

# BILAG 1 - METODE

## Indhold

1	Registerdata - metode .....	2
1.1	Yderregistret - kapacitet .....	2
1.2	Yderregistret - læger .....	3
1.3	Sygesikringsregistret - aktivitet .....	4
1.4	Danske regioner - basis- og tutorlægehonorar .....	4
1.5	Det Centrale Virksomhedsregister (CVR) .....	5
1.6	Udtræk fra MedCom .....	5
1.7	Danmarks Statistik - data om bemanding i almen praksis .....	6
2	Behandling af kvantitative data .....	6
2.1	Behandling af outliers .....	6
2.2	Populations- og stikprøvedata .....	7
3	Identificering af partnerskabsklinikker og §227 stk. 2-klinikker .....	7
4	Spørgeskemaundersøgelse - metode .....	9
4.1	Distribution .....	10
4.2	Respondenter .....	10
5	Hjemmesidegennemgang - metode .....	11
6	Kvalitative metoder .....	12
6.1	Praksisbesøg .....	12
6.2	Gruppeinterviews med regionale samarbejdspartnere .....	14
6.3	Gruppeinterviews med kommuner .....	15
6.4	Ekspertinterviews .....	15
6.5	Kvalificeringsworkshops .....	15
6.6	Deep dives .....	16
6.7	Internationale cases .....	17
7	Projektorganisering .....	18

# 1 REGISTERDATA - METODE

Overordnet har formålet med de kvantitative analyser af registerdata været at dokumentere væsentlige forhold af betydning for almen praksis vedrørende praksisformer og opgaveløsning; herunder bl.a. antal patienter, kapacitet, geografi, ydelser og henvisningsdata.

Analyserne er primært baseret på statistik fordelt på aktive ydernumre for første halvår 2022 suppleret med - hvor det er relevant og data er tilgængelig - udviklingen i perioden 2017-2022.

I det følgende gennemgås de anvendte datakilder. De forskellige datasæt er så vidt muligt blevet koblet, hvor det har været relevant.

## 1.1 YDERREGISTRET - KAPACITET

Kortlægningen af kapacitet er baseret på en datatabel fra yderregistret udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen. Datasættet består af en bruttoliste over alle almen praksis (ydernumre), som var aktive pr. 1. januar i 2017-2022. Almen praksis i data er afgrænset til ydertypen "Almen lægegerning", hovedspecialet almen medicin med minimum 200 tilmeldte patienter. Kravet om minimum 200 tilmeldte patienter er fraveget for praksis beliggende på mindre øer.

Datasættet består af følgende koblede datakilder; Yderregisteret, Sygesikringsregisteret, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) (november 2021), Landspatientregisteret og CPR-registeret. Data indeholder bl.a. følgende oplysninger for hver almen praksis; ydernummer, CVR-nummer, praksistype, kapacitet, tilmeldte patienter i aldersinterval og andel syge patienter<sup>1</sup>. Kategorisering af praksistype i de kvantitative analyser følger Sundhedsdatastyrelsens definitioner i styrelsens fremsendte dokumentation, som er angivet i nedenstående boks.

### Sundhedsdatastyrelsens kategorisering og definitioner af praksisformer

**Solopraksis uden samarbejde:** Solopraksis kaldes også enkeltmandspraksis og omfatter læger med egne patientlister og økonomi. Solopraksis uden samarbejde omfatter praksis, der ikke deler lokaler, personale eller udstyr med andre praksis.

**Solopraksis med samarbejde:** Solopraksis kaldes også enkeltmandspraksis og omfatter læger med egne patientlister og økonomi. Solopraksis med samarbejde arbejder sammen med andre praksisser om lokaler, personale eller udstyr.

**Kompagniskabspraksis:** En praksis, der drives af to eller flere fuldtidslæger, der har fælles patientliste, økonomi, personale og lokaler, og hvor patienterne ikke er tilmeldt én bestemt læge, men samtlige læger i kompagniskabet.

**Delepraksis:** En praksis, hvor der er givet tilladelse til, at to eller flere læger sammen driver og ejer en fuldtidspraksis. Praksistypen tilgodeser læger med behov for nedsat arbejdsmængde af forskellige årsager. En delepraksis kan således både være en solopraksis eller en kompagniskabspraksis.

**Udbudsklinik:** Regionsrådet kan foretage udbud af driften af almene praksisklinikker til andre private aktører end læger, der virker efter Overenskomst om almen praksis. I udbudspraksis arbejder ansatte læger, som arbejder for den private aktør.

**Regionsklinik:** Hvis det ikke lykkes for regionen at afsætte driften af en almen praksisklinik via udbud, kan regionsrådet etablere et midlertidigt tilbud, en regionsdrevet klinik.

<sup>1</sup> Sygelighed defineret ifølge Charlsons Comorbidity Indeks (CCI).

Sundhedsdatastyrelsen har opdelt solopraksis i solopraksis med og uden samarbejde på baggrund af variabelen 'samarbejdskode' i yderregistret. Der er en vis usikkerhed forbundet med inddelingen, som er baseret på indberetninger. Praksis, hvor praksisbetegnelsen starter med "Falck" eller "Alles" bliver placeret i udbudsklinik. BDO har for 2022 identificeret partnerskabsklinikker, hvoraf mange var kategoriseret som 'udbudsklinik' i Sundhedsdatastyrelsens data.

Den primære analyseenhed i datamaterialet er ydernumre, der anvendes synonymt med lægepraksis, fremfor lægekapacitet. Ved at anvende ydernummer som analyseenhed bliver det muligt at koble data om kapacitet, aktivitet og økonomi.

Lægekapaciteter er en administrativ enhed, der anvendes i sundhedsplanlægning, som anvendes til at regulere udbuddet af almen medicinske ydelser. Jf. det overenskomstmæssigt aftalte normtal vil en kapacitet normalt modsvare 1.600 patienter, selvom en del læger har flere (eller færre) patienter.

### *Charlson's Comorbidity Index*

Sundhedsdatastyrelsens udtræk indeholder information om andelen af syge (sygelige) patienter for hver almen praksis i perioden 2017-2022. Sygelighed er defineret ifølge Charlson's Comorbidity Index, som er et klassifikationsindeks, der inkluderer 19 forskellige kroniske tilstande, som har betydning for patienters overlevelse. Tilstandene tildeles en værdi fra 1-6 i forhold til deres prognostiske betydning. Ved at lægge de forskellige værdier sammen kan man opnå en samlet score for patienterne. Det er denne gennemsnitlige score pr. borger, der er beregnet. I beregningen af Charlsons komorbiditetsindeks er alle aktions- og bidiagnoser, der er registreret på sygehuset i perioden fem år frem til opgørelsestidspunktet. Det gælder både indlæggelser og ambulante kontakter. De 19 indeksgrupper er samlet i fire grupper:

CCI på 0: Ingen sygelighed;

CCI på 1: Let sygelighed

CCI på 2: Middelsvær sygelighed

CCI på 3+: Høj sygelighed

BDO har defineret syg/sygelig, når en patient har en score på 1 eller over. I analysen benyttes en praksis' andel af syge patienter med det formål at sammenligne andel sygelige patienter på tværs af geografi, praksisform mv.

