



Styring i praksis

Inspiration fra British Columbia

Jakob Hansen

Pia Kürstein Kjellberg

Dansk Sundhedsinstitut

December 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-659-4 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2753

Design: DSI

Forord

Almen praksis står over for en række væsentlige udfordringer med et stigende antal ældre, flere kronisk syge borgere og regional mangel på læger med speciale i almen medicin. Samtidig er der ønske om udlægning af opgaver fra sekundær sektor og om sikring af en ensartet høj behandlingskvalitet.

I denne rapport undersøger vi erfaringerne fra et stort reformprogram for almen praksis, som har kørt siden 2005 i den canadiske provins British Columbia. Formålet med rapporten er at give inspiration til den diskussion, der foregår i Danmark på såvel nationalt som regionalt plan om styringen af almen praksis. Rapporten er en del af DSI's projektprogram for almen praksis. Sideløbende med denne rapport undersøger vi også erfaringerne med styringen af almen praksis i de fem danske regioner. Resultatet af denne undersøgelse bliver ligeledes udgivet som en DSI publikation.

Der skal lyde en stor tak til medarbejderne i ImpactBC – Health Improvement Action, som har ydet en uvurderlig hjælp i at planlægge interview og studiebesøg med alle relevante stakeholdere i British Columbia. En særlig tak til Jorge Cerani, ImpactBC; Liza Kallstrom, BCMA; Jim Thorsteinson, BC College of Family Physicians. Desuden vil vi takke Peter Rohde, Center for Kvalitet i Region Midtjylland; Flemming Bro, praktiserende læge og Steen Vestergaard-Madsen, Region Midtjylland, som alle har bidraget med vigtige input til tolkningen af de canadiske erfaringer i en dansk kontekst. Endelig en stor tak til Karen Nørskov Toke og Maj-Britt Laursen fra Danske Regioner for gode kommentarer og støtte i projektforløbet.

Undersøgelsen er finansieret af Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut, og rapporten er kvalitetssikret internt af direktør Jes Søgaard, Dansk Sundhedsinstitut.

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Inspirationen fra British Columbia.....	9
1.1 Introduktion.....	9
1.2 Almen praksis i British Columbia	10
1.3 Reformprocessen i British Columbia	11
1.4 Incitamentsprogrammet.....	12
1.5 Praksisstøtteprogrammet	14
1.6 Divisionsprogrammet	14
1.7 Diskussion: Hvad kan vi lære i Danmark?	15
1.7.1 Reformforløbet.....	16
1.7.2 Reformprocessens indhold	17
1.7.3 Praksisstøtteprogrammet	17
1.7.4 Incitamentsprogrammet	18
1.7.5 Etableringen af divisioner.....	19
1.8 Konklusion	20
2. Sundhedssystemet og almen praksis i British Columbia	21
2.1 Introduktion.....	21
2.2 Det canadiske sundhedsvæsen	21
2.3 Styring og finansiering i British Columbia.....	21
2.4 Organisering af almen praksis	23
2.4.1 Funktion.....	23
2.4.2 De praktiserende læger og strukturen i praksis	25
2.5 Opsummering	28
3. Reformprocessens baggrund og forløb.....	29
3.1 Introduktion.....	29
3.2 Reformprocessens baggrund	29
3.2.1 Isolation.....	29
3.2.2 Manglende anerkendelse	30
3.2.3 Dårlige løn- og arbejdsforhold	30
3.3 Reformprocessens påbegyndelse	31
3.3.1 Praksiskomiteen nedsættes.....	31
3.3.2 Dialogmøder	32
3.3.3 En ny forståelse	32
3.3.4 Charterprocessen – en fortsat dialog.....	33
3.4 Reformprocessens styring og finansiering.....	34
3.4.1 Praksiskomiteens arbejde.....	34

3.4.2	Praksiskomiteens organisering.....	35
3.4.3	Praksiskomiteens finansiering.....	35
3.5	Opsummering	36
4.	Reformprocessens indhold	37
4.1	Introduktion.....	37
4.2	Den overordnede reformfilosofi: It's RISQy business	37
4.3	Reformprocessens indhold	38
5.	Incitamentsprogrammet	39
5.1	Formål	39
5.2	Virkemidler	39
5.3	Virkemidler til implementering	41
5.4	Effekt	41
5.5	Finansiering	44
5.6	Barrierer.....	44
6.	Praksisstøtteprogrammet	46
6.1	Formål	46
6.2	Virkemidler	46
6.3	Virkemidler til implementering	47
6.4	Effekt	49
6.5	Finansiering	52
6.6	Barrierer.....	52
7.	Divisionsprogrammet	55
7.1	Formål	55
7.2	Virkemidler	55
7.3	Virkemidler til implementering	56
7.4	Effekt	57
7.5	Finansiering	59
7.6	Barrierer.....	59
Bilag 1:	Interviewpersoner	61
Bilag 2:	Skriftligt materiale	63

Resumé

I den canadiske provins British Columbia har almen lægepraksis inden for de seneste 5-6 år gennemgået en udvikling, hvor en træt og demotiveret praksissektor med et særdeles anstrengt forhold til de styrende myndigheder er revitaliseret i et tæt samarbejde mellem de styrende myndigheder og lægernes interesseorganisation. Samtidig er almen praksis og patienternes egenomsorg sat i centrum for en omfattende og målrettet kvalitetsudvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Selvom der er betydelige forskelle mellem sundhedssystemerne og situationen i British Columbia og Danmark, bl.a. i forhold til samarbejdsorganer, lønforhold og patientlistesystem, så viser denne publikation, at den reformproces, som almen praksis i British Columbia været igennem, på mange måder kan være inspirerende i forhold til dansk kontekst.

Reformprocessen i British Columbia er for det første inspirerende, fordi den indeholder en række konkrete styringsmæssige tiltag, som man også i Danmark vil kunne bringe i anvendelse.

De styringsmæssige tiltag er:

- ♦ *Incitamentsprogrammet*: En vision om at koble økonomiske incitamenter til den udvikling i praksis, man ønsker. I British Columbia har man således øget honoreringen for gode og sammenhængende forløb samt samarbejde på tværs af sektorerne og mindsket den relative andel af betalingen for enkelttydelser.
- ♦ *Praksisstøtteprogrammet*: En vision om at koble intensive tilbud om praksisstøtte til den udvikling i praksis, man ønsker. Efteruddannelse og organisationsudvikling er målrettet og understøtter systematisk de centrale målsætninger.
- ♦ *Etablering af divisioner*: En decentral organisering af større grupper af lægepraksis i juridisk forpligtende enheder, der kan indgå bindende aftaler med på lokalt niveau, fx om indholdet i patientbehandlingen.

For det andet er det interessant, at reformprocessen i British Columbia kom i gang efter et sammenbrud i forhandlingerne mellem de styrende sundhedsmyndigheder og de praktiserende lægers interesseorganisation. Det, der løste op for konflikten og dannede udgangspunkt for den videre reformbølge, var en serie dialogmøder mellem repræsentanter for forhandlingsparterne (de styrende sundhedsmyndigheder og de praktiserende lægers interesseorganisation) på den ene side og så den brede gruppe af praktiserende læger på den anden side.

Der skal dog også peges på et enkelt vigtigt forbehold, når der skal trækkes på de canadiske erfaringer. Økonomisk var reformprocessen i British Columbia båret af en merbevilling til almen praksis, der blev opfattet som ret og rimelig i lyset af et lønfterslæb for praktiserende læger i forhold til deres kolleger med andre specialer på sygehuse og i privatsektoren. I Danmark er udgangssituationen en anden, da de praktiserende læger ikke på samme måde oplever et lønfterslæb.

Overordnet set rummer erfaringerne fra British Columbia imidlertid stof til inspiration og overvejelser om, hvordan man kan få pustet nyt liv i samarbejdet, så fremtidens udfordringer kan imødekommes, og almen praksis kan fastholde sin rolle som nøglesten i det danske sundhedsvæsen.

1. Inspirationen fra British Columbia

1.1 Introduktion

I Danmark er almen lægepraksis under pres. På den ene side står sektoren over for et generations-skifte, hvor større grupper af ældre læger skal på pension og erstattes af yngre læger, der har andre ønsker om arbejdstider og kolleger, end de ældre læger har haft. På den anden side er der bud efter almen lægepraksis som en samlet og engageret samarbejdspartner i fremtidens sundhedsvæsen med nye roller inden for forebyggelse, akutmedicin og kronisk sygdom.

I den canadiske provins British Columbia har almen lægepraksis inden for de seneste 5-6 år gennemgået en udvikling, hvor en træt og demotiveret praksissektor med et særdeles anstrengt forhold til de styrende myndigheder er revitaliseret i et tæt samarbejde mellem de styrende myndigheder og læger-nes interesseorganisation. Samtidig er almen praksis og patienternes egenomsorg sat i centrum for en omfattende og målrettet kvalitetsudvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har været i British Columbia for at undersøge, hvad der har skabt den canadiske succes, og hvad vi kan lære i Danmark. Vi har undersøgt:

- ◆ Hvordan almen praksis er organiseret i British Columbia
- ◆ Hvordan reformprocessen har været initieret, organiseret og finansieret
- ◆ Hvordan de tre mest væsentlige styringselementer har fungeret – dvs.:
 - Incitamentsprogrammet
 - Praksisstøtteprogrammet
 - Etableringen af divisioner.

I dette kapitel giver vi en kort beskrivelse af undersøgelsens resultater, hvorefter vi diskuterer, hvad vi kan lære i Danmark.

Den mere fyldestgørende dokumentation af undersøgelsen findes i kapitlerne 2-7. Kapitel 2 beskriver sundhedssystemet og almen praksis i British Columbia. Kapitel 3 beskriver reformprocessens baggrund og forløb. Kapitel 4 beskriver reformprocessens forskellige styringselementer. Kapitel 5-7 dokumenterer de nærmere analyser af incitamentsprogrammet, praksisstøtteprogrammet og etableringen af divisioner. For en nærmere beskrivelse af undersøgelsens metode, se bilag 1.

Notatet er udarbejdet i samarbejde mellem Jakob Hansen (projektleder, cand.scient.pol.) og Pia Kürstein Kjellberg (senior projektleder, cand.scient.adm., ph.d.), begge DSI. Jakob Hansen har forestået det grundlæggende analysearbejde, mens Pia Kürstein Kjellberg har sammenfattet analysens resultater.

Notatet er første publicering fra en serie på fire sammenhængende projekter om variation og styring i almen praksis, der er finansieret af DSI og Danske Regioner.

1.2 Almen praksis i British Columbia

Almen praksis i British Columbia minder på mange måder om almen praksis i Danmark. De praktiserende læger er organiseret i små og mellemstore lægepraksis, og de honoreres via ydelseshonorar fra en national sygekasse. I British Columbia er det provinsregeringens sundhedsministerium, og ikke de fem administrative sundhedsregioner, der står for honoreringen af de praktiserende læger. De administrative sundhedsregioner driver de offentlige sygehuse, men har kun få hospitalslæger ansat. Langt de fleste speciallæger i British Columbia er privatpraktiserende. Hospitalerne får deres nødvendige lægedækning gennem tildeling af 'hospitalsprivilegier' til de læger, der har patienter på hospitalet. 'Hospitalsprivilegier' betyder, at den pågældende privatpraktiserende læge har adgang til at behandle patienter under indlæggelse på det pågældende hospital.

I primærsektoren har de praktiserende læger traditionelt fungeret som familielæger, der tager sig af borgernes generelle sundhedsproblemer og fungerer som gatekeepere i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen. En væsentlig forskel til Danmark er dog, at der ikke er et formelt patientlistesystem i British Columbia. Det betyder, at en patient kan gå til hvilken som helst læge, han/hun ønsker. Konsekvensen af dette er, at det ikke nødvendigvis er en praktiserende læge, der tager ansvar for en patients samlede behandling – i British Columbia kaldet 'en foretrukken praktiserende læge'.¹

De praktiserende læger kan på linje med øvrige læger opnå hospitalsprivilegier, så de kan tilse deres patienter under indlæggelse, og behandlingen på sygehuset er traditionelt sket i samarbejde mellem på den ene side den privatpraktiserende familielæge og på den anden side den privatpraktiserende specialist. Igennem de seneste år er der imidlertid sket en udvikling, hvor flere og flere praktiserende læger har trukket sig fra deres hospitalsprivilegier og opgivet funktionen som familielæge. I stedet har de oprettet walk-in klinikker, der kun tager sig af akutte helbredsproblemer, og som kun fører journal i det minimumsomfang, som loven tilskriver. I British Columbia skelnes der derfor meningsfuldt mellem fuld-service læger og læger i walk-in klinikker.

I absolutte tal er der ca. lige så mange praktiserende læger i British Columbia, som der er i Danmark (ca. 3.583 mod ca. 3.600). Da befolkningsantallet imidlertid er mindre (ca. 4,1 mio. mod ca. 5,5 mio.), er der flere læger pr. indbygger i British Columbia end i Danmark (ca. 85 pr. 100.000 borgere mod ca. 65 i Danmark).

Tabel 1.1 sammenligner almen praksis i Danmark og British Columbia på samme nøgleparametre, som DSI tidligere har anvendt til sammenligning af almen praksis i forskellige lande (1). Det fremgår af tabellen, at praksisstrukturen er stort set den samme, og at de praktiserende læger i British Columbia ligesom de praktiserende læger i Danmark hovedsageligt har haft tradition for at gøre brug af sekretærer som praksispersonale. Honorarstrukturerne adskiller sig en smule, idet de praktiserende læger i British Columbia har 90 % ydelseshonorar (mod ca. 27 % basishonorar og ca. 73 % ydelseshonorar i Danmark). Det er dog værd at bemærke, at ydelseshonorarerne i British Columbia stort set kun består af grundtydelser – der har ikke været tradition for at belønne særskilt for en række tillægsydelser. De 10 % af de praktiserende lægers løn, som de kalder 'kvalitetshonorarer', er en følge af det incitamentsprogram, som vi beskriver mere indgående nedenfor.

¹ 'En foretrukken praktiserende læge' defineres ofte ved, at patienten modtager over halvdelen af sine primære lægeydelser fra pågældende læge.

Tabel 1.1 Nøgletal for almen praksis i Danmark og British Columbia

	Danmark	British Columbia
Antal læger & patienter - antal patienter på listen - antal læger - antal læger pr. 100.000 borgere	1.484 3.600 65	Intet listesystem 3.583 85
Antal praktiserende læger i større og mindre lægepraksis - solopraksis - 2-3 mands kompagniskab - 4-5 mands kompagniskab - 6-9 mands kompagniskab - 10+ mands kompagniskab	37 % 41 % 18 % 4 % 0 %	32 % 32 % 16 % 12 % 7 %
Praksispersonale - sekretærer/assistenter - sygeplejersker - laboranter	Ja, traditionelt Ja, flere og flere Ja, flere og flere	Ja, fortsat Få Nej
Honorarstruktur - basishonorar - ydelseshonorar - kvalitetshonorar	ca. 27 % ca. 73 % Nej	Nej 90 % 10 %
Regulering - etablering - patientantal	Ja Nej	Ja Nej
Evt. brugerbetaling - v konsultation - v medicin	Nej Ja	Nej Ja

1.3 Reformprocessen i British Columbia

Reformprocessen i British Columbia startede ved overenskomstforhandlingerne i 2002, hvor provinsministeriet og de praktiserende lægers organisation enedes om at nedsætte en "praksiskomite", der skulle forbedre patientbehandlingen og de praktiserende lægers tilfredshed i British Columbia.

Praksissektoren i British Columbia befandt sig på det tidspunkt i en situation, hvor et faldende antal yngre læger valgte almen praksis som karriere, og hvor et tiltagende antal praktiserende læger nærmede sig pensionsalderen. Flere og flere læger trak sig fra deres hospitalsprivilegier og opgav at udbyde 'fuld service'. Der var en udpræget utilfredshed blandt de praktiserende læger med såvel løn som arbejdsforhold. De praktiserende læger i British Columbia havde ikke den stærke rolle i styringen af praksissektoren, som vi ser i Danmark med regionale praksisudvalg, der har en ligeværdig rolle i relation til de regionale styrende myndigheder. I British Columbia følte de menige praktiserende læger sig stærkt isolerede og uden værdsættelse eller opbakning fra det resterende sundhedsvæsen. Deres lønindtægt var over en længere periode sagtnet stadig mere bagud i forhold til speciallægenes lønninger, og det ensidige fokus på grunddydelser blev oplevet som ensbetydende med, at der ingen belønning var for at gøre sit arbejde godt.

I sit udgangspunkt var praksiskomiteens begrænsede opgave at tage initiativer, der kunne sikre, at de praktiserende læger blev fastholdt som fuld-service læger. Den bestod af fire repræsentanter for de praktiserende lægers organisation og fire repræsentanter for ministeriet, og formandskabet var delt mellem de to organisationer. Komiteens første skridt var at udvikle en række nye honorarer, der skulle give de praktiserende læger incitament til at drive fuld-service praksis frem for walk-in klinikker.

Finansieringen af de nye honorarer blev ved overenskomstforhandlingerne 2004 foreslået delt mellem på den ene side ekstra midler fra ministeriet og på den anden side en beskæring af puljen til honorarstigninger til de praktiserende læger. Dette forslag blev mødt med et ramaskrig blandt de praktiserende læger, som stemte nej til overenskomstforslaget. Selvom der var nye midler i forslaget, kunne lægerne ikke acceptere en reduktion i stigningen i deres begrænsede ydeshonorarer. Da lægerne stemte nej til overenskomstforslaget i 2004, gik det op for praksiskomiteen, at den ikke var på linje med den store gruppe praktiserende læger i sit arbejde. Komiteen arrangerede derfor en serie dialogmøder ("kvalitetsudviklingsdage") rundt om i provinsen. Disse dialogmøder er i henhold til interview nøglen til reformprocessens succes.

Dialogmøderne blev tilrettelagt som to serier af 15 møder (i alt 30 møder) forskellige steder i provinsen. På møderne deltog samtlige otte medlemmer af praksiskomiteen og 20-60 praktiserende læger. De første 15 møder var tilrettelagt som åbne møder, hvor medlemmerne af praksiskomiteen lagde øre til de praktiserende lægers betragtninger og bekymringer, og hvor de identificerede områder med behov for støtte. De dannede baggrund for udarbejdelse af et konkluderende oplæg, som praksiskomiteen præsenterede for de praktiserende læger på en ny runde af dialogmøder, der blev afholdt ca. et halvt år senere. På den anden runde møder fik de praktiserende læger mulighed for at kommentere oplægget og tilkendegive deres evt. manglende enighed.

De i alt 30 dialogmøder tjente til at skabe fælles forståelse mellem praksiskomiteen og de praktiserende læger om, hvad der var problemet, og hvordan det kunne løses. Fire prioriteter fra de praktiserende lægers side blev identificeret i form af:

- ◆ værdsættelse,
- ◆ træning,
- ◆ støtte og
- ◆ betaling.

I dag har praksiskomiteen mere end 15 separate initiativer kørende, der skal forbedre patientbehandlingen og måden, hvorpå lægerne giver den – gennem værdsættelse, træning, støtte og betaling. De mere end 15 separate initiativer opdeler praksiskomiteen i to hovedstrømme: incitamentsprogrammet og praksisstøtteprogrammet – og senest har praksiskomiteen igangsat et tiltag, der skal give de praktiserende læger incitament til at organisere sig i juridisk bindende "divisioner".

Praksiskomiteen består efter otte år af de samme otte medlemmer, som blev udpeget, da udvalget blev nedsat. Dets møder er åbne for alle interessenter, og der deltager typisk 20-40 mennesker fra sundhedsregionerne, patientorganisationerne og de udviklingsprojekter, der er i gang. Selvom det kun er udvalgets otte medlemmer, der formelt set har stemmeret, fremgår det ved interview, at alle beslutninger træffes ved konsensus. Kulturen er tillidsfuld, konstruktiv og løsningsorienteret.

Ved overenskomstaftalen i 2006 lykkedes det at nå til enighed, og siden er 80 % af alle lønstigninger til de praktiserende læger kanaliseret gennem praksiskomiteen. Praksiskomiteen administrerer i alt 800 mio. canadiske dollars i perioden 2006-2012. Det svarer til ca. 4.5 mia. danske kroner.²

1.4 Incitamentsprogrammet

Formålet med incitamentsprogrammet er at give de praktiserende læger incitament til at tilbyde fuld service til deres patienter.

² Alle omregninger fra canadiske dollars til danske kroner i denne rapport er baseret på kursen den 28. juli 2010.

Programmet består af en række specifikke ydelser, som de praktiserende læger og ministeriet er enige om kendetegner fuld service, og som de praktiserende læger kan modtage honorar for at udføre. Fx 125 canadiske dollars (ca. 700 danske kroner) for at give en diabetespatient retningslinje anbefalet behandling i løbet af et år – eller 315 canadiske dollars (ca. 1.750 danske kroner) for at monitorere en behandlingsplan for en kompleks patient i eget hjem eller beskyttet bolig i løbet af et år.

De fleste ydelser i incitamentsprogrammet er udformet som en slags forløbsydelser, hvor lægerne får et særligt årligt honorar for at udvikle en sammenhængende, proaktiv og opfølgende behandling på en udvalgt patientgruppe. Der er imidlertid også ydelser, som giver lægerne belønning for at deltage i praksisstøtteprogrammet (2.322 danske kroner for at lægen deltager i en session, 462 danske kroner for at praksispersonalet deltager), gå sammen i gruppepraksis (op til 577.870 danske kroner fordelt på en række forskellige ydelser) og genoptage/opnå hospitalsprivilegier (8.668 danske kroner).

Programmet er implementeret i tæt tilknytning til praksisstøtteprogrammet, hvor de praktiserende læger trænes og støttes i at levere de samme ydelser, der via incitamentsprogrammet gives incitament til at udføre. Endvidere har der været provinsdækkende informationskampagner, regionale praksisstøtte teams og såkaldte GP champions ("stjernelæger"), der fungerer som rollemodeller for programmet.

Evalueringer viser, at 92,2 % af alle læger efter fire år bruger mindst én af ydelserne i incitamentsprogrammet. Det er særligt diabetesydelsen og de tilsvarende ydelser for andre kroniske sygdomme, der bruges.

