

VELKOMMEN TIL DSI DEBATSEMINAR!

28. SEPTEMBER 2010

Hvordan gør vi visionen for fremtidens almen praksis til
virkelighed?

Ordstyrer: Direktør Jes Søgaard

Oplægsholdere: Projektleder Martin Sandberg Buch
Senior projektleder Jakob Kjellberg

Paneldeltagere: Søren Friberg, chef for DAK-E
Karen Nørskov Toke, udviklingschef, Region
Hovedstadens Praksisenhed



Baggrund

- DSI og Den Kommunale Momsfond har finansieret projektet
- Formål
 - Hvad kan det enkelte lægehus, den enkelte region og det nationale niveau gøre for at øge kapaciteten?
- Et paraplyprojekt der samler fire analyser
 - Litteraturstudie, casestudie i lægehuse, casestudie i en region og analyser af listestørrelsen som et udtryk for kapacitet

DAGENS PROGRAM

14.00-14.05 Velkomst

14.05-14.45 Oplæg

14.45-15.00 Pause

15.00-15.15 Korte indlæg fra paneldeltagerne

15.15-16.00 Åben debat

Hvordan skabes kapacitet i store lægehuse?

- Et sammenlignende casestudie baseret på
 - Interview med 48 læger og ansatte
 - Casebeskrivelser
 - Registeranalyser

Disposition

- Formål
- Karakteristik af samplet
- Personaleforbrug, patientkapacitet og ydelser
- Lægehusenes ledelse og organisation
- Opsamling og perspektivering

Formål

- Hvad kendetegner store lægehuse med stor patientkapacitet?
 - Det skal være noget vi ikke ved i forvejen!

Vi ved at:

- Yngre læger vil i flerlægepraksis!
- Antal sygeplejersker er fordoblet på meget kort tid
- Kompagniskabslægehuse har 100 færre tilmeldte patienter

Vi ved ikke så meget om:

- Kompagniskabslægehuse med stor kapacitet
- Uklart om personalet bidrager til øget kapacitet

Karakteristik af samplet

	Sample	Landsgennemsnit
Mange læger	4,1	1,6
Mange patienter	1952	1583
Meget personale	1,45	0,9
Udd. læger	1,38 (lægehus)	0,14 (lægehus)

Vejen til det store lægehus med stor kapacitet

- Modne kompagniskaber
- Enkelte er startet som store
- De fleste er vokset via knopskydning over en længere årrække
- Tradition for at have mange tilmeldte patienter
- Afhængige af – og glade for – klinikpersonale
- Ikke lægehuse i nød!

Gennemsnitlige patienter og henvisninger

	Gennemsnit sample	Kommune- gennemsnit
DADI score	31,5	30 (lands)
Henvisninger sygesikring pr. pt.	0,34	0,30
Henvisninger sygehus pr. pt.	0,30	0,29

Lille variation i ydelser og henvisninger

	Sample	Kommune gennemsnit
Fremmøde konsultationer	4,00	3,63
Telefon, e-mail o.l.	3,45	3,36

- Alle lægehusene har stor patientkapacitet uden at det ud over antallet af ydelser og henvisninger
- To lægehuse klarer sig markant bedre end gennemsnittet
 - ”Kort” lægearbejdsuge på ca. 37 timer
 - Halvt så meget personale som dem der bruger mest
 - Mere end 2000 patienter pr. ejerlæge
 - Socioøkonomi kan ikke forklare ovenstående

Lægehusenes ledelse og organisation



Hvordan ser der ud inde i lægehusene

- Arbejdsdeling
 - Udnyttes på traditionel vis – dvs. funktioner men ingen lægelig subspecialisering
- Ledelse
 - Mange ligestillede i et produktionsfællesskab er ikke altid let
 - Personaleledelse er en udfordring
 - Langstrakte rekrutteringsprocesser, ”socialisering”, detaljerede kontrakter
 - % ekstern hjælp til ledelse og organisation

Udelegering af traditionelle opgaver

- Stor uddelegering i alle lægehuse. Fx:
 - Vorter, prøvetagning, ukomplicerede prøvesvar, vægtskontrol, recepter, tider, vaccinationer osv.
 - Opgaverne er stort set fjernet fra lægerne og det frigør lægetid

