

## Overenskomst- og lovgivningsmæssige barrierer

Landsoverenskomst og lovgivning skal ændres, så barrierer for organisatorisk udvikling af almen praksis fjernes. En ny overenskomst mæssig aftale skal understøtte etablering af store, bæredygtige lægeklinikker med henblik på at understøtte rekruttering, fastholdelse, faglighed, kvalitet og service i almen praksis.

Det anbefales derfor:

**At en ny overenskomst mæssig aftale** beskriver tre tilknytningsformer for almen praksis:

- **Liberal tilknytningsform**, svarende til den nuværende praktiserende læge, der er selvstændigt erhvervsdrivende.
- **Quasiliberal tilknytningsform**, hvor regionen (og/eller kommunen) stiller faciliteter til rådighed for den praktiserende læge, hvilket indebærer forpligtelser i forhold til f. eks. patienttal, service eller kvalitet.
- **Ansatte praktiserende læger**. Det skal gives mulighed for en mere fleksibel organisatorisk konstruktion, hvor praktiserende læger kan være fastansat i praksis.

**At det sikres, at alle borgere har mulighed for at være tilmeldt en lægepraksis.** I forlængelse heraf fastlægges patientunderlaget i praksis som led i den regionale sundhedsplanlægning.

**At de nuværende kilometergrænser ophæves,** og den regionale praksisplanlægning i stedet skal sikre et tilgængeligt tilbud til patienterne – f. eks. vha. en fleksibel, regionalt fastsat kilometergrænse og etablering af satellitpraksis.

**At der gives overenskomst mæssig/aftalemæssig** mulighed for, at regionerne benytter alternative løsninger på lægemangelproblematikken i de situationer, hvor man ikke kan sikre tilstrækkelig lægedækning i almen praksis.

Eksempelvis skal regionerne kunne sikre lægedækningen i udsatte områder ved at indgå aftaler med private firmaer, der kan drive lægeklinikker og rekruttere læger.

**At en ny overenskomst mæssig aftale** hindrer konkurrence- og kundeklausuler i kontrakter mellem praktiserende læger.

**At reglerne om tildeling af delepraksis** gøres mere restriktive.

**At sundhedsloven præciseres,** således at det klart fremgår, at regionerne har mulighed for at investere i og udleje lokaler til lægeklinikker – både når formålet er fastholdelse og rekruttering, og når formålet er et andet, f. eks. at understøtte kvalitet og service i almen praksis.

**At lovgivningen ændres** således, at praktiserende læger får mulighed for at afskrive investeringer i praksislokaler, på samme måde som f. eks. dyrlæger kan.

**At skattelovgivningen ændres** mht. beskatning på goodwill, således at ensartede, eksisterende praksis ikke beskattes ved indgåelse af kompagniskab.

**At der gives lettere adgang** til patientjournaler i samarbejdspraksis.

**At kommunerne inddrages** som samarbejdspartner ift. at etablere lægeklinikker, herunder opfordres til at

- tillempe lokalplaner,
- stille grunde/lokaler til rådighed for lægeklinikker på rimelige vilkår,
- samarbejde vedrørende f. eks. sammenflytning med lokale sundhedstilbud.

# Faglig udvikling i almen praksis

Almen praksis spiller i dag en helt central rolle i det danske sundhedsvæsen som frontliniebehandler, tovholder og patienternes indgang til det øvrige sundhedsvæsen. Faglig udvikling skal sikre, at almen praksis også fremover kan udfylde denne rolle gennem en kontinuerlig tilpasning til de ændrede krav og behov fra lægevidenskaben og samfundet såvel som til de nye strukturer i sundhedsvæsenet. Almen praksis forventes i fremtiden at levere en større palet af ydelser, og en udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til almen praksis stiller yderligere krav til de praktiserende lægers faglige kompetencer. Faglig udvikling er således livsnerven i almen praksis og dét, der fortsat skal gøre det attraktivt at være alment praktiserende læge.

Formålet med faglig udvikling er at sikre høj kvalitet i ydelserne – og dermed patientsikkerheden – i almen praksis. Den faglige udvikling skal omfatte alle niveauer i almen praksis og bør derfor sigte mod både udviklingen af den enkelte praktiserende læges individuelle kompetencer og almen praksis som organisation og fag.

Faglig udvikling defineres som en kontinuerlig proces, der omfatter kerneelementerne *forskning, efteruddannelse og kvalitet*. Disse tre elementer er gensidigt afhængige størrelser, som nødvendigvis må samtænkes i den faglige udvikling i såvel almen praksis som i sundhedsvæsenet som helhed.

Det er således væsentligt at sætte fokus på kvalitet, efteruddannelse, viden og forskning i almen praksis, samt på hvordan der skabes de bedste betingelser for, at disse områder kan udvikles. Konkret skal der etableres strukturer og kulturer, der understøtter faglig udvikling og bæredygtighed. Dette skal ske gennem blandt andet systematisk kvalitetsudvikling, kvalificeret forsk-

ning og øget brug af klinisk praksispersonale. Derudover skal der sikres formidling og implementering af ny viden gennem både efteruddannelse og anvendelse af kvalitetsdatabaser og informationssystemer.

Optimale rammer for faglig udvikling i almen praksis via ovennævnte forhold forudsætter en række overordnede ændringer i den struktur og kultur, der i dag gør sig gældende for almen praksis. Der er således behov for ændringer, der sikrer:

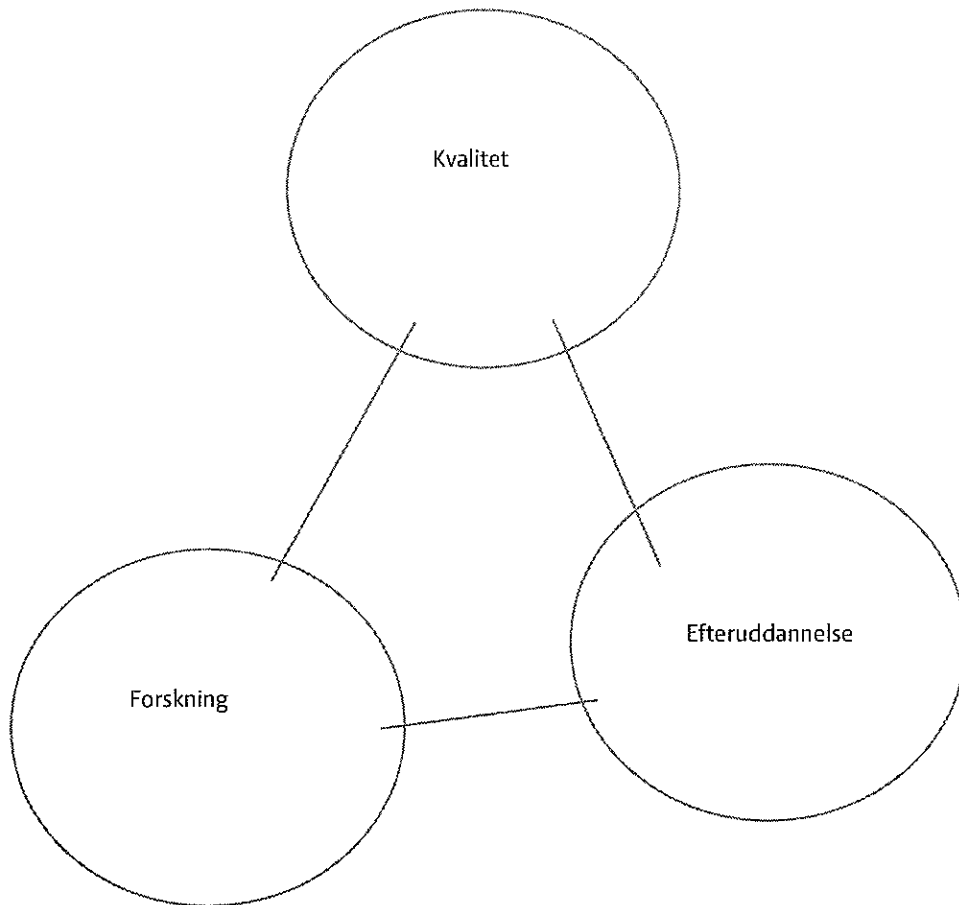
**Øget koordinering og samarbejde mellem regionale og øvrige aktører inden for kvalitetsudvikling, forskning og efteruddannelse.**

**En øget systematik i og regional indflydelse på kvalitetsudviklingen af almen praksis og den enkelte læges efteruddannelsesaktiviteter.**

**Større gennemsigtighed og åbenhed.**

**Et aftalegrundlag for almen lægegerning, der understøtter faglig udvikling.**

I projektet opstilles anbefalinger for, hvordan der sikres faglig og organisatorisk bæredygtighed i almen praksis uanset praksisform, samt for hvordan der sikres en kontinuerlig faglig udvikling af almen praksis gennem systematisk kvalitetsudvikling, øget brug af praksispersonale, kvalificeret forskning og relevant efteruddannelse af de praktiserende læger. Der er behov for et nyt aftalegrundlag for almen praksis, der skal sikre optimale vilkår for faglig udvikling gennem disse forhold.



Figur 1: Faglig udvikling som forskning, efteruddannelse og kvalitet.

## Kvalitet og bæredygtighed

Faglig udvikling skal overordnet set sikre, at patienterne møder en faglig og organisatorisk bæredygtig almen praksis. En bæredygtig almen praksis indebærer, at almen praksis skal være rustet til at løfte opgaverne på en måde, der honorerer krav og forventninger fra patienterne og samfundet, og ikke mindst fra de praktiserende læger selv. Det betyder blandt andet, at såvel den enkelte praksis som almen praksis som helhed skal tilbyde behandling og service af høj kvalitet, at ressourceudnyttelsen i praksis er effektiv, samt at (almen) praksis er attraktiv for både patienter og læger.