Der er udviklet et særligt IT-system (CDM-toolkit), som understøtter behandlingen af de kroniske patienter. Det er kun 20 % af de praktiserende læger i British Columbia, som benytter elektroniske patientjournaler. Men CDM-toolkittet giver en lægepraksis mulighed for, at få digitaliseret oplysningerne om dens kroniske patienter. IT-systemet kan i stil med det danske datafangstmodul give populationsbaserede oplysninger, så lægen i højere grad kan monitorere sine kroniske patienter. Vores informanter understreger, at bl.a. dette IT-system har været med til at forbedre deres kronikerbehandling.

Incitamentsprogrammet indeholder dog ingen dokumentationskrav i forhold til de praktiserende læger. Der er heller ikke et krav om, at de *skal*/benytte CDM-toolkittet. Det betyder, at det er lægerne selv, der vurderer, hvornår de lever op til de krav, der ligger i incitamentshonoraret. Det er stærkt begrænset, hvor meget de styrende myndigheder kan kontrollere brugen af ydelserne, og en af vores informanter vurderer, at omkring en tredjedel af de læger, der koder for incitamentsydelserne, kun i begrænset omfang lever op til kravene i ydelsen.

Det manglende listesystem i det canadiske system betyder, at det er en særlig stor udfordring at få den praktiserende læge til at fungere som tovholder for sine patienter. En af målsætningerne med incitamentsprogrammet har netop været at øge lægernes tovholder-adfærd over for patienterne. En evaluering af programmet viser, at en stadig større andel af praksis knytter behandlingskrævende patienter fast til sig.³ Disse fast tilknyttede patienter har samtidig et lavere forbrug af ydelser i sekundærsektoren end patienter med tilsvarende diagnoser, der ikke har et tilsvarende fast tilknytningsforhold til en enkelt praksis. Besparelserne er betydelige, og i henhold til en evaluering af programmet er konklusionen, at brugen af incitament kan lede til bedre behandling, hvilket kan lede til bedre tilknytning, hvilket kan lede til lavere omkostninger (2; 3). Hvorvidt besparelserne er store nok til at opveje de ekstra omkostninger til incitamentsprogrammet, er dog ikke muligt at vurdere.

³ Definitionen på en fast tilknyttet patient er, at patienten har modtaget minimum halvdelen af sine almen praksis-ydelser i en praksis, og at patienten over det seneste år har modtaget minimum tre almen praksis-ydelser.

1.5 Praksisstøtteprogrammet

Praksisstøtteprogrammet blev lanceret i 2007 med det formål at forbedre patientbehandlingen og højne arbejdstilfredsheden blandt praktiserende læger.

Programmet tilbyder fokuserede træningssessioner for de praktiserende læger og deres praksispersonale, der skal hjælpe til at højne effektiviteten og støtte et udvidet tilbud om patientbehandling.

Metodisk er programmet stærkt inspireret af IHI's forbedringsmodel,⁴ som i Danmark bedst kendes fra gennembrudsmetoden. Hvert træningsmodul består af tre betalte halvdags gruppelærings-sessioner, der tilbydes lokalt rundt omkring i provinsen. Hver session efterfølges af en træningsperiode på seks til otte uger, hvor de praktiserende læger og praksispersonalet afprøver det, de har lært, i deres egen praksis. I disse træningsperioder modtager de praktiserende læger besøg af et regionalt praksisstøtte-team bestående af organisationskonsulenter, "stjernelæger" og "stjerneseekretærer".

Der er seks forskellige moduler, hvoraf to er rettet imod sygdomshåndtering og fire mod praksisledelse. De to moduler, der er rettet mod sygdomshåndtering, er rettet mod håndtering af hhv. kronisk og psykisk sygdom. De to moduler, der er rettet mod praksisledelse, omhandler konsultationsplanlægning, gruppekonsultationer, egenomsorg og organisationsudvikling.

Evalueringerne af de forskellige træningsmoduler består af spørgeskemaundersøgelser, hvor de praktiserende læger er blevet bedt om at anføre, om deltagelse i det aktuelle modul har forbedret samarbejdet, patientbehandlingen og patienternes oplevelse af behandlingen. De læger, der har deltaget i modulerne, vurderer dem generelt meget positivt og er også overbevist om, at det har højnet patienternes tilfredshed med behandlingen. Tilbagemeldingerne fra praksispersonalet er generelt også positive.

Praksisstøtteprogrammet gennemføres af et uafhængigt konsulentfirma, ImpactBC, med speciale i organisationsforandringer. I årene 2009-2010 er der bevilget 5.5 mio. canadiske dollars til ImpactBC, svarende til ca. 30 mio. danske kroner.

1.6 Divisionsprogrammet

De praktiserende læger i British Columbia har ingen af de stærke organisatoriske strukturer på det lokale og regionale niveau, som danske praktiserende læger har med bylægelaug, regionale praksisudvalg og deltagelse i samtlige styringsorganer. Der har derfor været behov for et initiativ, som kunne styrke den lokale og regionale organisering af de praktiserende læger. 'Divisioner' er et sådan initiativ. Divisioner er grupper af læger, der er organiseret på lokalt eller regionalt niveau, og som samarbejder med de regionale sundhedsmyndigheder, sundhedsministeriet og praksiskomiteen om at opnå fælles mål i sundhedsvæsenet.

Initiativet til etablering af divisioner er taget af praksiskomiteen og tager form af et frivilligt tilbud til de praktiserende læger.

For at kunne danne en division er det et krav, at:

- ◆ De praktiserende læger har en praksis eller deltager i et netværk af praksis der tilbyder fuld service.
- ◆ De praktiserende læger er indstillet på at samarbejde med den regionale sundhedsmyndighed, sundhedsministeriet og praksiskomiteen om ændringer både på praksisniveau og systemniveau.

⁴ Institute for Healthcare Improvement i Boston har udviklet den såkaldte 'Model of Improvement'. Læs mere på <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove>.

Medlemskab af en division er åbent for alle læger i lokalsamfundet, og for at kunne kvalificere er det et krav, at størstedelen af de praktiserende læger deltager.

Processen mod etablering af en division forløber på den måde, at en eller flere praktiserende læger med interesse i at oprette en division retter henvendelse til et regionalt divisionsteam, der i første omgang hjælper dem med at få møder i stand med de øvrige praktiserende læger i lokalområdet. Har flere læger interesse, hjælper det regionale divisionsteam med at sætte møder i stand med den regionale sundhedsmyndighed, praksiskomiteen og sundhedsministeriet. Parterne skal nu udarbejde en hensigtserklæring, som med konkrete eksempler demonstrerer, at de har vilje til at arbejde sammen og designe fælles løsninger, der kan forbedre patientbehandlingen. Når hensigtserklæringen er underskrevet, formaliseres samarbejdet. De praktiserende læger danner en forening med bestyrelse, vedtægter etc., og der dannes et "samordnet serviceudvalg" med deltagere fra lægernes forening, den regionale sundhedsmyndighed, sundhedsministeriet og praksiskomiteen. De mødes løbende og arbejder på at skabe fælles mål og designe fælles løsninger, og lægerne bliver medgyldig part i forhandlinger om finansiering og politik i lokalområdet.

Initiativet med etablering af divisioner blev igangsat i 2008. I efteråret 2009 havde tre lokalsamfund en fuldt etableret almen praksisdivision, og diskussioner var i gang i yderligere to lokalsamfund. I sommeren 2010 havde 12 lokalsamfund fuldt etableret almen praksis divisioner, og diskussioner var undervejs i yderligere 20. Det er praksiskomiteens opfattelse, at de praktiserende læger har taget godt imod forslaget, og at mange spændende aktiviteter er sat i gang. Endnu er det imidlertid for tidligt at evaluere effekten af tiltaget på relevante outcome-parametre.

I forhold til en dansk kontekst er det særligt interessant, at disse divisioner bliver selvstændige juridiske enheder, som kan indgå forpligtende aftaler om levering af ydelser. Det er således muligt for de regionale sundhedsmyndigheder at indgå serviceaftaler med en division om levering af særlige ydelser, og så er det divisionens forpligtelse at honorere denne aftale. Traditionen i de danske samarbejdsorganer er, at de aftaler, der indgås på lokalt niveau primært, er muligheder for de enkelte lægehuse, men ikke forpligtende. Der er heller ikke tradition for, at det er aftalepartneren på lægesiden – bylægelauget eller praksisudvalget, der har ansvaret for, at lægerne lever op til aftalen.

1.7 Diskussion: Hvad kan vi lære i Danmark?

DSI har gennemført et studiebesøg i British Columbia for at hente inspiration til den danske praksis-sektor. Den canadiske case er interessant, fordi canadierne har skabt momentum i et anstrengt samarbejde mellem praktiserende læger og sundhedsmyndigheder i en situation, hvor almen praksis er presset – og fordi det faglige udgangspunkt for samarbejdet har været en udvidelse af ansvaret og opgaverne i almen praksis.

I Danmark er der bred enighed om, at almen praksis også i fremtiden skal spille en væsentlig rolle som borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet. Der er også enighed om, at det indebærer, at almen praksis skal påtage sig en række ændrede opgaver indenfor bl.a. akut og kronisk sygdom. Når det kommer til spørgsmålet om, hvordan denne udvikling skal igangsættes, og hvad der skal til for at få lægerne til at påtage sig de nye opgaver, har der imidlertid været uenighed. Parterne har forsøgt at nå til en ny aftale om vilkårene for de praktiserende lægers arbejde.

Selvom der således kan tegnes paralleller til den situation, der var i British Columbia i 2004, så er der også markante forskelle. For det første oplevede de praktiserende læger en voldsom isolering fra de beslutninger, som blev foretaget i sundhedsvæsenet generelt og især i forhold til deres egen situation. De oplevede sig svigtede af deres egen organisation BCMA, og de deltog ikke i nogen formelle samarbejdsorganer og havde ingen anden repræsentation, end den de kunne opnå ved valgene til det cen-

trale repræsentantskab i deres egen organisation. I Danmark har de praktiserende læger opnået en rolle som 'paritetiske' med de styrende myndigheder på det regionale niveau. Det vil sige, at der ikke blot findes en stærk formel lokal og regional organisering af de praktiserende læger i Danmark, men disse repræsentanter har også krav på at blive inddraget på lige fod i beslutningerne på praksisområdet.

For det andet lå de praktiserende læger lønmæssigt med en brutto gennemsnitsløn på ca. 500.000 kroner langt efter speciallægerne i Canada. Honorarstrukturen, hvor de med få undtagelser kun modtog grundtydelser for konsultationer – uanset karakteren og kompleksiteten af disse konsultationer, belønnede ikke lægerne for at tage ansvar og yde ekstra tiltag. I Danmark får lægerne derimod både et basishonorar, konsultationshonorar samt en lang række tillægsydelser. Til sammen giver det de praktiserende læger en løn, der gennemsnitligt ligger over det, som hospitalsspecialister tjener.

Endelig for det tredje var et af hovedformålene med reformprogrammet i British Columbia at sikre, at lægerne leverer såkaldt 'fuld service' til deres patienter. Dette behov er i høj grad en følge af, at der ikke er et formelt patientlistesystem i Canada. I Danmark er det derfor ikke på samme måde en udfordring at opnå fuld service, selvom den beslægtede debat om tovholderfunktionens konkrete indhold også er aktuel i en dansk kontekst.

Forudsætningerne for de reformer, der er blevet gennemført i British Columbia, er på disse områder anderledes, end hvad vi ser i Danmark. Alligevel er der på en række områder inspirerende elementer, som kan overvejes i en dansk kontekst.

1.7.1 Reformforløbet

Den canadiske case frembyder et konkret eksempel på en proces, hvor samarbejdet mellem sundhedsmyndigheder og praktiserende læger er forbedret. Der er skabt et fælles forum (praksiskomiteen), der via konkret kvalitetsarbejde har nærmet sig hinanden i forståelsen af, hvad der skal til for at skabe udvikling i almen praksis. Praksiskomiteen er etableret med ligelig repræsentation fra de praktiserende læger og provinsens sundhedsministerium. En væsentlig del af nøglen til dens succes har været, at parterne bag praksiskomiteen, dvs. lægeforeningen og sundhedsministeriet, har sluppet tøjlerne og ladet deltagerne finde enighed om nye løsninger. Det har givet grundlag for, at der har kunnet udvikle sig en fælles forståelse og tillid blandt deltagerne i komiteen – en forståelse og tillid, der igen har gjort det muligt at nå til enighed om løsninger på de fælles udfordringer.

Væsentligt for at forstå praksiskomiteens succes er også, at komiteens repræsentanter fra de to parter – lægeforeningen og de styrende myndigheder – erkendte, at deres forståelse og interesser var forskellige fra den brede gruppe af praktiserende læger. Det kom som en stor overraskelse for såvel lægeforeningen som ministeriet, at de praktiserende læger stemte nej til de overenskomstforhandlinger, der skulle bane vej for investeringer i praksissektoren. Det var en øjenåbner, der fik praksiskomiteen til at arrangere dialogmøder på tværs af provinsen. Dialogmøderne blev udgangspunkt for den nye fælles forståelse mellem de praktiserende læger og praksiskomiteen. De var i høj grad medvirkende til at etablere praksiskomiteen som en legitim forandringsaktør og muliggøre den efterfølgende bølge af reformer.

En anden interessant observation i forhold til processen bag reformtiltagene i British Columbia er, at det var en ellers mindre og relativt ubetydelig komite nedsat til at udvikle kvalitetstiltag, der endte med at blive den drivende faktor i reformprocessen. Måske er modsætningerne mellem parterne ikke nær så store, hvis udgangspunktet for forhandlingerne er spørgsmålet om, hvordan man kan øge kvaliteten i almen praksis og gøre den bedre rustet til fremtiden. Både i British Columbia og i Danmark bliver denne debat dog ofte underlagt den interessekonflikt, der ligger i lønforhandlingerne i overenskomsten. Dermed bliver kvalitets- og forandringstiltag taget som gidsel i forhandlingerne om lægernes

honorar. I British Columbia blev dette dødvande afbrudt af en komite, der i overenskomsten fik en pose penge og en bred hensigtserklæring. Mål og midler måtte komiteen selv opfinde. Efterhånden som resultaterne rullede ind, lykkedes det komiteen at få allokeret flere midler – så meget, at det op til overenskomstforhandlingerne for 2012 er komiteen, der udarbejder oplægget, og ikke som det plejer at være særlige forhandlingsudvalg i regering og lægeforening.

1.7.2 Reformprocessens indhold

Indholdet af reformerne kan alle føres tilbage til den nye fælles forståelse, der blev skabt mellem myndigheder, lægeforening og praktiserende læger ved de canadiske dialogmøder. Indholdet har praksiskomiteen samlet i fire konkrete behov fra de praktiserende lægers side, nemlig behov for værdsættelse, træning, støtte og kvalitetsorienterede honorarer.

Når man læser analyserne af vores studietur til British Columbia, står det klart, at behovet for værdsættelse har været større i forhold til de canadiske læger, end det kan forventes at være i Danmark. De canadiske læger har i langt større omfang været underkendt, negligeret og manglet respekt – ikke blot fra de styrende myndigheders side, men i høj grad også fra deres lægekollegers side. De danske praktiserende læger har ikke en tilsvarende historie at fortælle, og derfor vil dette spørgsmål nok ikke fylde så meget i en dansk reformsammenhæng. Støtte og træning kan man imidlertid godt forvente vil være tilsvarende prioriteter i Danmark.

Når det gælder finansiering, er der i den nuværende økonomiske situation og med de danske praktiserende lægers aktuelle lønniveau ikke basis for at forvente, at reformer i Danmark bliver finansieret med nye penge til sektoren. Til gengæld er det muligt at lade sig inspirere af selve udformningen af de økonomiske incitamenter, og den måde støtten og træningen af de praktiserende læger er gennemført på. Derfor er det relevant at se nærmere på, hvordan der i British Columbia er arbejdet med netop disse emner inden for hhv. praksisstøtteprogrammet i incitamentsprogrammet.

1.7.3 Praksisstøtteprogrammet

Praksisstøtteprogrammet (PSP) er interessant, fordi det er et omfattende tilbud om hjælp og støtte til de praktiserende læger på de områder, hvor de styrende myndigheder ser behov for udvikling. Det tager udgangspunkt i samme erkendelse, som kan findes i Danmark, om at de praktiserende læger let fanges i "hamsterhjulet", hvor dagligdagen går op i patientkontakt, og der ikke afsættes tid og fokus til praksisudvikling. Som selvstændige erhvervsdrivende er det et lægehuse eget ansvar kontinuerligt at udvikle sin organisation og sine ydelser, men samtidig er lægehuse meget små organisatoriske enheder, der typisk har et meget skarpt fokus på den daglige drift. Derfor vil de praktiserende læger ofte have brug for hjælp og støtte ude fra, når driften og ydelserne skal udvikles og organisationen forandres.

I Danmark kan der inden for de seneste år ses en udvikling, hvor de danske regioner sætter stadig flere midler af til lokale praksisudviklingsprogrammer. Der er dog endnu ingen danske tiltag, som i ambitionsniveau og professionalisme kan måle sig med praksisstøtteprogrammet i British Columbia. Med tildeling af det, der svarer til 100 mio. danske kroner over seks år til konsulentstøtte, er det ikke et beskedent udviklingsprogram, der er tale om. Samtidig er det en væsentlig pointe, at indsatsen går på tværs af de fem administrative sundhedsregioner og dermed kan opbygge en erfaring og en soliditet, der er større, end det de enkelte regioner kan formå. Desuden betyder den tætte kobling mellem konsulentstøtte og nye honorarer, at de to programmer kan styrke hinanden.

Omvendt er der i Danmark en helt anden tradition end i British Columbia for decentrale programmer med diverse konsulenter og netværksgrupper, der kan støtte udviklingstiltag i almen praksis. Spørgs-

målet er, om en mere koordineret og fokuseret indsats kunne styrke effekten af de midler, som allerede bruges på dette område.

I forhold til den konkrete strategi til kvalitetsudvikling er det endvidere værd at pege på den metode til organisationsudvikling, der har været anvendt. Ifølge aktørerne i British Columbia ville det ikke have været muligt at opnå de samme resultater med andre metoder. Kernen er en forbedringsmetode, som i Danmark især kendes under betegnelsen 'gennembrudsmetoden', hvor undervisning, konsulentbi-stand og netværksdannelse kombineres i en målrettet proces. Metoden støtter lægerne i selv at sætte mål og lede forandring, samtidig med at de trænes i konkrete metoder, gives konsulentstøtte og kobles sammen i netværk med andre læger, som arbejder med tilsvarende mål.

Et af de helt fundamentale mål med såvel PSP som incitamentsprogrammet har været at øge tilknytningen mellem patient og læge i et canadisk system uden patientlister. I Danmark har vi med det eksisterende listesystem langt bedre forudsætninger for at skabe kontinuitet i relationen mellem patient og praktiserende læge. På dette punkt har de danske praktiserende læger et solidt grundlag for deres rolle som tovholdere for det samlede patientforløb.

Til gengæld er det interessant at se på den canadiske tradition for, at en praktiserende læge, der yder fuld service også fastholder sit ansvar for patienten under indlæggelse på sygehuset. Det tætte samarbejde mellem praktiserende læge og speciallæge, hvor patientansvaret i perioder deles med en af de to parter som 'Mest Ansvarlig Læge', giver helt anderledes forudsætninger for, at den praktiserende læge kan fastholde sit tovholderansvar. Det giver også nogle interessante muligheder for at styrke relationen og samarbejdet på tværs af sektorerne.

Det vil helt sikkert ikke være muligt – måske heller ikke ønskeligt – at overlade behandlingsansvar på sygehusene til danske praktiserende læger. Men det kunne være interessant at se på forskellige muligheder for at øge det konkrete samarbejde mellem praktiserende læger og speciallæger omkring konkrete patientforløb.

1.7.4 Incitamentsprogrammet

I forhold til finansiering er det interessant, at det væsentlige og gennemgående princip i den canadiske reformproces har været, at det skal kunne betale sig for de praktiserende læger at udføre arbejdet på den 'rigtige' måde – derfor er der udviklet økonomiske incitamenter, der understøtter reformprocessen. Det er sket under mottoet: Betal os for det, I vil have.

Det vigtigste overordnede mål for reformprocessen har været, at få lægerne til at tage forløbsansvar for deres patienter. Det er en særlig svær udfordring i British Columbia, hvor man ikke opererer med patientlister. Det er i den forbindelse en interessant observation, at økonomiske incitamenter i incitamentsprogrammet i så vid udstrækning er tilrettelagt, så de honorerer forløb og ikke enkelt-ydelser.

I Danmark tales der også meget om, at det nuværende honorarsystem i høj grad belønner lægerne for episodisk behandling, hvor det kan betale sig at give så mange ydelser som muligt til den enkelte patient. Derimod er der ingen belønning for at analysere og kende sygdomsmønstret i ens patientliste, handle proaktivt i forhold til den, planlægge længere og strukturerede forløb for patienterne, og samarbejde og koordinere med kommune, hospital og andre behandlingsinstanser. Man kan derfor overveje, i hvilken grad vi i Danmark i dag betaler lægerne for det, vi vil have.

En interessant observation i denne sammenhæng er, at der faktisk er markant bedre forudsætninger for at gennemføre en sådan forandring i det danske system. Danske patienter har allerede en fast tilknytning til en læge, lægen får et basishonorar netop for at påtage sig tovholderansvaret, alle danske læger benytter elektroniske patientjournaler, og der er allerede udviklet et IT-redskab (datafangstmodulet), som kan støtte praksis i proaktiv behandling, samtidig med at der eksperimenteres

med yderligere datafangst-systemer til kronikerindsatsen, som baseres på data fra sygesikring, medicin- og laboratoriesystemer (henvisning kronikerdata og DAK-E). Det nuværende honorarsystem belønner dog ikke lægerne for forløbstænkning. Det forsøg, der har været med en forløbsydelse for diabetes, har ikke fået den positive modtagelse blandt de danske læger, som man kunne have håbet. Det canadiske incitamentsprogram kan rumme inspiration til nye forsøg med særlige forløbsydelser.

Netop nu er samarbejdet mellem praktiserende læger og sundhedsmyndigheder i Danmark gået i stå i forhandlingerne om fremtidens honorarstrukturer. I British Columbia var der en erkendelse i regeringen af, at de praktiserende læger havde et lønefterslæb i forhold til andre læger og andre grupper i samfundet. Der var derfor en vilje til at tilføre området flere midler. Den samme opfattelse findes ikke i Danmark, hvor de praktiserende læger er ganske vellønnede og allerede i dag ligger *over* løngennemsnittet for speciallæger på hospitalerne. Derfor vil nye økonomiske incitamenter i Danmark givetvis skulle finansieres gennem en ændring af den nuværende honorarstruktur og ikke ved øget betaling til almen praksis.

