



Tilrettelæggelse af flerlægepraksisser.

Best practice organisering af almen praksis i Danmark

Sekretariatet for Udvalg om almen praksis rolle i fremtidens sund-
hedsvæsen

15. september 2008

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	4
2.	Projektets tilrettelæggelse	5
3.	Beskrivelse af cases	7
3.1	Karakteristika ved de enkelte cases	7
3.2	Oversigt over organisatoriske aspekter.....	10
3.3	Nøgletal for ydelser og økonomi	12
4.	Analyse	16
4.1	Introduktion	16
4.2	Samarbejdsmodeller.....	17
4.3	Ledelse	19
4.4	Arbejdsdeling mellem læger	22
4.6	Tilgængelighed for patienter.....	27
4.7	Sammenfatning	29
5.	Perspektivering.....	31
5.1	Afrunding.....	33
Bilag		
	Bilag A. Case-beskrivelser	34

Copyright © Deloitte Business Consulting A/S, All rights reserved

Denne rapportes anvendelse

Denne rapport er alene udarbejdet til Deloitte's opdragsgiver ud fra det givne opdrag. Deloitte påtager sig intet ansvar for andres anvendelse af rapporten.

Kopiering af rapporten, helt eller delvis, må i hvert enkelt tilfælde kun ske med tydelig kildeangivelse med angivelse af "Sekretariatet for Udvalg om almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvæsen, Tilrettelæggelse af flerlægepraksisser, Deloitte september 2008".

Kontakt

Spørgsmål til denne rapportes indhold kan stilles til:

- Ansvarlig partner, Allan Kirk, telefon 36 10 26 03
- Ansvarlig manager, Steen Jespersen, telefon 36 10 24 73

Om Deloitte Business Consulting – Fra idé til virkelighed

Deloitte Business Consulting fokuserer på udvikling og effektivisering af kundernes organisation, kerneprocesser, økonomistyring og it for at bidrage til realisering af kundernes strategiske målsætninger.

Vi kender den offentlige sektor til bunds og kombinerer vores faglige kompetencer med evnen til at lede, styre og gennemføre projekter i et politisk miljø. Det kan være som rådgivere eller som ansvarlige for processer fra idéstadiet til implementering.

Deloitte er Danmarks største revisions- og rådgivningsfirma. Vi tilbyder en bred vifte af ydelser og kombinerer konsulentrollen i Deloitte Business Consulting med Deloitte's kompetencer inden for revision, skat og finansiering. Det giver vores kunder en unik mulighed for at få integrerede løsninger, som er skræddersyet til de enkelte opgaver.

Vi er en del af den globale virksomhed Deloitte Touche Tohmatsu med 165.000 medarbejdere på verdensplan. Vi udvikler og deler viden på tværs af kontorer i mange lande. Inspirationen fra udlandet kombineret med systematisk metodeudvikling på tværs af landegrænser sikrer, at vores løsninger altid tager udgangspunkt i den seneste viden. Det er forudsætningen for, at vi i dag og i fremtiden kan være en attraktiv og værdiskabende rådgiver.

Deloitte Business Consulting A/S

Tlf. 36 10 20 30

Fax 36 10 20 40

E-mail: businessconsulting@deloitte.dk

www.deloitte.dk

Adresse

Weidekampsgade 6
2300 København S

Postadresse

Deloitte Business Consulting A/S
Postboks 1600
0900 København C

1. Indledning

Til brug for Udvalget om almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvæsen er der med denne afrapportering gennemført en analyse af modeller for flerlægepraksisser.

Analysen skal ses i relation til overvejelserne om bæredygtige enheder og mulighederne for at udvide kapaciteten i almen praksis.

Baggrunden er blandt andet det forventede faldende udbud af alment praktiserende læger og den samtidige forventning om et større antal kronisk syge borgere, der skal behandles i almen praksis.

Analysen baseres på en beskrivelse og analyse af praksisser, der repræsenterer elementer af nytænkning og best practice med hensyn til organisering af almen praksis i Danmark.

Formålet er at skabe ny viden om, hvordan almen praksis kan organiseres med henblik på at udnytte de lægelige ressourcer bedst muligt samt sikre service og effektivitet i organiseringen af almen praksis.

Der indgår heri en analyse af, hvilke rammer, redskaber og incitamenter der er væsentlige for at fremme de beskrevne organisatoriske aspekter, og der konkluderes med hensyn til forskellige modeller for best practice ved organisering af almen praksis.

Rapporten er opbygget således:

I kapitel 2 redegøres for projektets tilrettelæggelse.

I kapitel 3 præsenteres de inkluderede cases, mens de fulde case-beskrivelser fremgår af bilagsmaterialet.

I kapitel 4 sammenholdes og analyseres cases.

I kapitel 5 perspektiveres resultatet af analysen.

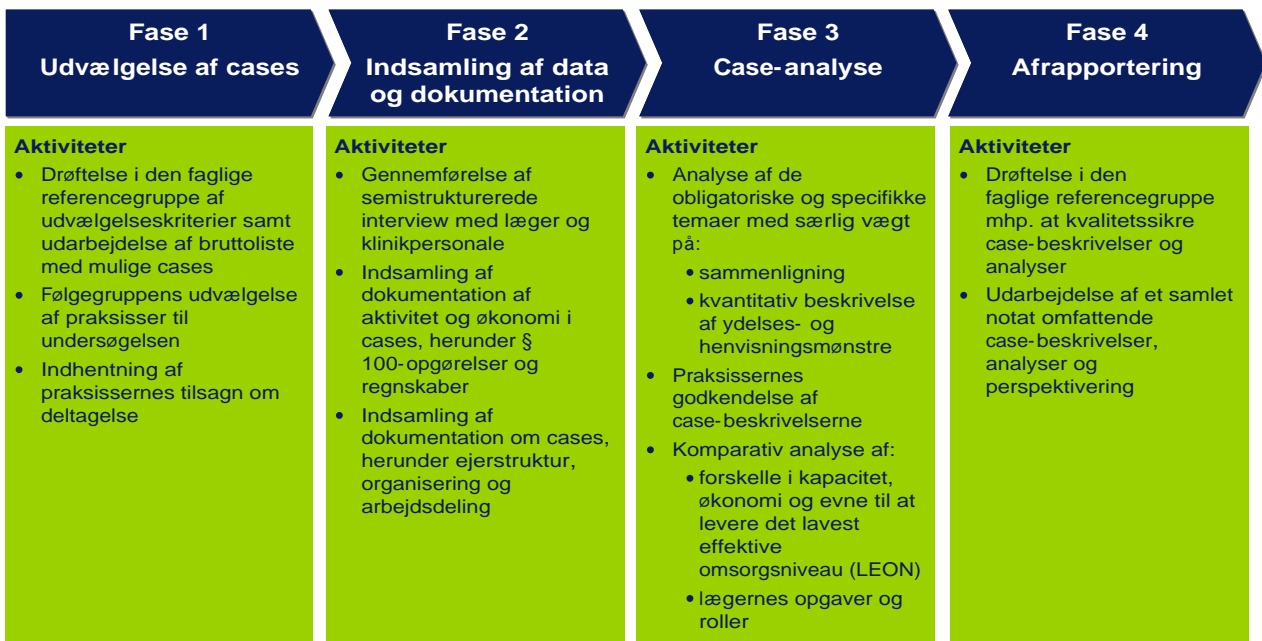
2. Projektets tilrettelæggelse

Projektet er gennemført af Deloitte fra juli til september 2008. Deloitte er undervejs bistået af en følgegruppe og en faglig referencegruppe.

Følgegruppen har haft deltagelse af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Danske Regioner, som repræsentanter for Sekretariatet for Udvalg om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Følgegruppens primære opgave har været at foretage den endelige udvælgelse af praksisser.

Den faglige referencegruppe har bestået af ressourcepersoner fra Dansk Selskab for Almen Medicin, Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed (DAK-E), Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL. Referencegruppen har medvirket til at skabe det faglige grundlag for følgegruppens udvælgelse af praksisser. Derudover har referencegruppen drøftet og kvalificeret case-beskrivelserne som afsæt for afrapporteringen.

Projektet er gennemført i fire faser, som fremgår af figuren:



For at indfri projektets formål er der udvalgt fem flerlægepraksisser af en typisk størrelse for flerlægepraksisser men med forskellige ejerstrukturer og geografisk placering i Danmark. De er udvalgt således, at de hver især er blevet vurderet som værende nytænkende på områder, der er relevante for analysen. Det drejer sig om:

- Lægehuset, Roslev
- Jordløsælgerne og Haarbylægerne (i det følgende anvendes den fælles betegnelse "Haarbylægerne" eller "Haarby")
- Klinikgården, Bjerringbro
- Lægerne Kanaltorvet, Albertslund
- Lægehuset Dommervænget, Roskilde

Informationsgrundlag

Hver af praksisserne har skullet bidrage med information om størrelse, fysiske rammer og brug af klinikpersonale.

Derudover er case-porteføljen sammensat således, at den samlet set kan belyse:

- Mange patienter pr. læge
- Udstrakt brug af klinikpersonale
- Ledelse og administration
- Servicetiltag
- Lønsomhed og incitamenter til at understøtte lønsomhed

Datamaterialet om ydelser og økonomi fra fem cases giver ikke et tilstrækkeligt statistisk repræsentativt grundlag for generalisering. Derimod kan det bruges til at beskrive forskelle og ligheder inden for case-porteføljen og pege på mulige sammenhænge, der ligeledes vil kunne iagttages i sektoren.

Det er med udvælgelsen og projektets tilrettelæggelse i øvrigt tilsigtet, at det samlede billede af de organisatoriske aspekter er overførbart til tilsvarende danske praksisser.

3. Beskrivelse af cases

I dette kapitel præsenteres de fem cases med hver deres karakteristika og nøgletal. Se bilagsmaterialet for en mere detaljeret beskrivelse af de enkelte case.

3.1 Karakteristika ved de enkelte cases

Case A: Lægehuset i Roslev

Lægehuset ligger i Roslev med 1.415 indbyggere. Lægehuset har eksisteret siden 1971, den gang med fire læger, der gik sammen om at opføre et nyt, fælles lægehus. I 2005 blev huset gennemrenoveret og udvidet.

Lægehuset har fra begyndelsen været et kompagniskab. I dag ejer de fem læger hver 20 pct. De fem læger deler fire ydernumre.

Der er i dag ansat fire sygeplejersker og fire sekretærer, hvor alle er på nedsat tid. Der er desuden ansat en uddannelseslæge i praksis (amanuensis).

Lægehuset har cirka 700 m² til rådighed, som fordeler sig på fem konsultationslokaler til lægerne, fire konsultationslokaler til sygeplejerskerne, en skadestue, to laboratorier, reception/sekretariat, venteværelse samt fællesrum mv.

Case B: Jordløselægerne og Haarbylægerne

Lægerne fra Haarby og lægerne fra Jordløse har samarbejdet i mange år gennem et vagtfællesskab. I 2006 blev et kvalitetsudviklingsprojekt gennemført, som resulterede i, at lægerne i Jordløse og lægerne i Haarby valgte at arbejde hen imod at finde fælles lokaler, således at de to praksisser kunne etablere et fælles lægehus med moderne tidssvarende tilbud. Haarby og Jordløse ligger i Assens Kommune og har godt 3.000 indbyggere.

I forbindelse med strukturreformen blev rådhuset i Haarby Kommune ledigt, og de to lægepraksisser erhvervede bygningen. Efter en renovering stod lægehuset klar til indflytning i februar 2008.

Lægehuset er en samarbejdspraksis mellem to delepraksisser. De to praksisser er p.t. ikke økonomisk fusioneret, om end det ikke kan udelukkes, at de vil blive det i fremtiden. Det afhænger særligt af nogle skattemæssige omstændigheder, som for nærværende vurderes at gøre en fusion omkostningstung.

Jordløsælgerne udgøres af to læger med ét ydernummer samt en sekretær (uddannet social- og sundhedsassistent) og en sygeplejerske. Haarbylægerne udgøres af tre læger med to ydernumre samt to sygeplejersker (både med sekretær- og sygeplejerskefunktion). Desuden har hver praksis en uddannelseslæge.

Lægehuset er i alt på 1.200 m², hvoraf halvdelen udnyttes af lægerne. En del af den resterende plads udlejes til en fodterapeut, en fysioterapeut, en diætist, en psykolog og en kiropraktor. Alle behandlere har mulighed for at gøre brug af et træningslokale til kroniske patienter og vægthold. Lægernes del af huset fordeler sig på fem konsultationslokaler, lokaler til sygeplejerskerne, lokaler til reservelægerne, et laboratorium, en skadestue, et telemedicinsk rum, reception, venteværelse mv.

Case C: Klinikgården, Bjerringbro

Lægehuset ligger i Bjerringbro, der har cirka 7.000 indbyggere men med patienter fra et større område. Kompagniskabet blev etableret i 1970, da to af byens tre praksisser etablerede sig i en tremandspraksis i et da nybygget lægehus. Ældste læge i nuværende kompagniskab indtrådte i 1977, da én af de tre oprindelige læger gik på pension.

Kompagniskabet er efterfølgende blevet udvidet trinvis, således at lægehuset i dag udgøres af fem læger, der deler fire ydernumre.

Grundet pladsmangel i det tidligere lægehus har lægerne købt og renoveret et større hus, der giver mulighed for at udvide antallet af læger og sygeplejersker.

Lægerne ejer hver en femtedel af kompagniskabet, og alle omkostninger, herunder lønninger til klinikpersonalet, deles ligeligt.

Der er tre sygeplejersker, to sekretærer og en bioanalytiker ansat i praksissen. En fjerde sygeplejerske er under ansættelse. Herudover er der ansat en sygeplejerske en dag om ugen, som kører ud til patienter, der ikke har mulighed for at komme ind til lægehuset. Der er desuden altid ansat et antal reservelæger i huset. For nærværende er der fire reservelæger, der hver er cirka en dag om ugen i lægehuset.

Lægehuset er i alt på 850 m² inklusiv udlejede lokaler til en psykolog og en kiropraktor. Lægehuset anvender selv den størstedel af bygningen med fem konsultationsrum til lægerne, konsultationsrum til sygeplejerskerne, lokaler til reservelægerne, et laboratorium, samtalerum, reception, venteværelse mv.

Case D: Lægehuset Dommervænget i Roskilde

Lægehuset ligger i Roskilde, der har cirka 50.000 indbyggere. Lægehuset Dommervænget blev oprettet i 1973 og omfatter fem lægepraksisser.

Lægehuset har fra begyndelsen været en samarbejdspraksis, og selskabsformen er et anpartsselskab, hvor de fem læger hver ejer 20 pct. af selskabet.

Siden 1991 har lægerne haft fælles klinikpersonale, der i dag omfatter to sygeplejersker og to lægesekretærer. Dertil kommer en fast tilknyttet sekretærvikar og to rengøringsassistenter. Aktuelt er der to reserve-læger tilknyttet (en uddannelsesamauensis og en turnuslæge).

Lægehuset har 462 m² til rådighed, som fordeler sig på fem konsultationslokaler á 25 m², to lokaler til sygeplejerskerne, et laboratorium, reception, venteværelse mv.

Case E: Lægerne Kanaltorvet, Albertslund

Lægerne Kanaltorvet ligger i Albertslund, der har cirka 27.000 indbyggere. Lægehuset blev oprettet i 1982 og omfatter i dag fire læger med tilhørende tre ydernumre.

