





BILAG 4 - INSPIRATIONSCASES FRA SAMMENLIGNINGSLANDE

Bilag 4 - inspirationscases fra sammenligningslande	1
1 Sverige 	2
1.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis	2
1.1.2 Finansiering	2
1.1.3 Praksispersonale	2
1.1.4 Inspirationspunkter	2
2 Norge 	5
2.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis	5
2.1.2 Finansiering	5
2.1.3 Praksispersonale	5
2.1.4 Inspirationspunkter	6
3 England 	7
3.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis	7
3.1.2 Finansiering	7
3.1.3 Praksispersonale	7
3.1.4 Inspirationspunkter	7
4 Holland 	10
4.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis	10
4.1.2 Finansiering	10
4.1.3 Praksispersonale	10
4.1.4 Inspirationspunkter	11

1 SVERIGE

1.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis

Det svenske sundhedsvæsen er overvejende decentralt, hvor de 21 regioner står for finansieringen, indkøb og udbydelse af sundhedsydelser. Organiseringen af almen praksis varierer mellem regioner, men typisk findes der en blanding af offentlige (60%) (drevet af regionerne) og private (40%) (drevet af private selskaber/franchises) 'vårdcentraler', hvori praktiserende læger i overvejende grad er lønmodtagere. Det er op til de enkelte regioner at lave *uppdrag* for vårdcentralerne. Disse *uppdrag* kan indeholde regionale bestemmelser og krav til vårdcentralerne for fx antal personale, praksispersonale, specialer blandt sygeplejersker og lignende. Uppdrag gælder både for offentlige og private vårdcentraler, hvilket bidrager ensretning sundhedstjenesterne på tværs af ejerforhold.

Almen praksis ingen formel 'gatekeeper' funktion, og patienter kan dermed opsøge specialiserede ydelser uden en henvisning. Hvis patienter opnår en henvisning fra egen læge, får de dog typisk en reduceret egenbetaling til selve ydelsen (varierer fra region til region).

1.1.2 Finansiering

Størstedelen af sundheds- og lægeudgifter i Sverige betales af regionale og kommunale skatter. Derudover finansieres sundhedsvæsenet, dog i mindre grad, af bidrag fra staten og brugerbetaling. Blandt voksne patienter er der brugerbetaling for konsultationer, mens børn frit kan tilgå vårdcentraler. Der opkræves ligeledes brugerbetaling for specialiserede ydelser. Patienter kan frit vælge, hvilken vård de er tilknyttet. Brugerbetaling for psykologrådgivning modsvarer den for almen medicinske ydelser.

1.1.3 Praksispersonale

Generelt har vårdcentraler typisk en stor bemanning, med mange forskellige fagligheder og det er ikke ualmindeligt, at der er ansat både fysioterapeuter, psykologer og lignende i en vård. Som resultat heraf, kan det primære sundhedsvæsen løfte mange forskellige typer af opgaver, som i andre lande ville ligge ved hospitalerne. Der arbejder i gennemsnit 4-5 praktiserende læger pr. vårdcentral. Der er typisk færre læger ansat i de private vårdcentraler. En delvist modgående tendens til specialiseret praksispersonale er i retning af "behandlerteams", hvor en læge og en distriktssygeplejerske deler en patientliste. Denne model skal understøtte større kontinuitet i patientkontakten (kilde: Magnus Isacson).

Grundet størrelsen af vårdcentraler, ses patienten ofte af skiftende behandlere. Vårdcentraler har altid sygeplejersker ansat, og afhængig af størrelse har de typisk også assistenter og psykologer. Sygeplejersker varetager selvstændigt en række opgaver herunder konsultationer. Der skelnes mellem alm. sygeplejersker og distriktssygeplejersker. Udviklingen går i retning af mere specialiseret praksispersonale med kompetencer fx inden for diabetes og lungesygdomme. Der findes også en Medicinsk Ansvarlig Sygeplejerske (sjukskötarska) med et udvidet selvstændigt virksomhedsområde med adgang til at udskrive visse lægemidler. Mængden af specialiserede sygeplejersker medfører, at patienterne ikke nødvendigvis går hos den samme sygeplejerske, men ses af forskellige afhængig af det konkrete problem.

1.1.4 Inspirationspunkter

Det nære sundhedsvæsen

Sverige har, ligesom Danmark, en igangværende strategi for omlægning til det nære sundhedsvæsen, hvor flere opgaver flyttes fra sygehuset ud til den primære sektor. Strategien kaldes *nære vård*. I Sverige bruges systemet '*mine planer*' der kan sammenlignes med 'det samlede patientoverblik' i Danmark.

