

# DEEP END GPs | DENMARK

Første møde i Deep End-netværket

Rapport 1

November 2023

# SAMMENFATNING

---

Den 3.-4. november 2023 mødtes 32 praktiserende læger fra Deep End-projektet for første gang. Lægerne kom fra forskellige steder i landet og har det til fælles, at de arbejder i praksisser med en høj andel af patienter med lav socioøkonomi og at de behandler sårbare, udsatte og multisyge patienter med mere komplekse helbredsproblemer end gennemsnittet.

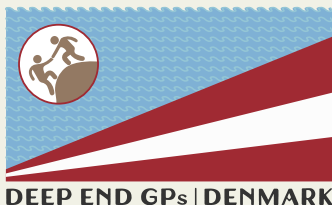
Til mødet havde lægerne mulighed for at dele deres erfaringer med at arbejde i den dybe ende og de udfordringer, de møder i deres daglige arbejde, samt at få input og sparring fra andre. Derudover blev lægerne bedt om at komme med konkrete input til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Endeligt fik lægerne til opgave at identificere centrale emner, de gerne vil diskutere til fremtidige nationale møder.

Mødet var planlagt og faciliteret af PLO Efteruddannelse og Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Udover en kort introduktion bestod mødet mest af gruppediskussioner og samtaler i plenum, hvor lægerne blev involveret, inddraget og hørt.

## INDHOLD

Baggrund for projektet	s. 2
Udfordringer i Deep End-praksisser	s. 3
Samtale med Sundhedsstrukturkommissionen	s. 5
Centrale emner til fremtidige møder	s. 9
Bilag 1: Beskrivelse af Deep End-praksisser	s. 11
Bilag 2: Program for netværksmødet	s. 16

### Projekt Deep End Denmark



Deep End Denmark er et netværk af de praktiserende læger i landet, som har den største andel af patienter med lav socioøkonomi. Projektet gennemføres af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus i samarbejde med PLO Efteruddannelse og Praksispiloterne. Projektet er støttet af Fonden for Almen Praksis, Novo Nordisk Fonden, Kræftens Bekæmpelse og Regionshospitalet Randers.

Denne rapport er udarbejdet af Nynne Bech Utoft og Mogens Vestergaard fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Læs mere om projektet her: [www.deepend-denmark.dk](http://www.deepend-denmark.dk)

### Kontakt for yderligere information

Generelle henvendelser: [kontakt@deepend-denmark.dk](mailto:kontakt@deepend-denmark.dk)

Praktiske og administrative spørgsmål: [mawe.plo@dadl.dk](mailto:mawe.plo@dadl.dk)

## BAGGRUND FOR PROJEKTET

Det danske Deep End-projekt udspringer af en international Deep End-organisation med grupper over hele verden. Deep End-organisationen er inspireret af Julian Tudor Hart, som var praktiserende læge i Wales fra 1961 til 1991. Han var særligt kendt for at formulere den omvendte omsorgslov, der siger, at de områder i et land med flest sundhedsfaglige udfordringer også er de områder med færrest sundhedsfaglige ressourcer.

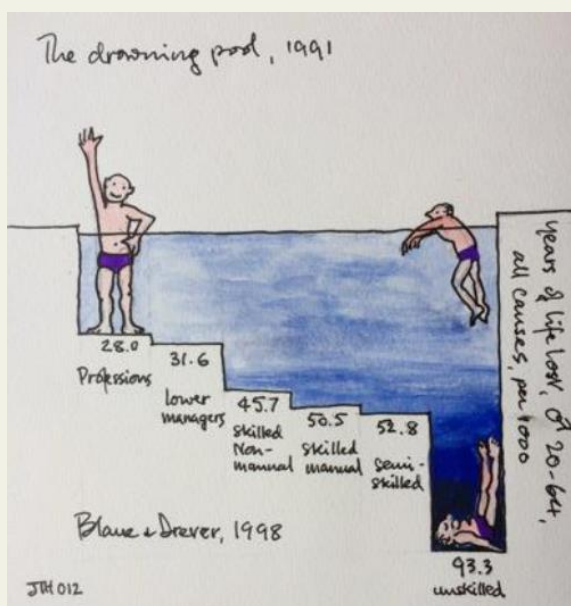
Vi ser det samme i Danmark. De områder, hvor der bor mange mennesker med kort uddannelse, lav indkomst og mange kroniske sygdomme, er typisk de samme områder, hvor der er mangel på praktiserende læger, færre privatpraktiserende speciallæger, lang afstand til nærmeste sygehus eller få lokale sundhedstilbud. Det er ofte også i disse områder, at praktiserende læger har mest travlt, og mange er udbrændte.

