begræn-set) og stakehol-derledet
Brugerbetaling	Primært skat-tefinansieret	Primært skat-tefinansieret	Lovpligtig basisforsik-ring	Primært skattefinan-sieret	Primært skattefinan-sieret	Primært skat-tefinansieret	Lovpligtige forsik-ringsord-ninger

Som det fremgår af tabellen, er ingen af de udvalgte fuldstændigt sammenlignelige med Danmark. Lande som England, Holland og Norge har dog væsentlige fællestræk på områder som organisering af

²⁹ I Finland er der dog mange borgere, som har en medarbejderfinansieret forsikring, som giver dem adgang til læger uden henvisning.

³⁰ Vurdering foretaget på baggrund af en række indikatorer indenfor emnerne *treatment of disease, technical procedures, cervical screen, health education, family planning* (82).

den enkelte praksis, finansiering af almen praksis, gatekeeperfunktion og bredden i ydelser som varetages i almen praksis.

De hollandske forskere W.G.W. Boerma og D.M. Fleming har foretaget et studie, der sammenligner praktiserende lægers rolle i det primære sundhedssystem i 31 europæiske lande (83). Her fokuserer de bl.a. på den opgavesammensætning, de praktiserende læger har, og i hvor høj grad lægerne deltager i behandlingen af patienter. Her konkluderes det: 'Summarizing the results on the role of general practitioners in the first contact with health problems, the application of medical techniques and in disease management and follow-up, we conclude that the position of general practitioners in these curative services was strongest in the UK, Denmark, Norway, the Netherlands and Ireland' (84).

Det er DSI's vurdering, at England, Holland og Norge er de mest oplagte lande at inddrage som genstand for nærmere analyse.

Hvorvidt disse lande har samme udfordringer med hensyn til færre læger og flere patienter, er endnu uklart. Det tentative valg af de tre lande har givet anledning til at tage kontakt til en række eksperter i almen praksis i Europa (Diederik Aarendonk, Tina Erriksson, Michel Wensing og Jakob Kjellberg). På denne baggrund erfarer vi, at reformtiltag i Holland og England primært har været drevet af ønsker om kvalitetsforbedringer og gennemsigtighed af de praktiserende lægers arbejde. I Norge er den nuværende struktur med familielæger endnu ny, og de aktuelle problematikker i forhold til etablering og udvikling af denne funktion af en helt anden karakter end i Danmark.

Reformaktive lande

Det andet kriterium for valget af lande til denne undersøgelse har været ekspertvurderinger af, hvilke lande der de seneste år har været mest aktive i at reformere deres praksissektor i forhold til de fremtidige udfordringer med flere ældre og kronikere og færre læger.

DSI foretog i 2007 en international belysning af almen praksis' rolle som koordinator i sammenhængende patientforløb (81). Fokus i denne rapport var i høj grad på de organisatoriske aspekter af almen praksis. I denne undersøgelse faldt valget netop på Holland og England på grund af de mange initiativer på det organisatoriske område inden for almen praksis, og fordi de to lande er meget sammenlignelige med Danmark³¹.

Siden da har DSI desuden foretaget en række undersøgelser af almen praksis i Danmark, herunder betydningen af praksisstørrelse, tovholderroller og produktiviteten (20; 81; 85). I forbindelse med disse studier er der foretaget litteratursøgninger for det relevante emneområde. DSI's erfaringer peger entydigt på, at især England er interessant at se nærmere på. I England har man blandt andet arbejdet meget med tiltag til kvalitetsforbedringer, herunder brugen af økonomiske incitamenter, udviklingen af nye typer af praksispersonale mm. Det er også i England, der er gennemført undersøgelser af betydningen af praksisstørrelse og praktiserende lægers produktivitet, selvom begge områder må anses for begrænset udforsket.

Vi har desuden gennemført interviews med enkelte nøglepersoner med viden om, hvad der rør sig i primærsektoren i Europa. Heriblandt er Diederik Aarendonk, der er ansat som koordinator for European Forum for Primary Care³². Præsenteret for vores problemstilling lyder Aarendonks vurdering: 'I would think of the UK and the Netherlands as strong and comparable examples of how to organize primary care with possible other options like Slovenia, Toscana region in Italy and Catalan region in Spain' (86).

³¹ I denne undersøgelse indgik desuden Sverige og Finland, da ønsket også var at se på erfaringerne fra lande, der benyttede lønnet personale i henholdsvis regionale og kommunale sundhedscentre.

³² European Forum for Primary Care (EFPC) er en organisation, der arbejder for at forbedre befolkningernes sundhed gennem en styrkelse af den primære sundhedssektor. Dens medlemskreds består af både nationale og internationale interesseorganisationer, forskningsinstitutioner og regeringsinstitutioner fra 33 europæiske lande. EFPC arbejder for at fremme dataindsamling og viden om primærsektoren, og forsøger at fremme vidensudveksling mellem de forskellige deltagere i forummet.

Praktiserende læge, kvalitetskonsulent i Region H og tilknyttet DAK-E under Danske Regioner, Tina Eriksson er tillige blevet adspurgt, hvilke europæiske lande der kunne være interessante at undersøge nærmere. Tina Eriksson vurderede også, med hendes indsigt i organiseringen af det alment medicinske område i Danmark og internationalt samarbejde om kvalitetsudvikling i almen praksis, at udviklingen i England og Holland er de mest relevante lande at tage udgangspunkt i. Disse lande udmærker sig ved flere igangværende reformtiltag og en praksisstruktur, der ligner den danske, og dermed muliggøres en overførsel af disse tiltag til en dansk kontekst. Desuden arbejder disse to lande på nogle områder med de samme tiltag, og det vil derfor være muligt at foretage en sammenligning af de pågældende tiltag mellem de to lande (41)³³.

Det endelige valg af lande

Ovenfor er en række europæiske landes praksissektor gennemgået for sammenlignelig organisering, opgaveportefølje samt reformaktivitet. På baggrund af disse kriterier vurderer vi, at det mest hensigtsmæssige valg af lande er Holland og England.

³³ Tina Eriksson fremhævede desuden Spanien, Portugal og de øvrige nordiske lande, hvad angår organisering af almen praksis og kvalitetsudvikling, men hun vurderede, at disse landes praksisstruktur adskiller sig så meget fra den danske, at konkrete tiltag ikke umiddelbart vil være overførbare.

Bilag 3 Landebeskrivelser

I dette bilag gengives landebeskrivelserne for England og Holland.

England

Det engelske sundhedsvæsen har siden 1948 været organiseret i *National Health Service* (NHS). Formålet med oprettelsen af NHS var at etablere et sammenhængende, universelt tilgængeligt, offentligt finansieret sundhedssystem, hvor adgang til sundhedsydelser var baseret på behov frem for betalingsevne (87). Disse principper er stadig grundlæggende, selvom der siden etableringen af NHS er sket store forandringer i den måde, sundhedsvæsenet er organiseret på, og i de sundhedsydelser det leverer (88).

Finansiering

Det engelske sundhedsvæsen finansieres overvejende via skatter (83 %) (89). Der er brugerbetaling på medicin, hvor børn under 16 år, gravide kvinder, svage grupper og belastede patientgrupper dog er fritaget. Der fastlægges et treårigt budget for NHS gennem forhandlinger mellem det engelske finansministerium og sundhedsministeriet. Pengene bliver fordelt til lokale Primary Care Trusts (PCT) efter en fordelingsnøgle baseret på befolkningsgrundlag og sociodemografiske forhold. De lokale PCT'er råder over 80 % af NHSs samlede budget, og virker som lokalt forankrede bestillermyndigheder. Der er på den måde tale om en adskillelse af køber og sælger, hvor de lokale PCT'er køber sundhedsydelser på vegne af borgerne, og aflønner via rammebudgetter og aktivitetsbaseret honorering leverandørerne af sundhedsydelser (90). PCT'er kan dog også selv stå for leveringen af visse sundhedsydelser. Det drejer sig typisk om 'community services' som hjemmesygepleje og sundhedsplejersker. Men der er også eksempler på PCT-ejede og -drevne lægepraksis (81).

Som vi kender det fra Danmark, har man i England mulighed for at tegne private sygeforsikringer, som giver hurtigere adgang til behandling i den private sektor. De private forsikringer dækker behandling for kortvarige sygdomme, småskader og knoglebrud (91). Ved udgangen af 2000 havde 11,5 % af befolkningen suppleret med en privat sygeforsikring svarende til 6,88 millioner borgere. 66,5 % af de private sygeforsikringer finansieres af arbejdsgiverne (91).

Organisering og styring

NHS er centralt styret af Sundhedsministeriet, som sætter de overordnede strategiske rammer for NHS virke. Sundhedsministeriet er således øverste beslutningsmyndighed, som afgør hvordan sundhedsvæsenet er organiseret, finansieret og styret (92).

Siden den konservative regering i starten af 90'erne indførte et internt marked på sundhedsområdet, har alle ydelser uden for primærsektoren været organiseret ud fra en bestiller-leverandør-model. I dag er det de såkaldte Primary Care Trusts (PCT'er), som har bestiller-rollen. Efter en fusionsrunde i 2006 er der i dag 152 PCT'er. En PCT dækker dermed et befolkningsunderlag på mellem 200.000-500.000 mennesker (93). Det er PCT'erne, som har ansvaret for at levere alle sundhedsydelser til borgerne i deres område. På primærsektorområdet er det praksis, som leverer de fleste ydelser på baggrund af en kontrakt med PCT'en, mens hjemmepleje og andre såkaldte 'community services' ofte bliver udbudt af PCT'en selv eller bestilt hos eksterne leverandører. Sekundærydelser bestilles på hospitaler, og var indtil 2003 baseret på blokkontrakter. Men siden 2003 har man gradvist indført et takststyringssystem

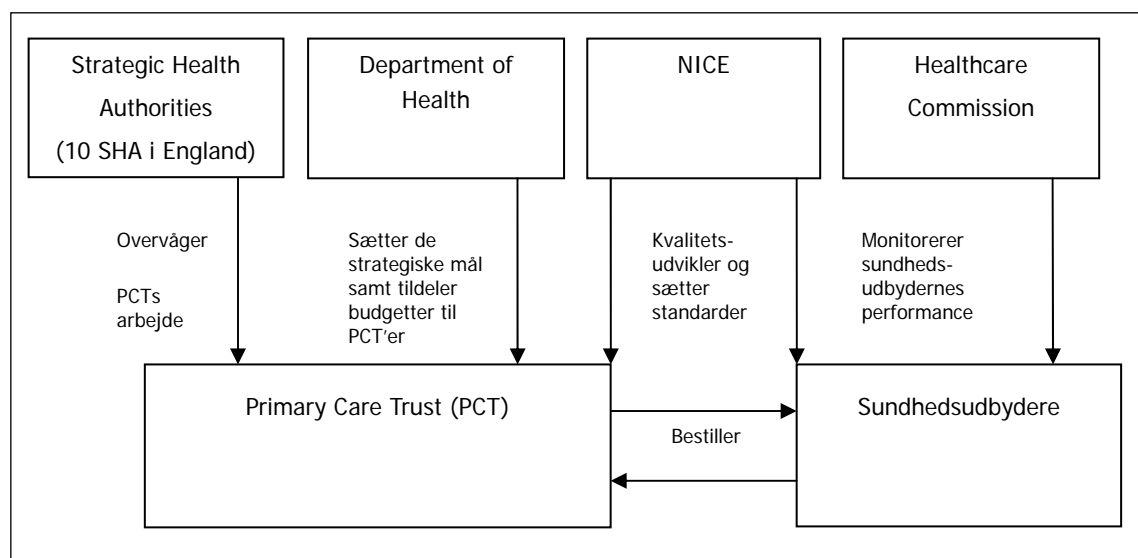
kaldet 'Payment by Result' (PbR), hvorefter hospitalerne afregnes efter nationalt fastsatte takster for enkeltydelser.

De enkelte PCT'er ledes af sundhedsprofessionelle samt administrativt personale, og er dermed ikke politisk valgte. PCT'er refererer til de såkaldte Strategic Health Authorities (SHA). SHA overvåger kvaliteten af det arbejde, PCT'er leverer, og kontrollerer om de nationale prioriteringer afspejles i de sundhedsplaner, som de lokale PCT'er udarbejder. Indtil juli 2006 var der 28 SHAs i England, hvor de blev reduceret til 10 (90). PCT'er har en lovmæssig forpligtelse til at overholde de årlige budgetter, og overskridelse af budgettet kan få direkte konsekvenser for direktionen i en PCT. Der er således et meget stort økonomisk pres på ledelsen af en PCT (10).

Desuden har man nedsat den uafhængige kvalitetssikringsenhed NICE, der har til formål at udvikle nationale kliniske standarder for kvaliteten i sundhedsvæsenet (94). Den uafhængige inspektionsenhed Healthcare Commission overvåger og måler, hvorvidt sundhedsudbydere lever op til de nationale kvalitetsstandarder (95).

Den overordnede organisering og styring af sundhedsvæsenet er vist i Figur 2.

Figur 2 Organisering og styring af det engelske sundhedsvæsen



Organisering af den engelske praksissektor

Funktion

Almen praksis er omdrejningspunktet i det primære behandlingssystem i England. Den engelske praksissektor varetager stort set de samme opgaver som dansk almen praksis.³⁴ Almen praksis udgør således typisk patientens første kontakt med behandlersystemet. Her varetages behandling af patienter med almene sygdomme, og den praktiserende læge indtager en gatekeeperfunktion i forhold til henvisning til specialiseret behandling. Almen praksis tager også del i det forebyggende arbejde og rådgiver i forhold til ryggestop, kostomlægning mm. Det er desuden en central del af de nyere engelske reformtiltag, at almen praksis skal levere en mere systematisk og specialiseret behandling af kroniske

³⁴ Ifølge Tina Eriksson kan der dog konstateres forskelle i opgavesammensætningen, som kun kan forklares med forskellige historiske traditioner. Den omfattende prænatale indsats i Danmark anses eksempelvis ikke som et kerneområde for almen praksis hverken Holland eller England. Det er en meget kompliceret opgave og ifølge Tina Eriksson et endnu ikke tilstrækkeligt udforsket spørgsmål, i hvilket omfang den konkrete opgavesammensætning varierer, og hvilke konsekvenser det har for opgavesammensætningen og arbejdspresset. Det betyder dog, at man er nødt til at tage sammenligninger med visse forbehold (Interview, Tina Eriksson).

syge (96). Stort set alle praksis har derfor systematiseret behandlingen af kroniske syge og delegeret store dele af dette arbejde til sygeplejersker og sundhedsassistenter.

Med det udvidede praksisbudget (Practice Based Commissioning), som blev indført i 2004-2006 har praksissektoren fået tilført en ny funktion som bestillere af sundhedsydelser til de patienter, som er registreret i den pågældende praksis. Det er ikke første gang, at de praktiserende læger i England spiller denne rolle som indkøbere i det interne sundhedsmarked. Fra 1990-1997 var der et sammenligneligt system, som over halvdelen af de praktiserende læger deltog i, før det blev afskaffet i 1997.³⁵ Det udvidede praksisbudget giver ansvaret for store dele af sundhedsbudgettet til praksissektoren, der på denne måde får en forstærket rolle som gatekeepere og tovholdere for patienterne, og som den aktør, der skal stå for den konkrete prioritering af sundhedsydelser til de enkelte patienter (dette tiltag bliver analyseret indgående i Bilag 1).

De praktiserende læger og strukturen i praksis

Praksisstørrelse: De engelske praktiserende læger kan som i Danmark vælge at arbejde alene i deres egen praksis eller sammen med andre praktiserende læger i såkaldte gruppepraksis. Hvis vi først ser på praksisstørrelse, så fremgår det af Tabel 11, at 76 % af de engelske praktiserende læger arbejder i gruppepraksis med mere end 3 læger (tallene er her baseret på fuldtidsekivalente³⁶ læger). Det er i helt overvejende grad mellemstore praksis med 4-9 FTE-læger, som er den typiske praksisstørrelse med 75 % af FTE-lægerne. Derimod er sololægen en uddøende race i den engelske praksissektor med blot 5 % af de praktiserende læger arbejdende under denne praksisform.

Når vi ser på udviklingen over de seneste 10 år kan vi se en klar tendens til at praksis bliver større. Således var det i 1997 38 % af de praktiserende læger, som arbejdede enten solo eller i praksis med 2-3 læger. Det er især de helt store praksis, som er steget i antal. Således var det blot 7 % af de praktiserende læger, der arbejdede i praksis med mere end 8 ansatte i 1997. I 2007 var dette tal 26 %.³⁷

Tabel 11 Læger pr. praksistype i England i 1997 og 2007

	2007		1997	
	Antal (FTE-læger)	%	Antal (læger)	%
Solo	1.573	5	2.719	10
2-3 læger	5.874	19	7.454	28
4-5 læger	8.179	26	9.134	34
6-7 læger	7.254	23	5.924	22
8-9 læger	4.577	15	1.363	5
10+	3.479	11	505	2
I alt	30.936	100	27.099	100

Kilde: The Information Centre, NHS³⁸

Konsortier: Som følge af det udvidede praksisbudget er langt de fleste engelske praksis i dag blevet deltagere i konsortier af flere praksis, som i fællesskab kan stå for bestillingen af sundhedsydelser til deres patienter og udvikle nye ydelser i almen praksis. Vi beskriver disse konsortier mere indgående i Bilag 1.