Faglig og organisatorisk bæredygtighed sikres bedst i større praksisenheder. Større lægepraksis giver mulighed for øget fleksibilitet, kollegialt samarbejde og faglig sparring, som ikke mindst de yngre almenlæger finder attraktivt. Større praksis er således et rekrutterings- og fastholdelsesparameter, der kan fremtidssikre almen praksis og en lægedækning, hvor alle borgere har mulighed for at være tilmeldt en lægepraksis. Større praksis giver desuden bedre muligheder for ansættelse af både klinisk og administrativt praksispersonale og dermed også for en øget professionalisering af og intern interesseopdeling i praksis.

Udviklingen mod en fremtidig praksisstruktur med færre og større praksis vil forløbe over en årrække, hvorfor der også i mange år fremover vil eksistere solopraksis. Det er derfor vigtigt, at der skabes gode rammer for høj faglighed og bæredygtig praksisvirksomhed for *alle* almene praksis – uanset praksisform. Det forudsætter, at såvel flerlægepraksis som solopraksis har den nødvendige adgang til faglig sparring og vidensdeling – og ikke mindst at lægerne gør aktivt brug af det.

Med henblik på at sikre faglige og organisatorisk bæredygtige lægepraksis uanset praksisform anbefales, at:

**Fremme lægelige fora** for erfarings- og vidensudveksling, eksempelvis ved hjælp af efteruddannelsesgrupper, supervisorsgrupper, IT-baserede løsninger til elektronisk vidensdeling og sparring, temadage og auditmøder.

**Synliggøre mulighederne** for at henvise til de primære sundhedstilbud i kommunerne, som aftales i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner.

**Fremme tilbud** om gruppekonsultationer til visse kroniske patienttyper for at drage mest mulig nytte af knappe lægeresourcer.

**Samarbejde** om klinisk praksispersonale, f.eks. "mobile" sygeplejersker til planlagte livsstilssamtaler og kroniske patienter; delt sekretærfunktion understøttet af det fornødne elektroniske udstyr.

Ovenstående initiativer til sikring af bæredygtige praksis indtænkes i organiseringen af kvalitets- og efteruddannelsesarbejdet.

## Systematisk kvalitetsudvikling

Det forudsætter systematisk kvalitetsudvikling af almen praksis at sikre faglige og organisatorisk bæredygtige praksisklinikker. Erfaringer fra Danmark og udlandet peger på, at systematisk arbejde med organisatoriske udviklingstiltag i almen praksis generelt bringer læger og praksispersonale øget fokus på arbejds gange og rutiner. Mange lægepraksis arbejder med kvalitetsudvikling, og der findes i dag mange initiativer til udvikling af kvaliteten i praksis – både den faglige og den organisatoriske. Indsatsen er dog fragmenteret og usystematisk, og de gode erfaringer finder ikke altid vej til en bredere implementering. Det er derfor vigtigt, at der på baggrund af allerede eksisterende modeller for kvalitetsudvikling udarbejdes en model for systematisk kvalitetsudvikling af almen praksis, der er tilpasset danske forhold. En systematiseret kvalitetsudvikling af almen praksis og den dermed øgede erfaring med udviklingsarbejde gennem kvalitetsstandarder skal på sigt bane vejen for at indføre akkreditering i almen praksis på linie med Den Danske Kvalitetsmodel i sygehusvæsenet.

Der findes i udlandet flere bud på kvalitetsstandarder for almen praksis, hvoraf enkelte har været afprøvet i almen praksis i Danmark og tilpasset danske forhold, nemlig *Praksis Matrix* og *KISS-projektet*. De danske erfaringer med det engelske akkrediteringssystem (KISS-projektet) peger på, at en stor ressourceindsats kun medfører beskedne ændringer. Derimod er Praksis Matrix-modellen blevet bedre modtaget i almen praksis.

Praksis Matrix er ikke en egentlig akkreditering af praksis, men kan bane vejen for dette. Matrix-konceptet er udarbejdet med

henblik på organisatorisk kvalitetsudvikling af almen praksis, men selve metoden til at identificere relevante udviklingsmål kan ligeledes anvendes til udvikling af praksis' faglige arbejdsgange. Udviklingspotentialet ligger primært i, at hele praksis mødes og diskuterer praksis' udvikling på de forskellige områder og derefter beslutter sig for, hvor man ønsker at sætte ind. Konceptet giver dog mulighed for, at alle almene praksis arbejder specifikt med samme indsatsområde, eksempelvis ved at regionen definerer konkrete udviklingsområder for almen praksis. Erfaringerne fra Praksis Matrix er endnu ikke evalueret, men det vurderes, at konceptet vil være rimelig håndterbart for almen praksis.

Med henblik på at sikre en systematisk udvikling af kvaliteten i almen praksis anbefales, at:

**Der udvikles en model** for systematisk kvalitetsudvikling, der på sigt skal bane vejen for en egentlig akkreditering af almen praksis. Det anbefales, at kvalitetsmodellen tager afsæt i en række forhold, som vurderes at være afgørende for det overordnede mål om faglig udvikling i almen praksis gennem systematisk kvalitetsudvikling – herunder at:

- **Der tages udgangspunkt i de vilkår**, som er kendetegnet for almen praksis i Danmark.
- **Det på baggrund af en evaluering af Praksis Matrix** vurderes, hvorvidt Praksis Matrix-konceptet kan danne grundlag for en dansk model for systematisk kvalitetsudvikling.
- **Der opstilles klare kvalitetsmål, standarder og indikatorer** for "best practice" på en række sygdoms-, forløbs- og organisationsområder med henblik på at bane vejen for en fremtidig akkreditering af almen praksis i tråd med Den Danske Kvalitetsmodel.
- **Erfaringerne fra Dan-PEP-evalueringerne** integreres i projektet, så patientperspektivet også inddrages.
- **Modellen udformes på en måde**, der sikrer mulighed for benchmarkning – lokalt, nationalt og internationalt.

Der sker en offentliggørelse på sundhed.dk af kvalitetsdata helt ned på praksisniveau.

Der sikres de fornødne IT redskaber til dataindsamling og benchmarking.

Strategien understøttes i form af efteruddannelses tiltag, praksisudviklingskonsulenter, IT-konsulent mv.

Modellen inkluderer et organiseret opfølgingsarbejde, der skal forpligte lægerne til at forbedre indsatsen på de identificerede udviklingsmål.

Regionerne etablerer en facilitatorordning, der fungerer på linie med traditionel konsulentbistand, som de praktiserende læger kan hyre til opfølgingsarbejdet.

Implementering af en obligatorisk kvalitetsmodel sker gradvist.

Regionerne tilføres ekstra midler til implementering og drift af modellen, eftersom erfaringer fra både udlandet og Danmark viser, at det kræver ekstra ressourcer at indføre en model for systematisk kvalitetsudvikling.

Modellen knyttes til efteruddannelsessystemet med henblik på at anvende indsigten i den enkelte praksis' identificerede udviklingsmål i vurderingen af den enkelte læges og det kliniske praksispersonales efteruddannelsesbehov.

### Brug af klinisk praksispersonale

For at almen praksis kan imødegå de fremtidige udfordringer i form af nye behandlingsopgaver og nye rammer for rollen som del af sundhedsvæsenets borgernære sundhedstilbud, samt krav og forventninger om faglig og organisatorisk bæredygtighed er det nødvendigt, at almen praksis samles i større lægepraksis og i stigende grad benytter praksispersonale til en lang række opgaver. Langt de fleste lægepraksis har i dag ansat klinisk praksispersonale, der varetager en række opgaver inden for blandt andet sundhedsfremme og forebyggelse, behandling, pleje og laboratoriefydelser, som f.eks. lægesekretærer, sygeplejersker, diætister og bioanalytikere.

I takt med at almen praksis går mod stadig flere større praksis-enheder med en stigende brug af klinisk praksispersonale, aktualiseres behovet for at skabe en hensigtsmæssig arbejds- og opgavedeling i praksis efter LEON-princippet der indebærer, at behandlingsopgaverne skal løses på Lavest Effektive Omsorgs-Niveau. En opgaveglidning vil være hensigtsmæssig med henblik på at aflaste lægen og øge patientvolumen i almen praksis.

Sammenlignet med vore nabolande har almen praksis i Danmark et stort uudnyttet potentiale for anvendelse af klinisk praksispersonale. Udfordringen består således dels i at få flere praksis til at benytte klinisk praksispersonale, dels i at overveje om klinisk praksispersonale kan løfte andre opgaver, end de udfører i dag. Det er derfor vigtigt, at perspektiverne i øget brug af klinisk praksispersonale undersøges og synliggøres – ikke mindst for lægerne.

De to største barrierer for udbredelse af mere klinisk praksispersonale i almen praksis er de fysiske begrænsninger i almen praksis og barrierer hos praksislægen. Mange steder vil de nuværende praksislokaler ikke være tilstrækkelig store til at have praksispersonale ansat og det vil derfor ofte kræve store økonomiske investeringer for lægen at finde egnede lokaler. Derudover har nogle læger både psykologiske og kulturelle forbehold over for ansættelsen af praksispersonale. Førstnævnte skyldes, at ansættelse af klinisk praksispersonale påfører lægen et arbejdsgiveransvar, som måske ikke alle læger finder interessant. Sidstnævnte knytter sig til den traditionelle opfattelse af den praktiserende læge som "familielægen", der kender og tager hånd om hver enkelt patient.

En konsekvens af Strukturreformen er, at der oprettes flere kommunale sundhedstilbud, som kan overtage nogle af de opgaver, der i dag er placeret i almen praksis, f.eks. opgaver i relation til kroniske patienter og forebyggelse, som den praktiserende læge måske allerede har overdraget til sit kliniske praksispersonale. Der er derfor behov for at indgå drøftelser med kommunerne for at få belyst mulighederne for opgaveflytning fra almen praksis til den kommunale sundhedssektor.