Deep End-organisationen blev etableret i Skotland i 2009 af Professor Graham Watt med det formål at modarbejde konsekvenserne af den omvendte sundhedslov. Organisationen betragter Deep End-læger som eksperter i at møde og behandle komplekse patienter og mener, at lægerne kan lære meget af hinanden, og andre kan lære meget af dem. Skotterne opdagede, at praktiserende læger fra to belastede områder kunne lære mere af hinanden, end de kunne lære af specialister fra universitetet, når det handler om at håndtere hverdagens udfordringer.

Deep End Denmark blev officielt etableret i juni 2022 med det formål at styrke almen praksis i den dybe ende og bidrage til at mindske konsekvenserne af ulighed i sundhed. Lægerne i projektet ser både ligheder og forskelle imellem sig selv – geografisk placering og patientgrundlag udgør forskellene, mens fælles passion for at arbejde steder, hvor de virkelig kan gøre en forskel, og et håb om en bedre fremtid for almen praksis binder dem sammen.

**Navnet Deep End** er inspireret af en swimmingpool, hvor vandoverfladen symboliserer, at sundhedsfaglige ressourcer ofte fordeles ligeligt til alle, uafhængigt af sundhedsfaglige behov. Dybden i bassinet symboliserer, at der er stor variation i kompleksiteten af patientpopulationerne for de enkelte almene praksiser med hensyn til sygelighed og socioøkonomiske ressourcer.

”The drowning pool” af Julian Tudor Hart (1991), hvor han sammenligner det at arbejde som læge i depriverede områder med at træde vande i den dybe ende af en swimmingpool.



## UDFORDRINGER I DEEP END-PRAKSISSE

---

Til det første nationale møde fik lægerne mulighed for at dele nogle af de udfordringer, de møder i deres daglige arbejde, og få input fra to kollegaer. Den første (A) fik 10 minutter til at præsentere sin udfordring, hvorefter de to andre (B+C) talte om udfordringen og kom med ideer og råd til at håndtere denne. Til sidst fortæller (A) om sin oplevelse og hvad han/hun kan bruge videre. Ideen med øvelsen er, at lægerne kan få meget ud af at hjælpe hinanden, fordi de møder mange af de samme udfordringer, men kan have forskellige løsninger hertil. De læger der ville, kunne dele deres udfordringer med alle ved at skrive på en post-it. Nedenfor fremgår nogle af de udfordringer, som lægerne drøftede.

### TID OG ØKONOMI

- Tidspres pga. mange opgaver.
- Tidspres og samtidig ikke økonomi til at ansætte flere.
- Hvordan kan jeg holde fast i idealet om mere tid til de sårbare samtidig med at sikre min økonomi så jeg kan have råd til personale?
- Tid til mange nye komplekse patienter – Hvordan ”købes” tid til overblik?
- Med manglede tid: Hvordan får jeg skabt et godt arbejdsliv med tid til patienter og tid til at passe på mig selv?
- Ventetid giver utilfredse patienter og personale. Brug for frihed til at nedbringe ventetid.
- Hvordan får jeg mere tid til kerneydelsen?
- Mere tid til de komplekse patienter.
- Lang arbejdsdag. Hvordan reducerer jeg min arbejdstid? Bare lidt.
- Dagsskema skrider pga. travlhed og brug for tolk.
- Pseudoarbejde ineffektiviserer.
- Regioners pres for indtjeningsloft.

## STRUKTUR, ORGANISERING OG KOLLEGAER

- Opdeling/uddelegering til personale, når de fleste patienter er komplekse syge.
- Ansat vikarer for at blive aflastet, men patienterne vil meget hellere ind til os "gamle".
- Struktur i klinikken/mangler nøglemedarbejder til nogle opgaver.
- Plan for uddelegering af opgaver ifm. ekspansion af hjælpepersonale. Mængde og struktur.
- Personaleansvar: det administrative og attester. Alt det der fylder udover kerneopgaven med de syge patienter.
- Hvordan får vi arrangeret regnskabet i praksis "uden for huset".
- Håndtering af forskelligt syn på sårbare patienter og forskellige fremtidsplaner.
- Håndtering af uenigheder mellem kolleger.

## PATIENTER

- Hvordan får jeg patienten til at forstå alvorligheden af deres sygdom? – bedre compliance/indsigt.
- Koordination af komplekse patienter? 31-årig mand, i misbrugsbehandling, kriminel, har lige fået barn, har ikke arbejde og har tidligere haft forløb ved psykiatrien.
- At sørge for at de raske eller halvsyge ikke får for meget tid.
- At håndtere/blive færdig med at arbejde med komplekse patienter på 15 min.
- Hypokondriske patienter.
- Flere kontakter.