## **1.2 YDERREGISTRET - LÆGER**

Sundhedsdatastyrelsen har leveret data om praksispersoner, som var tilknyttet almen praksis i perioden 2017-2022. Datasættet består af en kobling af yderregistret og CPR-registret.

Praksispersoner i almen praksis er afgrænset ved, at personer ansat som klinikpersonale og personer uden CPR-nummer eller med erstatningsnummer er ekskluderet fra data. Ligeledes indgår data kun personer registreret med dansk bopæl pr. 1. januar i det givne år. Enkelte personer fremgår flere gange, såfremt de har været tilknyttet flere praksis.

Kategorisering af praksispersoner (læger) i de kvantitative analyser følger Sundhedsdatastyrelsens definitioner i styrelsens fremsendte dokumentation, som er angivet i nedenstående boks.

#### Sundhedsdatastyrelsens kategorisering og definitioner af praksispersoner

**Ejer:** Ejeren af ydernummeret.

**Ansæt læge:** En praksis kan besætte en ledig lægekapacitet/delekapacitet med en ansat speciallæge i almen medicin i en fast stilling i stedet for med en kompagnon. Se §24 stk. 1 i gældende overenskomst om almen praksis og §20 stk. 1 i tidligere overenskomst (2014).

**Delekompanon:** Ekstra læge i delepraksis.

**Ekstra læge:** Se tidligere overenskomst om almen praksis (2014), §21.

**Midlertidig ansat:** Se tidligere overenskomst om almen praksis (2014), §20 stk. 3.

**Praksisreservelæge:** Ikke nærmere specificeret af Sundhedsdatastyrelsen.

Data om praksispersoner er anonymiseret og indeholder angivelse om personers; rolle, alder, køn, anciennitet som praktiserende læge, til- og afgangsdato for nuværende praksis (ydernummer). Hver person har en unik ID-kode. Sundhedsdatastyrelsen op giver det forbehold, at registrering af praksispersoner i yderregistret kan være mangelfuld for bestemte praksisformer.

### 1.3 SYGESIKRINGSREGISTRET - AKTIVITET

Datamaterialet om aktivitet i almen praksis leveret af Sundhedsdatastyrelsen består af en kobling af følgende datakilder; Sygesikringsregisteret Yderregisteret og CPR-registeret. Udtrækket er fra november 2022.

Materialet indeholder en oversigt over antal ydelser og bruttohonorar fordelt på år, ydernummer og aktivitet (ydelseskategori) i perioden 1. halvår 2017 til 1. halvår 2022. Data er afgrænset til aktiviteten under ydernumre, som indgår i dataudtrækket beskrevet i afsnit 1.1.

Data opgør specifikt antallet af registreringer for udvalgte ydelser, som er udvalgt fra en væsentlighedsbetragtning i samråd med en lægefaglig konsulent. Disse omfatter bl.a. de primære kontaktydelser konsultation (0101), telefonkonsultation (0201), sygebesøgsydelser (0411-0461) og samtaleterapi (6101).

I rapporten om kortlægning af udvikling af praksisformer i almen praksis sammenlignes honorar pr. patient fordelt på praksisform og kommunetype. Honorar pr. patient er beregnet på baggrund af afregnede ydelser fra første halvår af 2022 samt basishonorar fra januar t.om. september 2022 ekskl. kronikerhonorar og tutorlægehonorar. Det differentierede basishonorar er inkluderet i honoraret. På grund af disse forbehold kan det oplyste honorar pr. patient ikke sidestilles med omkostning pr. patient eller pr. praksis. Honorar pr. patient kan alene anvendes til at sammenligne økonomi på tværs af praksisformer, regioner, kommunetyper mv.

Det bør bemærkes, at analysen er foretaget i forhold til aktiviteter pr. første halvår. Dette skyldes, at dele af analysen er gennemført inden udgangen af 2022, hvorfor data ikke foreligger for hele 2022. For at kunne sammenligne udvikling i 2017-2022, er det derfor valgt at sammenligne aktivitet pr. første halvår i perioden.

### 1.4 DANSKE REGIONER - BASIS- OG TUTORLÆGEHONORAR

BDO har fra Danske Regioner modtaget en opgørelse over ydernumre, som har modtaget basishonorar i perioden januar til september 2022. Datamaterialet dækker både basishonorar inklusiv eventuelt differentieret basishonorar. Data indeholdt herudover tutorlægehonorar opgjort pr. ydernummer.

## 1.5 DET CENTRALE VIRKSOMHEDSREGISTER (CVR)

BDO har foretaget en automatiseret dataindsamling fra CVR-registret på Virk.dk. indsamlingen er foretaget på baggrund af alle unikke CVR-numre opgjort i yderregistret i perioden 1. januar 2017-2022 fra Sundhedsdatastyrelsen (afsnit 1.1). Indsamlingen er foretaget i november 2022 og indeholder en bruttoliste på 2.150 separate CVR-numre. Indsamlingen har indhentet oplysninger om; CVR-nummer, navn på virksomhed, virksomhedstype, antal ansatte, antal årsværk samt dato for seneste opdatering af data.

BDO har anvendt data fra CVR-registret antal ansatte og årsværk for de dele af de traditionelle praksisformer (solopraksis uden samarbejde, solopraksis med samarbejde, kompagniskabspraksis og delepraksis), som har virksomhedstypen enkeltmandsvirksomhed eller interessentskab. Disse to virksomhedstyper inkluderer som hovedregel ikke ejerlæger under antal ansatte, hvorfor BDO vurderer, at oplysninger om ansatte i CVR-registret er sammenlignelige for de to typer virksomhed, der udgør hovedparten af lægepraksis.

Oplysningerne i CVR-registret omfatter samtlige ansatte uanset faggruppe dvs. både ansatte læger og praksispersonale. Ejerlæger indgår dog ikke i data. Dette udgør en mulig fejlkilde i forhold til opgørelse af ansatte og årsværk pr. kapacitet i en praksis, da både ansatte og ejerlæger kan bemande en kapacitet. Data for øvrige praksisformer - fx partnerskabspraksis og regionsklikker - anvendes ikke grundet usikkerhed om data, som skyldes, at flere praksis deler CVR-nummer.

## 1.6 UDTRÆK FRA MEDCOM

Den kvantitative afdækning af henvisninger sendt fra almen praksis baserer sig på MedComs offentligt tilgængelige Statistikdatabase, som indeholder statistik for forskellige typer af meddelelser sendt mellem aktører på sundhedsområdet; fx sygehuse, praktiserende læger, apoteker eller en kommunale hjemmesygepleje.