³⁵ Konceptet blev kaldt 'GP-Fundholding'. Det var kun elektive ydelser, som blev overdraget til de praktiserende læger. Sidst i perioden med GP Fundholding i 95-97 begyndte flere praksis at indgå partnerskaber for at kunne investere i større servicetiltag sammen.

³⁶ Man skelner imellem såkaldte head count, hvor hver enkelt læge tæller som en, lige meget hvor meget de arbejder, og så fuldtidsekivalente læger, hvor man omregner tallene, så de svarer til fuldtidsstillinger. Vi vil her benytte betegnelserne læger hhv. FTE-læger for disse to opgørelsesformer.

³⁷ Bemærk dog de forskellige opgørelsesmetoder, som gør sammenligning af de to år lidt usikkert (noten til tabellen).

³⁸ Beregning foretaget på baggrund af tal fra The Information Centre, NHS. Tallene for 1997 og 2007 er ikke 100 % sammenlignelige, da tallene fra 1997 kun omfatter praktiserende læger med egen kontrakt, og desuden er baseret på head count og ikke FTE. I 1997 var der knap 900 ansatte læger, som således ikke er med i tallene fra 1997.

Patienter pr. læge: En praktiserende læge i England har i gennemsnit 1.606 patienter, hvilket er en markant nedgang fra 1997, hvor hver læge i gennemsnit tilså 1.815 patienter, se Tabel 12. Man kunne forestille sig, at denne nedgang var begrundet med, at de praktiserende læger arbejder mindre i dag, men når vi ser på udviklingen for patienter pr. FTE-læge, viser der sig en tilsvarende udvikling. Her er antallet af patienter faldet fra 1.932 patienter pr. FTE-læge i 1997 til 1.732 patienter i 2007.

Tabel 12 Patienter pr. læge i England

	1997	2007
<i>Patienter pr. læge</i>	1.815	1.606
<i>Patienter pr. FTE-læge</i>	1.932	1.732

Hvis vi så ser på antallet af patienter pr. læge i forhold til praksisstørrelse, jf. Tabel 13, bliver det tydeligt, at læger ansat i større praksis langt fra er mere effektive målt i forhold til antallet af patienter, lægen tager sig af. Tværtimod daler antallet af patienter pr. læge jo større praksis bliver, og sololæger er suverænt den gruppe, der kan tage sig af flest patienter. Det kan dog ikke siges med sikkerhed, at det er organisationsformen, der er årsag til denne forskel i antal patienter per læge. Det kan også være, at opgavesammensætning, lægernes profil i forhold til køn og alder forklarer den konstaterede forskel.

Tabel 13 Læger og patienter fordelt på læger pr. praksis i England

Antal læger pr. praksis	Læger	Patienter	Patient pr. læge
1 læge	1.594	3.994.767	2.506
2-3 læger	6.247	10.919.869	1.748
4-5 læger	8.852	14.240.632	1.609
6-7 læger	7.826	12.080.801	1.544
8-9 læger	5.026	7.362.615	1.465
10+ læger	3.483	4.930.577	1.416
I alt	31.338	53.529.261	1.708

Kilde: The Information Centre, NHS³⁹

Antal praktiserende læger og ansættelsesform: De seneste 10 år er det lykkedes at rekruttere over 5.000 nye læger til den engelske praksissektor. Det er en stigning i antallet af læger på ca. 19 %. Som det fremgår af Tabel 14, så er stort set hele stigningen i antallet af praktiserende læger i England sket inden for gruppen af lønnede læger. I 1997 var andelen af lønnede læger blot 3 %, mens det i 2007 var 18 % af de praktiserende læger, der var lønnede. Antallet af kontraktholdende læger har derimod været stabilt de seneste 10 år.⁴⁰

³⁹ Dette er bearbejdede tal fra The Information Centre. Tallene er baseret på et skema over alle praksis i England med antallet af læger og antallet patienter i den pågældende praksis. Da tallene ikke stemmer 100 % overens med opgørelser baseret på andre metoder, må der tages et forbehold for nøjagtigheden i denne tabel. Dog anser vi tendenser for at være korrekte.

⁴⁰ Udover de her nævnte lægekategorier findes der også såkaldte 'registrars', som er læger, der er under uddannelse til praktiserende læge, og 'retainers', som er læger der leverer aflastningsvagter i en praksis. De må maksimum arbejde to dage i en praksis om ugen, og de er også lønnede. Registrars udgør 7 % af alle læger i praksis, mens retainers blot udgør 1 %. Normalt ekskluderes begge grupper af statistikker over læger i praksis.

Tabel 14 Praktiserende læger fordelt på ansættelsestype i England i 1997 og 2007

	1997		2007	
GP Providers ⁴¹	27.200	97 %	27.342	82 %
Other GPs ⁴²	846	3 %	6.022	18 %
I alt	28.046	100 %	33.364	100 %

Kilde: The Information Centre

Deltid eller fuld tid: Af Tabel 15 kan vi se, at der er 33.364 læger i England og i fuldtidsstillinger svarer de til 30.936. Det betyder, at en gennemsnitlig praktiserende læge i England udfylder 0,93 fuldtids-ekvivalent stilling. Med 0,85 FTE for de lønnede læger er det markant, at de har en lavere beskæftigelsesgrad end de kontraktholdende læger. Der er altså flere af de lønnede læger, som arbejder på deltid.

Tabel 15 Praktiserende læger fordelt på ansættelsestype og læger hhv. FTE-læger i England

	Antal læger		Antal FTE-læger		Gennemsnitlig FTE	
GP Providers	27.342	82 %	25.813	83 %	0,94	
Other GPs	6.022	18 %	5.123	17 %	0,85	
I alt	33.364	100 %	30.936	100 %	0,93	

Praktiserende lægers køn og alder: Der er sket en stigning i antallet af kvinder blandt de praktiserende læger i England, se Tabel 16. I 1997 udgjorde kvinder 31 % af alle praktiserende læger, mens de i 2007 udgjorde 42 %. Det er markant, at stigningen i andelen af kvinder blandt de praktiserende læger især er sket blandt de lønnede læger. Således er det i 2007 næsten 30 % af de kvindelige praktiserende læger, som er lønnede, mens det blandt mændene blot er 10 %.

Tabel 16 Praktiserende læger fordelt på ansættelsestype, køn og alder i England i 1997 og 2007

	1997			2007		
	GP providers	Other GPs	I alt	GP providers	Other GPs	I alt
Antal						
Mænd	18.968	354	19.322	17.381	1.980	19.361
Kvinder	8.232	492	8.724	9.961	4.042	14.003
I alt	27.200	846	28.046	27.342	6.022	33.364
Andel efter køn						
Mænd	70 %	42 %	69 %	64 %	33 %	58 %
Kvinder	30 %	58 %	31 %	36 %	67 %	42 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Andel efter ansættelse						
Mænd	98 %	2 %	100 %	90 %	10 %	100 %
Kvinder	94 %	6 %	100 %	71 %	29 %	100 %
I alt	97 %	3 %	100 %	82 %	18 %	100 %

Hvis vi ser på de praktiserende lægers alder, se Tabel 17, så er det tydeligt, at gruppen af praktiserende læger i England er blevet ældre de seneste 10 år. Således er andelen af læger over 50 år steget fra 30 % i 1997 til 37 % i 2007. Det kunne tyde på, at en del af stigningen i antallet af læger, som det er lykkedes at opnå, er et produkt af bedre fastholdelse af læger i faget, men det kan også blot skyldes større årgange og længere levetid. Hvis vi ser på de yngre aldersgrupper er det således kun blandt de

⁴¹ Læger der har en kontrakt med en PCT. Der er dog et lille antal inden for denne gruppe som er lønnede.

⁴² Læger der er ansat i en praksis og lønnede.

helt unge under 30 år, at vi ser en mindre stigning i antallet af læger fra 1997 til 2007. Der er derimod blevet færre læger i aldersgruppen 30-40 år.

Tabel 17 Praktiserende læger fordelt på alder i England i 1997 og 2007

	1997		2007	
	Antal	%	Antal	%
Under 30	399	1	472	1
30-34	3.663	13	3631	11
35-39	5.586	20	4591	14
40-44	5.211	19	5.797	17
45-49	4.787	17	6446	19
50-54	4.039	14	5261	16
55-59	2.533	9	4099	12
60-64	1.351	5	2068	6
64+	477	2	999	3
I alt	28.046	100,0	33.364	100

Honoreringsform

Praktiserende læger i England honoreres i dag primært efter den ny GMS-kontrakt (General Medical Services) eller den såkaldte PMS-kontrakt (Personal Medical Services).

PMS-kontrakten: PMS-kontrakten blev søsat i 1998 som lokale eksperimenter med nye kontraktformer, som skulle give inspiration til en genforhandling af GMS-kontrakten. Indtil da havde almen praksis været reguleret af en kontrakt, som i det store og hele havde været uændret siden 1966.⁴³ En PMS-kontrakt bliver forhandlet lokalt mellem en PCT og en praksis. Kravene til kontrakterne er meget fleksible og bliver konstant justeret, men fælles er et fokus på at belønne den kvalitet og de ydelser, som praksis leverer. Der er under PMS mulighed for at forhandle honorarer for ekstra ydelser ('enhanced services') og få særlig finansiering til investeringer i almen praksis. Efter den genforhandlede GMS-kontrakt trådte i kraft i 2004, blev PMS-ordningen gjort permanent. Praktiserende læger kan i dag selv bestemme, om de vil indgå PMS eller GMS-kontrakt med sundhedsmyndighederne.

Den nye GMS-kontrakt: I 2004 nåede regeringen og BMA til overens om en ny GMS-kontrakt for de praktiserende læger i England. Målet med den nye kontrakt var 1) flere ydelser i primærsektoren – udflytning af opgaver fra hospitaler; 2) forbedret adgang og flere valgmuligheder for patienter; 3) større lokal fleksibilitet; 4) større fokus på 'performance'-baseret honorering og 5) forbedret rekruttering til praksissektoren (97). Baggrunden for den nye kontrakt var en udbredt krisestemning blandt praktiserende læger med lav jobtilfredshed. Undersøgelser viste, at en fjerdedel af de praktiserende læger overvejede at forlade almen praksis. Der var desuden mange ledige stillinger og problemer med rekruttering. Regeringen vurderede, at en øget rekruttering til praksissektoren ville kræve en forbedring af de praktiserende lægers lønniveau. Der blev derfor afsat en del nye midler til driften af det primære sundhedsvæsen. Desuden accepterede regeringen at fjerne kravet om døgnberedskab fra almen praksis. Til gengæld for de øgede midler og fritagelsen af vagtlægeforpligtelsen krævede regeringen, at de praktiserende læger skulle forpligte sig til øgede kvalitetskrav.

To alternative kontrakter: Ud over GMS og PMS er der to alternative kontraktformer, som dog kun bliver benyttet i meget begrænset omfang. Der er tale om den såkaldte APMS ('alternative provider medical services'), hvor en PCT kan indgå kontrakt med et privat firma, der kan levere praksisydelser. Den anden kontraktform – som er lidt mere udbredt – kaldes PCTMS (Primary Care Trust Medical Ser-

⁴³ Der var tale om en nationalt forhandlet kontrakt, som blev indgået mellem indenrigsministeriet og den enkelte praktiserende læge. Honoreringen blev reguleret af en såkaldt 'red book', hvoraf det fremgik, hvilke services der udløste honorering, og hvordan basishonoraret for patientlisten skulle udregnes. Aflønningen bestod altså af en kombination af faste honorarer, capitation og fee-for-service i meget begrænset omfang.

vices), og det er, når PCT selv åbner praksis i sit område. Begge disse alternative kontrakter har det formål at give PCT'er bedre mulighed for at sørge for, at der bliver udbudt praksisydelser i socialt udsatte områder.

Alle fire kontraktmuligheder indeholder følgende fem honoreringsområder:

- ◆ Global sum (basishonorar)
- ◆ Kvalitetshonorering (QoF)
- ◆ Udvidede ydelser ('Enhanced Services')
- ◆ Vagtlægeordning ('Out of Hours')
- ◆ Investering i teknologi, bygninger, pensioner og fastholdelse af læger.

Global sum, investeringer, pensioner med mere samt vagtlægehonorering er alle sammen ydelser som bliver givet uafhængig af de enkeltydelser, som en praksis leverer. Udvidede ydelser bliver typisk afregnet som 'fee for service', mens kvalitetshonoreringen afregnes ud fra kvalitetsmål. Forholdsmæssigt fordeler honoreringen af praksis i England ud fra disse tre kategorier sig som følger (98)⁴⁴:

Ydelsesuafhængige bidrag: 63 %

Kvalitetsafhængige bidrag: 23 %

Ydelsesafhængige bidrag: 14 %

Normtal og etableringsret: Desuden indeholder den nye kontrakt en udstrakt deregulering af praksissektoren med langt færre specifikke krav til såvel opgavesammensætning som organisation og administration. Blandt andet afskaffede man den individuelle patientliste, og den praktiserende læge er ikke længere den juridiske enhed, der indgår kontrakten. Såvel kontrakt som patientliste tilhører praksis, og inden for den enkelte praksis har man frihed til at organisere arbejdet, som man vil, så længe man kan leve op til kontraktens forpligtelser i forhold til serviceudbud og kvalitetsniveau. Således kan en praksis beslutte at erstatte en fratrædende læge med en sygeplejerske, uden at det har nogen indflydelse på patientlisten. Alle praksis har desuden ret til at afvise både nye og eksisterende patienter. Hvis en patient ikke kan finde en praksis, der vil acceptere patienten, kan en PCT tvinge praksis til at tage imod patienten for en begrænset periode (12).

Det er PCT'erne som beslutter, hvor mange praksis der skal være i et område. Hvis man således vil åbne en ny praksis, kræver det, at man kan overbevise en PCT om at indgå kontrakt med en. Der er ifølge Bonnie Sibbald 'little genuine competition' mellem engelske praksis (12).

Lønudvikling: De praktiserende læger i England har siden indførelsen af den ny kontrakt oplevet en bemærkelsesværdig lønfremgang. Som det fremgår af Tabel 18, er de praktiserende lægers løn steget fra 85.589 £ (ca. 815.000 DKK) i 2003/04 til 110.004 £ (1.050.000 DKK) i 2005/06. Det svarer til en lønstigning på 29 % over 2 år. Det er dog også værd at bemærke, at de lønnede praktiserende læger får under halvt så meget i løn, som de kontraktholdende læger (48).

⁴⁴ Vi har beregnet dette ud fra de helt overordnede udbetalinger inden for disse kategorier for England samlet set. Vi har baseret tallene udelukkende på GMS-praksis, da PMS-praksis opgør deres tal lidt anderledes. Det betyder formentlig, at den ydelsesafhængige andel er en smule overvurderet i vores beregning, da visse af basisydelseerne også udbetales til PMS-praksis.

Tabel 18 Lønudvikling i almen praksis i England 2003/4 – 2005/6

	2003/04	2004/05	2005/06
Kontraktholdende læger (PMS/GMS)	85.589 £	102.287 £	110.004 £
Lønnede læger	-	-	46.905 £

Praksispersonale

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

Definition af personalegrupper:

Klinisk personale:

- Praksissygeplejersker:* Praksissygeplejersken foretager fx rutinemæssige screeninger, vaccinationsprogrammer, rådgiver om livsstil og bistår ved mindre operationer (99). Mange praksissygeplejersker specialiserer sig inden for et bestemt sygdomsområde – typisk de større kroniske områder. For at arbejde som praksissygeplejerske kræves det, at man udover den grundlæggende sygeplejerskeuddannelse tager ekstra uddannelse (99).
- Nurse practitioners:* Der kan også være ansat nurse practitioners, som bedst kan beskrives som en mellemting mellem en sygeplejerske og en læge. Nurse Practitioners har ovenpå sygeplejerskeuddannelsen taget en masteruddannelse, som bl.a. gør dem i stand til at foretage egne konsultationer, diagnosticere, screene patienter og udskrive medicin (100). De første Nurse Practitioners blev uddannet i 1992.
- Health assistant:* Blandt praksispersonalet findes også health assistants, der udover at assistere læge og sygeplejerske under konsultationer også varetager selvstændige opgaver som blodprøvetagning, blodtryks- og pulsmåling, vægtmåling, temperaturmåling og respirationsmåling. Health assistants har en korterevarende uddannelse i de specifikke opgaver han/hun varetager (99).