## SAMTALE MED SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

---

Til mødet deltog Jesper Fisker, formand for SSK og administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse, og Mogens Vestergaard, praktiserende læge og projektleder i Deep End Denmark, på vegne af Sundhedsstrukturkommissionen. Kommissionens opgave er at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. En central del af opgaven er at komme forslag, der kan styrke det nære sundhedsvæsen, samt forslag, der kan nedbringe den sociale og geografiske ulighed i sundhed, så borgere har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.

Deep End-lægerne er på mange måder eksperter i ulighed og har gennem mange år opbygget en stor viden og erfaring på området. Lægerne arbejder aktivt med at implementere tiltag, der kan forbedre arbejdsforholdene i deres praksisser, samt initiativer, der kan sikre den bedst mulige behandling til deres patienter - tiltag og initiativer, der med fordel kan understøttes og videreudvikles. Nedenfor beskrives de udfordringer og løsninger, som Deep End-lægerne fremhævede i samtalen med Sundhedsstrukturkommissionen.

### ET SUNDHEDSVÆSEN DER SAMARBEJDER

Der er et stort behov for at styrke samarbejdet mellem almen praksis, hospital og kommune. Sundhedsvæsenet er i dag præget af for meget silotænkning og en 'dem' og 'os' -retorik, hvilket på flere måder hæmmer lægernes arbejde og har konsekvenser for patienterne, særligt de mest udsatte og sårbare. Fra Deep End-lægernes perspektiv er der bl.a. problemer med, at læger på hospitalerne afviser henvisninger samt at patienter, der er syge og dårlige, udskrives til hjemmet, hvor almen praksis hurtigt skal følge op uden det nødvendige samarbejde med hospitalet om patienten.

#### Mulige løsninger

- Skabe bedre rammer for at to fagpersoner kan arbejde sammen (politisk legitimitet).
- Samarbejde på tværs skal i højere grad være det logiske og naturlige at gøre.
- Lægetelefon til alle læger, som gør det nemmere at komme i kontakt med hinanden.
- Hospitalslæger der besøger almen praksis og stiller deres viden til rådighed udenfor hospitalet.
- Praksiskonsulentordningen.

## REKRUTTERING OG ARBEJDSFORHOLD

Det skal være mere attraktivt at arbejde som læge i den dybe ende, men i dag understøttes arbejdet ikke tilstrækkeligt, især når det kommer til løn og arbejdsforhold. Mange læger viser interesse, men der er i øjeblikket for mange barrierer for at praktisere i disse områder. Lønnen er ikke på niveau med praksisser i andre områder, og der er for travlt, samtidig med at det er svært at balancere arbejdsliv med privatliv. Derfor venter flere læger med at købe en praksis og søger job andre steder. Arbejdet i den dybe ende omtales primært som tungt, belastende og svært, hvilket heller ikke gavner rekruttering. Det er vigtigt at huske, at lægearbejdet i disse områder også er virkelig spændende og meningsfuldt. Udbrændthed handler om mere end mængden af krav i forhold til behov – det nærer at kunne bidrage.

### Mulige løsninger

- Bedre løn og arbejdsforhold.
- Mulighed for mere fleksibelt arbejde.
- Lægebolig.
- Mulighed for videreuddannelse.
- Uddannelsesansvarlige læger.
- Være opmærksomme på narrativet: tung og belastende/spændende og meningsfuldt.
- Understøtte positive budskaber. Det tiltrækker at praksisserne er nytænkende, at der er højt til loftet og at ansatte får ansvar og bliver medspillere i praksis.

## SOCIALFAGLIGE OPGAVER

Deep End-lægerne oplever, at de socialfaglige opgaver fylder mere og mere i praksis. Det blev påpeget, at lægerne hverken er sociale medarbejdere eller psykiatere, men at de ofte bliver mødt af socialfaglige opgaver, som de hverken er uddannet til at løse eller har ressourcer til at varetage. Det er opgaver, der skal løses, men ikke af almen praktiserende læger.

### Mulig løsning

- Ansættelse af en socialt faglig medarbejder i almen praksis.

## HONORERING OG LØN

Lønnen i Deep End-praksisser er ikke på niveau med lønnen i bedre stillede områder. Flere af lægerne giver dobbeltkonsultationer til udsatte og sårbare patienter, fordi der er et stort behov for den ekstra tid, men med den konsekvens, at det påvirker praksis' økonomi. Økonomien i praksis har en betydning for rekruttering og vikardækning samt muligheden for at ansætte det praksispersonale, der er brug for. Andre områder i sundhedsvæsenet, herunder 1813, udkonkurrerer almen praksis på løn, og det skaber problemer med rekruttering. Samtidig opleves det som udfordrende at finde vikarer, både på grund af omkostninger og praksis' geografiske placering.