Uddelegering af kronikeroptfølging

- Alle lægehusene er i gang – nogen er nået væsentligt længere end andre
- Entydig ledelse, vejledninger til personalet og eksplicit fokus på uddelegering = fuldt implementeret kronikeroptfølging iht. overordnede anbefalinger
- *"Meget tilfredsstillende at blive brugt til det man er god til"*

Stort lægehus giver mulighed for at optimere via:

- Udvidet åbningstid
- 'Pakning' af konsultationstyper'
- Faste vagtrul –akutfunktion og hjemmebesøg



Eksempler på effektiv organisering der ikke afhænger af størrelse

- Overdragelse af telefontid
- IT systemer der strukturerer patientbesøg
- Uvisiteret fremmøde er afskaffet i alle cases
- Elektronisk patientkontakt – delt 50-50
- Telefonsluser

Konklusioner

- Der er stordriftsfordele i store lægehuse:
 - Det kan lade sig gøre at have mange tilmeldte, normal arbejdsuge og proaktiv kronikerbehandling
 - Patientgrundlag
 - En dedikeret kronikersygeplejerske ca. 5.000 patienter
 - Fuldtidslaborant ca. 7.000 patienter
- Hverdagsorganisering
 - 4-5 læger åbner mange muligheder

Perspektivering

- Samplet er ikke repræsentativt
- Stor er ikke = god!
- Store enheder med uklar ledelse og uformel organisation er sjældent effektive – især når de har en meget komprimeret drift
- Behov for fokus på ledelse og organisationsudvikling hvis vi ikke bare skal have større, men også bedre lægepraksis

Fra vision til praksis

Jakob Kjellberg / DSI



Vision og viljen er til stede

”For at kunne tage hånd om de nye opgaver, så er det nødvendigt med store og moderne lægeklinikker. Regionerne vil gerne sammen med de praktiserende læger, kommunerne og staten satse på at få etableret store lægeklinikker, som skal give almen praksis de rammer og ressourcer, som er nødvendige. De store lægeklinikker skal give borgerne sundhedsfaglige tilbud på et højt fagligt niveau. En behandling af den bedste kvalitet. Og så skal de yde en rigtig god service”

Kilde: Almen Praksis' rolle i Fremtidens Sundhedsvæsen” Ved Bent Hansen

<http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/>

[Sundhed/Praksissektoren/Almen%20Praksis%20i%20Fremtidens%20Sundhedsvaesen/~media/migration%20folder/upload/](http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Sundhed/Praksissektoren/Almen%20Praksis%20i%20Fremtidens%20Sundhedsvaesen/~media/migration%20folder/upload/)

[files/sundhed/tale.%20bent%20hansen.pdf](http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Sundhed/Praksissektoren/Almen%20Praksis%20i%20Fremtidens%20Sundhedsvaesen/~media/migration%20folder/upload/files/sundhed/tale.%20bent%20hansen.pdf).ashx



Men hvordan realiseres visionen?

- Antagelser og aflastning
 - Behov for ændring af normliste systemet?
- Grundlæggende problemstillinger i samarbejdet mellem administrativ og politiske niveauer og de praktiserende læger.

Antagelsen om aflastning

- Litteraturen finder at personale under rette omstændigheder kan frigøre tid til lægen
 - Det er dog uklart hvad den tid bruges til
 - Flere patienter?
 - Højere aktivitet
 - Mere fritid?
- Økonomiske incitament er medfører højere aktivitet
 - Men sjældent flere patienter på listen

