

# Kliniske vejledninger i almen praksis

Kåre Jansbøl · Ann Nielsen · Marie Henriette Madsen · Jessica Larsen · Pia Kürstein Kjellberg

RAPPORT 2012.03



Dansk Sundhedsinstitut  
Dampfærgevej 27-29  
Postboks 2595  
2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00  
Fax +45 35 29 84 99  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

  
Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut  
Dampfærgevej 27-29  
Postboks 2595  
2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00  
Fax +45 35 29 84 99  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-703-4 (elektronisk version)  
ISSN 0904-1737

DSI projekt 2602

Design: DSI og MONTAGEbureauet ApS  
Forsidefoto: Colourbox



## Forord

Der er solid dokumentation for, at medicinsk praksis varierer mellem lande, regioner, sygehuse, afdelinger og læger, samt at variationerne ikke alene kan tilskrives befolkningsforskelle eller forskelle i kvaliteten af den leverede behandling. Der er også solid dokumentation for variationer i behandlingstilbud mellem forskellige alment praktiserende læger. Dette er et oplagt problem for et sundhedsvæsen, der ønsker at levere ensartede sundhedstilbud af høj kvalitet til alle borgere i Danmark. Samtidig er der ikke meget, der tyder på, at vi endnu har forstået årsagerne til disse variationer til bunds. Udbredelsen af internet og udviklingen af systematiske oversigter, der sammenfatter og vurderer den kliniske evidens for medicinsk praksis, har således – mod forventning – ikke mindsket variationerne i medicinsk praksis nævneværdigt.

Nærværende rapport består af fire delanalyser, som tilsammen tegner et nuanceret billede af anvendelsen af kliniske vejledninger i almen praksis. Rapporten rejser en væsentlig problemstilling og antyder forklaringer på, hvorfor kliniske

vejledninger har haft begrænset effekt for udbredelsen af ensartet behandling i almen praksis.

Projektet er gennemført af Dansk Sundhedsinstitut i samarbejde med Anders Munck, praktiserende læge og leder af Audit Projekt Odense ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet; Jørgen Peter Ærthøj, cand.med., tilknyttet Kvalitetsenhed for Almen Praksis i Region Nord; Jens Jørgen Damsgaard, alment praktiserende læge; Thomas Bo Nielsen, konsulent i Praktiserende Lægers Organisation og Martin Bagger Brandt, chefrådgiver i Danske Regioner.

Vi takker interviewpersonerne for deres deltagelse. Vi takker også de to eksterne reviewere, seniorforsker Marius Brostrøm Kousgaard fra Forskningsenheden for Almen Praksis, København, og professor Marjukka Mäkelä fra Afdelingen for Almen Medicin, Københavns Universitet.

Bevilling til projektet er givet af Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut.



Jesper Nørregaard  
Projektchef  
Dansk Sundhedsinstitut

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Introduktion</b> .....	<b>9</b>
1.1 Baggrund .....	9
1.1.1 Variationsforskning .....	9
1.1.2 Evidensbaseret medicin .....	9
1.1.3 Definition af kliniske vejledninger .....	11
1.2 Metode .....	12
1.2.1 Litteraturgennemgang .....	12
1.2.2 Kvalitetsudvikling af almen praksis med fokus på kliniske vejledninger .....	12
1.2.3 Alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af kliniske vejledninger .....	12
1.3 Studiets begrænsninger .....	13
<b>2. Litteraturgennemgang</b> .....	<b>14</b>
2.1 Praksisvariation og kvalitetsarbejde i international litteratur .....	14
2.1.1 Metoder og strategier til kvalitetsudvikling .....	14
2.2 Praksisvariation og kvalitetsarbejde i almen praksis i Danmark .....	15
2.2.1 Metoder og strategier til kvalitetsudvikling i dansk almen praksis .....	15
2.3 Diskussion af litteraturgennemgangen .....	17
2.4 Konklusion .....	17
<b>3. Kvalitetsudvikling af almen praksis med fokus på kliniske vejledninger</b> .....	<b>18</b>
3.1 Nationale kliniske vejledninger .....	18
3.2 Landsdækkende kliniske vejledninger .....	19
3.3 Regionale vejledninger .....	19
3.4 Patientforløbsbeskrivelser herunder sundhedsaftaler og pakkeforløb .....	20
3.5 Digitale videnssystemer .....	21
3.6 Overenskomsten .....	21
3.6.1 Den Danske Kvalitetsmodel .....	21
3.6.2 Nyt honorarsystem .....	22
3.7 Diskussion af kvalitetsudviklingsinstitutionernes arbejde med kliniske vejledninger .....	22
3.8 Konklusion .....	22

<b>4. Alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af kliniske vejledninger</b>	<b>24</b>
4.1 Beskrivelse af de medvirkende alment praktiserende læger og deres praksis	24
4.1.1 Lægehusene	24
4.1.2 De alment praktiserende lægers faglige opdateringer	25
4.1.3 Case 1: Foranderlige vejledninger for almen praksis	26
4.1.4 Case 2: Samarbejde mellem læge og sygeplejerske omkring vejledninger	27
4.1.5 Opsamling på beskrivelsen af lægerne og deres hverdag med opdatering og kliniske vejledninger	27
4.2 To medicinske cases: Type 2-diabetes og luftvejslidelser	28
4.2.1 Type 2-diabetes	28
4.2.2 Lungebetændelse	33
4.3 Diskussion	37
4.4 Konklusion	37
<b>5. Sammenligning af norske og danske praktiserende lægers holdninger til kliniske vejledninger</b>	<b>39</b>
5.1 Baggrund	39
5.1.1 Sundhedsvæsenets organisation i Norge og Danmark	39
5.2 Metode	39
5.3 Resultater	40
5.4 Diskussion	40
<b>6. Tværgående analyse</b>	<b>41</b>
<b>7. Konklusion</b>	<b>43</b>
<b>Litteratur</b>	<b>45</b>

## Resumé

Formålet med dette studie er at forbedre vores viden om variation og ensartethed i almen praksis. Studiet er tilrettelagt på en delvis ny måde, idet en interviewundersøgelse af lægernes faglige opdatering og brug af vejledninger kobles med en undersøgelse af de aktører, der udvikler kvalitet og vejledning for almen praksis. Analyserne heraf kobles sluttelig med en sammenligning mellem danske og norske alment praktiserende lægers holdninger til kliniske vejledninger.

Studiet består af 4 delundersøgelser.

**Litteraturgennemgangen** beskriver den eksisterende viden om klinisk praksisvariation og strategier til sikring af ensartet høj behandlingskvalitet. Der bliver søgt i international og dansk litteratur.

Det fremgår af den *internationale litteratur*, som består i oversigtsartikler, at der siden 1970'erne har været mange og forskellige forsøg på at udvikle og måle ensartet høj kvalitet i almen praksis. Målingerne viser, at der er relativt store variationer i ydelserne. Der er derimod ikke opnået konsensus om, hvordan man bedst implementerer vejledningerne i almen praksis.

I den *danske litteratur*, som består af primærttekster, kan man skelne mellem to tendenser: studier med effektmålinger af konkrete interventioner, og studier der anskuer behandlingsvalget i en større kontekst. De studier, der anskuer alment praktiserende lægers behandlingsvalg i et bredere perspektiv, viser, at lægernes behandlingsvalg træffes på baggrund af andet end vejledningerne. Bl.a. nævnes adgang til bestemte ydelser, det lokale patientgrundlag, lægens kliniske skøn, præferencer, køn, alder, deltagelse i faglige miljøer samt patienternes økonomi og evne til egenomsorg.

Danske og internationale studier er enige om, at kliniske vejledninger alene er en ineffektiv metode til at implementere vejledninger (1-3). I en ca. 10-års periode var der tilsyneladende tiltro til, at såkaldt 'koordineret implementering' eller 'skræddersyet implementering' gav god effekt. Her benyttedes kliniske vejledninger sammen med andre former for påvirkning som eksempelvis økonomiske incitamenter, offentligt pres (fx medier og patientforeninger) og ændring af administrative rammer. I denne periode skulle en effektiv implementeringsindsats være flerstrengt, kontekstafhængig og fokusere på andet end bare viden og videndeling (4). Imidlertid ser nyere forskning ud til at have vist, at selvom de fleste former for implementering har lidt effekt på nogle klinikere, har man endnu ikke fundet en samlet metode, der kan få klinikere til at levere den høje, ensartede kvalitet i behandlingen, som man ønsker.

Den nutidige tendens ser ud til at være et stærkere fokus på måling, kontrol og monitorering af behandlingen.

Kapitlet **Kvalitetsudvikling af almen praksis med fokus på kliniske vejledninger** beskriver de forskellige aktører, som udvikler og implementerer vejledninger til almen praksis. Kapitlet viser, at der findes en række institutioner, som arbej-

der på såvel internationalt, nationalt, regionalt og lokalt niveau. Disse aktører indbefatter såvel offentlige som private institutioner. De mange aktører har udviklet og udvikler fortsat forskellige tiltag relateret til kvalitetssikring i praksis, fx vejledninger, Medicinske Teknologi Vurderinger (MTV), patientforløb, patientpakker, diagnosekodning og audit. Sundhedsstyrelsen og overenskomstens parter er centrale i dette arbejde med at sikre kvaliteten af almen praksis, idet de samler og blåstempler de forskellige institutioner, der arbejder indenfor feltet.

Den nye overenskomst beslutter at udbrede Lægehåndbogen – der er inkorporeret i sundhed.dk – som kilde til faglig opdatering. Dette sætter store krav til samarbejdet mellem de forskellige aktører på området, således at det sikres, at viden i Lægehåndbogen til enhver tid er opdateret. I overenskomsten lægges der yderligere op til, at datafangstmodulet og ICPC-kodning integreres i alle almen praksis og således ikke længere er en frivillig ordning. Kodningen er dog kun et krav i forbindelse med visse kroniske sygdomme.

Kapitlet om **Alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af kliniske vejledninger** viser, at de alment praktiserende lægers praksis og ændringer heri fastlægges i de mange temmelig forskelligartede faglige fællesskaber, som lægerne indgår i med bl.a. kollegaer i praksis, på sygehuse, i lægevagten, på kurser samt med deres praksispersonale. Undersøgelsen viser, at de interviewede læger helst benytter kliniske vejledninger fra de offentligt styrede og støttede institutioner som Dansk Selskab for Almen Medicin, Institut for Rationel Farmakologi og Lægehåndbogen. Nogle af lægerne er temmelig kritiske over for medicinalindustrien, hvor andre er yderst positive over for den.

Der er udvalgt to medicinske cases: type 2-diabetes og luftvejslidelser. De to medicinske cases fremviste markante forskelle. Hvor lægerne ikke ser ud til at have oplevet skift i antibiotikaordination, som i lægernes optik 'altid' har været restriktiv, oplever de markante forandringer i brugen af metformin. Metformin har eksisteret længe, men har igennem de sidste 15 år udviklet sig fra et relativt marginalt stof for overvægtige diabetikere til et skandaleramt stof, som blev slettet fra tilskudslisten, frem til det stof der i dag promoveres som et standardmedikament for diabetes. Casene tydeliggør dermed de omskiftelige forhold, som lægernes faglige opdatering foregår under.

En generel konklusion på interviewdelen er, at de alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af vejledninger sker i en foranderlig verden, hvor magtfulde private og offentlige aktører udvikler og ændrer de medicinske metoder og vejledninger, som de alment praktiserende læger bør benytte. En anden generel konklusion er, at de alment praktiserende læger ser ud til at forholde sig positivt til de mange forskellige krav, tilbud og muligheder for faglig opdatering, som de præsenteres for.

Indadtil i de enkelte almene praksis bruges vejledningerne. I alle de medvirkende praksis foregår noget af samar-

bejdet med sygeplejerskerne, som i stigende grad bliver inddraget i nye lægefaglige opgaver. Vejledningerne er således ikke blot skrevet for læger, men også for sygeplejersker. I forhold til samarbejdet mellem deres kollegaer og de ansatte sygeplejersker var de interviewede læger opmærksomme på vigtigheden af at benytte ensartede behandlinger, vejledninger og behandlingsregimer.

**Sammenligningen af danske og norske praktiserende læger** viser, at der er store ligheder både mellem de to sundhedssystemer og mellem de alment praktiserende lægers oplevelser og holdninger. Dog er der i forhold til kliniske retningslinjer markante forskelle. Norske praktiserende læger er således mere kritiske over for sammenblandingen af økonomiske og kliniske hensyn i de kliniske vejledninger end deres danske kollegaer. Norske praktiserende læger ser også ud til

at forme stærkere alliancer med patienterne vendt mod myndighederne, end de danske gør. I kapitlet argumenterer vi for, at denne forskel skal forstås som en konsekvens af det faktum, at danske myndigheder har anvendt kliniske vejledninger igennem længere tid end de norske myndigheder.

I det afsluttende kapitel samles kapitlernes indsigter i en **Analytisk tværgående diskussion** om dette studies bidrag til variationsforskningen. Her argumenteres der for, at den hidtidige implementering af kliniske vejledninger kan have haft begrænset effekt i forhold til skabelsen af ensartede ydelser af høj kvalitet. Den holdningsændring i retning af accept af kliniske vejledninger, som danske praktiserende læger ifølge den komparative undersøgelse har, forklares med, at vejledningerne ikke har lagt væsentlige hindringer i vejen for lægernes 'kliniske frihed'.





# 1

## Introduktion

Der er stor interesse for at udvikle de roller og funktioner, som almen praksis skal have i det samlede fremtidige sundhedsvæsen. Herunder indgår interessen for at udvikle redskaber, hvormed man bedre kan organisere og styre almen praksis. Målsætningen bag denne interesse er at skabe en almen praksis, hvor kvaliteten af ydelserne er ensartet, høj og veldokumenteret (5, 6). Et af de midler, der oftest og mest systematisk er blevet – og stadig bliver – anvendt i dette kvalitetsudviklingsarbejde, er kliniske vejledninger.

I denne rapport anlægger vi et bredt perspektiv på alment praktiserende lægers anvendelse af kliniske vejledninger. Vi ser således ikke blot på kliniske vejledninger i den helt snævre forstand, men undersøger også de relevante sammenhænge, som kliniske vejledninger indgår i og anvendes i forhold til. Studiet forbedrer dermed forståelsen for et af de vigtigste redskaber, som sundhedsvæsenets beslutningstagere har til rådighed, når de ønsker at styrke en ensartet, høj kvalitet af ydelserne i almen praksis. Rapporten udgør et væsentligt input til alle de aktører, der er involveret i dette arbejde, herunder Danske Regioner, Praktiserende Lægers Organisation, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Dansk Selskab for Almen Medicin og Regionerne. Rapporten henvender sig også til de institutioner, der nationalt, lokalt og regionalt arbejder med udvikling af almen praksis. Alle disse institutioner vil vi det følgende samle under betegnelsen 'kvalitetsudviklingsinstitutioner'.

Rapporten består af fire delundersøgelser:

1. Litteraturgennemgang. Hvad siger litteraturen om variation i klinisk praksis? Hvad ved vi, og hvad ved vi ikke?
2. Kortlægning af "kvalitetsudviklingsfeltet". Hvilke aktører er involveret i udviklingen af kliniske vejledninger (bredt defineret)? Hvilke vejledninger udvikler de, og hvordan arbejder de med deres implementering?
3. Analyse af praktiserende lægers anvendelse af vejledninger samt af faglig opdatering. Hvornår ændrer praktiserende læger opfattelse af, hvad der er god behandlingspraksis på et givent område, og hvordan bestemmes de nye opfattelser?
4. Komparation til Norge. Hvad er forskelle og ligheder i praktiserende lægers holdninger til og brug af kliniske vejledninger i de to lande?

Delundersøgelse 1, 2 og 3 afrapporteres i denne rapport. Delundersøgelse 1 er dog med visse ændringer også afrapporteret i en af Sundhedsstyrelsens publikationer (7). Delundersøgelse 4 afrapporteres i tre artikler, hvoraf en er udgivet (8), en er under review og en er under udarbejdelse.

## 1.1 Baggrund

### 1.1.1 Variationsforskning

Selvom det tidligere var blevet undersøgt (9), var det først med Wennberg et al.'s epidemiologiske undersøgelser fra 1970'erne og frem, at man for alvor blev opmærksom på de eksisterende store variationer i klinisk praksis (10, 11). Den almindelige opfattelse indtil da var, at variationer i sundhedsvæsenets behandlinger altovervejende kunne forklares ud fra variationer i befolkningers sygdomsforekomst samt med graden af behandlinger af disse sygdomme. Man troede således, at sundhedsvæsenet i al væsentlighed tilpassede sig befolkningens behov. Wennberg et al. sammenlignede imidlertid i The Dartmouth Atlas of Health Care (12) variationer i klinisk aktivitet i mere end 300 sygehusdistrikter i USA og viste betydelige variationer, som ikke kan forklares på disse måder. Fx påvises en 2-fold variation i antal hospitalssenge på højt estimerede og i øvrigt sammenlignelige universitetshospitaler, en 3-fald variation i antal læger, en 4-fold variation i antal koronare bypassoperationer og en faktor 8-variation i antallet af radikale prostektomier. I ingen af disse tilfælde har man fundet en sikker association mellem operationshyppigheder og det endelige patient-outcome. Variationerne kunne heller ikke forklares med sociodemografiske forhold eller tilgrundliggende morbiditet (13, 14).