I British Columbia var reformprocessen tæt på at køre af sporet, inden den var startet, fordi sundhedsministeriet krævede, at dele af midlerne til de nye tiltag skulle tages af de midler, der ellers var afsat til honorarstigninger. Det er derfor et åbent spørgsmål, om det vil være muligt i en dansk sammenhæng at komme igennem med at skabe en tilsvarende incitamentsstruktur, når den skal baseres mere eller mindre udelukkende på en omfordeling af midler fra de eksisterende honorarer.

En sidste pointe i forhold til finansiering er den tætte sammenhæng, der har været mellem økonomiske incitamenter og den træning og støtte, der har været iværksat. Det har været et bærende princip i den canadiske reformproces, at hvert initiativ både skulle fremmes af støtte (praksisstøtte) og økonomiske incitamenter. Denne tætvævedthed er en væsentlig pointe i sig selv – at hverken støtte eller økonomiske incitamenter kan stå alene. Fra det danske og internationale kvalitetsarbejde ved vi, at det kan være svært at motivere til kvalitetsarbejde, når lægerne er usikre på om det kan svare sig økonomisk. Vi ved også, at økonomiske incitamenter alene næsten virker for godt – forstået på den måde, at vi får for meget af og en for ensidig fokusering på dét, der belønnes – og det kan gå ud over kvaliteten på andre områder. Ved en kombination af praksisstøtte, der sikrer, at praksis bliver i stand til at udføre de nye opgaver med høj kvalitet, og økonomiske incitamenter, der understøtter, at ændringerne fastholdes, øges muligheden for at opnå gode og varige ændringer. Den udbredte digitalisering af praksissektoren og muligheden for ICPC-kodning og datafangst betyder, at vi i Danmark har gode forudsætninger for at kunne koble effektiv monitorering og dokumentation på som et tredje ben i et samlet indsats på et konkret område – eksempelvis kronikerindsatsen.

1.7.5 Etableringen af divisioner

I forhold til samarbejdet mellem praktiserende læger og styrende myndigheder er arbejdet med etablering af divisioner endvidere et interessant organisatorisk tiltag. I Danmark findes der allerede i dag et fintmasket net af samarbejdsstrukturer på praksisområdet. Alligevel oplever samarbejdspartnere til almen praksis, at det er vanskeligt med den nuværende organiseringsstruktur at indgå forpligtende aftaler med de praktiserende læger. Når man indgår i dialog med lægernes repræsentanter i bylægevalg, samarbejdsudvalg, sundhedskoordinationsudvalg mv., er det svært at nå frem til aftaler, hvor repræsentanterne tør forpligte hele praksissektoren på at gøre som aftalt.

DSI har i tidligere undersøgelser fremhævet perspektiverne i de hollandske erfaringer med kooperativer og de britiske erfaringer med konsortier. De canadiske erfaringer med divisioner følger sig til og aktualiserer overvejelserne om, hvorvidt det også i Danmark er en idé at samle lægerne i større grupper, der går ud over og på tværs af den enkelte lægepraksis, og som etablerer almen praksis som en samlet aftalepartner i lokalsamfundet, der kan indgås forpligtende aftaler med.

Erfaringerne fra British Columbia er endnu nye. De spæde erfaringer tyder på, at det er lykkedes for praksiskomiteen at motivere større grupper af praktiserende læger til at gå sammen og engagere sig i et forpligtende samarbejde med de regionale sundhedsmyndigheder, sundhedsministeriet og praksiskomiteen. Hvordan og hvorvidt de ændringer, der aftales i dette fora, kan implementeres i de forskellige praksis, er endnu uafklaret. Men det er væsentlige erfaringer fra Holland og England, at netop implementeringen af nye tiltag er forløbet lettere i de større lægegrupper, end der ellers har været erfaring for.

1.8 Konklusion

Selvom der er betydelige forskelle mellem sundhedssystemerne og situationen i British Columbia og Danmark bl.a. i forhold til samarbejdsorganer, lønforhold og patientlistesystem, så fremgår det af analysen, at den reformproces, som almen praksis i British Columbia været igennem, på mange måder kan være inspirerende i forhold til dansk kontekst.

Reformprocessen i British Columbia er for det første inspirerende, fordi udgangspunktet var et regulært sammenbrud i forhandlingerne mellem de styrende sundhedsmyndigheder og de praktiserende lægers interesseorganisation. Det, der løste op for konflikten og dannede udgangspunkt for den videre reformbølge, var en serie dialogmøder mellem repræsentanter for forhandlingsparterne i de styrende sundhedsmyndigheder og de praktiserende lægers interesseorganisation og så den brede gruppe af praktiserende læger.

Reformprocessen i British Columbia er for det andet inspirerende, fordi den indeholder en række konkrete styringsmæssige tiltag, som man også i Danmark vil kunne bringe i anvendelse.

De styringsmæssige tiltag er:

- ◆ *Incitamentsprogrammet*: En vision om at koble økonomiske incitamenter til den udvikling i praksis, man ønsker. Betalingen af lægerne skal understøtte de ønskede forandringer.
- ◆ *Praksisstøtteprogrammet*: En vision om at koble intensive tilbud om praksisstøtte til den udvikling i praksis, man ønsker. Efteruddannelse og organisationsudvikling er målrettede og understøtter systematisk de centrale målsætninger.
- ◆ *Etablering af divisioner*: Et tilbud til de praktiserende læger om at få indflydelse på sundhedsbeslutninger gennem organisering i juridisk forpligtende enheder. Med økonomisk, praktisk og administrativ støtte.

Økonomisk var reformprocessen i British Columbia båret af en merbevilling til almen praksis, der blev opfattet som ret og rimelig i lyset af et relativt lavt udgangsniveau for de praktiserende lægers indkomst. Det kan man ikke forvente i Danmark, hvor praktiserende læger igennem mange år har opbygget en særdeles gunstig lønindtægt.

På andre punkter rummer erfaringerne fra British Columbia imidlertid stof til inspiration og overvejelser om, hvordan man måske kan få pustet nyt liv i samarbejde, så fremtidens udfordringer kan imødekommes, og almen praksis kan fastholde sin rolle som nøglesten i det danske sundhedsvæsen.

2. Sundhedssystemet og almen praksis i British Columbia

2.1 Introduktion

I dette kapitel redegøres for sundhedssystemet og almen praksis i British Columbia. Redegørelsen er relevant som kontekst for forståelse af reformprocessen. Redegørelsen er baseret på skriftligt materiale samt interview. Se bilag 1-2 for en beskrivelse af undersøgelsens metode.

2.2 Det canadiske sundhedsvæsen

Canada er et føderalt system med 13 provinsielle regeringer. Sundhedsvæsenet er et overvejende offentligt finansieret universelt sundhedssystem reguleret i en føderal sundhedslov. Selvom der de seneste år har været en stigende andel af private forsikringer og brugerbetaling, er det stadig omkring 70 % af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet, som betales via skatter eller sygekassebidrag (4).

Den føderale sundhedslov fastlægger fem basale principper for det canadiske sundhedssystem:

- ◆ Offentlig administration
- ◆ Omfattende (comprehensive)
- ◆ Universelt
- ◆ Portabelt (over provinsgrænser)
- ◆ Tilgængeligt.

Inden for disse overordnede principper er det op til de enkelte provinser at beslutte, hvordan sundhedsvæsenet skal organiseres (5).

Sundhed er ifølge den canadiske forfatning et provinsanliggende. Med den føderale sundhedslov har forbundsregeringen reelt pålagt provinsregeringerne en udgiftskrævende opgave, samtidig med at provinsregeringerne har begrænsede rettigheder til at udskrive skatter. Derfor indførte forbundsregeringen sammen med sundhedsloven (fra 1984) en transferordning, hvor provinsregeringerne modtager bloktilskud fra det føderale niveau, således at de kan finansiere sundhedsvæsenet. Disse bloktilskud giver også det føderale niveau mulighed for at foretage en vis udligning mellem rige og fattige provinsregeringer. Ansvaret for organisering og levering af behandling og pleje, der lever op til de fem principper, ligger dog fortsat hos provinsregeringerne (4; 5).

2.3 Styring og finansiering i British Columbia⁵

Det er provinsregeringens sundhedsministerium, der har ansvaret for styring og finansiering af det offentlige sundhedsvæsen i British Columbia. Ministeriet har uddelegeret dette ansvar til fem regionale sundhedsmyndigheder,⁶ som står for finansiering og organisering af langt størstedelen af sundhedsydelserne til borgerne i deres område. Hver regional sundhedsmyndighed skal udarbejde en såkaldt serviceplan, hvor de redegør for, hvordan de vil levere sundhedsydelserne inden for fire underområder:

⁵ Det har ikke været muligt at finde litteratur, der beskriver sundhedssystemet i British Columbia. Dette afsnit er derfor baseret på interview og email-korrespondance med informanterne beskrevet i bilag 1.

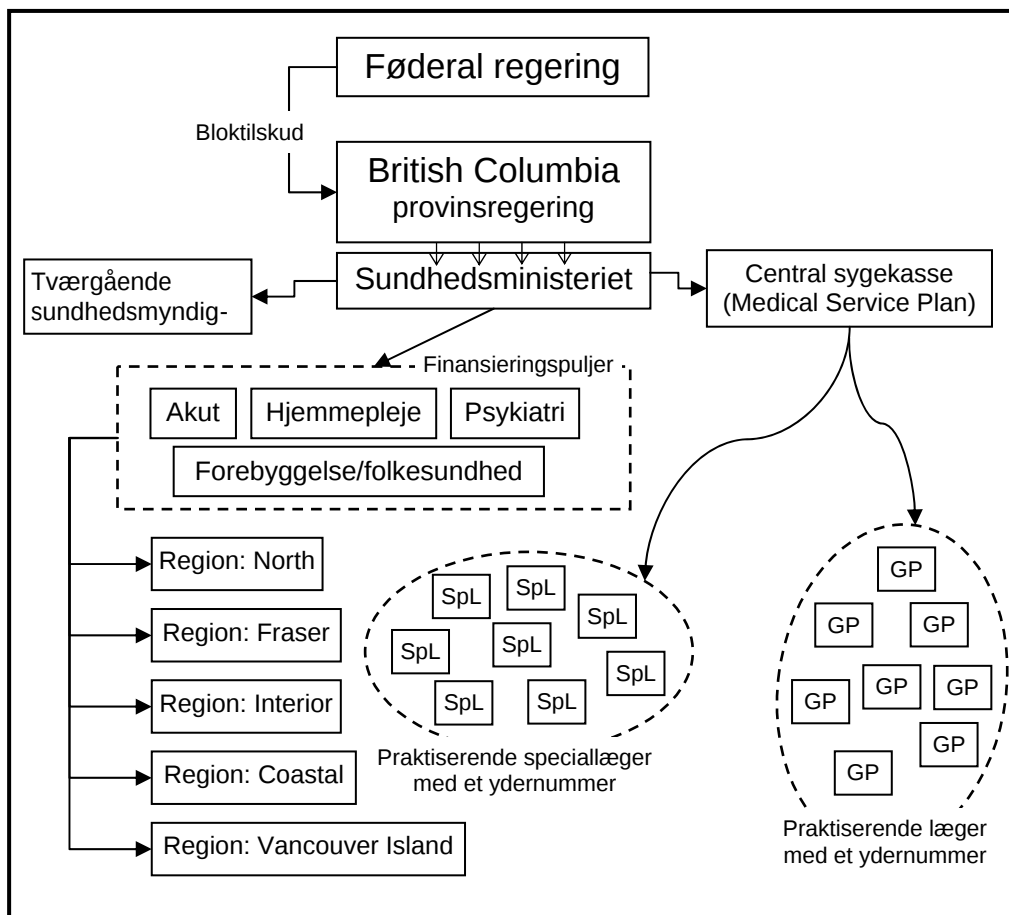
⁶ De går i British Columbia under betegnelsen Health Authority.

- ♦ Akutbehandling (acute care): Omfatter reelt størstedelen af det sekundære somatiske sygehusvæsen.
- ♦ Hjemmepleje (home and community care): Omfatter meget af den danske kommunale sundhedssektor og rehabiliteringsindsatsen.
- ♦ Psykiatri (mental health): Hele det psykiatriske område.
- ♦ Forebyggelse/folkesundhed (public and preventive health): Størstedelen af forebyggelsesindsatsen ligger også hos de regionale sundhedsmyndigheder, men visse dele foregår på provinsregeringsniveau og enkelte dele af folkesundhedsindsatsen er et føderalt anliggende (fx epidemiberedskabet).

Serviceplanen skal godkendes af ministeriet, og på baggrund af denne modtager hver regional sundhedsmyndighed et bloktilskud med penge øremærket til hvert af de fire områder. Udover de fem regionale sundhedsmyndigheder er der også en enkelt tværgående sundhedsmyndighed, som varetager opgaver, der af forskellige årsager mest hensigtsmæssigt koordineres centralt. Det gælder eksempelvis en række højt specialiserede behandlingsprogrammer bl.a. inden for kræftområdet, ambulanceservice mm.

De fem regionale sundhedsmyndigheder er styret af en bestyrelse, der bliver udpeget af sundhedsministeriet. Der er således stadig ret snæver kontrol fra centralt hold over de regionale myndigheder, og der er flere eksempler på, at bestyrelser er blevet fyret eller har forladt posten selv i forbindelse med uoverensstemmelser mellem det centrale og decentrale niveau.

Figur 2.1 Finansieringen af sundhedsvæsenet



Med de fire områder har de regionale sundhedsmyndigheder ansvaret for både primære, sekundære og tertiære sundhedsydelser, men undtaget fra deres ansvarsområde er aflønning af læger. Både specialister og praktiserende læger bliver betalt via en central sygekasse (den såkaldte Medical Service Plan, MSP). I modsætning til Danmark er det altså ikke de regionale myndigheder, som har ansvaret for lægehonorering. Men i lighed med Danmark foregår betalingen på baggrund af kontrakter mellem læger og regering. De er dog baseret næsten udelukkende på ydelseshonorering.

Traditionelt har kun akutlæger på skadestuer og akutafsnit været lønnet af de regionale sundhedsmyndigheder og ansat af hospitalet. Alle andre læger har 'privilegier' til et hospital – hvilket vil sige, at de må modtage patienter og behandle dem på hospitalet, men er ikke ansat af hospitalet. Flere og flere af de praktiserende læger har dog trukket sig fra deres hospitalsprivilegier. Det har tvunget hospitalerne til at ansætte læger til medicinske og geriatriske afsnit, hvor det tidligere primært var de praktiserende læger, der stod for behandlingen.⁷ De får en fast løn, men hospitalet får penge fra den centrale sygekasse (MSP) baseret på de enkelttydelser, de kan registrere for lægerne.

2.4 Organisering af almen praksis⁸

Helt overordnet spiller almen praksis i British Columbia den samme nøglerolle, som vi ser i Danmark, som førstekontakt for patienterne, som den primære behandler for alle generelle og almene sundhedsproblemer og som gatekeeper til det resterende sundhedsvæsen. I dette afsnit vil vi mere indgående beskrive almen praksis funktion og opbygning, og vi vil se nærmere på, hvad der karakteriserer de praktiserende læger i British Columbia.

2.4.1 Funktion

Ingen patientlister: Det primære sundhedsvæsen i British Columbia er baseret på, at alle borgere er tilknyttet en familielæge, som tager sig af alle borgerens generelle sundhedsproblemer – såvel akutte som ikke-akutte. Denne traditionelle relation mellem familielæge og borger er dog de seneste 10-20 år blevet udhulet. Der er ikke et formelt listesystem i British Columbia, så en borger kan frit henvende sig til en hvilken som helst praktiserende læge. Lægen er heller ikke kontraktligt bundet af særlige krav til den opgaveportefølje han tilbyder.

Det betyder, at et stort antal borgere ikke er fast tilknyttet en praktiserende læge. Samtidig har et stadigt stigende antal praktiserende læger opgivet at påtage sig det fulde ansvar for deres patienter, hvilket skaber grundlæggende problemer for forløbsstankegangen og den praktiserende læges rolle som tovholder. I stedet har de åbnet såkaldte 'walk-in' klinikker, som udelukkende tager sig af akutte helbredsproblemer og kun fører journal i det minimale omfang, som loven tilskriver, og afviser at tage sig af længere behandlingsforløb. Der er således opstået en opsplitning blandt almen praksis-klinikker mellem fuld service-praksis og klinikker, der kun påtager sig begrænsede opgavetyper.

⁷ Disse læger går under betegnelsen 'hospitalists'.

⁸ Hvor der ikke er angivet skriftlige kilder, er dette afsnit ligeledes baseret på interview og email-korrespondance med informanterne beskrevet i bilag 1.

Opgaveportefølje for 'fuld service'-læger: De såkaldte fuld service-praksis har en opgaveportefølje, der i store træk svarer til en dansk almen praksis. De udgør typisk patientens første kontakt med behandlersystemet. Her varetages behandling af patienter med almene sygdomme, og den praktiserende læge indtager en gatekeeperfunktion i forhold til henvisning til specialiseret behandling.⁹

Almen praksis tager også del i det forebyggende arbejde og rådgiver i forhold til rygestop, kostomlægning mm. Det er en central del af de nyere reformtiltag i British Columbia, at almen praksis skal levere en mere systematisk og specialiseret behandling af kroniske syge. Det er dog fortsat langt fra alle praksis, der har en systematiseret kronikerbehandling og andelen af hjælpepersonale og IT-støttesystemer til denne indsats er også fortsat kun begrænset udviklet og udbredt.

Praktiserende læger på hospitalet: En meget væsentlig forskel mellem de praktiserende læger i British Columbia og Danmark er, at flertallet af fuld service-læger i British Columbia også tager sig af deres patienter under indlæggelse. Disse læger har såkaldte 'hospitalsprivilegier', hvilket vil sige, at de beholder ansvaret for deres patienter under indlæggelse og står for koordineringen af behandlingen, mens patienterne er på hospitalet.

For at forstå de praktiserende lægers rolle på hospitalerne er det vigtigt også at kende speciallægenes rolle. Når en praktiserende læge henviser en patient til en speciallæge, er det direkte til lægen og ikke til en hospitalsafdeling. Afhængig af speciale kan lægen have sin egen klinik, hvor alle patienter modtages, eller lægen kan indlægge patienten på et hospital, hvor han/hun har privilegier, og tilse patienten der. Jo flere patienter, der kan klares ambulant, jo mere typisk er det, at speciallægen primært arbejder i sin egen klinik, mens speciallæger, hvis patienter normalt har brug for indlæggelse, ofte lejer eller låner sig ind til kontorlokaler på selve hospitalet.

Når en patient er henvist og indlagt, fortsætter den praktiserende læge med at have ansvar for patientens samlede behandling, mens speciallægen kun står for speciallægedelen af behandlingen. Man benytter begrebet 'Mest Ansvarlige Læge' (MAL)¹⁰ til at betegne den læge, der på et givet tidspunkt har hovedansvaret for patienten – og dermed også ansvaret i tilfælde af akut forværring. Eksempelvis ved et kirurgisk indgreb kan den praktiserende læge være MAL under hele indlæggelsesforløbet undertagen under selve indgrebet, hvor kirurgen er MAL. I løbet af indlæggelsen vil kirurgen stadig møde patienten for at forberede indgrebet og efterfølgende tilse patienten, men i denne del af forløbet har den praktiserende læge hovedansvaret for patienten.

Denne canadiske tradition giver altså særligt gode forudsætninger for, at den praktiserende læge kan påtage sig rollen som tovholder for sine patienter. Men efterhånden som flere og flere praktiserende læger har trukket sig fra deres hospitalsprivilegier, kan de ikke længere udføre denne funktion for deres patienter. Især i de større byer er det i stigende grad hospitalsansatte læger, der står for den del, som de praktiserende læger tidligere tog sig af. Det opleves at mange af aktørerne som et stort problem, og en af anledningerne til at reformere sektoren har været at få de praktiserende læger til i højere grad at fastholde det fulde og koordinerende ansvar for deres patienter – også under indlæggelse.

⁹ I modsætning til Danmark er denne gatekeeper-funktion ikke fuldt formaliseret, men langt de fleste specialister vil kun se patienter med en henvisning fra en praktiserende læge, da deres betaling afhænger af dette (de får således et højere honorar, hvis patienten har en henvisning). Det er desuden ikke tilladt for specialisterne at opkræve honorar fra patienter – hverken tillægshonorar eller fuldt honorar, hvis de er en del af det offentlige system. Specialisternes eneste mulighed for at opkræve ekstra betaling fra patienterne er således, hvis de forlader den centrale sygekasse (MSP) fuldstændig. Dette betalingssystem betyder i praksis, at de praktiserende læger fungerer som gatekeepere til det specialiserede system.

¹⁰ 'Most Responsible Doctor' (MRD) på engelsk.

2.4.2 De praktiserende læger og strukturen i praksis

Det er kompliceret at få præcise og valide data, der beskriver praksisstrukturen i British Columbia. Det skyldes, at der ikke er en klar adskillelse mellem praktiserende læger og speciallæger. Alle læger, der modtager penge fra den centrale sygekasse (MSP) har et ydernummer¹¹ – afhængig af deres godkendte speciale(r) har de lov til at benytte forskellige ydelseskoder. Men der findes ikke en systematisk registrering eller klassificering af den praksistype, en læge arbejder i. Læger kan praktisere fra deres hjem, fra en klinik, fra et sundhedshus med flere læger eller fra et hospital – uafhængigt af hvilket ydernummer de har fået.

Nedenstående beskrivelse af praksisstrukturen tager udgangspunkt i en række analyser foretaget af 'Centre for health services and policy research' (CHSPR) ved University of British Columbia. Centret benytter en analyse af data fra den centrale sygekasse (MSP) over lægernes ydelsesprofiler til at klassificere lægerne i primærsektor-læger og specialister.¹² Desuden har de foretaget en analyse af de adresser, som læger praktiserer fra til at klassificere praksistypen.