Ikke-klinisk personale

Practice manager: Det administrative personale udgøres af 'practice managers' og receptionister. En 'practice manager's arbejde består typisk i at varetage HR-funktioner, føre regnskab, have ansvar for bookingsystemet samt at lægge strategi for praksissen (99). Der er stor variation i, hvor stort et ansvar 'practice managers' bliver givet. Det kan strække sig fra sekretariatsleder til medejende direktør med ansvar for strategi og personale.

Receptionister: Receptionisterne i almen praksis er patienternes første kontakt til praksissen. De sørger for at booke en tid til patienten. Der kræves ingen uddannelsesmæssige kvalifikationer for at arbejde som receptionist i en praksis (99).

It-personale: De seneste år – især med indførelsen af kvalitetshonoreringssystemet – i er flere engelske praksis begyndt at ansætte personale kun til vedligeholdelse af it-systemer. Ifølge vores interviewpersoner er det dog fortsat kun et begrænset fænomen (12).

Antal af de forskellige personalegrupper: Vi har desværre ikke kunnet finde tal, der giver præcise angivelser for alle de ovenstående personalegrupper. Men vi kan give et billede af omfanget af praksispersonale i engelske praksis og udviklingen over de seneste ti år.

Tabel 19 viser tydeligt, at engelske praksis har et endog meget stort antal af ikke-klinisk personale ansat – det vil sige receptionister, praksis managere, it-personale mv. For hver fuldtidsarbejdende praktiserende læge er der i dag gennemsnitlig 1,7 fuldtidsansat ikke-klinisk personale. Selvom antallet er steget de seneste år, er andelen dog faldet en smule.

Antallet af klinisk personale både i form af sygeplejersker eller andet klinisk personale er ligeledes steget de seneste 10 år, se Tabel 19. Det gennemsnitlige antal fuldtidsansatte sygeplejer er steget med knap 4.500, andet kliniske personale med 3.500 FTE-stillinger. Da der også er ansat mange nye læger, er andelen af praksispersonale pr. læge kun steget marginalt. Således var der i 1997 0,5 klinisk praksispersonale pr. læge, mens det i 2007 var 0,7. For praksispersonale generelt er tallet 2,4 fuldtidsansatte i praksis pr. fuldtids praktiserende læge.

Tabel 19 Fuldtidsekvivalent klinisk personale (absolut og andel) pr. FTE-læge i England i 1997 og 2007

Fuldtidsansatte:	1997			2007		
	Antal FTE	Andel	FTE pr. FTE-læge	Antal FTE	Andel	FTE pr. FTE-læge
Practice nurse	10.082	17	0,4	14.554	19	0,5
Direct patient care	1.521	3	0,1	5.011	7	0,2
Admin and clerical	48.331	80	1,8	53.679	71	1,7
Andre	635	1	0,1	1842	2	0,1
I alt	60.568	100	2,3	75.086	100	2,4

Forslag til konkrete tiltag til nærmere undersøgelse

Efter valget af England, som et af de to lande, der skulle fokuseres på i denne rapport, udpegede DSI tre makroinitiativer, der kan betegnes som overordnede styringsværktøjer, der har haft stor betydning for udviklingen af organiseringen i den engelske almene praksis. Initiativerne blev udpeget på baggrund af a) interview med nøglepersoner og b) DSI's egen erfaring med analyser af almen praksis i England. Clinical Lecturer, dr. Kath Checkland, National Primary Care Research and Development Centre, Manchester University og kvalitetsudviklingskonsulent i Region H, Tina Eriksson blev interviewet i forbindelse med denne udvælgelse.

De tre tiltag, som blev udpeget var kvalitetshonorering (Quality and Outcomes Framework), udvidet praksisbudget (Practice Based Commissioning), og deregulering af praksissektoren i forbindelse med kontraktfornyelse.

Kvalitetshonorering (Quality Outcome Framework) – kvalitet og nye måder at organisere arbejdet inden for den enkelte praksis

Beskrivelse af initiativet: NHS og den britiske lægeforening indgik i 2004 en ny overenskomstaf-tale, hvor en del af honoreringen for ydelser i almen praksis blev gjort kvalitetsafhængig. Denne nye aftale indebærer et pointsystem baseret på 135 indikatorer, som bestemmer den enkelte læges ydelseshonorering. I en tidligere DSI-publikation anføres det, at det engelske kvalitetshonoreringssystem betragtes som en væsentlig motivation til at få en mere systematisk behandling af patienter med kroniske sygdomme, og at ordningen har givet almen praksis et økonomisk initiativ til at højne kvaliteten og tilbyde de anbefalede ydelser (81). Kvalitetshonorering kan dog også ses som et initiativ, der ikke bare har medvirket til et kvalitetsløft i almen praksis, men også har skabt nogle rammer for/krav til at gå nye veje i forhold til at organisere den enkelte praksis.

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering i almen praksis?:

1. Både i følge de informanter, som blev interviewet i forbindelse med DSI-rapporten *Almen praksis som koordinator*, samt nyere litteratur har kvalitetshonorering haft den tilsigtede effekt: at medvirke til at forbedre klinisk kvalitet inden for de udvalgte indikatorer (27; 81). En indgangsvinkel til

kvalitetshonorering kunne være at give et nuanceret bud på, i hvilket omfang kvalitetshonoreringen har medført en højere klinisk kvalitet i almen praksis.

2. Kvalitetshonorering har også haft en række utilsigtede effekter, som det i forbindelse med denne undersøgelse vil være særlig interessant at se på. For det første har den påvirket brugen af praksispersonale. Selvom udgangspunktet for kvalitetshonorering har været forbedring af kvaliteten, har tiltaget medvirket til en reorganisering af almen praksis, hvor lægernes arbejde uddelegeres til andre faggrupper. Således har præstationsmål knyttet eksplicit til honorering skubbet til en proces, der allerede var i gang i England, i retning af at benytte sygeplejersker til visse patientrelaterede opgaver. Det gælder især i forhold til implementeringen af disease management programmer og brugen af protokoller for de mest udbredte kroniske sygdomme som diabetes, KOL og hjertekarsygdomme. Kvalitetshonorering har sat rammen for en udvikling, der nedefra (dvs. fra de praktiserende læger selv) har ført til overvejelser om mere effektiv organisering af almen praksis. For det andet har kvalitetshonorering medført en opkvalificering af IT-strukturerne i stort set alle praksis i England. Det skyldes tiltagets krav til dokumentation for de mange indikatorer. I implementeringen af kvalitetshonoreringsmodellen fulgte særligt software med, som praksis, der ønskede kvalitetshonoreringen, var tvunget til at installere og benytte. Flere af vores informanter nævner, at IT-systemerne i sig selv har givet nye styringsmuligheder i almen praksis og øget professionaliseringen.

Udvidet praksisbudget (Practice-based Commissioning) – skub i en udvikling mod større konsortier og intern akkreditering

Beskrivelse af initiativet: Udvidet praksisbudget er en ordning, der giver alment praktiserende læger et udvidet praksisbudget, mod at de selv køber ydelser til deres patienter på sygehusene. De praktiserende læger kan beholde et eventuelt overskud i budgettet, der dog skal investeres i praksissen (det kan således ikke bruges til øget løn på samme måde som kvalitetshonoreringstiltaget). Formålet med denne ordning har været at nedbringe antallet af henvisninger til sygehuse, og give incitament til at de praktiserende læger løser opgaverne selv (23).

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering af almen praksis?: Initiativet har til formål at lede til et mere effektivt henvisnings- og medicinudskrivningsmønster for de praktiserende læger, samt påvirke lægerne til at udvikle flere ydelser i primærsektoren. I forbindelse med dette initiativ ses også en række utilsigtede effekter, der kan medvirke til mere effektiv organisering af almen praksis. De praktiserende læger organiserer sig i konsortier, der 'deles' om det udvidede praksisbudget, og som dermed internt holder øje med og styrer hinandens aktiviteter med henblik på at effektivisere og øge produktionen i praksis og nedbringe antallet af henvisninger. Tidligere tiltag til at styre aktiviteten i almen praksis fra oven (dvs. fra de lokale Primary Care Trust Funds, PCT's) er generelt blevet mødt med fjendtlighed blandt de praktiserende læger, men det lader til, at udvidet praksisbudget har sat rammen for en styringsform, som er forankret og udvikles internt blandt de praktiserende læger og dermed accepteres. Samtidig har det udvidede praksisbudget sat skub i en udvikling mod mere samarbejde og større enheder i almen praksis. Dermed mener vi, at dette tiltag også kunne være interessant at foretage en nærmere beskrivelse af (23).

Deregulering af praksissektoren – ændringer i den interne organisering af praksis bl.a. med øget brug forskellige typer praksispersonale

Beskrivelse af initiativet: I England honoreres praktiserende læger primært ved to kontrakter, Personal Medical Services Contract (PMS) og General Medical Services Contract (GMS) (se mere om honoreringen af praktiserende læger på side 78). GMS er nationalt dækkende, og består af et basishonorar til almen praksis, ydelseshonorering og kvalitetshonorering. Løbende er de forskellige bindinger på basishonoraret blevet afskaffet, og diverse strukturmæssige og organisationsmæssige krav knyttet til

basishonoraret er blevet fjernet. Det gælder eksempelvis sammenhængen mellem honoraret og antallet af læger, sammensætningen af patientpopulationen mm. Basishonorarets størrelse er i dag i vid udstrækning blevet dekoblet fra ydre faktorer, hvilket har overladt det til den enkelte praksis selv at beslutte sin interne organisering, uden at det har nogen betydning for indtjeningen (23). Denne deregulering af praksissektoren har også omfattet en fjernelse af en række regler og krav. Eksempelvis er der nu fri etableringsret, fri ret til sammenlægninger af praksis mm. (41).

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering af almen praksis?: Dereguleringen af praksissektoren i England har ledt til en række omorganiseringer:

1. For det første har den nye frihed til intern organisering betydet, at den enkelte praksis selv kan beslutte 'skillmix' og 'staffmix'. Nye roller for praksispersonale har udviklet sig over tid og ført til nye roller såsom 'nurse practitioners', 'practice nurses', 'practice managers' og IT-personale. 'Nurse practitioners' og 'practice nurses' er specielt trænedede sygeplejersker, der overtager opgaver fra lægerne. 'Practice managers' er personale som har en administrativ rolle, og også i nogle tilfælde en mere strategisk rolle, en slags HR-funktion. Der er også udviklet forskellige ansættelsesformer for de praktiserende læger – både i form af forskellige kontraktformer og som ansatte hos andre praksisejere. Endelig har den ovenfor beskrevne udvikling på IT-området, som konsekvens af kvalitetshonorering, medført massiv udvikling af computersystemerne i almen praksis, hvorfor flere praksis har ansat IT-personale til at varetage udvikling og vedligeholdelse heraf.
2. Dereguleringen har desuden medført en øget konkurrence mellem praksis og en tendens til konsolidering, hvor praksis fusionerer for at opnå stordriftsfordele. En helt ny tendens er, at virksomheder, herunder store amerikanske sundhedskoncerner, kan købe en mængde praksis og drive dem med både læger og praksispersonale som ansatte.

Holland

Det hollandske sundhedssystem er et forsikringsbaseret system, hvor det er lovpligtigt for alle borgere at tegne en privat sundhedsforsikring. Det er delvist finansieret via obligatoriske skattefinansierede forsikringer og delvist via privattegnede sundhedsforsikringer. På udbudssiden er stort set alle sundhedsydelse organiseret i private organisationer og virksomheder. Udbydere har traditionelt kunnet opdeles i et primært sundhedssystem omfattende praksislæger, hjemmesygepleje, apoteker og en række professionsuddannede sundhedsprofessionelle⁴⁵, samt et sekundært og tertiært sundhedssystem primært bestående af sygehuse og enkelte speciallægeklinikker.⁴⁶

Sundhedssystemet i Holland har traditionelt været udbudsstyret og reguleret fra centralt hold, hvor parlamentet har fastlagt budgetter og principper for de private aktører. Lovgivningen er blevet administreret via forskellige regulerende myndigheder og gennem private forsikringsselskaber, regionale sygekasser og offentlige forsikringsprogrammer. I de seneste år er der gennemført en gennemgribende reform af systemet. Det gennemgående princip for reformerne er en ændring af sundhedssystemet fra et udbudsstyret system i retning af et efterspørgselsstyret system med langt mere konkurrence såvel på betalersiden mellem forsikringsselskaberne, som på udbydersiden mellem de sundhedsprofessionelle. Dette medfører en decentralisering af styringen til lokale og private aktører (69; 101).

Finansiering – det hollandske forsikringssystem

Det hollandske sundhedssystem er et forsikringsbaseret system. Systemet er inddelt i tre sektioner, som repræsenterer tre forskellige forsikringstyper. Sektion 1 er skattefinansieret, sektion 2 er privat men obligatorisk, og sektion 3 er privat og frivillig (69).⁴⁷

1. *Den første sektion* – kaldet AWBZ – dækker langtidssygepleje og -omsorg. Det er en skattefinansieret forsikring, som administreres af regionalt udpegede forsikringsselskaber. Denne forsikring omfatter områder som hjemmehjælp, hjemmesygepleje, samt visse former for genoptræning. Desuden er langt den overvejende del af behandling og pleje af psykisk syge også omfattet.
2. *Den anden sektion* dækker behandling af sygdom. Efter den seneste reform, som trådte i kraft 1. januar 2006, har alle borgere pligt til at tegne en privat sundhedsforsikring, som dækker et lovbestemt minimum af sundhedsydelser. Der er fri konkurrence på forsikringsmarkedet mellem forsikringsselskaberne. Men samtidig er forsikringsudbydere underlagt en række strikse regulativer fra lovgivernes side, som skal sikre, at sundhedsforsikringer er tilgængelige og overkommelige i pris for alle borgere (102; 103).
3. *Den tredje sektion* omfatter tillægsforsikringer af forskellig art, som alle frit kan tegne hos forsikringsselskaberne. Det kan blandt andet omfatte fysioterapi, tandlæge, briller mm.

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

⁴⁵ Tandlæger, fysioterapeuter m.fl.

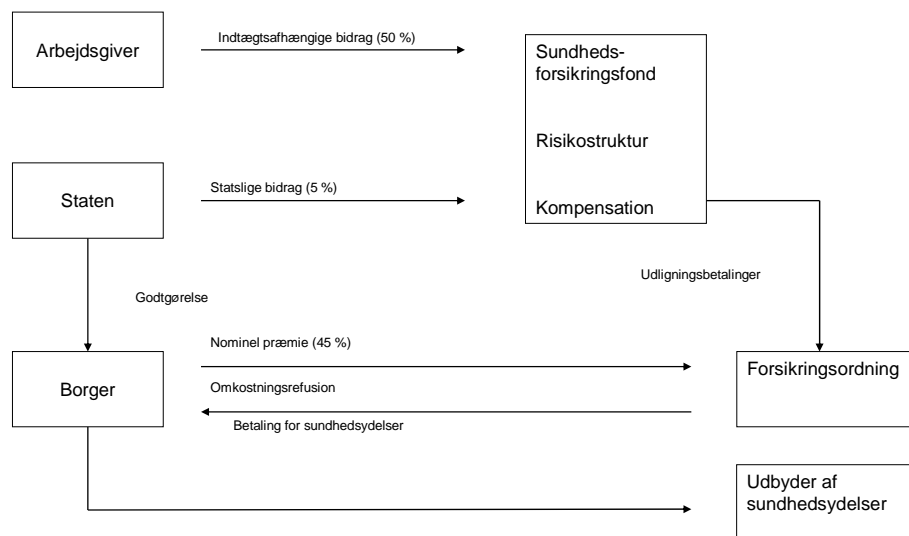
⁴⁶ Desuden er der en folkesundhedsindsats, som omfatter den primære forebyggelse, sundhedsfremme mv. Den er offentligt organiseret og finansieret i såvel statslige som lokale og regionale instanser.

⁴⁷ Okma foreslår, at denne tre-deling benyttes som alternativ til primær, sekundær og tertiær (102).

I forhold til udbydere af sundhedsydelser er markedet også liberaliseret, således at forsikringsselskaberne ikke er forpligtet til at indgå kontrakter med alle udbydere. Det betyder, at forsikringskunderne kun kan få gratis behandling, hvis de benytter sig af udbydere, som har indgået kontrakt med deres forsikringsselskab. Man har som patient fortsat mulighed for at vælge andre udbydere, men så er forsikringsselskabet kun forpligtet til at betale en del af regningen. Sammen med indførelsen af maksimumtakster er det tanken, at dette nye tiltag skal sikre forsikringsselskaberne aktiv rolle som købere af sundhedsydelser på deres kunders vegne.