Variationerne i klinisk aktivitet er bedst dokumenteret i USA med The Dartmouth Atlas of Health Care (12) samt i England med The NHS Atlas of Variation in Healthcare (15). I Danmark er der med NIP-data og andre registeroplysninger taget mindre tilløb til systematisk undersøgelse af variationerne i Det Nationale Indikatorprojekt (16). Dog vurderer danske forskere, at de danske tiltag er 'uden dybtgående ledsagende analyser, forskning og systematisk implementering af forandring' (14):21. En rapport om henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark bekræfter, at der er betydelige variationer i det danske sundhedsvæsen (17). Rapporten konkluderer bl.a., at ca. halvdelen af variationerne i henvisninger til speciallæger og sygehuse ikke kan forklares med patientrelaterede faktorer, læge- og praksisrelaterede faktorer eller af udbuddet af speciallæger og sygehuse. En stor del af disse u-forklarede variationer kan derimod henføres til 'geografiske faktorer', som rapporten dog 'ikke kan præcisere yderligere'. Rapportens forklaringsforslag er, at man 'lokalt kan have traditioner, kulturer og samarbejdsformer af betydning for henvisningsmønsteret' (ibid.).

### 1.1.2 Evidensbaseret medicin

Eksistensen af variationerne viser, at ikke alle patienter modtager den samme behandling. Det er derfor usandsynligt, at alle patienter modtager optimal behandling. De store variationer i klinisk praksis tydeliggør således den grundlæggende problemstilling, som evidensbaseret medicin forholder sig til, nemlig at sikre, at sundhedsvæsenet ikke tilbyder patienterne virkningsløse ydelser eller ydelser, som er mere skadelige end

gavnige, men at sundhedsvæsenet tilbyder ydelser med dokumenteret effekt. Evidensbaseret medicin kan således defineres som 'den samvittighedsfulde, eksplicite og velovervejede anvendelse af den på tidspunktet bedste behandling i valg af behandling af individuelle patienter' (18).

Jonathan Lomas, der har beskæftiget sig med den rolle, som evidensbaseret forskning spiller for klinisk praksis, skelner i en vigtig artikel mellem tre måder, hvorpå den evidensbaserede information kan videreformidles fra forskningsinstitutioner til klinikere (4); passiv diffusion, aktiv disseminering eller koordineret implementering. *Passiv diffusion* består i, at forskere publicerer forskningsresultater, som klinikere efterfølgende selv opsøger, vurderer og anvender. *Aktiv disseminering* består i, at anerkendte institutioner syntetiserer forskningsresultaterne i kliniske vejledninger, således at metoderne bliver lettere tilgængelige for klinikere. *Koordineret implementering* benytter i tillæg til de af aktiv disseminering anvendte metoder en hel række forskellige kanaler til at påvirke klinikerne til at anvende forskningsresultaterne på de tiltænkte måder.

Ifølge Lomas var den passive diffusion dominerende frem til ca. 1990, hvorefter den aktive disseminering vandt indpas. Udviklingen fra passiv diffusion til aktiv disseminering skete sideløbende med et gennembrud i anvendelsen af de kliniske vejledninger, som i stigende grad blev sanktioneret af de medicinske specialselskaber og af statslige kvalitetsudviklingsinstitutioner (6). Udvik-

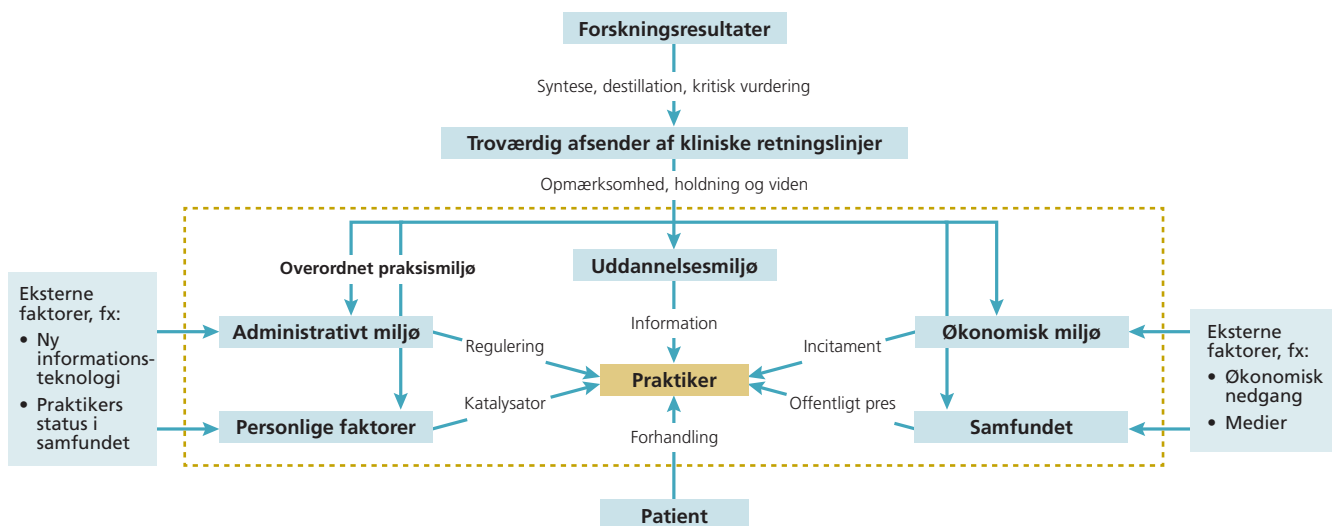
lingen i retning af stigende brug af koordineret implementering af kliniske vejledninger foregik fra ca. 1990'erne frem til omkring 2005. Imidlertid er det empirisk blevet vist – og gradvist også anerkendt – at heller ikke den koordinerede implementering eller de forskellige forsøg på præcisering af denne metode har klar og veldokumenteret effekt (19).

Den koordinerede implementering udviklede forskellige modeller til at forstå de sammenhænge, som kliniske vejledninger indgår i. Nedenfor skitserer vi to af disse modeller.

Lomas skitserer i figur 1 de faktorer, som øver indflydelse på klinikers behandlingsvalg (4). Det fremgår, at den enkelte læge indgår i et samlet praksismiljø, som Lomas underinddeler i administrativt, personligt, økonomisk og samfundsmæssigt miljø. Det administrative miljø påvirker lægen via regulering og påvirkes selv af eksterne faktorer, fx ny teknologi. Lægens personlige miljø øver bl.a. indflydelse gennem den status, læger har i samfundet. Det økonomiske miljø påvirker lægen via incitamenter og påvirkes selv af brede økonomiske samfundsforhold. Det samfundsmæssige miljø påvirker lægen gennem offentligt pres og påvirkes selv af forhold, som fx medierne. Endelig påvirkes lægens behandlingsvalg af forhandlinger med patienterne. De kliniske vejledninger/vejledninger fungerer i modellen som et bindeled mellem de specialiserede forskningsmiljøer og de kliniske forhold.

Cabana et al. reviewede resultaterne fra 120 spørgeskemaundersøgelser og 5 kvalitative undersøgelser af barrierer for

**Figur 1: Lomas' model for koordineret implementering (4), egen oversættelse**



Kilde: Efter Lomas 1993: *Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth*. *Mil-bank Q*; 71(3):439-475, s. 445.

lægers anvendelse af kliniske vejledninger (20). De grupperer undersøgelsesresultater efter, om de har indflydelse på lægers viden, holdninger eller adfærd. Resultatet fremstår af figur 2. Figuren illustrerer, hvordan faktorer med indflydelse på lægens viden angives at være manglende fortrolighed og opmærksomhed, som igen er associeret til mængden af information, den tid det tager at holde sig informeret, samt vejledningernes tilgængelighed. Faktorer med indflydelse på lægens holdninger er manglende enighed med den givne vejledning og/eller vejledninger generelt, manglende resultatforventning og manglende motivation/inerti ved den tidligere praksis.

### 1.1.3 Definition af kliniske vejledninger

Selvom der findes flere definitioner af kliniske vejledninger, er der rimelig enighed om indholdet af disse definitioner. Field og Lohr definerede i 1990 kliniske vejledninger som *systematisk udviklede tilkendegivelser, der kan assistere praktiker og patient i beslutninger om, hvad der udgør passende sundhedstjeneste under specifikke kliniske omstændigheder* (21). I sundhedsvæsenets begrebsbase defineres kliniske vejledninger på lignende vis som "en evidensbaseret anbefaling, der anvendes i klinisk praksis, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer" (22).

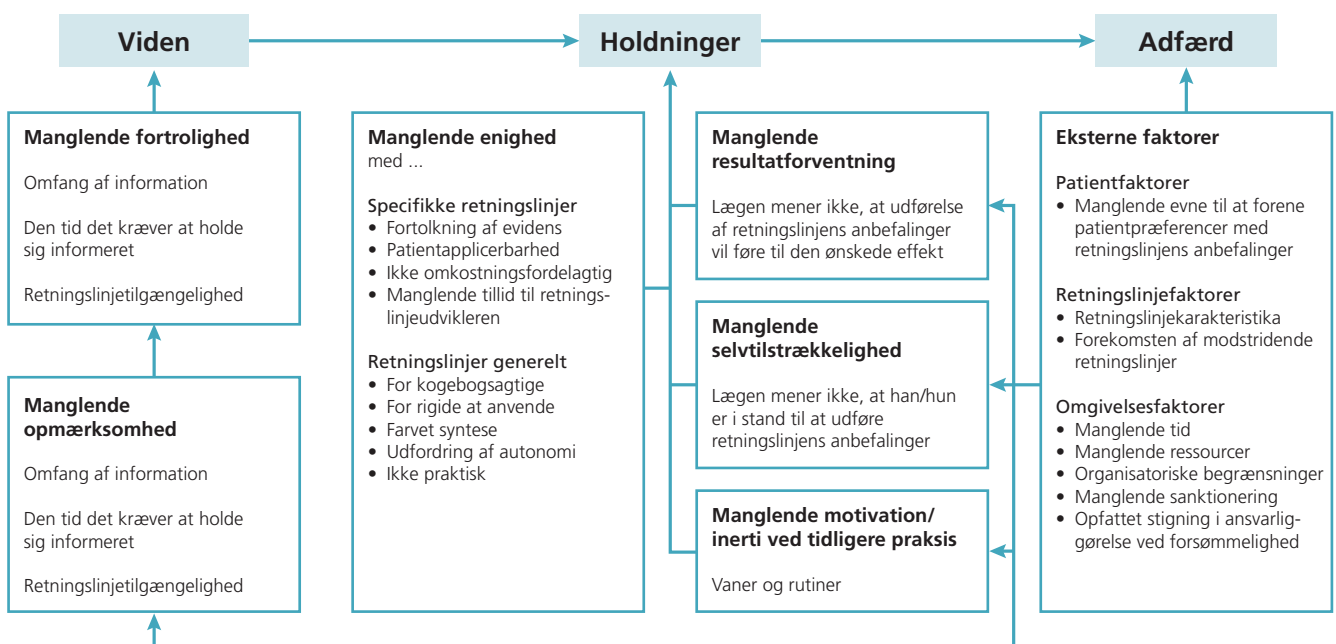
I en nutidig dansk sammenhæng skal man imidlertid være opmærksom på, at kliniske vejledninger indgår i en hel

række forskellige sammenhænge, som er med til at forme såvel anvendelsen som indholdet af de kliniske vejledninger.

Her er det for det første vigtigt at være opmærksom på, at kliniske vejledninger indgår i forskellige *kliniske sammenhænge*. Kliniske vejledninger skal således anvendes med den faglighed og kliniske ekspertise, der findes i almen praksis, hvor bl.a. patientens præference og den konkrete kliniske kontekst har betydning for, hvordan vejledningens anbefalinger skal følges (23, 24). Denne kontekstuelle forståelse af kliniske vejledninger er i overensstemmelse med anbefalingerne fra Dansk Selskab for Almen Medicin, der fremhæver, at deres kliniske vejledninger ikke skal ses som standarder, men som en løsningsmodel blandt andre, hvor det i høj grad er vigtigt at tilpasse denne viden til patienten og den kliniske hverdag (25).

For det andet skal man være opmærksom på, at *kliniske vejledninger i klinikken ofte anvendes i sammenhæng med andre kliniske kvalitetsudviklingsystemer* såsom referencemodeller, kvalitetsmodeller og patientforløbsprogrammer. Eksempelvis indbefatter Den danske kvalitetsmodel udvikling af sygdomsspecifikke kliniske vejledninger og indikatorer. I dette eksempel bindes de kliniske vejledninger op på bestemte indikatorer, hvormed man monitorerer og kontrollerer, om de kliniske vejledninger følges. Et andet eksempel er patientforløb, som defineres som *summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglig-*

Figur 2: Barrierer for klinikerens anvendelse af kliniske vejledninger



Kilde: Efter Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wy AW, Wilson MH, Abboud PA et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA; 282(15):1458-1465, s. 1459.

ge ydelse (26). Forløbet strækker sig fra den første kontakt hos praktiserende læge, og indtil patientens behov er opfyldt. I forhold til et patientforløb understøtter den kliniske vejledning forskellige handlinger, hvilket bl.a. betyder, at flere fag bidrager med egne eller tværfagligt udarbejdede vejledninger i et enkelt forløb (24). Et tredje eksempel er referenceprogrammer, hvor de samme elementer som i patientforløbet indgår, men hvor man tillige medtager organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser, som de kliniske vejledninger således også skal understøtte (24).

Kliniske vejledninger er således kontekstafhængige, dels i forhold til den kliniske kontekst, dels i forhold til den 'pakke', som den kliniske vejledning indgår i, når den anvendes i den kliniske sammenhæng.

I denne rapport vil begrebet kliniske vejledninger blive anvendt i sammenhæng med alle tiltag i sundhedsvæsenet, der indbefatter systematisk udvikling af klinisk praksis, herunder også patientforløb på tværs af eller inden for specifikke sundhedsfaglige sektorer. Der er både bagdele og fordele ved denne begrebsanvendelse. Bagdelen er, at begrebet 'klinisk vejledning' bliver mere uskarpt. Fordelen er, at vi får et tydeligere blik for de sammenhænge, som de kliniske vejledninger anvendes i.

## 1.2 Metode

Nedenfor følger en beskrivelse af de forskellige metoder, der blev anvendt i delundersøgelserne.

### 1.2.1 Litteraturgennemgang

Formålet med litteraturgennemgangen er at undersøge, hvad der er skrevet om variation i klinisk praksis.

Der blev foretaget en systematisk litteratursøgning i databaserne PubMed, Cinahl, Embase, Cochrane og SveMed og for den danske litteratur desuden særskilt i Månedsskrift for Praktisk Lægegering og Practicus. Der blev søgt på litteratur publiceret i perioden 2002-2010 (sommer) på engelsk, dansk, norsk eller svensk.

Der blev søgt på kombinationer af følgende søgeord (afhængig af de enkelte databasers søgetermer):

- Physician's practice patterns/Practice Patterns/Clinical Practice
- Guideline as a Topic/Practice guideline
- Guideline Adherence
- Quality Assurance/Quality of Health Care/Quality Improvement
- Evidence based Medicine
- Variation
- Family practice/General practice/Hospital.

I den store mængde international litteratur om kvalitet i praksis og om brug af vejledninger er der taget udgangspunkt i oversigtsartikler, som forsøger at forklare praksisvariation og/eller metoder til at imødekomme praksisvariation. Den danske litteratur er mindre omfangsrig, og der er derfor her taget udgangspunkt i originallitteratur – dog kun litteratur der beskriver eller forklarer praksisvariation og/eller metoder til at imødekomme praksisvariation.

### 1.2.2 Kvalitetsudvikling af almen praksis med fokus på kliniske vejledninger

Formålet med afsnittet er at beskrive de aktører, der er involveret i udviklingen af kliniske vejledninger samt deres arbejde med implementeringen.

Metoden var afsøgning af relevante tekster og hjemmesider, herunder Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E), Audit Projekt Odense, de tre forskningsenheder for almen praksis, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner.