Ledelsesform

Alle virksomheder herunder vårdcentraler skal have udpeget en virksomhedschef, der har det formelle ansvar for at sikre tryghed, kontinuitet, samordning og sikkerhed for patienterne. Pågældende behøver ikke være læge, men kan i så fald ikke også have ansvaret for patientbehandlingen. Hvis en praksis er ejet af en gruppe læger, vælger de selv hvem, der har denne funktion. Det er naturligt for læger i primærvården i Sverige, at der er udpeget en entydig virksomhedschef. Nogle læger har præference for, at chefen for en vårdcentral selv har lægefaglig baggrund, og det kan opleves udfordrende når funktionen varetages af en sygeplejerske eller person uden sundhedsfaglig baggrund. Det er ikke ualmindeligt, at det er en sygeplejeuddannet, der er virksomhedschef, men det ses også at det er en ikke-sundhedsfaglig organisatorisk virksomhedschef. I begge tilfælde skal vården have en specialist i almen medicin tilknyttet, som er medicinsk ansvarlig. I tilfælde af, at virksomhedschefen er specialist i almen medicin, er denne stilling dog ikke nødvendig.

Brug af praksispersonale

Patienterne er tilmeldt en vårdcentral efter eget valg, og har mulighed for at få en fast læge inden for klinikken. Ofte ses patienten af skiftende behandlere. Vårdcentraler har altid sygeplejersker ansat, og afhængig af størrelse har de typisk også assistenter og psykologer. Sygeplejersker varetager selvstændigt en række opgaver herunder konsultationer. Der skelnes mellem almindelige sygeplejersker og distriktssygeplejersker. Nogle behovspatienter sikrer kontinuitet gennem retten til en "fast vårdgivara". Udviklingen går i retning af mere specialiseret praksispersonale med kompetencer fx inden for diabetes og lungesygdomme. Det indebærer, at patienterne ikke nødvendigvis går hos den samme sygeplejerske, men ses af forskellige afhængig af det konkrete problem.

En anden særegen stillingsbetegnelse er medicinsk ansvarlig sygeplejerske (sjuuskötarska), der har et udvidet selvstændigt virksomhedsområde med adgang til at udskrive visse lægemidler.

Behandlerteams

En delvist modgående tendens til specialiseret praksispersonale er i retning af "behandlerteams", hvor en læge og en distriktssygeplejerske deler en patientliste. Denne model skal understøtte større kontinuitet i patientkontakten (kilde: Magnus Isacson).

Psykologisk rådgivning

Vårdcentraler har krav om at tilbyde internetbaseret virtuel kognitiv terapi som gruppetilbud. Derudover har nogle regioner bestemmelser om, at der vårdcentraler skal have psykologer ansat. Fx i Region Stockholm er det et krav i kontrakten, at vårdcentraler råder over psykoterapeutisk kompetence - enten fra ansatte medarbejdere eller via brug af en underleverandør. Psykologerne varetager her samtalerapi særligt målrettet voksne. Arbejdsdelingen med psykologer m.fl. beskrives som positiv og velfungerende. For børn og unge går overvejelserne om at imødekomme det generelt stigende behov i retning af øget samarbejde med skoletjenesten og deres skolesundhedsplejersker "skol-skötarskar".

Kvalitetsdata

Vårdcentraler leverer data til "The Primary Care Quality System" og "vårdenisiffror". Disse data anvendes til benchmarking og datadrevet forbedring. Datakvaliteten er høj da, der indsamles store mængde data såsom omfattende diagnosekodning og aktivitetskodning. Alle på nær 3 regioner (der benytter andre løsninger) benytter Medrave til at fremstille datarapporter, der gør det muligt at sammenligne vårdcentraler på tværs, rangerer dem efter kvalitet mv. Regionerne benytter typisk data som et samtaleredskab - særligt mod vårdcentraler, der performer under de aftalte standarder i regionerne

Dokumentation

Svenske vårdcentraler dokumenterer generelt mere sammenlignet med Danmark. En fordel er, at der kan genereres kvalitetsdata og at skiftende medarbejdere lettere kan sikre kontinuitet, når der er samlet op skriftligt i journalen. En ulempe er, at det opleves at bureaukrati og administration fylder for meget og tager fokus fra det kliniske arbejde. Der arbejdes løbende på at lette byrden ifm. dokumentation fx via automatisering.