Antal praktiserende læger

Det rå tal: Den seneste opgørelse af antallet af praktiserende læger i British Columbia er fra 2004/5. Den viser, at der er 3.733 fuldtidsarbejdende primærsektor-læger, hvilket vil sige 90 læger pr. 100.000 indbyggere – eller 1.111 patienter pr. læge (6).

Tabel 2.1 Antallet af praktiserende læger

	Læger i alt	FTE læger ¹³
Antal	4.405	3.733
Antal læger per 100.000	106	90

Antal fuld service-læger: En stor del af debatten i British Columbia har handlet om serviceprofilen blandt de praktiserende læger. Der har været en oplevelse af, at stadig flere læger trækker sig fra leveringen af 'fuld service' til de tilknyttede patienter. Der findes dog ikke en klar definition af, hvad fuld service er, men det omfatter bl.a.:

- ◆ Levering af ydelser på hospital (at lægen beholder sine hospitalsprivilegier og følger sine patienter under indlæggelse).
- ◆ Levering af koordineret og kontinuerlig behandling af de kroniske patienter tilknyttet praksis.
- ◆ Levering af koordinerende, forebyggende og opfølgende behandling til gravide.

Siden 2005 har der været et incitamentsprogram, hvor læger, der leverer disse ydelser, har kunnet få ekstra betaling (læs mere om dette program i kapitel 5). På baggrund af en analyse af, hvem der har modtaget incitamentshonorarer, har CHSPR opgjort, hvor mange af lægerne i British Columbia der leverer fuld service. I 2007/8 var det 3.510 af lægerne, der modtog incitamentsbetaling. Det svarer til 80 læger pr. 100.000 indbyggere – eller 1.250 patienter pr. fuld service-læge (NB: ikke korrigeret for fuldtid) (6).

¹¹ I British Columbia kaldet et 'billing number'.

¹² Denne fremgangsmåde betyder, at læger, der ellers har speciale i almen medicin og klassificerer sig selv om familielæge, kan blive klassificeret som akutlæge, hvis ydelsesprofilen viser, at det primært er sådan, lægen har arbejdet det seneste år. Omvendt kan en speciallæge i pædiatri blive klassificeret som praktiserende læge, hvis ydelsesprofilen viser, at det er sådan, lægen har praktiseret (henvisning: single and group practices...).

¹³ FTE = Full Time Equivalent. Centret har udregnet FTE på baggrund af ydelsesprofilen. Det vil sige, at det er et vægtet tal på baggrund af gennemsnittet for, hvor mange ydelser en læge yder. Det er ikke baseret på reel viden om lægernes arbejdstid.

Praksisstørrelse og normtal

Antal læger pr. praksis: Den seneste undersøgelse af praksisstørrelse, det er lykkedes at finde, er fra 2000/2001. Af den fremgår, at 58 % af det totale antal primærsektor-læger på 4.183 arbejder i en gruppepraksis, mens 28 % enten arbejder som sololæger i en separat klinik eller som sololæger fra egen privatadresse. De resterende 15 % arbejder enten på hospital eller i en anden stor organisation. Det er altså kun 3.409 af lægerne, der med sikkerhed arbejder i en privat lægepraksis til daglig (987 sololæger og 2.422 læger i gruppepraksis) (7).

Tabel 2.2 Praksisstørrelser i antal og andele

Praksisform	Antal	Andel
Praktiserer fra hjemmeadresse	174	4 %
Praktiserer fra sololægeklinik	987	24 %
Praktiserer fra gruppepraksis	2.422	58 %
Praktiserer fra hospital	529	13 %
Praktiserer fra stor organisation	71	2 %
I alt	4.183	100 %

Hvis vi så ser på de 58 % af lægerne, der arbejder i gruppepraksis, så fordeler de sig med langt størstedelen som enten små gruppepraksis på to eller tre læger (48 %) eller mellemstore gruppepraksis med fire eller fem læger (23 %) (7).

Tabel 2.3 Praksisstørrelse fordelt på antal læger

Praksisstørrelse gruppepraksis	Antal	Andel
2-3 læger	1.158	48 %
4-5 læger	558	23 %
6-9 læger	440	18 %
10 eller flere læger	266	11 %
I alt	2.422	100 %

Antal patienter pr. læge: Der er ikke noget officielt normtal for, hvor mange patienter en praktiserende læger skal have. I det hele taget er det ikke nemt at tale om listestørrelse, da patienter kan gå til flere praktiserende læger i løbet af et år. En analyse af data fra den centrale sygekasse (MSP) viser, at en praktiserende læge i gennemsnit får betaling for ydelser til 1.731 patienter om året. Dette tal kan dog ikke sammenlignes med en dansk liste. For det første er det ikke alle borgere, der går til lægen hver år. Ifølge BCMA drejer det sig skønsmæssigt om 20 % af befolkningen, som dermed ikke tæller med i denne opgørelse. For det andet kan patienter i British Columbia gå til flere forskellige læger og dermed optræde som patienter for flere læger samtidig.¹⁴

Hvis vi tager udgangspunkt i antallet af læger, så er der kun omkring 1.100 patienter pr. fuldtidslæge. Men dette tal undervurderer antallet af patienter pr. læge. Det skyldes, at en del praktiserende læger i British Columbia er ansat direkte på et hospital for at dække opgaver, som i Danmark ville blive varetaget af andre specialer eller af læger under uddannelse. Som det fremgår af tabel 2.2, er det 13 % af de praktiserende læger, som udelukkende praktiserer på et hospital eller i en anden større organisati-

¹⁴ Baseret på email-korrespondance med BCMA.

on. Reelt er der altså færre læger i praksis pr. 100.000 indbyggere, end det fulde antal praktiserende læger kunne antyde.

Der er også stor variation mellem læger, der yder fuld service, og læger der driver en walk-in klinik. Sidstnævnte kan have kontakter med rigtig mange patienter, uden det betyder, at de er den primære læge for disse patienter. Endelig er der massive forskelle i geografi i British Columbia, og visse egne er meget tyndt befolkede og med lange afstande, hvilket også påvirker størrelsen på patientlisten.

En af vores informanter, der er praktiserende læge og direktør for College of Family Physicians, vurderer, at en fuld service praktiserende læge har ansvaret for 'ongoing' (kontinuerlig) behandling for mellem 1.400 og 1.600 patienter (8).

Praktiserende lægers køn og alder

BCMA har udarbejdet nedenstående opgørelse over alders- og kønsfordelingen blandt de læger, der har registreret som praktiserende læger.¹⁵ Som tabellen viser, er antallet af læger steget i løbet af de seneste 10 år. Men det fremgår også af tabellen, at antallet af praktiserende læger i alderen 30-44 år er faldet i den samme periode. Disse tal understøtter dog ikke den beskrivelse af en flugt fra sektoren, som mange aktører har oplevet, som det vil fremgå af interviewundersøgelsen. Tallene støtter dog beskrivelsen af en rekrutteringskrise ind i sektoren. Samtidig siger disse tal ikke noget om efterspørgslen på ydelser, som også kan være steget i samme periode.

Det fremgår af tabellen, at andelen af kvinder inden for faget er steget i løbet af de seneste ti år. Kvinderne udgør i dag 35 % af alle praktiserende læger mod 30 % for 10 år siden.¹⁶

Tabel 2.4 Aldersfordeling og kønsopdeling i almen praksis

Total	1997/98	2001/02	2007/08	2008/09	Kvinder	1997/98	2001/02	2007/08	2008/09
Under 30	3,2 %	2,8 %	2,2 %	2,0 %	Under 30	5,5 %	4,2 %	3,6 %	3,0 %
30-34	15,8 %	9,7 %	7,5 %	8,1 %	30-34	21,8 %	14,5 %	12,5 %	12,9 %
35-39	18,0 %	16,9 %	10,2 %	10,4 %	35-39	24,3 %	22,5 %	14,5 %	14,1 %
40-44	17,1 %	17,3 %	15,2 %	13,6 %	40-44	19,9 %	21,7 %	17,7 %	16,7 %
45-49	15,3 %	16,3 %	17,0 %	16,6 %	45-49	13,8 %	16,1 %	19,3 %	19,0 %
50-54	13,2 %	14,3 %	15,6 %	15,3 %	50-54	8,4 %	10,9 %	15,5 %	15,8 %
55-59	6,6 %	10,7 %	13,1 %	13,5 %	55-59	3,4 %	6,1 %	9,5 %	10,1 %
60-64	4,8 %	5,1 %	10,4 %	10,9 %	60-64	1,1 %	1,9 %	4,9 %	5,6 %
64+	6,0 %	6,9 %	8,3 %	9,3 %	64+	1,8 %	2,2 %	2,6 %	2,8 %
Alder ukendt			0,5 %	0,3 %	Alder ukendt				
Total	4.257	4.422	4.822	4.907	Kvinder	1.257	1.385	1.675	1.724
	100 %	100 %	100 %	100 %		30 %	31 %	35 %	35 %

Honoreringsform og løn

Traditionelt set har læger i British Columbia været betalt udelukkende på baggrund af ydelseshonorering. Siden incitamentsprogrammets introduktion i 2005 er de forskellige kvalitetshonorarer dog steget og udgør i dag cirka 10 % af lægernes indkomst.

Ifølge BCMA var den gennemsnitlige praksisindkomst for en praktiserende læge 158.000 canadiske dollars i 2007 (baseret på en opgørelse af overførsler fra den centrale sygekasse (MSP). Heraf skal så

¹⁵ De små variationer i antallet skyldes forskellige opgørelsesmetoder imellem BCMA og CHSPR.

¹⁶ Tallene i tabellen baseres på oplysninger modtaget direkte fra BCMA.

dækkes udgifter til praksis. BCMA estimerer, at det gennemsnitlige overhead i 2007 var 41,5 % af praksisindkomsten. Det giver en brutto årslønindkomst til de praktiserende læger på 92.430 canadiske dollars (med dagens valutakurs svarer det til 512.000 kroner¹⁷). Det vil altså sige et lønningsniveau, der ligger væsentligt under det, som praktiserende læger i Danmark får.¹⁸

Praksispersonale

Det har ikke været muligt at få statistik på antallet eller sammensætningen af personalet hos de praktiserende læger. På baggrund af udsagn fra de interviewede informanter kan der tegnes et billede af en tradition for meget begrænset brug af praksispersonale. Det mest almindelige er, at en praktiserende læge har en enkelt eller to sekretær(er)/assistent(er) ansat. I en gruppepraksis kan disse også være delt, selvom det ikke altid er tilfældet.

Denne funktion i en praksis går under stillingsbetegnelsen Medical Office Assistant (MOA). Der er ikke en særlig uddannelse til dette job, og MOA'erne kan have meget forskellige uddannelsesmæssige baggrunde. Det er dog typisk enten sekretæruddannede eller sygeplejersker, der arbejder som MOA. Ofte har lægen og MOA'en et langt arbejdsfællesskab, og lægen har selv stået for videreuddannelsen af sin assistent.

2.5 Opsummering

Praktiserende læger i British Columbia spiller en central rolle som patienternes første kontakt og som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen. Deres opgaveportefølje svarer i vid udstrækning til danske praktiserende lægers – dog med den væsentlige forskel, at de praktiserende læger i British Columbia ofte også har ansvaret for deres patienter under indlæggelse.

En anden væsentlig forskel er, at man i British Columbia ikke har et listesystem. Det gør det væsentligt mere kompliceret at vurdere kapaciteten – målt i antallet af patienter pr. læge – i de canadiske praksis sammenlignet med Danmark. Vores analyse tyder dog på, at lægerne i British Columbia har ansvaret for cirka lige så mange patienter som danske praktiserende læger. I de seneste år har der været en stigning i antallet af såkaldte 'walk-in' klinikker, hvor lægerne kun tager sig af akutte og simple problemer. Det er bl.a. denne udvikling, reformerne af praksissektoren har skullet dæmme op for.

Som i Danmark er praksisstrukturen baseret på relativt mange sololæger og mindre gruppepraksis, men der er dog et større antal store praksis med mere end 6 læger, og omkring mere en hver tiende praksis har over 10 læger tilknyttet. Brugen af praksispersonale er også relativt begrænset i British Columbia. Det er dog ikke muligt at sammenligne dette direkte med det danske niveau, da det ikke har været muligt at få præcise tal for brugen af personale i de canadiske praksis.

¹⁷ Baseret på omregningskursen den 28. juli 2010.

¹⁸ Det har ikke været muligt at finde en grundig analyse af lønforskelle mellem praktiserende læger i Danmark og British Columbia. Der er mange usikkerheder forbundet med blot at sammenligne lønindkomst direkte. Forskelle i købekraft, skattesystem og varierende vekselkurser kan påvirke resultatet meget. Derfor skal oversættelsen af den helt rå lønindkomst før skat tages med forbehold for disse faktorer.

3. Reformprocessens baggrund og forløb

3.1 Introduktion

I dette kapitel beskrives reformprocessens baggrund og forløb. Beskrivelsen er baseret på gennemgang af skriftligt materiale og interview med nøglepersoner i British Columbia. Vi anvender i analysen ikke direkte citater, men fremhæver fra hvilken institution evt. udtalelser er udgået.

3.2 Reformprocessens baggrund

Det fremgår ved interview, at udgangspunktet for reformprocessen i British Columbia var en praksis-sektor, der på mange måder befandt sig på sammenbruddets rand. Interviewpersonerne fortæller på tværs af interview om en langsom deroute for de praktiserende læger som profession i British Columbia. En udvikling, der kulminerede i starten af årtusindet, hvor vores informanter samstemmende vurderer, at et decideret sammenbrud for sektoren var på vej. Problemerne for sektoren beskriver interviewpersonerne som en kombination af isolation, manglende anerkendelse, dårlige arbejdsforhold og dårlig løn. Vi vil gennemgå hver faktor selvstændigt.

3.2.1 *Isolation*

Både styringsmæssigt og fagligt arbejder de praktiserende læger i British Columbia meget isoleret fra den resterende del af sundhedsvæsenet. De seks sundhedsregioner har ansvaret for de fleste af sundhedsvæsenets ydelser, men praksissektoren er en undtagelse. I Sundhedsministeriet, som har haft ansvaret for kontrakterne, har man ikke anskuet sektoren samlet. Der har ikke været tradition for styring eller opfølgning på de kontrakter, der blev indgået. Lægerne kunne få et ydernummer, hvis de levede op til kravene, og de kunne få penge, hvis de fulgte kontrakten, men ellers var de i vid udstrækning overladt til at styre sig selv (8-12).

Fagligt har isolationen også været udtalt. Traditionelt set har der været et uformelt samarbejde de praktiserende læger imellem på de hospitaler, hvor de praktiserende læger var tilknyttet. Der har været opholds- og frokostfaciliteter, hvor snakken er gået, og hvor lægerne har kunnet diskutere og udveksle erfaringer. I forhold til speciallægerne har der også været et vist fagligt fællesskab omkring de fælles patienter. Men efterhånden som flere og flere praktiserende læger har opgivet deres hospitalsprivilegier eller har skåret ned på sygehusarbejdet, er dette uformelle faglige fællesskab blevet forringet eller helt forsvundet (8; 9; 12).

På det mere organiserede plan i de faglige organisationer har der ikke været tradition for lokale strukturer, der organiserer de praktiserende læger. Ud over de valg, hvor repræsentanter bliver valgt til de centrale styrende organer, har der ikke været nogen organisatoriske fora på lokalt niveau, hvor de praktiserende læger kunne mødes (11; 13).¹⁹

Alt i alt har denne udvikling betydet, at de praktiserende læger i stadig stigende grad har været isoleret såvel fagligt som organisatorisk fra det resterende sundhedsvæsen. Deres arbejdsliv har i vid udstrækning været isoleret til deres egen praksis og det kollegiale samvær til samarbejdet med deres ansatte MOA (sekretær).

¹⁹ Der er her en skarp kontrast til traditionen i den danske praksissektor med omfattende lokal organisering i bl.a. 12-mandsgrupper og regionale praksisudvalg.

3.2.2 Manglende anerkendelse

De praktiserende læger blev først meget sent anerkendt som et særligt speciale i Canada. Frem til 1994 kunne man blive praktiserende læge uden anden videreuddannelse end turnus. Bl.a. for at opnå en bedre funderet faglighed og anerkendelse blev 'The College of Family Physicians' oprettet i 1954. Men det var en lang kamp, før man i 1994 opnåede, at den certificering, som The College of Family Physicians havde udviklet (CCFP - Certification of the College of Family Physicians), blev obligatorisk for at kunne åbne egen praksis. Kravet i CCFP er en toårig specialiseringsuddannelse. Den findes i en række forskellige udgaver afhængig af universitet, men alle er godkendt af kollegiet og skal leve op til en række indholds krav. Kampen mod certificeringskravet kom i høj grad fra egne rækker, da mange ældre læger, som ikke havde gennemgået certificeringen, mente, at kravet var en implicit underkendelse af deres kompetencer. Selvom certificeringen har været et krav siden 1994, har det ikke automatisk medført en anerkendelse af praktiserende læger som særlige speciallæger i almen medicin. Blandt canadiske læger er der således stadig en udbredt opfattelse af, at man ikke er en ægte speciallæge, når man er praktiserende læge. Mange praktiserende læger har også selv ligget under for denne opfattelse, og den manglende faglige stolthed har medvirket til en udbredt følelse af manglende faglig anerkendelse blandt de praktiserende læger. Både i hospitalsmiljøer og på lægestudierne mener de praktiserende læger, at de bliver set ned på, og at deres faglighed ikke anerkendes som ligeværdig (8).

Fra systemets side har der ligeledes været en manglende interesse i almen praksis og den rolle, som sektoren har spillet i det samlede sundhedsvæsen. Såvel læger som repræsentanter fra administrationen beskriver, at indtil reformprocessens start har interessen i sektoren primært bestået i at begrænse omkostningerne. Det har givet sig udtryk i et mindsket optag på universiteterne samt et (mislykket) forsøg på at begrænse antallet af ydernumre. Argumentationen har i begge tilfælde været, at en begrænsning i udbuddet af læger ville regulere forbruget. De seneste 10 år har holdningen langsomt ændret sig, og der er en stigende erkendelse af, at en stærk og velfungerende primærsektor kan medvirke til at holde omkostningerne nede i det samlede sundhedsvæsen (10; 13).

3.2.3 Dårlige løn- og arbejdsforhold

Alle informanter i denne undersøgelse beskriver en udbredt frustration og utilfredshed blandt de praktiserende læger med deres arbejds- og lønsituation. I Canada findes der en national spørgeskemaundersøgelse af holdningerne blandt læger. Resultaterne fra de seneste to undersøgelser fra 2004 og 2007 kan ikke underbygge denne beskrivelse af jobutilfredshed blandt praktiserende læger i British Columbia. Som det fremgår af tabel 3.1, angiver 17 % af respondenterne, at de er noget eller meget utilfredse, mens 66 % i 2004 og 72 % i 2007 angiver, at de er noget eller meget tilfredse med deres nuværende arbejdsliv. Sammenligner man med de øvrige speciallægers tilfredshed er den dog lidt højere med 70 % i 2004 og 78 % i 2007 (14; 15).

Tabel 3.1 Faglig tilfredshed

Bedøm din tilfredshed med din nuværende faglige tilværelse ²⁰	2004	2007
Meget tilfreds	27 %	28 %
Tilfreds	39 %	44 %
Neutral	11 %	8 %
Utilfreds	13 %	13 %
Meget utilfreds	4 %	4 %
Har ikke besvaret	6 %	7 %

Man skal dog være varsom med udelukkende at lægge disse undersøgelser til grund, da begge lider under meget lave svarprocenter på mellem 33 og 35 %.

Når det kommer til lønniveau, blev der i 2007 spurgt til de praktiserende lægers tilfredshed med lønniveauet sammenlignet med speciallægenes. Her viser spørgeskemaet en markant utilfredshed blandt de praktiserende læger. Kun 18 % er enten meget eller noget tilfredse med de praktiserende lægers løn sammenlignet med speciallægenes. 62 % er derimod noget eller meget utilfredse (14).

Tabel 3.2 Økonomisk tilfredshed

Bedøm din tilfredshed med din sammenlignelige økonomiske timeindtægt, sammenlignet med andre specialer (Ikke almen praksis) ²¹	2007
Meget tilfreds	5 %
Tilfreds	13 %
Neutral	13 %
Utilfreds	27 %
Meget utilfreds	35 %
Har ikke besvaret	8 %

Vi har desværre ikke en tilsvarende undersøgelse for danske praktiserende læger, så det er svært at vurdere, om den utilfredshed, der ses blandt de praktiserende læger i Canada, er særlig stor.

3.3 Reformprocessens påbegyndelse

Det fremgår ved interview, at udgangspunktet for reformprocessen var nedsættelsen og legitimeringen af en praksiskomite med ligelig deltagelse af repræsentanter fra de styrende sundhedsmyndigheder og de praktiserende lægers interesseorganisation. I det følgende beskriver vi, hvordan praksiskomiteen blev nedsat, og hvordan den vandt legitimitet gennem en række dialogmøder med den brede gruppe af praktiserende læger.

3.3.1 Praksiskomiteen nedsættes

Utilfredsheden blandt de praktiserende læger kulminerer i et forløb omkring 2002-2005. Forholdet mellem menige læger og ministerium er i denne periode præget af dyb mistillid. I 2002-kontrakten indføres et nyt organ – den såkaldte General Practice Service Committee (GPSC). Komiteen baseres på

²⁰ Det engelske spørgsmål lyder: 'Rate your satisfaction with your current professional life'.

²¹ Det engelske spørgsmål lyder: 'Rate your satisfaction with your comparative net revenue per hour compared to other specialties (not FPs)'.

ligeværdighed mellem ministerium og læger og har formelt set fire repræsentanter fra hver side. Komiteens formål er at finde løsninger, der kan understøtte 'fuld service' i praksissektoren og dæmme op for tendensen til at lægerne opretter walk-in klinikker og trækker sig fra hospitalsarbejdet. GPSC (som vi benævner 'praksiskomiteen' i denne rapport), er i dette udgangspunkt et meget lille tiltag med begrænsede midler og lille bevågenhed (10).