Nedenstående model viser finansieringsprincippet i det nye forsikringssystem i Holland.

Figur 3 Finansieringsprincippet i henhold til den Hollandske sundhedsforsikringslov



Kilde: (103)

Organisering og styring

Den hollandske sundhedssektor har altid bestået næsten udelukkende af private aktører, der var underlagt en stram styring fra det offentliges side gennem regulering og lovgivning. Det har ikke i traditionel forstand været et frit marked med fri etablering og fri konkurrence. Men i løbet af den seneste årrække, og især med den store reform i 2006 under forandring, er sundhedsvæsenet gået i retning af en markedsføring, hvor det er konkurrence i højere grad end styring og regulering, der skal sikre målsætningerne.

Det har blandt andet betydet, at kontrollen med såvel antallet af udbydere som priserne er under opblødning. I forhold til antallet af udbydere, så har det i princippet længe været frit for de praktiserende læger at åbne en praksis, hvor de vil. Men det kræver en kontrakt med de store forsikringsselskaber i det område, hvor man vil have sin praksis, samt en aftale med de øvrige praktiserende læger i området vedrørende feriedækning og vagtlæge-ordning. Derfor er det reelt umuligt at åbne en ny praksis uden samarbejde med forsikringsselskaber og kollegerne i området.

I forhold til priserne for sundhedsydelserne, er det sundhedsministeriet, der fastsætter maksimumtakster for alle sundhedsydelser. Det sker på baggrund af en lov om takster i sundhedsvæsenet og i forhandlinger med de forskellige aktører i sundhedsvæsenet (primært fagforeninger, brancheorganisationer og forsikringsselskaber). Et statsligt organ administrerer taksterne og står for detailreguleringen (104). Det har været en del af reformerne, at taksterne ikke længere er bindende, men blot skal opfattes som maksimumtakster. Det betyder, at forsikringsselskaberne nu kan forhandle med udbydere om lavere priser for ydelserne.

Fra 2005 til 2008 skal hospitalerne gradvist overgå til en ren aktivitetsbestemt finansieringsmodel. Den baseres på et særligt hollandsk case-mix-system kaldet DBC (Diagnose Behandlings-Kombinationer). Når modellen er fuldt indfaset er det tanken, at såvel prisen for en DBC som antallet af DBC'er hospitalet kan få betalt, skal være åben for forhandlinger mellem sygehuse og forsikringselskaber.

Reformerne har ændret forsikringselskabernes rolle fra primært at være administratorer af en gennemreguleret finansiering af sundhedsvæsenet til at være aktive private selskaber, som på indtægts-siden kæmper om kunderne med andre forsikringselskaber, og på udgiftssiden køber sundhedsydelser på et i stigende grad dereguleret marked for sundhedsydelser. Det er især to ændringer i rollen som købere af sundhedsydelser, som har givet forsikringselskaberne en endnu mere aktiv rolle i det hollandske sundhedsvæsen. For det første at forsikringselskaberne ikke længere er forpligtede til at indgå kontrakter med alle udbydere, og for det andet at takster ikke længere er faste, men kun maksimumtakster. Tilsammen betyder det, at det er muligt for selskaberne at presse udbydere på pris og kvalitet, når der skal indgås kontrakter.

Forsikringselskaberne i Holland spiller således rollen som 'bestillere' af sundhedsydelser i stil med PCT's i England og regionerne i Danmark. Dette giver forsikringselskaberne en stærk medbestemmelse i forhold til hvilke ydelser udbydere skal levere, og hvordan disse ydelser skal produceres. Princippet er, at forsikringselskaberne repræsenterer deres kunder – patienterne – som købere af sundhedsydelser. Når de indgår kontrakter med udbydere skal de så vidt muligt stille de krav til udbydere, som deres kunder forventer. Hvis naboselskabet indgår nogle bedre kontrakter med sine leverandører af sundhedsydelser, risikerer selskabet at miste kunder.

Organisering af den hollandske praksissektor

Funktion

Omdrejningspunktet i primærsektoren er de praktiserende læger, der fungerer som gatekeepere for den resterende del af sundhedsvæsenet.⁴⁸ Den hollandske praksissektor varetager stort set de samme opgaver som såvel dansk som engelsk almen praksis. Her varetages behandling af patienter med almindelige sygdomme, og praksissektoren deltager i det forebyggende arbejde, og rådgiver i forhold til rygestop, kostomlægning mm. Der er især en opgave, som er koblet til de seneste års fokus: nemlig en mere systematisk og specialiseret behandling af kroniske syge. Der er dog også vigtige forskelle imellem opgaverne i Holland sammenlignet med andre lande. Som det generelt er tilfældet selv mellem meget sammenlignelige lande, så er der variationer, som bunder i kulturelle og traditionsmæssige forskelle. For eksempel har de praktiserende læger i Holland ofte et tæt samarbejde med jordemødre, da fødsler primært foretages i hjemmet og assisteres af privatpraktiserende jordemødre. De er også meget aktive i palliativ behandling, og dødshjælp, som er lovligt i Holland, ligger inden for de praktiserende lægers arbejdsfelt (41).⁴⁹

Praksisstruktur

Praksisstørrelse: I stil med organiseringen af den danske praksissektor findes der også i Holland mulighed for at drive praksis alene eller i fællesskab med en andre praktiserende læger. I dag arbejder 21 % af de hollandske praktiserende læger i en solopraksis, mens 49 % arbejder sammen med en

⁴⁸ Der er dog enkelte undtagelser for denne generelle regel. Blandt andet er det nu muligt at få fysioterapibehandling dækket uden henvisning.

⁴⁹ Ifølge Tina Eriksson kan der dog konstateres forskelle i opgavesammensætningen, som kun kan forklares med forskellige historiske traditioner. Den omfattende prænatale indsats i Danmark anses eksempelvis ikke som et kerneområde for almen praksis hverken i Holland eller i England. Det er en meget kompliceret opgave, og ifølge Tina Eriksson et endnu ikke tilstrækkeligt udforsket spørgsmål i hvilket omfang den konkrete opgavesammensætning varierer, og hvilke konsekvenser det har for opgavesammensætningen og arbejdspresset. Det betyder dog, at man er nødt til at tage sammenligninger med visse forbehold (Interview, Tina Eriksson).

eller to andre læger. 30 % af lægerne arbejder i grupper på mere end 3 læger. De helt store praksis med mere end 8 læger er et meget begrænset fænomen med blot 2,4 % af de praktiserende læger. Hvis vi ser på udviklingen, viser Tabel 20, at der er en klar tendens til, at de hollandske praktiserende læger i højere grad arbejder sammen med andre læger. Antallet af sololæger er halveret på 10 år. Til gengæld er andelen af læger, som arbejder i praksis med 4-7 læger, steget fra 9 % til 27 % af de praktiserende læger.

Tabel 20 Praktiserende læger efter praksisstørrelse i Holland i 1997 og 2007

Praksis-størrelse	2007		1997	
	Antal	%	Antal	%
Solo	1.866	21	2.923	40
2-3 læger	4.230	49	3.491	47
4-5 læger	1.686	19	693	9
6-7 læger	665	8	182	2
8-9 læger	199	2	50	0,7
10+	39	0,4	46	0,6
I alt	8.685	100,0	7.385	100,0

Kilde: NIVEL⁵⁰

En del gruppepraksis er organiseret som multidisciplinære sundhedscentre (med specialiserede sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, socialarbejdere, psykologer og et apotek), hvor de praktiserende læger er ansatte og lønnede. Det var i 2007 9 % af de praktiserende læger, som arbejdede i denne praksisform.

Kooperativer: En ny og interessant ny udviklingstrend i Holland er dannelsen af kooperativer – store grupper på op til 100-150 praksis – som går sammen om at udvikle og organisere et særligt kronikerforløb (2; 105). Tanken er, at en enkelt organisation får ansvaret for behandlingen på et udvalgt sygdoms område. Det har været diabetesområdet, der har fungeret som isbryderen på dette område. Det skyldes først og fremmest udviklingen af en særlig finansieringsmodel for diabetes. Med udgangspunkt i et diabetesforløbsprogram har man udviklet en samlet DBC⁵¹ for hele behandlingsforløbet. Det betyder, at disse organisationer, som påtager sig at stå for det samlede behandlingsforløb, betales et årligt engangsbetrag på 250-400 €, for hvilket de forskellige behandlingselementer skal købes. Der har som følge af denne finansieringsmodel været en hektisk udvikling på den organisatoriske side af diabetesbehandlingen, hvor både private firmaer og så disse kooperativer af praktiserende læger er blevet oprettet for at kunne stå for organiseringen af diabetesbehandlingen (disse organisationer kaldes også 'chain care organisations'). Den organisation, som får DBC'en, står for det organisatoriske, logistiske og finansielle i behandlingen – men har ikke det kliniske ansvar og overblik. Det skal fortsat ligge hos den praktiserende læge og/eller ambulatorielægen.

Flere af vores informanter er meget kritiske over denne udvikling, da de mener, at disse chain care organisationer er med til at fragmentere behandlingen, da de isolerer bestemte sygdomme – indtil videre kun diabetes – og holder et snævert fokus på denne ene lidelse. Da mange diabetespatienter lider af en række andre lidelser, er det ifølge disse kritikeres mening bedre at holde disease management programmerne inden for den enkelte praksis – eller endnu bedre i et lokalt multidisciplinært samarbejde mellem udbyderne i primærsektoren. Man kan også beskrive denne konflikt som en diskussion om, hvorvidt det er den horisontale integration i et samlet tilbud i primærsektoren, der skal prioriteres, eller om det er den vertikale sygdomsspecifikke integration på tværs af sektorer, der skal styre organiseringen af sundhedssektoren (2; 76; 77).

⁵⁰ Beregning foretaget til dette studie på vegne af NIVEL.

Et interessant aspekt af disse kooperativer er, at kooperativerne i Holland leder til en stigende grad af peer-kontrol blandt de praktiserende læger. En udvikling vi også har set omkring det udvidede praksisbudget i England og den deraf følgende konsortiedannelse (se Bilag 1). Det vil sige, at kooperativet presser den enkelte praksis til at lade sig inspicere, til at indgå i akkreditering og til at offentliggøre data omkring behandlingen, da det er disse krav forsikringselskaberne stiller (2; 105). Forsikringselskaberne ønsker omvendt, at det er fagprofessionelle, som står for 'kontrollen' af kvaliteten, og er derfor villige til at overlade dette til kooperativet (2). Det skal understreges, at dette ikke er et aspekt vi har kunnet undersøge nærmere, men blot en pointe, som er blevet rejst af vores informanter.

Patienter pr. læge: Det har ikke været muligt at få helt aktuelle tal for antallet af patienter pr. læge. I 2003 var der i gennemsnit 1.997 patienter på en praktiserende læges liste, se Tabel 21 (106). Omregnet til fuldtidsekvivalente læger er det 2.406 patienter pr. FTE-læge.

Tabel 21 Patienter pr. praktiserende læger i Holland

	2003
Patienter pr. læge	1.997
Patienter pr. FTE-læge	2.407

52

Praktiserende lægers antal og ansættelsesform: De seneste ti år er antallet af praktiserende læger steget markant fra 7.379 i 1997 til 8.673 i 2007, svarende til en stigning på ca. 18 %. Som det fremgår af tabellen, er der især kommet flere kvindelige læger, hvis antal er næsten fordoblet de seneste 10 år fra 1.608 til 3.073.

Tabel 22 Praktiserende læger fordelt på ansættelsesform i Holland 1997 og 2007

	1997			2007		
	Mænd	Kvinder	Total	Mænd	Kvinder	Total
Antal						
Selvstændige/egen praksis	5.463	1.112	6.575	5.166	1.886	7.052
Selvstændige/lønnede	195	148	343	244	345	589
HIDHAs	113	348	461	190	842	1.032
I alt	5.771	1.608	7.379	5.600	3.073	8.673
Andel efter ansættelse						
Selvstændige/egen praksis	95	69	89	92	61	81
Selvstændige/lønnede	3	9	5	4	11	7
HIDHAs	2	22	6	3	27	12
I alt	100	100	100	100	100	100
Andel efter køn						
Selvstændige/egen praksis	83	17	100	73	27	100
Selvstændige/lønnede	57	43	100	41	59	100
HIDHAs	25	75	100	18	82	100
I alt	78	22	100	65	35	100

I Tabel 22 ser vi også andelen af ansatte læger. Der er to typer af ansatte læger i Holland. De såkaldte HIDHAs er læger, der er ansat af andre læger, og dermed ikke har deres egen patientliste. Den anden gruppe af ansatte læger er læger med egen patientliste og registreret som 'selvstændige praktiserende læger', men ansat på et sundhedscenter og aflønnet til en fast løn. I alt er 20 % af de praktiserende

⁵¹ DBC står for Diagnose Behandlings Kombinationer, og det er et særligt hollandsk case-mix-system i stil med DRG, som ellers primært benyttes til afregning af hospitalsydelser

⁵² Dette tal er beregnet ud fra det gennemsnitlige antal patienter pr. læge samt den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for læger i 2003, som da var på 0,83 fuldtidsstilling pr. læge (107).

de læger i Holland ansatte – 12 % er HIDHAs, mens 8 % af lægerne er ansat på et sundhedscenter. Brugen af HIDHA'er er fordoblet de seneste 10 år fra i 1997 at udgøre 6 % til i dag 12 %. HIDHA'er er for 82 % vedkommende kvinder.

Deltid eller fuld tid: Som det fremgår af Tabel 23 arbejder en stor andel af de praktiserende læger på deltid. Den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for en praktiserende læge er således blot 0,76 FTE. Det er tydeligt, at det især er de såkaldte HIDHAs, der har en meget lav beskæftigelsesgrad med blot 0,41 FTE.⁵³ Det fremgår også, at det i overvejende grad er kvinderne, der ønsker at arbejde på deltid. Således udfylder kvinderne i gennemsnit 0,57 fuldtidsekvivalent stilling, mens det for mændene drejer sig om gennemsnitlig 0,86 FTE.

Tabel 23 Praktiserende lægers beskæftigelsesgrad i Holland

	<i>Selvstændige (læger med egen liste)</i>	<i>HIDHA's</i>	<i>I alt</i>
<i>Mænd</i>	<i>0,88</i>	<i>0,43</i>	<i>0,86</i>
<i>Kvinder</i>	<i>0,66</i>	<i>0,40</i>	<i>0,57</i>
<i>I alt</i>	<i>0,81</i>	<i>0,41</i>	<i>0,76</i>

Kilde: (108)

De praktiserende lægers køn og alder: I 2007 er det 35 % af de praktiserende læger i Holland der er kvinder, se Tabel 24. Det har ændret sig markant siden 1997, hvor det var 22 % af de praktiserende læger der var kvinder. Hvis vi ser på de faktiske antal af læger, kan vi se, at antallet af mandlige læger faktisk er dalet i denne periode fra 5.769 til 5.607.

Da de mandlige praktiserende læger arbejder langt mere end kvinderne, er andelen af mændene også langt højere, hvis vi ser på antallet af fuldtidsstillinger. Således udgør mændene i 2007 fortsat 73 % af de fuldtidsekvivalente stillinger og kvinderne 27 %.⁵⁴

Tabel 24 Praktiserende læger fordel på køn i Holland i 1997 og 2007

	1997		2007			
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal FTE	Andel FTE
Mænd	5.769	78	5.607	65	4816	73
Kvinder	1.608	22	3.066	35	1752	27
I alt	7.377	100	8.673	100	6.568	100

Når vi så ser på de praktiserende lægers alder, jf. Tabel 25, kan vi se, at lægerne i Holland i stigende grad nærmer sig pensionsalderen (som det også er tilfældet i både England og Danmark). Således er andelen af læger over 55 år steget fra 12 % i 2001⁵⁵ til 24 % i 2007. Til gengæld kan vi ud af de hollandske tal se, at det måske er lykkedes at vende udviklingen. Således er andelen af unge læger under 35 år steget svagt i samme periode.

⁵³ Bemærk dog at vi ikke har tallet for de læger, der har egen patientliste, men er ansat i et sundhedscenter.

⁵⁴ Vi har ikke de tilsvarende tal for 1997.

⁵⁵ De ældste sammenlignelige tal, vi har kunnet finde, er fra 2001.

Tabel 25 Praktiserende læger fordelt på alder i Holland 2001 og 2007

	2001		2007	
	Antal	%	Antal	%
Under 30	16	0,2	27	0,3
30-34	441	6	619	7
35-39	1.162	15	1.143	13
40-44	1.552	20	1.323	15
45-49	1.908	25	1.497	17
50-54	1.723	22	1.902	22
55-59	771	10	1.587	18
60-64	182	2	554	6
64+	8	0,1	21	0,2
I alt	7.763	100,0	8.673	100,0

Noget der ikke fremgår af ovenstående tabel er, at det især er unge kvinder, der kommer til almen praksis. Således udgør kvinderne i 2007 35 % af den samlede bestand af praktiserende læger, men hele 59 % af læger under 45 år.