Konkurrence og økonomistyring

I Sverige kan borgere frit vælge mellem vårdcentraler, hvilket forøger konkurrencen og skærper nødvendigheden for at yde en god behandling til patienterne. Omvendt kan en pludselig patienttilgang- eller afgang stille store krav til vårdcentralernes evner til at økonomistyre, da der kan være behov for pludselige op- eller nednormeringer i personale, samtidig med at der er regionale krav til antallet af kapaciteter eller praksispersonale. I Danmark er der i mindre grad konkurrence, hvilket gør det lettere for almen praksis at økonomistyre.

11-77

Digital sundhedsplatform ala Sundhed.dk og Læge-Patienthåndbogen men udvidet, så den også formidler booking og adgang til digitale tjenester. Hver region har sin egen digitale platform via 1177. Formålet er bla. at understøtte egen vård.

Reform: Omstilling til Nära vård

Praktiserende læger indgår i en bredere kontekst som en del af vårdcentralerne og i den «nära vård». Frem for at tale om almen praksis, anses almenlæger i Sverige som en medarbejdergruppe i det nære sundhedsvæsen, der drives af regioner og kommuner. Ofte ledes almen praksis af andre faggrupper, og som har til opgave at levere individuelt tilpasset, personcentreret og relationsbåret vård.

Specialiserede sygeplejersker

Distriktssjukskötarskar, børnesygeplejersker m.fl. har egne kompetenceområder. Efter inspiration fra Finland er der ved at blive uddannet egentlige nurse practitioners som selvstændigt kan levere tilbud i primærsektoren.

2

NORGE

2.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis

Kommunerne organiserer den primære sundhedspleje, mens staten er ansvarlig for specialiseret pleje, inklusive hospitalstjenester, gennem statsejede regionale sundhedsmyndigheder. Kommunerne har yderst forskellige rammevilkår grundet geografi og store demografiske forskelle, og der er stor forskel på lægedækningen mellem særligt de store kommuner i de sydlige Norge og de mange tyndtbefolkede kommuner i Nordnorge.

I 2021 var der 1283 lægeklinikker tilknyttet fastlægeordningen opdelt i enkeltmandspraksis eller i gruppepraksis. De forskellige praksisformer spænder bredt:

- *Næringsdrivende fastlege*: Lægen er selv ansvarlig for drift og finansiering af ansatte, kontor og udstyr mv. Lægerne har individuelle aftaler med kommunerne, ud over de øvrige rammer for ordningen gennem statsoverenskomsten, rammeaftalen og særøverenskomsten. Denne model ses typisk i de større byer.
- *8.2 overenskomst*: Den praktiserende læge er selvstændig, men har indgået en aftale, hvor kommunen påtager sig hele eller dele af kontordriften, herunder ansættelse af assistenter. Denne model ses typisk i mindre kommuner.
- *Kommunal ansat fastlege*: Fastansættelse giver fast løn og reguleret arbejdstid som på et sygehus. En god del kommuner praktiserer, at den praktiserende læge får del i refusionerne fra folkeforsikringen (bonus). Denne model ses typisk i Nordnorge.

I de mindste kommuner (med under 2000 indbyggere) er 8 af 10 fastlæger på fastløn, mens det i de store byer kun 5 af 100 på fastlønsaftale. Dette tegner et billede af, at der eksisterer 2 hovedmodeller for drift af fastlægepraksis, hvor fastløn er hovedmodellen i de mindste kommuner, og næringsdrift er hovedmodellen i større kommuner.

I Norge har alle borgere ret til en fast læge jf. fastlægeordningen og hver enkelt kommune sørger for at patienter er tilknyttet en fastlæge. I Norge har mere end 230.000 borgere ikke en fastlæge, og de befinder sig i det de selv betegner som en *fastlegekrise* og derfor er en stor del af kommunernes lægebemanding dækket af vikarer, ligesom der eksisterer et bredt udvalg af private aktører, der tilbyder lægeydelser udenom det kommunale system. Det er særligt i Nordnorge, at det er vikarordninger, der står for en stor del af lægedækningen, da det er svært at tiltrække faste læger i disse landsdele.

Alle almen praktiserende læger er forpligtet til at afgive 7,5 timer ugentligt til at løse opgaver for kommunen. Det varierer dog mellem kommuner, om lægerne rent faktisk skal løse de kommunale opgaver. I store kommuner ansættes der typisk læger, der udelukkende løser kommunale opgaver, hvorfor de almen praktiserende læger kan arbejde fuldtid i deres praksis. I de mindre kommuner er det dog mere udbredt at lægerne lægger 7,5 timer ugentligt.