Med henblik på at fremme anvendelsen af klinisk praksispersonale i almen praksis anbefales, at:

**Der kommer fokus på opbygning af praksisnetværk** – hvor man er fælles om ansættelse af klinisk praksispersonale.

**Der udarbejdes et idékatalog** over mulig anvendelse af klinisk praksispersonale i almen praksis som inspirationsmateriale.

**Der etableres en praksisudviklingskonsulentordning**, som kan understøtte almen praksis i brugen af klinisk praksispersonale.

**Brugen af andet sundhedsfagligt personale** end sygeplejerske søges fremmet.

**Der i samarbejde** med de relevante fagorganisationer (PLO, DSAM, DSR mv.) udarbejdes og implementeres tværgående kliniske retningslinier for klinisk praksispersonalet i almen praksis.

**Der etableres et samarbejde med CVU** omkring omskoling og videreuddannelse af klinisk praksispersonale med henblik på at kvalificere det kliniske praksispersonale til at kunne løfte opgaver inden for blandt andet kronikeromsorg og forebyggelse.

**Der iværksættes en undersøgelse**, som afdækker perspektiverne i brugen af specialiserede sundhedspersonale i praksis.

**Normtalskonstruktionen ændres.**

**Snitfladerne til kommunerne** til stadighed er fleksible med henblik på at sikre, at opgaverne bliver løftet det sted, som er mest hensigtsmæssigt for borgerne, lægerne og det offentlige.

## **Forskning og udvikling**

At sikre god kvalitet forudsætter viden om, hvad der er den lægefagligt "korrekte" behandling, hvilke forventninger den enkelte patient har til besøget i almen praksis, samt om hvad der er den optimale organisering af dels det samlede patientforløb på tværs af hele sundhedsvæsenet og dels af praksis' interne arbejds gange. Forskning med henblik på at skabe den fornødne viden om disse forhold er en forudsætning for at sikre den faglige udvikling af den enkelte praktiserende læges og det kliniske praksispersonales kompetencer såvel som af almen praksis som helhed.

Forskningen i almen medicin og almen praksis bærer til stadighed præg af ideen om at lade de tusinde blomster blomstre og den heraf følgende spredning af forskningskompetencerne. Initiativer inden for de senere år har imidlertid søgt at samle forskningsindsatsen på færre hænder med henblik på at opbygge en såkaldt "kritisk masse" af forskere med det formål at styrke og kvalificere forskningen. Der er behov for tiltag, der kan støtte op om denne proces.

Et fortsat fokus på opbygning af den kritiske masse af forskere, samt styrkelse og kvalificering af forskningsindsatsen i almen medicin og almen praksis kræver et stadig tættere og mere forpligtende samarbejde mellem de eksisterende forskningsinstitutioner i både primær- og sekundærsektoren, samt mellem forskningsinstitutionerne og enheder inden for beslægtede områder såsom medicinsk teknologivurdering og kvalitetssikring. Et sådan tæt og forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og discipliner vil bidrage til at skabe et mere attraktivt videnskabeligt miljø, der kan tiltrække både forskere og tiltrængte forskningsmidler, ligesom det vil skabe et øget fokus på forskningen i almen medicin og almen praksis – herunder sundhedstjenesteforskningen. Ligeledes er der behov for at skabe en mere formaliseret dialog mellem forskningsinstitutionerne og de regionale beslutningstagere med henblik på at sikre sundhedstjenesteforskning i problemstillinger, der er relevante for regionerne.

Sammenlignet med øvrige lægelige specialer er forskningskompetencen i almen medicin og almen praksis relativt lille, og der er således behov for tiltag, der kan sikre en fortsat rekruttering og fastholdelse af almenmedicinske forskere. Der er behov for forskere, der kombinerer forskningen med det kliniske arbejde i praksis, eftersom god almenmedicinsk forskning med anvendelsesmuligheder og relevans for almen praksis forudsætter adgang til viden om patienterne i almen praksis.

Ligeledes er der behov for at styrke formidlingen af forskningsresultaterne til de alment praktiserende læger for at sikre implementeringen af den nye viden i almen praksis.

Med henblik på at sikre en omfangsrig og kvalificeret forskning i almen medicin og anden forskning med relevans for almen praksis anbefales, at:

**Der arbejdes på at skabe et mere formaliseret og forpligtende samarbejde mellem forskningsenhederne, de alment medicinske afdelinger ved universiteterne og enheder inden for MTV og kvalitetssikring med henblik på at styrke og kvalificere forskningsarbejdet i almen medicin og almen praksis – herunder hensynet til rekrutterings-, fastholdelses- og bevilningsmuligheder.**

**Der skabes et forum, hvor politikere og forskere kan udveksle erfaringer og viden om sundhedsvidenskabelige problemstillinger i og omkring almen praksis med henblik på at sikre sundhedstjenesteforskning med relevans for såvel politikere og forskere som for almen praksis.**

**Der sikres øget koordinering og samarbejde mellem forskningsmiljøerne i primær- og sekundærsektor for at styrke omfanget og kvaliteten af sundhedstjenesteforskningen.**

**Der i regi af forskningsenhederne oprettes formaliserede netværk af forskere i almen medicin og alment praktiserende læger – evt. i tolvmandsgrupperne – med henblik på dels at diskutere almenmedicinske problemstillinger, der erfares i det daglige kliniske arbejde i almen praksis, og dels at sikre en kanal, hvor igennem forskningsmiljøerne kan formidle regionale og nationale forskningsresultater til lægerne.**

**Der iværksættes en oplysningskampagne med henblik på at oplyse de praktiserende læger om mulighederne i deff.net – et netbibliotek med internationale, lægefaglige elektroniske tidsskrifter og opdaterede databaser.**

**Der for at sikre fastholdelse af almenmedicinere, der bedriver forskning kombineret med hvervet som alment praktiserende læge, sikres flere kombinationsstillinger i forskningsmiljøerne. Eksempelvis forskerstillinger, hvor lægen fritages for undervisningsforpligtelsen, der ellers traditionelt er knyttet til stillingsbeskrivelsen for forskere.**

**Der med henblik på generel rekruttering og fastholdelse af almenmedicinere skabes attraktive karrieremuligheder inden for forskningsverdenen i almen medicin, f.eks. post doc.-stipendiater, samt adjunkt- og lektorstillinger.**

Forskningsarbejdet kobles op på efteruddannelsesindsatsen, sådan at planlægning og udbud af efteruddannelseskurserne koordineres med resultater fra forskningsverdenen. Eksempelvis via en mere formaliseret koordinering mellem forskningsmiljøerne og de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.

## Efteruddannelse

Efteruddannelse af de alment praktiserende læger er et vigtigt led i omsætningen af ny viden til øget kvalitet i almen praksis. Det er derfor afgørende, at de praktiserende læger kontinuerligt ajourfører deres viden og kompetencer gennem systematisk og relevant efteruddannelse.

De praktiserende lægers efteruddannelsesaktiviteter er blevet beskrevet som omfattende og i det store hele velfungerende<sup>1</sup>. Men reelt findes der kun begrænset viden om indholdet og udbyttet af lægernes efteruddannelsesaktiviteter. Der er således ikke på nuværende tidspunkt en tilgængelig, systematisk information om de praktiserende lægers efteruddannelsesaktiviteter, idet der ikke er indberetningspligt eller registreringskrav vedrørende lægernes efteruddannelse. Netop åbenhed og gennemsigtighed om lægernes efteruddannelsesaktivitet er en forudsætning for en mere optimal og effektiv behovsvurdering og planlægning af efteruddannelsesudbuddene for de praktiserende læger.

For at sikre en flerfacetteret efteruddannelsesaktivitet, som bidrager til en kompetenceudvikling inden for samtlige aspekter af lægens rolle i tråd med blandt andet regionale og nationale udviklingsmål, er der behov for, at regionerne – af hensyn til ensartethed og kvalitet i almen praksis – får redskaber til at præge omfanget og indholdet af lægernes efteruddannelsesaktivitet.

Med henblik på at sikre en flerfacetteret og relevant efteruddannelsesaktivitet blandt de alment praktiserende læger anbefales det derfor, at:

Der sikres en regional såvel som national koordinering af efteruddannelsesaktiviteten med henblik på gensidig inspiration – eksempelvis via et efteruddannelsessite for regionerne på sundhed.dk, hvor kursusprogrammer kan lægges frem.

Der indføres obligatorisk efteruddannelsesdeltagelse inden for temaer, der udmeldes af de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg på baggrund af regionalspecifikke udviklingsbehov eller generelle behov i almen praksis. Herunder anbefales, at:

- Der øremærkes midler i Efteruddannelsesfonden til finansiering af obligatoriske efteruddannelseskurser udbudt af de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.
- Efteruddannelsesformen i forbindelse med den obligatoriske efteruddannelsesaktivitet er frivillig.
- Der formuleres dispensationsregler, der sikrer, at læger ikke bliver tvunget til efteruddannelse, de allerede har gennemført inden for en fastsat periode

Den decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) og efteruddannelsesvejlederne forankres i regionerne med henblik på at styrke sammenhængen mellem kvalitetsudvikling og efteruddannelse regionalt via en tæt tilknytning til de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.

Der udarbejdes en model for åbenhed og gennemsigtighed om de alment praktiserende lægers efteruddannelse, der indebærer obligatorisk indberetning af lægernes efteruddannelsesaktiviteter til en database.

Oplysningerne om de praktiserende lægers efteruddannelsesaktiviteter på sigt gøres offentligt tilgængelige på lægernes praksisdeklarationer med henblik på at komme patienterne til gavn, samt at skabe incitament for lægerne til øget efteruddannelse.

Der skabes sanktionsmuligheder til brug for regionerne/ kvalitets- og efteruddannelsesudvalgene over for læger, der ikke deltager i efteruddannelse.