Ved overtagelsen af en solopraksis i 1982 omfattede praksissen én læge med ét ydernummer samt to nul-læger (dvs. startende uden tilknyttede patienter), og siden blev praksissen omdannet til et kompagniskab. I en periode fra 2003 til medio 2008 var der fem læger til fire ydernumre.

Lægehuset har siden 1995 været et deltidskompagniskab, således at lægerne har mulighed for at beskæftige sig med andre faglige interesser ved siden af (fx kvalitetsudvikling, undervisning og praksiskonsulentarbejde).

Lægerne ejer kompagniskabet ligeligt, og alle omkostninger til klinikpersonale mv. deles derfor også ligeligt. Der er ansat i alt tre sygeplejersker og to sekretærer. Der er p.t. ikke en reservelæge.

Lægehuset har lagt fire lejligheder sammen, hvilket giver i alt 280 m² til rådighed, som fordeler sig på fem konsultationslokaler, et lokale til sygeplejerskerne, et laboratorium, reception, venteværelse mv.

3.2 Oversigt over organisatoriske aspekter

Af tabellerne nedenfor fremgår oplysninger om de fem cases i forhold til en række organisatoriske aspekter (størrelse, fysiske rammer og brug af klinikpersonale).

Table 1. Størrelse, 2007

	Case A (Roslev)	Case B (Haarby)	Case C (Bjerringbro)	Case D (Roskilde)	Case E (Albertslund)
Antal læger (antal ydernumre)	5 (4)	5 (3)	5 (4)	5 (5)	5 (4) ¹⁾
Gennemsnitlig arbejdsuge i praksis pr. praktiserende læge ²⁾	36	26	30	40	32
Antal sygeplejersker (gennemsnitlig arbejdsuge)	4 (27)	2 (28)	3 (28)	2 (30)	3 (30)
Antal sekretærer (gennemsnitlig arbejdsuge)	2 (27)	1 (23)	2 (30)	2 (30)	2 (30)
Antal bioanalytikere (gennemsnitlig arbejdsuge)	0 (0)	0 (0)	1 (30)	0 (0)	0 (0)
Antal uddannelseslæger	1 ³⁾	2	1 ⁴⁾	2	1 ³⁾
Gennemsnitlig arbejdsuge i praksis pr. uddannelseslæge ⁵⁾	37	37	37	37	37
Antal sikrede	7.100	4.747	7.411	8.630 ⁶⁾	6.495
Åben/lukket for tilgang	Lukket	Åben	Lukket	Lukket	Lukket
Gennemsnitlig antal patienter pr. læge (pr. ydernummer)	1.775	1.582	1.853	1.712	1.624
Gennemsnitlig antal patienter pr. læge (beregnet som alle læger, inkl. uddannelseslæger)	1.291	678	1.308	1.223	1.181

Anm.: 1) Praksissen i Albertslund består i 2008 år af fire læger med tre ydernumre.

2) Der er i enkelte af praksisserne en større spredning i lægernes ugentlige arbejdstid i praksis. Der gøres opmærksom på, at den gennemsnitlige arbejdsuge er et udtryk for lægernes arbejde i almen praksis. Tid forbrugt på lægevagter og lægevagtkoordination, praksiskonsulentarbejde, undervisning mv. er ikke medtaget her.

3) En uddannelseslæge i et halvt år i 2007.

4) En uddannelseslæge i otte måneder i 2007.

5) Uddannelseslægerne er ansat på fuld tid, men grundet uddannelsesforløb og kurser, udgør arbejdsugen reelt mindre end 37 timer.

6) Antal patienter er beregnet på baggrund af oplysninger fra tre ud af de fem praksisser i Roskilde, da ikke alle § 100-opgørelser har kunnet indhentes.

Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid pr. læge svinger mellem 26 og 40 timer, mens den gennemsnitlige arbejdstid for både sygeplejersker og sekretærer på tværs af de fem praksisser ligger på knap 30 timer.

Tabel 2. Fysiske rammer

	Case A (Roslev)	Case B (Haarby)	Case C (Bjerringbro)	Case D (Roskilde)	Case E (Albertslund)
Størrelse i kvm	700 (dele af huset er udlejet)	1.200 (heraf benyttes halvdelen af lægerne)	850 (dele af huset er udlejet)	462	280
Laboratorium	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Øvrige diagnostiske faciliteter		Telemedicinsk udstyr forberedt			
Akutrum/skadeklinik	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Lokalesamarbejde	Ejer bygningen, udlejer til fysioterapeut o.a.	Ejer bygningen, udlejer til en fodterapeut, fysioterapeut, psykolog og en kiropraktor.	Ejer bygningen, udlejer til psykolog og kiropraktor	Ejer bygningen	Ejer tre sammenhængende lejligheder

Alle involverede praksisser har et mindre laboratorium, hvor urin og (et begrænset antal typer af) blodprøver analyseres. Andre blodprøver afsendes til analyse på sygehusene/centralt laboratorium.

Alle praksisser har lokalerne placeret i fysisk sammenhæng.

Tabel 3. Brug af klinikpersonale

	Case A (Roslev)	Case B (Haarby)	Case C (Bjerringbro)	Case D (Roskilde)	Case E (Albertslund)
Opgavebredde – sygeplejersker	Almene sygeplejeopgaver, EKG og forebyggelsessamtaler	Almene sygeplejeopgaver, EKG og forebyggelsessamtaler	Almene sygeplejeopgaver, forebyggelsessamtaler, astma og KOL	Almene sygeplejeopgaver, EKG og forebyggelsessamtaler	Almene sygeplejeopgaver, forebyggelsessamtaler, astma, KOL og akupunktur
Opgavebredde – sekretærer	Telefoner, regnskaber, skrivearbejde og afsendelse af urin- og blodprøver	Telefoner, skrivearbejde og post	Telefoner, regnskaber, skrivearbejde, post, arbejdskalender og indkøb af kontorartikler og medicin	Telefoner, skrivearbejde, urinprøvetagning og afsendelse af urin- og blodprøver	Telefoner, regnskaber, skrivearbejde, post, arbejdskalender og indkøb af kontorartikler
Specialiserede opgaver (sundhedsfagligt personale) ¹⁾	Ja, i høj grad	Ja, i ringe grad	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Ja, i nogen grad
Forløbsorienteret tilgang ²⁾	Forløbsbeskrivelser påbegyndt – klinikpersonale involveret	Forløbsbeskrivelser påtænkt	Forløbsbeskrivelser implementeret – klinikpersonale involveret	Nej	Nej

Anm.: 1) Graden af specialisering afhænger af, i hvor høj grad det sundhedsfaglige personale udfører sekretærarbejde.

2) Hermed menes standardiserede sygdomsspecifikke forløbsbeskrivelser gældende for praksissen.

Alle sygeplejersker i de medvirkende praksisser udfører i varierende omfang, hvad der traditionelt er sygeplejefagligt arbejde i kombination med traditionelt sekretærarbejde.

Tre ud af fem praksisser arbejder i en eller anden udstrækning med egne forløbsbeskrivelser, som på systematisk vis anviser et standardforløb for specifikke patientgrupper. Bjerringbro er længst med dette arbejde, hvor enkelte programmer er fuldt implementeret.

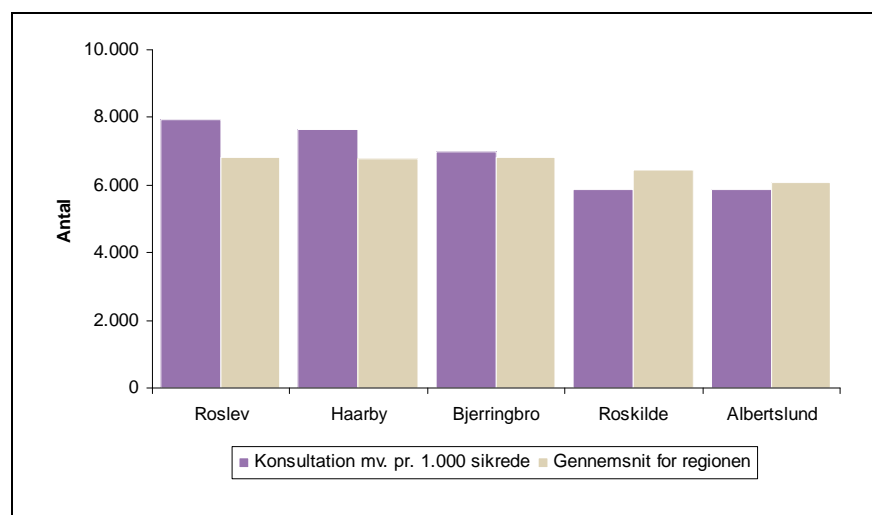
3.3 Nøgletal for ydelser og økonomi

Interviewene af de fem praksisser kan give det indtryk, at praksisserne er relativt ens. Når der ses på omfanget af konsultationer, henvisningsmønstre og i særdeleshed de økonomiske nøgletal, ses imidlertid, at de enkelte praksisser drives på forskellige måder.

Datamaterialet viser, at målrettet organisationsudvikling og optimering af arbejdsgange mv. har betydning for den enkelte praksis' resultat. Herudover spiller geografisk placering en rolle for henvisningsmønstre og antal laboratorieydelser. Det er ikke muligt ud fra datamaterialet at sige noget entydigt med hensyn til samarbejdsmodellens betydning.

Antallet af konsultationer pr. sikrede viser, at der er en forskel på 36 pct. på praksissen, der udfører flest konsultationer og på den, der udfører færrest konsultationer. I Roslev lå antallet af konsultationer i 2007 på 7.946 pr. 1.000 sikrede, mens det tilsvarende tal for Albertslund er 5.851. Tallene indikerer en vis geografisk afhængighed, idet praksisserne i provinsen udfører flere konsultationer pr. sikrede, jf. figur 1.

Figur 1. Antal konsultationer mv. pr. 1.000 sikrede, 2007

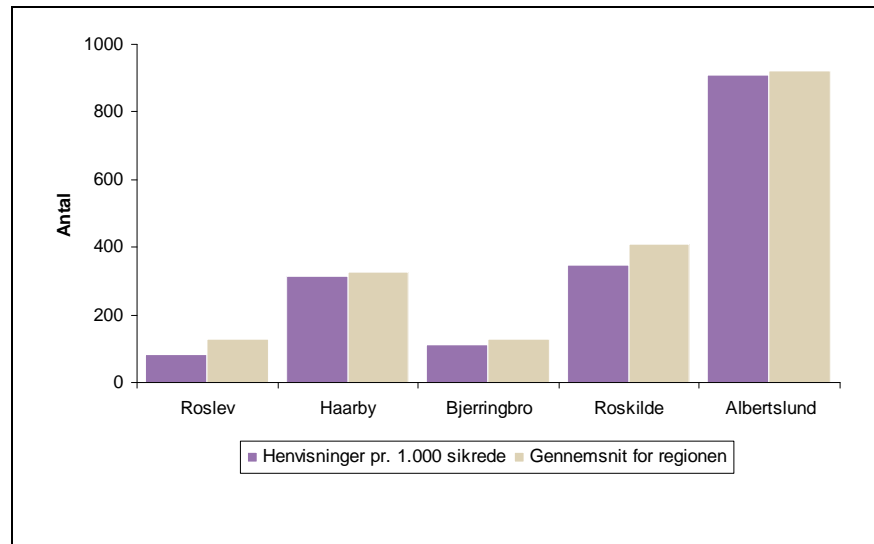


Anm.: Antal konsultationer mv. dækker over konsultationer, herunder e-konsultation og telefonkonsultation samt besøg hos patienter. Tallet omfatter således ikke tilægsydelser, laboratorieydelser og samtaleterapi.

Kilde: § 100-opgørelser for 2007.

I hovedtræk henviser de interviewede praksisser mindre til speciallæger og sygehuse end gennemsnittet for de områder, hvorunder de hører, jf. figur 2.

Figur 2. Antal henvisninger pr. 1.000 sikrede, 2007

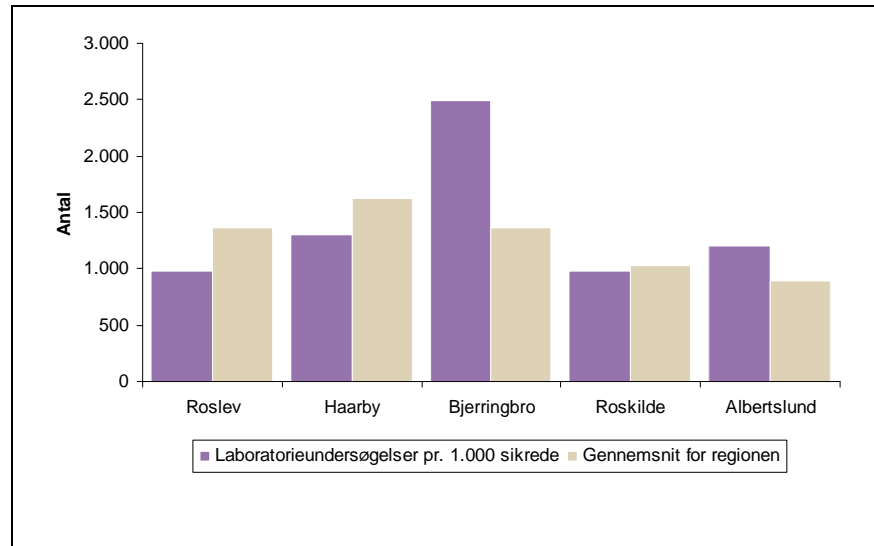


Anm.: Antal henvisninger dækker over alle specialer.

Kilde: § 100-opgørelser for 2007.

Som figur 2 angiver, adskiller henvisningsmønsteret sig væsentligt mellem de interviewede praksisser i hovedstadsområdet og Midtjylland, da der samlet set henvises mere i og omkring København. Denne forskel er blandt andet historisk betinget, idet der i hovedstadsområdet dels benyttes centrale laboratorier, dels er kortere afstande til privat praktiserende speciallæger.

Det ses endvidere af datamaterialet, at antallet af laboratorieydelse, som praksisserne selv udfører, ikke udelukkende er betinget af historiske og geografiske faktorer, jf. figur 3. Forskellene mellem de fem praksisser skyldes også, at der er forskel på den enkelte praksis' ønske om og mulighed for at udføre laboratorieydelse og dermed niveauet for investeringer i laboratorieudstyr mv. I Bjerringbro, hvor praksissen udfører flere laboratorieydelse end de øvrige i området, er der eksempelvis ansat en bioanalytiker. Laboratorieydelse knytter sig blandt andet til hospitalsforløb, hvor praksissens egne patienter har mulighed for at få taget blodprøver i praksis i stedet for at skulle transportere sig til hospital.

Figur 3. Antal laboratorieydelse pr. 1.000 sikrede, 2007

Kilde: § 100-opgørelser for 2007.

Ser man på de økonomiske nøgletal, tegner der sig også, som nævnt ovenfor, væsentlige forskelle. Tolkningen af økonomiske nøgletal skal dog foretages med nogen varsomhed. Det skyldes blandt andet:

- Nogle praksisser har længere ferie og/eller længere arbejdsuger end andre og har bedre mulighed for orlovsperioder.
- Forskelle i patientsammensætning kan have betydning for ydelsestyperne.

Honorarindtægter pr. sikrede ligger for tre af praksisserne på godt 1.200 kr., mens en praksis ligger under, og en praksis ligger over, jf. tabel 4.