Kilde: Kapitel 2 af Marie Henriette Madsen



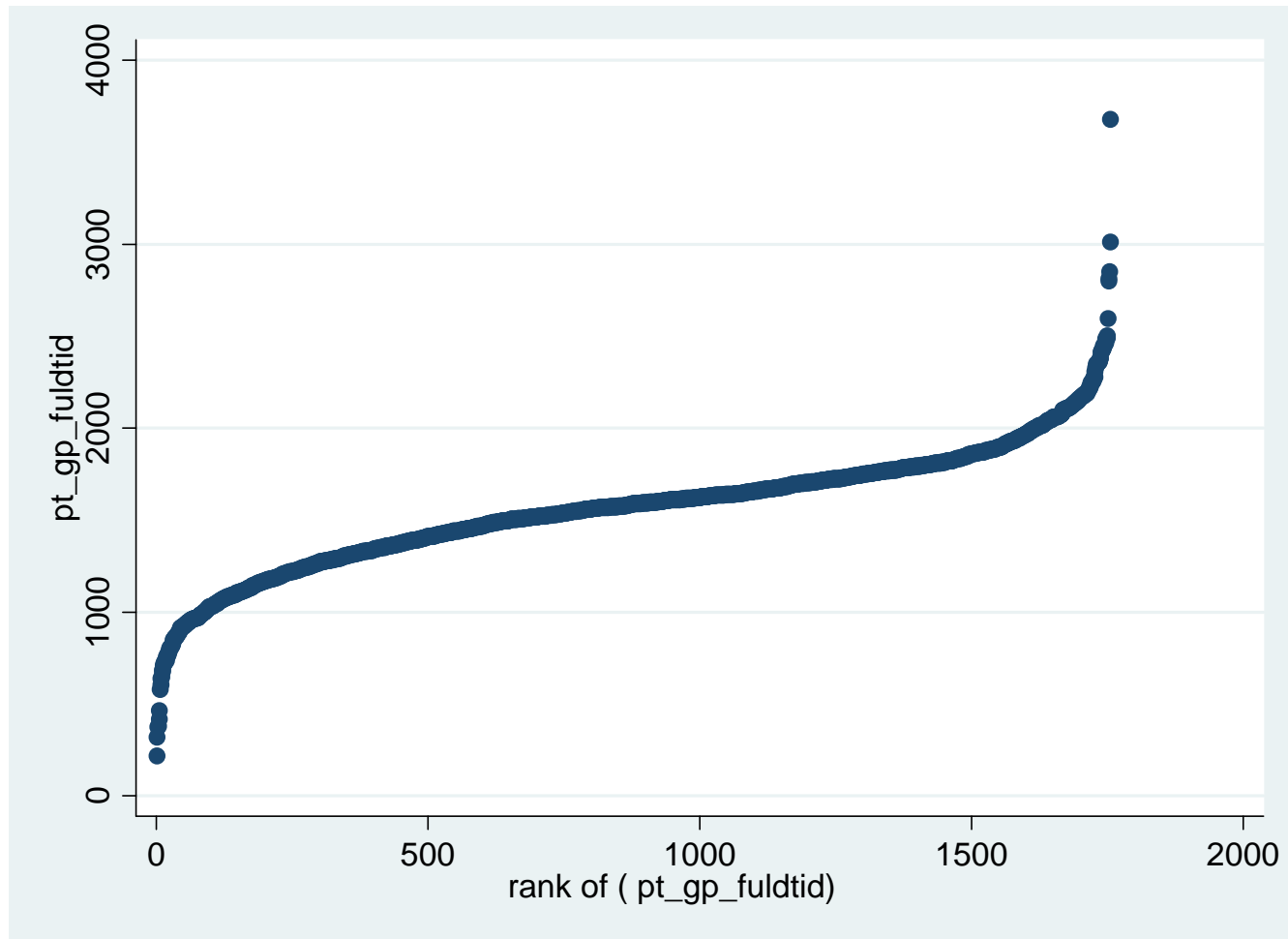
Trænger normliste systemet til et eftersyn

- Landsoverenskomsten giver ret til at lukke for tilgang ved 1600 patienter, uanset hvor meget praksis personale der ansættes eller hvor krævende patienterne er
- I 2015 vil der være et "underskud" af 400–600 praktiserende læger
 - Seneste 30 år er gnst. antal patienter per praktiserende læge faldet fra 2000 til 1500 patienter