Henvisninger sendt fra almen praksis kan kategoriseres i syv henvisningstyper, som oplistes herunder. De forskellige typer henvisninger er kategoriseret ud fra den meddelelseskabelon, som er anvendt ved fremsendelse af henvisningen. I de fleste tilfælde vil der være et 1:1 sammenfald mellem henvisningstype og modtager.<sup>2</sup>

**Speciallægehenvi sning:** en type henvisning om udredning eller behandling hos en praktiserende speciallæge. En patient kan uden henvisning fra egen læge konsultere en speciallæge inden for specialerne øjenssygdomme og øre-, næse-, halssygdomme. Det samme gælder patienter i sygesikringsgruppe 2.

**Sygehushenvi sning:** en type henvisning sendt til en relevant sygehusafdeling eller central visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnose og ønsket undersøgelse eller behandling enten ambulant eller i form af en indlæggelse.

**Billeddiagnostisk henvi sning:** en type henvisning om billeddiagnostisk undersøgelse og udredning på hospitaler eller i private røntgenklinikker i Region Hovedstaden som led i den praktiserende læges egen behandling af patienten.

**Fysioterapihenvi sning:** en type henvisning om udredning eller behandling hos en fysioterapeut.

**Psykologhenvi sning:** en type henvisning om behandling hos en psykolog.

**Fodterapihenvi sning:** en type henvisning om behandling hos en fodterapeut.

**Kommunale henvi sninger:** Kommunale henvisninger opdeles i to typer afhængig af formål. Type 1 er kommunale henvisninger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Henvisningen dækker kommunale tilbud vedrørende fx sygdomsmestring, rygeafvænning, fysisk

---

<sup>2</sup> MedCom: 'Den gode henvisning', version 3.0 - revideret d.14.12.2021

træning, ernæring og alkoholrådgivning<sup>3</sup>. Type 2 er henvisninger til kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen<sup>4</sup>.

Henvisningsdata fra MedCom er koblet på data fra yderregistret pr. 1. januar 2022 via lokationsnummeret på afsenderen. Herved opnås information om afsenderklinikken for hovedparten af henvisninger. En mindre andel henvisninger kan ikke koblet på en praksis grundet manglende match. Flere af disse er i stedet koblet på yderregistret via kliniknavn eller CVR-nummer.

BDO har observeret, at praksis beliggende i hovedstadsområdet sender væsentlig flere speciallægehenvvisninger og færre billeddiagnostiske henvisninger sammenlignet med praksis beliggende i andre geografiske områder. Dette skyldes tilsyneladende, at billeddiagnostisk udredning i hovedstaden i større udstrækning foregår via henvisning til private røntgenklinikker hos praktiserende speciallæger. En henvisning om røntgen kategoriseres derfor som en speciallægehenvisning fremfor en billeddiagnostisk henvisning, hvilket ændrer det generelle henvisningsmønster i hovedstadsområdet.

*Forbehold:* Analysen af henvisninger er foretaget med afsæt i tilgængeligt data fra MedCom. BDO har været i dialog med MedCom i forhold til kvalificering af dataudtræk. I den forbindelse bemærkes, at der i forbindelse med skift i ejerforhold for en praksis kan opstå fejlkilder i data. Fx hvis en praksis med 1.300 patienter ophører i maj 2022, som derfor vil have et lavere antal henvisninger pr. patient end sammenlignelige praksis grundet mindre aktivitet, da antallet af patienter er det samme. Disse fejlkilder er håndteret ved, at outliers er sorteret fra.

## 1.7 DANMARKS STATISTIK - DATA OM BEMANDING I ALMEN PRAKSIS

BDO har af PLO fået leveret data om bemanding af praksispersonale i almen praksis fra Danmarks Statistik. Materialet baserer sig på registret 'Beskæftigelse for lønmodtagere, FML, 2022' samt 'Elevregistret, 2022' og indeholder data for antal årsværk og ansatte praksispersonale fordelt på stillingskategorier for 2022. Data indeholder tal (ekskl. læger) for sundhedsprofessionelt personale fordelt på stilling - sygeplejersker, farmakonomer, fysioterapeuter mv. - samt personale uden sundhedsfaglig baggrund fordelt på uddannelsesniveau - gymnasie, erhvervsbachelor, kandidat mv. Flere personer, som varetager en lægesekretærrolle i almen praksis, har ikke en lægesekretæruddannelse. Denne gruppe vil ikke optræde som lægesekretær i det pågældende datasæt.

# 2 BEHANDLING AF KVANTITATIVE DATA

BDO har i forud for analyse af kvantitative data foretaget behandling af data. Nedenstående afsnit afdækker BDO's behandling af outliers i data samt behandling af hhv. populations- og stikprøvedata.

## 2.1 BEHANDLING AF OUTLIERS

I de kvantitative analyser har BDO anvendt flere datakilder. I forbindelse med analyse og samkøring af flere datakilder har der været arbejdet på at højne datakvaliteten ved at ekskludere data, som af forskellige årsager ikke giver et retvisende billede, hvis de inkluderes i analysen.

---

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, 2016

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser, 2017

De kvantitative analyser omfatter aktive ydernumre i yderregistret med tilmeldte patienter pr. 1. januar i det pågældende år. Analysen af ydelser, honorar og henvisninger dækker aktivitet, som er foregået over en periode - fx antal konsultationer i første halvår 2022. Oplysninger om almen praksis og kapacitet (fx tilmeldte patienter, bemanning og praksisform) dækker et øjebliksbillede pr. 1. januar, mens aktivitet og økonomi er opgjort for en periode. Denne forskel åbner op for en mulig fejlkilde, idet praksis (ydernumre) kan være åbnet eller lukket i løbet af perioden.

For at identificere og ekskludere disse typer praksis har BDO foretaget en outlier-analyse af datamaterialet i forhold til praksis (ydernumre), som ikke har været åbne for konsultationer i hele kalenderåret. Denne type praksis er frasorteret, da de ellers vil kunne skævvride opgørelse af fx konsultationer eller henvisninger pr. patient på (halv-)årsbasis.

De identificerede outliers er ekskluderet i alle analyser af ydelser, honorar og henvisninger for hvert analyseår 2017-2022.

Sammenkædningen af data fra yderregistret med øvrige datakilder (ydelser, honorar, henvisninger mv.) er foretaget således, at data om aktive ydernumre pr. 1. januar 2022 er koblet med aktivitetsdata for 2022, mens data om ydernumre pr. 1. januar 2021 er koblet med aktivitetsdata fra 2021 osv.

## 2.2 POPULATIONS- OG STIKPRØVEDATA

Den data, som er anvendt i den kvantitative analyse, kan deles op i registerdata leveret af primært Sundhedsdatastyrelsen og data, som BDO har produceret til formålet via en spørgeskemaundersøgelse og en gennemgang af almen praksis hjemmesider.

Registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner har karakter af populationsdata, da data dækker samtlige almene praksis i Danmark i perioden 2017-2022, hvilket er analysens genstandsfelt. Af den årsag foretages sammenlignende analyser på tværs af fx praksisform ved selv relativt begrænsede antal observationer - fx ved en sammenligning af konsultationer pr. patient fordelt på praksisform. Det bør bemærkes, at gennemsnit, andele og lignende værdier præsenteret i analysen for praksisformer med begrænsede observationer er mindre stabile for ændringer i enkelte observationer end for fx delepraksis med +100 observationer. Åbning eller lukning af en regionsklinik kan således påvirke det samlede gennemsnit i eventuelle fremtidige kortlægninger.

BDO har i dele af analysen af spørgeskemaundersøgelserdata foretaget statistiske test af, hvorvidt gennemsnitsværdier er signifikant forskellige på tværs af praksisform. Årsagen til dette er, at respondenterne udgør en stikprøve af den samlede population af almen praksis. Konkret er statistiske test foretaget via t-test. BDO har i analyse af data fra hjemmesidegennemgangen undladt statistiske test af gennemsnit eller andre mål på tværs af praksisform. Dette er fra-valgt, da datamaterialet baserer sig på en gennemgang af alle tilgængelige hjemmesider for almen praksis i 2022 og således ikke udgør en stikprøve.

## 3 IDENTIFICERING AF PARTNERSKABSKLINIKKER OG §227 STK. 2-KLINIKKER

Et centralt element i kortlægningen af praksisformer i almen praksis har bestået i identificeringen af partnerskabsklinikker og læger med flere ydernumre, som ikke fremgår som selvstændig praksisform i udtræk fra yderregistret. Praksisformen, hvor læger ejer flere ydernumre, benævnes herefter §227 stk. 2-klinikker. De to praksisformer er beskrevet i afsnit 3.2 og 4.3 i rapporten 'Kortlægning af udviklingen i praksisformer i almen praksis'.

Grundet manglende forudgående definition af de nye praksisformer, som er genstandsfelt for analysen, har BDO defineret praksisformerne 'partnerskabsklinik' og '§227 stk. 2-klinikker' i samråd med regionerne. Der er defineret tre typer praksis af særlig interesse for modtagerne af kortlægningen:

- a. Praksis ejet af en læge/flere læger, som ejer flere ydernumre (jf. SUL §227, stk. 2) og har indgået partnerskabsaftale med en privat virksomhed om driften af den konkrete praksis.
- b. Praksis ejet af en læge/flere læger, som ejer flere ydernumre (jf. SUL §227, stk. 2), hvor lægen/lægerne ikke har indgået partnerskabsaftale med en privat virksomhed om driften. Lægen/lægerne driver selv praksis med ansatte læger.
- c. Praksis ejet af en læge/flere læger, som ejer ét ydernummer og har indgået partnerskabsaftale med en privat virksomhed om driften af praksis.

Type A og C defineres af BDO som "partnerskabsklinik". Både type A og B er etableret i henhold til §227 stk. 2 i sundhedsloven, men type B benævnes §227 stk. 2-klinikker eller "praksis ejet af læger med flere ydernumre" for at undgå forveksling med partnerskabsklinikker. Nedenfor ses en matrixtabel, som illustrerer inddelingen:

	Flere ydernumre	Ét ydernummer
Indgået partnerskab	A (Partnerskabsklinik)	C (Partnerskabsklinik)
Ikke indgået partnerskab	B (§227, stk. 2)	

#### Metode til identifikation

Identificeringen af partnerskabs- og §227 stk. 2-klinikker har omfattet de praksis, som var aktive pr. 1. januar 2022 ifølge yderregistret leveret af Sundhedsdatastyrelsen beskrevet i afsnit 1.1. Det skal særligt bemærkes, status for praksisform er dynamisk og at listen af praksis er udtryk for et øjebliksbillede. Det er således muligt og sandsynligt, at nogle af de identificerede praksis kan være lukket og/eller nye praksis åbnet i den forløbne periode siden 1. januar 2022.

Identificeringen af praksisformer er foruden yderregistret foretaget via supplerende datakilder. Virksomhederne Alles Lægehus og Nordic Medicare, som driver langt hovedparten af partnerskabsklinikker, har opgivet en liste over de klinikker, som virksomhederne enten driver som udbudsklinik eller partnerskabsklinik. BDO har herudover anvendt CVR-registret til at undersøge ejerforhold for almen praksis. Derudover har BDO anvendt opgørelsen over læger i almen praksis beskrevet i afsnit 1.2 til identificering af læger, som ejer flere ydernumre. Endelig har BDO været i dialog med regionerne om verificering af partnerskabs- og §227 stk. 2-klinikker ifølge regionernes egne opgørelser. Nedenstående boks beskriver metoden til identificering af praksisformer;



#### Metode til identifikation af partnerskabsklinikker:

- (1) Virksomhederne Alles Lægehus og Nordic Medicare oplyser de praksis, de har indgået partnerskab med. Ydernumrene tilføjes til listen med enten partnerskabsklinikker - dvs. type A eller C.
- (2) Yderregistret over aktive ydernumre pr. 1. januar 2022 undersøges i forhold til CVR-numre, som står registreret ud for mere end ét ydernumre. Dette kan identificere praksis, som anvender SUL §227 stk. 2, hvorfor metoden kan identificere praksis i kategori A eller B.
- (3) Det centrale virksomhedsregister (VIRK) anvendes til opslag på de CVR-numre med mere end ét ydernummer. Notering af ejers navn anvendes til at verificering, hvorvidt praksis har indgået partnerskab med en privat virksomhed. Dvs. hvorvidt praksis er af type A eller B.
- (4) En liste af læger med pseudonymiseret ID fra Sundhedsdatastyrelsen, som i 2022 har været registreret som ejer på flere ydernumre, anvendes til verificering af status på typen af partnerskabsklinik (A, B el. C).
- (5) Listen med identificerede partnerskabs- og §227 stk. 2-klinikker sendes til regionerne, som verificerer og evt. kommentarer listen.
- (6) Eventuelle overlap mellem praksis udbedres og dubletter fjernes.

BDO benytter i analysen af praksisformer Sundhedsdatastyrelsens inddeling af ydernumre i praksisformer opgjort i yderregistret. For praksis identificeret som enten partnerskabs- eller §227 stk. 2-klinikker har BDO i analysen ændret praksisformen til den identificerede praksisform fra den praksisform, som tidligere er registret i yderregistret. Den tidligere praksisform kan have været fx kompagniskab eller solopraksis. Det gælder for partnerskabsklinikker, at disse overvejende har været kategoriseret som 'udbudsklinik' i Sundhedsdatastyrelsens datasæt.

## 4 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE - METODE

I forbindelse med analysen er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse, der har været udsendt til alle praktiserende læger med det formål at afdække opgaveløsning i almen praksis. Undersøgelsen har haft til hensigt at afdække opgavetyper, bemanning, arbejdstid, arbejdsdeling, tilgængelighed og forventninger til hvilke opgavetyper, der vil skulle prioriteres i fremtiden. Undersøgelsen er udformet på en måde, hvor hver praksis har haft mulighed for at udfylde spørgeskemaet én gang via kobling på ydernummer. En respondent/besvarelse repræsenterer således én almen praksis.