### Mulige løsninger

- Pengene følger patienten.
- Samme løn uanset praksis' placering.
- Differentieret basishonorar, ændret normtal eller flere ressourcer til særligt udfordrede områder. Det er vigtigt at differentieringer er gældende i en længere periode, da hyppige ændringer skaber økonomisk usikkerhed.
- Offentligt finansiering og organisering af vikarer.

## UNDERSTØTTELSE AF INITIATIVER I PRAKSIS

Lægerne i Deep End har implementeret en lang række gode initiativer i deres praksis, til gavn for både patienter og ansatte. Initiativerne understøttes dog sjældent af det nuværende system, og det kan være en barriere for at implementere nye gode ideer. Et eksempel på et initiativ er bustransport fra de store byer til praksisser i udkanten. Størstedelen af lægerne vil hellere kunne bosætte sig, hvor de vil, og pendle til deres praksis, fremfor at bosætte sig tæt på praksis. Bustransport kan fungere som et trækplaster for at arbejde i yderområderne.

### Mulige løsninger

- En økonomisk gevinst ved at indføre gode tiltag i form af en fælles pulje, der kan allokeres ud.
- Mindre styring og mere frihed til at kunne organisere sig og planlægge som man finder det bedst.
- Lovhjemmel til at arrangere bustransport. Lægerne kan pendle ud af byen og bruge transporttiden til at arbejde.



## **OPGAVEGLIDNING**

### **Opgaveglidning fra hospital til almen praksis**

De seneste år har der været en tiltagende opgaveglidning fra hospitaler til almen praksis og kommuner uden en fagligt funderet begrundelse. Opgaveglidningen har i høj grad været ufinansieret, og de mange nye opgaver presser lægerne i den dybe ende mest. Selvom flytningen af opgaver aflaster hospitalerne, stiller det større krav til almen praksis, og det er sket uden en konkret aftale og plan for, hvordan almen praksis skal løfte opgaven.

### **Opgaveglidning til det private sundhedsvæsen**

De seneste år er der sket en væsentlig opgaveglidning fra det offentlige sundhedsvæsen over i det private. Sundhedsfagligt personale glider med, fordi der er bedre løn og arbejdsforhold, og det presser hospitalerne. Deep End-lægerne udtrykte en stor bekymring for udviklingen, fordi det påvirker kvaliteten af det offentlige sundhedsvæsen og er med til at øge uligheden. De personer, der har råd til behandling i det private, er dem med gode jobs og lønninger. Pengene til sundhed forsvinder over i det private i stedet for at blive brugt der, hvor de kan gøre mest gavn.

#### **Mulige løsninger**

- Klare politiske aftaler om, hvilke opgaver der skal varetages i almen praksis.
- Udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.
- Bremse opgaveglidning fra det offentlige sundhedsvæsen til det private sundhedsvæsen.
- Prioritere ressourcerne til områder, hvor de har størst effekt.

# CENTRALE EMNER TIL FREMTIDIGE MØDER

---

Dette nationale møde var det først af mange, og deltagerne var derfor med til at beslutte, hvilke emner, der skal være omdrejningspunktet for fremtidige møder. Opgaven lød på at notere emner, der er vigtige for dem i deres arbejde og som kunne være relevante at behandle i netværket. Alle emner blev samlet og grupperet i temaer, hvorefter lægerne stemte på de temaer, der var vigtigst for dem. Temaerne er listet i prioritet rækkefølge med højest prioriteret øverst.

1

## TID OG ØKONOMI

- Økonomi
- Arbejdsmængde og honorarer følges ikke ad
- Differentieret normtal
- Ansættelse af ekstra læge i depriverede områder
- Mere tid til komplekse, udsatte og sårbare patienter

2

## NARRATIVET

- Vi skal arbejde med sprogbruget
- At betegne det lægelige arbejde i disse områder udelukkende som tungt, belastende og lignende bidrager ikke til at øge rekrutteringen
- Arbejdet er også spændende, udfordrende og meningsfuldt
- Der findes ikke "tunge patienter", der findes komplekst syge, som vi ikke har sat nok tid af til i de aftaler, der indgås

3

## SAMARBEJDE PÅ TVÆRS

- Styrke samarbejdet med kommune, sygehus, misbrugsbehandling, hjemmepleje og andre instanser
- Håndholdt forpligtende samarbejde på tværs
- Håndtering af de allermest sårbare patienter skal ske i samarbejde
- Link workers: socialt faglige og lokale ambassadører

4

#### LÆGER I DEEP END

- Kollegial sparring
- Egenomsorg
- Supervision

5

#### OPGAVER I ALMEN PRAKSIS

- Uddelegering af opgaver som patienten selv ville kunne udføre
- Outsourcing af opgaver i relation til compliance og krops-/sygdomsforståelse
- Mindre tid til patienter med mindst behov -> mere tid til patienter med størst behov
- Opgaveglidning: opgaver i almen praksis skal defineres. Forløbsbeskrivelse og politiske aftale.
- Ikke-lægelige opgaver: f.eks. attester

6

#### SOCIALPSYKIATRI

- Opprioritering af socialpsykiatrisk indsats

7

#### TOLK

- Tolkekvalitet

8

#### TILSYN MED ALMEN PRAKSIS

- Kompetent tilsyn: giver det mening som det er nu?