Kilde: Kapitel 5 af Kim Rose, Torben Højmark Sørensen og Peter Vedsted



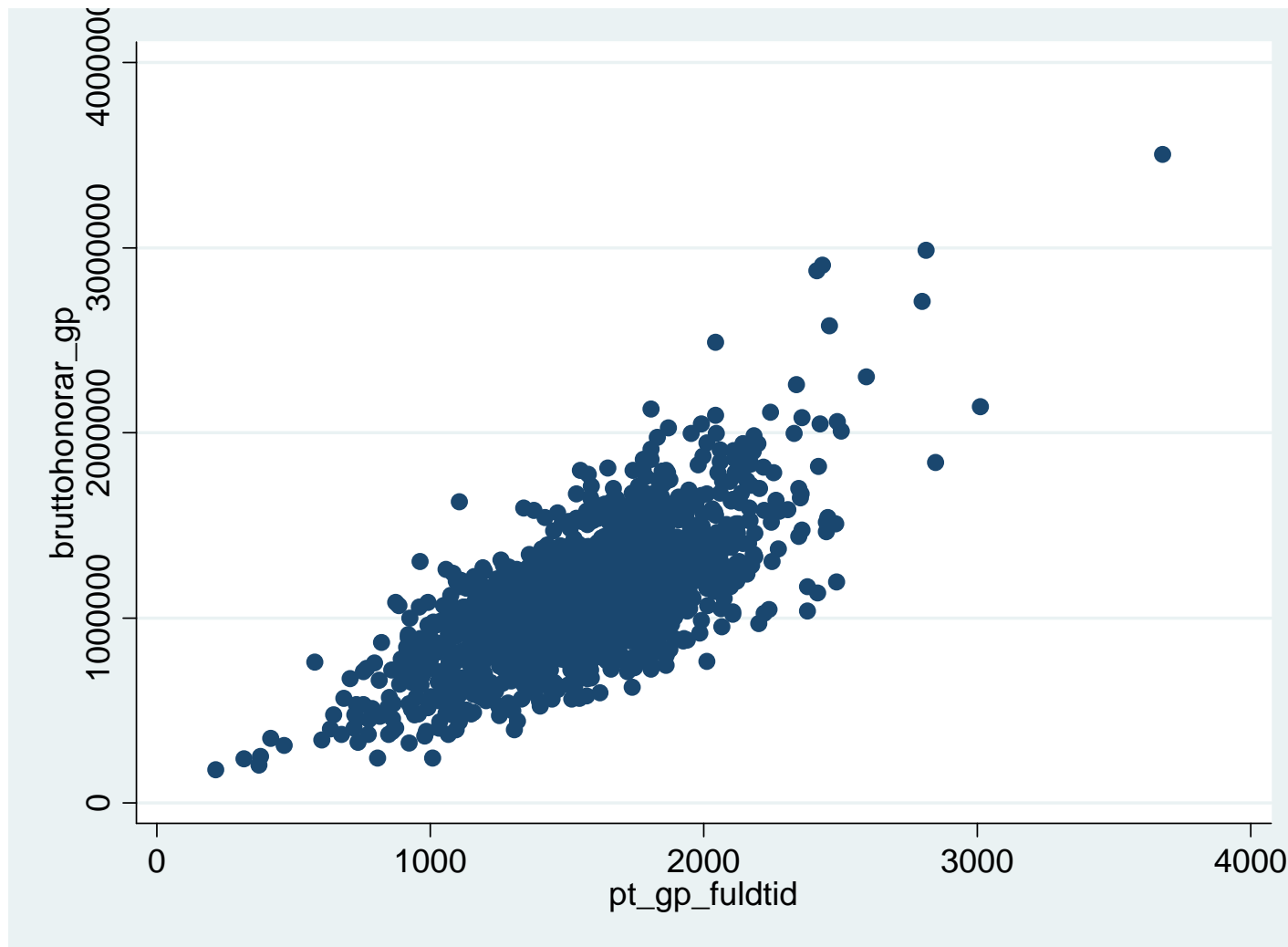
Er der for let at tjene sine penge?