I forbindelse med 2004-kontrakten bliver BCMA og ministeriet enige om, at der skal allokeres nye midler til at forbedre forholdene i praksissektoren. Pengene skal gives til praksiskomiteen og finansieres delvist med ekstra midler fra ministeriet og delvist gennem en beskæring af puljen til honorarstigninger. Forslaget om at tage penge fra lønstigninger til at finansiere et nyt tiltag møder voldsom modstand, og der opstår en decideret oprørsstemning blandt de menige læger, som stemmer nej til den nye overenskomstaftale. Selvom finansieringsforslaget til de nye tiltag er den udløsende årsag i konflikten mellem læger og ministerium, så beskriver vores informanter samstemmende, at det er den ophobede frustration over deres arbejdssituation blandt de praktiserende læger, der er den egentlige årsag (9; 10; 12; 13).

I den endelige kontrakt for 2004 får praksiskomiteen en pose penge allokeret, som den skal udmønte i tiltag, der kan udvikle og forbedre almen praksis. Men tilliden er helt væk, og i regi af praksiskomiteen organiserer ministeriet og BCMA i fællesskab en serie dialogmøder med de praktiserende læger rundt om i hele provinsen. Disse møder går under betegnelsen 'Professional Quality Improvement Days (PQUID)', og alle informanter beskriver disse møder som både lavpunktet i forholdet mellem menige læger, ministerium og BCMA og som vendepunktet og starttidspunktet for reformprocessen (9-13).

3.3.2 Dialogmøder

De første 15 dialogmøder (PQUIDs) afholdes i foråret 2005 rundt om i hele provinsen. Alle læger inviteres, og repræsentanter for såvel BCMA og ministeriet deltager på møderne. Stemningen på mange af disse møder er ophedet, og de praktiserende læger giver udtryk for en meget dyb frustration med forholdene i sektoren. Graden af utilfredshed og frustration er en overraskelse for ministeriets folk, men særlig BCMA er chokeret over, i hvor høj grad de menige læger er utilfredse med deres egne repræsentanter og de vilkår, de har været i stand til at forhandle hjem.

Repræsentanter fra såvel ministeriet som lægeforeningen beskriver denne række af dialogmøder som en brat opvåkning. Praksiskomiteen analyserer forårets møder og beslutter at afholde 15 nye dialogmøder, hvor de præsenterer deres konklusioner og beder lægerne fortælle, hvad de ønsker. Den nye møderække afholdes i efteråret 2005. På baggrund af de i alt 30 dialogmøder opstår der i praksiskomiteen en ny og fælles forståelse for de behov, sektoren har. Det er denne nye forståelse, der danner grundlaget for den serie af reformtiltag som iværksættes de efterfølgende år (9-13).

3.3.3 En ny forståelse

Konklusionen på møderne blev opsummeret i fire ønsker fra lægerne til ministeriet og deres egne repræsentanter i BCMA:

- ♦ *Værdsæt os:* Lægerne ønsker anerkendelse for deres indsats og betydning i sundhedssektoren. De ønsker at blive hørt og inddraget i arbejdet med udviklingen af praksissektoren specifikt og sundhedsvæsenet mere generelt. Dette krav er til dels møntet på ministeriet, der skal inddrage lægerne seriøst og anerkende deres rolle og funktion. Men det er i høj grad også møntet på lægestanden og BCMA, hvor mange praktiserende læger føler en manglende respekt for deres faglighed og en manglende prioritering af deres behov i lægeforeningens forhandlinger med regeringen.

- ♦ *Betal os:* Der er udbredt utilfredshed blandt lægerne med den løn, de kan opnå med den eksisterende kontrakt. Lægerne mener, at de er sakket bagud i lønudvikling i sammenligning med de øvrige læger. Samtidig er der en gryende anerkendelse af, at nogle af regeringens krav til serviceforbedringer er rimelige.²² Konklusionen er, at regeringen skal øge betalingen til de praktiserende læger i de kommende kontrakter, men at de nye midler til gengæld kan gå til nye ydelser, der specifikt honorerer de nye tiltag. Lægerne accepterer dermed, at indtægtsfremgangen ikke vil komme ved en stigning i det almindelige konsultationshonorar, som ellers har været kutyme. Det nye princip går under mottoet: Betal os for det, I vil have os til at gøre.
- ♦ *Træn os:* En række af de ønsker og krav, som lægerne mødes med, handler om organisationsudvikling og forandret kronikeromsorg. Lægernes melding tilbage er, at de godt vil medvirke til forbedring af behandling og udvikling af deres organisation, men at de mangler videreuddannelse for at kunne gøre det. Den nye dialog fører dermed til, at lægerne anerkender, at de kan forbedre sig på en række områder, mens ministeriet anerkender, at de også må medvirke aktivt til at udbyde og betale for den nødvendige videreuddannelse og udvikling.
- ♦ *Støt os:* Et særligt aspekt af støtten til udvikling og forandring handler om at bryde oplevelsen af isolation hos de praktiserende læger. Lægerne giver udtryk for, at de har behov for organisatorisk og praktisk støtte til at udføre deres opgaver og især til at udvikle og forbedre deres arbejde. Som isoleret praksisorganisation – ofte med blot en enkelt eller to læger hver med en assistent – har lægerne svært ved at gennemføre større forandringer.

Disse fire punkter skaber basis for den nye forståelse mellem læger og ministerium og indbyrdes mellem lægerne (9; 10; 13; 16). Forståelsen er opstået i regi af praksiskomiteen og på baggrund af den åbne høringsproces, som komiteen har anlagt i løbet af 2005. Praksiskomiteen bliver dermed omdrejningspunktet for den videre reformproces og opnår over de næste år en legitimitet og opbakning, som hidtil har været fraværende (10; 13).

3.3.4 Charterprocessen – en fortsat dialog

Dialogmøderne i 2005 var kun første element i den generelt dialogbaserede tilgang til udvikling i praksissektoren, der har præget udviklingen i British Columbia. I 2007 udsendte praksiskomiteen et Charter for det primære sundhedsvæsen. Chartret blev udarbejdet sideløbende med etableringen af en række af de enkelte reformelementer (se kapitel 4-7). Det blev udarbejdet i en proces, hvor alle interessenter deltog. Det endelige produkt er dermed udtryk for en fælles visionsbeskrivelse for det primære sundhedsvæsen, herunder især for de praktiserende læger som hovedaktører i det primære sundhedsvæsen (19).

Visionen: Charteret indeholder en fælles vision for det primære sundhedsvæsen og et løfte om forandring og forbedring af sektoren. Visionen er, at det primære sundhedsvæsen skal være stærkt, bæredygtigt, tilgængeligt og effektivt. Det skal stå for:

- ♦ Første kontakt til patienter med nye behov
- ♦ Langsigtet individorienteret behandling
- ♦ Dække behandling for alle almindelige behov
- ♦ Koordinere behandling, når den kræver adgang til speciallæger.

²² Regeringsrepræsentanten blandt de interviewede fortæller, at indtil dette tidspunkt har BCMA helt afvist at diskutere det, hun kalder 'mangler i behandlingen' ('gaps in care'). Det er på dette tidspunkt, at lægerne begynder at erkende, at fx diabetesbehandlingen ikke har den kvalitet, den bør have, og det bliver nu legitimt at tale om muligheden for forbedringer i behandling.

For at leve op til dette mål, er det nødvendigt med forbedring og reformer af de eksisterende strukturer. Der skal investeres i primærsektoren, den skal prioriteres, og udbyderne i sektoren skal understøttes i forandringerne og belønnes for forbedringerne (19).

Metoder og mål: Charteret indeholder desuden en beskrivelse af metoderne i forbedringsstrategien – det drejer sig konkret om metoderne i de enkelte reformelementer. Først og fremmest PSP, men også de øvrige tiltag såsom 'Patients as Partners' og 'Integrated Health Networks'.

Endelig indeholder charteret en række konkrete målsætninger for specifikke indsatsområder. Det gælder bl.a. adgang til behandling, forebyggelse og behandling af kronisk syge, behandling af co-morbiditet og behandling af svage ældre og af døende patienter (19).

Charterets betydning: Charterets officielle karakter kan ses som en anerkendelse af de ideer og tiltag, som er blevet taget i årene op til 2007. Den fælles proces, der ligger bag udarbejdelsen af charteret, har været med til at skabe en fælles forståelse for udfordringerne for sektoren og en fælles vision for de nødvendige forandringer i primærsektoren. De informanter, vi har talt med, henviser ofte til Charteret, når de taler om ideerne og visionerne for primærsektoren. Især i lyset af den store modstand og konflikt, der tidligere har præget forholdene mellem interessenterne og dialogen om reform, kan Charteret ses som udtryk for den succes, der har været i forhold til at skabe fælles fodslag om såvel mål og midler for sektoren (9; 10; 13).

3.4 Reformprocessens styring og finansiering

Reformprocessen styres af praksiskomiteen og finansieres delvist gennem midler fra de styrende sundhedsmyndigheder og delvist gennem midler fra honorarstigninger til de praktiserende læger, der jf. 2006-overenskomsten kanaliseres gennem praksiskomiteen. I det følgende beskriver vi praksiskomiteens arbejde, organisering og finansiering.

3.4.1 Praksiskomiteens arbejde

Praksiskomiteen bliver oprettet i 2002 som et forsøg på at komme uden om den kontraktbaserede forhandling og over til en mere målorienteret dialog om fælles interesser. Den er tænkt som en mindre underkomite, der skal udvikle løsninger på lægernes flugt væk fra 'fuld service'. Der er på dette tidspunkt nogle konkrete initiativer i forhold til diabetes og hjertekarsygdomme, hvor IHI's forbedringsmodel²³ bliver benyttet, og deltagerne i disse projekter har været meget tilfredse. Praksiskomiteen starter derfor med at udvikle et initiativ til diabetesbehandlingen og får et begrænset engangsbudget til dette formål, og det bliver kort efter fulgt op af et andet specifikt projekt om forbedring af omsorgen for gravide (10; 16).

Praksiskomiteen gennemfører disse små projekter i en periode fra 2002-2005, som er ekstremt konfliktfyldt. I 2004-2005 oplever komiteen et nulpunkt i samarbejdsrelationen mellem læger og ministerium, og det balancerer i denne periode på kanten af et totalt sammenbrud. Men de personer, som har samarbejdet i komiteen i løbet af de første år, har opnået en fælles forståelse af sektorens problemer og en indbyrdes tillid. I baglandet i hhv. ministeriet og blandt de menige læger er denne fælles forståelse dog fraværende. Forhandlingssammenbruddet i 2004 gør samarbejdet i praksiskomiteen endnu mere kontroversielt. Overhovedet at fortsætte samarbejdet i komiteen er en risiko for alle parter. Da konflikten er på sit højeste, beslutter komiteen at gennemføre en række dialogmøder, som bliver afviklet henover foråret og efteråret i 2005.

²³ Se afsnittet om praksisstøtteprogrammet for en nærmere beskrivelse af den metodiske tilgang.

Dialogmøderne viser sig at blive vendepunktet, og praksiskomiteen udvikler sig i denne forbindelse til at blive det organ, der kan komme igennem med tiltag, og som bliver opfattet som legitimt af alle aktører. De informanter, vi har talt med, tilskriver det mod og vedholdenhed hos en række centrale personer i praksiskomiteen fra såvel ministerium som BCMA, når de skal forklare, hvordan det lykkes at komme igennem denne proces med et konstruktivt resultat.

Da praksiskomiteen kommer ud af processen som det mest legitime organ for dialog mellem læger og ministerium, bliver stort set alle nye midler i kontraktforhandlingerne i 2006 allokert til komiteen. Midlerne skal bruges til at forbedre behandlingen og fremme fuld service, men ellers må komiteen selv beslutte, hvordan og til hvad pengene skal bruges.

3.4.2 Praksiskomiteens organisering

Praksiskomiteen består formelt set af fire repræsentanter udpeget af ministeriet og fire repræsentanter udpeget af BCMA. Repræsentanter fra de regionale sundhedsmyndigheder har høringsret til møderne, men ikke formel stemmeret. Desuden inviteres alle interessenter i praksissektoren med til møderne. Det kan både dreje sig om folk fra patientorganisationer, organisationskonsulenter fra de udviklingsprojekter der er i gang, repræsentanter fra lokalsamfundsgrupper med flere. Selvom det kun er de otte repræsentanter fra ministeriet og BCMA, som formelt har stemmeret, bliver beslutninger kun truffet ved konsensus. Der deltager typisk 20-40 personer i møderne. Alle informanter beskriver stemningen på komiteens møder som konstruktiv og løsningsorienteret (9; 10; 13; 17).

Ministeriet går i løbet af 2005-2006 bort fra at styre deres fire repræsentanter i komiteen som delegerede. De fire komiteemedlemmer, som regeringen udpeger, skal således ikke koordinere deres position i forhold til dagsordenen i komiteen før et møde, og de skal ikke have mandat fra ministeriet i forhold til det resultat, de forhandler sig frem til. På nuværende tidspunkt er det kun to af de fire regeringsrepræsentanter, der rent faktisk arbejder for regeringen. Lægerne har lidt mere styr på deres komiteemedlemmer og vil i højere grad koordinere deres holdning til nye tiltag indbyrdes (10).

Regeringens beslutning om en så tilbagetrukket rolle i forhold til styring af komiteens arbejde er også i canadisk sammenhæng utraditionel. Som den regeringsansvarlige i komiteen udtrykker det: "No, it's not common. People are bewildered beyond belief" (10). Hun begrundet denne tilgang med, at det er den mest effektive måde at opnå resultater med lægerne på. Ved at slippe tøjlerne på denne måde viser hun fuld tillid til, at en åben diskussion med fokus på de konkrete problemstillinger kan give resultater. Hun mener selv, at denne strategi har været overraskende effektiv, og det er hendes vurdering, at det i langt højere grad lykkes regeringen at komme igennem med deres policy mål.

Praksiskomiteen har nu opnået en grad af styrke og legitimitet også internt i regeringen, at hele forarbejdet til den kommende kontrakt for de praktiserende læger, som skal fornyes i 2012, er blevet lagt i komiteen. Dermed har komiteen over tid opnået en helt anden rolle og funktion, end den oprindeligt var tiltænkt. Eller som den regeringsansvarlige formulerer det: "My boss negotiated the original agreement for the government. He said, no one could have dreamt that this is where the GPSC would be in 2009" (10).

3.4.3 Praksiskomiteens finansiering

De første år af praksiskomiteens virke får komiteen penge til specifikke projekter. I forbindelse med 2006-kontrakten tilbyder regeringen at investere ekstra penge i praksissektoren, men kravet er, at 80 % af alle "nye" penge skal kanaliseres igennem praksiskomiteen. Regeringen bryder dermed den tradition, der har været for, at lønstigninger i praksissektoren går til en generel forhøjelse af konsultationshonoraret. Til gengæld indvilger regeringen i at øge finansieringsrammen.

I løbet af de seneste 3-4 år er det gentagende gange lykkedes praksiskomiteen at udvikle tiltag og initiativer, som har modtaget ekstra finansiering fra regeringen ud over de penge, som komiteen får gennem kontrakten. Det vil sige, at også i forhold til finansieringsgrundlaget er det lykkedes komiteen at udvide arbejdsområdet ud over det grundlag, det har fået i de indgåede kontrakter.

Pengene bliver helt overvejende brugt på incitamentsprogrammet. Som beskrevet er det 80 % af lægernes lønstigning, der kanaliseres via praksiskomiteen. Det betyder også, at langt størstedelen af midlerne skal benyttes til aflønning af lægerne.

I alt allokerer 2006-aftalen 4,5 mia. kroner over seks år til praksiskomiteen.

3.5 Opsummering

Reformprocessen i almen praksis i British Columbia tog sit udgangspunkt i en udbredt oplevelse af krise og forfald blandt både læger og administratorer. Lægerne var stærkt utilfredse med den isolerede rolle, den manglende anerkendelse, og hvad de opfattede som dårlige løn- og arbejdsforhold. De styrende myndigheder var utilfredse med den stigende tendens blandt lægerne til ikke at yde fuld service til patienterne og til at trække sig fra hospitalsprivilegierne, og samtidig betød det øgede fokus på kronikere, at søgelyset blev rettet mod behandlingen i almen praksis.

To faktorer var især afgørende for igangsættelsen af den positive reformproces. For det første blev der oprettet en praksiskomite, hvor læger og de styrende myndigheder sad omkring samme bord for at løse konkrete udfordringer. Blandt deltagerne i denne komite opstod der en fælles forståelse for nogle af udfordringerne. For det andet blev der i løbet af 2005 afholdt 30 dialogmøder, hvor repræsentanterne for såvel læger som administratorer mødte de menige læger i provinsen. Denne møderække resulterede i fire klare behov, som de praktiserende læger havde: De ønskede at blive mere værdsat, bedre betalt og trænet samt støttet mere.

Praksiskomiteen kom ud af krisen som det mest handlekraftige organ, og gennem en række konkrete tiltag er komiteen over tid blevet det legitime forum, der har kunnet udvikle løsninger for de udfordringer, sektoren har stået over for. I de følgende afsnit vil vi se nærmere på nogle af disse løsningsmodeller.

4. Reformprocessens indhold

4.1 Introduktion

I dette kapitel vil vi introducere indholdet i reformprocessen i British Columbia. Kapitlet indeholder en redegørelse for den overordnede reformfilosofi, der ligger bag reformprogrammet, og en kort beskrivelse af de forskellige styringselementer, der indgår i programmet. Kapitlet danner baggrund for de tre efterfølgende kapitler (5-7), hvor vi giver en nærmere analyse af:

- ◆ Incitamentsprogrammet, som belønner lægerne for løsning af fuld service-lægeopgaver.
- ◆ Praksisstøtteprogrammet, som fremmer organisatorisk og behandlingsmæssig udvikling i den enkelte praksis.
- ◆ Divisionsprogrammet, som fremmer samarbejde og koordinering mellem sundhedsvæsenet for forskellige sektorer på det lokale og regionale niveau.

Beskrivelserne i dette samt de efterfølgende kapitler er alle baseret på interview med informanter (se bilag 1) og gennemgang af relevant programlitteratur (se bilag 2).

4.2 Den overordnede reformfilosofi: It's RISQy business

Den overordnede filosofi for reformprogrammet, som opstod i de første år i praksiskomiteens liv, er senere blevet opsummeret med følgende fængende citat: *'At forandre er RISQy business'*. Tanken er, at for at forandre et helt system i krise må hele systemet angribes på en gang. Man kan ikke nøjes med blot at se på enkelte aspekter. RISQ er en forkortelse for de fire principper, som tilsammen udgør den helhedsorienterede tilgang, som praksiskomiteen har haft for forandringsprocessen (9; 10; 13; 18).

- ◆ *(R) Relationer (relations)*: Forholdet mellem de forskellige parter var brudt sammen. Der var ingen tillid. Også på lavere niveauer var der ingen veletablerede relationer mellem de enkelte praksis. På alle niveauer var der behov for at forbedre samarbejdsrelationerne. Initiativer på dette område omfatter bl.a. nogle af de tidligere omtalte.
 - Praksiskomiteen: Man kan se praksiskomiteen som et organ for uformel trepartsforhandling mellem ministerium, de regionale sundhedsmyndigheder og BCMA.
 - PQUIDS (dialogmøderne): De 30 møder, hvor man betaler lægerne for at møde op og tale med deres repræsentanter og hinanden er et andet initiativ.
 - Divisions: Senest er man gået i gang med at skabe samarbejdsstrukturer mellem lægerne i såkaldte 'divisioner'.
- ◆ *(I) Incitament (incentives)*: Det skal kunne betale sig at gøre det rigtige. Den overordnede målsætning for praksiskomiteen har været at sørge for, at de praktiserende læger fortsat vil påtage sig fuld service-ansvaret for deres patienter. En vigtig erkendelse har været, at den eksisterende honorarstruktur ikke har belønnet læger for netop dette. Derfor har praksiskomiteen indført et incitamentsprogram for fuld service.²⁴ Ud fra grundideen om at betale lægerne for det, man vil have dem til at gøre, har praksiskomiteen løbende udviklet en række nye ydelser, som har understøttet

²⁴ Det såkaldte 'Full Service Practice Incentive Program'.

den forandringsproces, man har ønsket. Incitamentsprogrammet skal ses i sammenhæng med det næste punkt – støtte. Man har primært indført incitamentsbetaling på områder, hvor man også har gennemført et implementerings- og støtteprogram, der kan hjælpe den forandring på vej, man ønsker.

- ♦ *(S) Støtte (support)*: En tredje vigtig erkendelse har været, at lægepraksis ikke har ressourcerne eller den organisatoriske styrke til at indføre forandringer alene. Der er tale om meget små virksomheder med en eller få ansatte og minimal tradition for fokus på organisation og ledelse. Derfor er der behov for støtte og træning til at forandre arbejdet og indføre nye rutiner. Det er udmøntet i et praksisstøtteprogram (PSP),²⁵ hvor især ImpactBC har spillet en afgørende rolle som forandringsagent og praktisk leder af forskellige forandringsprocesser.
- ♦ *(Q) Kvalitet (quality)*: Øget kvalitet og mere værdi for både patienter og læger har været i centrum. Dette mål har pirket til lægernes professionalisme og faglige identitet. Måling og feedback har været de konkrete instrumenter. Uden måling kan man ikke vide, om de forandringer, man laver, rent faktisk forbedrer. Og uden feedback til lægerne, der skal udføre forandringen, kan man ikke engagere dem i processen. En integreret del af forandringsprojekterne har været at oplære lægerne til at kunne måle på de ændringer, de implementerer, og skabe systemer der kan give dem feedback.

4.3 Reformprocessens indhold

Det er svært at give en præcis beskrivelse af reformprocessens indhold, fordi der er så mange forskellige måder, hvorpå den kan gøres op. Når praksiskomiteen selv skal beskrive sit arbejde, deler den imidlertid de samlede tiltag i to hovedstrømme: incitamentsprogrammet og praksisstøtteprogrammet. Hertil kommer etableringen af divisioner som et tredje og meget anderledes tiltag. Vi har i den følgende gennemgang valgt at lægge os op ad praksiskomiteens egen beskrivelse og således redegøre for de forskellige tiltag under hovedoverskrifterne: incitamentsprogrammet, praksisstøtteprogrammet og divisionsprogrammet. I beskrivelserne følger vi samme analytiske strategi, som vi har anvendt ved analyse af styringstiltag i Holland og England (1). For alle tiltag gennemgår vi således:

- ♦ Formål (hvad er tiltagets formål?)
- ♦ Virkemidler (hvilke virkemidler anvendes?)
- ♦ Virkemidler til implementering (hvilke virkemidler er anvendt til at sikre en vellykket implementering?)
- ♦ Effekt (hvad er effekten af tiltaget?)
- ♦ Finansiering (hvordan er tiltaget finansieret?)
- ♦ Barrierer (hvilke barrierer har der været for implementering af tiltaget, og hvad er gjort for at imødegå disse?).