2.1.2 Finansiering

Sundhedsvæsenet i Norge er finansieret gennem skatter og indkomstafhængige arbejdsgiver- og arbejdstager tilskud. Der er også brugerbetaling til almen praksis med en frikortsordning. Frikortet kan benyttes, når man har betalt et vist beløb over brugerbetalingen, hvorefter sundhedsydelserne er gratis resten af året. Ifølge informanterne opleves modellen at påvirke efterspørgslen ved, at der opstår spidsbelastninger i slutningen af året, når den resterende mængde af konsultationer er gratis for patienter. Omvendt er der meget få ikke-alvorlige konsultationer i starten af året som følge af brugerbetalingen.

2.1.3 Praksispersonale

I Norge er det ikke tilladt for almen praktiserende læger at delegerer ydelser til praksispersonale og tage honorar for dette. Flere informanter peger på, at dette er en af de eneste løsninger på Norges fastlegekrise. For at en sygeplejerske må lave en delegeret ydelse, skal lægen være til stede til selve konsultationen.

2.1.4 Inspirationspunkter

Nordsøturnus

En løsning på lægedækningsproblemerne i Nordnorge er bl.a. *nordsøturnus*, hvor læger, der typisk er bosat i de store byer, er fast tilknyttet en almen praksis i Nordnorge. I denne praksis arbejder lægerne i nordsøturnus 2 uger ad gangen, hvorefter de rejser hjem i 4 uger. Denne ordning sikrer en vis grad af kontinuitet med patienterne, da nordsøturnussen typisk indgås som en lang- eller fast aftale mellem kommunen og lægen.

Alis-ordning

I Norge har man indført en model (ALIS-ordningen), der skal sikre at unge læger indkøres trygt i almen praksis og at flere læger gennemfører specialiseringen i almen medicin. Ordningen indbefatter bl.a. vejledningskontorer hvor kommunerne bl.a. vejledes til indkøring af unge læger, mulighed for at søge tilskud til at bl.a. at dække kommunale udgifter ifm. indkøring yngre læger. Det er dog ikke et krav at læger almen praktiserende læger er specialiseret i almen medicin.

Certificeringsordning

Certificering hvert 5 år i Norge, hvis man vil beholde sit specialisthonorar (der udløser ca. 25 % højere løn).
- kurser og minimumskrav.

3

ENGLAND

3.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis

National Health Service (NHS) driver sundhedsvæsenet, og står for kontakterne med de praktiserende læger, der driver en læge praksis. Langt de fleste lægepraksis drives af en eller flere praktiserende læger efter den sædvanlige kontrakt General Medical Services "GMS". Kontraktparten for lægerne er de såkaldte Integrated Care Boards "ICB" med ansvar for at planlægge og købe sundhedstjenester for borgerne i deres område på vegne af NHS, og som siden juli 2022 har afløst Clinical Commissioning Groups "CCG". Praksisformer varierer fra solopraksis til større multi-partner praksis med en stor mængde sygeplejersker og praksispersonale. Tendensen er at der bliver færre enkeltmandspraksis og flere større multi-partner praksis med meget store lister (Gns. listestørrelse praksis var i 2009 6.487 patienter). Den typiske praksisstørrelse er 4-5 praktiserende læger. Som en nyskabelse har der i de seneste år udviklet sig egentlige "super-practices" med praksisdrift varetaget af partnerlæger på flere lokationer, der er organiseret som en virksomhed og har tilstrækkelig volumen til at udgøre et selvstændigt practice network. Et eksempel er "Modality".

I UK er der tradition for at italesætte almen praksis centrale rolle som fundamentet under sundhedsvæsenet. Hierarkiet er "vendt på hovedet", og idealet er, at den praktiserende læge er tovholderen, der har ansvaret for patienten og følger op på den udredning og behandling, der er foregået andre steder. Frem for at almen praksis ses som en funktion, der aflaster hospitalerne, italesættes det sådan, at hospitalerne skal bakke op om tilbuddene i primærsektoren. I tråd med denne tilgang til almen praksis som en central del af sundhedsvæsenet, er der sket en udvikling i retning af større lægepraksis med ny/udvidede funktioner og mere praksispersonale.

Set i lyset af den generelle anerkendelse af almen praksis vigtige rolle for populationen af tilmeldte patienter, anses det tilsvarende bekymrende, at der primo 2023 er betydelige lægedækningsproblemer. Dette tilskrives især en voksende arbejdsbyrde og lang arbejdstid for de praktiserende læger.

3.1.2 Finansiering

Sundhedsvæsenet finansieres primært gennem beskatning suppleret af nationale forsikringsbidrag bestående af en beskatning betalt af både medarbejdere og arbejdsgivere. Der er ingen brugerbetaling for ydelserne i almen praksis, bortset fra receptgebyrer.