Spørgeskemaet var struktureret efter flere temaer relevant for afdækningen af opgaveløsningen i almen praksis. Nedenfor ses den kronologiske rækkefølge af spørgeskemaets temaer.

<b>Bemanding</b>	- antal læger, lægesekretærer og sundhedspersonale
<b>Lægepersonales baggrund</b>	- stillingstype, arbejdstid, øvrige funktioner mv.
<b>Tidsanvendelse</b>	- arbejdstid fordelt på opgavetyper for hver faggruppe
<b>Arbejdsdeling</b>	- arbejdsdeling ml. læger og praksispersonale for opgavetyper
<b>Prioritering af opgaver</b>	- vurdering af fremtidige behov for patientgrupper
<b>Tilgængelig</b>	- tilgængelighed for samarbejdspartnere og til regionale hotlines

## 4.1 DISTRIBUTION

Spørgeskemaundersøgelsen blev distribueret til almen praksis via Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og regionerne. Desuden blev spørgeskemaet forsøgt distribueret ud via de to væsentligste private leverandører, som driver udbuds- og partnerskabsklinikker. BDO modtog dog kun besvarelser fra de praksis, som drives af den ene leverandør. Distributionen via tre kanaler er valgt af hensyn til at maksimere svarprocenten. Der blev udsendt et spørgeskema til 1.604 praksis i regi af PLO. Via regionerne og den private leverandør har yderligere hhv. 14 praksis og 36 praksis haft mulighed for at besvare spørgeskemaet.

Distributionskanal 1: Spørgeskemaundersøgelsen til praksis i regi af PLO blev distribueret via mail til samtlige klinikker, hvori minimum en person i praksis havde medlemskab af PLO i november 2022. Distributionen foregik via en medlemsundersøgelse fremsendt af PLO. Hvert spørgeskema blev tilkoblet et ydernummer, så besvarelse kun var mulig en gang pr. klinik. Undersøgelsen til PLO-medlemmer løb i perioden d. 05.12.22 - 16.12.22. Det bør understreges, at enkelte partnerskabsklinikker har besvaret undersøgelsen sendt via PLO's nyhedsbrev, da ejerlæger kan være medlemmer af PLO.

Distributionskanal 2: Spørgeskemaundersøgelsen til regionsklinikker blev distribueret via et link, som blev fremsendt på mail via regionerne. Undersøgelsen for regionsklinikker løb i perioden d. 16.12.22 - 05.01.23.

Distributionskanal 3: Der blev udsendt spørgeskemaer til udbuds- og partnerskabsklinikker via distribution af spørgeskemaet til en privat leverandør. Denne spørgeskemaundersøgelse løb i perioden d. 07.02.23 - 09.02.23.

## 4.2 RESPONDENTER

I alt 566 respondenter har gennemført spørgeskemaet på tværs af de tre ovennævnte distributionskanaler. Dertil kommer 144 respondenter med delvise besvarelser. Hovedparten af de gennemførte besvarelser stammer fra spørgeskemaet distribueret til PLO-medlemmer, hvor 550 ud af 1604 almen praksis gennemførte undersøgelsen. Dette giver en svarprocent på 34 %, hvilket må anses som værende tilfredsstillende henset de gængse svarprocenter på diverse spørgeskemaundersøgelser.

Fra regionsklinikker modtog BDO 10 gennemførte og 2 delvise besvarelser ud af 14 mulige. Fra virksomheden Alles Lægehus modtog BDO ud af 36 mulige 8 gennemførte og 1 delvis besvarelse, hvoraf alle var partnerskabsklinikker. Delvise besvarelser er anvendt, såfremt de er vurderet relevante og gyldige.

Respondentgruppens repræsentativitet for den samlede population af almen praksis er undersøgt via en frafaldsanalyse. Konkret er det testet, hvorvidt respondentgruppen indsamlet via PLO er repræsentativ i forhold til geografisk beliggenhed på tværs af regioner, kommunetype og lægedækningstruede områder samt praksisform og størrelse mål på antal lægekapaciteter.

Frafaldsanalysen viser, at de praksis, som gennemførte undersøgelsen, har en fordeling i forhold til parametrene region, kommunetype, praksisform, lægedækningstruede områder og antal kapaciteter, som ligner fordelingen for den samlede population. Således vurderes det, at respondentgruppen generelt er repræsentativ for populationen.

#### *Forbehold*

Deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen er baseret på selvselektion. Derfor kan det ikke udelukkes, at fx særligt engagerede eller kritiske respondenter er overrepræsenterede i undersøgelsen. Undersøgelsen beror sig alene på respondenternes subjektive vurderinger af forholdene i deres praksis. Spørgsmål i undersøgelsen omhandler alle opgavetyper for hele praksis, men undersøgelsen kan være besvaret af få personer, som ikke nødvendigvis har fuld information om alt praksispersonale.

Antallet af respondenter for praksisformerne partnerskabs-, regions- og §227 stk. 2-klinikker er begrænset. Undersøgelsen bygger på 10 respondenter fra partnerskabsklinikker, 9 respondenter fra regionsklinikker og 5 respondenter fra §227 stk. 2-klinikker. Grundet det lave antal respondenter præsenteres der i rapporterne ikke resultater på niveau af praksisform fra §227 stk. 2-klinikker. BDO har valgt at præsentere resultater for partnerskabsklinikker, da de 10 praksis udgør en væsentlig andel af de 40 praksis, som blev identificeret pr. 1. januar 2022. Det bør dog bemærkes, at datagrundlaget for partnerskabsklinikker er mere usikker end for de øvrige praksisformer. Dertil bør bemærkes, at besvarelser fra partnerskabsklinikker primært stammer fra én leverandørvirksomhed, som har faciliteret indsamlingen af besvarelser. Variationen i besvarelser på spørgsmål om tidsforbrug og delegation er således mere begrænset end internt i andre praksisformer.

## 5 HJEMMESIDEGENNEMGANG - METODE

BDO har foretaget en gennemgang af hjemmesider for almen praksis med det formål at afdække åbningstider for konsultationer, telefonisk åbningstid, åbningstid for akuttelefon og bemanning (personer) i almen praksis ud fra tilgængelige oplysninger på hjemmesider.

Hjemmesidegennemgangen baserer sig på yderregistret pr. 1. januar 2022, som er beskrevet i afsnit 1.1. Ifølge yderregistret var der 1. januar 2022 1.694 aktive almen praksis. Yderregistret er blevet matchet med Behandlingsstedsregistret for at opnå oplysninger om klinikens navn og ejer. Grundet manglende match mellem yderregistret og Behandlingsstedsregistret er 575 praksis sorteret fra. Manglende match kan fx skyldes ændrede ejerforhold.