Beskrivelserne er baseret på interview med nøglepersoner foretaget i forbindelse med vores studietur til British Columbia, gennemgang af relevant litteratur om tiltaget (både forsknings- og policylitteratur) samt endelig opfølgende interviews/email-kontakt med de samme personer, som har medvirket til interview. Bilag 1-2 lister interviewpersoner og det anvendte skriftlige materiale.

²⁵ Practice Support Program.

5. Incitamentsprogrammet

5.1 Formål

Formålet med incitamentsprogrammet²⁶ er at skabe incitamenter for lægepraksis til at levere 'fuld service' til deres patienter. Programmet skal modvirke tendensen til, at flere og flere praktiserende læger enten helt forlader faget, lader sig ansætte direkte på hospitaler eller åbner 'walk-in' klinikker i stedet for at drive en fuld service-praksis, der tager hånd om deres patienters samlede behandlingsbehov.

5.2 Virkemidler

Programmet er den praktiske udmøntning af ideen om, at de betalende myndigheder i højere grad skal belønne den aktivitet, de ønsker at se i almen praksis. Programmet består således af specifikke ydelser til praktiserende læger for at udføre opgaver, som både læger og ministerium er enige om skal være en del af den indsats, en fuld service-praktiserende læge bør gøre. Det er praksiskomiteen, som står for udviklingen af alle de enkelte ydelser. Incitamentsprogrammet skal ses i sammenhæng med praksisstøtteprogrammet (PSP). Mens PSP står for indholdsudvikling og processtøtte til den ønskede forandring, består incitamentsprogrammet af de konkrete honorarer, som lægerne kan opnå som belønning for at gøre det ønskede. Der er derfor en ret tæt sammenhæng mellem tiltagene i PSP og de incitamentsydelser, som er blevet udviklet i incitamentsprogrammet.

I nedenstående tabel er oplistet flertallet af de ydelser, som er blevet udviklet under incitamentsprogrammet (20). Som det fremgår, er der både ydelser målrettet den ændrede kliniske praksis, hvor de praktiserende læger påtager sig et større klinisk og koordinerende ansvar for specifikke patientgrupper, og ydelser målrettet deltagelse i lærings- og implementeringsmoduler.

Tabel 5.1 Ydelser udviklet under incitamentsprogrammet

Indsatsområde	Målgruppe	Ydelser	Bemærkninger	Beløb
Kronikeromsorg	- Diabetes - Kronisk hjerteinsufficiens - KOL	Ydelse for 'guideline-anbefalet behandling' i løbet af et år. En bonus der gives udover konsultationshonoraret.	En række formelle krav til at modtage ydelsen.	125 C\$ per patient per år.
	Hypertension	Ydelse for 'guideline-anbefalet behandling' i løbet af et år. En bonus der gives udover konsultationshonoraret.	En række formelle krav til at modtage ydelsen. (Gives kun til patienter der ikke har diabetes eller kronisk hjerteinsufficiens).	50 C\$ per patient per år.
Komplekse patienter	Følgende diagnoser kvalificerer sig til ydelser under denne kategori: - Svagelig ældre - Palliativ behandling - Behandling ved livsafslutning - Psyriske lidelser - Kompleks comorbiditet.	Konference ydelse for institutpatienter. Formål at vurdere om en patient kan overflyttes til anden behandlingsenhed.	Minimum to andre sundhedsprofessionelle skal deltage. Ydelsen inddelt i enheder af 15 minutter. Der kan maksimalt honoreres 4 enheder for en patient på en dag og maksimalt 6 enheder per patient per år.	40 C\$ per enhed.
		Konferenceydelse for patienter der bor i lokalområdet. Formål er udarbejdelse af klinisk aktionsplan for patienten.	Både patient og familie og andre omsorgsgivere skal deltage. Samme restriktioner som ovenfor.	40 C\$ per enhed.

²⁶ 'Full service practice incentive program' kaldes det.

Indsats-område	Målgruppe	Ydelser	Bemærkninger	Beløb
	Patienter med to eller flere af følgende diagnoser kvalificerer sig i denne kategori: • Diabetes • Kronisk hjerte-insufficiens • KOL • Astma • Iskæmisk hjertesygdom • Hjerne • Cerebrovaskulær sygdom • Kronisk nyresvigt	Årlig ydelse for udvikling og monitorering af behandlingsplan for komplekse patienter, der bor hjemme eller i beskyttet bolig. En bonus der gives udover konsultationshonoraret.	En række formelle krav til behandlingsplanen og opfølgningen på den. Max. 5 patienter per læge om året.	315 C\$ per patient per år.
		Ydelse for opfølgning på behandlingsplan via telefon eller mail med patient eller andre omsorgspersoner.	Max fire gange per patient per år.	15 C\$ per konsultation.
Forebyggelse	Patienter i risiko for hjerte-kar-sygdom.	Ydelse for at følge patienter i risiko for hjerte-kar-sygdom i et år med henblik på forebyggelse af sygdommen. En bonus der gives udover konsultationshonoraret.	En række formelle krav til risikovurdering og udarbejdelse af forebyggelsesplan i samarbejde med patienten. Max 30 patienter per læge per år.	100 C\$ per patient per år.
Psykiske lidelser	For patienter med en klinisk diagnose på en psykisk lidelse og hvor en behandlingsplan kan hjælpe.	Ydelse for at udvikle en behandlingsplan for patienten. En bonus der gives udover konsultationshonoraret.	En række formelle krav og anbefalinger til behandlingsplanen.	100 C\$ per patient per år.
		Ydelse for opfølgende konsultationer med patienten.	Min. 20 minutters varighed max 4 konsultationer om året.	50-65 C\$ per patient afhængig af alder.
		Ydelse for telefon- og e-mail korrespondance med patient eller øvrige behandlere.	Må ikke blot være tidsbooking. Registrering af samtalepartner og emne obligatorisk. Max fem om året.	15 C\$ per konsultation
PSP-deltagelse	Belønning til læger og praksispersonale for deltagelse i diverse læringsmoduler.	Ydelse for deltagelse i lærings-session og aktionsperioder.	En session er en halv dags deltagelse i et seminar eller en aktionsperiode.	404 C\$ per session til lægen og 80 C\$ til praksispersonale. Desuden dækkes transport og ophold.
		Ydelse for gennemførelse af praksis self-assessment.	Udfyldelse af kort eller langt spørgeskema om praksis.	168 C\$ for kort skema 432 C\$ for langt skema.
Rekruttering	Belønning til læger der etablerer nye gruppepraksis.	Ydelse til betaling af studielån.	Fælles for disse tre ydelser er, at der er en række krav man skal opfylde. Desuden må støtten i alt maksimalt beløbe sig til 100.000 C\$.	Op til 40.000 C\$ per læge.
		Ydelse til at starte praksis.		Op til 40.000 C\$ per læge.
		Ydelse til ny praksis.		2000 C\$ per uge i de første 26 uger.
		Bonus til læger der opnår hospitalsprivilegier.	Denne bonus er ud over de 100.000 C\$.	1.500 C\$ per læge.

Som det fremgår, er mange ydelser udformet som en slags forløbsydelse, hvor lægerne får et særligt årligt honorar for at udvikle en sammenhængende, proaktiv og opfølgende behandling på udvalgte patientgrupper. Desuden er der ydelser, som belønner lægerne for at deltage i PSP-læringsmoduler, og der er særlige ydelser, som skal lokke lægerne til at gå sammen i nye større praksis.

5.3 Virkemidler til implementering

Da mange af ydelserne i incitamentsprogrammet er bundet op på læringsmodulerne i PSP, kan man godt anskue PSP som en del af implementeringsindsatsen for incitamentsprogrammet. Mens ydelserne i incitamentsprogrammet belønner lægerne for at udføre en række specifikke opgaver, så understøtter og træner PSP lægerne i at kunne udføre disse opgaver.

Desuden gennemfører praksiskomiteen, BCMA og ImpactBC forskellige informationsindsatser for at udbrede kendskabet til muligheden for at opnå incitamentsbetalingen. Lokalt udføres der også en indsats af de regionale praksisstøtteteam og de forskellige GP Champions, som er blevet udpeget. Der sættes således på en bred informationsindsats blandt de praktiserende læger, som baseres både på massekommunikation med udarbejdelse af skriftligt og elektronisk informationsmateriale og på peer-to-peer information, hvor læger, der har erfaring med programmet, informerer læger der endnu ikke benytter det.

5.4 Effekt

Bruger lægerne incitamentsydelsen?: Et af de vigtige kriterier for succes for incitamentsprogrammet er, hvor mange praktiserende læger, det er lykkedes at få til at benytte sig af incitamenterne. Tabel 5.2 viser udviklingen i, hvor stor en andel af lægerne der har benyttet sig af en række udvalgte ydelseskoder i programmet. Tabellen medtager kun de praktiserende læger, som vurderes at være reelle familielæger.²⁷

Tallene viser, at det siden 2003 er lykkedes at få et stigende antal praktiserende læger til at benytte sig af incitamentsprogrammet. I 2007/8 var det således 92,2 % af lægerne, der benyttede sig af minimum en af incitamentsydelse. Især diabetes og kronisk sygdomskoderne bliver benyttet meget. Men også koden for kompleks behandling – der først blev lanceret i 2007/8 – har allerede opnået en stor tilslutning. Til gengæld har det været sværere, at få lægerne til at tage det særlige honorar for psykiske lidelser til sig (2).

Tabel 5.2 Andel af 'reelle familielæger' der benytter incitamentsprogrammet (procent)

År	Alle incitament ²⁸	Diabetes	Hjertesygdom	Forhøjet blodtryk	Kronisk sygdom	Kompleks behandling	Obstetrik ²⁹	Psykiske lidelser
2003/4	45,6 %	45,3 %	25,1 %		45,6 %			
2004/5	63,3 %	58,6 %	29,0 %		58,8 %		18,6 %	
2005/6	80,1 %	76,0 %	38,0 %		76,2 %		20,2 %	
2006/7	87,5 %	82,0 %	47,4 %	65,3 %	83,8 %		21,6 %	
2007/8	92,2 %	85,9 %	57,9 %	78,9 %	87,5 %	73,4 %	21,2 %	32,7 %

²⁷ Her defineres en reel familielæge som en læge, der i løbet af det seneste år har haft mindst 50 'Majority Source of Care' (MSoC) patienter. En MSoC-patient defineres som en patient, der har modtaget mindst tre almen praksis ydelser i løbet af et år, og hvor minimum 50 % af ydelserne er leveret af den pågældende almen praksis. Denne definition benyttes også nogle gange til at definere en fuld service-læge, men det er min vurdering, at definitionen medtager læger, der langt fra lever op til BC's målsætning for, hvad en fuld service-læge skal påtage sig af opgaver. Til gengæld er definitionen velegnet til at sortere læger fra, som i hvert fald ikke leverer fuld service. I 2007/8 er det 3.291 ud af i alt 4.812 læger, der lever op til kriteriet. De resterende læger kan eksempelvis arbejde i en walk-in klinik eller som fastansatte 'hospitalists' på et sygehus.

²⁸ Andelen af læger, der har benyttet sig af ét af incitamenterne i løbet af det seneste år.

²⁹ Det har været et særligt mål at få praktiserende læger til fortsat at fungere som fødselslæger for deres patienter. Det er dog et mindretal af de praktiserende læger, som gør det i dag. Incitamentsydelsen belønner de læger, der arbejder som fødselslæger, hvis de lever op til den guideline-anbefalede behandling, og evalueringen viser, at det er næsten alle praktiserende læger, der arbejder som fødselslæger, som modtager incitamentsydelsen.

Har incitamentsydelsen givet bedre læge-patient-kontinuitet?: Et af målene med incitamentsprogrammet har været at modvirke tendensen til episodisk behandling hos mange forskellige læger og belønne forløb og sammenhængende behandling. For at undersøge, om det er lykkedes, kan man inddеле de læger, der har benyttet sig af incitamentsydelse i fire kvartiler, ud fra hvor meget de har benyttet ydelseskoderne. Dernæst kan man analysere udviklingen i antallet og andelen af de såkaldte MSOC-patienter³⁰ siden indførelsen af incitamentsprogrammet inden for hver af de fire kvartiler.

I tabel 5.3 ses det, at antallet og andelen af MSOC-patienter er steget blandt de læger, der har benyttet incitamentsprogrammet meget, mens det er faldet blandt de læger, der ikke benytter sig af incitamenterne i lige så høj grad. Andelen af MSOC-patienter ud af den samlede patientpopulation er således steget fra 36,6 til 39,8 % blandt den fjerdedel af lægerne, der koder flest ydelser i incitamentsprogrammet. Det kunne tyde på, at når det lykkes at få læger til at benytte incitamentskoderne, så medvirker det også til at knytte flere patienter tæt til praksis (2; 3).

Tabel 5.3 MSOC-patienter pr. læge (antal og andel) fordelt efter graden

Hvor mange gange har lægen benyttet incitamenterne	2003	2004	2005	2006	2007
Nedre kvartil	188,2 (12,4 %)	180,9 (12,0 %)	172,2 (11,3 %)	160,7 (10,9 %)	148,8 (9,9 %)
Medium-nedre	373,3 (23,8 %)	374,0 (24,0 %)	367,8 (23,9 %)	353,6 (23,5 %)	348,8 (23,0 %)
Medium-øvre	497,6 (30,0 %)	506,4 (31,0 %)	511,7 (31,3 %)	520,5 (32,0 %)	518,6 (32,0 %)
Øvre kvartil	678,6 (36,5 %)	691,9 (37,4 %)	704,0 (37,9 %)	720,8 (39,2 %)	730,3 (39,8 %)
Alle	434,4 (25,7 %)	438,3 (26,1 %)	438,9 (26,1 %)	438,9 (26,4 %)	435,8 (26,2 %)

Denne effekt er endnu mere markant, når vi ser på patienter, der modtager mange ydelser fra almen praksis. Behovet for et tæt forhold til den praktiserende læge forventes at være langt højere blandt patienter med et stort forbrug. Der vil her typisk være tale om kronikere eller patienter med komplekse helbredsproblemer. I tabel 5.4 ser vi en stigning i antallet og andelen af patienter med højt forbrug i de to øverste kvartiler. Antallet stiger mere markant end andelen, og det kunne tyde på, at antallet af patienter med stort behov er stigende. I den øverste kvartil er andelen dog også steget markant, og dvs. at blandt de storforbrugende patienter i en praksis, der giver mange incitamentsydelser, er det lykkedes praksis at hæve andelen af disse patienter, der er MSOC-patienter, fra 48,6 % til 54,6 % (2).

Tabel 5.4 Storforbrugende MSOC-patienter pr. læge (antal og andel) fordelt efter graden

Hvor mange gange har lægen benyttet incitamenterne	2003	2004	2005	2006	2007
Nedre kvartil	25,5 (15,1 %)	25,4 (15,0 %)	25,1 (13,8 %)	23,8 (12,9 %)	22,2 (11,4 %)
Medium-nedre	51,6 (30,2 %)	54,4 (30,0 %)	55,7 (30,1 %)	55,6 (29,0 %)	56,6 (28,1 %)
Medium-øvre	74,2 (39,0 %)	80,0 (40,1 %)	86,9 (41,3 %)	91,0 (41,4 %)	99,1 (42,1 %)
Øvre kvartil	124,6 (48,6 %)	135,2 (49,4 %)	146,5 (51,3 %)	157,7 (52,1 %)	187,5 (54,6 %)
Alle	69,0 (33,2 %)	73,7 (33,6 %)	78,5 (34,1 %)	82,0 (33,8 %)	91,3 (34,0 %)

Er incitamentsprogrammet omkostningseffektivt?: En af de vigtige teser bag incitamentsprogrammet er, at hvis der er en god relation mellem praktiserende læge og patient, og lægen påtager sig et kon-

³⁰ En 'Majority Source of Care' (MSOC)-patient defineres som en patient, der har modtaget mindst tre almen praksis-ydelser i løbet af et år, og hvor minimum 50 % af ydelserne er leveret af én almen praksis.

tinuerligt ansvar for patienten, så vil det også betyde, at almen praksis kan tage sig af flere af patientens problemer og mindske behovet for ydelser i sekundærsektoren.

I evalueringen af incitamentsprogrammet er det også blevet undersøgt, om det har haft denne effekt. Evaluatoren har sammenlignet forbruget af sundhedsydelser blandt patienter med stærk tilknytning til praksis (MSoC-patienter) med forbruget blandt patienter, der ikke har en fast praktiserende læge. Sammenligningen er inddelt efter patienternes diagnoser og forbrug af sundhedsydelser – et system kaldet RUB-gruppering.³¹ Analysen viser, at for de to grupper af patienter med det største forbrug af sundhedsydelser er der penge at spare, hvis patienten er tilknyttet én almen praksis. Det er forbruget af ydelser i sekundærsektoren, der er markant lavere end for gruppen af patienter uden fast praktiserende læge. Besparselsen mere end opvejer de ekstra omkostninger, som incitamentsprogrammet koster.

"The key finding from this study is loud and clear – attachment to practice is consistently *inversely* related to the total cost of care for both diabetes and CHF for higher-care-needs patients. Across both types of illnesses and across both RUBs examined here, a 1% increase in attachment to practice is associated with an average decrease in the total cost of care of 80-323 CAD" (2; 3).

5.5 Finansiering

Størstedelen af de 4,5 mia. kroner, som er blevet afsat til praksiskomiteen i den seksårige periode fra 2006-2012, går til incitamentsprogrammet. Lægerne har indvilget i, at 80 % af deres lønstigning, som normalt ville gå til regulering af konsultationshonoraret, i stedet er gået til praksiskomiteen. Præmissen har været, at de fleste penge skulle gå til udviklingen af nye honorarer, som kan øge lægernes indtægt, samtidig med at de fremmer den ønskede adfærd blandt de praktiserende læger. Det har ikke været muligt at få en vurdering af, præcis hvor mange penge de enkelte ydelser har kostet, eller hvor meget programmet forventes at koste fremadrettet.

5.6 Barrierer

Den manglende indførelse af IT i den canadiske praksissektor betyder, at det har været svært at indføre en reel audit af, om lægerne opfylder betingelserne i honorarerne. Flere honorarer indeholder løbsbeskrivelser med opgaver, man skal udføre for at få honoraret. Men da det også skal være muligt i praksis at modtage honorarer udelukkende baseret på papirjournaler, er der ikke nogen systematisk kontrol med, om lægen rent faktisk har udført alle opgaver.

En af de interviewede læger forklarer, at det nok er omkring en tredjedel af lægerne, som tager beskrivelserne meget seriøst og gør alt perfekt, før de koder med ydelsen; en tredjedel gør det så godt, de kan – måske 80 % af det som kræves, og den sidste tredjedel føler at 'just because they're breathing they're entitled to it – and there's no check'. Den samme læge, som placerer sig selv i kategori to, finder det demotiverende, at nogle læger får incitamentsbetalingen uden at gøre noget for det. Han indrømmer, at læger generelt ikke er begejstrede for at blive set over skulderen, men i dette tilfælde mener han, at det måske er værd at overveje (12).

Generelt er den største udfordring at få lægerne engageret og interesseret i de muligheder, incitamentsprogrammet indeholder for dem. Den 'gamle' modvilje og skepsis over for tiltag oppefra findes stadig. Bl.a. er der en frygt for, at incitamentsprogrammet vil lokke lægerne til at indføre en masse forandringer mod yderligere betaling, men når så pengene løber ud, så vil man stadig være nødt til at gøre arbejdet – blot uden kompensation (12). Da finansieringen i programmet kun er garanteret frem

³¹ Her benyttes såkaldte RUB (Resource Utilization Band), hvor patienterne grupperes i 6 grupper fra RUB0 (borgere der ikke modtager ydelser) til RUB5 (patienter mange sundhedsydelser). Systemet er udviklet af Johns Hopskins University i USA, og det er baseret på et grupperingssystem, som inkluderer alder, køn og diagnoserelaterede grupper.

til 2012, er frygten helt reel, selvom alle de informanter med ansvar for det videre forløb, vi talte med, følte sig overbeviste om, at programmet ville blive videreført.

Det er en særlig udfordring at designe de nye incitamentsydelser på en måde, som reelt virker adfærdsregulerende på den ønskede måde. Beløbet skal være stort nok, den aktivitet der belønnes skal være den rigtige mv. Brug af økonomiske incitament kan både være ineffektiv og dermed spild af penge, og det kan medføre ikke-intenderede forandringer og dermed være direkte modproduktiv.

En del af honorarerne er reelt udformet som forløbsydelser, og det er netop et forsøg på ikke blot at betale for en ydelse, men betale for at lægen påtager sig et forløbs- og koordineringsansvar. Opgaven med at designe disse honorarer har ikke fulgt en særlig strategisk plan, men nærmere været baseret på trial-and-error-metoden. Man har så fulgt lægernes brug af honorarerne og justeret lidt på dem hen ad vejen. Det er altså ikke en nem metode, og der skal være villighed til at tilpasse den hen ad vejen – det er svært at lave en samlet løsning i en kontrakt (10; 13).

6. Praksisstøtteprogrammet

6.1 Formål

Ideen med praksisstøtteprogrammet (PSP) har været at understøtte en forandringsproces i praksissektoren hen mod bedre kronikeromsorg og bedre adgang for patienter. Programmet tager sit principielle udgangspunkt i kronikermodellen, som også i Danmark har dannet rammen om udviklingen af kronikerindsatsen. Metodisk består programmet i en række moduler, der hver især sigter mod forandring af et konkret område. Modulerne skal tilsammen bidrage til at nå det overordnede mål om praktiserende læger, der leverer fuld service til deres patienter.

6.2 Virkemidler

Mens den overordnede filosofi og retning for PSP er hentet i kronikermodellen, så har det konkrete virkemiddel været en række af forskellige moduler, som almen praksis har kunnet deltage i. Hvert modul har haft et specifikt mål. De fleste har været målrettet ændringer i den kliniske praksis – især inden for kronisk sygdom. Desuden har der været nogle moduler med fokus på at ændre organisationen og administrationen i lægepraksis, så den bliver mere effektiv. Modulerne er blevet udviklet af læger og organisationskonsulenter i fællesskab. De består af anbefalinger af best practice på forskellige områder, samt støtte og hjælp til at implementere denne nye arbejdsform. Det er ImpactBC, der har ledet og styret udviklingen af modulerne (9; 17).