3.1.3 Praksispersonale

Den traditionelle bemanning af klinikker i almen praksis er blevet udvidet med nye faggrupper såsom fysioterapeuter, farmaceuter/farmakonomet, mental health workers (typisk sygeplejersker, ergoterapeut eller socialrådgiver med efteruddannelse). Formålet er både af aflaste de praktiserende læger i lyset af lægemangel/overbelastning, og at styrke adgangen til behandling i lokalområdet ved at tilføre nye kompetencer. Sundhedsvæsenet har målrettet ressourcer til at ansætte medarbejdere fra nye faggrupper i grupper af lægepraksis kaldet "private practice networks". Medarbejderne fx fysioterapeuter og farmakonomet deles, så alle patienterne tilmeldt de pågældende praksis kan få gavn af de nye faggrupper.

Som alternativ til at generalistfunktionen varetages ved at lægen personligt har patientkontakten, ses en tendens i retning af opgaveløsning i "micro-teams" bestående af en læge, en sygeplejerske og en administrativ medarbejder. I et micro-team er lægen tilgængelig for personalet. Koordinering sker løbende og uformelt. Ifølge de engelske kilder har patienter i UK - og især den ældre generation - et udbredt ønske om at blive set af deres egen praktiserende læge. Hvis patienten oplever, at lægen stoler på sygeplejersken og er i baghånden, vil patienten alligevel være tilfreds med en konsultation hos sygeplejersken. Organisering i micro-teams kan således sikre kontinuitet og tryghed for patienten samtidig med, at lægens tid anvendes hensigtsmæssig på opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer.

3.1.4 Inspirationspunkter

Ejerskabsmodeller

I UK har stort set alle lægepraksis en praksismanager og administrative assistenter/lægeseekretærer, der varetager reception mv. og afhængig af størrelse en stab med fx IT og økonomifunktion. Selvom det stadig helt overvejende er den traditionelle model for almen praksis, der sættes på i England, er der sket en udvikling i retning af, at rollen og tilknytningsformen kan være forskellig. Nogle arbejder således som "salaried doctor" under en partnerlæge. I større klinikker vil der typisk være en "senior partner", som er valgt af partnerne til at lede klinikken. Derved bliver det muligt for praktiserende læger, uden interesse for ledelse, at prioritere patientarbejdet.

"GP at the centre of healthcare"

I UK er der tradition for at italesætte almen praksis centrale rolle som fundamentet under sundhedsvæsenet. Hierarkiet er "vendt på hovedet", og idealet er, at den praktiserende læge er tovholderen, der har ansvaret for patienten og følger op på den udredning og behandling, der er foregået andre steder. Frem for at almen praksis ses som en funktion, der aflaster hospitalerne, italesættes det sådan, at hospitalerne skal bakke op om tilbuddene i primærsektoren. I tråd med denne tilgang til almen praksis som en central del af sundhedsvæsenet er der sket en udvikling i retning af større lægepraksis med ny/udvidede funktioner og mere praksispersonale.

Set i lyset af den generelle anerkendelse af almen praksis vigtige rolle for populationen af tilmeldte patienter anses det tilsvarende bekymrende, at der primo 2023 er betydelige lægedækningsproblemer, hvilket især tilskrives arbejdsbyrde og lang arbejdstid.

Tværfaglige teams

Den traditionelle bemanding af klinikker i almen praksis er blevet udvidet med nye faggrupper såsom:

- fysioterapeuter
- farmaceuter/farmakonomer
- mental health workers (typisk SPL, ergoterapeut eller socialrådgiver med efteruddannelse)

Formålet er både af aflaste de praktiserende læger i lyset af lægemangel/overbelastning og at styrke adgangen til behandling i lokalområdet ved at tilføre nye kompetencer. Sundhedsvæsenet har målrettet ressourcer til at ansætte medarbejdere fra nye faggrupper i grupper af lægepraksis kaldet "private practice networks". Medarbejderne fx fysioterapeuter og farmakonomer deles, så alle patienterne tilmeldt de pågældende praksis kan få gavn af de nye faggrupper.

Mikro-teams sikrer kontinuitet i patient-behandlerrelationen

Udviklingen inden for almen praksis i UK har skabt et stigende gab mellem arbejdsmængde, forventninger og de yngre almenmedicinernes ønsker og behov i relation til work-life balance. Som alternativ til, at generalistfunktionen varetages ved, at lægen personligt har patientkontakten, ses en tendens i retning af opgaveløsning i "micro-teams" bestående af en læge, en sygeplejerske og en administrativ medarbejder. I et micro-team er lægen tilgængelig for personalet. Koordinering sker løbende og uformelt.