Tabel 4. Økonomiske nøgletal for de fem praksisser, 2007

Nøgletal, 2007	Roslev	Haarby	Bjerringbro	Roskilde	Albertslund	Difference (pct.)
Honorarindtægter pr. sikrede i kr.	1.236	1.291	1.427	1.066	1.289	37
Antal sikrede	7.100	4.747	7.411	8.630 ¹⁾	6.495	-

Anm.: 1) Antal patienter er beregnet på baggrund af oplysninger fra tre ud af de fem praksisser i Roskilde, da ikke alle § 100-opgørelser har kunnet indhentes.

Kilde: Årsrapporter 2007 (honorarindtægter) og § 100-opgørelser for 2007 (antal ydernumre og antal sikrede).

Til trods for det aggregerede dataniveau tegner der sig et billede af, at enkelte praksisser har mere rentable forretninger end andre.

Interviewene har dog også vist, at nogle praksisser i højere grad end andre arbejder med optimering af arbejdsgange, organisering mv. Der henvises i den forbindelse til kapitel 4.

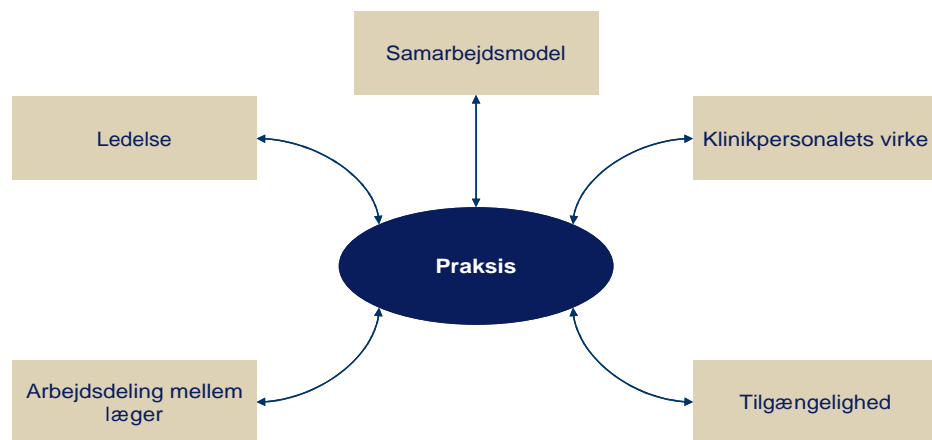
4. Analyse

4.1 Introduktion

I dette kapitel analyseres de fem cases for at nå frem til, hvordan flerlægepraksisser kan organiseres med henblik på at udnytte de lægelige ressourcer samt ressourcerne hos praksispersonalet bedst muligt samt sikre service og effektivitet i almen praksis.

De centrale elementer i analysen fremgår af figuren nedenfor.

Figur 4. Centrale elementer i analysen



Derudover er der nogle rammebetingelser, som fx befolkningens sundhed og sygdom, forholdene i sygehussektoren og primærsektoren samt national og lokal regulering, som praksisserne ikke har direkte indflydelse på.

Det skal bemærkes, at datamaterialet alene omfatter fem cases og således ikke kan anvendes som et statistisk repræsentativt grundlag for generalisering.

Det er dog vurderingen, at den kvalitativt baserede analyse i vidt omfang vil være dækkende på tværs af almen praksis, da de udvalgte praksisser har samme rammebetingelser og lignende vilkår for deres drift, som øvrige flerlægepraksisser.

Gennemgangen består for hvert tema af en nøgtern sammenstilling af de fem cases samt et afsnit med Deloitte's vurdering af potentielle udviklingsmuligheder.

4.2 Samarbejdsmodeller

Sammenstilling af cases

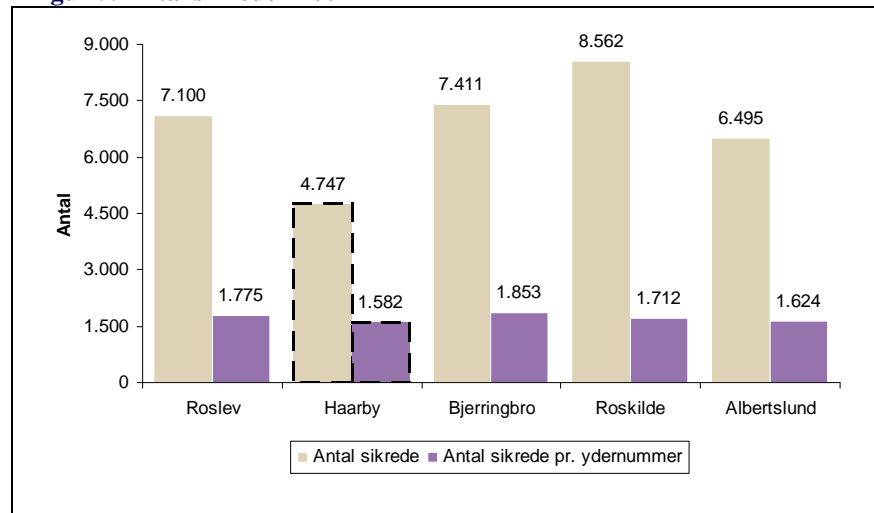
De omfattede praksisser repræsenterer tre forskellige samarbejdsmodeller:

- Kompagniskab
- Samarbejdspraksis bestående af fem selvstændige lægepraksisser
- Samarbejdspraksis bestående af to delepraksisser med fælles ejendomsselskab

Enkeltmandspraksis
Ved enkeltmandspraksis forstås praksis, der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi.
Kompagniskab
Ved kompagniskabspraksis forstås praksis, der drives af 2 eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.
Samarbejdspraksis
Ved samarbejdspraksis forstås praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde om lokaler og personale.

Ses der bort fra den ene praksis, som er åben for tilgang, svinger antallet af sikrede pr. ydernummer med 14 pct., jf. figur 5. Der er således relativ stor forskel på, hvor mange patienter de enkelte praksisser har tilknyttet. Datamaterialet giver ikke indtryk af, at valg af samarbejdsmodel har betydning for, hvor mange sikrede pr. ydernummer den enkelte praksis kan håndtere.

Figur 5. Antal sikrede i 2007



Anm.: De stiplede søjler er udtryk for, at den pågældende praksis er åben for tilgang. Antal sikrede i Roskilde er beregnet på baggrund af tre ud af de fem lægers § 100- opgørelser.

Kilde: § 100-opgørelser og interview.

Interviewene giver ikke anledning til at tro, at patientsammensætningen adskiller sig markant praksisserne imellem i forhold til sygelighed. Der er da også andre faktorer, der ligeledes har betydning for, hvor ofte borgerne søger læge. Det gælder borgernes egne forventninger til sundhedsydelser, og lægernes kapacitet og tilgængelighed er ligeledes styrende for patienternes søgning. Disse er medvirkende forklaringer på, hvorfor nogle praksisser kan have flere patienter tilknyttet end andre.

Læger og klinikpersonale udtrykker tilfredshed med at være i en flerlægepraksis uafhængigt af den konkrete samarbejdsmodel.

Praksisserne angiver, at flerlægepraksisser har den fordel, at læger og personale har let adgang til at sparre fagligt med hinanden i dagligdagen, hvilket særligt de yngre læger sætter pris på.

Derudover er det vurderingen i de inddragede praksisser, at det generelt kan være lettere at tiltrække uddannelseslæger og personale til en flerlægepraksis end en solopraksis. Lægerne oplever, at særligt yngre læger finder det mere attraktivt at arbejde i en flerlægepraksis, og disse finder ofte vej ved først at have været uddannelseslæge samme sted. Flerlægepraksisser kan endvidere give den enkelte læge en større sikkerhed i forhold til et senere salg af praksis.

Et kompagniskab og en samarbejdspraksis har nogle indbyggede forskelle, som særligt drejer sig om lægernes selvstændighed.

Lægerne vurderer, at det kan være en fordel ved samarbejdspraksis overfor kompagniskaber, at lægernes indtjening ikke er afhængig af de andre lægers arbejdskapacitet. Det giver en højere grad af frihed, idet lægerne ikke indbyrdes kontrollerer hinanden med hensyn til fx arbejdstider, antal patienter mv.

En praksis med fem ligeværdige ejere kræver, at lægerne har en forholdsvis ens opfattelse af patientbehandlingen og driften af praksissen. Det er særligt de medvirkende kompagniskaber bevidste om, idet de er afhængige af, at alle bidrager til den fælles omsætning. Lægerne i kompagniskaberne giver dog ikke udtryk for, at kompagniskabsformen har givet problemer i den forbindelse, idet det løses ved at udforme timesedler og derigennem sikre, at alle i sidste ende bidrager lige meget.

Praksisserne har forskellige vurderinger af, hvor vidt det ville være attraktivt for dem at søge nye samarbejdskonstruktioner som ved at indgå i et sundheds- eller behandlercenter. Et par af praksisserne har haft denne interesse uden dog endnu at have fundet fælles fodslag med kommunen. Andre praksisser vurderer, at det vil kræve et for stort forberedende arbejde, og lægerne vurderer, at der i det daglige arbejde vil være strukturelle barrierer for et godt samarbejde mellem enhederne, fx fordi optageområderne ikke er defineret ens. Dertil kommer, at det mange steder på kommunalt plan ikke står tilstrækkeligt klart, hvilket formål der skal være med et sådan center og dermed, hvordan det skal formes. Derudover vurderer lægerne, at de mange involverede beslutningstagere i givet fald vil komplicere etableringen og praksissens eventuelle involvering.

Udviklingsmuligheder

Både samarbejdspraksis og kompagniskab er samarbejdsmodeller, der kan tilpasses og anvendes fleksibelt til gavn for læger, personale og patienter.

Der er mindre fast patienttilknytning og dermed større fleksibilitet for lægerne i et kompagniskab, hvorved denne samarbejdsmodel kan medvirke til at gøre det attraktivt for læger, som af forskellige grunde ikke har mulighed for at arbejde fuld tid, at arbejde i almen praksis. Fx vil det være muligt for ældre læger at arbejde på nedsat tid og dermed blive flere år på arbejdsmarkedet. Det samme gælder læger med børn eller læger med andet fagligt arbejde. I en spørgeskemaundersøgelse gennemført af Dansk Selskab for Almen Medicin angav 75 pct. af de adspurgte FYAM-medlemmer, at de prioriterer muligheden for at arbejde på deltid.¹

Det kan dog også betyde, at læger der under alle omstændigheder ville have været i almen praksis, vælger at arbejde på nedsat tid, når de gives mulighed herfor. Det er ikke i denne sammenhæng muligt at vurdere, hvad nettoeffekten af de modsatrettede bevægelser er.

Da lægerne i kompagniskabspraksis, til forskel fra samarbejdspraksis, har fælles patienter, rummer det i højere grad muligheden for en fleksibel arbejdsdeling mellem lægerne. Det kan dreje sig om, hvem der oftest varetager en given behandling, eller hvem der tager telefonkonsultation eller akuttiderne en given dag. Lægerne har derved mere fleksibilitet i tilrettelæggelsen af arbejdet og arbejdstiderne, mens det er uklart, om det kan bidrage til at udvide den samlede kapacitet i praksissen.

4.3 Ledelse

Sammenstilling af cases

Den praktiserende læge skal som selvstændig erhvervsdrivende forholde sig til en række administrative og ledelsesmæssige opgaver, som ikke har med det lægefaglige arbejde at gøre. Det drejer sig eksempelvis om ledelse, regnskab, it og bygningsvedligehold. Disse opgaver skal håndteres, uanset om lægen har en solopraksis, eller om vedkommende er i en flerlægepraksis.

Organiseringen er ret ensartet i de medvirkende praksisser. Således er det flade organisationer bestående af to niveauer, som er henholdsvis lægegruppen og klinikpersonalet. Der er etableret mere eller mindre

¹ Practicus, juni 2008. Dansk Selskab for Almen Medicin. FYAM er Forum for Yngre Almenmedicinere.

faste ansvarsområder og mødestrukturer, der skal understøtte den løbende drift, planlægning, faglig ajourføring osv. Organisationerne fungerer relativt uformelt i hverdagen både indenfor og på tværs af de to niveauer, hvor opgaverne knyttet til patienter og drift ofte initieres, koordineres og løses ad hoc med udgangspunkt i indlejrede rutiner. Der ses en tendens til, at de to praksisser, som har arbejdet målrettet med at optimere arbejdsgangene, har en højere grad af formalisering og foretager løbende vurdering af organiserings hensigtsmæssighed i forhold til opgavernes karakter og omfang.

I en flerlægepraksis har lægerne mulighed for at dele de administrative opgaver mellem sig og herved udnytte stordriftsfordelene ved at være flere læger samlet et sted.

Tre af de fem medvirkende praksisser – alle kompagniskaber – har formelt delt de administrative opgaver mellem lægerne, mens de to øvrige har en mindre formel arbejdsdeling. Opgaverne er som hovedregel blevet delt på baggrund af lægernes interesser, og der tilsigtes en retfærdig fordeling af byrderne.

Består ejerkredsen (lægegruppen) af flere personer, er det ifølge lægerne vanskeligt at anvende en anden ledelsesstruktur end at gøre indehaverne til ligeværdige ejere/ledere. Der er samtidig naturlige grænser for, hvor mange ligeværdige ejere, der kan være, hvis de skal kunne træffe beslutninger. De fremhæver det særlige forhold, at lægerne som udgangspunkt skal være enige for at være beslutningsdygtige. Det er derfor af afgørende betydning, at lægerne har et godt indbyrdes forhold til hinanden. Således træffes der som hovedregel konsensusbeslutninger, og kun sjældent majoriseres en gruppe af en anden. Dette forhold giver nogle rammer for stabil drift men kan samtidig vanskeliggøre beslutninger med langsigtede strategiske perspektiver, hvor der kan være interesse modsætninger mellem lægerne.

De medvirkende praksisser har alle fem læger tilknyttet med ligeligt ejerskab. Der er således ikke én læge, der ejer mere end de andre, og derved naturligt er øverste leder. Kun i en af de involverede praksisser er der udnævnt en direktør, der skal repræsentere praksissen udadtil. Det har de andre praksisser ikke vurderet et behov for. Den udnævnte direktør har dog ikke et større ansvar eller større beslutningskompetence end de andre læger, og betegnelsen har således begrænset faktisk betydning.

Den formaliserede ledelse indebærer, at der er udnævnt en personaleansvarlig, der har ansvar for klinikpersonalets udviklingssamtaler, ønsker om kurser mv. Både læger og særligt klinikpersonalet har udtrykt tilfredshed med at have en personaleansvarlig. Herved er der ingen tvivl om, hvem man skal rette henvendelse til, såfremt der er behov for en samtale el.lign.

For så vidt angår de ledelsesmæssige opgaver, stiger omfanget med antallet af medarbejdere. Dermed stiller flerlægepraksisser typisk større krav hertil end solopraksisser, idet der ofte er mere personale ansat.

Alle inddragede praksisser giver udtryk for, at såfremt der tilknyttes flere praktiserende læger, vil behovet for en formaliseret beslutnings- og ledelsesstruktur stige. Tilsvarende giver en udvidet gruppe af klinikpersonale større behov for en ledelsesstruktur samt løn- og personaleadministration.

To af praksisserne har søgt systematisk at udnytte kapaciteten bedre ved at optimere arbejdsgange. Det har krævet en villighed til at se kritisk på rutinerne, hvor potentialet ofte har ligget i tværgående aktiviteter i praksissen, og dernæst fokus på at fastholde ændringerne. Samtidig har de søgt at professionalisere driften, således at de arbejder resultatorienteret og løbende følger op på udviklingen.