Honoreringsform

Honoreringsformen er baseret på en blanding af basishonorering og ydelseshonorering. Et statsligt organ fastsætter som oven for beskrevet maksimumtakster for såvel basis- som ydelseshonorarer. Før forsikringsreformen i 2006 blev de praktiserende læger betalt med basishonorering pr. patient for de patienter, som var forsikret i en regional sygekasse (ca. 2/3 af patienterne), mens der udelukkende blev benyttet ydelseshonorering for de ca. 30 % af hollænderne, som havde en privat sygeforsikring.⁵⁶ Da alle hollændere med forsikringsreformen overgik til det samme private forsikringssystem, var det også nødvendigt at reformere honoreringssystemet.

Det nye system er en kombination af basishonorar og ydelseshonorar for alle patienter. Basishonoraret baseres på alder og et særligt tillæg for borgere i såkaldt 'underprivilegerede' områder.⁵⁷ Ydelseshonoraret baseres primært på tre konsultationstyper: telefon, hjemmebesøg og almindelig praksiskonsultation, hvor hjemmebesøg og konsultation findes i både en kort og en lang (over 20 min.) udgave.⁵⁸ Der er en liste af særlige ydelseshonorarer, men ikke så omfattende som i Danmark. Det er til gengæld muligt at forhandle særlige honorarer hjem for ekstra-ydelser med de enkelte forsikringsselskaber (lidt i stil med de såkaldte §2-aftaler i Danmark). Blandt andet blev der med den nye overenskomst indført en ramme for 'modernisering og innovation', og inden for denne ramme er en række behandlingsaktiviteter beskrevet – typisk bundet op på særlige kliniske retningslinjer. Rammen omfatter blandt andet spirometri, allergitest, EKG og forskellige former for telemedicin (tele-dermatologi, tele-echo, tele-røntgen⁵⁹). Fælles for disse ydelser er, at de som hovedregel i dag bliver udført på sygehusene eller i speciallægeklinikker. Praktiserende læger kan overtage disse ydelser, men skal indgå en særlig kontrakt med et forsikringsselskab om honoraret. Langt flertallet af ydelseshonorarerne er på nationalt niveau blot begrænset af en maksimumtarif, og det er muligt for forsikringsselskaberne lokalt at forhandle andre takster hjem med de praktiserende læger. Indtil videre har det dog ikke været muligt for forsikringsselskaberne at forhandle kontrakter hjem som presser de nationale maksimumtariffer (109).

⁵⁶ Alle der tjente over et vist beløb skulle tegne en privat sundhedsforsikring.

⁵⁷ Det vil sige, at der er et lidt højere basishonorar for patienter der bor i et 'dårligt stillet område'. Der skelnes således mellem to 'socialgrupper' og tre aldersgrupper, hvilket giver seks forskellige basishonorarer.

⁵⁸ Kontrakten med de praktiserende læger indeholder desuden enkelte honorarer for særlige aktiviteter, så som præ- og postnatal omsorg, eutanasi m.fl.

⁵⁹ Telemedicinske ydelser består i, at den praktiserende læge foretager selve undersøgelsen – et digitalt foto af huden, et hjerte-kardiogram, et røntgenbillede – men sender resultatet videre via internettet til en speciallæge, som står for fortolkningen.

Vi har ikke kunnet indhente nogen officielle tal for fordelingen mellem de forskellige honorarformer, men ifølge AGIS, der er et af de største sundhedsforsikringselskaber i Holland, er fordelingen ca.:

- ◆ Basishonorar 45 % af de samlede indtægter
- ◆ Ydeshonorarer – nationale tariffer – 45 % af de samlede indtægter
- ◆ Moderniserings og innovationspulje – 10 % af de samlede indtægter.

Desuden kan de praktiserende læger få særskilt honorering for ansættelse af en kronikersygeplejerske. De nærmere forhold for denne ordning er beskrevet i Bilag 1.

AGIS vurderer desuden, at udgifterne til de praktiserende læger er steget gennemsnitligt 20 % efter overgangen til det nye honorarsystem, hvilket netop nu presser forsikringselskabernes økonomi (109).

Normtal og etableringsret: Normtallet for en fuldtidsansat læge i Holland er 2.350 patienter. Men dette tal har ikke længere nogen praktisk betydning bortset fra, at det benyttes som reference i forhandlinger og beregninger af takster. En praksis må have lige så mange/få patienter, som den ønsker, og har ret til at afvise patienter, hvis den er tilfreds med antallet (2).

En praksis har også lov til at foretage den interne organisering som den ønsker – dvs. ansætte det personale, som det vurderes nødvendigt. Som grundlag for basishonoraret pr. patient er blevet lagt til grund, at hver praktiserende læge skal have 0,8 lægeassistent, men dette tal har kun betydning i forhold til fastsættelsen af maksimumtariffen (2).

For at etablere sig som praktiserende læge skal en praksis have en kontrakt med et forsikringselskab. Forsikringselskaberne udsteder kun nye kontrakter, hvis de vurderer, at der er behov for flere praksis i et område. Desuden skal en ny praksis kunne samarbejde med de øvrige praksis i området på en række områder – herunder døgnberedskabet. Det kan derfor være svært at åbne en ny praksis uden opbakning fra de øvrige praktiserende læger i et område (2).

Lønudvikling: Det er ikke lykkedes at indhente tal for lønudviklingen blandt de hollandske praktiserende læger efter sundhedsreformen i 2006. Før reformen fik de praktiserende læger i Holland en løn, der var meget lig de danske praktiserende lægers (udregnet i PPP-værdi) (110).⁶⁰

Praksispersonale

Definition af personalegrupper:

Klinisk personale:

- a. *Doktor assistenter:* Hollandske praktiserende læger har længe haft tradition for at have assistenter ansat. Der findes en treårig erhvervsfaglig uddannelse til lægeassistent. Udover at stå for det administrative arbejde i almen praksis udfører assistenterne i stadig stigende grad forskellige former for undersøgelser af patienterne – herunder blodtryksmåling, vaccination og blodprøvetagning. Det er desuden lægeassistenternes opgave at fungere som en slags første-kontakt til patienter, der henvender sig til en praksis. Ofte giver lægeassistenten nogle praktiske råd, som enten helt tilfredsstillende patientens behov, eller som patienten kan efterprøve før en egentlig konsultation aftales – en rolle der kaldes telefon-triage (80; 106).
- b. *Specialsygeplejersker til kronikeromsorg:* Traditionelt har samarbejdet mellem praksis og sygeplejersker primært drejet sig om samarbejde med sygeplejersker fra hjemmeplejen. Dette samarbejde har ind imellem udmøntet sig i forskellige ordninger, hvor sygeplejersker fra hjemmeplejen indgår i behandlingen i praksis. I 1999 indførtes en ny ordning, hvor det blev muligt for enhver prak-

sis at indgå kontrakt med et forsikringsselskab om betaling for en specialuddannet sygeplejerske eller lægeassistent, der tager sig af patienter med kroniske sygdomme. En funktion der går under betegnelsen POH⁶¹. Der er normalt ikke arbejde nok til en fuldtidsansat specialsygeplejerske til kronikeromsorg i én praksis. Derfor deles flere praksis ofte om disse sygeplejersker. (tiltaget med disse specialsygeplejersker til kronikeromsorg analyseres nærmere i Bilag 1).

- c. *Nurse practitioner*: Efter engelsk model er man i Holland begyndt at uddanne sygeplejersker med en overbygning på masterniveau, som bl.a. gør dem i stand til at foretage egne konsultationer, diagnosticere, screene patienter og udskrive medicin. Det har dog stadig en meget begrænset udbredelse.

Ikke-klinisk personale

Praksis manager: I stigende grad er praksis i Holland begyndt at ansætte praksis managere. Det gælder dog primært større gruppepraksis, og især praksis, der samarbejder med en række andre discipliner i primærsektoren, kan have delegeret en række administrative og praktiske ansvarsområder til en fælles manager for hele 'huset'. Alle sundhedscentre, hvor de praktiserende læger er lønnede, har ansat en leder, som også hører ind under gruppen af praksis managere. Som det fremgår, er der stor variation i, hvor stort et ansvar en praksis manager har.

Antal af de forskellige personalegrupper: Den vigtigste samarbejdspartner for den praktiserende læge i Holland er lægeassistenten, se Tabel 26. Der er i gennemsnit ansat 1,2 lægeassistent pr. praktiserende læge. Omregnet til fuldtidsstillinger er det 1 fuldtidslægeassistent pr. fuldtidslæge. Desuden har de praktiserende læger siden 1999 kunnet ansætte specialuddannede kronikersygeplejersker. Dem er der i dag 0,2 af pr. fuldtidslæge.

Tabel 26 Personale i praksis pr. læge og FTE-læge i Holland i 2007

	2007				
	Antal	Antal FTE	antal pr. læge	FTE pr. læge	FTE pr. FTE-læge
Doktor assistenter	10.800	6.200	1,2	0,7	1,0
Kronikersygeplejersker	-	1389	-	0,2	0,2

Af klinisk personale, som er ansat under de praktiserende læger, er der desuden enkelte 'nurse practitioners', men pt. er det kun 2 % af de hollandske praksis, som har en sådan ansat (108). Desuden foregår der en mængde samarbejde med andre udbydere i primærsektoren, og disse andre aktører deler ofte lokaler med de praktiserende læger. Men de er ikke ansatte i praksis. Dette samarbejde er beskrevet mere udførligt i Bilag 1.

Det har desværre ikke været muligt at få tal på det ikke-kliniske administrative personale, som arbejder i de hollandske praksis. Homborgh, som arbejder i de praktiserende lægers fagforening (LHV), vurderer, at der er mellem 0,1 og 0,2 fuldtids praksis manager pr. fuldtidslæge (2). Men der findes ingen klar dokumentation for dette tal.

Forslag til konkrete tiltag til nærmere undersøgelse

Efter valget af Holland, som et af de to lande, der skulle fokuseres på i denne rapport, udpegede DSI fire makroinitiativer, der kan betegnes som overordnede styringsværktøjer, der har haft stor betydning

⁶⁰ Madelon Kroneman har et paper på vej, der sammenligner lønudviklingen for praktiserende læger i 8 lande herunder Danmark, England og Holland. Da hendes paper er upubliceret, kan vi desværre ikke referere til det i denne rapport eller præsentere mere detaljerede resultater.

⁶¹ Praktijkondersteuning ob HBO-niveau (praksisstøtte på HBO-niveau). HBO er en forkortelse for 'mellemlang videregående uddannelse', som er den uddannelseslængde en sygeplejersker har.

for udviklingen af organiseringen i den hollandske almene praksis. Initiativerne blev udpeget på baggrund af a) interview med nøglepersoner og b) DSI's egen erfaring med analyser af almen praksis i England. Følgende personer blev interviewet i denne forbindelse: Ph.D. Michel Wensing, Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen, Peter van den Hombergh, LHV⁶² samt tilknyttet WOK, samt kvalitetsudviklingskonsulent i Region H Tina Eriksson.

De fire tiltag, som blev udpeget, var akkreditering af almen praksis, etablering af kooperativer, nye organiseringsformer i form af samarbejdspraksis og sundhedscentre, øget udbud af praktiserende læger gennem revideret specialisering.

Akkreditering af almen praksis

Beskrivelse af initiativet: I Holland er man ved at udvikle en model for akkreditering af almen praksis. Der er udviklet et sæt af indikatorer som både er af organisatorisk og klinisk art. Derudover gennemføres en audit-metode, hvor en praksis bliver besøgt og målt på indikatorerne, og akkrediteringen gennemføres, når praksissen senere bliver målt på, om den har forbedret sig på de målte indikatorer.

EPA-indikatorer (de organisatoriske indikatorer): Den organisatoriske del af akkrediteringen baseres på de såkaldte EPA-indikatorer. De er udviklet i et internationalt samarbejde i WONCA-regi⁶³, hvor en række forskere, heriblandt Pieter van den Hombergh fra Holland, har udviklet et sæt indikatorer til vurdering af 'management' i almen praksis. Projektet går under betegnelsen European Practice Assessment (EPA) og blev afsluttet i 2005. Indikator-sættet består af fem domæner: infrastruktur, personale, information, finansiering, kvalitet og sikkerhed (60). Forud for arbejdet i WONCA-regi blev der gennemført en række projekter i Holland, der testede tidligere versioner af et sådant indikator-sæt (111). Akkrediteringsprocessen, der gennemføres i regi af NHG⁶⁴, er blevet tilføjet et sæt af kliniske indikatorer.

Praksisbesøg: Auditprocessen på baggrund af standarderne er udviklet sideløbende med EPA-indikator-sættet, og også her har Pieter van den Hombergh spillet en afgørende rolle. Auditmetoden går under betegnelsen 'praksisbesøg', og går ud på, at særligt trænet personel besøger en praksis og støtter dem i at udfylde indikatorskemaet (som udover EPA-delen også består af kliniske indikatorer). På baggrund af resultaterne for de forskellige indikatorer fastlægger praksissen selv nogle områder, hvor de vil forbedre sig, og sætter nogle mål op for den fremtidige udvikling. Praksisbesøget følges op af en evaluering, hvor praksissen bliver målt på, i hvilket omfang den har forbedret sig på de områder, som blev udvalgt. Det samlede forløb med indikatoremåling, praksisbesøg og evaluering tager tre år, og når det er gennemført, er praksissen akkrediteret. Lige nu er den samlede model ved at blive testet i 1.000 hollandske praksis.

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering i almen praksis?: Tiltaget bevirker for det første, at praktiserende læger bliver presset til at lade sig måle på den kvalitet, de leverer. Praksissen får klar besked om, hvor godt den lever op til indikatorerne, og hvordan den måler sig med andre praksis. Desuden skabes en proces, hvor praksissen modtager rådgivning, der kan inspirere til en bedre og mere effektiv organisering af arbejdet og bedre behandling af patienterne. Akkrediteringen skaber incitament for de praktiserende læger til at udvikle sig og forbedre deres praksis. Tiltaget har fokus på kvalitet, men mange af de indikatorer, som der bliver målt på i EPA-delen sigter på en effektiv organisering.

⁶² Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) er de praktiserende lægers fagforening.

⁶³ WONCA står for: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Når vi her nævner WONCA er det primært den Europæiske afdeling af organisationen.

⁶⁴ Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) er den faglige og videnskabelige organisation for hollandske praktiserende læger. På engelsk kalder den sig: Dutch College of General Practitioners. Sammen med LHV har NHG arbejdet meget aktivt for at højne kvaliteten i de praktiserende lægers arbejde. NHG er blandt de førende organisationer i verden i udviklingen af guidelines til almen praksis, og det er også NHG, som har været meget aktive i udviklingen af denne akkrediteringsmodel for almen praksis.

Etableringen af kooperativer med mange praksis

Beskrivelse af initiativet: I forbindelse med reformen af det hollandske sundhedsvæsen i 2006 fik forsikringsselskaberne en langt mere aktiv rolle i indgåelse af kontrakter med de praktiserende læger (og andre udbydere i sundhedsvæsenet). På diabetesområdet har indførelsen af en særlig forløbsydelse ledt til etableringen af organisationer, som kan stå som organisatorer af diabetesforløbene. Blandt andet er praktiserende læger begyndt at slå sig sammen i større enheder med op til 150 praksis. Disse 'kooperativer' ansætter managers og andet personale, som kan stå for indgåelse af kontrakten og administrationen af kontrakten efterfølgende.

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering i almen praksis?: I forhandlingen af kontrakter mellem forsikringsselskaber og disse kooperativer af praktiserende læger skal der både aftales honorarer og serviceniveau. Forsikringsselskaber og praktiserende læger kan udover de nationale satser også aftale tillægsydelser og honorarer for disse. Desuden kan der lægges særlige kvalitetskrav ind i kontrakterne. Forsikringsselskaberne stiller krav til både effektiv organisering, og til at disease management programmet for diabetes bliver fulgt tæt. Kooperativets organisation kan i den forbindelse få til rolle at sikre, at de enkelte praksis lever op til kontraktens forpligtelser. Der er altså eksempler på, at kooperativet kommer til at fungere som en instans, som kontrollerer en praksis' serviceniveau. Kontrollen bliver dog her udført af 'ens egne', da det er det kooperativ den enkelte praksis er medejer af, som står for kontrollen. Det bliver dermed en form for 'peer pressure', der kan lede til kvalitetsforbedringer. En effekt der minder om den Kath Checkland har beskrevet i forbindelse med det udvidede praksisbudget i England.