Det undersøges, hvordan efteruddannelseskurserne fremover kan evalueres, således at lægernes faglige udbytte og effekten af efteruddannelsesaktiviteterne kan monitoreres.

<sup>1</sup>Rapport fra arbejdsgruppen for praktiserende lægers efteruddannelse, 2004.



Praktisk efteruddannelse indtænkes som standard i fremtidig akkreditering af almen praksis i Den Danske Kvalitetsmodel.

Nye ydelser i almen praksis som f.eks. forløbsydelser kobles til et efteruddannelseskrav såvel i introduktionsfasen som i den løbende kvalitetsudvikling på området.

Udvikling og udbud af mere efteruddannelse via e-learning-programmer.

### Aftaler skal understøtte faglig udvikling

Det er afgørende, at de aftalemæssige rammer for almen praksis er indrettet på en måde, der sikrer kontinuerlig faglig udvikling og bæredygtighed i almen praksis.

Et nyt aftalegrundlag skal forpligte både de praktiserende læger og regionerne til at sikre faglig udvikling og bæredygtighed i almen praksis via blandt andet systematisk kvalitetsudvikling af den enkelte praksis, systematisk og flerfacetteret efteruddannelsesaktivitet for såvel læger som (klinisk) praksispersonale, samt relevant og kvalificeret forskning.

Et nyt aftalegrundlag skal struktureres, så det understøtter de mål, regionerne opstiller for den faglige udvikling af almen praksis i forhold til at imødegå nutidige og fremtidige udfordringer.

Med henblik på at sikre en aftalemæssig understøtning af faglig udvikling i almen praksis, anbefales, at:

Et nyt aftalegrundlag for almen lægehjælp tydeliggør hvilke værdier, kulturer og politiske målsætninger for faglig udvikling af almen praksis, der skal ligge til grund for et gensidigt forpligtende samarbejde mellem regioner og praktiserende læger.

Det anbefales, at et nyt aftalegrundlag med henblik på at understøtte faglig udvikling indeholder:

En klar beskrivelse af hvilke forventninger og krav til kontinuerlig udvikling af faglighed og kvalitet, der stilles til hvervet som praktiserende læge, og som forudsættes for tildelingen af et ydernummer.

Bestemmelser, der knytter kvalitetskrav til udførelsen af ydelser i relation til udvalgte sygdomsområder i praksis.

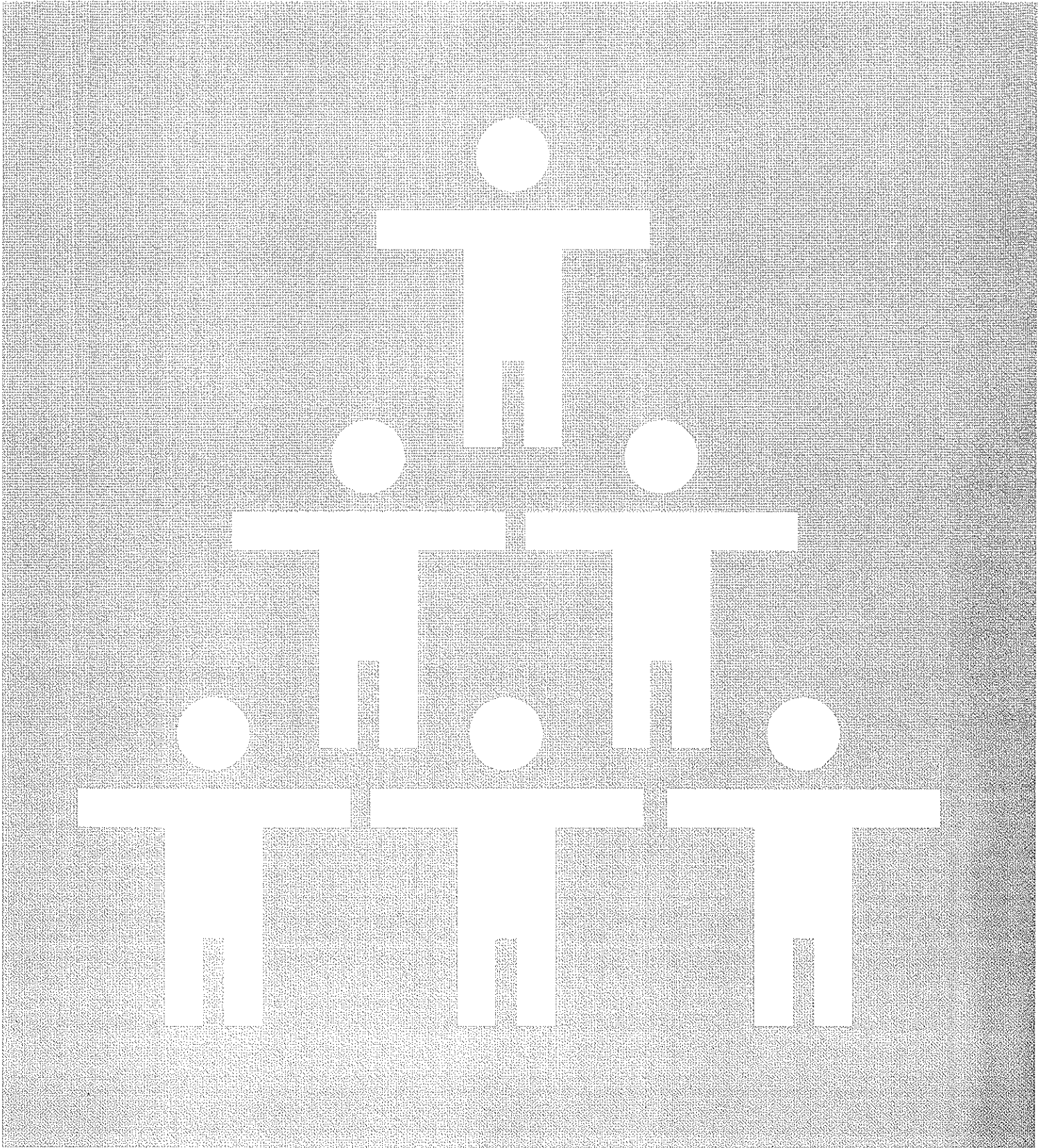
Bestemmelser, der understøtter en stærk integrering af almen praksis i det samlede sundhedsvæsen gennem en fælles forpligtelse til et tæt og aktivt fagligt samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen – herunder sundhedsmyndigheder.

En fælles forpligtende strategi for IT-anvendelsen i almen praksis, der dels betoner regionernes ansvar for tilvejebringelse af velfungerende og let anvendelige datafangstmoduler og feedbacksystemer, og dels forpligter almen praksis til en systematisk og omfattende dataregistrering via ICPC-kodning.

En forpligtelse af de praktiserende læger til at arbejde med databaseret kvalitetsudvikling af den faglige praksis gennem bearbejdelse af feedback på egne dataregistreringer, som f.eks. analyse af egne patienters henvendelses- og behandlingsmønstre, monitorering af patientdata (herunder tolkning af kronikerdata), planlægning af forebyggelsessamtaler og forløb.

En øget gennemsigtighed og åbenhed om, hvilke ydelser der leveres i almen praksis, og hvordan de leveres, med henblik på dels en facilitering af lægens arbejde med databaseret kvalitetsudvikling og en identificering af "best practice", dels med henblik på monitorering og evaluering af kvalitetsniveauet i almen praksis.

Sanktionsmuligheder over for praktiserende læger, der ikke i tilstrækkelig grad lever op til aftalens krav om f.eks. faglighed, kvalitet, fagligt samarbejde og dataregistrering.



# Ambitiøs model for kvalitet i almen praksis

En model for kvalitet, kvalitetsmål og kvalitetsudvikling skal være med til at reformere almen praksis. Almen praksis spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen, og som gatekeeper og tovholder i fremtidens sundhedsvæsen vil regionerne gøre denne rolle endnu mere central. Det kræver enighed om, hvad der er god kvalitet, klare mål samt succeskriterier og dokumentation for den behandling, som almen praksis leverer.

De findes for diabetes og snart for KOL, kvalitetsmål for god behandling. Med klare kvalitetsmål for behandlingen bliver det synligt for lægen, patienten og sundhedsmyndighederne, hvilken kvalitet almen praksis leverer.

Konkret viden om, at der ydes god kvalitet er langt bedre og brugbart for alle parter end blot en tro på, at man gør det rigtige.

I diabetesbehandlingen er det et fagligt kvalitetsmål, at patientens langtidsblodsukker holdes under 8 pct. Sker det mindskes risikoen for, at sygdommen udvikler sig. Et andet kvalitetsmål for diabetespatienter der behandles i almen praksis er derfor, at almen praksis spiller en aktiv rolle over for patienten med hensyn til at få gennemført regelmæssige kontrolmålinger. Et kvalitetsmål for patienter med KOL (rygerlunger), der kun har mellem 50 og 80 pct. af deres lungefunktion tilbage, er at få tilbudt årskontrol og mellemliggende konsultationer i almen praksis.

Det er konkrete kvalitetsmål som disse, der skal være langt flere af i fremtiden. Regionerne vil derfor tage initiativ til en model for kvalitet, kvalitetsmål og kvalitetsudvikling, der skal sikre udviklingen af kvalitetsmål på en række sygdomsområder, som behandles i almen praksis.

I ind- og udland findes allerede evidensbaseret og bearbejdet klinisk materiale og forløbsvejledninger, som kan indgå i udarbejdelsen af flere kvalitetsmål til brug i almen praksis. Internationale erfaringer og resultater bør aktivt inddrages, og afprøvede kvalitetsmål med gode resultater bringes i direkte anvendelighed, hvor det er muligt.

Det er derfor ikke længere et spørgsmål, om der skal indføres kvalitetsmål i almen praksis eller hvornår det skal ske, kun et spørgsmål om hvordan.