Almen praksis' hjemmesider er fundet via opslag på kliniknavn i guiden 'Find Behandler' på Sundhed.dk. I enkelte tilfælde har det været nødvendigt at søge på CVR-registret eller Google. I alt 176 praksis er sorteret fra grundet ikke-fungerende eller manglende hjemmeside. Det bemærkes i den forbindelse, at praksis er forpligtet til at informere på praksisdeklarationen (Sundhed.dk), men ikke på hjemmesiden.

En del praksis - især solopraksis med samarbejde - deler hjemmeside. Dette er håndteret ved, at dubletter af hjemmesider er frasortet. Enkelte praksis er herudover frasortet på grund af særlige organisatoriske forhold, hvor det har været svært at skelne på hjemmesiden, hvorvidt personale eller åbningstider deles af flere praksis på adressen. BDO's analyse baserer sig således på samlet 1.143 hjemmesider. Det bemærkes, at ikke alle besøgte hjemmesider oplyser fuldstændigt om både bemanning, åbningstider, akuttelefon mv.

Hjemmesidegennemgangen er foretaget manuelt af to konsulenter i BDO, som har fulgt en fast indtastningskabelon.

### Forbehold

Datamaterialet bygger på de oplysninger om åbningstider og bemanning, som var tilgængelige på almen praksis' hjemmesider ved tidspunktet for gennemgangen. Oplysninger fra hjemmesider stemmer derfor ikke nødvendigvis 100 % overens med virkeligheden, hvis hjemmesiden fx ikke er opdateret.

Åbningstider for konsultation, telefon og akut telefonisk henvendelse er kun noteret, såfremt hjemmesiden har angivet en præcis tidsangivelse - fx 08.00-16.00. Enkelte praksis har angivet formuleringer som 'konsultation efter aftale', 'aftenkonsultation mulig' eller 'konsultation mulig kl. 13-17 hver 3. tirsdag'. Disse oplysninger er ikke taget med i gennemgangen, idet det ikke fremgår konkret, hvad frekvensen er for tilbud om ekstraordinære konsultation efter 16.00.

Det bemærkes, at hjemmesidegennemgangen kun opgør antal personer tilknyttet praksis. Undersøgelsen kan således ikke opgøre årsværk. Gennemgangen tæller vikarlæger og uddannelseslæger under den fælles betegnelse 'læger'.

## 6 KVALITATIVE METODER

Der er blevet gennemført en omfattende indsamling af kvalitative data med henblik på at sikre et kvalificeret og mere fuldstændigt datagrundlag. De kvalitative data bidrager med indsigter og perspektiver, som ikke kan læses ud af kvantitative data alene. Samtidig bidrager de kvalitative data til at kvantitative datasæt vurderes og tolkes mere nuanceret og med de rette forbehold. En analyse alene baseret kvantitative data vil således ikke kunne frembringe de bagvedliggende faktorer, forklaringer og årsager, som typisk er dem der skal adresseres, såfremt der ønskes et fuldstændigt billede og dermed beslutningsgrundlag fremadrettet.

Der er til denne analyse anvendt følgende kvalitative dataindsamlinger;

- 30 praksisbesøg i almen praksis. Med interview med praktiserende læger og udvalgt praksispersonale
- 11 gruppeinterviews med primære samarbejdspartnere til almen praksis;
  - 6 gruppeinterviews med regionale hospitalsenheder.
  - 5 gruppeinterviews med repræsentanter kommuner.
- 5 ekspertinterviews
- 9 kvalificeringsworkshops med relevante interessenter fra almen praksis, patientforeninger, kommuner og regionale sygehuse. Derudover deltagelse af interessenter som Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, PLO, private leverandører, DSR mv.
- 17 Deep Dives resulterende i case-beskrivelser for udvalgte praksis.

### 6.1 PRAKSISBESØG

Der er blevet afholdt 30 besøg med udvalgte lægepraksis, hvor praktiserende læger og udvalgte praksispersonale er blevet interviewet. Til disse semi-strukturerede interviews er anvendt spørgeguides for at sikre ensartethed. De overordnede temaer i disse spørgeguides var:

**Baggrundsinfo** - eks. vedkommendes baggrund/erfaring, antal patienter, patientgruppe, ejerforhold mv.

**Praksisform og kontinuitet** - eks. praksisform, anciennitet, bemanning mv.

**Opgaveportefølje og tidsforbrug** - eks. primære opgaver der løses, overordnet tidsfordeling, prioritering, reservede tidsblokke mv.

**Ledelsesopgaven** (primært ejerlægen) - eks. ledelsesmæssige opgaver, supervision, beslutninger og drift og udvikling, ledelseskompetencer mv.

**Kerneopgave/-funktion** - eks. beskrivelse af egen kerneopgave, oplevelse af udviklingen i gatekeeper-, generalist- og tovholderfunktion mv.

**Arbejdsdeling og delegation** - eks. hvilke opgaver er delegeret til hvilke faggrupper, hvilke opgaver kan ikke delegeres, hvilke opgaver kan delegeres men gøres ikke i dag mv.

**Udvikling i opgaveporteføljen** - eks. oplevet opgaveglidning, hvilke opgaver fylder mere nu end før, hvilke nye opgaver er kommet mv.

**Kompetencer** - eks. hvordan sikre rette kompetenceniveau til varetagelse af eksisterende og nye opgaver, hvordan udvikles kompetencer ift. behov mv.

**Barrierer/forudsætninger for indoptag af nye opgaver** - eks. i forhold til ressourcer, rammebetingelser, prioriteringsbehov, kompetenceudvikling mv.

**Samspil med primære samarbejdspartnere** (kommuner og sygehuse) - eks. hvad fungerer godt og mindre godt, behov for koordinering, uklare ansvarsforhold, ressourceanvendelsen på tværs af sektorer mv.

**Tilgængelighed** - eks. samarbejdspartneres og borgeres adgang til klinikken (telefonisk, fysisk, video, elektronisk kommunikation og akut), hotline til sygehuse mv.

**Fremtidens opgaveløsning** - eks. hvad skal almen praksis prioritere mere tid på fremadrettet, hvad kunne give mening at bruge mindre tid på, hvordan sikres tilstrækkelig kapacitet fremadrettet henset den generelle udvikling med flere ældre, længere levetid, flere kronikere og multisyge, garantier for/forventninger om behandling mv.

Størstedelen af praksisbesøg er afholdt fysisk med besøg på den pågældende praksis. Dog blev enkelte praksisbesøg afholdt virtuelt grundet praktiske hensyn.

De 30 lægepraksis blev udvalgt under hensyntagen til at sikre bredde og repræsentativitet i forhold til geografi (regioner), land/by, størrelse og praksisform. Den praktiske gennemførlighed (eksempelvis klinikernes ønske om/mulighed for at deltage) har dog i enkelte tilfælde influeret udvælgelsen. PLO-klinikker er blevet udvalgt af PLO-regionalt. Partnerskabs-, udbuds- og regionsklinikker er udvalgt og indstillet af de pågældende regioner og private leverandører. I forlængelse af udpegningsprocessen er der taget direkte kontakt til enkelte praksis for at sikre dækkende repræsentation af samtlige praksisformer.