### 1.2.3 Alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af kliniske vejledninger

Formålet med denne del af studiet er at undersøge de praktiserende lægers anvendelse af vejledninger og deres faglige opdatering.

### Udvælgelsen af lægepraksis til interviews

For at få adgang til data om lægernes ordinationer af medicin udvalgte vi alment praktiserende læger, som deltog i kvalitetsudviklingsprojektet Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield And Use of Antimicrobial Drugs In the Treatment of Respiratory Tract Infection (Happy Audit) 2008-2009<sup>1</sup>. Via brev inviteredes alle praktiserende læger, der medvirkede i Happy Audit, og som arbejdede i en af de udvalgte to regioner, Region Nord og Region Sjælland. Imidlertid var der ganske få, som tilmeldte sig. Ud af de tilmeldte foretog vi en strategisk udvælgelse ud fra region, praksistype (solo, kompagniskab eller samarbejdspraksis) samt antal læger i praksis. Tabel 1 (næste side) viser udvælgelsesmatrixen, antal læger i de største praksis, samt at der ikke blev fundet praksis med flere end tre læger i Region Sjælland.

### Udvælgelse af medicinske cases

De to medicinske cases blev udvalgt ud fra to kriterier: Det første kriterium var, at casene skulle repræsentere områder, hvor der var udviklet kliniske vejledninger. Kriteriet skulle sikre, at lægerne og vi meningsfuldt kunne tale om, hvorvidt lægerne fulgte behandlingsvejledningerne på området eller ej. Det andet kriterium var, at der skulle være temmelig stor variation i de alment praktiserende lægers praksis i forhold til

1 Happy Audit er en del af Audit Projekt Odense (APO), som er et selvstændigt projekt under Forskningsenheden for Almen Praksis. Formålet med APO er at udvikle og gennemføre kvalitetsudviklingsprojekter baseret på aktivitetsregistrering i almen praksis. I 2008-2009 fokuserede audit på at få lægerne til at reducere ordinationen af antibiotika.

behandlingen. Dette kriterium skulle sikre, at der var betydelige forskelle, samt sandsynligvis forbedringsmuligheder.

I samarbejde med kvalitetskonsulent i Region Nord, Jørgen Peter Ærthøj, udvalgte vi ordination af metformin for type 2-diabetes samt ordination af antibiotika for luftvejslidelser. Der er god evidens for, hvornår der skal ordineres henholdsvis metformin for type 2-diabetes (27) henholdsvis antibiotika for luftvejslidelser (28). For begge typer medicin gælder, at de alment praktiserende lægers ordination er temmelig svingende (29, 30).

De to medicinske cases illustrerer endvidere henholdsvis indførelse af *ny* behandling (metformin i forhold til diabetes) og *restriktion* i allerede etableret behandling (antibiotika i forhold til lungebetændelse). Studier har antydnet, at der er en tendens til, at man i sundhedsvæsenet har vanskeligere ved at *afsløre* allerede etablerede praksisformer end ved at *tillære* nye praksisformer (20). De to cases kan således belyse, hvordan lægerne forholder sig til vejledninger, der indfører og aflærer ordinationspraksis.

### Interviews

Alle læger i de to regioner blev inviteret til at deltage. De deltagende læger har praktiseret imellem 7 og 25 år. Seks af dem var mænd. I fire praksis blev én læge interviewet. I lægehuset med to læger i Region Nord deltog begge læger, og i et af lægehusene med fire læger deltog tre læger i interviewet. Lægerne modtog betaling for at deltage.

Alle interviews fulgte følgende form:

1. Intervieweren forklarer lægerne om formålet med undersøgelsen, om udvælgelsen af læger (som ovenfor beskrevet) samt om den overordnede struktur for interviewet.
2. Vil du beskrive dig selv og din lægepraksis?
3. Hvad gør du for at holde dig fagligt opdateret?

### 4. Type 2-diabetes:

- a) Hvordan identificeres patienterne i din praksis?
- b) Hvordan behandles patienterne i din praksis (med særlig fokus på metformin)?
- c) Hvilke ændringer har der været i brugen af metformin?

### 5. Luftvejslidelse:

- a) Hvordan identificeres patienterne i din praksis?
- b) Hvordan behandles patienterne i din praksis?
- c) Hvilke ændringer har der været i brugen af antibiotika?

Intervieweren lod lægerne selv udvikle deres fortællinger og stillede afklarende spørgsmål og sørgede for, at hvert emne blev gjort færdigt, før et nyt blev begyndt. Der var dog to undtagelser, idet intervieweren specifikt stillede spørgsmål til metformin ved behandling af diabetes samt til antibiotika ved behandlingen af lungebetændelse, hvis lægen ikke selv kom ind på det.

### Statistik

Oplysninger om antallet af metformin-ordinationer blev stillet til rådighed af Danske Regioner for lægepraksis i Region Sjælland og af Region Nordjylland for lægepraksis i Region Nordjylland. Oplysninger om antibiotikaordinationer blev stillet til rådighed af Audit Projekt Odense (APO).

### 1.3 Studiets begrænsninger

Studiets væsentligste begrænsning ligger i størrelsen af populationen af praktiserende læger. Vi har således blot udført et enkelt interview med alment praktiserende læger fra seks lægehuse. Det er ikke muligt på baggrund af et så begrænset udvalg af alment praktiserende læger at sige noget validt om lægernes holdninger eller praksis. Studiet prætenderer derfor ikke at sige noget udtømmende om de alment praktiserende lægers brug af kliniske vejledninger. Studiet tilbyder derimod empirisk forankrede overvejelser og analyser af de praktiserende lægers brug af kliniske vejledninger.

**Tabel 1: Matrix for udvælgelse af lægehuse i undersøgelsen**

Størrelse	Praksistype	Region Nord	Region Sjælland
1 læge	Solopraksis	x	x
2 læger	Kompagniskab	x	x
Flere end 3 læger	Samarbejde	x (4 læger)	
	Kompagniskab	x (4 læger)	

# 2 Litteraturgennemgang

Formålet med litteraturgennemgangen er at undersøge, hvad litteraturen siger om variation i klinisk praksis.

Litteraturgennemgangen er todelt. Første del har til formål at opnå viden om, hvad der internationalt er 'state of the art' i arbejdet med på den ene side at forstå klinisk praksisvariation og på den anden side at skabe en ensartet høj behandlingskvalitet. Denne del bygger på oversigtsartikler, som beskriver aktuelle tanker og metoder om kvalitetssikring. Den anden del har til formål at opnå viden om praksisvariation og erfaringer med kvalitetsarbejde i almen praksis i Danmark. Denne del bygger dels på forskningsartikler publiceret i danske eller udenlandske tidsskrifter, dels på tilgængelige lokale evalueringsrapporter.

## 2.1 Praksisvariation og kvalitetsarbejde i international litteratur

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er et område, som har fået og stadig får stor opmærksomhed. Det afspejler sig i den store mængde af litteratur om kvalitetsudvikling samt i mangfoldigheden af anvendte strategier og metoder.

I 1970'erne påviste den amerikanske læge og epidemiologi John E. Wennberg klinisk praksisvariation inden for små geografiske områder. Med dette fund argumenterede Wennberg for, at klinisk praksisvariation ikke kun er en følge af sundhedsvæsenets forskellige organisering og udbud (fx forsikringsdækning og adgang til bestemte ydelser) og det lokale patientgrundlag. Lægens kliniske skøn og præferencer medvirker også til variationerne, særligt når der opstår usikkerhed om, hvad der er god klinisk praksis (11). Andre har fremhævet, at lægers valg af behandling påvirkes af flere ikke-kliniske forhold. Herunder hører fx patientrelaterede faktorer såsom økonomisk formåen, evne til egenomsorg og ønsker til behandling. Studier har også vist, at fx lægens køn, alder og deltagelse i faglige miljøer har betydning for lægens behandlingsvalg. Endelig kan organisatorisk, geografisk og administrativ kontekst forklare dele af forskellene i behandlingsvalg (31-33).

Langt de fleste aktører i sundhedsvæsenet er enige i, at behandling skal være baseret på klinisk evidens ud fra betragtninger om at sikre ensartet høj behandlingskvalitet og reducere omkostningerne til behandlingen. Alligevel viser adskillige studier, at der på de fleste områder er lang vej mellem forskningsbaserede anbefalinger (ofte i form af kliniske vejledninger) og klinikeres behandlingsvalg. Flere studier forklarer dette fænomen med eksistensen af forskellige barrierer. Barriererne er bl.a. relateret til, om klinikere formår at holde sig opdateret om ny viden, om de er enige i vejledningernes budskaber og tror på, at de kan gennemføre dem i praksis, og om de organisatoriske og administrative forhold understøtter implementeringen af vejledningerne (20, 34, 35).

Det store fokus på og tiltro til evidensbaseret medicin bliver dog også brugt som en forklaring på praksisvariation. Evidensba-

seret medicin bygger på standardiserede forskningsmetoder, som bl.a. indebærer en selekteret og mere end almindeligt homogen undersøgelsespopulation samt et behandlingsforløb, der følger en helt bestemt protokol. Anbefalinger, der bygger på sådanne specielle forhold, lader sig vanskeligt tilpasse lokal praksis (36).

### 2.1.1 Metoder og strategier til kvalitetsudvikling

Implementering af kliniske vejledninger er uden tvivl den strategi, som fylder mest i litteraturen. Formålet med kliniske vejledninger er at sammenfatte og formidle forskningsresultater, som derved bliver lettere at omsætte til praksis for det kliniske personale. Udlevering af kliniske vejledninger til klinikkerne fører dog ikke i sig selv til, at vejledningerne bliver fulgt (1-3). En bærende tanke i forhold til at implementere kliniske vejledninger – bl.a. præsenteret af Jonathan Lomas i starten af 1990'erne under navnet koordineret implementering – er, at information alene ikke er nok til at påvirke klinikeres adfærd. Økonomiske incitamenter, offentligt pres (fx medier og patientforeninger), patienter, administrative rammer m.m. påvirker også de valg, som klinisk personale træffer i en behandlingssituation. Derfor bør en effektiv implementeringsindsats være flerstrengt, kontekstafhængig og fokusere på andet end bare viden og videndeling (4).

Flere studier har forsøgt at kortlægge, hvilke barrierer der findes for, at kliniske vejledninger bliver fulgt. Den overordnede konklusion er, at barriererne er mangeartede og bl.a. knytter sig til klinikeren, patienten, sundhedssystemet og vejledningernes udformning (20, 34, 37, 38). Denne konklusion bekræfter altså den koordinerede implementeringsstrategi som en fornuftig og farbar vej.

Samtidig har man målt effekten af konkrete metoder til at påvirke klinisk personales behandlingsvalg. Herunder hører bl.a. en nyere serie af systematiske reviews udgivet af Cochrane (39-44). Selvom de har undersøgt meget forskellige metoder, er konklusionerne stort set enslydende: Effekterne er små til moderate, der er stor variation i effektstørrelsen, og det er ofte ikke muligt at afgøre resultaternes kliniske relevans. Samme konklusioner kommer et review af strategier til implementering af kliniske vejledninger fra 2004 frem til. Forfatterne tilføjer desuden, at langt de fleste studier sammenligner en konkret metode med ingen intervention, og at man derfor ikke kan sige noget om metodernes indbyrdes forhold. Samtidig lider mange studier af for dårlige beskrivelser af kontekstuelle forhold (fx potentielle barrierer), som kan have påvirket resultaterne, og det er derfor ikke muligt at afgøre, om effekterne kan genfindes i andre kontekster end de undersøgte (19).

En litteraturgennemgang gennemført af DSI i 2009 af sundhedsprofessionelles brug af kliniske vejledninger konkluderer, at påmindelser (fx via computerbaserede systemer), uddannelsesbesøg<sup>2</sup> og kombinationen af flere strategier til at påvirke

2 En metode, hvor sundhedsprofessionelle bliver informeret om den ønskede adfærdændring og baggrunden herfor af en trænet person, fx fra medicinalindustrien.

sundhedsprofessionelles adfærd gennemgående viser en positiv effekt. Samme litteraturgennemgang viser, at studier af metoder som audit, feedback og påvirkning fra lokale opinionsledere kun viser positive effekter i nogle tilfælde, hvorimod passiv diffusion i form af skriftligt materiale konsistent har vist sig at være ineffektivt. Studierne er gennemført i meget forskellige kontekster og blandt flere forskellige professionsgrupper, hvilket yderligere gør det vanskeligt at udpege den mest effektive strategi. En anden væsentlig konklusion i denne publikation er, at langt de fleste studier udelukkende forsøger at påvirke adfærd gennem viden og altså ikke tager højde for Lomas' pointer om en flerstrengt og koordineret implementering (7).

Det er generelt værd at bemærke, at der ikke er nogen klar forbindelse mellem de studier, som identificerer barrierer og efterspørger koordineret implementering, og de studier der undersøger konkrete implementeringsstrategier. En undtagelse herfra er en nyere, mindre gruppe af studier, som undersøger effekten af såkaldt skræddersyet implementering (tailored interventions). Pointen med skræddersyet implementering er, at der ikke eksisterer en ideel implementeringsstrategi, men at man skal identificere og adressere kontekstspecifikke barrierer (dvs. grundlæggende samme tankegang som ved koordineret implementering). Heller ikke her er det muligt at påvise overbevisende resultater. Det er desuden uklart, hvordan de kontekstspecifikke barrierer er identificeret og knyttet til en specifik implementeringsstrategi i de pågældende studier (39).

Litteraturen bærer dog præg af, at feltet ser et stort potentiale i den koordinerede/skræddersyede implementering (45-47), men er også præget af stor usikkerhed omkring, hvordan den gribes an i praksis. Eksempelvis skriver McDonald et al.: "While medicine has a long history of investigating what works and why, we have fairly limited understanding of the causal mechanisms of interventions to improve health care quality". Derfor forslås et langt større fokus på og forståelse for teorier om adfærdsforandring blandt de aktører, som designer og planlægger konkrete interventioner (48). En sådan viden kan medvirke til at målrette valget af strategier og metoder og tilpasse dem til de barrierer, som optræder i en specifik kontekst (46, 48, 49).

Andre diskuterer, om det er for ensidigt at se manglende efterlevelse af vejledninger som et resultat af barrierer. Kousgaard et al. indvender bl.a., at det er urealistisk at kortlægge generelle årsagssammenhænge, da der i sundhedsvæsenet er så mange aktører og faktorer i spil, som påvirker organisationer og individers handlinger. Derfor er det vanskeligt at pege på isolerede variables betydning for praksis. Empiriske studier har desuden vist, at der ikke altid er overensstemmelse mellem de barrierer, som læger fremhæver, og barrierens betydning for lægernes adfærd. Barrierers betydning kan også variere over tid, ligesom det ofte ikke er muligt at gennemskue et implementeringsforløb fra start til slut. Kousgaard et al. foreslår derfor, at man i stedet for at forsøge at planlægge og kontrollere implementeringsprojekter i alle detaljer bør betragte implementering som en organisatorisk læreproces, hvor man er nødt til at eksperimentere og improvisere undervejs (50).

En tendens i kvalitetsudvikling, hvis effekt er mindre belyst, er ideen om at fokusere på strategier, som sigter mod organisatoriske forandringer frem for kun at påvirke den enkelte læge, sygeplejerske etc. til at ændre adfærd. Kvalitetsudvikling kan således ske gennem ændret personalesammensætning, nye journalsystemer (fx elektroniske patientjournaler) og kliniske informationssystemer (51, 52). Strategier som bl.a. Total Quality Management (TQM), hvor lokale ledere og medarbejdere løbende identificerer og udvikler løsninger på lokale kvalitetsproblemer, kan også nævnes. Frem til 2005 var der dog ingen studier, som havde overbevist feltet om, at denne type af strategier var den gyldne løsning (53, 54).

## 2.2 Praksisvariation og kvalitetsarbejde i almen praksis i Danmark

Den danske litteratur om praksisvariation i dansk almen praksis kan opdeles i to overordnede grupper. Første gruppe omhandler studier af, om praktiserende læger udfører behandling svarende til en bestemt klinisk vejledning. Disse studier konstaterer primært, i hvilket omfang praktiserende læger afviger fra vejledningerne (55-57).