## God vind i sejlene

Kvalitetsudvikling i almen praksis har god vind i sejlene i disse år. Allerede i dag har almen praksis mulighed for at behandle en diabetespatient efter evidensbaserede kvalitetsmål og snart vil patienter med KOL kunne behandles efter lignende mål. I begge tilfælde stemmer kvalitetsmålene overens med internationale standarder og udviklet til danske forhold med hjælp fra almen praksis.

Regionerne ønsker, at denne udvikling fortsætter og sættes op i tempo.

Regionerne vil derfor tage initiativ til en ambitiøs model for kvalitet i almen praksis. Modellen vil strukturmæssigt tage bestik af den danske kvalitetsmodel og i væsentlige dele bygge videre på det frugtbare fundament, der er skabt gennem gode overenskomstaftaler mellem almen praksis og de offentlige sundhedsmyndigheder de seneste 10 år. Den almenmedicinske kvalitetsenhed, DAK-E, kan efter regionernes opfattelse spille en væsentlig rolle i opbygningen af modellen.

### **Kvalitetsudvikling skal bredes ud fra få ildsjæle til alle læger**

Både regionalt og nationalt er talrige initiativer i gang for at sikre og udvikle kvaliteten af den behandling almen praksis tilbyder borgerne. Denne udvikling holdes dagligt i gang af en generation af ildsjæle blandt de praktiserende læger, som på bedste vis udbreder gode erfaringer med diagnosekodning og datafangstmodulet m.v. til deres kollegaer.

Denne udvikling skal nu bringes op på et nyt niveau, som sikrer, at arbejdet med kvalitet og kvalitetsmål bredes ud til alle praktiserende læger. Målet er at gøre arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling til en integreret del af almen praksis og koblet til de daglige ydelser.

På skuldrene af de igangværende aktiviteter og med den kommende nationale kvalitetsmodel for hele det danske sundhedsvæsen in mente, skal arbejdet med kvalitetsmål og evidensbaserede behandlingsvejledninger gøres til en naturlig del af arbejdet i almen praksis.

### **Hvorfor kvalitetsmål?**

Der er flere gode grunde til at bringe kvalitetsudviklingen i almen praksis op på et nyt niveau. Flere patienter skal have gavn og glæde af de hidtidige gode resultater. Flere i almen praksis skal inddrages i den fortsatte udvikling. Et generelt ønske om en effektiv styring af sundhedsvæsenet, hvor man får mest mulig sundhed for pengene, er en anden grund til at opstille kvalitetsmål. Det skal sikres, at de ydelser som almen praksis tilbyder også er af bedst mulige kvalitet.

Et stigende antal borgere med kroniske lidelser, der har behov for sundhedsydelser i nærmiljøet, vil forventeligt ændre mønstret for henvendelser til almen praksis. De enkeltstående kontakter vedrørende kortvarige sygdomme og behandlinger vil blive færre i forhold til et stigende antal gentagende opfølgninger på kroniske lidelser. Når almen praksis således bliver tovholder for flere patienter med samme diagnose, er det påkrævet, at disse patientgrupper modtager den samme kvalitet i behandling uanset hvilken læge de benytter.

For lægen og det øvrige sundhedsvæsen er det desuden vigtigt at vide, om den kroniske patient rent faktisk skal gå til behandling i almen praksis eller på et sygehusambulatorium. Den viden bliver tilgængelig, når almen praksis dokumenterer sin behandling.

Flere patienter med samme sygdom og evt. følgesygdomme gør det også påkrævet at opnå faglig enighed om god kvalitet, fælles retningslinier og indikatorer for god behandling og gode forløb.

### **Vi skal holde trit med udlandet**

Kigger vi til udlandet, har kollegaerne til almen praksis i både England og Holland allerede mange erfaringer med kvalitetsmål. I England er 20 pct. af lægens indtjening knyttet til brugen af bestemte behandlingsprogrammer. Almen praksis i England har haft deres begyndervanskeligheder med koblingen mellem kvalitet og indtjening, men aktuelle meldinger fra England viser, at flere og flere behandlinger følger de kliniske vejledninger, som igen forbedrer behandlingskvaliteten.

I Holland har de praktiserende læger udarbejdet mere end 80 kliniske guidelines og behandlingsprotokoller, som har stor opbakning og anses som et suverænt værktøj af almen praksis i Holland.

### **Grundstenene er lagt**

Med den almenmedicinske kvalitetsenhed, DAK-E, og den danske kvalitetsmodel, er der skabt henholdsvis et godt fundament og et vigtigt, fremtidigt pejlingspunkt for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Almen praksis skal som de øvrige behandlergrup-

per i praksissektoren akkrediteres af den danske kvalitetsmodel, når denne er i drift og påbegynder akkrediteringsarbejdet i praksissektoren. Et ting er dog periodevis akkreditering, noget andet er det daglige og løbende arbejde med kvalitetsmål og kvalitetsudvikling. Modellen for kvalitet i almen praksis skal være en kontinuerlig og dynamisk model, der netop understøtter det daglige arbejde med kvaliteten i praksis. Der skal opstilles klare kvalitetsmål, standarder og indikatorer for best practice på en række sygdoms-, forløbs- og organisationsområder og praksis skal have løbende tilbagemeldinger og online adgang til egne kvalitetsdata. DAK-E har i dag udviklet kvalitetsindikatorer for diabetes og KOL, men der skal også udvikles kvalitetsmål for patientforløb mellem lægepraksis og speciallæge/syghus og kvalitetsmål for lægepraksis som 'virksomhed'. Ved også at ville opstille kvalitetsmål for lægepraksis som virksomhed, skal kvalitetsstrategien hjælpe med til at understøtte regionernes ønsker om at udvikle almen praksis hen mod større lægeklinikker.

Med den nye honorarydelse 'forløbsydelse for diabetes' skabes en vigtig IT-infrastruktur, der vil være det skelet, som fremtidens kvalitetsmål i almen praksis skal hænges op på. For at gøre forløbsydelsen tilgængelig for alle læger, er det såkaldte datafangstmodul, der kan opsamle data i lægens elektroniske patientjournal, nu installeret i alle de IT-systemer, som anvendes i almen praksis. Hermed er den tekniske vej åben for at opsamle data til at belyse, i hvilken grad kvalitetsmålene opnås og som arbejdsredskab for den enkelte læge.

### **Kvalitetsmål er andet end måling**

Med indførelse af kvalitetsmål tager almen praksis hul på en ny dokumentation for den behandling, som ydes. Nogen vil opfatte det som at blive "kigget i kortene", mens andre vil se det som en mulighed for at udvikle og forbedre behandlingen. Regionerne håber, at der på sigt bliver flest af de sidstnævnte, og vil støtte op om at forbedre resultaterne og udbrede 'best practice'.

To andre forhold, som regionernes model for kvalitet i almen praksis vil opstille som vigtige elementer for at komme i gang og opnå en konkret og positiv effekt i patientbehandlingen, er: diagnosekodning og feedback. Almen praksis skal i langt højere grad end i dag diagnosekode sine patientkontakter og almen

praksis skal sikres en god og effektiv læring af de 'kvalitetsdata', som produceres i arbejdet med kvalitetsmål. Hermed sikres en databaseret kvalitetsudvikling, hvor lægen ved regelmæssige tilbagemeldinger ser behandlingsniveauet, udsving og forbedringer. På den måde skabes reel kvalitetsudvikling og forbedret behandlingskvalitet for patienterne i almen praksis

Regionerne har som første mål, at almen praksis diagnosekoder og dataregistrerer de udvalgte sygdomsområder, som vil indgå i en model for kvalitet i almen praksis. Det næste mål for regionerne er, at almen praksis diagnosekoder og dataregistrerer alle relevante kontakter.

For at nå disse mål – og en ensartet kodning lægerne imellem – kan det være nødvendigt f.eks. at afholde kurser, efteruddannelsesaktiviteter og oprette 'kodenetværk'. Regionerne vil støtte op om sådanne aktiviteter og samtidig gå aktivt ind i videreudviklingen af løbende feedback på egne kvalitetsdata til lægerne.

### **Sådan kommer vi i mål**

For at modellen for kvalitet i almen praksis skal lykkes, skal der laves en rummelig aftale mellem almen praksis og regionerne, hvor det er muligt løbende at introducere nye mål og succeskriterier, og hvor rammerne for at yde høj kvalitet i behandlingen styrkes. Introduktionen af flere kvalitetsmål i almen praksis hænger således også sammen med muligheden for at etablere og arbejde i store lægeklinikker. Det er regionernes forhåbning, at de kommende kvalitetsmål også stimulerer den faglige stolthed i almen praksis for at vise den faktiske kvalitet, som leveres.

I sundhedsvæsenet generelt er der stor fokus på produktivitet. Det skal der fortsat også være i almen praksis, men ved at integrere kvalitet, kvalitetsudvikling og produktivitet i almen praksis skaber vi efter regionernes opfattelse et effektivt og fremtids-sikkert omdrejningspunkt til gavn for hele sundhedsvæsenet og patienterne.

Resumé af delrapporten

# Hallo, er der nogen?

- Servicekrav og servicetjek skal sikre patienternes adgang til almen praksis

### **Kendt af de fleste...**

*20. april 2007, klokken 8:35 et tilfældigt sted i Danmark:*

Borger X er syg og vil kontakte egen læge. Lægehusets telefonnummer tages ind på telefonen. Optaget. 5 minutter senere ringer X op igen. Fortsat optaget. Klokken 9:30 ringes der endnu en gang. Telefonen ringer og en telefonsvarer fortæller, at lægens træffetid er slut, og at der er tidsbestilling mellem kl. 10 og 13. Kl. 10:15 ringer borger X op igen. Fortsat optaget. Igen kl. 11:00 er telefonen optaget. Kl. 13:20 prøver borger X endnu en gang og får igen telefonsvareren, der nu fortæller, at lægen har telefonisk træffetid mellem kl. 8:00 og 9:00 og tidsbestilling mellem 10:00 og 13:00.