Udviklingsmuligheder

Flerlægepraksisser stiller andre krav til den enkelte læge, end hvis vedkommende havde haft en solopraksis. Disse andre krav drejer sig i særdeleshed om evner og lyst til ledelsesrelateret og administrativt arbejde.

Udvidelser af flerlægepraksisser for at hente yderligere mulige driftsfordele kan bestå i at ansatte læger og/eller klinikpersonale snarere end at udvide kredsen af indehavende læger. Det første vil stille øgede krav til en mere formaliseret og professionaliseret ledelse, mens en udvidet kreds af indehavende læger sandsynligvis også vil kræve en anden beslutningsstruktur. Praksisserne i denne analyse skønner, at fem til seks indehavende læger og et tilsvarende antal øvrige medarbejdere er grænsen for, hvornår der er brug for markante organisatoriske ændringer, om end det er vanskeligt at generalisere.

Flere af de involverede praksisser overvejer at ansatte en praksismanager til det administrative arbejde, der ellers øger lægernes arbejdstid i praksis eller tager den fra patienterne. Det er dog et udbredt synspunkt, at omkostningen ved denne ikke direkte patientrelaterede (og dermed ikke indtægtsskabende) ressourceanvendelse skal kunne tjene sig hjem igen ved, at der frigøres tid til patientrettede ydelser.

En praksismanager er endnu ikke anvendt i udstrakt grad i Danmark, mens brugen heraf er mere udbredt i fx Storbritannien.

Med øget behov for fokus på ledelse og personalepleje må det forventes, at driften af almen praksis med tiden bør og vil blive mere professionaliseret end tilfældet i dag.

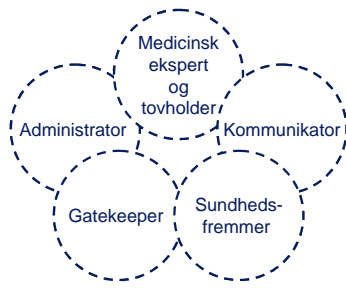
Med til en professionaliseret drift hører, at der i den enkelte praksis arbejdes systematisk og målrettet med at optimere arbejdsgange, anvendelse af de forskellige personalegrupper og løbende forbedringer. Et konkret eksempel herpå er implementering af Lean i Roslev.²

4.4 Arbejdsdeling mellem læger

Sammenstilling af cases

I de inddragede praksisser er der med ejerskabsstrukturen forskellige udgangspunkter for arbejdsdelingen mellem de praktiserende læger.

I samarbejdspraksisserne ses den traditionelle arbejdsdeling, hvor hver læge varetager alt omkring behandlingen af en fast gruppe af patienter, hvilket følger logisk af ejerskabsstrukturen. Ved lægens ferie er det dog sædvanen, at patienterne ses hos en af de øvrige tilstedeværende læger, og mange lægeskit sker ligeledes indenfor samarbejdspraksissen.



Denne arbejdsdeling betyder, at lægen har rollerne som medicinsk ekspert og tovholder for patientforløbene, kommunikator, sundhedsfremmer, gatekeeper samt leder/administrator af praksis. Dog ses rollen som sundhedsfremmer delt med sygeplejerskerne.

I kompagniskabspraksisserne har patienterne ikke den samme formelle tilknytning til én læge. Det betyder, at det – også uden for feriesæsonen – er lettere at lade andre hensyn være afgørende for, hvilken læge patienten konsulterer i det konkrete tilfælde. Det kan være ønsket om at få en snarlig konsultation eller tilses af en læge med specialkompetence.

Det er dog ikke helt tilfældigt, hvilke læger patienterne møder. Faktisk anslås det af lægerne, at mellem 50 og 80 pct. af patienterne reelt er gengangere hos én læge. I følge praksisserne er den relativt høje andel delvist drevet af mange patienters ønske om have et fast tilhørsforhold, hvor lægen kender én. Samtidig må nogle patienters valg antages at være påvirket af lægehusets information og anbefalinger – og for lægerne kan det være en fordel at se kendte patienter, da det er langt mere effektivt med et forhåndskendskab til patienternes sygehistorie, sociale forhold osv., hvilket i vid udstrækning reducerer tiden til forberedelse, udspørgen og journalskrivning.

De patienter, der løbende eller lejlighedsvis ses af forskellige læger, bruger fleksibiliteten i kompagniskaberne til at få de konsultationsti-

² Se fx "Lean giver praktiserende læger løbende løsninger på lapper". Ugeskrift for Læger (2008).

der, der passer dem bedst og få behandling af den læge, de vurderer eller oplyses om, har den største viden på området. Eksemplerne fra cases er blandt andet at lade bestemte læger varetage p-stave, kræftpatienter, akupunktur og blokader. Der er dog langt fra tale om decideret opgavedeling, som det ses for sygeplejerskernes vedkommende i forhold til de enkelte patientforløb.

En sådan form for arbejdsdeling forudsætter dog, at patientens kliniske problemstilling på forhånd kendes så præcist, at der kan planlægges derefter. Det kan være tilfældet, hvor patienten er kendt i et specifikt forløb, eller hvor vedkommende forinden visiteres med en vis sikkerhed pr. telefon eller mail til en konsultation. Ofte vil det dog være sådan i almen praksis i kraft af sin gatekeeper-funktion, at konsultationen tjener til en afklaring af behandlingsbehovet.

Samtidig vil der også være behov for, at samtlige læger i praksis vedligeholder kompetencer indenfor alle områder, da lægerne skal kunne dække hinanden af ved fravær.

Mange patienter, der skal vælge en fast læge, gør det ud fra lægens alder og køn. Således ses der et sammenfald mellem, at fx unge læger har relativt mange unge patienter tilknyttet, ældre læger har mange ældre patienter tilknyttet, og kvindelige læger har mange kvinder og børnefamilier tilknyttet. Derved får lægerne en særlig indsigt i de typer af problemstillinger og behandlinger, der knytter sig til deres patientgruppe på det givne tidspunkt.

Lægerne deler – uanset ejerskabsstruktur – opgaverne med faglig ajourføring mellem sig, fx i forhold til afholdelse af intern undervisning eller implementering af faglige retningslinier. Opdelingen baseres på lægernes respektive faglige interesser. I ingen af praksisserne mener man, at man kan sammensætte "holdet" af læger ud fra de respektive faglige interesser. Gode personlige relationer vurderes at være langt vigtigere for samarbejdet i – trods alt – så små virksomheder.

Denne arbejdsdeling i kompagniskabspraksis betyder, at lægen har rollerne som medicinsk ekspert og tovholder, kommunikator, sundhedsfremmer, gatekeeper samt leder/administrator af praksis. Rollerne som medicinsk ekspert og tovholder samt gatekeeper ses dog delt med andre læger i praksissen, og rollen som sundhedsfremmer ses delt med sygeplejerskerne. I en enkelt praksis bruges sygeplejerskerne delvist som tovholder og gatekeeper ved fx at tilse mange af de akutte patienter.

Udviklingsmuligheder

Der er en større fleksibilitet og mindre fast patienttilknytning i kompagniskabspraksisser, der kan udnyttes til at tilgodese særlige behov, som fx knytter sig til ventetid eller udnyttelse af de enkelte lægers spe-

cialkompetencer. Der er ikke den samme mulighed i samarbejdspraksis for lægernes vedkommende udover ferie og sygdom men dog indirekte ved brug af fælles personale.

Det er lægernes og klinikpersonalets erfaring, at sygeplejersker og bioanalytikere kan varetage udvalgte funktioner, og patienterne er tilsyneladende indforståede med, at det ikke er egen læge, der forestår alle ydelser.

Uden at kompromittere udgangspunktet – at lægerne alle er almene medicinere – vil det ifølge de medvirkende praksissers og Deloitte's vurdering være muligt i stigende omfang at fordele ansvaret for den faglige ajourføring i praksissen, relationer til eksterne samarbejdspartnere, programmer og retningslinier for kronisk syge patienter osv.

Endvidere er det Deloitte vurdering, at funktionen som tovholder kan lattes ved it-understøttelse og ensartede forløbsbeskrivelser i praksis og på tværs af sektorer.

4.5 Brug af klinikpersonalet

Sammenstilling af cases

Alle de inddragede praksisser anvender fælles klinikpersonale bortset fra Haarbylægerne som en delvis undtagelse (de kan give en hjælpende hånd men går ikke på tværs af de to delepraksisser, Jordløselægerne og Haarbylægerne).³

Sygeplejerskerne anvendes i praksisserne både som specialister med egne patientprogrammer og som fleksible ressourcer, der på nogle tidspunkter varetager opgaver, der traditionelt er sekretærens eller bioanalytikerens.

Derudover er det typisk sygeplejerskerne, der varetager det daglige samarbejde med samarbejdspartnere som fx den kommunale hjemmepleje.

I en af praksisserne kan sygeplejerskerne lige så vel som lægen tage på hjemmebesøg, hvor patienten ikke kan komme til klinikken og ikke er tilknyttet hjemmeplejen. Det kan fx dreje sig om at give D-vitamininjektioner.

Grunden til, at lægerne har ansat personale med sundhedsfaglig baggrund er, at de kan selvstændigt varetage behandlingsmæssige opgaver og dermed frigøre tid fra lægerne selv. Den frigjorte tid kan så

³ Uddannelseslæger betragtes ikke i denne sammenhæng som en del af klinikpersonalet.

bruges på andet som fx at behandle andre patienter i praksissen og dermed øge den samlede behandlingskapacitet og indtjening, faglige aktiviteter uden for praksis eller reduceret arbejdstid.

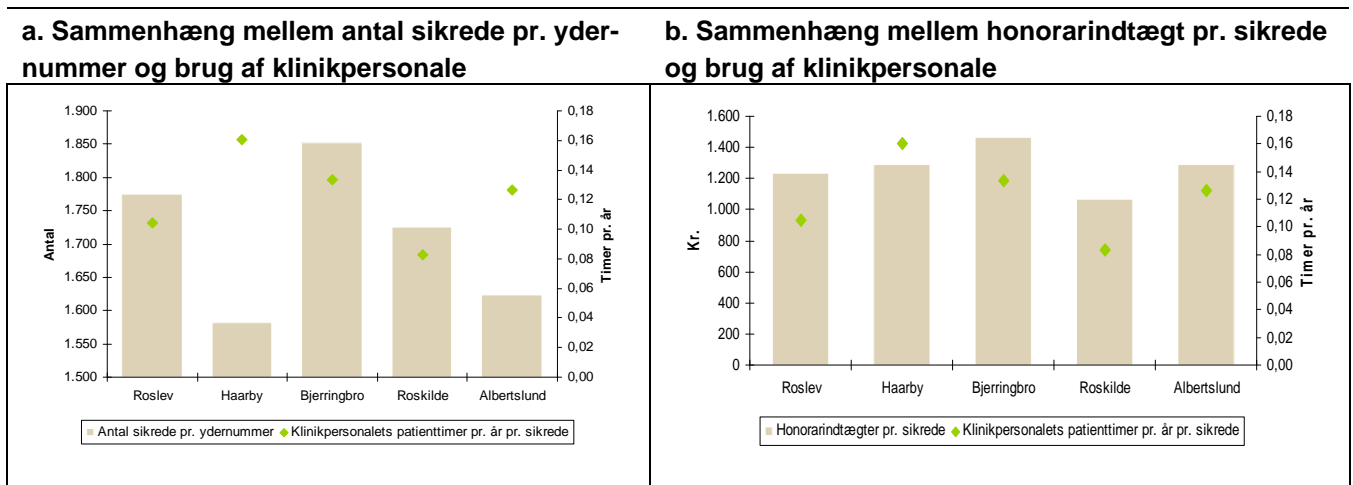
Også sekretærerne varetager opgaver udover de traditionelle for denne faggruppe, og som overlapper med de sundhedsfaglige gruppers opgaver. Det drejer sig fx om vejning, podning, EKG-tagning og afsendelse af blod- og urinprøver.

En fordel ved at have fælles klinikpersonale – også i samarbejdspraksis – er, at det er mindre omkostningstungt end, at lægerne har hver sine ansatte. Lægernes og klinikpersonalets erfaring er, at en sådan konstruktion kan fungere udmærket.

Der er forskel på, hvordan klinikpersonalet anvendes. Hvis målet er at øge kapaciteten, forudsætter det, at der sker en opgaveglidning således at klinikpersonalet selvstændigt varetager specialiserede behandlingsrelaterede opgaver (i overensstemmelse med LEON-princippet), som lægen tidligere har varetaget. På denne måde frigøres der tid hos lægen til at behandle andre patienter.

Grunden til, at klinikpersonalet med sundhedsfaglig baggrund primært er sygeplejersker, er, at der i de inddragede praksisser er relativt få ansatte, og der dermed er behov for bredt dækkende og fleksible kompetencer og ikke for snævre funktionsområder. Det gælder i hverdagen men særligt i ydertidspunkter i åbningstiden, under ferieafvikling eller ved andet klinikpersonales sygdom.

I nærværende undersøgelse er der ikke et entydigt billede af, hvor vidt klinikpersonalets tid på patienter er afgørende for, hvor mange patienter en praksis kan håndtere, jf. figur 6. Ekstra klinikpersonale er altså ikke nok i sig selv, såfremt en praksis ønsker at have flere patienter tilknyttet. Der synes i stedet at være en sammenhæng mellem brug af klinikpersonale og honorarindtægter pr. ydernummer, jf. figur 6. Caseundersøgelsen viser således i nogen grad, at jo mere tid klinikpersonalet anvender på patienterne, desto højere er honorarindtægterne pr. sikrede.

Figur 6. Ydelsesantal og honorarindtægter i forhold til klinikpersonale

Anm: Klinikpersonalets patienttimer pr. år pr. sikrede er den tid sekretærer, sygeplejersker og bioanalytikere samlet set anvender på behandling af patienter. Der er ikke taget højde for ferieperioder.

Kilde: § 100-opgørelser og årsregnskaber

Interviewresultaterne tyder dog på, at honorarindtægterne både hænger sammen med, i hvor høj grad den enkelte praksis har fokus på at udnytte klinikpersonalet, men også på hvorledes praksissen optimerer arbejdsgange og i det hele taget får strømlinet praksissen.

Hvor vidt klinikpersonalets tid skal anvendes til flere patienter og/eller øget behandling af den enkelte patient, er i dag i vidt omfang op til den enkelte praksis og region, såfremt § 100-loftet overholdes.

Flere af de medvirkende praksisser overvejer, og enkelte har besluttet, at sygeplejerskerne med tiden skal varetage mange af ydelserne i forhold til kronikergrupperne. Det vil frigøre lægernes tid til andre patienter og samtidig kunne øge behandlingens kvalitet. Praksisserne giver udtryk for, at der i dag generelt ikke tages tilstrækkelig hånd om disse grupper. En af grundene er, at det endnu ikke er sat fuldt i system, hvilke ydelser patienterne skal modtage, på hvilke tidspunkter og af hvem. Det kan fx være tilrettelagt sådan, at patienten ses hos lægen en gang årligt og derudover møder til behandlingskontrol og vejledning hos sygeplejersken tre gange årligt. Det vil i nogle praksisser kræve, at sygeplejerskerne efteruddannes og eventuelt ansættes flere.

Det er den generelle vurdering, at uddannelseslæger udvider kapaciteten, men det afhænger nøje af, på hvilket uddannelsesstrin de er. Den generelle vurdering er, at uddannelseslægerne som minimum er udgiftsneutrale for praksisserne.