9

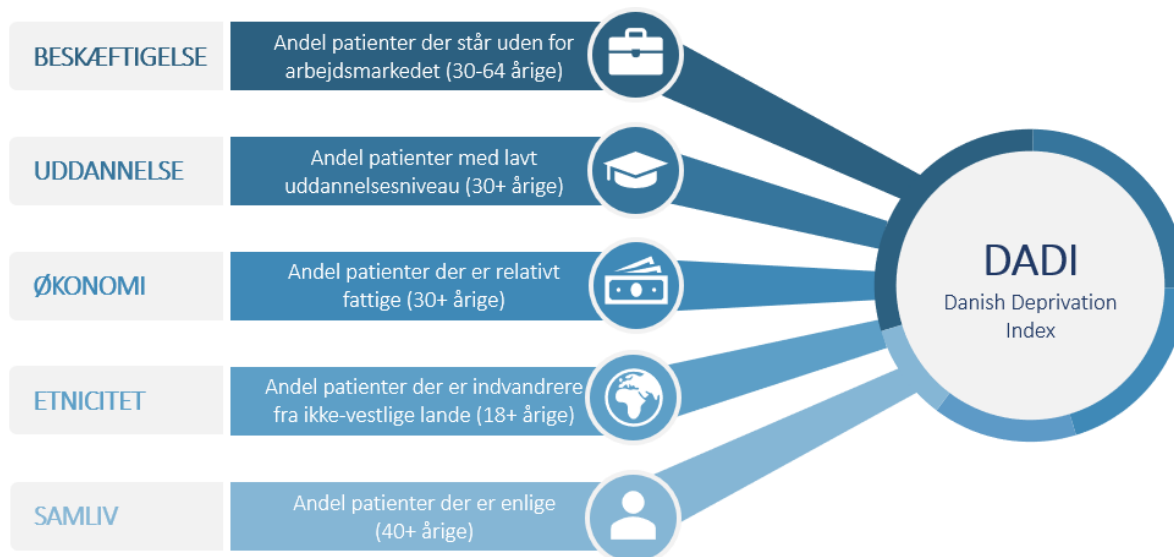
#### ANALYSE

- Mere nuanceret analyse: fokus på sygdomsbelastning
- Behandlingsbyrde og sygdomsbyrde
- Mulighed for at se egne praksisdata

# BILAG 1: BESKRIVELSE AF DEEP END-PRAKSISSE

Deep End-praksisserne er blevet identificeret og inviteret til projektet ved at anvende en videreudviklet version af DADI-indekset (Danish Deprivation Index). Indekset indeholder fem forskellige dimensioner: beskæftigelse, uddannelse, økonomi, etnicitet og samliv. Disse dimensioner viser dokumenteret social ulighed i sundhed, herunder sundhedstilstand, udbytte af behandling og levetid. Indeksværdierne er beregnet ved brug af registerdata hos Danmarks Statistik, både til at koble patienter med almene praksisser og til at indhente information om patienternes uddannelsesniveau, indkomst mv. Beregningerne er baseret på oplysninger om praksisser og patienter pr. 1. januar 2022.

Figur 1: Illustration af DADI-index



## Del 1: Beregning af andel

De fem dimensioner er operationaliseret til fem variable, f.eks. uddannelse der beregnes som andelen af patienter (30+ år) med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau. Der tages ikke højde for antallet af patienter med højt uddannelsesniveau. Til hver praksis beregnes en andel for hver af variablerne 1-5 og på den måde kan praksisserne sammenlignes og ranglignes. Nogle praksisser har mange patienter med lavt uddannelsesniveau, mens andre praksisser har få patienter med lavt uddannelsesniveau.

## Del 2: Tildeling af point

Når alle andele er beregnet, tildeles alle praksisser point fra 1-10 baseret på deres beregnede andele. Det skal sikres, at praksisser med en høj andel tildeles flest point og omvendt. Forskellen mellem den højeste og lavest andel beregnes og inddeles i 10 lige store dele. På denne måde får f.eks. 40 praksisser en score på 3, og 20 praksisser får en score på 8. Metoden anvendes for at sikre, at praksisser der ligner hinanden, får det samme antal point.