Den anden gruppe af studier forsøger i bredere forstand at forklare klinisk praksisvariation i almen praksis, især i forhold til medicinordination. En hypotese er, at der er sammenhæng mellem patientsammensætningen – i form af alder og antallet af konsultationer pr. patient – og praktiserende lægers udskrivningsmønster (58). Et studie udvikler hypotesen ved at inddrage lægernes brug af diagnostiske tests som en tredje variabel (59). Et interviewstudie undersøger praktiserende lægers valg af analoge medicinske præparater. Her fremgår det, at praktiserende læger vælger medicinsk præparat ud fra andet end de kliniske vejledninger. Forhold som præparatets pris, viden om patienternes økonomiske formåen, patienternes krav og forventninger, personlige erfaringer med præparatets effekt og doseringsform (fx hvor ofte præparatet skal indtages, og om det er i fast eller flydende form) påvirker også lægernes valg. I studiet konkluderes det, at de praktiserende lægers behandlingsvalg hverken er kaotisk eller struktureret: det er ikke muligt at påvise en almengyldig og lineær struktur, men i hvert enkelt tilfælde afvejer lægerne forhold i relation til den konkrete patient, præparatet og eksterne forhold som pris og eksisterende vejledninger og træffer på den baggrund en beslutning om behandlingsvalg (60). Til gengæld fremstår lægernes personlige interesseområder ikke som en del af forklaringen (61).

### 2.2.1 Metoder og strategier til kvalitetsudvikling i dansk almen praksis

Litteraturen om kvalitetsarbejde i almen praksis fra 2002 til nu vidner om, at mange og forskelligartede tiltag er afprøvet. Adskillige er sammenfaldende med de indsatser, som er foretaget i international sammenhæng, fx implementering af kliniske vejledninger, forskellige typer af audit og indikatormåling med efterfølgende skriftlig eller mundtlig feedback.

Som internationale studier også har vist, medfører adgang til kliniske vejledninger i sig selv sjældent ændringer i behandlingsadfærd. Flere danske studier har undersøgt effekten af at kombinere kliniske vejledninger med feedback til almen praksis. Disse studier viser en tendens til, at skriftlig feedback til praksis – fx om deres samlede ordinationsmønster sammenlignet med andre praksis – ikke medfører ændret behandlingsadfærd (62, 63). Et studie forklarer dette med, at lægerne ikke nødvendigvis ser variation som et problem, og at feedback på et meget aggregeret niveau derfor ikke ansporer lægerne til at handle anderledes. Lægerne efterspørger i stedet feedback på patientniveau, således at de direkte oplever at få mulighed for at forbedre patienternes behandling (64). I en evaluering af medicingennemgange på patientniveau finder man på baggrund af praktiserende lægers selvrapportering, at denne metode kan føre til ændringer (65). Nogle studier har undersøgt effekten af skriftlig feedback kombineret med opfølgende besøg i praksis, men resultaterne varierer fra nogen effekt (66, 67) til ingen effekt (68). Det samme gælder studier, der undersøger effekten af forskellige kombinationer af kliniske vejledninger, feedback, opfølgende besøg og faglig opdatering/undervisning (69-71).

Audit Projekt Odense (APO) beskrev i 2002 en metode til kvalitetsudvikling for almen praksis. De læger, der deltog i og evaluerede APO-projekter, mener, at metoden skærper den kritiske sans og øger fokus på det faglige indhold. APO-metoden indebærer en indledende analyse af den enkelte praksis' kvalitet på et bestemt område. Dette følges op af en diskussion af, hvordan praksis kan forbedre deres præstation på området. Herefter følger aktiviteter, som skal medvirke til, at den nye behandlingspraksis bliver implementeret (fx workshops, uddannelse). Til sidst måles kvaliteten. I 2002 viste en mindre evaluering af denne metode en effekt på de områder, som var udvalgt til forbedring (72). Siden er APO-metoden blevet grundigere evalueret og har bl.a. vist forbedret behandlingspraksis på diabetesområdet (73).

Diagnosekodning og dataopsamling (datafangst) blev ligeledes i 2002 nævnt som et relevant redskab til kvalitetsudvikling i almen praksis. Diagnosekodning indebærer, at de praktiserende læger koder deres patienter efter ICD-klassifikationssystemet, hvorved de efterfølgende kan udtrække data om patienternes helbredtstilstand (fx blodtryk og blodsukterniveau) sammenholdt med specifikke diagnoser, medicinordinationer, laboratoriedata etc. Når dataudtræk sammenholdes med kvalitetsindikatorer, får de praktiserende læger indblik i kvaliteten af deres egen behandling. Også denne metode forholder de alment praktiserende læger sig positivt til (74). Diagnosekodning som redskab til kvalitetsudvikling er primært afprøvet i behandling af diabetespatienter. I et studie bestod interventionen i et kursus i diagnosekodning, hvor formålet var at forbedre de alment praktiserende lægers kendskab til patientpopulationen. De deltagende praksis indberettede endvidere kvalitetsindikatorer for alle diabetespatienter til APO. APO udarbejdede en fælles rapport med udtræk fra alle praksis samt en mindre praksisspecifik rapport, hvor den

enkelte praksis fik sine resultater oplyst og analyseret. Kurset skulle hjælpe deltagerne til at overveje arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale i forhold til diabetespatienterne. I evalueringen konkluderes det, at diagnosekodning forbedrer de praktiserende lægers overblik over deres patienter og giver anledning til indførelse af mere systematik i diabetes-håndteringen i forhold til kontroller og diagnostiske tests, samt at det for nogle fører til revision af arbejdsdelingen i praksis (75).

Et studie (CAP-studiet) er lidt i tråd med tankegangen bag diagnosekodning og datafangst, idet man her bad praktiserende læger om at gennemgå behandlingsforløb, hvor patienterne inden for en etårig periode var blevet diagnosticeret med kræft. Gennemgangen byggede på et spørgeskema omhandlende patientens symptomer og behandlingsforløb. Interview med de deltagende læger antyder, at lægerne på baggrund af denne systematiske gennemgang af patientforløb overvejer nye procedurer for det kliniske arbejde. Fx blev kommunikation med patienten, tidsforløb og inddragelse af patienten fremhævet som områder, hvor lægerne havde opdaget et forbedringspotentiale. Brug af virkelighedsnære cases frem for 'lærebogseksempler' blev desuden fremhævet som en god metode, da det indfanger kompleksiteten og mulighederne for forandring i det daglige arbejde (76).

I 2009 gik overvejelserne på tilrettelæggelse af en model for kvalitetsudvikling, som kunne indgå i den Danske Kvalitetsmodel. DAK-E foreslog i den forbindelse en hollandsk inspireret model for akkreditering af almen praksis. Modellen indebærer indsamling af udvalgte data om fx de faglige resultater, praksisdrift og -organisation og målinger af patienttilfredshed. Dette følges op af et besøg af en praksiskonsulent, som sammen med den enkelte praksisorganisation tilrettelægger en treårig handleplan. Opnår praksis forbedringer i relation til den treårige handleplan, bliver praksis akkrediteret. Denne model er afprøvet med rimeligt positive tilbagemeldinger i Holland (77). Med inspiration fra denne model har Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet sammen med Praktiserende Lægers Organisation og Danske Regioner udarbejdet en model for akkreditering af almen praksis. Heri indgår en standard omhandlende implementering af ny viden, herunder også kliniske vejledninger. Modellen skal pilot-testes frem til sommeren 2012.

I almen praksis såvel som i det øvrige sundhedsvæsen nærmer kvalitetsudvikling og organisationsudvikling sig mere og mere hinanden. Praksis Matrix er et eksempel på et projekt, som sigter mod at hjælpe alment praktiserende læger med at udpege og udvikle konkrete områder i deres organisation af praksis. På baggrund af et skema med i alt 11 temaer – bl.a. registrering af kliniske data, brug af kliniske vejledninger, medicinordination, personaleledelse og efteruddannelse – gennemfører alle læger og ansatte i den enkelte praksis en gruppediskussion og definerer udviklingsmål for det kommende år. Denne proces, som gentages efter et år, er styret af en ekstern facilitator, der selv er praktiserende læge. Praksis Matrix er afprøvet i Danmark blandt 56 praksis, og syv praksis er evalueret



efter to besøgsrunder. Evalueringen viser, at de deltagende praksis opfatter Praksis Matrix som en unik mulighed for at samle alle aktører i praksis til diskussioner af drift, organisation og samarbejde. Omvendt oplever ingen af de evaluerede praksis, at der er sket forandringer i kommunikation og samarbejde i hverdagen som følge af deltagelse i Praksis Matrix. Flere alment praktiserende læger er positivt stemt over for flere opfølgende besøg, fx i form af ekstern konsulentbistand på områder, som rækker udover lægernes umiddelbare kompetenceområder (78-80).

### 2.3 Diskussion af litteraturgennemgangen

Både international og dansk litteratur viser stor og varieret aktivitet inden for kvalitetsudvikling. Kliniske vejledninger indgår på forskellige måder i de fleste former for kvalitetsudvikling. Litteraturen viser, at tilgængelige kliniske vejledninger i sig selv sjældent fører til ret store kliniske forandringer eller forbedringer. I en periode var der stor tiltro til effekten af flerstreget implementering af kliniske vejledninger, altså implementering hvor der blev benyttet forskellige metoder både over tid – fx implementering af den samme vejledning flere gange eller anvendelse af reminders – og ad forskellige kanaler – fx både internet, praksisbesøg og kursus. Tiltroen til flerstreget implementering ser imidlertid ud til at være dalet, idet flere nye undersøgelser har dokumenteret yderst begrænset effekt deraf. En overordnet konklusion på de mange meget forskelligartede forsøg på at styrke kvalitetsudviklingen gennem anvendelse af kliniske vejledninger ser således ud til at være, at de fleste former for implementering af kliniske vejledninger virker på nogle klinikere, men at ingen former for implementering af kliniske vejledninger virker på alle eller blot på et flertal af klinikere.

Nye former for kvalitetsudvikling for almen praksis griber – tilsyneladende i stigende grad – direkte ind i organisation og hverdag i almen praksis, fx med krav om diagnosekodning eller

om en øget systematik i dokumentation eller kontinuerligt kvalitetsarbejde. Kvalitetsudvikling er her tæt sammenvævet med organisationsudvikling. Wennbergs variationsforskning kan ses som en del af denne nyere tendens i retning af mere sammenhængende analyser af og indgreb i såvel de strukturelle forhold for klinikerne som i forhold tættere på den enkelte klinikers egne oplevelser af og begrundelser for kliniske behandlingsvalg.

### 2.4 Konklusion

Den gennemgåede internationale litteratur bestod af oversigtsartikler. I en del af denne litteratur samler man op på metodernes egnethed, men ingen af de vurderede metoder til kvalitetsudvikling i almen praksis har kunnet overbevise bredt om deres egnethed. Selvom flere forsøgsordninger har været lovende, har det været vanskeligt at dokumentere nogen stor klinisk effekt. For ældre og mere gennemprøvede metoder gælder, at de mest lovende resultater kun har vist lille fremgang. De nye, ovenfor nævnte metoder – der i højere grad griber ind i organisation og hverdag i almen praksis, fx diagnosekodning – er ikke så gennemprøvede endnu.

Den gennemgåede danske litteratur bestod (på grund af det begrænsede udvalg) både af oversigtsartikler og evalueringer af konkrete kvalitetsudviklingstiltag i almen praksis. Denne litteratur kan sammenfattes i to grupper. Den ene gruppe evaluerer effekten af konkrete kvalitetsudviklingstiltag i almen praksis. Som for de internationale evalueringer er effekten her begrænset. Dog kunne det se ud til, at evalueringer af de nye mere indgribende tiltag har større effekt end de tidligere implementeringsforsøg. Den anden gruppe litteratur fokuserer på kontekstuelle forhold og peger på, at vejledninger og kvalitetsudviklingstiltag påvirkes af en lang række forskellige forhold.

# 3 Kvalitetsudvikling af almen praksis med fokus på kliniske vejledninger

Formålet med dette kapitel er at beskrive de aktører, der er involveret i udviklingen af kliniske vejledninger for almen praksis. Vores samlede begreb for disse institutioner er 'kvalitetsudviklingsinstitutioner'.

Da det er svært at adskille udviklingen af kliniske vejledninger fra det øvrige kvalitetsudviklingsfelt, vil vi i denne kortlægning inddrage aktører, der spiller en væsentlig rolle for kvalitetsudvikling generelt og herunder i særlig grad fokusere på konkrete eksempler knyttet til udviklingen af kliniske vejledninger. De styringsmæssige rammer beskrives med udgangspunkt i overenskomsten indgået mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings og Takstnævn (RTLN). Den øvrige rammesætning er baseret på rapporter og andet materiale fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), Odiprac, Sundhedsstyrelsen, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E), Lægeforeningen, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Forskningsenheden for Almen Praksis samt sundhed.dk.

I materialet fra disse institutioner skelnes der mellem nationalt og regionalt niveau, og på nationalt niveau skelnes der yderligere mellem nationale vejledninger, der udgår fra Sundhedsstyrelsen, og landsdækkende vejledninger der udgår fra eksempelvis specialeselskaberne. Sundhedsaftaler og pakkeforløb er eksempler på tiltag, der er blevet til som et samarbejde mellem aktører

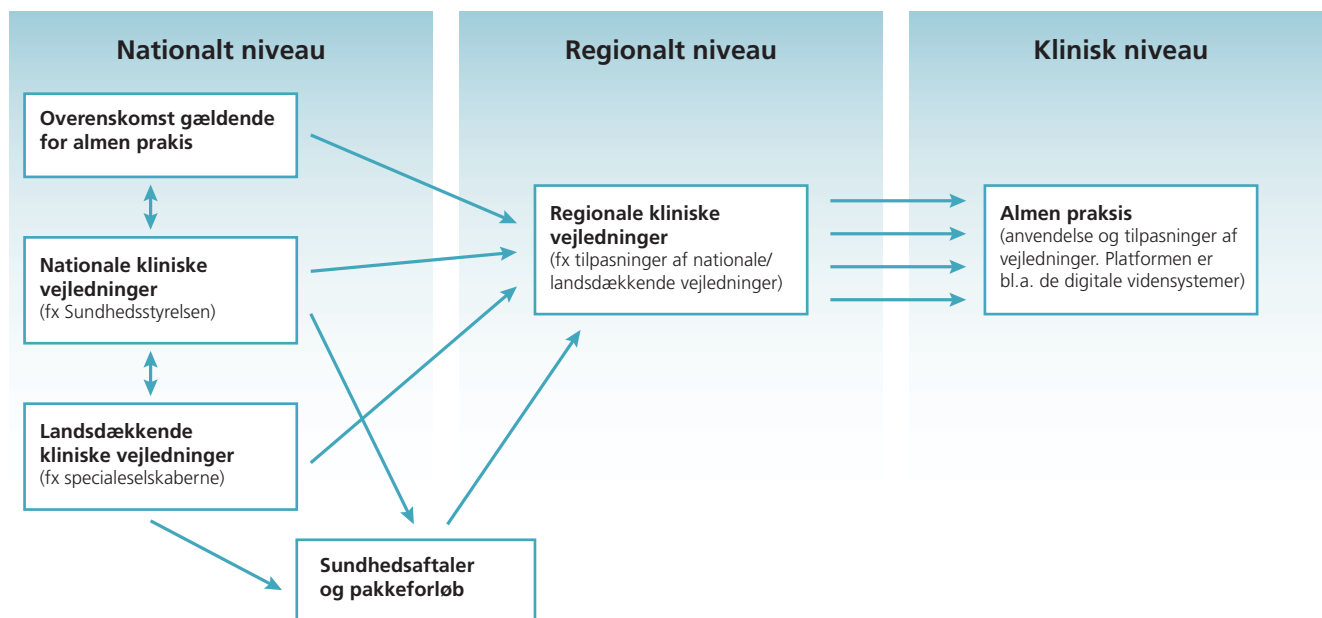
på nationalt og regionalt niveau. Denne klassifikation af kliniske vejledninger danner rammen for den følgende gennemgang.

## 3.1 Nationale kliniske vejledninger

De nationale kliniske vejledninger er udviklet eller godkendt af Sundhedsstyrelsen (81). Nationale kliniske vejledninger indgår i medicinske teknologivurderinger, vejledninger fra Institut for Rationel Farmakoterapi samt den danske kvalitetsmodel.

I 1997 blev det lovmæssigt besluttet at etablere Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Dette center blev senere lagt sammen med Evalueringscenter for Sygehuse, fik navnet Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) og blev organisatorisk underlagt Sundhedsstyrelsen. Senest er MTV-arbejdet blevet organiseret under enheden for Dokumentation af Kvalitet og Standardisering i Sundhedsstyrelsen. Ifølge Sundhedsstyrelsen er en medicinsk teknologivurdering (MTV) en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi. Formålet med en MTV er bl.a. at bidrage til en mere effektiv ressourceudnyttelse i det danske sundhedsvæsen. MTV har fokus på at være anvendelsesorienteret i forhold til beslutningstagning og planlægning samt i klinikken (82). MTV skal således bygge bro mellem videnskab og praksis og håndtere

Figur 3: Forståelsesramme for kliniske vejledninger i Danmark



Pilene viser, hvorledes nogle typer af beskrivelser er styrende for indholdet i andre. I praksis er der dog en løbende udveksling på tværs af sektorer mv.