Udviklingsmuligheder

Det er Deloittes vurdering, at anvendelsen af klinikpersonalet kan optimeres og målrettes forskellige mål. Personalet vurderes at være en nødvendighed for udvidet kapacitet, hvis arbejdstiden blandt lægerne og tiden til den enkelte patient skal holdes konstant. Realiseringen af en udvidet kapacitet afhænger af, at det sundhedsfaglige personale bruges til selvstændige specialiserede opgaver, der ellers ville have været varetaget af lægerne.

Det må formodes, at et øget omfang af systematisk behandling af kroniske patienter i praksisserne vil mindske behovet for behandling af disse patienter i sygehussektoren og dermed med udgangspunkt i LEON-princippet være en samfundsøkonomisk fordel eller i hvert fald en kvalitetsforbedring.

Dertil kommer, at der kan ske yderligere opgaveglidning i og med, at sekretærene med et relativt fleksibelt arbejdsområde vil kunne bistå fx med at forberede urinprøvesvar, vacciner og sutursæt. Hvis der foretages akupunktur i klinikken, kan sekretæren fjerne nålene, imens lægen kan gå videre med dagens aftaler.

Denne type af kapacitetsudvidelser giver mulighed for at udvide servicen med flere og/eller bedre ydelser, og praksissen kan i samarbejde med regionen udvide antallet af sikrede.

4.6 Tilgængelighed for patienter

Sammenstilling af cases

De praktiserende læger er patienternes primære indgang til sundhedsvæsenet, og tilgængeligheden er derfor vigtig.

Alle praksisser har dagligt akuttider, som de selv visiterer til fx via en telefonkonsultation.

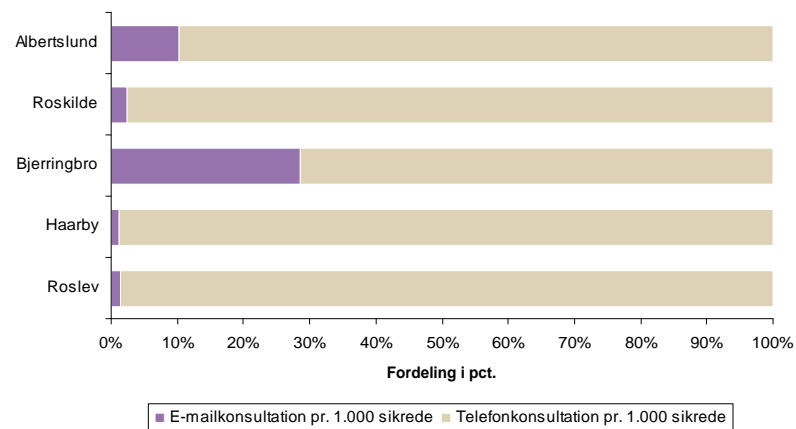
En af de involverede lægepraksisser har høj grad af tilgængelighed. Hver dag mellem kl. 8 og 9 er der mulighed for at møde personligt op og dermed undgå at skulle vente på en tid flere uger ude i fremtiden. Det er således ikke kun akutte patienter, der benytter sig af den åbne konsultation.

Alle læger skal tilbyde telefonkonsultation. De medvirkende praksisser tilbyder endvidere alle e-mailkonsultationer. E-mailkonsultationerne betyder, at patienterne kan henvende sig til lægen på alle tidspunkter af døgnet, og at lægen kan svare patienterne, når der er tid hertil. Denne fleksibilitet øger tilgængeligheden og serviceniveauet over for patienterne.

Der er blandt lægerne delte holdninger til e-mailkonsultationer. Enkelte udtrykker stor tilfredshed med muligheden, dels fordi der er tid til eftertanke i forhold til telefonkonsultation, hvor patienten vil have et svar med det samme, dels fordi det øger fleksibiliteten. En praksis har udarbejdet standardsvar, som lægen ved et enkelt klik kan sende af sted til patienten eksempelvis i forbindelse med svar på tests. Andre mener, at patienten ikke via en e-mail kan udtrykke sig på samme måde som gennem en telefon, og at lægen derfor som regel alligevel vil bede patienten om at møde personligt op. I givet fald er intet vundet. Samme gruppe mener også, at der ikke spares tid ved e-mails.

De medvirkende praksisser bruger e-mails i forskelligt omfang, jf. figur 7, hvilket tilsyneladende hænger sammen med deres erfaringer og vurderinger af nytten. Alle er dog enige om, at serviceniveauet kan forbedres ved brug af e-mailkonsultation.

Figur 7. Brugen af e-mail- og telefonkonsultationer



Kilde: § 100-opgørelser.

Udviklingsmuligheder

De praktiserende lægers tilgængelighed er vigtig for, at gatekeeper-funktionen fungerer efter hensigten. Det løses i vid udstrækning med telefonkonsultationerne. Flere praksisser anvender dog også e-mailkonsultationer, mens en enkelt praksis tilbyder åben konsultation.

Tilgængelighed sikres også ved, at praksissen informerer på en hjemmeside om tidspunkter for telefonkonsultation, og hvor det er muligt at bestille recepter.

Internettet giver således patienterne mulighed for at benytte en anden indgangskanal til praksissen, hvilket alt andet lige med tiden må give en bedre ressourceudnyttelse af lægernes og personalets tid.

4.7 Sammenfatning

Gennemgangen ovenfor viser, at de fem praksisser på en række områder er ens, mens de på en række andre områder adskiller sig væsentligt fra hinanden.

Praksisserne er ensartede i forhold til størrelse og baggrund for deres form. De er således alle fem flerlægepraksisser med aktuelt fire til fem læger som ejere, og lægerne udtrykker alle, at de har valgt denne form, fordi der er øget mulighed for faglig sparring og kollegialt samvær i forhold til solopraksis.

For nærværende ønsker ingen af de involverede praksisser at udvide antallet af læger, idet der er en forventning om, at en udvidelse vil medføre, at omfanget af administration og behovet for ledelse vil stige.

Ses der bort fra praksissen i Haarby, som er åben for tilgang af patienter, svinger antal sikrede pr. ydernummer med 14 pct. mellem de resterende fire praksisser. Grundene til denne forskel kan være mange, jf. afsnit 4.2, men det er værd at bemærke, at den praksis, der har flest patienter pr. ydernummer, også er den praksis, der har de bedste økonomiske nøgletal. Det er også den praksis, der har den korteste arbejdsuge pr. læge.⁴

Praksissen i Bjerringbro har således formået at finde en model, hvor det er muligt både at håndtere mange patienter pr. ydernummer, at have en fornuftig økonomi og holde en arbejdsuge på cirka 30 timer pr. læge (se afsnit 4.3). Denne praksis adskiller sig særligt fra tre af de øvrige for så vidt angår, at man her har haft et særligt fokus på hensigtsmæssig organisering og arbejdstilrettelæggelse, korrekt ydelsesregistrering samt arbejdsdeling mellem de forskellige faggrupper. Den anden praksis, Roslev, som har arbejdet systematisk og målrettet med optimering af arbejdsgange mv. har lignende gode resultater for så vidt angår antallet af patienter pr. ydernummer.

Selv om begge praksisser er kompagniskaber med fem læger og har flere sygeplejersker ansat, tegner der sig et billede af, at den konkrete formelle organisering af flerlægepraksis er sekundær i forhold til evnen til at håndtere mange patienter. Det er derimod evnen til at optimere og standardisere patienthåndteringen, herunder ikke mindst arbejdsdelingen mellem personalegrupperne, samt til at professionalisere den administrative drift og organisationen, som efter Deloitte's vurdering har betydning.

Det må derfor også være relevant antage, at mængden af klinikpersonale ikke i sig selv øger den enkelte praksis evne til at håndtere flere pa-

⁴ Der ses bort fra praksissen i Haarby, der er åben for tilgang.

tienter. Det er således primært et spørgsmål om at organisere arbejdet og opgavedelingen hensigtsmæssigt (se afsnit 4.5).

En rimelig konklusion på baggrund af de fem cases er, at fx sygeplejersker primært bør varetage fagligt relevante opgaver, og som udgangspunkt varetage egne patienter. Det betyder fx, at en sygeplejerske i vid udstrækning kan udfylde rollen som tovholder, sundhedsfremmer og specialist særligt i forhold til kronikergrupperne. Såfremt lægerne i praksissen som hovedregel overlader disse funktioner til sygeplejerskerne, er der frigjort lægetid til, at der potentielt kan håndteres flere patienter.

Også i forhold til rollen som gatekeeper er der mulighed for, at sygeplejerskerne varetager en række opgaver selvstændigt. De praksisser, som varetager akutte patienter, har således med fordel indsat en "visiterende" sygeplejerske, som kan færdigbehandle de fleste patienter med småskader.

De praksisser, som angiver at kunne øge patientantallet markant med ansættelse af fx en yderligere sygeplejerske har særligt arbejdet med faglig beskrivelse af patientforløb mv. Der er derfor tale om, at det ikke kun er den administrative drift og ledelse, der skal foregå på et professionelt plan, men også den faglige ledelse.

På samme vis danner der sig et klart billede af, at opgaveglidning og opgavedeling kan bidrage til at øge den enkelte praksis' kapacitet. I forhold til administratorrollen kan en lang række administrative opgaver overlades til sekretærene. Det drejer sig om regnskab, ydelsesafregning mv. Særligt bør nævnes, at sekretærene med fordel kan varetage detailplanlægning af lægernes, sygeplejerskernes og eventuelle andre faggruppers dagsprogrammer. Deling af de administrative opgaver mellem lægerne synes ligeledes at være en relevant metode til at realisere stordriftsfordele, som potentielt kan øge praksissens kapacitet.

5. Perspektivering

Dette afsnit rummer Deloittes perspektivering af resultaterne af gennemgangen og analysen af de fem cases.

I en situation, hvor der er behov for at øge kapaciteten i almen praksis for at kompensere for et faldende antal læger, er der behov for at tænke alternativt. Udgangspunktet må være at anlægge et fordomsfrit syn på sektorens form og udvikling. Der gives således her et bud på realistiske og gennemførlige løsninger. Løsninger, som sikrer, at kvaliteten fastholdes samtidig med, at de kapacitetsmæssige udfordringer, der er i almen praksis i dag og som forventes at vokse i de kommende år, overkommes.

Med afsæt i de fem case-studier og Deloittes øvrige erfaringer fra sektoren er det oplagt, at klinikpersonale – sygeplejersker og eventuelt bioanalytikere – er en væsentlig del af svaret herpå. Men det er også åbenlyst, at det ikke i sig selv er tilstrækkeligt. Det forudsætter samtidig en bevidst tilrettelæggelse af patientforløb, arbejdsdeling og arbejds gange i praksis, hvis det for alvor skal være afsættet for, at de samme lægelige ressourcer skal kunne håndtere et større antal borgere. Ellers er der meget, der peger i retning af, at ansættelser af klinikpersonale i højere grad fører til et større antal ydelser pr. borger – og dermed givetvis en højere kvalitet – og i mindre grad til, at der håndteres flere borgere i den enkelte praksis. Men som Deloitte ser det, er potentialet ved en fortsat udvidet anvendelse af klinikpersonale af væsentlig størrelse – og endnu vigtigere – det er inden for rækkevidde uden større strukturelle ændringer. Det kræver dog selvfølgelig en ledelsesmæssig indsats i praksis og en stor bevidsthed om udnyttelsen af de tilstedeværende ressourcer.

En øget anvendelse af klinikpersonale indebærer også et fokus på arbejdsdelingen og graden af specialisering i praksis. For så vidt angår klinikpersonalet er specialisering og dedikering til et bestemt sæt af arbejdsopgaver og bestemte patientgrupper et væsentligt afsæt for, at de kan være et godt bidrag til serviceringen af patienterne og samtidig et godt bidrag til praksissens økonomi. Ser man på lægerne, er billedet generelt anderledes, idet det fremherskende billede er samlet håndtering af en rimeligt fast gruppe af borgere i samspil med klinikpersonalet, mens specialiseringen og arbejdsdelingen mere knytter sig til fordeling af ansvar og opgaver i forhold til udvikling af klinisk praksis og administrative opgaver. De fem cases illustrerer flere nuancer i dette billede, men ingen af dem repræsenterer eksempler på en egentlig og mere vidtgående klinisk arbejdsdeling eller specialisering blandt lægegruppen i forhold til patientgrupper og/eller behandlinger. Om det er udtryk for rationel arbejdstilrettelæggelse eller blot traditioner, kan selvfølgelig udfordres. Anlægger man en rå produktivitetsbetragtning,

så handler det i høj grad om en afvejning mellem på den ene side fordelene ved, at lægen kender patienterne, og derfor har et begrænset behov for forberedelse forud for konsultationer, og på den anden side de produktivtetsgevinster, som kan opnås ved at gennemføre beslægtede opgaver i et stort omfang (men ofte med et behov for forberedelse, da man ikke i samme grad kender patientens historik). Udfaldet af dette "regnestykke" afhænger ikke mindst af, hvor stor en del af konsultationerne, som har en karakter, hvor specialiseringsgevinsterne er væsentlige i forhold til såvel ressourcer som kvalitet. Derudover er det betinget af, at den interne visitation af patienterne kan ske, når patienterne henvender sig på baggrund af egne beskrivelser af symptomer – ofte overfor sekretær eller via mail. Som Deloitte ser det, er der behov for, at disse forhold og afvejn timer belyses yderligere, for at man for alvor kan komme nærmere et kontant bud på, hvilket potentiale der er ved en mere udtalt faglig arbejdsdeling på lægeområdet. Det skal så i øvrigt i givet fald sammenholdes med hensynet til kontinuitet set fra borgerens perspektiv.

Der bør heller ikke herske tvivl om, at det er nødvendigt at tage hensyn til, hvad der motiverer lægerne til at arbejde i praksissektoren, da det vil have en afgørende betydning for gennemførligheden af de tiltag, som man måtte sætte i søen. Case-studierne giver således et klart indtryk af, at det økonomiske incitament til at øge aktiviteten har sine begrænsninger, blandt andet med henvisning til, at marginalbeskatningen indebærer, at udbyttet heraf ikke opleves som stort. I sammenhæng hermed værdsætter en del læger frihedsgraderne til at påtage sig andre faglige arbejdsopgaver ved siden af, hvoraf en væsentlig del dog er tæt knyttet til praksis i form af lægevagarbejde og arbejde som praksiskonsulent.

I sammenhæng hermed vil det være naturligt at se på de reguleringsmæssige rammer rettet mod fordelingen af patientbelastningen og omfanget af ydelser. Disse trækker således i sin nuværende form ikke i retning af at stimulere til øget indtag af patienter. Det kunne derfor være relevant at overveje en mere dynamisk og konstruktiv model med mere fokus på benchmarking i forhold til potentialer, blandt andet under hensyntagen til den samlede bemanning i den enkelte praksis. Et sådant tiltag vil også kunne bidrage til at etablere en løbende evaluering af, om der er overordnede strukturelle forhold, herunder ikke mindst en bestemt størrelse af praksis, som systematisk danner grundlag for en bedre udnyttelse af de samlede ressourcer i praksissektoren.