## Del 3: Vægtning

Når alle praksisser har fået tildelt point for de fem variable, vægtes de baseret på information om selvvurderet helbred, korrelation mellem variable og praktiserende lægers vurdering af, hvilke faktorer der fylder i konsultationerne. Beskæftigelse vægtes højest, og samliv vægtes lavest.

## Del 4: Samlet score

Endelig summeres de vægtede point for at opnå en samlet score pr. praksis, som derefter ganges med 10. Den endelige indeksscore rangerer fra 10 til 100. Praksisser, der scorer lavt, har få patienter med lav socioøkonomi, mens praksisser, der scorer højt, har mange patienter med lav socioøkonomi (Deep End).

Tabel 1: Indhold og vægtning i DADI-indeks

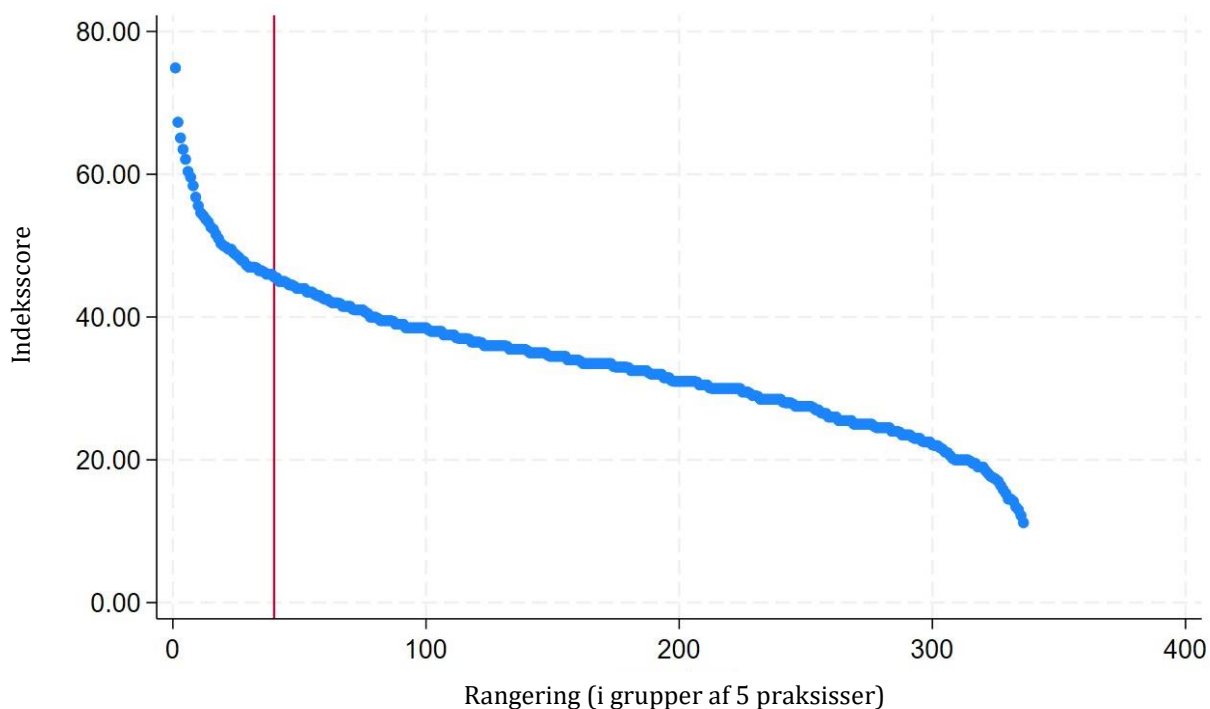
Dimension	Variabel	Vægt
Beskæftigelse	Andel 30-64-årige der modtager kontanthjælp, sygedagpenge, førtidspension eller som har været arbejdsløse i mindst ½ år.	0,300
Uddannelse	Andel 30+ årige med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau.	0,250
Økonomi	Andel 30+ årige der er relativt fattige, defineret som personer der er blandt de 20 pct. med lavest indkomst og blandt de 40 pct. med lavest formue relativt til deres alder.	0,200
Etnicitet	Andel 18+ årige der er indvandret til Danmark fra et ikke-vestligt land.	0,150
Samliv	Andel 40+ årige der bor alene (ikke har en samlever) og som er enlig, fraskilt eller enke).	0,100

## Forskelle i indeksscore

Der er betydelig variation i indeksscoren blandt almene praksisser i Danmark. Praksisser, der scorer lavest og dermed har få patienter med lav socioøkonomi, har en DADI-score på omkring 12-13. Praksisser, der scorer højest og tilhører Deep End-praksisserne, har en DADI-score på omkring 75-76. Figur 2 illustrerer forskellene i indeksscore blandt almene praksisser i Danmark, hvor hvert punkt repræsenterer fem praksisser.