Kilde: Kim Rose



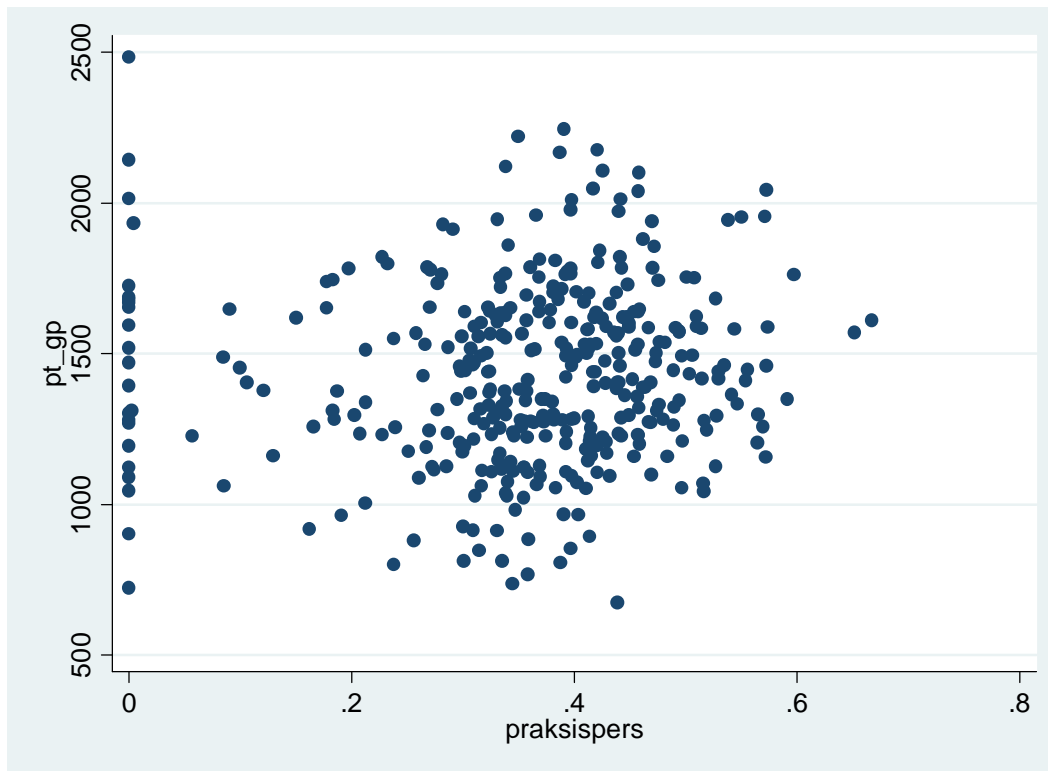
Er der tilstrækkelig sammenhæng mellem indkomst og liste?



Kilde: Kim Rose



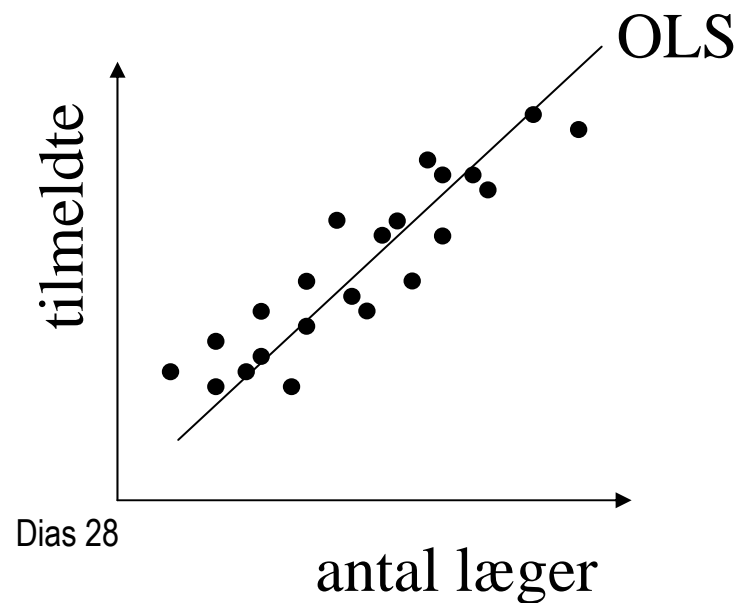
Almen Praksis – praksispersonale og antal tilmeldte i Danmark



OLS:
Beta koeff positiv
 $p = 0,19$
Kilde: Kim Rose

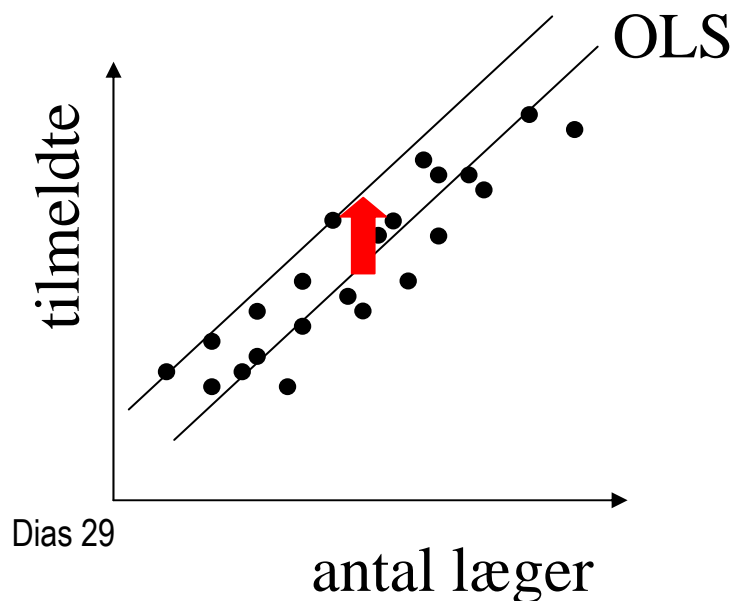
Hvor mange tilmeldte bør man have?