De geografiske forskelle i almen praksis rolle forklares normalt ved, at rammebetingelserne og forudsætningerne er forskellige, blandt andet i form af afstand til nærmeste sygehuse og tilstedeværelsen af privatpraktiserende speciallæger. Men også her kan man jo vælge at vende betragtningen lidt om. Kan de modeller for tilrettelæggelse af almen praksis, som fx illustreres af Bjerringbro-casen, være en inspirations-

kilde for en tilpasning af almen praksis, der hvor afstandene er mindre, og hvor udbudet af behandlingsmuligheder er større? Case-studierne kunne godt give indtryk af, at dette kunne være tilfældet. Det ville kunne give en mere samlet og sammenhængende servicering af borgerne. Meromkostningerne pr. borger til praksissen er ikke så store, samtidig med at antallet af henvisninger så vil være lavere, hvilket vil give lavere udgifter andre steder i sundhedsvæsenet. Dette stiller selvfølgelig nogle krav til størrelsen af praksis, såvel bemandingsmæssigt som arealmæssigt. Og lige på dette punkt er det Deloittes vurdering, at der meget vel kan være brug for, at der under en eller anden form ydes "fødselshjælp" til de fysiske rammer, ligesom det også nogen steder vil forudsætte ændringer i, hvilke ydelser der kan opnås betaling for.

Disse overvejelser illustrerer dog desværre også, at der aktuelt er begrænset viden om, hvordan det samlede billede af behandlingsmæssig kvalitet, oplevet kvalitet og økonomi ser ud på tværs af sektorer for de patientforløb, som vejer tungt i praksissektoren. Dette kunne være godt at få sat mere fokus på, blandt andet for at få mere klarhed om, hvorvidt den typiske nuværende praksis og nogle af de ændringer, der er undervejs som følge af blandt andet den øgede anvendelse af klinikpersonale til håndtering af kronisk syge patienter, afspejler en god udmøntning af LEON-princippet – til gavn for både patienterne og samfundsøkonomien.

5.1 Afrunding

På baggrund af praksissernes tilkendegivelser er det Deloittes vurdering, at mange flerlægepraksisser vil kunne varetage behandling af et højere patientantal. Videre er det vurderingen, at det udover en mindre øgning i patientantal forudsætter en udvidelse af klinikpersonalet – og nogle steder de fysiske rammer. Derudover forudsætter det, at ledelsen og den daglige drift professionaliseres yderligere, således at rammer og ressourcer udnyttes bedst muligt.

Endelig savnes der en tilskyndelse til at udvide patienttallet, idet praksisserne giver udtryk for, at der er begrænsede incitamenter til at øge antallet af lægernes egne timer i praksis eller til at udvide personalet i øvrigt.

Det er samtidig nødvendigt at vurdere konsekvenserne for det samlede sundhedsvæsen, hvis praksissektoren i stigende grad rekrutterer sygeplejersker og andre personalegrupper.

Bilag A. Casebeskrivelser

A.1 Casebeskrivelse A: Lægehuset i Roslev

A.1.1 Demografiske og geografiske forhold

Der er tale om en gennemsnitlig patientsammensætning, der er typisk for et landdistrikt.

Lægehuset ligger i et område, hvor der generelt er stigende mangel på praktiserede læger. Der er to solopraksisser i området, hvoraf den ene er lukket på grund af sygemelding. Der er ikke forventning om, at disse praksisser vil kunne videreføres, når de nuværende ejere går på pension.

A.1.2 Kapacitet

Lægehuset har 7.100 tilknyttede patienter, og der er p.t. lukket for tilgang.

A.1.3 Organisering

De fem læger træffer i fællesskab alle beslutninger af betydning. Til særlige projekter, for eksempel ombygningsprojekter, it-projekter eller faglig udvikling og lean-forløb udpeges en ansvarlig blandt speciallægerne.

Der arbejdes på en rollefordeling og herunder særligt en personaleansvarlig. Klinikpersonalet efterspørger en mere klar og formel udmelding om rollefordeling i forhold til personaleansvaret. Lægerne har selv oplevet, at det har været vanskeligt at skulle deles om personaleansvaret.

Generelt diskuteres problemstillinger åbent på fællesmøder, hvor alle faggrupper er til stede. Der afholdes fællesmøde hver anden tirsdag på 07:40 til 08:00, hvor alle deltager. Fællesmødet følger en fast dagsorden og omhandler primært forbedringstiltag i praksissen.

Foruden fællesmøderne afholdes der chefmøder hver tirsdag sidst på eftermiddagen, hvor kun de fem læger deltager. Her diskuteres og behandles mere overordnede emner som for eksempel strategi for praksissen, større investeringer samt faglige emner.

Til hver ny uddannelseslæge udpeges en uddannelsesansvarlig blandt speciallægerne. De daglige behandlingsrelaterede spørgsmål fra reser-velægen løses enten af den læge, hos hvem patienten senest har været tilknyttet, eller af den uddannelsesansvarlige.

A.1.4 Samarbejde mellem lægerne

Lægerne deles formelt om lægehusets patienter, men i praksis vælger de fleste patienter den samme læge hver gang. Patienterne booker således deres tider hos en bestemt læge, medmindre der er ventetid, og der er tale om mindre ting, fx halsbetændelse.

De fem læger deles desuden ligeligt om de akutte patienter. Der er således en "akutvagt", der går på skift mellem lægerne.

Det er væsentligt for lægerne, at de fem læger kan varetage alle faglige opgaver. Der er derfor ikke nogen egentlig specialisering. Dog kan en af lægerne udføre akupunktur, hvilket de øvrige læger indimellem anvender til enkelte patienter. For så vidt angår ajourføring af lægehusets faglige viden, tager den enkelte ansvar for eget hovedinteresseområde, om end dette dog er på et uformelt og ikke aftalt plan. Patienter henvises således ikke indbyrdes mellem lægerne, men det sker, at patientrelaterede spørgsmål drøftes.

Uddannelseslægen har eget dagsprogram, som er mindre intensivt end speciallægenes, med en overvægt af akutte patienter. Der er en halv times daglig sparring med en af speciallægerne, primært den, der er udpeget som uddannelsesansvarlig – og derudover efter behov.

Lægehuset forsøger at sikre, at generationsskifte kan ske til en tidligere uddannelseslæge i huset. Da man har belånt bygningerne maksimalt, er prisen for at overtage en andel af kompagniskabet samtidig søgt begrænset, således at det ikke vil være en barriere for generationsskifte.

A.1.5 Samspil klinikpersonalet indbyrdes og med lægerne

Klinikpersonalet er ansat af kompagniskabet og udgøres i det daglige af fire sygeplejersker og fire sekretærer. Sygeplejerskerne har selvstændige konsultationer i tæt samarbejde med lægerne. På skift tager en af sygeplejerskerne en dag om ugen blodprøver hjemme hos patienterne.

Der er udarbejdet jobbeskrivelser, funktionsbeskrivelser samt diagnose- og behandlingsvejledninger for sygeplejerskerne. Derudover aftales arbejdsopgaverne løbende.

For at sikre, at der arbejdes mere ensartet på tværs af læger og sygeplejersker, så patienterne modtager en ensartet behandling af høj kvalitet, arbejdes der p.t. med udarbejdelse af behandlingsplaner for de enkelte patientgrupper.

Når patienterne ringer for tidsbestilling, gør sekretærerne meget ud af at spørge ind til, hvad det drejer sig om, således at konsultationen kan forberedes bedst muligt, og den rette tid til konsultationen kan afsættes. Ligeledes oplyser sekretæren patienten om, hvor lang tid der er afsat til konsultationen, således at der så tidligt som muligt er foretaget en forventningsafstemning med patienten. Hvis patienten under konsultationen ønsker at tale om flere emner, bliver der afsat en ny tid til dette. Man søger derved at maksimere den effektive konsultationstid samt at overholde den afsatte konsultationstid, og det er lægernes og personalets vurdering, at effektiviteten er steget markant på den baggrund.

Klinikpersonale	Primære opgaver	Sekundære opgaver
Sekretærer	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonbesvarelse - Afsendelse af urin- og blodprøver - Regnskab - Udarbejdelse af vagtskema 	
Sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> - Blodprøvetagning - Urinundersøgelse - Halspodning - Sårbehandling - Vaccinationer - Øreskylning - Vortebehandling - Lungefunktionsundersøgelse - EKG - Kontrol af blodfortyndende behandling (INR) - Kontrol af sukkersyge og blodtryk - Forebyggelsessamtaler vedrørende livsstilssygdomme - Vægtkontrol - Rygestopsamtaler - Hele det kontinuerlige patientforløb for kronikere 	<ul style="list-style-type: none"> - Reception og telefonpasning

Der er et begrænset overlap mellem sekretærernes og sygeplejerskerens arbejde, og både sekretærer og sygeplejersker udfører hovedsageligt fagrelevante opgaver.

De fire sygeplejersker har egne dagsprogrammer og har på lige fod med lægerne en kalender med egne patientkonsultationer. Udvidelsen fra én til fire sygeplejersker er foregået over de seneste tre år.

Sygeplejerskerne vurderer, at det øgede patientvolumen og en større faggruppe har betydet, at der er kommet mere fokus på de sygeplejefaglige opgaver, og at det i højere grad er blevet muligt at udnytte kompetencerne og det faglige potentiale. Ligeledes arbejdes der målrettet på at lægge så mange af lægernes opgaver over til sygeplejerskerne, at lægerne kan tage flere "lægekrævende konsultationer".

A.1.6 Faciliteter

Ud over lægernes og sygeplejerskernes konsultationsrum råder lægehuset over to mindre laboratorier, hvor henholdsvis urinprøver og blodprøver analyseres og forberedes til afsendelse og analyse på sygehuset i Skive. Laboratoriet råder blandt andet over en Trio-lab, som gør det muligt at foretage en lang række analyser af blodprøver – de resterende sendes til sygehuset.

Lægehuset har et rum, der er indrettet til skadestue/skadeklinikk, hvor der kan behandles sår, foretages EKG, sutureres og fjernes sutur mv.

Der udføres i såvel skadestue som i de enkelte lægekonsultationsrum mindre operationer med lokalbedøvelse.

Af hensyn til patienternes relativt store afstande til sygehuset tilstræber lægehuset at udføre så meget som muligt selv.

A.1.7 Servicetiltag

Lægehuset tilbyder patienterne at foretage tidsbestilling, e-konsultation og receptfornyelse via internettet. Der er dog fortsat nogle begrænsninger i den tekniske løsning, som ikke er optimale, men tilbuddene vurderes at være et væsentligt serviceløft for patienterne. Samtidig er det vurderingen, at e-mail letter arbejdet for lægerne, og at der spares en del telefonkonsultationer og telefonhenvendelser. Den forøgede brug af e-konsultationer kan blandt andet mærkes på telefontiden om morgenen, hvor køen til telefonen er mindre. Telefonkonsultationerne er herved også blevet mere relevante, da for eksempel prøvesvar, medicinbestilling mv. nu i stor udstrækning foretages via e-mail.

Lønsomhed

Personale-sammensætning	Længde pr. arbejdsuge ¹	Honorar-indtægter i praksis (mio. kr.)	Antal ydelser pr. 1.000 sikrede ²	Antal henvisninger pr. 1.000 sikrede	Antal laboratoriydelser pr. 1.000 sikrede	Størrelse på lægehuset
5 læger 1 reservelæge	36 timer/uge for læger	8,8	7.946	84	979	700 m ²
4 sygeplejersker	24-30 timer/uge					
4 sekretærer	24-30 timer/uge					

Anm.: 1) Flere af lægerne arbejder reelt flere timer, men har principielt fri éndag om ugen.

2) Antal ydelser dækker konsultationer, inklusive telefon, e-mail og besøg.

Kilde: Årsrapport 2007 og § 100-opgørelse.

Klinikpersonalet og reservelægen er fastlønnede.

A.1.8 Lægehusets størrelse

Lægerne finder, at den nuværende ejerstruktur og størrelse med fem læger fungerer godt. Det er umiddelbart vurderingen, at der ikke bør være mere end seks ejere af kompagniskabet. Derimod er der ikke nogen principiel grænse for, hvor meget klinikpersonale der kan udvides med. Det er under overvejelse at udbygge den fysiske kapacitet med henblik på at gøre plads til i hvert fald yderligere én sygeplejerske.

Man har overvejet, om det vil være relevant at ansætte en bioanalytiker, men det er p.t. vurderingen, at det vil kræve, at der kan genereres et 100 procent dedikeret dagsprogram til en sådan person. I stedet overvejes altså at ansætte yderligere en sygeplejerske, da man vurderer, at der er arbejde nok, samt at en sygeplejerske har en mere fleksibel baggrund for en bredere opgaveportefølje. Generelt vurderer lægerne, at introduktionen af flere faggrupper i praksissen vil kræve en anden organisation, og at opgavefordelingen vil blive mere fastlåst.

Der er vurderingen, at lægehuset med yderligere en sygeplejerske vil kunne udvide patientantallet med op til 1.200.

A.2 Casebeskrivelse B: Jordløselægerne og Haarbylægerne

A.2.1 Demografiske og geografiske forhold

Optageområdet er et traditionelt landdistrikt, og der er kun meget få patienter med anden etnisk baggrund, ligesom der heller ikke er mange misbrugere.

A.2.2 Kapacitet

Det samlede patientantal udgjorde for Jordløselægerne 1.558 patienter i 2007, mens det for Haarbylægerne udgjorde 3.189. Der er aktuelt åbent for tilgang.

Konsultationslængden er hos Jordløselægerne fastsat til 15 minutter, og der er åben konsultation mellem 08:00 og 10:00 hver dag samt torsdag fra 16:00 til 18:00. Hos Haarbylægerne er konsultationslængden fastsat til 12,5 minutter pr. patient.

A.2.3 Organisering

Lægehuset består af to delepraksisser, som for nærværende udelukkende deler lokaler og apparatur. Personalet deles således ikke på tværs, og patienterne mødes af to receptioner – en reception til patienterne hørende til Jordløse og en reception til patienterne hørende til Haarby.

I forbindelse med opkøbet af rådhuset oprettede lægerne et ejendoms-selskab, som ejes ligeligt mellem de fem læger.

Udgifter til bygningsvedligehold og indkøb mv. allokeres i et forhold 1:2, således at Haarbylægerne i kraft af det dobbelte antal læger betaler dobbelt så meget af udgifterne i forhold til Jordløselægerne.

Det er målet med det større hus, at det faglige niveau styrkes, hvilket der er en forventning om vil tiltrække både læger og sundhedsfagligt personale. Herved fremtidssikres lægehuset både for de unge læger og for de ældre læger, der inden for en overskuelig fremtid skal sælge deres praksis.

Da de to lægepraksisser er adskilte, er der ikke uddelt ledelsesfunktioner på tværs af praksisserne. Det er dog hensigten, at de to praksisser med tiden bliver mere integrerede, og der er i den forbindelse en forventning om, at integrationen vil afstedkomme et behov for en mere formel ledelsesstruktur. Aktuelt undersøges muligheden for at ansætte en praksismanager på tværs af de to praksisser.

A.2.4 Samarbejde mellem lægerne

De to lægepraksisser er begge delepraksisser. Patienterne er enten tilknyttet den ene praksis eller den anden. De to praksisser hjælpes ikke ad med hensyn til patienthåndtering i ferieperioder.

De fem læger er enige om, at lægehuset giver dynamik, og flere læger samlet ét sted giver større mulighed for faglig sparring end ellers. Lægerne sparrer således også på tværs af de to praksisser om end i mindre omfang.

Lægerne har talt om at harmonisere patientforløbene for særligt kronikergrupperne, så de to praksisser behandler disse patienter ensartet. Grundet travlhed er arbejdet hermed endnu ikke påbegyndt. Der arbejdes i den forbindelse på at ansætte en sygeplejerske fælles for de to praksisser, som primært skal tage sig af kronikerforløbene. Denne ansættelse forventes at fremme harmoniseringen.