Alle praksisser til venstre for den røde streg i figur 2, svarende til 200 praksisser, blev inviteret til at deltage i projektet. Invitationen blev sendt til praksis e-Boks i juni 2023, efterfulgt af en reminder, et fysisk brev og en telefonpåmindelse.

Figur 2: DADI-score blandt almene praksisser i Danmark



## Karakteristik af Deep End-praksisser

Da det første netværksmøde blev afholdt i november 2023, havde 45 praksisser, svarende til 22,5%, sagt ja til at deltage med i alt 53 praktiserende læger. Erfaringen fra Deep End-grupper i udlandet er, at rekruttering til projektet tager tid. Med 53 deltagende Deep End-læger har vi en god start, og projektgruppen arbejder fortsat på at rekruttere flere deltagere til projektet.

Tabel 2: Inviterede og deltagende Deep End-praksisser

	Alle praksisser	Inviterede til Deep End (% af alle praksisser)		Deltager i Deep End (% af inviterede)		
		Antal	N	%	N	%
Total	1.680	200	11,9	45	22,5	
Region	Nordjylland	154	17	11,0	5	29,4
	Midtjylland	347	32	9,2	9	28,1
	Syddanmark	347	49	14,1	10	20,4
	Hovedstaden	606	62	10,2	18	29,0
	Sjælland	226	40	17,7	3	7,5
Kommune- type	Hovedstad	541	60	11,1	17	28,3
	Storby	208	34	16,3	9	26,5
	Provins+Opland	581	39	6,7	6	15,4
	Land	350	67	19,1	13	19,4
Praksisform	Enkeltmand	701	116	16,5		
	Kompagniskab	823	57	6,8		
	Samarbejdspraksis	26	15	57,7		
	Delepraksis	121	9	7,4		

Deep End-praksisser findes i alle regioner, og de største andele er i Region Sjælland (17,7%) og Region Syddanmark (14,1%). Det er samtidig de regioner, hvor deltagelsesprocenten er lavest. I Region Sjælland deltager kun 3 ud af 40 inviterede praksisser (7,5%), mens deltagelsen i de andre regioner er mindst 20%.

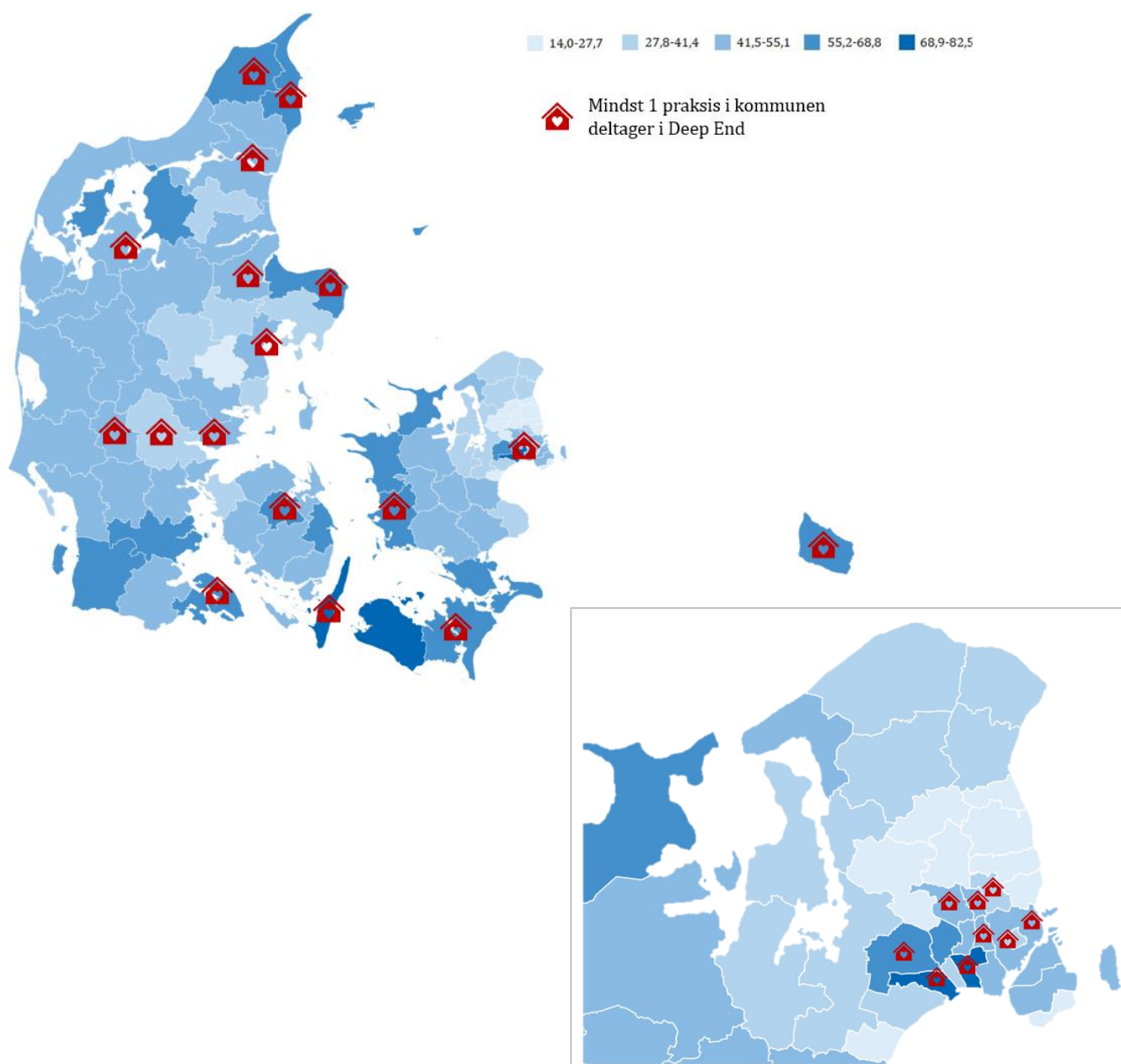
Den største andel af Deep End-praksisser findes i landkommuner (19,1%), mens den laveste andel findes i provins- og oplandskommuner (6,7%). Praksisser, der deltager i projektet, er særligt karakteriseret ved at være beliggende i hovedstadskommuner (N=17) og landkommuner (N=13)