- Hvis man skal have lige så mange som gennemsnittet af sammenlignelige praksis



Hvor mange tilmeldte bør man have?

- Hvis man skal have lige så mange som gennemsnittet af sammenlignelige praksis
- Hvis man skal have lige så mange som de 'bedste' af de sammenlignelige praksis



Hvor mange tilmeldte bør man have?

Tabel 2: Forventet og potentiel listestørrelse opdelt på antal fuldtidslæger, brug af klinikpersonale og DADI score.

Antal fuldtids-læger	Ikke lægelig hjælp i alt (ugentligt timeforbrug pr. fuldtidslæge) (Opdelt i tredjedele)	Behovsindeks (DADI)					
		<25,5 (nedre kvartil)		25,5-36,3		>36,3 (øvre kvartil)	
		<i>forventet</i>	<i>potentiel</i>	<i>forventet</i>	<i>Potentiel</i>	<i>forventet</i>	<i>potentiel</i>
1	<27	1.595	1.963	1.530	1.861	1.450	1.761
	27-40	1.647	1.991	1.594	1.946	1.525	1.885
	>40	1.727	2.073	1.671	2.024	1.605	1.965
	Total	1.658	2.009	1.602	1.948	1.514	1.855
2	<27	1.521	1.870	1.469	1.785	1.412	1.716
	27-40	1.602	1.923	1.563	1.865	1.502	1.803
	>40	1.722	1.965	1.666	1.942	1.598	1.807
	Total	1.588	1.905	1.563	1.861	1.496	1.770
3	<27	1.462	1.791	1.409	1.774	1.387	1.757
	27-40	1.597	1.834	1.554	1.829	1.504	1.751
	>40	1.685	1.912	1.667	1.890	1.612	1.818
	Total	1.573	1.844	1.544	1.831	1.497	1.769
4 eller derover	<27	1.339	1.830	1.321	1.685	1.332	1.793
	27-40	1.542	1.887	1.501	1.808	1.444	1.797
	>40	1.708	1.894	1.685	1.913	1.571	1.729
	Total	1.551	1.878	1.518	1.813	1.437	1.785
Alle praksis	<27	1.540	1.901	1.486	1.818	1.439	1.754
	27-40	1.628	1.962	1.575	1.904	1.518	1.862
	>40	1.720	2.021	1.670	1.981	1.603	1.920
	Total	1.626	1.959	1.579	1.903	1.508	1.835

Fra løsninger til implementering

Case Region Midt

- Formål: at få indsigt de forhold relateret til samarbejdet mellem region og almen praksis
- 23 individuelle interviews og 1 fokusgruppe interview + skriftligt materiale.
- Udgangspunkt i specifikke initiativer om bl.a. lægedækning og nye lægehuse

Kilde: Kapitel 4 af Henning Voss



Erfaringer

- Tilbud til nystartede læger ikke altid den rette timing
 - Ægtefælletilbud og institutionsplads mv
 - Men kurser mv. om udvikling af praksisdrift er efterspurgt
- Konkrete tiltage strander næsten altid på spørgsmålet ”hvad må det koste”
- Samarbejdet er generelt vanskeligt pga. størrelsesforhold
 - Region ses som langsom og besværlig, almenpraksis som urealistisk og utilregnelig
 - Når fælles løsninger kan findes, så kan PLO være stopklods
 - Satellitpraksis

Kilde: Kapitel 4 af Henning Voss



Visionsarbejdet mellem region og AP

- Kan overordnet set ikke betragtes som velfungerende!
- Er der behov for, at regionerne har en mere entydig og forpligtigede parter at samarbejde med?
- Kan forandringer gennemføres omkostningseffektivt, når PLO som fagforening har vetoret i forhold til praksisplanlægningen, samtidig med at forsyningspligt ligger hos regionen.