A.2.5 Samspil klinikpersonalet indbyrdes og med lægerne

Klinikpersonalet er opdelt mellem de to delepraksisser. Jordløselægerne har tilknyttet én sekretær og én sygeplejerske, mens Haarbylægerne har tilknyttet to sygeplejersker. Herudover er der tilknyttet reservelæger.

Personalet i de to praksisser samarbejder kun i begrænset omfang med hinanden. Under spidsbelastninger hjælper personalet dog hinanden.

Arbejdet udføres med en høj grad af selvstændighed.

Klinikpersonale	Primære opgaver	Sekundære opgaver
Sekretær	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonbesvarelse - Skrankearbejde - Skrivearbejde og scanning - Post 	<ul style="list-style-type: none"> - Hjælper sygeplejersken ved behov
Sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> - Almene sygeplejeopgaver (sår, injektioner mv.) - Helbredstjek - Rygestop - Diabetes - Børnevacciner - Udlandsvacciner - EKG - Mv. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sekretærfunktioner

Hos Haarbylægerne deler sygeplejerskerne sekretær- og sygeplejeopgaverne mellem sig ved at have én dag hver i funktionerne.

Hos Jordløselægerne er sygeplejersken og sekretæren ikke på samme måde fælles om opgaverne, om end sekretæren hjælper sygeplejersken, når der er behov og mulighed herfor.

A.2.6 Faciliteter

Lægehuset råder ud over lægernes og sygeplejerskernes konsultationsrum, et laboratorium, et skadesrum, træningssal samt et rum til telemedicin.

Ingen af praksisserne havde før et egentligt skadesrum, om end begge praksisser havde funktionen.

I forbindelse med indflytningen i de nye lokaler har Sygehus Fyn indkøbt og opsat telemedicinsk udstyr. Det er hensigten, at udstyret på sigt skal anvendes i forbindelse med videokonference med speciallæger, afsendelse af digitale røntgenoptagelser, EKG, lungefunktionstest og kliniske billeder til vurdering på specialafdelinger.

Det er endvidere hensigten, at udstyret skal anvendes som undersøgelses- og konsultationsrum for "besøgende" speciallæger fra områdets ambulatorier, specialsygeplejersker m.fl., der ønsker at kommunikere/konferere med stamafdelingen.

Lægerne har desuden i tankerne på sigt at anskaffe apparatur til brug for ultralyd og røntgen.

Det er forventningen, at faciliteterne vil medvirke til, at lægehuset i fremtiden vil henvise færre patienter end gennemsnittet i området, idet lægehuset kan håndtere mange opgaver selv.

A.2.7 Servicetiltag

Lægehusets to praksisser har hver deres hjemmeside, hvor patienterne kan finde information om praksisserne. Det er for nærværende kun Jordløselægerne, der tilbyder patienterne e-konsultation, receptfornyelse samt tidsbestilling via internettet.

Det telemedicinske udstyr vil med tiden betyde, at patienter hurtigere kan få svar på eksempelvis hudprøver mv.

A.2.8 Lønsomhed

Personalesammensætning	Længde pr. arbejdsuge	Honorarindtægter i praksis (mio. kr.)	Antal ydelser pr. 1.000 sikrede ¹	Antal henvisninger pr. 1.000 sikrede	Antal laboratorieredninger pr. 1.000 sikrede	Størrelse på lægehuset
5 læger	30 timer	Jordløse-lægerne: 2,0	Jordløse-lægerne: 8.977	Jordløse-lægerne: 320	Jordløse-lægerne: 1.615	1.200 m ² (heraf benyttes 600 m ² af lægerne)
2 sygeplejersker ved Haarbylægerne	26,5 timer	Haarby-lægerne: 4,2	Haarby-lægerne: 6.293	Haarby-lægerne: 308	Haarby-lægerne: 988	
1 sygeplejerske ved Jordløselægerne	30 timer					
1 sekretær ved Jordløselægerne	22,5 timer					

Anm: 1) Antal ydelser dækker konsultationer, inklusive telefon, e-mail og besøg.

Kilde: Årsrapport 2007 og § 100-opgørelse.

A.2.9 Lægehusets størrelse

Lægehusets fysiske størrelse gør det muligt at udvide tilbuddene til patienterne således, at huset med tiden vil udgøre et privat sundhedscenter. Et sundhedscenter vil være til gavn for både patienter og læger. For så vidt angår patienterne, vil de kunne finde forskellige behandlingsformer under samme tag. For så vidt angår lægerne, vil sundhedscentret medføre større mulighed for tværfagligt samarbejde og dermed et mere effektivt lægehus.

Eksempelvis vil en psykolog give mulighed for faglig sparring og samtidig kunne aflaste lægerne, der for nuværende har omkring 500 samtaler årligt med patienter med psykosomatiske lidelser.

Der arbejdes på at ansætte en fælles sygeplejerske, som primært skal tage sig af kroniske forløb. Herved vurderes det af lægerne at være muligt at optimere den sekundære forebyggelse og øge egenomsorgskapaciteten hos patienterne.

Lægerne er ikke umiddelbart interesseret i at have flere læger tilknyttet huset. Risikoen herved er, at lægehuset bliver et minisygehus, som ingen af lægerne er interesseret i. Herudover forudsætter flere læger, at der ansættes en chef.

I forbindelse med, at de faglige tilbud i lægehuset udbygges, er det blevet overvejet, om der skal ansættes en praksismanager. Lægehuset har i den forbindelse haft besøg af en etnolog, der har beskrevet de mulige opgaver, en praksismanager vil kunne tage sig af. Det er forventningen, at en praksismanager vil kunne aflaste lægerne, for så vidt angår det administrative arbejde. Der er dog ikke taget konkret stilling hertil endnu.

Det økonomiske ansvar og hensynet til økonomien er ofte en tung byrde og barriere for forandringer i praksis. Det ville være en stor lettelse og motiverende, hvis nye tiltag var økonomisk neutrale.

A.3 Casebeskrivelse C: Klinikgården, Bjerringbro

A.3.1 Demografiske og geografiske forhold

Patientunderlaget er typisk for en landkommune og er præget af en forholdsvis stor mængde lavt uddannede, blandt andet på grund af tilstedeværelsen af en større produktionsvirksomhed (Grundfos) i kommunen.

Lægehuset ligger i en mindre provinsby hørende under Viborg Kommune. For bedre at kunne servicere patienterne tilbyder lægehuset at udføre blodprøver i lægehuset, så patienterne ikke behøver at tage til sygehuset i Viborg eller Skive.

A.3.2 Kapacitet

Det samlede patientantal udgjorde 7.411 i 2007. Der er aktuelt lukket for tilgang.

Til hver konsultation afsættes normalt 10 minutter. Der kan dog afsættes op til tre gange denne tid.

A.3.3 Organisering

I takt med, at lægehuset er blevet større, er behovet for ledelse blevet tilsvarende større. Lægerne deler derfor ledelsesansvaret mellem sig og har formaliseret en række ansvarsområder såsom personale, it, økonomi, drift og administration, uddannelse og bygningsadministration. Funktionerne går på skift med nogle års mellemrum. Såfremt lægehuset i sjældne tilfælde skal repræsenteres udadtil, aftales det fra gang til gang, hvem der skal påtage sig opgaven.

Der afholdes otte gange årligt finansmøder, hvor ledelsesmæssige problemer afklares.

Ved større beslutninger søges altid konsensus. Kun i meget få tilfælde har det været nødvendigt at træffe flertalsafgørelser.

For at afhjælpe potentiel uenighed mellem lægerne, for så vidt angår arbejdstider, er det besluttet, at der føres kontrol med det antal timer, hver enkelt læge arbejder. Til brug herfor udarbejdes tidsskemaer, således at alle læger i løbet af en måned bidrager lige meget.

Såfremt en læge ønsker at holde en fridag eller lignende, bliver vedkommende fratrukket 5.000 kr. i løn. Herudover har hver læge oprettet sin egen virksomhed, hvortil indtægter (løn) fra lægehuset overføres.

Herved sikres, at der ikke opstår uenighed mellem lægerne, for så vidt angår håndtering af diverse fradrag og udgifter.

A.3.4 Samarbejde mellem lægerne

Da der er tale om et kompagniskab, deles lægerne principielt om alle patienterne. Såfremt patienterne ønsker at blive tilset af en bestemt læge, tilstræbes det at tilgodese dette ønske. Det vurderes, at cirka 80 procent af patienterne benytter sig af den samme læge fra gang til gang. Dette er tilfredsstillende for både læge og patient, idet det for lægen er muligt at følge udviklingen hos de enkelte patienter, og patienterne føler sig trygge. I særlige tilfælde, fx terminalpatienter, sikres det, at der er en backup-læge, som kender patienten og sygehistorien, såfremt den primære læge er fraværende i akutte situationer.

Lægehuset holder aldrig ferielukket. Patienterne kan derfor også i ferieperioder rette henvendelse, men patienterne kan dog på grund af ferieafvikling blive henvist til en læge, de normalt ikke kommer hos. Da lægerne ikke formelt set har "egne patienter", skaber ferieperioder ikke ekstra administration for personalet. Lægehuset dækker ikke ferie for andre praksisser.

Lægerne bruger en del tid på at standardisere ydelserne. Der er således udarbejdet flowdiagrammer for flere patientgrupper og modeller for kronikere. Herved sikres, at denne type patienter behandles ensartet af alle læger og sygeplejersker.

Lægerne sparrer og gør brug af hinandens forskellige kompetencer og erfaringer. Lægerne diagnosticerer dog i vid udstrækning selv, idet der ikke er tradition for at "banke på døren" hos hinanden for at bede om en vurdering. Der afholdes én gang ugentligt et møde, hvor erfaringer deles.

De planlagte finansielle og ugentlige møder vurderes af lægerne at have afgørende betydning for lægehusets stadige udvikling.

A.3.5 Samspil klinikpersonalet indbyrdes og med lægerne

Klinikpersonalet er ansat af kompagniskabet og udgøres i det daglige af tre sygeplejersker, to sekretærer og én bioanalytiker, der varetager opgaver for den samlede lægegruppe. Herudover er der tilknyttet reservedlæger.

Arbejdet udføres med en høj grad af selvstændighed. Det er målet, at der skal udarbejdes arbejdsbeskrivelser for alle personalegrupper. For nærværende er det kun sygeplejerskernes opgaver, der er beskrevet.

Klinikpersonale	Primære opgaver	Sekundære opgaver
Sekretærer	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonbesvarelse - Skrankearbejde - Skrivearbejde og scanning - Arbejdskalender - Post - Indkøb af kontorartikler og medicin - Regnskab og løn 	- Rygestopkurser
Sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> - Almene sygeplejeopgaver (sår, injektioner mv.) - Blodtryksskontroller - Kostvejledning - Astma og KOL - Børnevacciner - Vorter - Mv. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sekretærfunktioner - Laboratorieopgaver
Bioanalytiker	<ul style="list-style-type: none"> - Diverse laboratorieopgaver - Vedligeholdelse af laboratorium, herunder kalibrering af udstyr mv. 	

Sygeplejerskerne udfører sekretæropgaver én formiddag om måneden samt afløser i receptionen i forbindelse med frokost. Denne arbejdstilrettelæggelse giver fleksibilitet ved sygdom og ferie.

De tre sygeplejersker og bioanalytikeren har eget program, som læger og sekretærer sætter patienter på.

A.3.6 Faciliteter

Ud over lægernes og sygeplejerskernes konsultationsrum råder lægehuset over et laboratorium, hvor blodprøverne og urinprøverne analyseres eller forberedes til afsendelse og analyse på sygehuset i Skive, et samtalerum og en mindre skadestue.

Lægerne og klinikpersonalet vurderer, at faciliteterne er en medvirkende årsag til, at lægehuset henviser færre patienter til speciallæge end gennemsnittet i området, idet lægehuset kan håndtere mange opgaver selv.

A.3.7 Servicetiltag

Lægehuset tilbyder patienterne e-konsultation, receptfornyelse samt tidsbestilling via internettet.

Det er vurderingen blandt lægerne, at 60 procent af patienterne benytter sig af tilbuddet om e-konsultation. Lægerne har til brug herfor udarbejdet standardsvar – eksempelvis ved afgivelse af testsvar. Brugen af e-mail har betydet, at der nu kun afsættes en halv time til telefonkonsultation pr. dag.

Derudover tilbyder lægehuset at tage blodprøver for patienter, der ellers skulle til enten sygehuset i Skive eller Viborg. Denne service er indført efter ansættelsen af bioanalytiker. For en lang række patienter fungerer lægehuset således som et nærlaboratorium.

A.3.8 Lønssomhed

Personalsammensætning	Længde pr. arbejdsuge	Honorarindtægter i praksis (mio. kr.)	Antal ydelser pr. 1.000 sikrede ¹	Antal henvisninger pr. 1.000 sikrede	Antal laboratorieredninger pr. 1.000 sikrede	Størrelse på lægehuset
5 læger	4 dage	10,8	6.997	111	2.492	850 m ² (inkl. udlejede lokaler)
3 (4) sygeplejersker	25-30 timer					
2 sekretærer	30 timer					
1 bioanalytiker	30 timer					

Anm: Antal ydelser dækker konsultationer, inklusive telefon, e-mail og besøg.

Kilde: Årsrapport 2007 og § 100-opgørelse.

A.3.9 Lægehusets størrelse

Lægerne finder, at den nuværende ejerstruktur og størrelse med fem læger fungerer godt. Det er muligt at have indflydelse på arbejdsdagen, og der er ikke noget indbyrdes hierarki. En udvidelse med flere ejere vil betyde, at der vil være flere om at træffe beslutningerne, og det anses ikke for tilstræbelsesværdigt.

A.4 Casebeskrivelse D: Lægehuset Dommervænget i Roskilde

A.4.1 Demografiske og geografiske forhold

Patientsammensætningen vurderes af lægehuset at være gennemsnitlig for området.

Lægehuset er i modsætning til de fleste andre læger i byen placeret lidt uden for provinsbyens centrum.

A.4.2 Kapacitet

De fem lægepraksisser har hver mellem 1.730 og 1.850 tilknyttede patienter, og alle har aktuelt lukket for tilgang.

Der er 518 konsultationer pr. uge, hvoraf cirka 20 procent vurderes at være akutte.

Konsultationsvarigheden er 10 til 15 minutter.

A.4.3 Organisering

Lægegruppen har udpeget én blandt gruppen som direktør for anparts-selskabet og en anden læge som personaleleder for klinikpersonalet. Direktøren har dog ikke ledelsesmæssige beføjelser, idet beslutninger træffes af lægerne i fællesskab, men tegner lægehuset udadtil over for revisor og lignende.

Personalelederen er bindeleddet mellem lægegruppen og klinikpersonalet i forhold til lønsamtaler, kurser mv. Hverken direktøren eller personalelederen honoreres for funktionerne.

Det går på skift mellem lægerne at være tutor for reservelægerne og dermed varetage opgaver i forhold til reservelægens uddannelse. De daglige behandlingsrelaterede spørgsmål fra reservelægen løses som hovedregel med den læge, hos hvem patienten er tilknyttet.

Ansvar for at indkøbe og vedligeholde it, telefoner, arrangere sociale arrangementer mv. går på skift mellem lægerne og aftales løbende.