Modulerne: Hvert af modulerne kan ansues som et virkemiddel i sig selv. Et virkemiddel, der er udviklet med henblik på ændring af et meget specifikt og snævert område af lægernes arbejde. Her vil vi blot kort give en række eksempler på nogle af de forskellige moduler, som er blevet udviklet indtil nu.

Moduler målrettet forbedret omsorg for kronisk syge:

- ◆ *Disease management toolkit for kronisk sygdom:* Dette modul introducerer et IT-værktøj, der kan understøtte forløbsstyring for kroniske patienter. IT-værktøjet er guidelinebaseret og kan understøtte planlagt monitorering og opfølgning på kroniske patienter. Det giver mulighed for at hive forskellige rapporter ud om patientpopulationen og feedback- og benchmarkingmuligheder i forhold til andre praksis, der benytter IT-værktøjet (21; 22).
- ◆ *Planlagt genindkaldelse:* Modulet hjælper deltagerne med at implementere systemer, der kan støtte en mere proaktiv og planlagt styring af patienters besøg i praksis. Ved at benytte patientregistre fra IT-værktøjet kan praksis planlægge patienternes besøg, laboratoriekontroller og henvisninger til såvel primær- som sekundærsektor-ydelser (23).
- ◆ *Gruppe-konsultationer:* Modulet hjælper de deltagende lægepraksis til at implementere gruppekonsultationer for kroniske patienter. Ved at organisere gruppekonsultationer kan en praksis give en del af den nødvendige information og rådgivning til de kroniske patienter. Gruppeorganiseringen giver mulighed for at gøre det grundigere og udnytte patienternes forskellige spørgsmål og perspektiver til fælles læring (24).
- ◆ *Psyriske lidelser:* Dette modul skal styrke almen praksis' indsats over for ikke-psykotiske patienter bl.a. gennem implementering af screening værktøjer, særlige diagnostiske interview samt træning i kognitiv adfærdsterapi.

Desuden er der udviklet en række moduler, der er rettet med bedre adgang til praksis og en mere effektiv drift af praksis. De følgende tre er eksempler på sådanne moduler:

- ♦ *Practice Self-Assessment*: Dette er ikke et egentligt modul. Det består af et kort (4 sider) og et langt (12 sider) spørgeskema, som en praksis kan udfylde. Spørgsmålene går direkte på en række af de temaer, som de øvrige moduler dækker. Det skal hjælpe en praksis til at se, hvor der er forbedringspotentiale, og til at overveje hvilke ønsker til forandring der er i praksis.
- ♦ *Medical Office Assistants*: Modulet giver en praksis en struktureret model for udvikling af lægeassistentens kompetencer og funktioner, således en række opgaver kan overdrages fra lægen til assistenten. Modulet indeholder både læring i konkrete opgaver for lægeassistenter og en procesplan for, hvordan overdragelsen af opgave-ansvaret kan foregå – herunder hvordan det kan kommunikeres til patienter.
- ♦ *Advanced Access*: Modulet giver praksis en række redskaber til at planlægge og styre patientstrømmen, så det bliver muligt at se flere patienter og holde ventetiden nede. Det handler bl.a. om ændringer i bookingsystem og redskaber til analyse af behov og udbud (25; 26).

Lige nu er et bredere og generelt modul under udvikling, som kaldes 'Office efficiency', som blander elementer fra en række af modulerne og tillader den enkelte praksis at indgå i et forløb, hvor de selv sammensætter 'menuen' for de ændringer, de vil fokusere på.

Monitorering og feedback: En del af den undervisning, lægerne får på de fælles læringsseminarer, er en introduktion til statistisk proceskontrol, som er et simpelt statistisk redskab, der giver mulighed for at følge udviklingen i de tiltag, man sætter i søen. I forhold til læringsmodulet i kroniske forløbsprogrammer (CDM) følger der et særligt IT-værktøj med, som indeholder værktøjer i stil med det danske datafangstmodul, således at den praktiserende læge let får overblik over nøgletallene for sine kroniske patienter og let kan agere på disse.

De to læger vi har talt med – som begge fungerer som 'stjernelæger' i forhold til programmet – fortæller, at det, der særligt har motiveret rigtig mange læger, har været, at de kunne se nøgletal for, hvor godt de håndterede deres kroniske patienter. De beskriver også begge, at de har set markante forbedringer i deres egen patientgruppe som følge af de tiltag, de har foretaget.

Programmet forudsætter dog ikke brug af disse monitoreringsværktøjer, og der findes ingen dokumentationskrav over for de styrende myndigheder i forhold til, hvordan udviklingen og effekten af indsatsen er. Det, der lægges op til, er, at det er den enkelte praksis, der skal lære at monitorere egne patienter og lære statistisk at følge effekten af de organisatoriske og kvalitetsmæssige tiltag, som iværksættes.

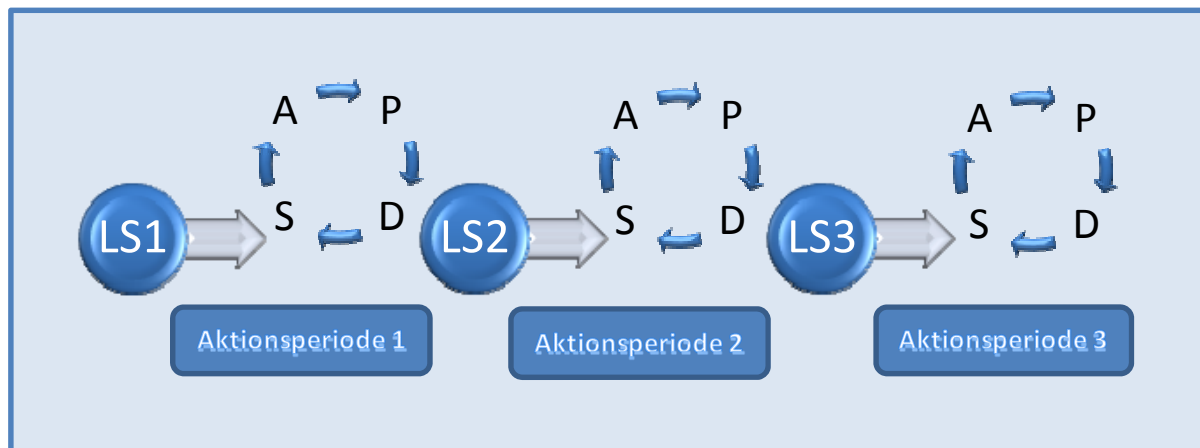
6.3 Virkemidler til implementering

Metoden: De enkelte moduler er dog kun en brik i filosofien i PSP. Den anden brik er den proces, som modulerne indgår i, og som skal lede til implementering af de nye tiltag ude i den enkelte praksis. Det er især her, at ImpactBC's ekspertise i at understøtte forandringer er blevet benyttet. Det overordnede metodiske udgangspunkt har været IHI's 'model of improvement'. I Danmark er den mest kendt fra de såkaldte 'gennembrudsprojekter' (12; 17).

Det vil for det første sige, at man benytter en kombination af undervisning og konsulentstøtte i konkrete løsninger (modulerne) samt gensidig undervisning og erfaringsbaseret udvikling. Det gøres ved at benytte en struktureret proces for forandringsarbejdet, der består af både et systematisk forløb og en særlig organisering (17; 27).

Forløbet består som vist i figur 6.1 af tre læringsseminarer. På hvert læringsseminar er der en blanding af input og uddannelse samt erfaringsudveksling og tilpasning. Mellem læringsseminar – de såkaldte 'aktionsperioder' – skal de deltagende lægepraksis arbejde med de ting, de har lært og besluttet på samlingerne (17; 27).

Figur 6.1 Den iterative udviklingsproces



Arbejdet med de konkrete tiltag i aktionsperioden, som udføres i den enkelte lægepraksis, baseres på PDSA-metoden. Her arbejdes med små planlagte ændringer, der hele tiden testes, følges og dernæst tilpasses, så man er sikker på, at de ønskede mål opnås. Til hvert modul er udviklet et særligt materiale og en række anbefalinger, men det er i sidste ende den enkelte praksis, som beslutter, hvad og hvordan den vil implementere forandringerne. Ofte er modulerne tilrettelagt, så de er forbundet med særlige incitamentsydelsler, som praksis kan modtage, hvis det lykkes at implementere ændringerne (læs mere i afsnit 5.3) (17; 27).

ImpactBC står for den overordnede udvikling af de forskellige moduler, informations- og undervisningsmateriale og for konsulentbistand til at gennemføre de enkelte forløb. Til den lokale implementering har hver regional sundhedsmyndighed sammensat et såkaldt praksisstøtteam ('practice support team'). Det er praksisenheden i den regionale sundhedsmyndighed, som står for dette arbejde. Støtte-teamet består af fuldtidsansatte i regionen med baggrund i organisationsudvikling. Desuden har de tilknyttet en række såkaldte 'champions', som er 'early adopters' af forandringsarbejdet blandt de praktiserende læger i regionen (12; 17; 27).

Konsulentbistanden, som ImpactBC leverer, består af:

- ◆ Udviklingen af materiale – både elektronisk (online) og printet
- ◆ Konsulentstøtte til organisering af læringsseminarerne og opfølgning undervejs i processen.

Konsulentbistanden, som det regionale praksis støtte team leverer, består af:

- ◆ Undervisningen og støtte på selve læringsseminarerne
- ◆ Direkte konsulentbistand i den enkelte praksis.

Uafhængig implementering: ImpactBC er den organisation, som står for en stor del af de konkrete aktiviteter, der skal understøtte de forskellige udviklingsprojekter inden for praksissektoren. Det er en privat uafhængig organisation, som blev etableret i 2006. ImpactBC udspringer af organisationen Healthy Hearts, der er startet som et privat initiativ i 2004-2005, hvor en gruppe ildsjæle rejser privat finansiering til et gennembrudsprojekt inden for hjertesygdom. Projektet, der er det første af sin art i

British Columbia, udvikler et sæt nye guidelines på hjerteområdet og benytter IHI's forbedringsmodel til at implementere disse guidelines i omkring 30 lægepraksis. De positive erfaringer fra projektet leder til et ministeriestøttet projekt for diabetes, som hvor den samme tilgang benyttes, og hvor folkene fra Healthy Hearts også deltager (9; 17).

Da praksiskomiteen i 2005-2006 endelig har fået en aftale på plads med en del midler til nye initiativer på praksisområdet, er der stadig en spændt stemning, hvor læger og ministerium fortsat vogter lidt på hinanden. Derfor henvender komiteen sig til folkene bag Healthy Hearts og beder dem stå for det praktiske ansvar for de nye udviklingsprojekter. For det første er der brug for en uafhængig organisation, som både læger og ministerium har tillid til, og for det andet er erfaringerne fra hjerte- og diabetesprojekterne så gode, at praksiskomiteen ønsker at fortsætte den metodiske tilgang, som har været benyttet (9; 13; 17).

ImpactBC bliver derfor etableret i 2006 af en række af folkene bag disse to projekter, og den får det praktiske ansvar for at lede og støtte udviklingen i praksissektoren og fungerer som den metodiske ekspert i gennembrudsprojekter og implementering af forandringer (9).

De første år er ImpactBC og Healthy Hearts ikke klart adskilte, og ministeriet og praksiskomiteen stiller derfor en række krav til ændringer i ImpactBC's organisation, der kan sikre organisationens uafhængighed af private interesser og donationer fra eksempelvis medicinalindustrien. Derfor har ImpactBC i løbet af 2008-2009 været igennem en organisatorisk forandring, der formelt har adskilt organisationen fra Healthy Hearts og etableret en uafhængig bestyrelse, som har det overordnede ansvar for organisationen (13; 17).

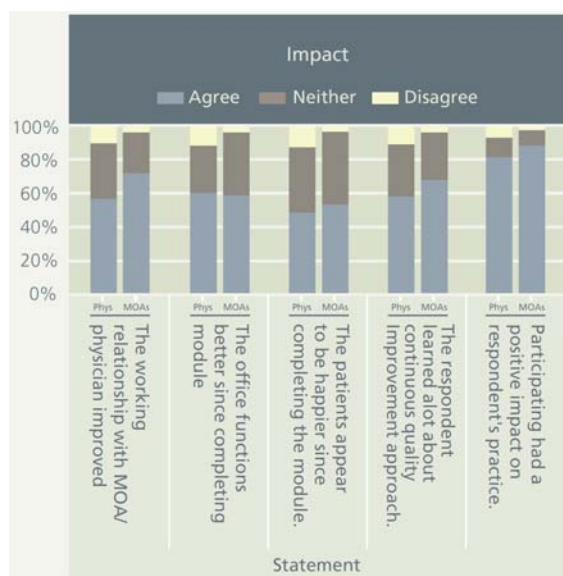
6.4 Effekt

Det er en stor mængde af data, som dokumenterer resultaterne fra de forskellige moduler, der er blevet gennemført. En del af metoden er netop løbende at måle resultater. Det gælder især på praksisniveau, hvor den enkelte praksis lærer at sætte mål og følge op på disse med simple målinger, der kan afsløre, om de ønskede forbedringer opnås. På provinsniveau er der også foretaget en række undersøgelser, hvor vi her vil angive nogle af resultaterne.

Antal deltagere: En vigtig parameter for, om tiltaget har været en succes, er antallet af deltagere, det er lykkedes at tiltrække. I alt har 2.355 læger deltaget i PSP, hvilket svarer til 66 % af det samlede antal praktiserende læger i British Columbia. Modulet med flest deltagere er det, der omhandler behandling af kronisk sygdom. Frem til juni 2010 har det haft 965 deltagere. Det er dog ikke alle de deltagende, der har gennemført forløbene. Ud af de 2.355 læger, der har deltaget i et modul, er det indtil nu 649, der har meldt fra undervejs. Det svarer til 28 % af deltagerne.

Generel tilfredshed med PSP: I forhold til den helt overordnede tilfredshed blandt læger og personale med PSP viser spørgeskemaer en meget stor opbakning. Over 80 % af de deltagende læger og lægeassistenter vurderer, at deltagelse i et læringsmodul har skabt forbedringer i deres praksis. Knap 60 % af lægerne og 70 % af lægeassistenterne mener, at samarbejdet i praksis er blevet bedre, og det er også omkring 60 %, der mener, at praksis fungerer bedre (28).

Figur 6.2 Evaluering af projektet



Kronikermoduleerne: Hvis vi ser på nogle af de konkrete moduler, så er den selvrapporterede effekt af kronikermoduleerne blandt lægerne også meget positiv. Mellem 83 og 91 % af lægerne vurderer, at modulet har ledt til udviklingen af et register over kronikerpatienter, hjulpet lægen til at identificere patienter med behov for kronikerforløb, givet lægen mulighed for at behandle kronikerpatienterne bedre og i højere grad inddrage guidelines i behandlingen af denne patientgruppe. Desuden vurderer 70 % af de deltagende læger, at patienterne er blevet mere tilfredse, og 63 % af lægerne har fået øget deres jobtilfredshed.

Tabel 6.1 Evaluering af kronikermoduleerne

Table 2. Impact of the Chronic Disease Management Learning Module on physicians and patients.

Attending the CDM module has...	Agree %	Neither Agree or Disagree %	Disagree %
Prompted the physician to develop a CDM patient register.	91	6	4
Enabled the physician to take better care of his/her patients with chronic diseases.	89	2	9
Prompted the physician to more actively consider existing CDM guidelines in the delivery of care to his/her patients.	87	6	7
Helped the physician to identify which of his/her patients require CDM.	83	9	7
Made patients seem satisfied with, and/or engaged in, their care.	70	22	7
Increased the physician's satisfaction with his/her work.	63	23	14

Gruppekonsultationer: Effekten af modulet, der hjælper praksis med indførelse af gruppebesøg, rapporteres også som meget positiv. Informanterne fortæller, at det både for læger og – især – patienter har været en stor succes. Den gennemførte survey blandt lægerne tyder ligeledes på god effekt af

tiltaget. Som det fremgår af tabellen, vurderer over 90 % af lægerne, at patienterne er blevet mere engagerede og understøttet i egenomsorg, at de har værdsat gruppekonsultationerne, og at denne konsultationsform har gjort dem mere tilfredse med deres behandling. Over 83 % af lægerne mener også, at gruppekonsultationerne øger deres jobtilfredshed, og 74 % at de øger effektiviteten i praksis (29).

Tabel 6.2 Evaluering af gruppekonsultationer

Table 4. Impact of the Group Medical Visits Learning Module on physicians and patients.

Statement	Agree %	Neither Agree or Disagree %	Disagree %
Patients are more involved in the self-management of their care.	96	4	0
Patients like the peer-learning that they experience in group visits.	91	9	0
Engaging in group visits has increased patients' satisfaction.	91	9	0
Group visits seem to provide support for patient self-management.	91	9	0
Engaging in group visits has allowed the physician to use a more team-based approach with his/her patients.	91	4	4
The physician is comfortable conducting group visits.	87	4	9
Engaging in group visits has increased the physician's satisfaction.	83	13	4
The physician plans to make group visits an ongoing part of his/her practice.	83	99	
Engaging in group visits has allowed the physician to work in a more efficient manner.	74	17	9

Advanced access: Advanced access modulet, som har til hensigt at forbedre adgangen til praksis og give en bedre styring af booking og patientstrømme, har også vist en række meget positive resultater.

Figur 6.3 Evaluering af Advanced access modulet



Som det fremgår af figuren, har deltagelse i advanced access modulet haft mærkbar effekt på adgangen til praksis. Ventetiden på en aftale blev reduceret for akutte besøg i 49 % af de deltagende praksis og for regulære besøg og 3. næste ledige tid³² i 72-74 % af de deltagende praksis. I gennemsnit blev ventetiden for akutte besøg reduceret fra 2,2 til 0,2 dage, mens ventetiden for regulære besøg og 3. næste tid blev reduceret fra henholdsvis 6,8 og 5,5 dage til 2,2 og 1,4 dage. Disse resultater er baseret på målinger før og efter deltagelse i modulet. Hvor langtidsholdbar denne effekt er, er ikke dokumenteret (28; 29).

6.5 Finansiering

Finansieringen af PSP kan inddeles i det støtteapparat med materialeudvikling og konsulentstøtte, som er blevet opbygget, udgifterne til afholdelse af fællesmøderne og så betaling for lægernes deltagelse. PSP er primært finansieret af praksiskomiteen og sundhedsministeriet. Lægernes deltagelse i programmet finansieres via incitamentsprogrammet (læs mere i kapitel 5).

Omkostningerne til PSP kan inddeles i følgende udgiftsposter:

- ◆ Konsulenter og foredragsholdere modtager i alt 18 mio. canadiske dollars, hvilket svarer til 100 mio. danske kroner, for deres deltagelse i programmet.
- ◆ Til administration, udvikling og levering er der afsat 10,4 mio. canadiske dollars, hvilket svarer til 58 mio. danske kroner. Fra denne pulje modtager lægernes organisation 1,7 mio. kroner for dække deres omkostninger i forbindelse med deltagelse i projektet.
- ◆ Der er afsat 20,6 mio. canadiske dollars, hvilket svarer til 115 mio. danske kroner, til at afholde omkostningerne forbundet med de læringsmoduler, som lægerne deltager i.

Samlet set er der frem til år 2012 afsat 48,9 mio. canadiske dollars, hvilket svarer til 272 mio. danske kroner, til PSP. Heraf betaler praksiskomiteen ca. 63 % af de samlede omkostninger og sundhedsministeriet 29 %. De resterende 8 % sponsoreres af forskellige mindre aktører.

I forhold til materialeudvikling og konsulentstøtte, så har ImpactBC stået for hele den overordnede del af udviklings- og støttematerialet. ImpactBC er finansieret af årlige bevillinger fra ministeriet.³³

6.6 Barrierer

Den allervigtigste barriere for tiltaget er at engagere lægerne i programmet. Der er ingen tvang, så den eneste måde at få lægerne til at ændre deres arbejde i den retning, som ønskes, er ved at overbevise dem. Begge de praktiserende læger, vi har interviewet i forbindelse med denne undersøgelse, understreger, at den store udfordring for forandringsprogrammet er at engagere lægerne. En af lægerne beskriver sig selv som en omvendt skeptiker. Det var kun modvilligt, han gik med til de første moduler (9; 12; 13; 17).

"I was a very big sceptic in the collaborative. Every time I went, I was quitting. The toolkit was a problem, the time to do it, it was ridiculous, I thought I was doing a good enough job already. But when I started to see that I had people on target twice as often. You just couldn't ignore the results. With no drugs and just a little bit of time I was making 100 % improvement. Within three months" (12).

³² 3. næste ledige tid benyttes som mål for adgang i stedet for næste ledige tid, da det udelukker de huller, der kan opstå i en booking på grund af aflysninger med videre. Det opfattes derfor som et mere præcist mål for den planlagte frie adgang til praksis.

³³ Finansieringen af ImpactBC er sket gennem en særlig årlig bevilling direkte fra ministeriet. I 2009 fik ImpactBC 3,5 mio. canadiske dollars, og i 2010 er bevillingen 2 mio. canadiske dollars.

Selvom begge læger nu er overbeviste deltagere i programmet og arbejder som Champions, der skal få andre læger med, så beskriver de begge, at det kan være en stor udfordring. Mange læger føler, at de har alt for meget arbejde, og der er stadigvæk mange demoraliserede læger. Desuden ser lægerne sig selv om selvstændige erhvervsdrivende, så hvis de oplever, at regeringen fortæller dem, hvordan de skal drive deres praksis, gør de oprør (12).

På den anden side har lægerne heller ikke selv værktøjerne til at skabe forandringen. De har brug for hjælp og støtte. For at få lægerne med på vognen skal der være en arbejdsdeling. ImpactBC kan levere redskaber og støtte – der skal organisationsfolk og eksperter til at støtte praksis med udviklingen. Ministeriet kan støtte initiativet ved at betale lægerne for at gøre det – skabe de økonomiske incitamenter. Men det skal være læger selv, der bringer budskabet ud. 'Peer teachers', rollemodeller, 'family physician champions', er nogle af de begreber, de hæfter på disse læger, som bliver hyret til at engagere andre læger. 'The sneezers, that spread around the word' (10; 12; 13; 17).