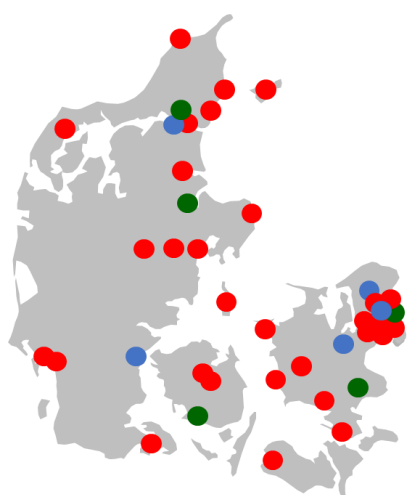
Selvom BDO har udvalgt praksis med hensyn til repræsentativitet og kvalificeret resultater, skal det bemærkes, at BDO kun har interviewet en lille andel af det samlede antal praksis. Det kvalitative materiale baserer sig på interview i 30 praksis ud af over 1.500 almen praksis. Da fokus i udvælgelsen har været at sikre bredden i forhold til typer af praksis, besidder det kvalitative data således ikke fuld repræsentativitet. Ligeledes skal det bemærkes, at PLO, regioner og private leverandørers udvælgelse af praksis har have influeret karakteristika eller typen af de besøgte praksis.

I følgende figur og tabel redegøres for de deltagende klinikkers geografiske placering samt praksisform;

Tabel 5.1a: Tabel med deltagende praksis fordelt på region og praksisform

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	Total
Kompagniskab	2	3	1	3	3	12
Solopraksis	2		1	1	3	7
Delepraksis		1		1		2
Partnerskabsklinik	2		3		1	6
§227, stk. 2						
Regionsklinik	1			1		2
Licensklinik		1				1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>30</b>

Figur 5.1a: Kort over almen praksis, hospitaler og kommuner, som BDO har interviewet



- Almen praksis besøgt
- Interview hospital
- Interview kommune

## 6.2 GRUPPEINTERVIEWS MED REGIONALE SAMARBEJDSPARTNERE

Der er efter afholdelsen af størstedelen af praksisbesøg blevet afholdt i alt 11 gruppeinterviews med de primære samarbejdspartnere i form af 6 gruppeinterviews med regionale hospitalsfunktioner og 5 gruppeinterviews med kommuner.

Afholdelsen af gruppeinterviews foregik fysisk eller virtuelt. Dette afhang igen af praktiske forhold, herunder hvilken form der bedst passede de deltagende repræsentanter fra enten sygehusafdelinger eller kommuner.

Formålet med disse gruppeinterviews var primært følgende;

- Sikre indsigt i de primære og væsentligste opgavemæssige snitflader til almen praksis.
- Samarbejdspartners erfaringer og input til den nuværende opgavedeling og opgavesamspil med almen praksis - herunder hvad de vurderer fungerer godt og hvad der er uhensigtsmæssigt.
- Samarbejdspartners oplevelse af tilgængeligheden til almen praksis og omvendt fra almen praksis til dem.
- Ønsker/behov i forhold til opgavetyper/-varetagelse i almen praksis fremover, henset udviklingen i bl.a. det nære sundhedsvæsen. Herunder hvilke opgaver/ansvar der med fordel kunne flyttes fra samarbejdspartnere til almen praksis - og omvendt.
- Input til hvordan samarbejdspartnerne og almen praksis i fællesskab kan lykkes endnu bedre med tidlig opsporing, forebyggelse og behandling uden for hospitalerne.

6 gruppeinterviews med hospitalsfunktioner;

De deltagende 6 hospitalsfunktioner blev udvalgt i samråd med Danske Regioner med henblik på at dække fagområder, der vurderes at have væsentlige snitflader med almen praksis, ligesom der samtidig blev sikret repræsentation fra alle 5 regioner. Således blev der afholdt gruppeinterviews med repræsentanter fra følgende sygehusområder: Akut (Region Midtjylland), Kræft (Region Nordjylland), Medicinsk (Region Sjælland), Geriatri (Region Hovedstaden), Diagnostik (Region Syddanmark) og Psykiatri (Region Hovedstaden).

De deltagende repræsentanter var typisk ledende overlæger, afdelingslæger og klinikchefer.

### 6.3 GRUPPEINTERVIEWS MED KOMMUNER

De deltagende 5 kommuner blev udvalgt i samarbejde med KL med henblik på at sikre geografisk spredning og kommuner med forskellige størrelse. De deltagende kommuner blev således Aalborg, Randers, Faaborg/Midtfyn, Gentofte og Faxe. Deltagerne på de kommunale gruppeinterviews var såvel ledere som medarbejdere fra det kommunale ældreområde (hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre og midlertidige pladser) - og i visse tilfælde også repræsentanter fra det kommunale social-, familie-, børn- og ungeområde område.

Det skal ligesom ved udvælgelsen af almen praksis nævnes, at de 5 kommuner kun udgør en lille udsnit af de i alt 98 kommuner. Landets kommuner er forskelligt organiseret, og lokale forhold kan spille ind i forhold til snitfladen til almen praksis. Det kvalitative materiale om snitfladen mellem almen praksis og kommuner baserer sig således på en udvalgt - begrænset - antal af det samlede mængde kommuner, hvorfor der ikke er fuld repræsentativitet.

Det skal i forlængelse heraf bemærkes, at BDO via de 30 praksisbesøg indirekte har indblik i snitfladerne med et bredt udsnit af kommuner udover de 5 kommuner, som blev udvalgt til interview. Det skyldes, at kommunesamarbejdet har været et tema i samtlige interview med praktiserende læger og praksispersonale under praksisbesøg i hele landet.

### 6.4 EKSPERTINTERVIEWS

Med henblik på at indhente supplerende viden og indsigter i de strukturelle og opgavemæssige udfordringer som almen praksis står overfor på kort og længere sigt, inklusive inspiration til udviklingsmuligheder, er der blevet gennemført interviews med 5 udvalgte og anerkendte danske fagekspertter og forskere herunder en repræsentant for Dansk Selskab for Almen Medicin DSAM.

### 6.5 KVALIFICERINGSWORKSHOPS

Der blev afholdt i alt 9 kvalificeringsworkshops med fokus på at sikre supplerende, kvalificering og perspektivering i forhold til vores foreløbige resultater og betragtninger, baseret på de kvantitative dataanalyser, afholdte praksisbesøg, ekspertinterview og gruppeinterviews med

samarbejdspartnere. Kvalificeringsworkshops havde således til formål at sikre, at den videre analyse blev foretaget på basis af resultater og konklusioner, som var blevet valideret, kvalificeret og nuanceret hos de rette interessentgrupper.

Størstedelen blev afholdt virtuelt dog blev kvalificeringsworkshops vedrørende patientperspektiv og det somatiske område afholdt fysisk.