*20. april 2007, klokken 8:35 et andet sted i Danmark:*

Borger Y er syg og vil kontakte egen læge. Lægehusets telefonnummer tages ind på telefonen. Efter få ringe lyder det i røret: Velkommen til lægehuset. Alle læger er optaget. Tast 1 for at tale med sekretæren, tast 2 for at komme i kø til første ledige læge, tast 3 for receptfornyelse, tast 4 for annullering af aftalt tid. Borger Y taster 2 og kommer i kø til første ledige læge med besked om, at Y er nummer 4 i køen.

### **Hvordan kan alle få god service?**

Almen praksis er i kontakt med mange patienter, hvorfor det er naturligt at tale om service og servicemål. Det bør være en selvfølgelig del af at drive en virksomhed der behandler patienter at yde en god service.

### **Telefonisk tilgængelighed**

Scenerne ovenfor er velkendte for de fleste, enten fordi man selv har oplevet det eller fordi nogen i den nærmeste omgangs-

kreds har fortalt om det – med beklagelse eller tilfredshed i stemmen. Scenerne viser lidt om variationen i den telefoniske service almen praksis tilbyder anno 2007. For de personer, der gentagne gange oplever ikke at kunne komme igennem til deres egen læge, eller blot lægepraksis, er disse oplevelser kilden til store frustrationer og utilfredshed med egen læge. Den mere 'avancerede' telefonservice i anden scene bringer ikke nødvendigvis borger Y i hurtigere kontakt med lægen, men de opstillede valgmuligheder i telefonen tilvejebringer fornemmelsen af at kunne komme igennem til egen læge.

I den gældende overenskomst mellem almen praksis og regionerne er det aftalt, at der skal udarbejdes relevante servicemål for almen praksis.

Telefonisk tilgængelighed er et af områderne, som skal kigges grundigt efter i sømmene, og hvor regionerne vil gå nye veje for at hæve serviceniveauet.

Overenskomsten er klar mht. telefonisk tilgængelighed, "Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden (8:00 til 16:00)". Kan man ikke efter gentagne forsøg komme igennem til lægen på telefonen, er dette mål ikke nået.

Mindre telefonsystemer, hvor det er muligt at sætte opkald i kø, kan afhjælpe frustrationen over ikke at komme i kontakt med egen læge. Elektronisk kommunikation kan afhjælpe samme frustration. Noget af løsningen på problemet med tilgængeligheden finder vi ude i fremtiden med etableringen af store lægeklinikker, der har økonomi til investering i avanceret telefoni og mere hjælpepersonale ansat. Men også på den korte bane ønsker regionerne at finde løsninger, der forbedrer bl.a. den telefoniske tilgængelighed. Regionerne vil derfor på dette område stille et servicekrav til almen praksis, så alle telefoniske kontakter til almen praksis som minimum besvares af et telefonsystem, der kan oplyse ventetid eller anden relevant information – mens man venter i røret. Pr. 01-01-2009 skal almen praksis tilbyde alle patienter e-ydelser. I det perspektiv må problemer med telefonisk tilgængelighed i almen praksis anses som et uheldigt efterslæb, der nødvendigvis skal løses og gøres tidssvarende.

Regionerne vil derudover gennemføre servicetjek på den telefoniske og elektroniske tilgængelighed i almen praksis. Disse

servicetjek skal gennemføres med mellemrum og vil give indikationer på, hvordan tilgængelighed til almen praksis ser ud. På baggrund af disse servicetjek og det billede af tilgængeligheden som tegner sig, vil regionerne opstille nye servicemål for den telefoniske tilgængelighed og de forventede forbedringsløft fra gang til gang.

Servicemål skal ses i sammenhæng med kvalitetsmål. Udviklingen af kvaliteten af behandlingen må ikke ske på bekostning af et fald i serviceniveauet. Derfor er det vigtigt, at arbejdsfordelingen i almen praksis er rigtig; at lægen har fokus på de lægefaglige opgaver og overlader det til andre at hjælpe med til at servicere og hjælpe patienterne.

### Hvorfor servicemål?

Kerneydelsen for almen praksis er fortsat den sundhedsfaglige ydelse, men som en del af et samlet sundhedsvæsen, der udvikler sig i overensstemmelse med det øvrige samfund, må også almen praksis indstille sig på stigende krav til og indsigt i kvaliteten og servicen af de ydelser der tilbydes. Patienten er ikke længere 'bare' en borger med behov for en sundhedsfaglig behandling. Patienten handler samtidig som forbruger, der stiller krav og har forventninger til både den sundhedsfaglige ydelse og til de rammer og den måde disse ydelser tilbydes på. Med andre ord forventes det i udgangspunktet, at lægepraksis yder en 'god og tidssvarende service' i forbindelse med enhver kontakt til praksis. Kerneydelsen for almen praksis kan derfor ikke længere begrænses til selve det sundhedsfaglige møde med lægen. Også perifere kontakter og ydelser, som praksis tilbyder i form af kommunikationsformer, adgangsforhold og modtagelse i venteværelset er centrale ydelser i et moderne sundhedsvæsen.

### Servicemål kræver servicemålinger

I regionernes foreløbige arbejde med servicemål i almen praksis er der fokus på den service lægepraksis tilbyder inden patienten træder ind i konsultationslokalet.

Der er fokus på tre serviceområder:

1. Kontakt og tidsbestilling (konsultation, sygebesøg og telefonisk og elektronisk adgang).
2. Fysisk tilgængelighed (bl.a. handicaptilgængelighed).
3. Rammer og modtagelse (praksis' indretning, information til patienterne og modtagelsen af patienten).

Regionernes servicemål for fysisk tilgængelighed vil tage sigte på, at alle patienter har gode muligheder for at komme til praksis – både med offentlig transport og i egen bil. Bevægelseshæmmede skal kunne parkere tæt på klinikken, ligesom bevægelseshæmmede både skal kunne komme ind i klinikken og være i stand til at benytte klinikkens faciliteter (toiletter, undersøgelseslejer osv.) Hvad angår servicemål for rammer og modtagelse i almen praksis, skal alle patienter opleve lægepraksis som et professionelt miljø, herunder et imødekommende personale, og at sundhedsfaglig og anden relevant information skal være til rådighed.

Når der er sagt servicemål, må der også siges måling af serviceniveauet. Det kan ske ved dataindhentning, som f. eks. beskrevet ovenfor, og ved at spørge patienterne. Det er to forskellige måder at indhente viden om serviceniveauet på og regionerne vil gøre brug af begge. Ved siden af servicetjek på tilgængeligheden, skal der gennemføres landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser i almen praksis på samme vis som det sker i sygehussektoren. Dermed bliver det muligt at sætte fokus på patienternes oplevelse af det generelle serviceniveau i almen praksis og sætte fokus på forløb på tværs af sektorerne. I første omgang vil disse servicetjek og tilfredshedsundersøgelser blive gennemført og offentliggjort på et repræsentativt udsnit af lægepraksis.

Ved siden af disse aktiviteter ønsker regionerne, at det bliver en obligatorisk aktivitet blandt alle læger i almen praksis at gennemføre en såkaldt DAN-PEP undersøgelse. Data og tilbagemeldinger fra dette systematiske arbejde med patientperspektivet skal bruges i den enkelte lægepraksis' fortløbende arbejde med både service og kvalitet, og regionerne vil hjælpe med feedbacken til lægerne og med råd om, hvordan der skabes forandring.



## **Servicemål skal være med til at udvikle almen praksis**

Servicemål i almen praksis skal ikke afskrække, men tværtimod fremme lysten til at arbejde i almen praksis. Servicemål skal fremme udviklingen af almen praksis, ikke det modsatte.

Manglen på læger og et stigende antal patienter kan ikke bruges som undskyld for ikke at gøre noget ved tilgængeligheden til almen praksis. Tværtimod. Netop et stigende antal kontakter kræver, at almen praksis gør sig tidssvarende og kommer på niveau med det øvrige samfund, når det handler om tilgængelighed.

### **Eksempel på servicemål**

**90 % af alle telefoniske kontakter** til almen praksis – både i dagtiden og i lægevagten – skal besvares af en læge eller praksispersonale inden for 4 minutter.

**90 % af alle patienter med planlagte konsultation** i dagtiden skal betjenes inden for 20 minutter efter planlagt konsultationstidspunkt.

**Andelen af handicapvenlige lægepraksis på landsplan** stiger med mindst 1 % pr. år.

**Mere end 90% af alle patienter oplever almen praksis** som moderne og professionel i såvel modtagelsen som håndteringen af patienternes henvendelser.

# Ledelsesinformationssystemer i almen praksis

Der er i dag en meget begrænset systematisk viden om, hvad der sker i almen praksis. Der er stor fokus på, hvor mange penge der bruges på området, men ingen viden om, hvordan patienterne bliver behandlet, og hvad de bliver behandlet for. Informationerne er der ikke.

Samtidig står sundhedsvæsenet over for mange udfordringer. Der kommer stadigt flere ældre og flere patienter med kroniske sygdomme, alt imens der vil være færre læger til at behandle dem. Fremtiden bringer også tiltagende fokus på behandlingskvaliteten og på sammenhængen i sundhedsvæsenet, alt imens der fortsat vil være en stram økonomisk styring af sundhedsvæsenet.

Kombinationen af den manglende viden om almen praksis og de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for, viser, at der er et stort behov for at forbedre overblikket i sundhedsvæsenet og især øge gennemsigtigheden i almen praksis.

## Vision

Gennemsigtigheden bør øges ved at udbygge de nuværende ledelsesinformationssystemer i regionerne.