7. Divisionsprogrammet

7.1 Formål

Divisioner af praktiserende læger er grupper af praktiserende læger, som er organiseret på det lokale eller regionale niveau og samarbejder om at møde fælles mål i sundhedsvæsenet.

De praktiserende læger i British Columbia har ikke tradition for organiseret samarbejde med hinanden på lokalt eller regionalt niveau. Lægeforeningen har repræsenteret dem i forhandlinger med regeringen om løn- og arbejdsforhold, og de mere faglige og uddannelsesmæssige spørgsmål har Kollegiet taget sig af. Men mellem disse to provinsbaserede organisationer og de enkelte læger har den eneste enhed for faglig udveksling mellem lægerne været mødestederne på hospitalet. Det betyder, at lokal- samfund, kommuner og især regionale sundhedsmyndigheder ikke har haft nogen lokal eller regional samtalepartner, når de gerne vil inddrage de praktiserende læger (11).

Formålet med at etablere divisioner af praktiserende læger er netop at skabe lokale og/eller regionale fora, hvor de praktiserende læger kan samarbejde med hinanden og med lokale og regionale parter.

Divisionerne skal:

- ◆ fostre et nyt samarbejde mellem praksis, som får dem til at involvere sig i løsningen af problemer, der går ud over deres enkelte praksis.
- ◆ skabe en enhed, der kan indgå i partnerskaber med andre lokale og regionale aktører.
- ◆ give lægerne en stærkere kollektiv stemme og mere indflydelse på beslutningerne i deres lokal- område
- ◆ støtte lægerne i udviklingen og forbedringen af deres ydelser (11; 30).

7.2 Virkemidler

Initiativet til at skabe divisioner blev lanceret i 2008, og det kommer således i kølvandet på en række af de øvrige reforminitiativer i provinsen. Der har fra starten af reformprocessen været modstand mod at tænke i strukturelle løsninger i form af nye organisationer eller strukturelle og organisatoriske krav til eksisterende enheder. I stedet har der været et stærkt fokus på proces, dvs. hvordan forandrings- arbejdet kan understøttes, og hvilke incitamenter der kan etableres for at fremme den ønskede aktivitet (11; 30).

Da praksiskomiteen endelig beslutter at tage et initiativ i forhold til strukturen i praksissektoren, lægges der vægt på, at det ikke bliver oplevet som et top-down tiltag. I stedet for at fastlægge en specifik struktur og indhold for et formaliseret lokalt og regionalt samarbejde mellem praktiserende læger udformer man initiativet som et tilbud til lokale læger, der selv ønsker at gå ind i et formaliseret samarbejde (11; 30).

Der har derfor været meget få regler på forhånd om form og indhold. Hvis læger i et lokalområde udtrykker ønske om at samarbejde, kan de modtage støtte fra regeringen til at udforme dette samarbejde. Hvis de kan blive enige om det, kan de etablere en division, men det er ikke et krav, at de gør det (11; 30).

Kravet for at blive en division er, at det etableres som non-profit forening, der er baseret på en fælles interesse. Foreningen kan fungere som en selvstændig juridisk enhed, der kan indgå aftaler og kon-

trakter med andre aktører i lokalområdet eller med ministeriet. Et af de eneste og helt fundamentale krav i forhold til divisionerne er altså, at det skal være muligt at indgå forpligtende aftaler med dem. Når en division er etableret, modtager den et fast beløb i støtte pr. deltagende læge, og dette beløb skal finansiere møder, administration og andre aktiviteter (11; 30).

7.3 Virkemidler til implementering

Der er massiv hjælp og praktisk støtte til etableringen af en division. Tankegangen fra centralt hold er at få lægerne til at tale sammen og samarbejde om noget afgrænset og konkret og støtte etableringen af den formelle struktur, der skal understøtte dette samarbejde. Derefter kan samarbejdet udvikle sig og modnes.

Der benyttes en såkaldt 'community development' tilgang, hvor meget lidt er fastlagt fra centralt hold på forhånd. Det handler om at inspirere de praktiserende læger til at etablere divisioner, hvor formelt samarbejde og fælles opgaveløsning i primærsektoren kan organiseres og styres. Lysten og viljen til samarbejde skal eksistere, og med udgangspunkt i den vejleder og støtter regeringen (økonomisk) etableringen af divisionerne. Der er ingen forpligtelser – hverken til deltagelse eller til konkret indhold. Men samtidig medbringer regeringen et katalog over 'mulige emner', man kunne overveje at samarbejde om, og der foregår således en blød styring af samarbejdets indhold (11; 30).

Etableringen af en division foregår i seks stadier:

1. *Første kontakt*: Læger, der ønsker at starte en division, kan henvende sig til det provinsens 'division team'. Hvis blot det er muligt at få en række læger i et lokalområde til at være interesseret, så arrangerer divisionsteamet et indledende møde, hvor også repræsentanter fra den regionale sundhedsmyndighed inviteres med. Hvis mødet kan afsluttes med fortsat interesse i etablering af en division, kan praksiskomiteen ansøges om etableringsstøtte. Der kan også afholdes et opfølgende møde, hvor flere læger kan motiveres til at deltage, og hvor interessen kan uddybes.
2. *Udvikling af 'hensigtserklæring' ('document of intent')*: Hensigtserklæringen er et dokument, der beskriver, hvordan parterne vil samarbejde, og hvilke overordnede områder man først og fremmest ønsker at forbedre i fællesskab. Det skal vise, at parterne har en vilje til at arbejde sammen og til at designe fælles løsninger, der kan forbedre tilgang og resultater for patienterne. Provinsens divisionsteam har udviklet en skabelon for hensigtserklæringen og støtter udarbejdelsen.
3. *Dannelse af forening*: Når hensigtserklæringen er underskrevet, går selve formaliseringen af en foreningsstruktur i gang. Det strækker sig over to-tre møder, hvor en konsulent fra divisionsteamet leder processen og udarbejder udkast til vedtægter på baggrund af faste skabeloner. Der træffes beslutning om bestyrelsessammensætning og rollefordeling, behovet for ansatte, divisionens navn, budgetlægning med mere. Forløbet indeholder også træning til lægerne i de roller, de påtager sig.
4. *Det første år*: Langsomt overtager divisionen selv de administrative og ledelsesmæssige funktioner, mens støtten fra divisionsteamet langsomt udfases. Det er i denne fase, der foretages ansættelser og leje af lokale og udstyr. Divisionen har nu en infrastruktur med funding, en legal juridisk rolle, der kan indgå kontrakter, og den kan dermed begynde udviklingen af kliniske ydelser for og med de deltagende parter.
5. *Programudvikling*: Der etableres et formelt 'Samarbejdsserviceudvalg' (Collaborative Services Committee), hvor repræsentanter er lægerne i divisionen, de regionale sundhedsmyndigheders praksisenhed og andre lokale aktører, samt provinsregeringens sundhedsministerium. Samarbejds-

serviceudvalget mødes regelmæssigt for at skabe fælles mål og designe fælles løsninger på mangler i patientbehandlingen.

6. *Fuldt indfaset:* Divisionen vil i denne fase være en fuldt medgyldig part i forhandlinger om finansiering og policybeslutninger vedrørende primærsektoren i lokalområdet. Desuden vil divisionen blive inddraget i overordnede og bredere diskussioner vedrørende primærsektoren på provinsniveau (30).

Som det fremgår, er den processuelle støtte til etableringen af en division omfattende, mens det præcise indhold og hvilke typer af services og tiltag, man vil samarbejde om i divisionen, ikke fastlægges på forhånd. De konkrete ønsker, regeringen medbringer til bordet, koncentrerer sig om realiseringen af de visioner, der fremgår af Charteret. Men lægerne kan lokalt vælge at fokusere på problemstillinger, de finder det mest påkrævet at samarbejde om (11; 19; 30).

Regeringen har store forhåbninger til, at divisionerne på sigt kan spille en stor og afgørende rolle som både serviceleverandører og samtale- og samarbejdspartnere for de styrende myndigheder i forhold til almen praksis. Men man har bevidst valgt at gå forsigtigt og langsomt til værks. Der har været stor frygt for, at lægerne ville afvise tiltaget, hvis der var store og konkrete forventninger om opgaver, divisionerne skal tage ansvaret for (11).

Provinsens divisionsteam modtager ofte henvendelser fra forskellige stakeholders i et lokalområde, som ønsker at teamet skal gå ind og etablere en division i deres område. Men de får altid den besked, at divisionsteamet kun kan gå ind, hvis ønsket kommer fra en eller flere praktiserende læger (11).

7.4 Effekt³⁴

Initiativet til at etablere divisioner blev taget for blot to år siden. I forhold til effekt er det derfor i første omgang interessant at undersøge, i hvilket omfang det er lykkedes at sælge ideen til de praktiserende læger. Bottom-up tilgangen og fraværet af krav til lægerne om deltagelse betyder, at initiativets succes i første omgang afhænger af, om lægerne vælger at deltage.

Pr. 1. juli 2010 var der etableret 12 divisioner, som var nået til det 4. stadie, hvor de regnes som fuldgyldige divisioner. I yderligere godt 20 lokalsamfund er der en proces i gang i stadie 1-3, der skal etablere en division.

I tabel 7.1 ses en oversigt over de 12 divisioner, der regnes som fuldgyldige. Som det fremgår af tabellen, har flertallet af divisionerne et relativt stort antal deltagende læger, og de af divisionerne, som er i stadie 5 og 6, har også opnået en meget høj deltagelsesprocent blandt lægerne i lokalområdet.

³⁴ Hele dette afsnit er baseret på en email-korrespondance med Divisions of Family Practice.

Tabel 7.1 Fuldgylldige divisioner

Division	Lokal sundhedsmyndighed	Stadie	Antal medlemmer	Antal læger i området	Startdato
Abbotsford	Fraser	6	80	100	Marts, 2009
Central Okanagan	Interior	4	Lige startet	161	Juni, 2010
Chilliwack	Fraser	6	73	80	Juli, 2009
Cowichan Valley	VIHA	5	63	67	Oktober, 2009
Mission	Fraser	4	33	36	Maj, 2010
North Shore	VCH	5		120	Februar, 2010
Prince George	Northern	6	87	113	Marts, 2009
Shuswap North Okanagan	Interior	4	Lige startet	120	Maj, 2010
South Okanagan Similkameen	Interior	4	6	100	Marts, 2010
Thompson Region	Interior	4	85	90	Marts, 2010
Vancouver	VCH	4	Lige startet	900	Juli, 2010
White Rock/South Surrey	Fraser	6	68	75	Marts, 2009

Ifølge vores informant i det provinsielle divisionsteam er der stor tilfredshed med den udvikling, der er set. Der er desuden ved at opstå en vis erfaring med etableringen af en ny division, som gør, at processen går væsentligt hurtigere nu end for et år siden. Mens det i starten tog omkring seks til ni måneder at nå til underskrivelse af en hensigtserklæring, kan det nu gøres på helt ned til en måned. Både læger og konsulenter ved, hvad konceptet går ud på, og hvad der skal til. Derfor er forventningen også, at etableringen af nye divisioner vil få momentum de næste par år.

I forhold til konkrete initiativer fra de etablerede divisioner så har der været fokus på dækning af hospitalspatienter og patienter på plejehjem. Fire divisioner har etableret hospitalsenheder, hvor praktiserende læger deler vagtarbejdet på hospitalerne. Det er tiltag, som er svære at oversætte til en dansk sammenhæng på grund af forskellene i de to systemer, men i British Columbia er dette et vigtigt initiativ i sikringen af tilknytningen mellem praksis og patient. Det betyder, at den praktiserende læge i højere grad fastholder behandlingsansvaret for sine patienter også under indlæggelse. Disse programmer kan også øge kontakten mellem patienter uden fast læge og de praktiserende læger i området og dermed potentielt lede til en bedre tilknytning.

I tre divisioner er der etableret programmer, som skal sikre, at alle patienter i området, som ønsker fast tilknytning til en praktiserende læge, også kan få det, og i to divisioner er der underskrevet aftaler, der skal sikre en bedre dækning af plejehjemsbeboere. Desuden er der aktiviteter i forhold til rekruttering, uddannelse og lægernes sundhedstilstand på divisionernes bord. En enkelt division har haft held til at skaffe ni nye praktiserende læger til et område, som provinsregeringen kendetegnede som underforsynet og sårbart.

Selvom de konkrete tiltag kan være svære at overføre til en dansk kontekst, er en interessant pointe, at det er blevet muligt for de regionale sundhedsmyndigheder at gå til en division og indgå en aftale om særlige services eller specifikke tiltag, og så er det divisionen, der garanterer, at ydelserne leveres i overensstemmelse med den indgåede kontrakt. Det vil sige, at det nu er blevet muligt at indgå forpligtende aftaler med mange praksis på en gang.

Generelt er det dog for tidligt at sige noget om, hvorvidt divisionerne har haft den ønskede effekt i forhold til øget samarbejde og udvikling af services, og eksemplerne er pt. mere anekdotiske. Forventninger til initiativet er dog stadig høje, og der er stor tilfredshed med den udvikling, der hidtil har været. Blandt informanterne fra både ministeriet og lægeforeningen er der stor tiltro til konceptet.

7.5 Finansiering³⁵

Tiltaget er finansieret af praksiskomiteen via de allokerede midler, som overenskomsten giver komiteen. Udover den praktiske støtte og rådgivning, som gives via det provinsielle divisionsstøtteteam, gives der også direkte økonomisk støtte til driften af en division. Det første år får divisionen 3.000 canadiske dollars, svarende til 17.000 danske kroner, pr. læge i det lokalområde, den skal fungere i. De efterfølgende år gives 3.000 canadiske dollars pr. læge, der har valgt at deltage i divisionen. Denne finansieringsmodel skaber økonomisk incitament til, at divisionen overtaler så mange af lægerne i området til at blive medlemmer af divisionen. For en division som Abbotsford, hvor 80 ud af de 100 læger i området er medlemmer, betyder det, at divisionen modtager ca. 1,3 mio. kroner om året i driftsstøtte. For dette beløb skal der drives et mindre sekretariat, der administrerer og udvikler de aftaler, som divisionen indgår.

Denne finansieringsmodel løber frem til 2012, hvor overenskomsten skal genforhandles. Det er muligt, at der i den forbindelse vil blive ændret på finansieringen, og en del læger har været skeptiske med hensyn til at gå ind i divisionsarbejdet, da de frygter, at finansieringen på sigt vil forsvinde. Vores informanternes vurdering er dog, at der er blevet investeret så meget politisk kapital og legitimitet i initiativet, at det også vil sikres finansiering i den kommende aftale.

7.6 Barrierer

Den vigtigste barriere i forhold til tiltaget har været at vinde lægernes tillid og engagement i forhold til udviklingen af nye divisioner. Tiltaget står og falder med lægernes engagement – hvis ikke tilstrækkelig mange af de praktiserende læger tager ideen op og lægger det relativt store stykke arbejde, det kræver at etablere en division i projektet, så vil det ikke lykkes. Kravene til disse lokale lederskikkelser og ildsjæle er ret høje. Det kræver en stor indsats ud over praksis-driften – typisk i sene aften- og nattetimer – at få en division op at stå. Divisionsstøtteteamet kan hjælpe med en del af dette arbejde, men da hele konceptet står og falder med lokalt ejerskab, er der grænser for, hvor meget der kan gøres fra centralt hold (11).

En anden barriere i forhold til tiltaget er den føromtalt mistillid og skepsis i forhold til, om de centrale aktører nu også mener dette seriøst nok. Vil de også i længden fastholde deres støtte og prioritere vigtigheden af divisionerne? Som før beskrevet har der blandt de praktiserende læger i British Columbia været en udbredt opfattelse af at være isolerede og dårligt behandlet. Det er denne oplevelse, som leder til stor skepsis over for tiltag fra de centrale myndigheders side. Det er bl.a. for at kunne imødegå denne skepsis, at det er af fundamental betydning, at divisionerne forankres lokalt og ikke dikteres oven fra. Selve processen bag etableringen af en division kan i et vist omfang sammenlignes med de dialogmøder, som blev afholdt i 2005, hvor de praktiserende læger fik lov til at få luft for den kritik, de havde af de centrale og lokale myndigheder. Det har været en vigtig erfaring, at ved at give plads og luft til at diskutere disse frustrationer og problemstillinger, så letter det etableringen af en division. Det forlænger muligvis processen frem mod etableringen, men det øger den lokale forankring og ejerskabet, og det øger muligvis også antallet af deltagende praksis, når divisionen faktisk bliver etableret (11).

³⁵ Hele dette afsnit er baseret på en email-korrespondance med Divisions of Family Practice.

Bilag 1: Interviewpersoner

Følgende personer har medvirket ved interview:

- ◆ Direktør og vicedirektør i ImpactBC
- ◆ Regeringsrepræsentant i GPSC
- ◆ Repræsentant for BCMA i GPSC
- ◆ Lederen for provinsregeringens centrale divisionsteam
- ◆ Direktør for 'BC College of Family Physicians' (de praktiserende lægers faglige organisation³⁶)
- ◆ To GP Champions ('Stjernelæger').

Interviewene er gennemført som enkeltpersonsinterview eller gruppeinterview med 2-3 personer. De er gennemført af Jakob Hansen med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, der er tilpasset det enkelte interview. Alle interview er optaget på bånd og transskriberet. De er efterfølgende gennemgået for fælles trends og tendenser af Jakob Hansen. I det omfang der har været uklarheder eller manglende oplysninger, har Jakob Hansen efterfølgende taget kontakt til interviewpersonen pr. telefon eller email.

³⁶ Kollegiet beskæftiger sig primært med de kliniske og uddannelsesmæssige aspekter af det fagpolitiske felt. Det er BCMA og ikke kollegiet, som forhandler de praktiserende lægers løn og arbejdsvilkår.

Bilag 2: Skriftligt materiale

Undersøgelsen har gjort brug af en omfattende mængde af skriftligt materiale tilgængeligt over internettet samt udleveret ved interview. I det følgende gives en liste over det materiale, der er anvendt.

- 1) Hansen J, Madsen MH og Kjellberg PK. Effektiv organisering af almen praksis. Erfaringer fra udlandet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 2) Hollander MJ, British Columbia Ministry of Health Services og General Practice Services Committee. Evaluation of the Full Service Family Practice Incentive. Program and the Practice Support Program. Final Synthesis Report. Victoria: British Columbia Ministry of Health Services; 2009.
- 3) Hollander MJ, Kadlec H, Hamdi R og Tessaro A. Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings on the Contribution of Primary Care Services. Healthcare Quarterly 2009; 12(4): 32-44.
- 4) Marchildon GP. Health Systems in Transition: Canada. Allin S and Mossialos E (red.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005. (Vol.7 No.3).
- 5) Madore O. The Canada Health Act: Overview and options. Current Issue Review 94-4E. Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament; 2005.
- 6) Watson D, Mooney D, McKendry R, Martin D, McLeod C, Regan S et al. On the Road to Renewal - Mapping Primary Health Care in British Columbia. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research - The University of British Columbia; 2009.
- 7) McKendry R, Watson D, Goertzen D, Reid RJ, Mooney D og Peterson S. Single and Group Practices Among Primary Health Care Physicians in British Columbia. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research - The University of British Columbia; 2006.
- 8) Interview med direktør for 'BC College of Family Physicians'. 2009.
- 9) Interview med direktør i ImpactBC. 2009.
- 10) Interview med regeringsrepræsentant i GPSC. 2009.
- 11) Interview med leder af 'Divisions of Family Practice' - provinsregeringens centrale divisionsteam. 2009.
- 12) Interview med GP Champion. 2009.
- 13) Interview med repræsentant for BCMA i GPSC. 2009.
- 14) The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association og The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2007 National Physician Survey. Mississauga: The College of Family Physicians of Canada; Canadian Medical Association; The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2007.
- 15) The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association og The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2004 National Physician Survey. Mississauga: The College of Family Physicians of Canada; Canadian Medical Association; The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2004.

- 16) GPSC. General Practice Service Committee website. [Udskrevet 2010 fra Web/URL: www.gpscbc.ca.
- 17) Interview med vicedirektør i ImpactBC. 2009.
- 18) MacCarthy D, Cavers W. Collaborating, Learning & Transforming: The Renewal of Primary Care in British Columbia.
- 19) Primary Health Care Charter: A Collaborative Approach. Victoria: British Columbia. Ministry of Health; 2007 [Udskrevet 2009].
- 20) British Columbia Medical Association, Society of General Practitioners. GP Services Committee Incentives.Billing Workbook. Rev 2010 udg. Victoria: British Columbia Medical Association; 2010.
- 21) Murray P, Bailey T, Sear A, Mackey P, Wiebe M, Gray R et al. Practice Support Program. Adopting the CDM Toolkit. Practice Guide. Fresh ideas - enhancing health care. Vancouver & Victoria: ImpactBC & British Columbia Medical Association; 2007.
- 22) Murray P. Adopting the CDM Toolkit. Factsheet. 200.
- 23) British Columbia Medical Association, General Practice Services Committee. Implementing Planned Recall. Practice Guide. Practice Support Program. V 1. Vancouver: ImpactBC; 2007.
- 24) British Columbia Medical Association, British Columbia Medical Association. Introducing Group Visits.Practice Guide. Practice Support Program. V.1. Vancouver: ImpactBC; 2007.
- 25) Harries J, Wong D, Attwell D, Sykes P, Harwood S, Gray R et al. Adopting Advanced Access. Practice Guide. Practice Support Program. Victoria: ImpactBC, British Columbia Medical Association & British Columbia, Ministry of Health; 2007.
- 26) Vance G. Advanced access key to better patient care, less stress for GPs and MOAs. BC Medical Journal 2007; 49(10): 551.
- 27) British Columbia Medical Association, Br. Facilitator Handbook. Practice Support Program. V.1.1. Vancouver: ImpactBC; 2007.
- 28) British Columbia Medical Association, British Columbia MoH. Practice Support Program. ...an initiative of the General Practice Services Committee. Vancouver: BCMA Communications; 2009.
- 29) MacCarthy D, Kallstrom L, Gray R, Miller JA og Hollander MJ. Supporting family physicians in British Columbia: The experience of the Practice Support Program. An evaluation of four practice enhancement learning modules shows how these initiatives are having a positive impact on fullservice family physicians and their patients. BC Medical Journal 2009; 51(9): 394-7.
- 30) Divisions of Family Practice. An initiative of the General Practice Services Committee. [Udskrevet 2010]