Kilde: Egen tilvirkning efter Map of Medicine-projektet.

den kompleksitet, der hersker inden for ethvert felt. En dansk MTV har typisk fire komponenter, nemlig teknologi, økonomi, patient og organisation. Under teknologiafsnittet behandles anvendelsesområdet, evidensen og mulige risici ved teknologien. Patientperspektivet omhandler både sociale og psykologiske forhold samt de etiske aspekter ved tiltaget. Ved organisation menes strukturelle faktorer ved indførelse af teknologien og faktorer relateret til arbejdstilrettelæggelse og miljø. Endelig inkluderes drifts- og samfundsøkonomiske overvejelser ved implementering af den medicinske teknologi (83). Flere af MTV-rapporterne omhandler udelukkende behandling i hospitalsregi, men en række af rapporterne har enten indirekte betydning for rutiner i almen praksis eller omhandler specifikt problemstillinger knyttet til almen praksis. Eksempler på danske MTV'er, der omhandler specifikke problemstillinger knyttet til almen praksis, er MTV om forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis, tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital samt senest en MTV-rapport om synsscreening af førskolebørn (82).

Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) er knyttet til Lægemiddelstyrelsen. Instituttets opgave er at forbedre uhensigtsmæssige ordinationsvaner. IRF yder neutral information om hensigtsmæssig brug af lægemidler i forhold til parametrene bedst effekt, færrest alvorlige bivirkninger og laveste omkostninger. Udover vejledninger udgiver IRF månedlige nyhedsbreve, hvor brugen af udvalgte lægemidler vurderes (84). I samarbejde med regionerne administreres endvidere basislisten.dk. På basislistens hjemmeside findes de fem regioners lokale anbefalinger vedrørende førstevalg af lægemidler i primærsektoren. Målgruppen er alment praktiserende læger, der hermed hjælpes til at foretage det mest rationelle valg af lægemiddel på baggrund af effekt, bivirkning og pris. Basislisten er et eksempel på, at der er et overlap mellem nationale og regionale vejledninger (85).

Den danske kvalitetsmodel danner rammen for en række af de tiltag, der udvikles med udgangspunkt i de af overenskomsten fastlagte kvalitetsudviklingsprojekter. Modellen er et nationalt kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet udviklet i et samarbejde på tværs af sektorer og med involvering af erhvervslivet. Formålet er at fremme samarbejde, skabe sammenhængende patientforløb og løbende dokumentere og synliggøre kvalitetsudvikling. Kvalitetsmodellen udvikles af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), som bl.a. har udgivet en række standarder for god kvalitet. En indikator for god klinisk praksis på sygehusområdet er, at der foreligger kliniske vejledninger for enhedens hyppigst forekommende patientgrupper og for patientgrupper med komplicerede udrednings-, behandlings-, pleje- eller rehabiliteringsudfordringer. Såfremt der foreligger nationale kliniske vejledninger, bør enhedens kliniske vejledninger tage udgangspunkt i disse, og evt. fravalg af relevante kliniske vejledninger skal beskrives i journalen (86, 87).

IKAS sigter primært mod sygehussektoren, men også i almen praksis pågår udvikling af en dansk kvalitetsmodel (se afsnit 3.6). Specifikt for almen praksis er således oprettet den almenmedicinske kvalitetsenhed (DAK-E), som er en udløber af det almenmedicinske kvalitetsprojekt (DAK), der forløb i perioden 2002-2005. Formålet med DAK var at udarbejde kvalitetsindikatorer for almen praksis, understøtte it-anvendelse, udvikle metoder til sikring af patientperspektiv og brugerinddragelse samt at kvalitetsudvikle sammenhængende patientforløb. Det arbejde videreførte DAK-E frem til 2011 (88). Med vedtagelsen af den seneste overenskomst er DAK-E's aktiviteter ændret, således at der fremover primært fokuseres på udvikling af datafangstmodul og ICPC-kodning<sup>3</sup> (89). Formålet med datafangstmodulet er at opsamle data til kvalitetsudvikling og forskning. De opsamlede data vedrører medicin, ydelseskoder, laboratoriedata og ICPC-koder. Indsamlingen af data skal være mindst muligt indgribende for lægen og fremme ensartet registrering og kodning blandt alment praktiserende læger (88, 89).

### 3.2 Landsdækkende kliniske vejledninger

Landsdækkende kliniske vejledninger er udviklet i klinisk praksis eller af de medicinske specialeselskaber/sammenslutninger (81, 90). De landsdækkende kliniske vejledninger indgår bl.a. i udarbejdelsen af pakkeforløbene på kræft- og hjerteområdet. Endvidere indgår de som et væsentligt element i udviklingen af de regionale vejledninger. Det skønnes, at cirka 10 specialeselskaber har udviklet vejledninger inden for deres arbejdsområde, herunder bl.a. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) (90).

DSAM er et specialeselskab for speciallæger i almen medicin samt for yngre læger under uddannelse til specialet. DSAM har sammen med PLO, Danske Regioner og forskellige specialeselskaber udgivet kliniske vejledninger målrettet brug i almen praksis. Vejledningerne skal formidle god klinisk praksis inden for udvalgte områder tilpasset de faglige og organisatoriske forhold i almen praksis. DSAM's kliniske vejledninger skal give den praktiserende læge en kortfattet, opdateret, praktisk vejledning til håndtering af en sygdom, en udredning eller et andet praksisrelevant problem. Vejledningerne er én måde at løse opgaver, men det understreges, at der kan være andre ligeværdige måder. Vejledningerne skal således ifølge DSAM ikke opfattes som standarder, men ses som en samling af den eksisterende viden, som oftest er så omfattende, at den enkelte alment praktiserende læge ikke er i stand til selvstændigt at tage stilling dertil (25, 91).

### 3.3 Regionale vejledninger

De regionale vejledninger består i overvejende grad af en tilpasning af de nationale og landsdækkende kliniske vejledninger til regional/lokal kontekst.

3 International Classification of Primary Health Care (ICPC). Diagnoseklassifikationssystem for almen praksis. ICPC-koder er inddelt i 17 grupper, som dækker kroppens organsystemer; en gruppe der dækker almene og uspecificerede symptomer, og en gruppe der dækker sociale forhold. Derudover sker der også en inddeling i symptomer og sygdomme. Det er frivilligt at anvende ICPC-koder for den alment praktiserende læge.

Under Dansk Selskab for Almen Medicin er oprettet praksiskonsulentordningen (PKO). PKO er et netværk, der skal styrke samarbejdet mellem sekundærsektoren og primærsektoren. En af arbejdsopgaverne for praksiskonsulenten er at medvirke ved udarbejdelsen af guidelines. Praksiskonsulenten skal bl.a. tage stilling til indholdet i rekommandationer fra sygehuse til almen praksis og sikre, at de bliver anvendelige i almen praksis. Praksiskonsulenten er således en væsentlig drivkraft i udviklingen af regionale vejledninger (92, 93). PKO har endvidere etableret mere synlige kontakter mellem lægepraksis og sygehuse i form af adresselister, telefonnumre mv. til potentielle kontaktpersoner inden for de forskellige specialer.

I den seneste overenskomst for almen praksis har alment praktiserende læger – som ved den forrige overenskomst – mulighed for at indgå lokale aftaler. Det fremhæves, at lokale aftaler om forløbsprogrammer, henvisningsvejledninger mv. kan nødvendiggøre afvigelser eller suppleringer til den gældende overenskomst. Dette er acceptabelt, hvis aftalerne indberettes til overenskomstens parter.

Forskningsenhederne for almen praksis er lokaliseret i København, Århus og Odense. Formålet med forskningsenhederne er at udbygge forskning i og om almen praksis med forankring decentralt i den primære sundhedstjeneste. Forskningen finansieres med midler fra PLO, RTLN og staten samt med eksterne fondsmidler til specifikke projekter (94). Under forskningsenheden i Odense forløber det selvstændige projekt Audit Projekt Odense (APO), hvis formål er at udvikle og gennemføre kvalitetsudviklingsprojekter baseret på aktivitetsregistrering i almen praksis. En audit efter APO-konceptet indbefatter en prospektiv registrering af et centralt emne, eksempelvis brug af antibiotika/penicillin til behandling af bronkitis eller lungebetændelse. På baggrund af registreringen modtager hver deltager en individuel rapport med egne samt de samlede resultater for projektet. Resultaterne vurderes på et efterfølgende opfølgingskursus, hvor også en kursusplan for det næste år tilrettelægges (95).

Den elektroniske patientjournal indeholder 'fraser', der på tilsvarende vis som kliniske vejledninger kan støtte lægen til at huske alle planlagte elementer i konsultationen. Fraserne er faste standardtekster, som danner en grundstruktur for den enkelte konsultation, hvilket i særlig grad kan være nyttigt ved kroniske patienter, hvor der foreligger kliniske vejledninger for behandlingen. Fordelene ved fraser er endvidere, at de sikrer, at lægen strukturerer notater, så de kan læses af andre. Endelig kan fraserne medvirke til at konkretisere klinikens politikker for og hensigter med behandlingen. Fraserne kan udvikles af den praktiserende læge selv, men der kan også hentes inspiration på DSAM's hjemmeside, hvor de praktiserende læger i et oprettet forum kan udveksle erfaringer om fraserne (96).

### 3.4 Patientforløbsbeskrivelser, herunder sundhedsaftaler og pakkeforløb

Patientforløbsbeskrivelser, herunder sundhedsaftalerne og pakkeforløbene, synliggør mulighederne for at danne bro mellem nationale, landsdækkende og regionale kliniske vejledninger. I

patientforløbsbeskrivelser er der fokus på kvalitet og koordinering af indsatser på tværs af sektorer. Som visitator for det øvrige sundhedsvæsen spiller den alment praktiserende læge en væsentlig rolle i koordineringen af disse indsatser. Da alle indsatserne endvidere har fokus på kvalitetsudvikling, herunder brug af eksisterende kliniske vejledninger, er dette eksempler på områder, hvor kvalitetsarbejdet har udmøntet sig i mere eller mindre konkrete aftaler.

Forløbsbeskrivelserne er ikke et eksakt politisk initiativ stadfæstet ved lov, men skal mere ses som et overordnet begreb, der også indbefatter de lovfæstede sundhedsaftaler og pakkeforløb. Patientforløbsbeskrivelser defineres som beskrivelse af ideel klinisk praksis for patientforløb (22). Ved en patientforløbsbeskrivelse forstås en afgrænset patientgruppes vej gennem sundheds- og sygehusvæsenet. Der beskrives et standardforløb, hvor koordineringen mellem de sundhedsfaglige beslutninger og handlinger og de organisatoriske elementer opridses. Forløbsbeskrivelser fungerer godt i forhold til kroniske sygdomme, da de kan hjælpe alle involverede sektorer og parter til forståelse for, hvilken del af patientforløbet de hver især skal varetage. Patientforløbsbeskrivelserne sikrer endvidere anvendelse af evidensbaserede anbefalinger. Patientbeskrivelserne kan udarbejdes casebaseret, retrospektivt eller prospektivt (26, 81). Særligt i almen praksis er forløbsbeskrivelserne udbredte. Således har almen praksis udviklet en række handlingsorienterede beskrivelser af, hvad den alment praktiserende læge skal gøre i forhold til bestemte patientgrupper. Det skal fremhæves, at disse forløbsbeskrivelser ofte kun omfatter forløbet i almen praksis og således ikke tydeligt knytter an til andre sektorer eller faggrupper. Forløbsbeskrivelserne i almen praksis knytter typisk an til ICPC-diagnoser (97).

Sundhedsaftalerne er et eksempel på en patientforløbsbeskrivelse. I 2006 blev den første lov om sundhedsaftaler vedtaget og senere revideret i 2009. Lovens formål er at forbedre sammenhæng og koordinering af indsatsen i patientforløb, der går på tværs af regioner og kommuner. Alle regioner og kommuner skal minimum én gang i hver valgperiode udarbejde en sundhedsaftale. I 2009 skulle regioner og kommuner fokusere på seks indsatsområder: indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, indsats for mennesker med sindslidelser samt opfølgning på utilsigtede hændelser. I den reviderede sundhedsaftale fra 2009 lægges der endvidere vægt på, at de praktiserende læger så vidt muligt skal involveres og omfattes af sundhedsaftalerne (98). Ifølge evalueringsrapporten fra 2010 var der et generelt ønske blandt regioner og kommuner om at udvikle indikatorer, der kunne bidrage til at måle effekten af sundhedsaftalerne. Disse indikatorer tænkes i vid udstrækning at være relateret til de kliniske vejledninger, der er aftalt parterne imellem (99). Med kliniske vejledninger blandt praktiserende læger som fokus synes der således at være basis for, at sundhedsaftalerne kan bidrage til faglig opdatering blandt praktiserende læger.

Et andet eksempel på patientforløbsbeskrivelser er pakkeforløbene på kræft- og hjerteområdet. Pakkeforløbene er udviklet inden for de livstruende sygdomsforløb, der kræver en særlig hurtig behandling. Dette afspejles i det fokus, der er på tidsrammerne for de enkelte trin i processen. Såfremt der foreligger kliniske vejledninger på området, er disse anvendt til udarbejdelsen af pakkeforløbene. Pakkeprogrammerne monitoreres tæt, og der er indlagt målepunkter, der skal gøre det muligt at evaluere, om pakkeforløbene fungerer efter hensigten (100). I kortlægningen af Map of Medicine-projektet fremhæves de standardiserede pakkeforløb af repræsentanter fra sygehuse og almen praksis som gode eksempler på velfungerende samarbejde mellem regioner og specialeselskaber. Enighed om logistik, udredning og monitorering har medført effektivitet. Endvidere fremhæves det, at pakkeforløbene er velegnede til regional og lokal implementering (97).

### 3.5 Digitale vidensystemer

De fem regioner anvender forskellige digitale videnssystemer eller platforme, hvor de samler administrative og kliniske vejledninger. De nuværende digitale systemer er præget af det igangværende arbejde med at tilpasse de tidligere amters systemer til hver region. I alle regionerne er der indført to forskellige typer af systemer: dokumentstyringssystemer der er målrettet sygehusektoren, og praksisinformationssystemer der er målrettet almen praksis. Dokumentstyringssystemerne er forskellige fra region til region (97). Praksisinformationssystemerne synes umiddelbart mere ensartet på tværs af regionerne, idet de alle er knyttet til praksisinformation på sundhed.dk. To regioner har etableret egne hjemmesider, hvorfra informationen om eksempelvis regionale kliniske vejledninger automatisk kopieres til sundhed.dk, mens de resterende regioner indtaster og vedligeholder information direkte på sundhed.dk. Alle systemerne på sundhed.dk bygger på den samme tekniske skabelon og det samme layout, men den enkelte region har ansvaret for opdatering og vedligeholdelse af systemet. Det er imidlertid tydeligt, at der foregår en betragtelig inspiration og genbrug regionerne imellem. Indholdet i systemet struktureres efter ICPC-koder, som er linket mellem den elektroniske patientjournal og sundhed.dk. Dvs. at den praktiserende læge efter indtastning af en ICPC-kode i patientens journal ved hjælp af en funktionstast kan få adgang til søgning af information på sundhed.dk, herunder forløbsbeskrivelser, ventetider, henvisningsvejledninger og Lægehåndbogen (se senere) i egen region eller på tværs af regioner (97).

Der har de senere år pågået en løbende debat om, hvorvidt Map of Medicine (MoM), som er et nationalt initiativ initieret af Sundhedsstyrelsen, eller Lægehåndbogen, som er et regionalt initiativ initieret af Danske Regioner, skal være det integrerende digitale videnssystem på tværs af geografiske, sektorielle og faglige grænser. Med den seneste overenskomst på almen praksis-området er det vedtaget, at kendskabet til Lægehåndbogen skal udbredes i almen praksis (101). I det følgende vil vi derfor udelukkende beskrive Lægehåndbogen

som et eksempel på et digitalt videnssystem, der kan understøtte brugen af kliniske vejledninger.