De nuværende ledelsesinformationssystemer indeholder som det primære oplysninger fra afregningssystemerne i sygesikringerne. Det vil sige, at den overordnede fokus i ledelsesinformationssystemerne i dag er på pengestrømme mellem lægerne og sygesikringen. Den overordnede vision er, at regionernes ledelsesinformationssystem skal favne hele sundhedsvæsenet,

og systemerne skal gøre det muligt for regionerne at følge op på de sundhedsmæssige målsætninger.

Det er derfor ønsket, at de nuværende systemer skal udvikles fra deres nuværende funktion som økonomiske kontrolsystemer til at kunne understøtte planlægningen og udviklingen af almen praksis, til at kunne understøtte dialogen med den praktiserende læge, og til at understøtte den tværgående koordinering i sundhedsvæsenet.

## Indsats

De nuværende ledelsesinformationssystemer skal udvikles på to fronter for at kunne leve op til ovenstående krav. Dels skal der skabes et bredere datagrundlag, dvs. ske en udvidelse af data-varehuset. Dels skal der laves et udviklingsarbejde med at gøre data brugbare, dvs. der skal ske en udvikling af selve ledelsesinformationssystemet og ledelsesrapporterne.

Der vil være forskellige behov i regionerne mht. at benytte data i ledelsesrapporterne. Derfor fokuseres der her alene på, hvordan datagrundlaget kan blive bredere ved at medtage flest mulige informationer, som samtidig kan beskrive arbejdet i almen praksis bedst muligt.

Der eksisterer i dag en række informationer, som er tilgængelige og "bare" mangler at blive koblet til datavarehuset. Derudover findes der andre informationer, som endnu ikke er så systematiske, at de umiddelbart vil kunne indgå i datavarehuset, eller hvor der kræves et udviklingsarbejde, før de vil kunne indgå.

I førstnævnte kategori af allerede tilgængelige informationer findes:

**Sygehusdata.** En kobling mellem sygesikringsregistret og sygehusdata vil først og fremmest give ledelsen et indblik i patientens vej gennem sundhedssystemet. Det vil kunne bruges til planlægning – kronikerindsats, forebyggelse, snitflader mellem almen praksis og sygehusvæsenet – og til dialogen og kontrollen med almen praksis.

**Henvisningsmønstre.** Informationer om henvisningsmønstre vil kunne bruges i dialogen og kontrollen med almen praksis, men også i dialogen med kommunerne.

**Andre oplysninger.** Oplysninger om befolkningssammensætning og budgetoplysninger.

Ovenstående informationer bør hurtigst muligt integreres i regionernes ledelsesinformationssystemer. Det vil være en kompleks opgave, idet der er tale om store datamængder fra sygesikringssystemet og sundhedsdatabanken, som skal kobles sammen.

I sidstnævnte kategori af endnu ikke tilgængelige informationer findes:

**ICPC kodning.** Indførelse af ICPC kodning (diagnosekodning) i praksissektoren vil give et systematisk overblik, som vil kunne bruges til at afdække folkesundheden, spotte tendenser i sygdomsmønstrene, forbedre forebyggelses- og behandlingsindsatsen og øge kvaliteten i praksis mv. Det vil samtidig være et godt kvalitetssikringsinstrument for den praktiserende læge selv.

**Kvalitets- og servicemål.** Kvalitets- og servicemålinger vil give et billede af, hvordan lægen behandler patienterne. Det vil løfte kvaliteten i almen praksis og vil være et godt dialogværktøj mellem region og den alment praktiserende læge.

**Kodning af ydelser med praksispersonale.** Ved en kodning af hvem i almen praksis, der behandler patienterne, vil det være muligt at vurdere muligheder for opgaveglidninger i lyset af en kommende lægemangel, og det vil kunne bruges som sam-

menligningsinstrument lægerne imellem i vurderingen af, om den enkelte læge bruger sine ressourcer godt nok.

Der skal således arbejdes for at indføre ICPC-kodning i almen praksis med henblik på at medtage det i ledelsesinformationssystemerne. Der er i øjeblikket ca. 20 pct. af de praktiserende læger, som bruger ICPC kodning, idet data dog ikke indberettes til en central database. Der vil være tale om store datamængder, og der vil ligge et større arbejde i at vurdere, hvilke informationer der skal medtages i et ledelsesinformationssystem.

Der skal ligeledes arbejdes for at indføre kvalitets- og servicemålinger i almen praksis. Det kan være tilfredshedsundersøgelser, forløbsydelse for diabetikere, oplysninger fra den danske kvalitetsmodel, veldefinerede service- og kvalitetsmål mv. Der henvises til de to andre delrapporter om hhv. service- og kvalitetsmål i almen praksis, som behandler mulige indikatorer. Så snart disse indikatorer er indført, bør de medtages i et ledelsesinformationssystem.

Endelig bør der arbejdes for at indføre en kodning af ydelser med ydere med henblik på at medtage oplysningerne i et ledelsesinformationssystem.

På kort sigt bør der fokuseres på at få ét fælles overordnet ledelsesinformationssystem i sundhedsvæsenet. Det er en omfangsrig proces i sig selv, både hvad angår kompleksitet, teknik, tidsforbrug og økonomi. På længere sigt skal et ledelsesinformationssystem indeholde oplysninger fra ICPC-kodningen og data fra fælles kvalitets- og servicemål.

Når alle ovenstående data er indeholdt i et ledelsesinformationssystem for regionerne, vil systemet for alvor kunne bruges aktivt i understøttelsen af løsningen af de regionale sundhedsmæssige målsætninger.

# Incitamenter og fremtidige aftaler

Formålet med projektet er at afdække incitamentsstrukturen i forskellige modeller for honorering af praktiserende læger. I projektet sammenholdes de teoretiske overvejelser vedrørende forskellige modeller for honorering af praktiserende læger med empiriske erfaringer fra Danmark som udlandet. Desuden inddrages det gældende danske overenskomst- og aftalesystem for at perspektivere eventuelle fremtidige overvejelser om ændringer heri.

## Anbefalinger

**Det anbefales**, at der ikke ensidigt arbejdes med økonomiske incitamenter.

Økonomiske incitamenter afhænger af den kontekst, de virker i, og andre forhold som f.eks. kultur og normer, hensynet til fagligt omdømme. Samfundsmæssige forhold mv. påvirker også den enkelte læges adfærd. Derfor er økonomiske incitamenter alene utilstrækkelige som redskab til at fremme sundhedspolitiske målsætninger og bør suppleres af andre styringsredskaber.

**Det anbefales** at være varsom med meget radikale ændringer af grundstrukturen i honorarsystemet. Der bør i højere grad ses på muligheden for at *justere* de enkelte grundelementer i det eksisterende honorarsystem (basis- og ydelseshonorardelen) og *supplere* med nye honoreringsformer, f.eks. i form af præstations-/kvalitetshonorering.

Både de empiriske studier og de økonomiske teorier peger på, at meget radikale ændringer af systemet kan indebære en risiko for, at balancen i incitamentsstrukturen tipper i en u hensigtsmæssig retning.

## I. Brug af økonomiske incitament

Incitament antages at tilskynde/anspore til bestemte og ønskede handlinger. Incitament kan være af såvel økonomisk som f.eks. psykologisk og/eller faglig art.

Således vil personlig økonomisk gevinst i form af f.eks. honorering virke for, at lægen udfører de opgaver, som honoreres. Desuden vil andre positive incitament som f.eks. et godt omdømme blandt kollegaer, jobtilfredshed og mulighed for advancement også virke stimulerende for den/de handlinger, som lægen foretager. Incitament kan ligeledes have negativ karakter og f.eks. kontrol, honorarnedsættelse, afskedigelse, retsforfølgelse mv. vil virke hæmmende for en given adfærd eller handling.

Økonomiske incitament antages at være meget effektive adfærdsregulerende midler, og derfor er det interessant at se nærmere på, hvilke incitament der er indeholdt i de forskellige modeller for honorering af praktiserende læger og dermed hvilken adfærd, der fremmes af forskellige honoreringsmodeller. Konkret ses nærmere på incitamentstrukturen i fire hovedmodeller:

1. Fast honorar pr. tilmeldt patient
2. Fast løn
3. Ydeshonorering
4. Præstationshonorering

Vurderingen af incitamenterne i de forskellige honoreringsmodeller tager udgangspunkt i økonomisk teori og antagelsen om, at det enkelte individ – og således også den enkelte læge – ønsker at maksimere sin nettoindtjening pr. tidsenhed forbrugt på arbejdet. Det fører til lidt ensidige konklusioner – i den forstand at de er baseret på økonomisk teori – om, hvordan de enkelte betalingsmodeller virker.

### 1.1. Fast honorar pr. tilmeldt patient

Ved per capitahonorering betales et fast honorar for hver patient, som hører til den enkelte læge eller lægepraksis<sup>1</sup>. Honoraret kan være ens for alle typer patienter eller differentieret, f.eks. i forhold til patientens køn, alder, sociale forhold mv.

Styrken ved modellen er den indbyggede mulighed for tilskyndelse til øget forebyggelsesindsats i forhold til patienterne, idet dette på længere sigt vil mindske behovet for lægelige ydelser og dermed lægens arbejdsindsats. Endvidere giver denne model mulighed for at differentiere honoraret i forhold til forskellige patientkarakteristika, og dermed kan modellen gennem et højere honorar understøtte, at lægen retter sin indsats mod f.eks. svagere og mere tidskrævende patienter.

Desuden er det en styrke ved modellen, at den giver en høj grad af budgetsikkerhed for så vidt angår udgifterne til almen lægehjælp.