Endeligt er over halvdelen af Deep End-praksisser karakteriseret ved at være enkeltmands-praksisser (N=116) og ser man på andelen er 57,7 % af landets samarbejdspraksisser Deep End-praksisser. Information om deltagelse fordelt på praksistype er endnu ikke opgjort.

## Kort over deltagende Deep End-praksisser

Kommunekortet viser DADI-scoren i hver kommune, hvor en lys farve indikerer, at der i kommunen er en lille andel borgere med lav socioøkonomi. Det er primært kommuner nord for København samt Skanderborg og Solrød kommune. På Lolland-Falster findes den højeste score, efterfuldt af kommuner på vestegnen samt Langeland, Morsø og Norddjurs Kommune. I landets mest befolkede områder kan der være stor forskel mellem praksisserne, såsom Aarhus Kommune, der både rummer Risskov og Gellerup. De små røde huse indikerer, at der i kommunen er mindst én læge fra en Deep End-praksis, der deltager i projektet.

Figur 3+4: Kort over DADI-score på kommuneniveau og deltagende Deep End-praksisser





## BILAG 2: PROGRAM FOR NETVÆRKSMØDET

### Fredag d. 3. november

- Kl. 15:30 – 16:00 Kaffe og lidt brød
- Kl. 16:00 – 16:40 **Velkomst og lidt om Deep End Denmark, programmet og det praktiske** v. Mogens Vestergaard, James Høpner og Ib Ravn
- Kl. 16:40 – 17:00 **Præsentationsrunde ved bordene**
- Kl. 17:00 – 17:15 Pause
- Kl. 17:15 – 18:00 **Hvilke emner tænker I skal behandles på fremtidige møder? Hvilke ting er vigtige for jer?** – Faciliteret gruppeøvelse
- Kl. 18:00- 19:30 Pause før middagen - adgang til spa, gåtur, afslapning mv.
- Kl. 19:30 - Middag i restaurant Barbara m. bordplan

### Lørdag d. 4. november

- Kl. 09:00 – 09:50 **Kollegial refleksion – At spørge nye tanker frem**, faciliteret af Anne Zimmer, Heidi Bøgelund Frederiksen og Karl-Martin Lind
- Kl. 09:50 – 10:05 Pause
- Kl. 10:05 – 12:00 **To gratis konsulenter – En videndelingsproces**, faciliteret af Ib Ravn
- Kl. 12:00 – 12:45 Pause
- Kl. 12:45 – 14:45 **Dialog med Sundhedsstrukturkommissionen** (faciliteret af Ib) mellem deltagerne og Jesper Fisker, formand for regeringens Sundhedsstrukturkommissionen og direktør i Kræftens Bekæmpelse og Mogens Vestergaard, medlem af sundhedsstrukturkommissionen og praktiserende læge i Grenå
- Kl. 14:45 – 15:00 Pause
- Kl. 15:00 – 16:00 **Hvad tager du med dig fra dette møde? Og, hvad er næste skridt?** faciliteret af Ib Ravn og Karl-Martin Lind
- Kl. 16:00 **Tak for denne gang**