Lægehåndbogen bygger på principperne fra *Norsk Elektronisk Legehåndbok* og er en integreret del af praksisinformationssystemet på sundhed.dk. Lægehåndbogen er et digitalt, evidensbaseret opslagsværk målrettet sundhedspersonale i almen praksis. Lægehåndbogen er som det øvrige praksisinformationssystem struktureret med ICPC-koder. Den indeholder ca. 30 kliniske og 12 parakliniske kapitler samt ca. 3.000 artikler for sundhedsprofessionelle og 3.000 artikler for patienter. Formålet med Lægehåndbogen er at give de alment praktiserende læger adgang til kvalificeret og troværdig sundheds- og sygdomsinformation. Lægehåndbogen skal endvidere understøtte udvekslingen af data mellem primær- og sekundær sektor. Lægehåndbogen ejes af Danske Regioner i fællesskab med de fem regioner. Danske Regioner indgik i foråret 2008 en aftale med *Norsk Helseinformatik* og fik dermed ret til at oversætte og tilpasse *Norsk Elektronisk Legehåndbok* til dansk praksis. Arbejdet med oversættelse og tilpasning foretages af en lægefaglig redaktion nedsat af Lægeforeningen (102). Udviklingen af materialet til Lægehåndbogen foregår i to trin. De norske forfattere tager som udgangspunkt afsæt i en oversigtsartikel publiceret i et internationalt tidsskrift. De udvikler derefter en originalartikel, hvor evt. uklarheder eller uenigheder også bliver skitseret. Denne artikel gennemgår peer review, inden den publiceres i Lægehåndbogen. Ved overgangen til den danske Lægehåndbog oversætter og redigerer en dansk lægefaglig redaktør den norske originalartikel. Den lægefaglige redaktør kan enten være en specialist eller en almen mediciner. Efter oversættelsen bliver artiklen læst af en almen mediciner og – hvis det skønnes nødvendigt – en specialist inden for det givne område (102).

### 3.6 Overenskomsten

I december 2010 blev en ny overenskomst for almen praksis vedtaget mellem forhandlingsparterne Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Den nye kontrakt adskiller sig fra tidligere overenskomster ved både at indeholde en reguleringsdel, der indbefatter overenskomstperioden, og en langsigtet udviklingsdel der har til formål at beskrive mål og visioner for udviklingen og fornyelsen af almen praksis. Overenskomsten skal i henhold til Sundhedsloven, udover at sikre sygdomsbehandling og forebyggende arbejde, også sikre rammerne for kvalitetsudvikling og herunder udviklingen af kliniske vejledninger i almen praksis (101). I det følgende præsenteres de nye parametre i overenskomsten, som er afgørende for kvalitetsudviklingen.

#### 3.6.1 Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis forventes at blive udbygget væsentligt i den indeværende overenskomstperiode. IKAS skal med udgangspunkt i eksisterende erfaringer fra samarbejdet med DAK-E sikre, at der udarbejdes et forslag til et koncept, der kan pilotafprøves i indeværende overenskomstpe-

riode med henblik på implementering i den kommende overenskomstperiode. Det forventes, at udviklingen og pilottesten kan finansieres gennem midler i IKAS (101).

### Datafangst og diagnosekodning

I de seneste år har man udviklet datafangst for almen praksis. Med vedtagelsen af den nye overenskomst er det besluttet, at alle praktiserende læger hurtigst muligt og senest inden for indeværende overenskomstperiode skal være tilknyttet datafangst. Det betyder, at lægerne skal anvende indikatorsæt for foreløbig diabetes, KOL, hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, stress, angst og depression. Dertil kommer, at lægerne i det elektroniske journalsystem skal implementere diagnosekodning (ICPC-kodning) for diagnoserne KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, osteoporose, hjertekarsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser. ICPC-kodningen skal bidrage til den faglige udvikling i almen praksis samt forbedre dokumentationen af aktiviteter i almen praksis (101).

De praktiserende læger modtager et engangsbeløb på 7.500 kr. i tilskud til dækning af udgifter i forbindelse med installation af datafangst. Det vurderes centralt for denne udvikling, at DAK-E videreføres, og it-funktionen udbygges. Dette sikres bl.a. ved at anvende restkapitalen på 30 mio. kr. fra Amanuensisfonden (101).

### 3.6.2 Nyt honorarsystem

Det er vedtaget, at der skal foretages en ændring af honorarstrukturen i almen praksis. Målet hermed er en forenkling, hvor der gives et større klinik- eller basishonorar og et mindre aktivitetsbestemt honorar (101). Det forudsættes, at omlægningen af honorarstrukturen vil være neutral hvad angår arbejdsmængde og økonomi (101). Man ønsker at undersøge mulighederne for at honorere kvalitet. Det har ikke været muligt at finde offentliggjort materiale, der beskriver, hvordan man forestiller sig, at kvalitet kan honoreres i praksis, men det virker indlysende, at monitoreringen via Den Danske Kvalitetsmodel og Datafangstmodul kan være et væsentligt middel til at fastsætte kvalitetsparametre.

## 3.7 Diskussion af kvalitetsudviklingsinstitutionernes arbejde med kliniske vejledninger

Dokumentation af antal og kvalitet af de alment praktiserende lægers ydelser er ved at være en integreret del af almen praksis. Datafangst er eksempelvis ikke længere frivilligt for den enkelte læge at deltage i, men et krav, som overenskomsten stadfæster. Det forekommer sandsynligt, at kravene om dokumentation for kvaliteten af de alment praktiserende lægers ydelser forstærkes yderligere, hvilket bl.a. kan ske ved, at dokumentation bliver en del af det kommende honoreringssystem.

Dokumentationen forbedrer kvalitetsudviklingsinstitutioners muligheder for at monitorere og kontrollere almen praksis. Monitoreringen ser man bl.a. anvendt som et middel til at forbedre lægernes forståelse for deres valg af behandling. I Happy Audit gives lægen eksempelvis mulighed for at

måle egne behandlingsvalg mod andre lægers behandlingsvalg. Lægerne kan dermed sammenligne sig selv med andre læger. Intentionen med dette og lignende kvalitetsudviklings tiltag er, at lægen gennem større indsigt i egne og andres behandlingsvalg vil udføre behandlinger af større ensartethed og kvalitet. Dokumentationen kan også anvendes som kontrol, fx kan dokumentation begrunde sanktioner af praktiserende læger, som ikke lever op til fastsatte standarder.

Kliniske vejledninger angiver en standard eller en norm for klinisk praksis. Ofte indeholder kliniske vejledninger indikatorer, som kan bruges som kvalitetsmål (fx i Den Danske Kvalitetsmodel, som i januar 2012 blev startet for almen praksis). Kvalitetsudviklingsinstitutionerne udvikler og implementerer kliniske vejledninger, fordi de ønsker at styrke høj, ensartet kvalitet i klinikernes ydelser. Ud fra vores læsning af kvalitetsudviklingsinstitutionernes vejledninger og angivelser for deres implementering af dem er det imidlertid oplagt, at kvalitetsudviklingsinstitutionernes ønske om mere ensartethed som regel – eller måske altid? – følges på vej med en anerkendelse af klinikernes ret til at afvige fra standarden. Et eksempel på dette kunne være anbefalingerne fra Dansk Selskab for Almen Medicin, som skriver, at deres kliniske vejledninger ikke skal opfattes som standarder, men som en løsningsmodel blandt andre, hvor det i høj grad er vigtigt at tilpasse løsningen til patienten og den kliniske hverdag (25). Når kvalitetsudviklingsinstitutionerne opsætter standarder for klinikernes behandlingsvalg, giver de altså samtidig klinikerne muligheder for at bevare deres 'kliniske frihed'.

Kliniske vejledninger spiller således komplicerede roller i forbindelsen mellem kvalitetsudviklingsinstitutionerne og de alment praktiserende læger. De kliniske vejledninger skabes og implementeres af adskillige institutioner, som hver især lejlighedsvis opdaterer deres vejledninger. Den alment praktiserende læge kan og skal sandsynligvis ofte vælge mellem flere vejledninger, når behandlingen til en patient vælges. Samtidig har lægen spillerum for at lade sit kliniske skøn bestemme behandlingsvalget eller dele deraf. De kliniske vejledninger bliver således ikke anvendt til en decideret ensretning af klinikernes praksis.

Et af formålene med kliniske vejledninger er at komprimere store datamængder og komplekse forskningsresultater i overskuelige vejledninger for klinikere. Det store udbud af kliniske vejledninger fører givetvis til dette mål. Men samtidig kan denne pluralitet af kliniske vejledninger fra forskellige selskaber og i forskellige versioner i sig selv komplicere klinikernes arbejde unødvendigt.

## 3.8 Konklusion

Dette kapitel har beskrevet rammerne, inden for hvilke de alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af vejledninger foregår. Kapitlet tegner konturerne af bredt og foranderligt kvalitetsudviklingsfelt for almen praksis, hvor de kliniske vejledninger spiller en central og betydningsfuld rolle. Ofte indgår de kliniske vejledninger som et delelement i større, tværinstitutionelle forsøg på at skabe en samlet behandling af høj og ensartet kvalitet, eksempelvis referencemodeller, kvalitetsmodeller, MTV og patientforløbsprogrammer.

Kliniske vejledninger bliver i Sundhedsvæsenets begrebsbase defineret som "en evidensbaseret anbefaling, der anvendes i klinisk praksis, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer" (22). En klinisk vejledning beskriver således konkrete sundhedsfaglige handlinger i relation til en afgrænset klinisk problemstilling. Kapitlet viser, at kliniske vejledninger for almen praksis tænkes anvendt i tæt sammenhæng med den faglige kliniske ekspertise i almen praksis, således at den kliniske kontekst såvel som patienternes præferencer også tillægges betydning for, hvordan og i hvilke situationer vejledningernes anbefalinger følges (23, 24). Dansk Selskab for Almen Medicin fremhæver i tråd hermed, at deres kliniske vejledninger ikke skal ses som standarder, men som en løsningsmodel blandt andre, hvor det i høj grad er vigtigt at tilpasse vejledningernes anbefalinger til patienten og den kliniske hverdag (25).

Man kan skelne mellem tre niveauer inden for kvalitetsudvikling af kliniske vejledninger, nemlig et nationalt, regionalt og lokalt niveau. Det nationale niveau samles i Sundhedsstyrelsen, som udvikler eller godkender nogle kliniske vejledninger

(81). Eksempler på national kvalitetsudvikling, der inkluderer kliniske vejledninger, er medicinske teknologivurderinger, vejledninger fra Institut for Rationel Farmakoterapi samt Den Danske Kvalitetsmodel. Landsdækkende vejledninger for almen praksis udvikles af de medicinske selskaber. Regionale vejledninger består af en tilpasning af de nationale og regionale vejledninger til en regional/lokal kontekst. Praksiskonsulenterne spiller en rolle i dette lokale arbejde. Forskningsenhederne for almen praksis i København, Århus og Odense er også centrale i bestræbelserne på at forankre almen praksis decentralt i den primære sundhedstjeneste. Endvidere udvikler DAK-E hjælperekskaber som datafangst, der skal højne kvaliteten i almen praksis. Tilsvarende åbner den elektroniske patientjournal op for lokale fraser til patientjournalen, som kan være med til at støtte lægen i, at alle planlagte elementer i konsultationen huskes. Datafangst og diagnosekodning indgår i den nye overenskomst for almen praksis. Den nyeste overenskomst åbner således op for en tættere monitorering af almen praksis.

# 4 Alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af kliniske vejledninger

Formålet med dette kapitel er at undersøge den alment praktiserende læges generelle faglige opdatering af sig selv og sin klinik, samt lægens og klinikkens brug af kliniske vejledninger. Undersøgelsen skal forbedre forståelsen af følgende spørgsmål: Hvornår ændrer praktiserende læger opfattelse af, hvad der er god behandlingspraksis på et givent område? Hvordan bestemmes de nye opfattelser?

Undersøgelsen bygger på interviews med seks alment praktiserende læger samt statistik for disse lægers ordination af medicin for henholdsvis diabetes og luftvejslidelser. En central del af analyserne består i at sammenholde lægernes udtalelser om sig selv, deres praksis og deres behandlinger af patienter med statistiske opgørelser over lægernes faktiske ordinationer.

Det er vigtigt at understrege, at datamaterialet er for lille til, at man kan konkludere endeligt på baggrund heraf. Beskrivelser og analyser i det følgende skal derfor snarere ses som empirisk forankrede analyser og overvejelser.

I det første af kapitlets afsnit sættes scenen. Vi beskriver i brede termer lægehusene og de interviewede lægers faglige efteruddannelse og brug af vejledninger. I det næste afsnit beskriver og analyserer vi lægernes faglige opdateringer og brug af vejledninger i forhold til først diabetes og derefter luftvejslidelser.

## 4.1 Beskrivelse af de medvirkende alment praktiserende læger og deres praksis

I dette afsnit beskrives de medvirkende læger og – på et generelt niveau – deres forsøg på at holde sig fagligt opdateret i hverdagen, hvilket bl.a. sker gennem kliniske vejledninger. Beskrivelserne bygger på lægernes udtalelser fra vores interview med dem. Afsnittet afsluttes med to illustrative cases. Den første case illustrerer sammenhænge mellem lægernes behandlingsvalg, deres faglige opdatering og samspillet med myndighederne, mens den anden case illustrerer samarbejdet internt i klinikkerne mellem læger og sygeplejersker.

Først følger dog en kort beskrivelse af de medvirkende lægehus.

### 4.1.1 Lægehusene

**Solopraksis i Region Nord** ligger i en landsby med godt 500 indbyggere. Lægen er i 60'erne og overtog praksis i 1980'erne. Gennem 20 år har han haft to deltidssekretærer, som passer telefon – herunder screening af patienter, tager blodprøver, måler blodsukker og -procent samt søger information på nettet for lægen. Praksis har oftest en medicinstuderende.

**Solopraksis i Region Sjælland** ligger i et nybygget lejlighedskompleks i en provinsby. Den kvindelige læge i 40'erne overtog praksis efter årtusindeskiftet. Der er en sekretær, en sygeplejerske og en praksisreservelæge i praksis. Sygeplejersken er oplært til at håndtere kontroller, tests, sygebesøg, kørekortsattester og børneundersøgelser samt diabetesbehandling, hvor hun selvstændigt ændrer og tilføjer medicin for efterfølgende at informere lægen derom.

**Region Nord kompagniskabspraksis med to læger** ligger i en mindre by. Ejerne er to læger i 40'erne, som siden overtagelsen omkring år 2000 hver arbejder 2,5 dage i praksis og bruger 2,5 dage på forskning, undervisning og fagposter i Regionen. Praksis har ansat en vikarlæge, en sekretær, en klinikassistent samt to sygeplejersker. Sygeplejerskerne omstiller diabetikere til insulin og færdigbehandler lungebetændelse.

**Region Sjælland kompagniskabspraksis med to læger** ligger i en stor provinsby. Den interviewede læge er i 60'erne og har været i praksis siden 1980'erne. Hans partner er kommet til senere og er i 50'erne. Der er ansat to reservelæger og etableret samarbejde med en sololæge. Praksis har to sygeplejersker og to sekretærer. Sygeplejerskerne tager tremåneders kontroller af diabetes, lungefunktion, rygestop etc.

**Tablet 2: Oversigt over anonymiserede oplysninger for de interviewede læger i 2010**

	Solopraksis Nord	Solopraksis Sjælland	2-lægers kompagniskab Nord	2-lægers samarbejdspraksis Sjælland	4-lægers kompagniskab Nord	4-lægers samarbejdspraksis Nord
Ejerlæger	1	1	2	2	4	1
Interviewede læger	1	1	2	1	3	1
Sikrede pr. praksis	1.600	2.500	2.800	3.600	9.000	
Sikrede pr. læge	1.600	2.500	1.400	1.800	1.800	2.100
Sygeplejersker	0	1	2	2	3	3
Sekretærer	1	1	1	2	3	3,5

Kilde: Egen anonymiserede tilvirkning efter oplysninger fra de medvirkende læger.



**Region Nord samarbejdspraksis mellem fire læger** ligger i en stor by. Den interviewede mandlige læge er i 60'erne og har været i praksis siden 1990'erne. Lægerne i huset er fælles om uddannelseslægerne. Personalet består af tre sygeplejersker, der arbejder ud fra eksisterende vejledninger, og tre en halv sekretær, der tager CRP inden en lægekonsultation ved mistanke om lungebetændelse. Undtagelsesvis kan den mest erfarne sekretær stixe urin og måle sukker hos patienterne.

**Region Nord kompagniskabspraksis mellem fire læger** har i 40 år ligget i en stor by. Alle tre interviewede mandlige læger har eksterne fagposter. I lægehuset er der tre uddannelseslæger, tre sygeplejersker og tre sekretærer. Sygeplejerskerne arbejder ud fra vejledninger, som lægerne har fundet andre steder. Sygeplejerskerne kan i konsultation med lægen træffe behandlingsbeslutninger for diabetikere.

#### 4.1.2 De alment praktiserende lægers faglige opdateringer

For alle lægernes fortællinger gælder, at faglig opdatering fremstår som en integreret del af deres hverdag. Dette gælder såvel for de enkelte arbejdsdage med konsultationer som for deres planlægning for uge, måned og år. Dagligt læser lægerne i forskellige opslagsværker på nettet eller i papirudgave. Flere af dem planlægger og gennemfører mere eller mindre stringent læsning af nyt fagligt materiale i perioden efter konsultationerne er afsluttet – ofte i weekender eller på hverdagsaftener. Lægerne har alle deltaget i kurser i løbet af det sidste år, og de planlægger bevidst antallet, emnet og typen af kurser, som de afsætter tid til. Lægerne indgår endvidere i andre mere eller mindre formelle faglige netværk, som de bidrager til og trækker på. Det er ikke muligt at kvantificere vurderingen, men indtrykket fra interviewene er, at lægerne bruger mange kræfter på faglig opdatering.