Ifølge de engelske kilder har patienter i UK - og især den ældre generation - et udbredt ønske om at blive set af deres egen praktiserende læge. Hvis patienten oplever, at lægen stoler på sygeplejersken og er i baghånden, vil patienten alligevel være tilfreds med en konsultation hos sygeplejersken.

Organisering i micro-teams kan således sikre kontinuitet og tryghed for patienten samtidig med, at lægens tid anvendes hensigtsmæssig på opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer.

Større klinikker med administrativ stab

I UK har stort set alle lægepraksis en praksismanager og administrative assistenter/lægeseekretærer der varetager reception m.v. og afhængig af størrelse en stab med fx IT og økonomifunktion. Den typiske praksisstørrelse er 4-5 praktiserende læger, og solopraksis er under udfasning. Som en nyskabelse har der i de seneste år udviklet sig egentlige "super-practices" med praksisdrift varetaget af partnerlæger på flere lokationer, der er organiseret som en virksomhed og har tilstrækkelig volumen til at udgøre et selvstændigt practice network. Et eksempel er "Modality".

Forskellige lægeroller herunder "senior partner"

Selvom det stadig helt overvejende er den traditionelle model for almen praksis, der satses på i England, er der sket en udvikling i retning af, at rollen og tilknytningsformen kan være forskellig. Nogle arbejder således som "salaried doctor" under en partnerlæge. I større klinikker vil der typisk være en "senior partner", som er valgt blandt partnerne til at lede klinikken. Derved bliver det muligt for praktiserende læger uden samme interesse for ledelse at prioritere patientarbejdet. Eksempler på roller:

- Ejerlæge og klinikleder
- Ejerlæge uden ledelsesansvar
- Ansat praktiserende læge

Introduktionen af rollen som "senior partner" er samtidig udtryk for anerkendelse af, at det at lede en større lægepraksis med læger og praksispersonale er en kompleks opgave, som kræver særlige færdigheder.

Kvalitetsprogrammer

- 1) Revalideringsprocessen for hver enkelt læge foregår hvert tredje år - aktivitet, obligatorisk træning osv.
- 2) Kvalitetsmål i kontrakten (Quality targets in Contract -QOF) - en del af de praktiserende lægers indtægt er resultatafhængig.

Supplerende driftsformer og flere kontraktmodeller

Langt de fleste lægepraksis drives af en eller flere praktiserende læger efter den sædvanlige kontrakt General Medical Services "GMS". Dette er den foretrukne driftsmodel. Kontraktparten for lægerne er de såkaldte Integrated Care Boards "ICB" med ansvar for at planlægge og købe sundhedstjenester for borgerne i deres område på vegne af NHS, og som siden juli 2022 har afløst Clinical Commissioning Groups "CCG".

Alternative leverancemodeller: Lodret integration og kontrakt for øvrige leverandører

"Vertical integration" betegner situationen, hvor et offentligt akuthospital driver et alment lægetilbud ligesom fx på Amager Hospital. Dette udgør endnu kun en mindre andel, men nogle politiske kræfter er fortalere for at udbrede modellen ud fra ønsket om at styrke koordinering og sammenhæng i patientforløbene på tværs af primær- og sekundærsektor.

I erkendelse af, at det nogle steder ikke er muligt at sikre lægedækning gennem den traditionelle driftsmodel, er der åbnet op for, at andre leverandører end praktiserende læger kan drive almene lægetilbud via Alternative Provider Medical Services-contract "APMS". Disse virksomhedsdrevne klinikker udgør ifølge Kings Fund ca. 4 % af den samlede kapacitet. Et eksempel på en sådan virksomhed er "Operose".

Tilgængelighed/åbningstider

Ifølge kontrakten er normale åbningstider kl. 8-18 (8-17). En normal procedure er, at patienten efterlader en besked til sekretæren om morgenen, og lægen ringer tilbage senere. Et stigende antal kontakter håndteres via telefon.,

4

HOLLAND



4.1.1 Sundhedsvæsen og almen praksis

Der findes to typer af almen praksis i Holland: Huisarts, som kan ses som en normal almen praksis, og Apotheekhoudende Huisarts, som er en almen praksis med apotek tilknyttet. Her er det muligt at købe medicin i forlængelse af praksis. 85% af alle læger i almen praksis arbejder som selvstændige, mens alle almen praksis er privatejede.