Nye organiseringsformer i form af samarbejdspraksis og sundhedscentre

Beskrivelse af initiativet: En række af de tiltag, der har været i det hollandske sundhedsvæsen de seneste år, hvor både akkreditering og reformen af forsikringssystemet er vigtige eksempler, har ledt til en udvikling mod større enheder med flere forskellige ansatte. Siden 70'erne har der været såkaldte sundhedscentre i Holland, hvor ca. 5-8 praktiserende læger arbejder i en enhed, der også rummer en vifte af andre discipliner, herunder typisk socialarbejdere, specialsygeplejersker, diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter og apotek.

Vores informanter vurderer, at et stigende antal praktiserende læger slår sig sammen i forskellige former for organisationer med flere praktiserende læger og med forskellige ekstra funktioner. I vores samtaler med nøgleaktører med kendskab til det hollandske sundhedsvæsen har det været svært at få præcise tal på denne udvikling, det er også uklart, præcis hvilke organisationsformer der er stærkest. Der kan både være tale om etablering af egentlige 'virksomheder' med lokaler og ny ledelse. Der kan også være tale om løsere samarbejdspraksis/netværkspraksis, hvor kun personale og særlige funktioner deles (57; 105).

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering i almen praksis?: Disse nye organisationsformer kan bidrage til både en mere effektiv organisering og til en højere kvalitet i servicen. Som minimum kan disse nye typer praksis leve op til forskellige kronikerprogrammer med protokoller og dokumentationskrav til behandlingen. Fælles for alle organisationsformerne er en udvidet brug af andet personale. Der kan her både være tale om forskellige sygeplejerskefunktioner, om praksis managere og om integration med eksisterende primærsektorydelser som apotek og fysioterapi.

Øge udbuddet af praktiserende læger gennem revideret specialisering

Beskrivelse af initiativet: I vores interview med Peter van den Hombergh om, hvordan man kan møde udfordringen med flere patienter og færre læger, insisterede han på, at man også må se på udbudssiden af læger og ikke kun på selve organiseringen af almen praksis. Han beskrev hvordan det hollandske uddannelsesforløb til det almenmedicinske speciale adskiller sig væsentligt fra andre specialeret-

ninger. Det består af en kombination af intensive kursusforløb på universitet – alle med særlig relevans for almen praksis – sideløbende med et års ansættelse på et sygehus og to år i en praksis. Tilsammen giver det et intensivt treårigt forløb, som gør uddannelsen til praktiserende læge attraktiv i konkurrencen med speciallægeuddannelser, som alle tager fem år.

Hvordan medvirker initiativet til effektiv organisering i almen praksis?: Et tiltag, der reviderede den danske speciallægeuddannelse i almen medicin, ville ikke direkte medvirke til en mere effektiv organisering af almen praksis. Men ifølge Peter van den Hombergh er man nødt til også at se på, hvordan man kan tiltrække flere læger til faget. Han understreger desuden, at et øget udbud af læger betyder, at man har nemmere ved at skabe konkurrencelignende forhold, der kan presse lægerne til både højere effektivitet og kvalitet. Dermed kunne et sådant tiltag være med til at skabe rammebetingelser for de øvrige strukturændringer, man ønsker.

Bilag 4 Litteraturgennemgang

Formål

Formålet med litteraturgennemgangen er i henhold til projektbeskrivelsen: På baggrund af udvalgte tekster at belyse forskningsfeltet omkring arbejdet med at sikre en effektiv organisering generelt og specifikt i forhold til de tiltag, som er udvalgt – dette for at: placere den empiriske undersøgelse i kontekst og give en forståelsesramme for den empiriske del.

Metode

Med henblik på at afdække forskningsfeltet omkring arbejdet med at sikre en effektiv organisering generelt og specifikt i forhold til de tiltag som er udvalgt, og for at placere den empiriske undersøgelse i kontekst/give en forståelsesramme for den empiriske del har vi:

- a. Gennemgået litteraturen under The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) for identifikation af generelle studier vedrørende effektiv organisering i almen praksis
- b. Bedt nøglepersoner udpege relevant litteratur/relevante studier vedrørende effektiv organisering i dansk almen praksis
- c. Gennemført specifikke litteratursøgninger for hvert af de fire tiltag, der er udvalgt til mere indgående analyse (det er senere blevet til fem tiltag, da tiltaget om nye organisationsformer blev delt i to):

Practice Based Commissioning (PBC), England

Quality and Outcomes Framework (QOF), England

Akkreditering af almen praksis, Holland

Nye organisationsformer (sundhedscentre og specialuddannede kronikersygeplejersker), Holland.

I det følgende redegør vi for de mere specifikke metoder, vi har anvendt, og den litteratur vi har fundet indenfor hver af disse undergrupper.

EPOC litteraturen

The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) er den gruppe under det internationale Cochrane Samarbejde, der har forpligtet sig til at indsamle, sammenfatte og vedligeholde den litteratur, som vedrører forskellige former for metoder til at sikre en effektiv praksis og (vigtigere) organisering af behandlingen.

Der er pr. 21.7.2008 registreret 48 færdige EPOC reviews i Cochrane Biblioteket (112). Heraf har fire umiddelbar relevans for de udfordringer, dansk almen praksis står overfor. Det gælder:

1. en oversigtsartikel om substitution af læger med sygeplejersker i almen praksis (113)
2. en oversigtsartikel vedrørende lægmandssundhedsmedarbejdere i primær og kommunal sundhed (114)
3. en oversigtsartikel om effekten af at øge konsultationslængden (115)
4. en oversigtsartikel om effekten af forskellige honorarsystemer (fast tilskud pr. patient, løn, betaling pr. ydelse og blandede systemer) (116).

Øvrige oversigtsartikler fra EPOC (117) er snævert fokuseret på organiseringen af behandlingen af specifikke sygdomme (fx fedme), og/eller snævre interventioner rettet mod forbedring af behandlingen af specifikke patientgrupper (fx kliniske retningslinjer, kliniske pathways, telemedicin etc.). Blandt de oversigtsartikler, der sammenfatter gruppens arbejde for målgrupper som politikere, klinikere, patienter og forskere, er heller ikke fundet nogen, der mere målrettet er fokuseret på den overordnede organisering af den primære sundhedstjeneste. Der findes en oversigtsartikel vedrørende effektiv organisatorisk "infrastruktur" for sygeplejerskers arbejde med evidensbaseret medicin, men desværre ingen om "effektiv organisatorisk infrastruktur" for almen praksis generelt.

Af de fire oversigtsartikler med umiddelbar relevans for de udfordringer almen praksis står overfor, fremgår det, at:

- ◆ patienter, pårørende og andre lægfolk (personer som ikke er certificeret som sundhedsprofessionelle) kan trænes til at fremme sundhed og udbyde sundhedstjenester – programmerne, som primært er anvendt i lande som USA, Canada og England, er effektive for nogle tjenester, men ikke for alle (114).
- ◆ der er nogen evidens for, at praktiserende læger udbyder en større kvantitet af ydelser, når de betales pr. ydelse, men der er ikke evidens for nogen væsentlige effektmål som fx patientsundhedsstatus, eller for forskellen mellem betaling og løn (116).
- ◆ der ikke er dokumentation for en forventet positiv effekt af at øge konsultationslængden, hvilket dog kan være på grund af manglende studier (115).
- ◆ godt oplærte sygeplejersker kan producere lige så god behandling og opnå ligeså gode sundhedsmål som praktiserende læger – men ansættelse af sygeplejersker reducerer ikke nødvendigvis lægernes arbejdstid, da de enten ansættes til at møde behov, der ikke før har været imødekommet, eller skaber nyt behov (113).

Vi har brugt oversigtsartiklerne som baggrund for vores valg af lande (se Bilag 2) og beskrivelse af relevante indsatsområder (se Bilag 3). Oversigten vedrørende substitution af læger med sygeplejersker i almen praksis (113) indgår desuden som en del af baggrundslitteraturen for analysen af kvalitetshonorering i England og brug af specialuddannede kronikersygeplejersker i Holland (se Bilag 1).

De danske studier

Nøglepersoner fra Danmark har udpeget i alt syv studier af generel interesse for spørgsmålet om en effektiv organisering af almen praksis. Det gælder:

- ◆ *DSI rapporten: Almen praksis som koordinator – en international belysning*, som diskuterer og beskriver erfaringerne med "koordination" i England, Holland, Finland og Sverige, og blandt andet finder, at almen praksis kan have stor gavn af at benytte forskellige former for understøttende praksispersonale i arbejdet med patienterne (81).
- ◆ *DSI rapporten: Tovholder i praksis – en antropologisk undersøgelse af praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder*, som giver indblik i hverdagen i almen praksis samt i tre tovholderfortællinger, der viser, at tovholderrollen indeholder både medicinske, humanistiske og sociale aspekter, og at disse aspekter ikke kan adskilles, når man søger at skabe sammenhængende patientforløb (118).
- ◆ *RAP rapporten: Organisering af almen praksis*, som konkluderer, at der er potentiale for at udvikle organiseringen i almen praksis således, at de lægelige ressourcer udnyttes bedre – dels ved øget brug af praksispersonale, dels ved øget fokus på ledelse og professionalisering af de administrative funktioner i almen praksis (119).

- ◆ *DSI rapporten: Små og store lægehuse* som analyserer samarbejdet i fire danske lægehuse og konkluderer, at der både er fordele og ulemper ved små og store lægepraksis, og ved lægepraksis med fælles og individuel patientliste – hvilket ses som et argument for at opretholde flere forskellige praksisformer (120).
- ◆ *DSI rapporten: Produktivitets- og efficiensanalyser i almen praksis* som blandt andet konkluderer, at der ikke er nogen klar sammenhæng mellem en efficiens og praksisform, brugen af praksispersonale, antallet af læger pr. ydernummer, brugen af it, ordination af lægemidler pr. konsultation og antallet af ydelser i praksis pr. 1.000 konsultationer (121).
- ◆ *FYAM's ønskeseddel: Større praksis*, som viser, at flertallet af de yngre almenmedicinere ønsker sig ansættelse i gruppepraksis (kompagniskabs- eller samarbejdspraksis) i størrelsesordenen 2-5 praktiserende læger. Cirka en fjerdedel anfører, at de er interesseret i at arbejde som ansatte praktiserende læger (122).
- ◆ *AstraZeneca Rapporten: Almen praksis til debat*, som samlet viser, at der blandt praktiserende læger er en livlig debat om, hvordan især sygeplejersker kan anvendes til at aflaste de praktiserende læger, og hvordan det kræver *lægelig ledelse* at sikre kvalitet, effektivitet og sammenhæng i kerneydelse – uanset om det er lægen selv eller andre i klinikken, der leverer ydelsen (123).

Vi har i projektet brugt studierne som baggrund og kontekst for vores valg af lande og beskrivelse af relevante indsatsområder. Samtidig har studierne været anvendt til (om muligt) at fokusere analysen af de fire specifikke tiltag på "uafklarede" områder i forhold til dansk forskning.

Litteratur om udvidet praksisbudget (Practice Based Commissioning), England

DSI's bibliotek har foretaget en litteratursøgning i pubmed-databasen på følgende søgeord:

General practice AND practice based commissioning

"Nurses"[Mesh] AND practice based commissioning.

Relevant litteratur er dog primært fremkommet igennem kontakt til informanter og afsøgning af internettet for policydokumenter, som beskriver initiativets formål og retningslinjer og statusrapporter over initiativets udbredelse og effekt.

Hvad fandt vi?

Vi har for det første fundet en række policy-dokumenter, der beskriver formål med og rammerne for udvidet praksisbudget samt retningslinjer for efterlevelse af initiativet henvendt til Primary Care Trusts og almen praksis (3; 4; 7; 8; 15; 124).

Det udvidede praksisbudget har langt fra været genstand for forskning i samme omfang som det tilfældet med tiltaget til kvalitetshonorering. Men vi har fundet fire rapporter, der analyserer tiltaget: en er udarbejdet af Kings Fund for den engelske regering (5), en er udarbejdet af et konsulentfirma for den engelske regering (9) og to er udarbejdet af forskere ved National Primary Care Research and Development Center, Manchester University (NPCRDC) (11; 14). De to rapporter bestilt af den engelske regering samt den ene af rapporterne fra NPCRDC er baseret på surveyundersøgelser blandt praktiserende læger. Disse tre rapporter har alle karakter af statusrapporter omhandlende udbredelsen af det udvidede praksisbudget, og hvilke ydelser de praktiserende læger overtager fra hospitalerne samt de praktiserende lægers holdning til initiativet. Den anden rapport fra NPCRDC er en midtvejsrapport fra et omfattende kvalitativt studie af de konkrete processer i såvel almen praksis som PCT'er i forbindelse med det udvidede praksisbudget. Det er baseret på interview og observation, og har fokus på adfærdsændringer som følge af det udvidede praksisbudget, relationen og samarbejdet mellem for-

skellige praksis i såkaldte konsortier, og relationen mellem PCT'er og konsortier i implementeringen af ordningen (11).

Hvordan anvender vi litteraturen?

Vi har anvendt de identificerede policy-dokumenter til at beskrive formålet med tiltaget, de intenderede effekter og de virkemidler, som tiltaget benytter. De tre kvantitative studier har vi primært anvendt til at analysere implementeringen af tiltaget og praksissektorens holdning til det udvidede praksisbudget. Til analysen af effekterne af det udvidede praksisbudget er benyttet det kvalitative studie fra NPCRDC, men den er dog også suppleret med indsigter fra de kvantitative studier.

Litteraturen om kvalitetshonorering (Quality and Outcomes Framework), England

DSI's bibliotek har foretaget en litteratursøgning i PubMed-databasen for forskningsbaseret litteratur omhandlende kvalitetshonorering i engelsk praksis. Der er søgt på referencer fra 2004 og frem og på følgende søgeord:

"Family Practice" [Mesh] AND QOF

"Family Practice"[Mesh] and Quality and Outcomes Framework

General practice AND QOF

"Nurse Practitioners"[MESH] AND QOF

Nurses AND QOF

Practice size AND QOF

Practice nurses AND general practice AND UK

Pay-for-performance AND general practice AND UK

På Google-Scholar er der desuden søgt på:

QOF – general practice – UK

Quality and Outcomes Framework – general practice – UK

Desuden har informanter bidraget med relevante referencer. Endelig er der gennemført søgninger på internettet, primært efter policy-dokumenter der kunne bidrage med en beskrivelse af kvalitetshonoreringssystemet og en forståelse for hensigterne med systemet.

Hvad fandt vi?

Litteraturen om kvalitetshonorering i engelsk praksis er meget omfangsrig, og fordeler sig i fire overordnede grupper. Første gruppe består af policy-dokumenter, der beskriver honoreringssystemet, de indikatorer der anvendes, revisioner til den originale model og retningslinjer for anvendelsen af systemet (16-18).

Anden gruppe er forskningsbaseret litteratur omhandlende kvalitetshonorering som medvirkende til forbedring af den kliniske kvalitet i almen praksis (19; 20; 26; 28; 29; 125-131). Forbedring af den kliniske kvalitet var honoreringssystemets hovedformål, og har naturligvis været genstand for relativt meget forskning. Således er denne gruppe af litteratur langt den mest omfattende. Der tegner sig et overordnet billede af et kvalitetsløft i almen praksis i England som følge af kvalitetshonorering, men forskningen rejser også nye spørgsmål om indikatorernes validitet og anvendelighed, selve honoreringssystemets opbygning samt risikoen for ulige behandlingsmuligheder.

Tredje gruppe omhandler praktiserende lægers løn (18; 132). Denne gruppe litteratur er den mindst omfangsrige, men tegner et meget klart billede af et markant løft af engelske praktiserende lægers løn både set i et historisk lys og i sammenligning med praktiserende læger i andre nordeuropæiske lande.

Fjerde gruppe af litteratur omhandler forskning i organisatoriske forandringer i almen praksis i England efter implementering af kvalitetshonorering. Denne litteratur er primært baseret på kvalitativ forskning, og omhandler forandringer i indbyrdes relationer mellem personalegrupper i de enkelte praksis, forandringer i relationen til patienterne og tildelingen af nye arbejdsopgaver til nye eller eksisterende personalegrupper i almen praksis (24; 25; 38; 46; 47; 133-136). Primært har to personalegrupper fået nye eller flere arbejdsopgaver i almen praksis som følge af kvalitetshonorering, nemlig praksissygeplejersker og 'practice managers'. Litteratur specifikt om 'practice managers' rolle og medvirken til effektiv organisering af almen praksis eksisterer kun i begrænset omfang (42; 44), hvorimod praksissygeplejersker har været genstand for større forskningsmæssig opmærksomhed (39; 82; 137).

Hvordan anvender vi litteraturen?