Alle lægerne bruger vejledningerne for forskellige lidelser i deres konsultationer. Under eller mellem konsultationerne finder lægerne vejledningerne frem for at sikre den rigtige behandling og/eller for at bruge vejledningerne som patientvejledning. Lægerne finder vejledningerne på lægefaglige hjemmesider. Lægerne nævner selv Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), medicin.dk, sundhed.dk, Lægehåndbogen, Institut for Rationel Farmakologi (IRF), Nord-KAP, Medibox, Dansk Hypertensionsselskabs vejledning, cardio.dk, neuro.dk og sportnetdoc.com. Kun en læge, solopraksis Nord, fortæller, at han benytter medicinalindustriens vejledninger.

Samarbejds- og kompagniskabspraksis' laver selv instrukser til deres praksis, hvilket de gør på baggrund af ovennævnte vejledninger, dog især på baggrund af vejledninger fra DSAM. Dette er ikke overraskende, da DSAM's vejledninger netop er tilpasset almen praksis. 2-lægers kompagniskab Sjælland forekommer mest systematisk i sin opdatering af egne vejledninger, idet han afsætter to timer ugentligt til at udvikle vejledningerne i. De øvrige har ikke skemasat denne aktiviteten lige så håndfast (emnet uddybes i case 2).

Lægerne bruger også deres mere eller mindre formelle netværk til faglig opdatering. Dette indgår som en integreret

del af lægernes daglige arbejde. Hovedparten af denne form for faglig opdatering ser ud til at være relateret direkte til konkrete konsultationer. I forbindelse med komplicerede konsultationer taler, ringer eller mailer lægerne med kollegaer ansat på relevante sygehusafdelinger. De læger, der ikke er i solopraksis, taler også om komplicerede sager med deres kollegaer i lægehuset. Det ser ud til at være almindeligt, at læger i større lægehuse til en vis grad specialiserer sig, således at byrden med efteruddannelse mindskes, samtidig med at hvert lægehus får læger med særlig indsigt i forskellige specialer. Læger, som er i lægevagt, benytter også dette forum til faglig opdatering.

Nogle af lægerne omtaler deres *henvisninger* som en del af deres faglige opdatering. Dette er måske overraskende, men antyder, at lægerne bruger (nogle af) deres henvisninger 'eksperimentelt' forstået på den måde, at de gennem henvisningen opnår viden om den rette behandling.

Alle undtagen 2-lægers kompagniskab Nord nævner uddannelseslæger som kilder til faglig fornyelse. Det er dog en udbredt opfattelse, at uddannelseslæger primært motiverer lægerne til at tjekke og følge vejledningerne, samt bekræfter lægerne i deres faglige dygtighed.

Alle lægerne deltager aktivt i tolvmandsforeninger, og to nævner lægelav. En læge omtaler tolvmandsforeningen som det forum, der har udviklet hans faglighed mest.

Den mest markante variation finder vi i forbindelse med medicinalindustrien. Lægerne fra 2-lægers kompagniskab Nord og 4-lægers kompagniskab Nord modtager eksplicit ikke besøg af medicinalindustriens lægemiddelrepræsentanter. Solopraksis Nord får derimod besøg af repræsentanter 'hver anden dag', 4-lægers samarbejdspraksis Nord og 2-lægers kompagniskab Sjælland får besøg en gang om ugen og Solopraksis Sjælland en gang hver 14. dag. Disse markante forskelle begrundes lægerne fagligt. Nogle af de læger, som ikke modtager repræsentanter, opfatter dem som utroværdige, hvorimod alle de læger, der modtager repræsentanter, opfatter dem som fagligt dygtige. En læge (fra 4-lægers kompagniskab Nord), der ikke modtager repræsentanter, anerkender repræsentanternes faglighed. Når denne læge alligevel afviser repræsentanterne, er det med en begrundelse om, at 'tiden nok er løbet fra det'.

4-lægers samarbejdspraksis Nord modtager besøg fra lægemiddelenhedens konsulenter mellem en gang om måneden og et par gange årligt. De øvrige nævner ikke denne form for faglig opdatering.

Ingen af lægerne nævner praksiskonsulenterne, og ingen har benyttet sig af 'gensidige praksisbesøg', som er en ordning, hvor læger kan udvikle sig fagligt gennem deltagerobservationer hos andre læger.

Lægerne bruger også tid uden for konsultationerne til faglig opdatering. En læge omtalte dette som 'selvstudium'. Her nævner lægerne at læse IRF's nyhedsbreve, diverse fagbøger og håndbøger, Ugeskrift for læger, Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, EPI-nyt, Medicinsk Kompendium og Dagens Medicin.

Dele af lægernes faglige opdatering foregår på kurser. Alle lægerne har deltaget i kurser inden for det sidste år, og alle planlægger kurser for det følgende år. Fem læger nævner deres deltagelse i Lægeforeningens kurser. Lægerne i 2-lægers kompagniskab Nord, som selv underviser, deltager hver i mindst et årligt kursus som kursusedtagere. Lægerne i det store lægehus, 4-lægers kompagniskab Nord, lader noget af undervisningen – især den del, som både læger og praksispersonale deltager i – foregå i lægehuset. Lægernes holdninger til medicinalindustriens kurser deler sig på samme måde, som deres holdninger til industriens repræsentanter. Begge solopraksis, 4-lægers samarbejdspraksis Nord og 2-lægers kompagniskab Sjælland, benytter sig af medicinalindustriens kurser. Solopraksis Nord roser industriens audiovisuelle udstyr, og Solopraksis Sjælland synes, at deres audit og tilhørende kursus er givende. Det store kompagniskab i Region Nord samt de to læger i 2-lægers kompagniskab Nord, som selv underviser, tager klart afstand fra medicinalindustriens kurser.

Diagnosekodning og audit nævnes også som fagligt udviklende. Alle de interviewede læger deltager i Audit Projekt Odense (APO). 2-lægers kompagniskab Sjælland har diagnosekodet, lige siden det blev muligt. Som eksempel på den faglige opdatering, der ligger i dette, nævner lægen udtræk på hypertensionspatienter, hvor han kan følge patienternes udvikling. Dette lægehus deltager også i Disease Programs, hvor lægerne – på samme måde som med datafangst – monitorerer sig selv og ser, 'hvor god man er til det'. Samme lægehus fører også forløbsjournal for diabetes. Lægen fra solopraksis Nord deltager i medicinalindustriens undersøgelser om KOL, hypertension, smerte og lignende. Endvidere registrerer denne læge influenza til Statens Seruminstitut og har diagnosekodet i mange år.

#### 4.1.3 Case 1: Foranderlige vejledninger for almen praksis

Nedenstående uddrag fra et af interviewene illustrerer samspillet mellem lægernes faglige opfattelser og kvalitetsudviklingsinstitutionernes ændringer i informationer og direktiver til alment praktiserende læger. Uddraget viser, hvor omskiftelige forholdene er for de alment praktiserende lægers valg af behandlingsmetoder og faglige opdatering.

Interviewet foregik i 4-lægers kompagniskab Nord mellem tre læger, Peter, Lars og Ole og interviewer (navnene er anonymiserede, hvilket gælder for alle navne på informanter i dette kapitel). En halv time inde i interviewet spørger interviewer, om lægerne kan huske skift i tilgangen til brugen af metformin. I kronologisk forstand starter lægernes fortælling før den ældste af dem, Ole, blev uddannet. Metformin var kendt og anvendt, da han startede i faget. Ole fortæller, at han anvendte metformin i 1983, selvom det var under et andet navn og hovedsagligt og sparsomt brugt til sukkersygepatienter, der skulle tabe sig. Peter og Lars kender også til denne periodes brug af metformin. Den næste periode i lægernes fortælling foregår omkring 2005. Ifølge de tre læger var de alment praktiserende læger på det tidspunkt udsat for en massiv markedsføring for præparatet avandamet, som er et kombinationspræparat indeholdende metformin og et glitason.

Peter: 'Vi fik breve om det, og så kom der jo medicinalrepræsentanter ud. Dem vil vi ikke længere se her i huset'.

Lars: 'Ja, de besøgte os, og vi er nok også faldet lidt for reklamen. Og for presset! For det var jo professorer i endokrinologi, 2-3 stykker, som fremførte det på det tidspunkt! Og de havde det med ved kongresser!'

Ole: 'Man så jo også dengang, at det blev brugt på ambulatoriet. Så vi syntes sådan set, at der var grønt lys for, at vi også kunne bruge det'.

Peter: 'Og så var der selvfølgelig tilskuddet.'

Ole: 'Ja, når stoffet får tilskud, så er det jo anerkendt fra fagligt hold'.

Peter: 'Jeg kan også huske, at en patient kom og bad om det. Patienterne havde hørt om det og ville have det. De vil jo prøve noget andet, inden de bliver sat på insulin'.

Lars: 'Jo, jo, det er jo rigtigt nok, men det var jo faktisk ikke anderledes end med næsten alle andre nye præparater. Der bliver vi jo bombarderet på samme måde. Og du kan ikke vide, hvad for et af dem der tre år senere er bandlyst igen'.

Som det fremgik af lægernes fortælling, blev dette præparat nemlig temmelig dramatisk trukket tilbage fra markedet nogle år senere.

Peter fortæller om perioden umiddelbart før avandamet blev trukket tilbage – for ca. 3 år siden – at han hørte en fagperson i en eller anden sammenhæng fortælle, at de over 70-årige ikke skulle have avandamet, fordi det var farligt:

Peter: 'Så snakkede jeg med nogle fagfolk, og de fortsatte behandlingen, som om intet var hændt. På det tidspunkt stoppede jeg lidt op'.

Ole fortæller, at der på det tidspunkt også var en artikel i Ugeskrift for Læger om stoffets farlighed. Undersøgelser i USA havde vist, at glitasoner har skadelige virkninger. Ole fortæller, at de alment praktiserende læger i denne periode oplevede flere og flere kritiske meldinger:

Ole: 'Og så kommer det lige pludselig – man tager tilskuddet væk!'

Peter: 'Ja. Og den dag fjernede vi stoffet fra alle vores patienter'.

Lars: 'Så fandt sygeplejerskerne dem alle sammen'.

Peter: 'Det tog én dag!'

Interviewer: 'At finde dem?'

Peter: 'Nej, det tog tre minutter. For vi har edb-programmer'.

Interviewer: 'Kan I huske flere ændringer i forhold til Jeres brug af metformin ved diabetes i Jeres karrierer?'

Ole: 'Ja altså for mange år siden var det ikke drug of choice ... Jeg kan ikke huske den dag, hvor det pludselig blev anerkendt som drug of choice. Men det er en glidende overgang, sådan at det nu er blevet det stof'.

Denne glidende overgang må således være foregået over de sidste ca. tre år.

Casen illustrerer på dramatisk vis, hvordan de alment praktiserende lægers faglighed og brug af vejledninger foregår i en omskiftelig verden, hvor behandlinger radikalt kan ændre status. Casen illustrerer også, hvordan de alment praktiserende læger modtager faglig opdatering igennem deres forskellige kontakter til forskellige faglige miljøer uden for deres egen klinik. Endelig illustrerer casen, at de alment praktiserende lægers opfattelser af korrekt behandling i høj grad bliver påvirket af sundhedsmyndighedernes udmeldinger, her i form af tilskud og fjernelse af tilskud til et bestemt stof.

#### 4.1.4 Case 2: Samarbejde mellem læge og sygeplejerske omkring vejledninger

Denne case belyser samarbejdet internt i klinikkerne mellem lægerne og sygeplejerskerne.

I alle de interviewede lægers fortællinger om brug af vejledninger og faglig opdatering bliver sygeplejersker omtalt. Ligesom lægerne skal sygeplejerskerne udvikles fagligt for at kunne vedblive med at fungere i almen praksis. Af interviewene fremgår det, at sygeplejerskerne i stigende grad inddrages i – og til en vis grad overtager – visse lægefaglige ydelser. Dette gælder bl.a. for de to medicinske cases, idet sygeplejerskerne er inddraget i både behandlingen af diabetes og luftvejssygdomme.

Den interviewede læge i 2-lægers kompagniskab Nord, Eva, fortæller, at for sygeplejerskernes arbejde er der tale om:



Opgaveglidning. De får nogle af de opgaver, som netop foregår pr. instruks, og hvor de qua deres uddannelse ligeså godt kan udføre arbejdet. Det er blodtryksskontrol hver 3. måned. Det er blodsukkerkontrol hver 3. måned. Eller diabeteskontrol og omstilling til insulin.

Eva nævner andre af sygeplejerskernes lægefaglige opgaver og fortæller, at sygeplejerskerne har deres egne faglige opdateringskreds, som de indgår i, og som lægerne støtter både

fagligt og økonomisk. Lægerne er således ikke altid de fagligt bedste inden for de områder, som sygeplejerskerne tager sig af. Lægerne bliver somme tider 'generalister, hvor sygeplejerskerne har bedre fat i den specifikke viden, som eksempelvis kan bestå i vejledningernes konkrete grænser for medicin-skift.

Samarbejdet mellem praksispersonalet og lægerne påvirker brugen af vejledninger. En læge fra 4-lægers samarbejdspraksis Nord siger:



Hvis 7 forskellige læger i det samme lægehus behandler en lidelse forskelligt, bliver det næsten umuligt for personalet at håndtere det.

Inddragelsen af praksispersonalet ser således ud til at medføre en større grad af ensartethed og kontrol i forhold til brugen af vejledninger. Eva forklarer, hvordan vejledningerne bliver indført i deres lægehus:



Altså først har vi (Eva og hendes kompagnon) diskuteret vejledningerne, og så skriver jeg dem ind i medibox.dk<sup>4</sup>, og derefter taler vi om dem igen. Jeg smugkigger lidt til andres vejledninger – den dybe tallerken er opfundet, og man kan sagtens finde en skabelon .... Jeg havde ellers en rigtig god hjemmeside, som Horsenslægerne havde lavet. Men den er af en eller anden grund lukket fuldstændigt ned.

Casen viser bl.a., at arbejdet med at ændre vejledningerne er en integreret del af samarbejdet mellem alment praktiserende læger og praksispersonale. Den antyder også, at samarbejdet også i nogen grad inddrager andre lægehuse, som deler deres vejledninger med hinanden. Casen viser også, at variationer i behandlingerne inden for klinikken er et problem, som lægerne forsøger at minimere.

#### 4.1.5 Opsamling på beskrivelsen af lægerne og deres hverdag med opdatering og kliniske vejledninger

Ud fra de alment praktiserende lægers fortællinger ser man, at vejledninger og faglig opdatering er en integreret del af hverdagen. Arbejdet med faglig opdatering foregår under konsultationer, efter konsultationer samt med kollegaer internt i lægehuse og i andre lægehuse, på lægevagt og med sygeplejersker i klinikken samt på egentlige efteruddannelser tilbudt af såvel private som offentlige institutioner.

4 Medibox.dk er en hjemmeside, hvor lægerne kan lægge forskellige af deres egne ting ind. I Evas praksis ligger deres vejledninger til praksispersonalet bl.a. der. Eva mener, at medibox.dk er meget brugt af alment praktiserende læger.

Case 1 illustrerer, at de alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af vejledninger foregår i en foranderlig verden, hvor magtfulde private og offentlige aktører udvikler og ændrer de metoder og vejledninger, som de alment praktiserende læger bør benytte. Når vi i det følgende viser, hvordan lægerne ikke altid følger vejledningerne, kan casen være med til at nuancere og balancere billedet, idet casen antyder en del af de komplekse og temmelig omskiftelige forhold, som lægernes anvendelse af kliniske vejledninger foregår under.

Case 2 illustrerer det interne samarbejde mellem læger og sygeplejersker omkring vejledningerne. Den illustrerer, at sygeplejerskerne er en vigtig del af arbejdet med de kliniske vejledninger, samt at de også bidrager med deres faglighed i dette arbejde.

## 4.2 To medicinske cases: Type 2-diabetes og luftvejslidelser

I det følgende undersøges to medicinske cases. Først behandles type 2-diabetes og derefter luftvejslidelser. Beskrivelsen og analyserne af de to medicinske cases følger samme form. Først sammenfattes vejledningerne for de alment praktiserende lægers behandling inden for de to behandlinger. Derefter præsenteres lægernes fortællinger om deres behandling efterfulgt af en statistisk beskrivelse af behandlingen. Begge medicinske cases afsluttes med en analyse af sammenhænge mellem statistik og fortællinger. Efter de to medicinske cases følger en diskussion og konklusion.