Hver kvalificeringsworkshop var målrettet et særligt tema som det i kortlægningsfasen havde vist sig relevant at få afdækket og behandlet særskilt. Temaerne for de 9 kvalificeringsworkshops fremgår af nedenstående samt de primært deltagende interessentgrupper:

#### 1. kvalificeringsworkshop: Patientperspektivet

Deltagere: Repræsentanter fra Dansk Patienter, Osteoporoseforeningen, Bedre Psykiatri, Spiseforstyrrelser og Selvskade. Derudover repræsentanter fra Danske regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, PLO, KL, Lægeforeningen, DSAM, DSR og private leverandører.

#### 2. kvalificeringsworkshop: Almen praksis - Solopraksis

Deltagere: Praktiserende læger, praksispersonale, PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DSR

#### 3. kvalificeringsworkshop: Almen praksis - Kompagniskab

Deltagere: Praktiserende læger, praksispersonale, PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DSR

#### 4. kvalificeringsworkshop: Almen praksis - Øvrige former (partnerskabs-, udbuds- og regionsklinikker)

Deltagere: Praktiserende læger og praksispersonale fra nævnte praksisformer, repræsentanter fra regioner og private leverandører, DSR, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

#### 5. kvalificeringsworkshop: Hospitaler - Somatisk

Deltagere: Praktiserende læger, hospitalslæger fra relevante enheder, sygeplejersker, praksiskonsulent, PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner.

#### 6. kvalificeringsworkshop: Hospitaler - Psykiatri

Deltagere: Praktiserende læger, hospitalslæger fra psykiatrien, sygeplejersker, praksiskoordinator, praksiskonsulent, PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner.

#### 7. kvalificeringsworkshop: Kommuner - Ældre

Deltagere: Praktiserende læger, praksiskonsulent, repræsentanter fra kommunale ældreområde, PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

#### 8. kvalificeringsworkshop: Kommuner - Social og Familie (børn/unge) området

Deltagere: Praktiserende læger, praksiskonsulent, repræsentanter fra kommunale social (voksen), familie og PPR-området, PLO, Indenrigs- og Sundhedsministeriet,

## **6.6 DEEP DIVES**

Der er blevet gennemført 17 såkaldte deep dives, resulterende i detaljerede og dokumenterede case-beskrivelser af 17 udvalgte praksis. Formålet med disse deep dives har været følgende;

- Opnå dybere indsigt i de forskellige praksisformer, herunder konkret opgaveløsning, arbejdsdeling, ledelseskonstruktion, ejerforhold og brugen af lægers og praksispersonaleets ressourcer. Herunder evt. ligheder og forskelle bl.a. i opgaveløsningen inden for samme praksisform og årsager hertil (organisering, geografi, patientgruppe mv.).
- Bibringe ny/supplerende viden om betydningen af organisering, ejerforhold m.v. på tværs af praksisformer - eks. ift. kontinuitet og tilgængelighed.



- Indhente supplerende viden og input ift. mulighedsrum for at videreudvikle opgaveløsningen i almen praksis, inkl. barrierer og forudsætninger ift. at indoptage eventuelle nye opgaver

Case-beskrivelserne blev udarbejdet af BDO med udgangspunkt i afholdte praksisbesøg hos de pågældende 17 klinikker. Herefter blev case-beskrivelserne sendt til kommentering og skriftlig godkendelse hos de respektive praksis.

De 17 lægepraksis til deep-dives er udvalgt således de repræsenterer forskellige praksisformer, organisering, geografi (regioner), land/by og størrelse. Derudover belyser de udvalgte lægeklinikker tilsammen forskellige inspirerende/anderledes løsninger på opgavevaretagelse og organisering.

Interessenterne (både PLO, regioner og private leverandører) bidrog til udvælgelsen af klinikker med udgangspunkt i de praksis, der var udvalgt til praksisbesøg. Den endelige udvælgelse blev besluttet i samråd med regionale kontaktpersoner.

## 6.7 INTERNATIONALE CASES

På baggrund af en bruttoliste udvalgte Indenrigs- og Sundhedsministeriet fire sammenligningslande: Norge, Sverige, England og Holland.

BDO har foretaget en overordnet, systematisk kortlægning af organisering af almen praksis/primary care samt forekomst af praksisformer og udvikling af praksisformer og opgaveløsning i de pågældende lande som grundlag for at udvælge inspirationscases. Udvælgelsen og prioriteringen af de konkrete inspirationscases er sket i samråd med BDOs lægefaglige ekspert Professor, konsulent og praktiserende læge Niels Bentzen. BDO er alene ansvarlig for den kvalitative udvælgelse.

Den indledende kortlægning har for hvert land omfattet følgende temaer:

- Finansiering og ejerskab
- Struktur og praksisformer
- Organiseringsformer
- Praksisstørrelse og bemanning
- Ledelseskonstruktioner
- Opgaveløsning og udvikling i opgaveportefølje
- Tendenser
- Eksempler på vellykkede indsatser

Kilderne til inspirationscases er dels skriftlige kilder i form af rapporter og hjemmesider, dels interview med eksperter i de pågældende lande. Der er for hvert land både gennemført ekspertinterview med repræsentanter for det lægefaglige speciale og sundhedsmyndigheder eller andre forskningsmiljøer og tænketanke, som BDO og BDOs globale netværk har formidlet kontakt til.

De lokale eksperter er udvalgt af konsulentteamet med bistand fra BDO Norge, BDO Holland, BDO UK og BDOs lægefaglige rådgiver.

Ud over individuelle fageksperter og praktiserende læger har repræsentanter fra følgende organisationer bidraget til at belyse de internationale inspirationscases:

- Kings Fund, England
- Royal College of General Practitioners, England
- NIVEL, Holland
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Holland (PLO i holland)
- Kommuner og Regioner, Sverige
- Region Skåne, Sverige
- ALIS Nord, Norge
- Kommune, Norge

## 7 PROJEKTORGANISERING

Analyseforløbet har været ledet af en styregruppe med deltagelse af BDO og repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. BDO har varetaget projektledelsen og samtidig haft ansvar for gennemførelsen af planlagte projektaktiviteter. Herunder sikret løbende inddragelse af relevante interessentgrupper så som praktiserende læger, praksispersonale, repræsentanter fra hospitalsenheder og kommuner, patientforeninger, Sundhedsdatastyrelsen samt nationale og internationale fageksperter.

I forbindelse med opstarten af analyseforløbet blev der etableret en interessentgruppe med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Lægeforeningen. Interessentgruppen har deltaget i orienteringsmøder, og de enkelte repræsentanter har derudover bidraget ad hoc efter behov.

Undervejs i analyseforløbet blev interessentgruppen udvidet med repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråd (DSR), Alles Lægehus og Nordic Medicare.

En gruppe af regionale kontaktpersoner har desuden bidraget med information og kvalificering af datamaterialet, ligesom PLO-regionalt har bidraget med at identificere deltagende lægepraksis.