A.4.4 Samarbejde mellem lægerne

Lægerne har formelt hver deres praksis og i det daglige ansvaret for egne patienter. Det betyder, at patienter altid kommer i konsultation ved samme læge. I særlige tilfælde som for eksempel under ferieafvikling bliver patienterne dog henvist til en anden læge inden for lægehuset. Ved at lægerne afholder ferie på skift, kan de i vid udstrækning

holde på egne patienter, mens de samlet set modtager flere patienter fra andre praksisser (passanter).

Alle fem læger kan sætte patienter i konsultation hos reservelægerne under egen læges ansvar og med egen læge som modtager af honoraret. Såfremt denne læge ikke er til stede, placeres behandlingsansvaret hos en af de øvrige læger, der i stedet modtager honoraret.

Lægerne sparrer og gør brug af hinandens forskellige kompetencer og erfaringer. Det er lægernes vurdering, at det faglige samarbejde blandt andet medfører, at lægehuset henviser færre patienter til for eksempel speciallæger end gennemsnittet for området.

Det kollegiale samarbejde anses desuden for at have positiv betydning for arbejdsglæden.

Såfremt en læge ønsker at træde ud af anpartsselskabet, er vedkommende ansvarlig for at sælge sin praksis og anpart. De øvrige læger i anpartsselskabet har dog forkøbsret. Et generationsskifte foretages typisk ved, at lægen sælger halvdelen af sin praksis som delepraksis til en amanuensis og siden afhænder den sidste del.

A.4.5 Samspil klinikpersonalet indbyrdes og med lægerne

Klinikpersonalet er ansat af anpartsselskabet og udgøres i det daglige af to sygeplejersker og to sekretærer, der varetager opgaver for den samlede lægegruppe.

Der er ikke udarbejdet jobbeskrivelser, men arbejdsdelinger aftales mundtligt afhængigt af interesse og kompetence. Arbejdet udføres med en høj grad af selvstændighed.

Klinikpersonale	Primære opgaver	Sekundære opgaver
Sekretærer	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonbesvarelse - Skrivning af attester - Urinprøvetagning samt afsendelse af urinprøver og blodprøver 	<ul style="list-style-type: none"> - EKG-tagning
Sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> - EKG-tagning - Forbindingsskifte - Blodtryksmåling - Priktest - Kostvejledning - Vaccinationer 	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonbesvarelse - Skrivning af attester

Der er et vist overlap mellem sekretærernes og sygeplejerskernes arbejde.

Den ene sygeplejerske har fuld tid sit eget program, som hun og lægerne sætter patienter på. Den anden sygeplejerske deltager – ud over sygeplejeopgaverne – i sekretariatets arbejde blandt andet med at besvare telefonerne. Derudover fører hun løbende lægehusets regnskab.

Det giver en fleksibilitet i opgavetilrettelæggelsen, at der både er ansat sekretærer og sygeplejersker, og at der er en vis grad af overlap i kompetencerne til at løse opgaverne.

A.4.6 Faciliteter

Ud over lægernes og sygeplejerskens konsultationsrum råder lægehuset over et mindre laboratorium, hvor blodprøverne forberedes til afsendelse og analyse på sygehuset. Dog kan der på stedet foretages analyser af blodprøver i forbindelse med kontrol af blodfortyndende behandling. Endvidere kan der tages EKG og urinprøver, inklusive dyrkningsundersøgelse.

Lægehuset har en mindre skadeklinik, hvor der kan sys, skæres og fjernes suturer.

Lægerne og klinikpersonalet vurderer, at faciliteterne er en medvirkende årsag til, at lægehuset henviser færre patienter til speciallæge end gennemsnittet i området, idet lægehuset kan håndtere mange opgaver selv.

Principielt kunne lægehuset også analysere blodprøver, men det ønsker regionen gjort centralt på det nærliggende sygehus.

A.4.7 Servicetiltag

Lægehuset tilbyder patienterne at foretage tidsbestilling, e-konsultation og receptfornyelse via internettet.

Det er ønsket, at patienterne på sigt i højere grad vænner sig til internettet som indgangskanal til lægehuset, da det er en relativt let anvendelig og fleksibel kanal for dialog med patienterne. Det er lægernes vurdering, at e-mail-korrespondancen er en serviceudvidelse, der kun i meget begrænset omfang erstatter konsultationer eller telefonhenvendelser.

For at sikre en større grad af ensartede patientforløb på tværs af lægerne er der ved at blive udarbejdet flowcharts for blandt andre diabetes- og KOL-patienter. Der udpeges en læge for hver type patientforløb som ansvarlig for de respektive flowcharts, der efterfølgende skal skabes enighed om at indføre.

A.4.8 Lønsomhed

Personale-sammensætning	Længde pr. arbejdsuge	Honorar-indtægter i praksis (mio. kr.)	Antal ydelser pr. 1.000 sikrede ¹	Antal henvisninger pr. 1.000 sikrede	Antal laboratoriedydelser pr. 1.000 sikrede	Størrelse på lægehuset
5 læger	40 timer	9,2 mio. kr.	5.562	346	978	462 m ²
2 sygeplejersker	30 timer					
2 sekretærer	30 timer					

Anm: Data er beregnet på baggrund af tre af lægernes § 100-opgørelse.

1) Antal ydelser dækker konsultationer, inklusive telefon, e-mail og besøg.

Kilde: Årsrapport 2007 og § 100-opgørelse.

Klinikpersonalet og reservelægerne er fastlønnede.

A.4.9 Lægehusets størrelse

Lægerne finder, at den nuværende ejerstruktur og størrelse med fem samarbejdende lægepraksisser fungerer godt, om end de med mellemrum drøfter, om organiseringen bør ændres. I den forbindelse er det blandt andet blevet overvejet, om lægehuset burde udbygges med flere læger og/eller klinikpersonale (fx fysioterapeuter og sygeplejersker).

Imidlertid finder lægerne, at fem læger er et hensigtsmæssigt antal. Deres vurdering er, at det giver en større dynamik, end hvis lægehuset bestod af færre læger. Til gengæld vil der med en udvidelse være risiko for, at der opstår grupperinger. Herudover er der en forventning om, at en udvidelse vil kræve en mere formel ledelsesstruktur, som ingen på nuværende tidspunkt har et ønske om. Lægerne befinder sig således godt med alle at tage del i beslutningsprocesserne og ønsker ikke at få frataget beslutningskompetence eller dele den med flere.

Lægehuset har ikke nogen planer om en udvidelse svarende til et egentligt sundhedscenter. Udvidelsen vil i givet fald kræve meget arbejde, og det er der ikke på nuværende tidspunkt stemning for.

Det overvejes aktuelt at ansætte yderligere en sygeplejerske, idet opgaverne vil være der, men aktuelt er de fysiske rammer utilstrækkelige.

A.5 Casebeskrivelse E: Lægerne Kanaltorvet, Albertslund

A.5.1 Demografiske og geografiske forhold

Praksissen ligger på Københavns vestegn. I Albertslund Kommune udgør patienter med anden etnisk herkomst 20 procent (der foreligger ikke oplysninger om de enkelte praksisser). Det skønnes af lægerne også at gælde denne praksis.

A.5.2 Kapacitet

Det samlede patientantal udgjorde 6.495 patienter i 2007. Der er aktuelt lukket for tilgang.

A.5.3 Organisering

Lægegruppen har gennem tiden erfaret, at kravene til ledelsen er blevet større i takt med personaleudvidelsen. Lægerne deler ledelsesopgaverne mellem sig og har formaliseret en række ansvarsområder såsom:

- Lægehusets økonomi
- Planlægning af tidsskemaer og skrivning af referater
- Personaleledelse (delt mellem to læger)
- It
- Drift af lokaler
- Faglig undervisning.

Det er lægernes vurdering, at ansvaret er delt på en for alle tilfredsstillende måde, og at fordelingen af roller sikrer, at alle læger bidrager til lægehusets bedste.

Det er blevet overvejet, om der skulle ansættes en praksismanager, der blandt andet kunne tage sig af personaleledelse, økonomi og planlægning, men der er endnu ikke taget konkret stilling hertil.

For at undgå potentiel uenighed mellem lægerne, for så vidt angår arbejdstider, udarbejdes tidsskemaer til planlægning og opfølgning, således at alle bidrager lige meget. Såfremt en læge ønsker at købe sig fri ud over de faste fridage/ferier, bliver vedkommende fratrukket 4.800 kr. i løn pr. arbejdsdag.

A.5.4 Samarbejde mellem lægerne

Der er tale om et kompagniskab, og derfor deles lægerne i vidt omfang om den samlede patientgruppe. Såfremt patienterne ønsker at blive tilset af en bestemt læge, tilstræbes det at tilgodese dette ønske. Lægehuset vurderer, at størstedelen af patienterne med kroniske sygdomme og behov for profylaktiske ydelser benytter sig af den samme læge fra gang til gang. Dette er tilfredsstillende for både læge og patient, idet det for lægen er muligt at følge udviklingen hos de enkelte patienter, og patienterne føler sig trygge. Såfremt en patient har behov for en akuttid, er der dog ikke i samme grad mulighed for at tilgodese specifikke ønsker.

Til daglig er der et fremmøde på to til tre læger, to sygeplejersker og én sekretær. Lægerne er der som udgangspunkt fra 08:00 til 16:00.

Lægehuset holder aldrig lukket for ferie, og i sommerperioden er der minimum to læger, én sygeplejerske og én sekretær på arbejde. Det betyder, at patienterne i ferieperioderne kan blive henvist til en læge, de normalt ikke kommer hos. Da lægerne ikke formelt set har "egne patienter", skaber ferieperioder ikke ekstra administration, som det ses hos solopraksisser og samarbejdspraksisser. Der tages i ferieperioder ikke imod patienter fra andre praksisser.

Lægerne sparrer og gør brug af hinandens forskellige kompetencer og erfaringer i form af:

- Daglige "se med på patienten her".
- Faglige undervisningsseancer for hele personalet (afholdes cirka én gang månedligt, hvor nye præparater og lignende er på dagsordenen).
- Kursusaktiviteter (tvunget to uger årligt).

Samarbejdet mellem lægerne betyder, at der er mulighed for subspecialisering. Det er blandt andet aftalt, at kun én læge skal være specialiseret i p-stave, idet de anvendes sjældent.

Endvidere er det lægernes vurdering, at det medfører færre henviste patienter end gennemsnittet for området.

A.5.5 Samspil klinikpersonalet indbyrdes og med lægerne

Klinikpersonalet er ansat af kompagniskabet og udgøres i det daglige af tre sygeplejersker og to sekretærer, der varetager opgaver for den samlede lægegruppe. Der er ikke for nærværende ansat reservelæger.

Der er udarbejdet stillings- og funktionsbeskrivelser for henholdsvis sygeplejersker og sekretærer. Derudover aftales det daglige arbejde

internt i de to grupper, hvilket giver en høj grad af fleksibilitet og selvstændighed.

Klinikpersonale	Primære opgaver	Sekundære opgaver
Sekretærer	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonbesvarelse - Skrankearbejde - Skrivearbejde og indscanning - Arbejdskalender - Post - Indkøb af kontorartikler - Regnskab 	<ul style="list-style-type: none"> - Vejning og måling af børn før børneundersøgelser - Vægtkontroller - Udlevering af antabus - Podninger
Sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> - Almene sygeplejeopgaver (sår, injektioner mv.) - Blodtryksskontrol - Diabeteskontrol - Astma og KOL - Akupunktur - Vorter - Sekretærfunktioner - Laboratorieopgaver - Kontakt og koordination med eksterne samarbejdsparter - Instrumentvask 	<ul style="list-style-type: none"> - Hjemmebesøg, fx B- eller D-vitamin-indsprøjtninger, suturfjernelse eller INR-blodprøvetagning (tilknyttede patienter, der ikke kan møde frem, og hvor hjemmesygeplejen ikke er tilknyttet)

Alle sygeplejersker udfører sekretæropgaver på aftalte tidspunkter i løbet af ugen, ligesom sekretærene udfører en række sygeplejeopgaver, de er oplært i.

De tre sygeplejersker har deres eget program, som læger, sygeplejersker og sekretær kan sætte patienter på. Hvis det blev nødvendigt, vil lægerne kunne give flere opgaver til sygeplejerskerne.

A.5.6 Faciliteter

Ud over lægernes og sygeplejerskernes konsultationsrum råder lægehuset over et mindre laboratorium, hvor blodprøverne forberedes til afsendelse og analyse på sygehuset. I lægehuset kan der analyseres CRP, hæmaglobin, glukose og INR samt halspodninger og urinundersøgelser, inklusive mikroskopier – men ikke tages EKG.

Lægerne og klinikpersonalet vurderer, at faciliteterne er en medvirkende årsag til, at lægehuset henviser færre patienter til speciallæge end gennemsnittet i området, idet lægehuset kan håndtere mange opgaver selv.

A.5.7 Servicetiltag

Lægehuset tilbyder patienterne at foretage e-konsultation.

Særligt den ene læge anvender e-mail til dialog med patienterne. Denne form for kontakt opleves som en serviceforbedring over for patienterne, men afløser kun i en vis grad egentlige konsultationer. Brug af e-mail giver ifølge lægerne mere tid til eftertanke i forhold til telefonkonsultation og en øget fleksibilitet, idet de kan skrives, når der er tid hertil.

Der er indlagt faglige retningslinjer i praksissystemet, der både fungerer som tjeklister og dokumentationsskabeloner.

A.5.8 Lønsomhed

Personalesammensætning	Længde pr. arbejdsuge	Honorarindtægter i praksis (mio. kr.)	Antal ydelser pr. 1.000 sikrede ¹	Antal henvisninger pr. 1.000 sikrede	Antal laboratorieredninger pr. 1.000 sikrede	Størrelse på lægehuset
5 læger	32 timer (to læger deles dog om 32 timer/uge)	8,4	5.851	919	1.199	280 m ²
3 sygeplejersker	30 timer					
2 sekretærer	30 timer					

Anm: Antal ydelser dækker konsultationer, inklusive telefon, e-mail og besøg.

Kilde: Årsrapport 2007 og § 100-opgørelse.

A.5.9 Lægehusets størrelse

Lægerne finder, at den nuværende ejerstruktur og størrelse med fire læger fungerer godt, og det overvejes derfor ikke, om huset skal udvides med flere læger/ejere.

Lægerne finder desuden, at antallet af patienter for nærværende er passende, idet det er muligt at have et overblik over patienterne og deres sygdomsforløb. Flere patienter vil betyde, at overblikket vil forsvinde, og det vil udløse mere tidskrævende forberedelse og være et tab for relationen.

Hvis lægehuset skulle udvide med flere praktiserende læger, vil det være mere hensigtsmæssigt at etablere to samarbejdspraksisser end én stor kompagniskabspraksis for ikke at få en markant øget kompleksitet, som det ses på sygehuse.

Såfremt det blev besluttet fra politisk side at udvide antallet af patienter, vil lægehuset være i stand til at håndtere det. En udvidelse vil imidlertid betyde, at der vil være behov for ekstra klinikpersonale. De relativt dyre lokaler i området vil dog være en økonomisk barriere.

Lægerne har tidligere overvejet et forslag fra kommunen om at indgå i et sundhedscenter med andre læger, hjemmepleje, sundhedspleje og fysioterapi. Det har dog været vurderingen, at udfordringerne og resourceforbruget ved en sådan transformation vil være for store, og så længe de organisatoriske strukturer på praksisområdet (frit lægevalg) og hjemmeplejen (distriktsopdeling) ikke er samordnet, vil det give anledning til daglige problemstillinger. Som alternativ kan det overvejes, om et øget samarbejde kan opnås gennem it-understøttelse uden at dele fysiske faciliteter.