I Holland har man efter en vellykket forsøgsperiode etableret 'halvandenlinjetilbud', der er et formaliseret samarbejde mellem praktiserende læger og medicinske specialister. Her kan de praktiserende læger henvise en patient til den halvanden linje, hvor patienten får en konsultation hos en medicinsk specialist. Efter en konsultation i halvandenlinjetilbuddet giver den medicinske specialist en behandlingsanbefaling til den praktiserende læge. Specialisten kan sende patienten tilbage til den praktiserende læge eller beslutte, at en henvisning til hospitalet alligevel er ønskelig. Ud fra et fagligt synspunkt, er det er også formålet med samarbejdet, at praktiserende læger og medicinske specialister lærer af hinanden og videndeler.

Befolkningen kan som udgangspunkt frit vælge mellem almen praksis, selvom der kan være lokale bestemmelser, der begrænser retten hertil. Da specialiserede ydelser kræver henvisninger, besidder almen praksis formelt set rollen som gatekeeper.

Tidligere var det normalt at afsætte 10 minutter pr. konsultation i almen praksis i Holland. Efter et vellykket pilotprojekt udbredes i disse år en model kaldet "more time for the patients". Nu er det mere almindeligt at afsætte 15 minutter eller længere tid. Dette opleves som en god investering. I sammenhæng hermed er der en strategi om at tilføre lægekapacitet for at reducere patientantallet pr. læge, som p.t. er næsten 2100 i gennemsnit.

4.1.2 Finansiering

Sundhedstjenester finansieres af en blanding af obligatorisk social- og privat forsikring med yderligere egenbetaling for langvarig pleje. Kronisk syge og handicappede kan være berettiget til kontante ydelser og skatterabatter. Bestemte lavindkomstgrupper kan også modtage indkomstbaserede sundhedsomkostningstilskud samt en indkomstafhængig skat, som betales af arbejdsgiveren. Børn og unge under 18 år kan registreres gennem deres forældres sundhedsforsikring og modtage gratis sundhedsydelser.

4.1.3 Praksispersonale

Mange opgaver, der i andre lande ville kræve en henvisning til hospital, ligger ved almen praksis, hvilket også afspejles i, at en meget stor andel af alle patientkontakter (i den primære sundhedssektor) løses af almen praksis uden yderligere henvisninger til andre sundhedsudbydere. Dette viser sig blandt andet også i, at der er en stor andel praksispersonale pr. læge (i gennemsnit 1,4 pr. kapacitet), som kan løse et bredt spænd af opgaver, der tidligere har krævet henvisninger til sygehuse. Disse er typisk sygeplejersker, fysioterapeuter, jordemødre m.fl., men også andre specialiserede funktioner. Nogle almen praksis løser også flere specialiserede opgaver såsom ultralydsscanninger, der i andre lande ville være en hospitalsopgave.

En nyere udvikling er, at der i alle eller næsten alle lægepraksis gennem de seneste år er blevet tilført kapacitet i form af sundhedsfagligt støttepersonale på et niveau under "nurse practitioners", kaldet praktikondersteuner huisartsenzorg (POH) og praktikondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ). Disse sundhedsfaglige assistenter har særlige kompetencer inden for somatik (POH) eller psykiatri (POH-GGZ). Stillingerne tilfører dermed kapacitet og aflaster lægerne, både ved at forberede lægekonsultationer og gennemføre konsultationer selvstændigt. En hollandsk informant (Forsker ved NIVEL), som fortsat arbejder som vikar/ansat praktiserende læge, oplyser, at han har svært ved at forestille sig, hvordan man kan drive en lægepraksis uden sådanne sundhedsfaglige assistenter, da det ville være irrationelt og ineffektivt. De praktiserende læger kompenseres økonomisk af forsikringsselskaberne for omkostningerne vedrørende sundhedsfaglige assistenter.

4.1.4 Inspirationspunkter

Halvanden-linje tilbud

Halvanden-linje tilbud' er et formaliseret samarbejde mellem praktiserende læger og medicinske specialister. Her kan de praktiserende læger henvise en patient til den halvanden linje, hvor patienten får en konsultation hos en medicinsk specialist. Efter en konsultation i halvanden-linjetilbuddet giver den medicinske specialist en behandlingsanbefaling til den praktiserende læge. Specialisten kan sende patienten tilbage til den praktiserende læge eller beslutte, at en henvisning til hospitalet alligevel er ønskelig. En evaluering af ordningen viser bl.a. at færre patienter bliver henvist til hospitalet efter at have haft en konsultation i den 1½ linje, at de gennemsnitlige plejeomkostninger for patienter, der er henvist til tilbuddet, er betydeligt lavere end plejeomkostningerne for patienter, der er henvist direkte til hospitalet og at tilbuddet har haft en positiv effekt på patienttilfredshed. Ud fra et fagligt synspunkt, er det er også formålet med samarbejdet, at praktiserende læger og medicinske specialister lærer af hinanden og videndeler.