De identificerede policy-dokumenter er anvendt med henblik på at beskrive formålet med kvalitetshonorering og idealet for anvendelsen af systemet. Desuden er der med udgangspunkt i denne litteratur identificeret virkemidler, som forventes at føre til vellykket implementering, og hvilke finansieringsformer der benyttes. Reviderede versioner af kvalitetshonorering har i nogen grad medvirket til at identificere barrierer for systemets implementering, og hvilke virkemidler der er taget i brug for at imødegå disse. Via forskningslitteraturen har det været muligt at belyse systemets effekt indenfor de ovenfor nævnte områder. I forhold til forskningslitteratur omhandlende klinisk kvalitet, er der udvalgt referencer, der kan give et billede af bredden i diskussionen om kvalitetshonorering som medvirkende til at løfte kvaliteten i almen praksis.

Litteratur om akkreditering af almen praksis i Holland

DSI's bibliotek har gennemført en litteratursøgning i PubMed-databasen på følgende søgeord:

epa AND Netherlands AND general practice – 2 abstracts printet
"accreditation" AND (family practice or general practice)

Der er i Cochrane-databasen søgt på følgende søgeord:

Accreditation AND (family practice or general practice)

På Google er der søgt på følgende søgeord:

Akkreditering og almen praksis

På Google Scholar er der søgt på følgende søgeord:

Accreditation "general practice"
Accreditation "family practice".

Desuden er der for artiklen: *Developing a Framework of, and Quality Indicators for, General Practice Management in Europe* foretaget et gennemsyn af "similar articles" i ISI Web of Sciences samt PubMed.

Endelig er hjemmesider for de to hollandske forskningsinstitutioner NIVEL og WOK blevet gennemsøgt for relevante referencer, og hjemmesiden for det hollandske almenmedicinske selskab, NHG, er gennemsøgt for policydokumenter omhandlende modellen.

Informanter har desuden medvirket til at identificere relevant litteratur om akkreditering af almen praksis generelt og den hollandske model specifikt.

Hvad fandt vi?

Der blev identificeret nogen litteratur om udviklingen af de internationalt udviklede indikatorsæt, EPA og EUROPEP som dele af det hollandske akkrediteringsmodel bygger på (55; 60; 80; 138; 139).

Det nuværende akkrediteringssystem bygger på en model udviklet af den hollandske læge og ph.d. Pieter van den Hombergh. Denne tidligere model og erfaringer hermed behandles i van den Homberghs afhandling (54). Endelig har Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) udarbejdet et notat, der beskriver rammer og struktur for den nuværende hollandske model (58). Derudover var det muligt at finde informationsmateriale (på hollandsk) om modellen (52; 53), som beskriver modellens formål, virkemidler mm.

De resterende referencer omhandler andre akkrediteringsformer (61; 62; 140-142) og akkreditering i almen praksis generelt, dvs. analyse af akkreditering som en anvendelig metode til at effektivisere almen praksis (59; 63; 143).

Hvordan anvender vi litteraturen?

Det har primært været muligt at identificere beskrivende litteratur om den hollandske akkrediteringsmodel. Disse er kun inddraget, såfremt de kunne kaste lys over modellens formål, virkemidler, finansiering og virkemidler til implementering. Der findes ingen publicerede evalueringer af den konkrete akkrediteringsmodel, som ville kunne indgå i en analyse af eventuelle barrierer for implementering og effekten af modellen. Disse aspekter af analysen belyses primært via interview, men dog anvendes anden litteratur om andre akkrediteringsmodeller anvendt i almen praksis med henblik på en perspektivering af det konkrete initiativ.

Litteratur om nye organisationsformer i Holland⁶⁵

DSI's bibliotek har gennemført søgninger i pubmed-databasen på følgende søgeord:

"Family Practice/organization and administration"[Mesh] AND Netherlands
Practice managers AND Netherlands

DSI's bibliotek har desuden søgt på google scholar på følgende søgeord:

Nurses – "improving management" – "general practice" – Netherlands – 2004-2008 "Extended roles" – nurses – "general practice" – Netherlands – 2004-2008

Vi har desuden været i dialog med det hollandske forskningsinstitut NIVEL for referencer, og vi har fået en række relevante policy-dokumenter omhandlende implementering af sundhedscentre fra LVG.

Hvad fandt vi?

Den databasebaserede litteratursøgning gav ingen resultater om nye organisationsformer i Holland specifikt, men enkelte meget specifikke analyser af sygeplejerskers arbejde i primærsektoren. Gennem vores informanter lykkedes det at identificere en række nøgleartikler omkring såvel sundhedscentre som erfaringerne med specialuddannede sygeplejersker. Det gælder primært to studier fra NIVEL, det ene en meta-analyse af andre studier omhandlende erfaringerne med specialuddannede kronikersygeplejersker (75), og det andet en surveybaseret undersøgelse af samarbejdsformer i almen praksis i Holland (73). Desuden fandt vi policy-dokumenter om både de officielle positioner omkring sundhedscentre samt implementeringsvejledninger og policy-papirer fra LVG (66; 144; 145). Herudover eksisterer der en del litteratur om brug af praksispersonale i Holland specifikt (80) og Europa generelt (39; 82; 137).

Hvordan anvender vi litteraturen

Beskrivelsen af de to tiltag og virkemidler i den forbindelse er primært baseret på samtaler med informanter, mens litteraturen har hjulpet til med at identificere effekterne. Da størstedelen af den relevante litteratur, det er lykkedes os at finde, har været hollandsk-sproget, har vi benyttet os af elektro-

niske versioner, der er blevet oversat vha. google translate. Disse oversættelser er ikke præcise, hvorfor vi har kontrolleret alle væsentlige pointer med informanter fra primært NIVEL og LVG.

⁶⁵ Denne delanalyse blev påbegyndt under overskriften 'Nye organisationsformer i Holland'. Undervejs blev det fokuseret til to konkrete tiltag: Specialuddannede kronikersygeplejersker og sundhedscentre.

Bilag 5 Dokumentation af Tabel 1

Antal patienter pr. læge (FTE)

Liselotte Grønvald, PLO, oplyser i mail af 5.8.2008 til Pia Kürstein Kjellberg, DSI, at det i et notat fremsendt til kommissionen [om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen] fremgår, at der var 1.484 gruppe-1 sikrede pr. praktiserende læge i 2007 (146).

Antal fuldtidspraksispersonale pr. fuldtidslæge

PLO har foretaget en samkørsel af data fra PLO's praksistælling 2005 (147) og PLA's medlemsregister i forbindelse med et pågående DSI-projekt om produktivitetsanalyse i almen praksis. Torben Højmark Sørensen, DSI, har trukket data ud. Det fremgår, at det gennemsnitlige ugentlige timeantal pr. fuldtidslæge i praksis er: 18,5 for sekretærer, 9,3 for sygeplejersker og 6,8 for bioanalytikere, i alt 34,6 ugentlige praksispersonale-timer pr. praktiserende læge. Der er ikke data for andre faggrupper end sekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere. Sættes en fuldtidsstilling lig 37 timer, og antages der ikke at være yderligere faggrupper tilknyttet almen praksis, svarer dette til, at der i alt i 2005 var omkring 0,9 fuldtidspraksispersonale pr. praktiserende læge, fordelt på ca. 0,5 sekretær, ca. 0,3 sygeplejerske og ca. 0,2 bioanalytiker.

Antal praktiserende læger efter praksisstørrelse

Det fremgår af PLO's praksistælling 2007 (148), at lægepopulationen i oktober 2007 fordelte sig således på praksisform, at 1.350 praktiserende læger var organiseret i solopraksis, 828 i 2-mands kompagniskab, 663 i 3-mands kompagniskab, 396 i 4-mands kompagniskab, 265 i 5-mandskompagniskab, 102 i 6-mands kompagniskab, 14 i 7-mands kompagniskab, 16 i 8-mands kompagniskab og 18 i 9-mands kompagniskab.

Honorarsystem

Det fremgår af PLO's opgørelse over aktivitet og økonomi i almen praksis af 28.2.2008 (149), at det samlede honorar til almen praksis inklusive basishonorar er steget med 42 % i perioden fra 2000 til 2007, samt at basishonorarandelen ligger stort set fast i hele perioden på 26 til 27 % af de samlede udgifter.

Bilag 6 Informanter til notatet

Navn	Beskrivelse	Benyttet til følgende afsnit
Diederik Aarendonk	<i>Cand.psych.; Koordinator for European Forum for Primary Care; Rejser i den forbindelse meget rundt i Europa og koordinerer forskellige initiativer med fokus på reformer af primærsektoren.</i>	<i>Bilag 1: Landegennemgang Bilag 2: Landebeskrivelse</i>
Kath Checkland	<i>Praktiserende læge i Stockport, UK; MA in Applied Social Research, Department of Sociology, University of Manchester; Clinical Lecturer; Ph.d. student at National Primary Care Research and Development Centre.</i>	<i>Bilag 1: Landegennemgang Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Udvidet praksisbudget</i>
Tina Eriksson	<i>Praktiserende læge med egen praksis; Ph.d.; Kvalitetskonsulent i Region Hovedstaden; Tilknyttet DAK-E under Danske Regioner; Dansk repræsentant i WONCA EQUIP.⁶⁶</i>	<i>Bilag 1: Landegennemgang Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Akkreditering</i>
Peter van den Hombergh	<i>Praktiserende læge og speciallæge i tropemedicin; Ph.d. i praksis management, akkreditering og praksisbesøg; Konsulent i LHV⁶⁷; Arbejdede i 80'erne med udviklingen af sundhedscentre.</i>	<i>Bilag 1: Landegennemgang Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Akkreditering Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
Michel Wensing	<i>Ph.d.; Senior Research Fellow; Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen. Forsker indenfor organisering og kvalitetsudvikling i almen praksis.</i>	<i>Bilag 1: Landegennemgang Bilag 2: Landebeskrivelse</i>
Jakob Kjellberg	<i>Cand.scient.; MSc Health Econ.; Senior projektleder i Dansk Sundhedsinstitut.</i>	<i>Bilag 1: Landegennemgang Bilag 2: Landebeskrivelse Deltager i referencegruppe</i>
Loes van Amsterdam	<i>Organisationskonsulent i LVG⁶⁸</i>	<i>Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
Arthur Eyck	<i>Senior politisk konsulent i LVG</i>	<i>Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
Sandra Gower	<i>Praksis manager og 'managing partner' i Bennets End Surgery Team, Gatecroft, UK. Hun har desuden deltaget i udviklingen af et træningsprogram for praksis managere med udgangspunkt i QOF⁶⁹</i>	<i>Bilag 4: Kvalitetshonorering</i>
June Huntington	<i>Sociolog; Ph.d.; Pensioneret. Arbejdede fra 1983-2003 med uddannelse af praksis 'managers' i England først via en ansættelse i Kings Fund, siden som selvstændig konsulent.</i>	<i>Bilag 4: Kvalitetshonorering</i>
Julie Richardson	<i>Leder af Support & Delivery i Greenwich PCT, London</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Kvalitetshonorering Bilag 4: Udvidet praksisbudget</i>
Bonnie Sibbald	<i>Professor of Health Services Research; Vicedirektør i National Primary Care Research and Development Centre, Manchester University.</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Kvalitetshonorering Bilag 4: Udvidet praksisbudget</i>
Dinny de Bakker	<i>Ph.d. i samfundsgeografi; Leder af forskningsafdelingen for primærsektoren i NIVEL⁷⁰</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
Joke Lanphen	<i>Praktiserende læge; Medlem af RvZ⁷¹; Forhenværende formand for KNMG⁷²; Initiativtager til nystartet sundhedscenter.</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
Niels	<i>Praktiserende læge; Ph.d. i primærsektorbehandling af KOL; Tilknyt-</i>	<i>Bilag 4: Sundhedscentre</i>

⁶⁶ WONCA står for: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Når vi her nævner WONCA, er det primært den Europæiske afdeling af organisationen. EQUIP er WONCA's arbejdsgruppe for kvalitetsudvikling i almen praksis.

⁶⁷ LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) er de praktiserende lægers fagforening i Holland.

⁶⁸ LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn) er en interesse- og brancheorganisation for sundhedscentre i Holland.

⁶⁹ QOF (Quality and Outcomes Framework) er det engelske kvalitetshonoreringssystem.

⁷⁰ NIVEL står for Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Netherlands Institute for Health Services Research).

⁷¹ RvZ står for Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (The Council for Public Health and Health Care). Rådet er et uafhængigt organ, som rådgiver regeringen i spørgsmål vedrørende sundhed og sundhedsvæsenet. De ni rådsmedlemmer udpeges af regeringen.

⁷² KNMG står for Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (Royal Dutch Medical Association). En føderation af lægelige selskaber og foreninger i Holland.

<i>Chavannes</i>	<i>et Institut for almen medicin på Maastricht universitet; Arbejder i sundhedscenteret Zuiderkroon i Rotterdam.</i>	
<i>Judith van Duren</i>	<i>Politisk konsulent i ZN⁷³</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Sundhedscentre</i>
<i>Martien Bouwmans</i>	<i>Politisk konsulent i ZN</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Sundhedscentre</i>
<i>Loes Meijer</i>	<i>Praktiserende læge; Arbejder i duopraksis med sin mand i Utrecht-området</i>	<i>Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
<i>Marjoleine Hardsmeets</i>	<i>Rådgivningskonsulent i FASTeerstelij⁷⁴</i>	<i>Bilag 2: Landebeskrivelse Bilag 4: Specialuddannede kroniker-sygeplejersker Bilag 4: Sundhedscentre</i>
<i>Theo Janssen</i>	<i>Praktiserende læge; Arbejder i en gruppepraksis i Nijmegen-området; Vi deltog i et akkrediteringsbesøg i denne praksis i forbindelse med dette studie</i>	<i>Bilag 4: Akkreditering</i>
<i>Caren Proper-Willeken</i>	<i>Praktiserende læge; Arbejder i en gruppepraksis i Nijmegen-området; Vi deltog i et akkrediteringsbesøg i denne praksis i forbindelse med dette studie</i>	<i>Bilag 4: Akkreditering</i>
<i>W. Brenninkmeijer</i>	<i>Auditor; Arbejder i NPA (NHG⁷⁵ Praktijk Accreditering), der står for akkrediteringsbesøg i hollandske praksis.</i>	<i>Bilag 4: Akkreditering</i>
<i>H. Smit</i>	<i>Auditor under oplæring; Forhenværende praktiserende læge; Arbejder i NPA (NHG Praktijk Accreditering), der står for akkrediteringsbesøg i hollandske praksis.</i>	<i>Bilag 4: Akkreditering</i>

⁷³ ZN står for Zorgverzekeraars Nederland, og det er brancheorganisationen for sundhedsforsikringselskaber.

⁷⁴ FASTeerstelijⁿ er en såkaldt ROS – et af de regionale rådgivningsorganer som skal fremme samarbejdet og kvalitetsudviklingen i primærsektoren. Der er 22 regionale ROS-kontorer.

⁷⁵ NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) er det hollandske selskab for almen medicin.

Litteratur

1. de Bakker D. Telefoninterview med Dinny de Bakker. 2008.
2. Hombergh P. Interview med Pieter van den Hombergh. 2008.
3. Department of Health. Practice Based Commissioning - Promoting clinical engagement. London: Department of Health; 2004.
4. Department of Health. Practice Based Commissioning: practical implementation. London: Department of Health; 2006.
5. Lewis R, Curry N, and Dixon M. Practice-Based Commissioning - from good idea to effective practice. London: King's Fund Publications; 2007.
6. Checkland K. Interview med Kath Checkland. Manchester: 2008.
7. Department of Health. Supporting practice based commissioning in 2007/08 by determining weighted capitation shares at practice level. London: Department of Health; 2007.
8. Department of Health. Practice based commissioning - budget setting refinements and clarification of health funding flexibilities, incentive schemes and governance. London: Department of Health; 2007.
9. Rhea S. Practice Based Commissioning. GP practice survey: Wave 3 Results. Department of Health; 2008.
10. Richardson J. Interview med Julie Richardson. London: 2008.
11. Checkland K, Coleman A, Harrison S, and Hiroeh U. Practice Based Commissioning in the National Health Service: Interim Report of a Qualitative Study . University of Manchester, National Primary Care Research and Development Centre; 2008.
12. Sibbald B. Interview med Bonnie Sibbald. Manchester: 2008.
13. Sibbald B, McDonald R, and Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency. *Journal of Health Services Research Policy* 2007; 12(2):110-7.
14. Coleman A, Harrison S, Checkland K, and Hiroeh U. Practice Based Commissioning: Report of a survey of Primary Care Trusts. Manchester: University of Manchester, National Primary Care Research and Development Centre; 2007.
15. Department of Health. Practice Based Commissioning. Practice Based Commissioning: Practical Implementation - what does this mean for practices? London: Department of Health; 2006.
16. The Department of Health. Investing in General Practice. The new general Medical Services Contract. 2003.
17. Department of Health. Quality and Outcomes framework. Guidance - Updated August 2004. 2004.