Svaghederne er, at modellen tilskynder lægen til ringe aktivitet, service og kvalitet. Dette skyldes antagelsen om, at lægen agerer økonomisk rationelt og derfor minimerer omkostninger/egen indsats med henblik på at maksimere egen nytte/indtjeningen. Det kan f.eks. ske ved, at lægen underbehandler patienterne, bruger for lidt udstyr eller unødigt viderehenviser patienterne til andre dele af sundhedsvæsenet. På den anden side kan modellen dog også indeholde incitament til at yde god service mv., hvis der er tale om en situation, hvor der er få patienter pr. læge og hvor lægerne derfor må konkurrere om at få patienterne til at vælge deres praksis.

Andre svagheder er, at det ikke umiddelbart kan måles, om et differentieret honorar også indebærer, at lægen rent faktisk bruger mere tid på de mere tidskrævende patienter. Endvidere vil en høj grad af viderehenvielse øge udgifterne til den sekundære sundhedssektor.

### 1.2. Fast løn

Styrken ved en model, hvor lægen modtager fast løn er, at lægen kan give sig god tid til hver enkelt patient og i øvrigt i højere omfang motiveres til at opsøge og passe patienterne forbyggende. Desuden giver modellen en høj grad af budgetsikkerhed for så vidt angår udgifterne til almen praksis.

Svagheden ved modellen er de samme som ved per capitahonoreringsmodellen, og måske endda mere tydelige. Dette

hænger sammen med, at der er det samme eller et øget incitament for den enkelte læge til at minimere egen arbejds- og behandlingsindsats ved f.eks. at underbehandle eller viderehenvise patienterne.

### 1.3. Ydelseshonorering

Aflønning pr. udført ydelse – stykprisaf­lønning – giver alt andet lige lægen et incitament til et højt aktivitetsniveau, hvor der behandles mange patienter, og/eller der udføres mange ydelser pr. patient.

Styrken ved denne model er blandt andet, at den giver den praktiserende læge incitament til at behandle patienterne selv frem for at viderehenvise dem. Således understøtter modellen, at patienterne behandles på det laveste effektive specialiseringsniveau. Endvidere er det en styrke ved modellen, at den giver incitament til et højt aktivitetsniveau, effektiv arbejdstilrettelæggelse og let adgang for patienten til at komme i kontakt med lægen.

Svagheden ved stykprishonoringsmodellen er blandt andet, at den rummer mulighed for såkaldt udbyderinduceret efterspørgsel og dermed giver lægen incitament til at tilbyde så mange ydelser pr. patient som muligt, med deraf følgende risiko for overbehandling/overflødig behandling.

Herudover er det en svaghed ved modellen, at den ikke rummer incitament for lægen til at bruge tid på aktiviteter, som ikke er direkte honorerede. Enten fordi de f.eks. er svære at tidsfastsætte eller fordi der er tale om aktiviteter, som ikke er knyttet direkte til en konkret patient eller en konkret behandlingsaktivitet. Dermed understøtter modellen ikke sammenhængende patientforløb, hvor der er behov for at lægen bruger tid på f.eks. tværgående samarbejde om den enkelte patient, aktiviteter uden for klinikken mv.

Endvidere giver modellen som følge af den direkte kobling mellem efterspørgsel og udgifter en meget lav grad af budgetsikkerhed for udgifterne til almen praksis.

### 1.4. Præstationshonorering

Denne model knytter betingelser til honoreringen frem for blot at styre på selve levering/produktionen af ydelser, idet honoreringen er knyttet til opnåelsen af konkrete mål.

Styrkerne ved modellen er, at de præstationsparametre, som lønnen knytter sig til, er målbare og i langt højere grad end de tre øvrige modeller, kan kobles til kvalitetsparametre. Desuden vil det være muligt at knytte eventuel belønning og/eller sanktioner på graden af målopfyldelse, f.eks. mht. kvaliteten i behandlingen.

Svagheden er, at modellen indeholder incitament til strategisk adfærd i form af, at lægen koncentrerer sin indsats om de ydelser, som præstationsaf­lønningen er koblet på, og at lægen har mest fokus på de aktiviteter, som det er lettest at måle kvaliteten ud fra, men som ikke nødvendigvis er de mest værdifulde set fra et sundhedsfagligt perspektiv. Des flere aktiviteter, der indgår i præstationsaf­lønningen, jo mindre er sandsynligheden for, at lægen udelukkende fokuserer på udvalgte kvalitetsparametre. Men dette er samtidigt med til at mindske gennemskueligheden og dermed muligheden for at vurdere incitamentsvirkningen af de enkelte elementer i modellen.

En gennemgang af de hidtidige erfaringer med præstationshonorering fra USA og England understøtter teorien om, at præstationshonorering fører til strategisk adfærd blandt lægerne i retning af, at indsatsen koncentrerer sig om de områder, som indgår i aflønningen. Derved er der risiko for, at lægen nedprioriterer indsatsområder, som ikke indgår i honoreringsmodellen.

Der var i England et ønske om at tilføre en væsentlig merøkonomi til almen praksis sammen med implementeringen af kvalitetshonoreringen og det var således forudsat, at 20 pct. af lægernes honorarer skulle stamme fra kvalitetshonoreringen. Graden af målopfyldelse viste sig imidlertid – blandt andet som følge af såkaldt "gaming" fra lægernes side i, hvilke patienter det "kunne betale sig" at inkludere i kvalitetsmålingen – at blive langt højere end oprindeligt forudsat. Derfor har udgifterne til kvalitetshonoreringsdelen ligeledes været langt højere end de oprindeligt forudsatte 20 pct. af den samlede honorarmasse. Erfaringerne fra England viser derfor, at indførelse af kvalitetshonorering ligeledes bør følges af tiltag med henblik på at styre

udgifterne, blandt andet for at imødegå følgerne af eventuel strategisk adfærd.

### 1.5. Konklusioner om de forskellige honoreringsmodeller

Konklusionen er, at det er nødvendigt at "blande" de forskellige honoreringsmodeller, for på den ene side at opnå fordelene fra hver enkelt model og på den anden side undgå, at de utilsigtede effekter af de enkelte modeller "slår igennem i fuld skala".

Det kan således konstateres, at teorien klart peger i retning af, at betalingen for de praktiserende lægers ydelser bør bestå af såvel et fast element (per capitaelement), som et aktivitetsbaseret element. Det skal på den ene side sikre et element af budgetsikkerhed/udgiftsdæmpning via den del af honoreringen, der tildeles pr. tilmeldt patient. På den anden side skal det understøtte, at lægen selv varetager udredning og behandling frem for unødigt at viderehenvise patienterne til andre dele af sundhedsvæsenet.

Problemet i en sådan blandet honorarmodel er imidlertid, at den ikke er velegnet til at understøtte opfyldelsen af en række af de krav, som i tiltagende grad stilles til almen praksis, nemlig kravene om høj(ere) faglig kvalitet, (bedre) service og frem for alt (større) sammenhæng i patientforløbene på tværs af de enkelte aktører i sundhedsvæsenet. Suppleres en "blandet" honoreringsmodel derfor med elementer baseret på opfyldelse af konkret præstationer/kvalitetsparametre, vil hensynet til faglig kvalitet, service og øget sammenhængende patientforløb kunne tilgodeses.

Risikoen ved at inddrage flere forskellige honoreringselementer er dog, at det kan være vanskeligt at sammensætte eller vægte de enkelte elementer og dermed sikre balance mellem de forskellige – og eventuelt modsatrettede – incitamenter i den samlede model.

## 2. Overvejelser om honorar- og aftalesystemet i Danmark

Det danske aftale- og honorarsystem for almen praksis er udviklet på baggrund af de sundhedspolitiske krav og bygger på de

erfaringer, der i tidens løb er gjort med tilpasninger af systemet til nye ønsker og til sektoren generelt. Den danske honorarmodel er grundlæggende i overensstemmelse med den "lære", der kan udledes af teorien omkring incitamenterne i de forskellige arketyper af betalingsmodeller.

Det er ikke ensbetydende med, at aftale- og honorarsystemet i sin gældende form er "perfekt" og ikke indeholder forbedringsmuligheder eller har behov for tilpasninger med henblik på at kunne understøtte nye sundhedspolitiske målsætninger.

Ændring af det danske honorarsystem bør imidlertid ske på grundlag af grundige overvejelser, og de empiriske studier og de økonomiske teorier peger alle på nødvendigheden af at være varsom med *meget* radikale ændringer af grundstrukturen i honorarsystemet. Økonomiske incitamenter er stærke og kan være svære at styre og virkningen svær at forudsige. Således er der måske snarere behov for at *justere* de enkelte grundelementer (basishonorar- og ydelseshonorardelen) og vægtingen heraf i forhold til den samlede honorarmasse.

Ligeledes bør det – i stedet for en grundlæggende omkalfatring af honorarsystemet med deraf følgende risiko for at tippe balancen i incitamentsstrukturen i den ene eller anden u hensigtsmæssige retning – overvejes, om der i stedet kan *tilføjes nye*<sup>2</sup> elementer i incitamentsstrukturen, som er designet med henblik på at understøtte ønsker og målsætninger for almen praksis og for sundhedsvæsenet i sin helhed.

<sup>1</sup>I almen praksis i Danmark modtager den enkelte læge eller lægepraksis hvert kvartal et fast beløb pr. gruppe 1 sikrede, som er tilmeldt praksis.

<sup>2</sup>Eksempelvis blev der i 2006 aftalt en helt ny kvalitetsydelse i honoreringen af de praktiserende læger. "Forløbsydelse for diabetespatienter" skal sikre kvalitet i behandlingen af kroniske sygdomme og give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kontrol af kronisk syge. Hver læge, som tilmelder sig forløbsydelsen får et årligt honorar samt et engangsbeløb som økonomisk kompensation for udgifter til anskaffelse af nødvendigt IT-udstyr mv. Der er tale om et forsøgsprojekt, der løber indtil udgangen af overenskomstperioden med udgangen af marts 2009. Ydelsen evalueres i foråret 2008