Eksempel: <https://www.mumc.nl/actueel/nieuws/anderhalvelijnszorg-werpt-zijn-vruchten-af>

Tilgængelighed

Tilgængeligheden til almen praksis er høj, da det er et lovkrav, at almen praksis har åbent fra 08.00-17.00. Derudover skal de kunne tilbyde sundhedsydelser om aftenen og i weekenderne. Af denne grund organiserer flere almen praksis sig typisk i Huisartsenpost ('almen praksis center'), hvor de hjælper hinanden med at holde åbent uden for den 'normale' åbningstid.

Regelmæssig registrering af praktiserende læger

Det er en betingelse for at arbejde som praktiserende læge, at man bliver registreret eller certificeret hvert 5. år. Kravene omfatter minimumskrav til aktivitet, deltagelse i efteruddannelse og supervision. Registreringen medvirker ifølge NIVEL til at sikre ensartet høj kvalitet.

Mere tid til patienten

Tidligere var det sædvanligt at afsætte 10 minutter pr. konsultation i almen praksis i Holland. Efter et vellykket pilotprojekt udbredes i disse år en model kaldet "more time for the patients". Nu er det mere almindeligt at afsætte 15 minutter eller længere tid. Dette opleves som en god investering. I sammenhæng hermed er der en strategi om at tilføre lægekapacitet for at reducere patientantallet pr. læge, som p.t. er næsten 2100 i gennemsnit.

Practice Assistants

I alle eller næsten alle lægepraksis er gennem de seneste år blevet tilført kapacitet i form af ansat sundhedsfagligt støttepersonale på et niveau under "nurse practitioners". Disse sundhedsfaglige assistenter har særlige kompetencer inden for somatik eller psykiatri og dermed mulighed for at tilføre kapacitet og aflaste lægerne, både ved at forberede lægekonsultationer og gennemføre konsultationer selvstændigt. Informanten i NIVEL, der er forsker og fortsat arbejder som vikar/ansat praktiserende læge, har svært ved at forestille sig, hvordan man kan drive en lægepraksis uden sådanne sundhedsfaglige assistenter, da det ville være irrationelt og ineffektivt. De praktiserende læger kompenseres økonomisk af forsikringselskaberne for omkostningen vedr. sundhedsfaglige assistenter.

Guidelines og digitalt opslagsværk

Læger og sygeplejersker i almen praksis i Holland benytter sig af centralt udviklede guidelines, protokoller og instrukser for behandlingsområder og triage/visitation. Guidelines udvikles af NHG (hollandsk PLO). Behandlingsvejledningerne er tilgængelige via en hjemmeside som heller GPinfo.nl (<https://gpinfo.nl/>). Her findes også information til patienter. Hjemmesiden har mange opslag.

Den hollandske løsning kan sammenlignes med Læge- og Patienthåndbogen i kombination med DSAM-vejledninger. Dog udarbejder de fleste lægepraksis i Danmark selv egne instrukser til praksispersonale, hvilket mange oplever som ressourcekrævende.

Udvidede funktioner og kompetencer i almen praksis

Almen praksis i Holland løser en bred vifte af opgaver, der i andre lande ikke varetages i almen praksis. Dette er eksempelvis opgaver såsom fysioterapi, psykolog, ultralyd. Evnen til at løse en bred vifte af opgaver afspejles også i den relativt store mængde praksispersonale, der er at finde i en almen praksis.

Adgang til specialistrådgivning i almen praksis

De praktiserende læger har let og hurtig adgang til specialistrådgivning på hospitaler og kan fx sende billeder til en dermatolog og få svar hurtigt/inden for få dage.

Større lægepraksis kan rekvirere en speciallæge, f.eks. kardiolog eller lungemediciner, der kommer ud i almen praksis og tilser patienter hele ugedage. Klinikken visiterer selv patienterne til tilbuddet og booker en tid til dem. Når ordningen bruges rigtigt, kan den erstatte en henvisning til sygehusbehandling. I de store klinikker/sundhedscentre er det ikke svært at fylde et dagsprogram.

Data og digitalisering

Politisk forsøger man at håndtere det faldende antal læger og praksispersonale, samtidigt med at efterspørgslen på sundhedsydelser forbliver høj. Den hollandske regering ønsker at lette byrden for primærsektoren ved at forøge brugen af data og digitalisering. Omvendt oplever de fleste praktiserende læger, at de bruger for meget tid på dokumentation, administration og håndtering af forsikringselskaber og myndighederne. Derfor ønsker de praktiserende læger i højere grad, at man mindsker de administrative byrder mhp. at frigive ressourcer til patientkontakt.