18. The Information Centre.National Statistics. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2006/07. 2007.
19. Guthrie B, McLean G, and Sutton M. Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract. *British Journal of General Practice* 2006; 56:836-41.
20. Ankjær-Jensen A, Herbild L. "Betaling for kvalitet". Økonomiske incitamentter til fremme af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008. (DSI Rapport 2008.02).
21. NHS Clinical Governance Support Team, Working in Partnership Programme. Primary Care Management Development Programme. *Quality Management at the Heart of Primary Care*. 2007.
22. Huntington J, Gower S. Interview med June Huntington og Sandy Gower. 2008.
23. Checkland K. Telefoninterview med Kath Checkland. København: 2008.
24. Campbell S, McDonald R, and Lester H. The Experience of Pay for Performance in english family practice: A qualitative study. *Annals of Family Medicine* 2008; 6(3)
25. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, and Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Sociol.Health Illn.* 2008;
26. Tahrani AA, McCarthy M, Godson J, Taylor S, Slater H, Capps N et al. Diabetes care and the new GMS contract: the evidence for a whole county. *British Journal of General Practice* 2007; 57:483-5.
27. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Improvements in clinical quality in English primary care before and after the introduction of a pay for performance scheme: longitudinal study. *National Primary Care Research and Development Centre*. 2006.
28. Steel N, Maisey S, Clark A, Fleetcroft R, and Howe A. Quality of clinical primary care and targeted incentive payments: an observational study. *British Journal of General Practice* 2007; 57:449-54.
29. Juul-Jørgensen S. The new medical services contract. Kvalitetshonorering af praksissektoren i England. København: Enhed for Planlægning. Sundhedsstyrelsen; 2006.
30. Manging D, Toop L. The Quality and Outcomes Framework: what have you done yourselves? *British Journal of General Practice* 2007; 57(539):435-7.
31. Huntington J. Mailkorrespondence med June Huntington. 2008.
32. Doran H, Fullwood K, Gravelle H, Reeves D, Kontapantelis E, Hiroeh U et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine* 2006; 355(4)
33. The Information Centre. National Quality and Outcomes Framework Exception Reporting Statistics for England 2006/07. 2007.
34. Sigfrid L, Turner C, Crook D, and Ray S. Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health* 2006; 28(3):221-5.
35. Hippisley-Cox J, Fenty J, Haps M. Trends in Consultation Rates in General Practice 1995 to 2006: Analysis of the QRESEARCH database. Final Report to the Information Centre and Department of Health. 2007. QRESEARCH and The Information Centre for health and social care;
36. The Information Centre. 2006/07 UK General Practice Workload Survey. 2007.

37. The Information Centre N. General and Personal Medical Services - England. 30 September 2007. Detailed Results. The Information Centre, NHS; 2008.
38. McDonald R, Harrison S, and Checkland K. Identity, contract and enterprise in a primary care setting: An english General Practice Case Study. *Organization* 2008; 15(3):355-70.
39. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, and Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2005; (2):CD001271.
40. Sibbald B, Laurant M, and Reeves D. Advanced nurse role in UK primary care. *MJA* 2006; 185(10):12.
41. Eriksson T. Interview med Tina Eriksson. 2008.
42. Huntington J. *Managing the Practice - whose business?* Radcliffe Medical Press; 1995.
43. Pratt J. *Practitioners and Practices. A conflict of values.* Radcliffe Medical Press; 1995.
44. Checkland K. Management in general practice: the challenge of the new general medical services contract. *British Journal of General Practice* 2004; 54:734-9.
45. National Primary Care and Development Team. *Primary Care Management. Directory of Support, Training and Development.* 2006.
46. Checkland K, McDonald R, and Harrison S. Ticking boxes and changing the social world: Data collection and the new UK Medical Practice Contract. *Social Policy and Administration* 2007; 41(7):693-710.
47. McDonald R, Harrison S, and Checkland K. Incentives and control in primary health care: findings from English pay-for-performance case studies. *J.Health Organ Manag.* 2008; 22(1):48-62.
48. The Information Centre. *GP Earnings and Expenses Enquiry 2005/06. Final Report.* 2008.
49. Davies. *Mangin on QOF.* *British Journal of General Practice* 2007; 57(540):580-1.
50. Osborne B. *Mangin on QOF.* *British Journal of General Practice* 2007; 57(540):581.
51. Thomas R. *Mangin on QOF.* *British Journal of General Practice* 2007; 57(540):580.
52. Witmer H, Bouma M, Braspenning J, in't Veld K, Grol R. *NHG - praktijkaccreditering. Een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in huisartsenpraktijk.* 2005. NHG;
53. in't Veld K. *NHG Practice Accreditation . The final (decisive?) step in Quality Improvement in General Practice.* Tilgængelig via: URL: http://www.equip.ch/files/6/presentatienpa_cr27042007.ppt.
54. van den Hombergh P. *Practice visits. Assessing and improving management in general practice.* Nijmegen: WOK; 1998.
55. TOPAS-Europe. *European Practice Assessment - EPA. Easy to use and scientifically developed quality management for general practice.* 2008.
56. Interview med praktiserende læger i forbindelse med praksisbesøg i Holland. 2008.
57. Hombergh P. Telefoninterview med Pieter van den Hombergh. 2008
58. Eriksson T, Friberg S, and Grosen L. *Dansk kvalitetsmodel for almen praksis.* DAK-E; 2008.

59. Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Engels Y, Hombergh P et al. Organizational assessment in general practice: a systematic review and implications for quality improvement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2005; 11(4):366-78.
60. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice* 2005; 22(2):215-22.
61. Buch M. *Praksis Matrix - et redskab til udvikning af almen praksis. Kvalitativ evaluering af 2. besøgsrunde.* Dansk Sundhedsinstitut . 2008.
62. Elwyn G, Rhydderch M, Hutchings H, Marshall M, Myres P, and Grol R. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity MatrixTM. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13:287-94.
63. Buetow S, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12:129-35.
64. Heywood L. Principle-based accreditation: the way forward? *MJA* 2007; 186:31-2.
65. van Amsterdam L, Eyck A. Interview Loes van Amsterdam og Arthur Eyck, LVG. 2008.
66. Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG) et al. *Intentieverklaring - Versterking eerstelijnsgezondheidszorg.* 2004.
67. Bouwmans M, van Duren J. Interview med Martien Bouwmans og Judith van Duren. 2006.
68. Lanphen J. Interview med Joke Lanphen. 2008.
69. Ministry of Health Welfare and Sport. *Health insurance in the Netherlands - The new health insurance system from 2006.* The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2005.
70. van Beek G. Telefoninterview med Gerda van Beek fra LVG. 2008.
71. Hargesmeets M. Telefoninterview med Marjoleine Hargesmeets. 2008.
72. Lanphen J. Interview med Joke Lanphen. 2008.
73. Hansen J, Nuijen T, and Hingstman L. *Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.* Utrecht: NIVEL; 2007.
74. Lanphen J. Interview med Joke Lanphen. 2008.
75. Berg Mvd, de Bakker D. *Meta-analyse - Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland.* Utrecht: NIVEL; 2003.
76. Lanphen J. Interview med praktiserende læge Joke Lanphen. 2006.
77. Meijer L. Interview med praktiserende læge Loes Meijer. 2007.
78. Chavannes N. Interview med praktiserende læge Niels Chavanes, Maastricht. 2007.
79. Lamkaddem M, de Bakker D, Nijland A, and de Haan J. *De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.* Utrecht: NIVEL; 2004.

80. Westert P, Jabaaij L, and Schellevis F. Morbidity, performance and quality in primary care - Dutch general practice on stage. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006.
81. Kjellberg J, Sørensen J, Hansen J, Andersen S, Avnstrøm L, and Borgstrøm L. Almen praksis som koordinator - en international belysning. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007. (DSI Rapport 2007.02).
82. Saltman RB, Rico A, and Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006. (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
83. Boerma W, Fleming D. The role of primary practice in primary health care. World Health Organisation Regional Office for Europe; 1998.
84. Boerma W. Profiles of General Practice in Europe. Utrecht: NIVEL; 2003.
85. Kjellberg PK, Buch MS, Olsen KR, and Juhl HH. Små og store lægehuse - et komparativt casestudie. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008. (DSI Rapport 2008.03).
86. Aarendonk D. Telefoninterview og email-korrespondance med Diederik Aarendonk. 2008.
87. Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, and Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: A comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy 1999; 1999(48):87-105.
88. NHS. History of the NHS. Tilgængelig via: URL: <http://www.nhs.uk/england/aboutTheNHS/history/default.cmsx>. [Udskrevet den: 1-9-2006]
89. WHO. Highlights on health in the United Kingdom 2004. Link til PDF: <http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
90. NHS. About the NHS. Tilgængelig via: URL: <http://www.nhs.uk/england/AboutTheNhs/Default.cmsx>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
91. King D, Mossialos E. The determinants of private medical insurance prevalence in England. Health Services Research 2005; 40(1):196-212.
92. Department of Health. About the Department. Tilgængelig via: URL: http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/DHWorkArticle/fs/en?CONTENT_ID=4106148&chk=fq4zcZ. [Udskrevet den: 19-12-2006]
93. Department of Health. Reorganisation of ambulance trusts, SHA 's and PCT's. Tilgængelig via: URL: http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/HealthReform/HealthReformArticle/fs/en?CONTENT_ID=4135663&chk=4bDZqY. [Udskrevet den: 19-12-2006]
94. NICE. About NICE. Tilgængelig via: URL: <http://www.nice.org.uk/aboutNICE>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
95. Healthcare Commission. About the Healthcare Commission. Link til PDF: <http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/04021261.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
96. Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. London: Department of Health; 2006.
97. National Audit Office. NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England. National Audit Office; 2008.

98. Blair Me. Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration - Thirty-Sixth Report 2007. Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration; 2007.
99. NHS. NHS Careers. Tilgængelig via: URL: <http://www.nhs.uk/careers/>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
100. Royal College of Nursing. Nurse practitioners -an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme approval. Link til PDF: <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/NursePractitioners.pdf>. [Udskrevet den: 19-12-2006]
101. Exter A, Hermans H, Dosljak M, and Busse R. Health care systems in transition: the Netherlands. Copenhagen: WHO; 2004. (European Observatory on Health Care Systems and Policies Vol. 6, No. 6).
102. Okma KGH. Health care, health policies and health care reform in the Netherlands. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2001. (International Publication Series Health, Welfare and Sport).
103. Ministry of Health Welfare and Sport. The new care system in the Netherlands - durability, solidarity, choice, quality, efficiency. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2006.
104. College Tarieven Gezondheidszorg. What is the National Health Tariffs Authority? Utrecht: College Tarieven Gezondheidszorg; 2000.
105. Wensing M. Interview med Michel Wensing. 2008.
106. Ministry of Health Welfare and Sport. Primary health care in the Netherlands - The nature, structure, financing, regulation, supply of, and training and demand for primary health care in the Netherlands. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2005.
107. Kenens RJ, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2003. Utrecht: NIVEL; 2003.
108. Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2007. Utrecht: NIVEL; 2007.
109. AGIS. Telefoninterview med AGIS - stort hollandsk sundhedsforsikringselskab. 2008.
110. Kroneman MW. Telefonsamtale med Madelon Kroneman. 2008.
111. Hombergh P. Practice visits - assessing and improving management in general practice. Nijmegen: WOK; 1998.
112. The Cochrane Library. Cochrane Reviews/Protocols listed by Cochrane Review Group. Tilgængelig via: URL: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsystrev_crglist_fs.html.
113. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, and Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; 2004(4):Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
114. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B et al. Lay health workers in primary and community health care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; (1):Art. No.: CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub2.
115. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; 2006(1):Art. No.: CD003540. DOI: 10.1002/14651858.CD003540.pub2.

116. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; 2000(3):Art. No.: CD002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
117. The Cochrane Library. Cochrane Reviews/Protocols listed by Cochrane Review Group. Tilgængelig via: URL: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsystrev_crglist_fs.html.
118. Grøn L, Obel J, and 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).
119. Danske Regioner. Organisering af almen praksis. København: Danske Regioner; 2007. (Delrapport. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. November 2007).
120. Kjellberg PK, Buch MS, Olsen KR, and Juhl HH. Små og store lægehuse - et komparativt casestudie. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008. (DSI rapport 2008.03).
121. Olsen KR, Sørensen TH, and Gyrd-Hansen D. Produktivitet- og efficiensanalyser i almen praksis. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008. (DSI rapport 2008.05).
122. Sørensen T. FYAM's ønskeseddel: større praksis. *Practicus* 2008; 191:96-9.
123. Kjellberg J, Kjellberg PK, and Vinge S. Almen praksis til debat. Afrapportering af praktiserende lægers workshoparbejde under AstraZenecas kongres for almen praksis 2008. København: AstraZeneca A/S; 2008.
124. Department of Health. General question and answer on practice based commissioning. Tilgængelig via: URL: http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Commissioning/PracticeBasedCommissioning/PracticeBasedCommissioningArticle/fs/en?CONTENT_ID=4130497&chk=1WeeOP. [Udskrevet den: 19-12-2006]
125. Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Aff. (Millwood)* 2004; 23(3):112-8.
126. Roland M, Campbell S, Bailey N, Whalley D, and Sibbald B. Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Primary Care Research and Development* 2006; 7:18-26.
127. Hankins M, Fraser A, Hodson A, Hooley C, and Smith H. Measuring patient satisfaction for the Quality and Outcomes framework. *British Journal of General Practice* 2007; 57:737-40.
128. Cleland J, MackKenzie M, Small I, Douglas G, and Gentles I. Management of COPD in Primary Care in North-East Scotland. *Scottish Medical Journal* 2006; 51(4):10-4.
129. Sutton M, McLean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006; 332:389-90.
130. Wang Y, O'Donnell CA, Mackay DF, and Watt GCM. Practice size and quality attainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis. *British Journal of General Practice* 2006; 56:830-5.
131. Khunti K, Gadsby R, Millett C, Majeed A, Davies M. Quality of diabetes care in the UK: comparison of published quality-of-care reports with results of the Quality and Outcomes Framework for diabetes. *Diabetic Medicine* 24, 1436-1441. 2007.

132. Kroneman MW, van der Zee J, Groot W. British GPs exceed their North-West European colleagues in income: Developments in income of General Practitioners in eight European countries from 1975-2005. 2008.
133. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, and Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007; 334(7608):1357.
134. Huby G, Guthrie B, Grant S, Watkins F, Checkland K, McDonald R et al. Whither British general practice after the 2004 GMS contract? STories and realities of change in four UK general practices. *Journal of Health Organization and Management* 2008; 22(1):63-78.
135. Adam R. 'Personal Care' and general practice medicine in the UK - a qualitative interview study with patients and general practitioners. *Osteopathic Medicine and Primary Care* 2007; 1(13)
136. Grant S, Huby G, Watkins F, Checkland K, McDonald R, Davies H et al. The Impact of pay-for-performance on professional boundaries in UK general practice: an ethnographic study. 2008.
137. Humphreys A, Johnson S, Richardson J, Stenhouse E, and Watkins M. A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants. *J.Clin.Nurs.* 2007; 16(10):1792-808.
138. Grol R. Quality development in health care in the netherlands. 21. 2006. The comonwealth fund;
139. Wensing MM. EUROPEP 2006. Revised Europep instrument and user manual. 2008. WOK. Centre for Quality of Care Research;
140. Engels Y, Hombergh P, Mokkink H, Hoogen Hvd, Bosch W, and Grol R. The effects of team-based continuous quality improvement intervention on the management of primary care: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice* 2006; 56:781-7.
141. Hombergh P, Engels Y, Hoogen J, doremalen J, Bosch W, and Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients loose or gain? *Family Practice* 2005; 22:20-7.
142. Evans R, Evans S, Elwyn B, and Elwyn G. Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. *Family Practice* 2007; 24:117-27.
143. Heerey M, Necochea E. An overview of accreditation and certification for improving health service quality. 2007. Center for Communications Programs. Quality & Performance Improvement. Johns Hopkins University;
144. Commissie Modernisering Eerste Lijn. Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Commissie Modernisering Eerste Lijn; 2002.
145. de Gelder M, van Rijen MCR, van der Velden REM, and et.al. Juridische vormen van samenwerking in de eerste lijn. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn; 2006. (Versterking van de eerstelijnszorg).
146. Grønvald L. E-mail til Pia Kørstein Kjellberg, DSI, af 5.8.2008 med titlen: Faktapapir 24 april. doc. 2008. 8 A.D.
147. Praktiserende Lægers Organisation. Praksistælling 2005. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2005.
148. Praktiserende Lægers Organisation. Praksistælling 2007. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2007.

149. Praktiserende Lægers Organisation. Aktivitet i almen praksis i dagtid og vagttid 2000 til 2007. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2008.