### 4.2.1 Type 2-diabetes

#### Vejledningerne

Vi fandt fire guidelines for type 2-diabetes udviklet inden for de sidste 7 år i Danmark. I 2004 af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), i 2006 af Institut for Rationel Farmakologi (IRF), i 2009 af Lægehåndbogen, og i 2011 af DSAM, IRF og Dansk Endokrinologisk Selskab. Den sidste vejledning blev udgivet nogle måneder efter interviewene med lægerne, men medtages her, fordi lægerne kan have haft kendskab til nogle af dens elementer og konklusioner.

Ved sammenligning af vejledningerne (se tabel 3 næste side) fremgår det, at de diagnostiske værdier og behandlingsmål har været stort set konstante. Den mest markante ændring angår metformin. Hvor Dansk Selskab for Almen Medicin vejledning fra 2004 anbefalede metformin udelukkende til overvægtige, anbefaler senere vejledninger metformin til alle vægtklasser.

#### Lægernes beskrivelse af deres behandling af diabetes

I de interviewede lægers fortællinger om deres behandling af patienter med type 2-diabetes er der gennemgående træk såvel som visse mindre forskelle. Alle praksis – undtagen Solo-

praksis Nord, som ikke har sygeplejerske ansat – anvender en arbejdsdeling, hvor lægerne behandler patienternes type 2-diabetes, indtil behandlingen er stabiliseret. Herefter tager sygeplejersken tremåneders-kontrollen og lægerne årskontrol. Dog fortsætter lægen ofte kontrollerne for ældre patienter, som har været vant til at blive behandlet af lægen. Der er forskel på, hvor meget lægerne inddrager sygeplejersken i behandlingen, og i hvor stort omfang lægerne overlader behandlingsbeslutninger til dem. I 2-lægers kompagniskab Sjælland kan sygeplejerskerne foreslå ændringer, som lægen effektuerer til årskontrollen. I 4-lægers samarbejdspraksis Nord tager såvel sygeplejerske som læge tremånederskontroller. I denne praksis foregår en del insulinbehandling samt alle større ændringer på diabetesambulatoriet.

Fem af lægerne fortæller uopfordret om deres kendskab til og anvendelse af Lægehåndbogen. Vurderet ud fra lægernes fortællinger om deres behandling ser det ud til, at alle seks læger benytter elementer fra den nyeste behandlingsanbefaling fra Lægehåndbogen 2009.

Ingen af praksisserne bruger ifølge eget udsagn metoder, som ikke har belæg i en eller flere af vejledningerne. I forhold til nogle spørgsmål er der dog nogle læger, som ser ud til at støtte sig til ældre vejledninger. Nogle af lægernes behandlinger er således i modstrid med Lægehåndbogen 2009, selvom disse behandlinger følger en eller flere af de tidligere vejledninger. Det gælder eksempelvis Solopraksis Nord, som ikke altid bruger metformin, når insulin påbegyndes, hvilket anbefales i de seneste vejledninger, men ikke blev anbefalet i 2004- og 2006-vejledningerne. Lægen nævner, at denne ordinationspraksis skyldes, at han forhandler et kompromis med patienten, således at patienten ikke både skal stikke sig selv og sluge de op til seks store piller dagligt. Også 2-lægers kompagniskab Sjælland afviger fra 2009-vejledningen ved at skelne mellem vægtklasser, hvilket anbefales i 2004, men bortfalder i de senere vejledninger.

De to solopraksis nævner som de eneste ikke eksplicit, at de følger DSAM's vejledning. Disse praksis er også de eneste, der ikke anvender nedfældede instrukser til deres diabetesbehandling.

Solopraksis Sjælland fortæller, at hun ønsker at implementere de nationale kliniske vejledninger i en nedskrevet udgave tilrettet sygeplejersken i praksis, men at hun ikke har haft tid til det.

Nogle praksis (Solopraksis Sjælland, 2-lægers kompagniskab Nord samt 2-lægers kompagniskab Sjælland) synes at foregribe 2011-vejledningen, der udkom efter interviewtidspunktet.

Lægernes beskrivelser af deres diabetesbehandling sammenfattes i omstående tabel 4 (se side 30), herunder behandlingens evt. overensstemmelse med de nævnte vejledninger.

**Tabel 3: Sammenligning af type 2-diabetesvejledningernes diagnostiske værdier, behandlingsmål og behandlingsstrategier**

	Dansk Selskab for Almen Medicin. 2004	Institut for Rationel Farmakologi. 2006	Lægehåndbogen. 2009	Dansk Endokrinologisk Selskab/Dansk Selskab for Almen Medicin/Institut for Rationel Farmakologi. 2011
Diagnostiske værdier	Diabetisk værdi med symptomer Fasteblodsukker > 7,0 mmol/l eller kapillær plasmaglukose > 12,2 mmol/l	Fasteblodsukker > 7,0 mmol/l eller kapillær plasmaglukose > 12,2 mmol/l	Fasteblodsukker > 7,0 mmol/l eller kapillær plasmaglukose > 12,2 mmol/l	Fasteblodsukker > 7,7 mmol/l
Diagnostiske værdier uden symptomer	Fasteblodsukker > 7,0 mmol/l eller kapillær plasmaglukose > 12,2 mmol/l på to forskellige dage	Fasteblodsukker > 7,0 mmol/l og/eller kapillær plasmaglukose > 12,2 mmol/l på to forskellige dage	Fasteblodsukker > 7,0 mmol/l og/eller kapillær plasmaglukose > 12,2 mmol/l på to forskellige dage	Fasteblodsukker > 7,7 mmol/l
Behandlingsmål	HbA1c < 7,0 mmol/l	< 7,0 mmol/l	< 7 % (8,5 mmol/l)	> 6,5 % (7,7 mmol/l)
Blodtryk	< 130/80	< 130/80	< 135/85	> 130/80
Kolesterol	> 4,5 mmol/l	< 4,5 mmol/l		
LDL	< 2,5 mmol/l	< 2,5 mmol/l	< 2,5 mmol/l	2,5 mmol/l
Andre behandlingsmål	Vægttab, ryggestop		Fasteblodsukker 4-7 mmol/l; ikke fastende 4-10 mmol/l; vægttab; > 80 år mere lempelige værdier	LDL < 2,0 ved højrisikopatienter; stigende HbA1c over tid
Behandlingsvalg	1. valg Livstilsændringer	Livstilsændringer	Livstilsændringer + metformin	Livstilsændringer + metformin
	2. valg Tabletbehandling: Overvægt: metformin Normalvægt: SU	Tabletbehandling: Overvægt: metformin Normalvægt: SU	Metformin + SU eller Metformin + insulin	(Metformin +) DPP4-hæmmere/SU eller GLP-1/insulin
	3. valg Metformin + SU	Metformin + SU eller insulin		Insulin + div., oftest metformin
	4. valg Insulin			

Kilde: Egen tilvirkning efter Dansk Selskab for Almen Medicin (103), Institut for Rationel Farmakologi (104), Lægehåndbogen (105), Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Praksis, Institut for Rationel Farmakologi (106).

**Table 4: De medvirkende lægers fortællinger om deres behandling af type 2-diabetes**

	Hvilke nyoplagede diabetespatienter får metformin?	Evt. kombination med metformin	Hvornår stoppes metformin?	Hvem tager primært initiativ til ændringer i behandling?	Hvilke vejledninger følges ifølge lægen?	Hvilke andre vejledninger, der ikke nævnes i interviewet, vurderes anvendt?
Solopraksis Nord	Halvdelen/hæsten alle	Insulin		Lægen		DSAM 2004, IRF 2006 og Lægehåndbogen 2009
Solopraksis Sjælland	Langtidsblodsukker 0,080-0,086, men normalt startes med livstilsændringer	Simvastatin, glitazoner, insulin	Når ønskede værdier nås	Lægen, sygeplejersken	Mundtlige vejledninger til sygeplejerske	IRF 2006 og/eller Lægehåndbogen 2009
2-lægers kompagniskab Nord	De hurtigt udviklede og de dårlige	Simvastatin, ACE-hæmmer, sulfonylurinstof, insulin	Kun ved bivirkninger	Lægen, sygeplejersken	DSAM 2004 Lægehåndbog Mundtlige vejledninger til sygeplejerske	Lægehåndbogen 2009
2-lægers kompagniskab Sjælland	Langt de fleste	Glimepirid (SU), ACE-hæmmer, insulin	Ved stigning af serumkreatinin, diarré	Lægen, sygeplejersken	DSAM 2004, Håndbogen Intern instruks baseret på DSAM 2004	Lægehåndbogen 2009
4-lægers samarbejdspraksis Nord	Ved langtidsblodsukker > 7 og "stort set" alle	Simvastatin, janumet, sulfonyl, victoza, insulin		Lægen, sygeplejersken, diabetesambulatoriet	DSAM 2004, egne vejledninger, ambulatorium	Lægehåndbogen 2009
4-lægers kompagniskab Nord	Alle med langtidsblodsukker > 10 / > 10-12	Statiner, magnyl, insulin	Ved dårlige nyre, alderdom, hvis blodsukker falder	Lægen, sygeplejersken	DSAM 2004	Lægehåndbogen 2009

Kilde: Egen tilvirkning ud fra de interviewede lægers oplysninger.

### Statistik for de medvirkende lægers ordination af metformin

Tabel 5 (se næste side) viser ordinerede dagsdosis metformin pr. 1000 sikrede patienter for de medvirkende læger og den region, de indgår i. Dagsdosis er standardiseret, idet der er renset for køns- og aldersforskelle, således at tallene for henholdsvis regioner og læger er sammenlignelige.

De alment praktiserende læger i de to regioner ordinerede i 2010 gennemsnitligt mellem 5.177 og 5.756 ddd. På regionalt niveau har der været en øgning siden 2006. Den laveste øgning er i Region Sjælland på 69 % og den største i Region Nord på 119 %.

Lægernes individuelle ændringer følger regionsgennemsnittet på den måde, at alle har øget det faktiske antal ordinationer af metformin fra 2006 til 2010. Den procentvise øgning for de individuelle læger viser stor variation for perioden med 2-lægers kompagniskab Sjælland, som blot har øget ordinationen med 15 %, over godt og vel en fordobling hos tre læger til Solopraksis Nords 301 % stigning. Solopraksis Nord og 4-lægers samarbejdspraksis Nord har i 2010 den laveste ordination af alle. Disse to læger startede fra det laveste udgangspunkt med henholdsvis 1.007 og 1.136 ddd og har efterfølgende ændret sig mest. Dette antyder en tendens i retning af udligning af ordinationen af metformin, idet de læger, der startede på et lavt niveau, har øget ordinationen mest. Dog ligger de to læger, der startede lavt i 2006, stadig lavt i 2010 både set i forhold til regionsgennemsnittet og i forhold til de øvrige læger. Undtagelsen fra dette mønster frem mod mere ensartet ordination af metformin er 2-lægers kompagniskab Sjælland, idet lægen her i 2006 ordinerede det samme som det regionale gennemsnit for i 2010 at have øget ordinationen minimalt og dermed være faldet til 68 % af det regionale ordinationsmønster.

### Analyse: Ændring i anvendelse af metformin i alment praktiserende lægers fortællinger

Lægernes fortællinger om deres faglige opdatering i forhold til type 2-diabetes bidrager til at forstå de observerede ændringer.

Solopraksis Nord ligger i 2006 på 41 % af det regionale gennemsnit og starter dermed ud som den tilsyneladende mindst adhærente af de medvirkende læger. Lægen firdobler imidlertid i perioden frem til 2010 ordinationen og ender på 78 % af det regionale gennemsnit. Forøgelsen er særligt stor i perioden 2007 til 2009, hvilket ser ud til at falde sammen med et møde med Nord-KAP (Kvalitetsenhed for Almen Praksis), hvor bl.a. Jørgen Peter Ærthøj deltog. Et resultat af dette møde var en skriftlig beslutning om at supplere insulin med ordination af metformin.

2-lægers kompagniskab Nord har fordoblet ordinationen af metformin fra 2006 til 2010. Stigningen falder især i to perioder, i 2006-2007 og igen i 2009-2010. Den første periode giver lægens fortælling ingen forklaring på, men det sidste falder sammen med, at lægehuset modtog besøg af en lægemiddelhedsrepræsentant fra Nord-KAP. Lægen fortalte i interviewet, at hans "viden blev konsolideret" på dette møde.

2-lægers kompagniskab Sjælland har kun haft en lille stigning i ordinationen fra 3.426 i 2006 til 3.926 i 2010, dog med et opsving i 2007/2008 på henholdsvis 4.019 og 4.651. Opsvinget falder tidsmæssigt sammen med et weekendkursus sponsoreret af GlaxoSmithKline. Ved mødet lærte endokrinolog Henning Juhl de fremmødte læger at ordinere metformin som supplement til insulin. Efter dette kursus påbegyndte lægen den nye ordinationspraksis med at kombinere præparaterne ved patienternes næste kontrolmøde. I 2009 og 2010 ordinerer han mindre metformin end året før. Dette kan skyldes, at alle patienter er startet på den nye behandling, hvorfor mængden af ordinationer har stabiliseret sig. Det kan dog også skyldes andre forhold, fx at lægen ikke længere er så opmærksom på denne problemstilling.

4-lægers samarbejdspraksis Nord forøger støt ordinationen af metformin fra 2006-2008. I 2009 er der et dyk, og i 2010 er lægen stadig ikke helt oppe på 2008-niveau. Lægen fortæller, at han ikke selvstændigt ændrer meget i type 2-diabetes patienternes medicin, idet han henviser patienter til det lokale diabetesambulatorium ved større ændringer og altid ved omstilling til insulin. Ud fra lægens fortælling er det vanskeligt at forklare såvel ændringerne som den relativt lave ordination af metformin. Muligvis følger begge dele behandlingspraksis i det lokale diabetesambulatorium.

4-lægers kompagniskab Nord øger særligt ordinationen i perioderne 2007-2008 og 2008-2009. Lægerne fortalte under interviewet om, hvordan de i 2008 hørte en fagperson fortælle, at patienter over 70 år bør fortsætte på metformin. Dette er uddybet i case 1 ovenfor. Casen viste, at lægernes omlægning af behandlingen blev iværksat og besluttet som en direkte følge af fjernelsen af tilskuddet til et kombinationspræparat indeholdende metformin. I lægernes tilbageblik er det dog klart, at deres faglige netværk havde forvarslet ændringen igennem et stykke tid.

Som sagt så nogle af de praktiserende læger ud til at have kendskab til anbefalinger fra en endnu ikke udgivet vejledning. Dette kunne antyde, at disse læger holder sig informeret om nye tiltag inden for diabetesbehandlingen. Måske viser det også, at alment praktiserende læger ikke altid skelner skarpt mellem informationer, de har fået igennem en 'officiel' og 'godkendt' vejledning, og informationer de har fået på anden måde, fx gennem en kollega, en artikel i et lægefagligt tidsskrift eller reklamemateriale fra medicinindustrien.

Lægen i Solopraksis Sjælland fortæller en ændringshistorie, som tilsyneladende strider imod det, de statistiske opgørelser over hendes ordination viser. Statistikken viser, at lægen ligger markant over det regionale ordinationsgennemsnit, og at hun mere end fordobler ordinationen fra 2006 til 2010. Hun vurderede imidlertid i interviewet, at hun nu brugte mindre metformin end tidligere. Dette underbyggede hun ved at fortælle, at det jævnligt hændte, at hendes patienter stoppede med metformin. De stoppede ikke kun ved bivirkninger – hvilket andre læger også omtalte, men også hvis patienten opnåede de ønskede værdier. Lægen omtalte endvidere, at metformin i maksimal dosis ikke giver ekstra effekt, hvorfor hun gerne

**Table 5: Metformin opgjørt på dagsdosis pr. 1.000 sikrede pr. læge og pr. region\***

	År	Læge	Region	Lægens ordination i forhold til region indeks (regionalt gennemsnit = 100)	Lægens stigning fra 2006 til 2010	Regional stigning fra 2006 til 2010
Solopraksis Nord	2006	1.007	2.443	41	301 %	119 %
	2007	1.176	3.027	39		
	2008	2.583	3.791	68		
	2009	3.940	4.448	89		
	2010	4.036	5.177	78		
Solopraksis Sjælland	2006	4.254	3.414	125	108 %	69 %
	2007	6.326	3.898	162		
	2008	7.815	4.562	171		
	2008	8.093	5.161	157		
	2010	8.836	5.756	154		
2-lægers kompagniskab Nord	2006	2.398	2.443	98	143 %	119 %
	2007	3.801	3.027	126		
	2008	4.661	3.791	123		
	2009	4.855	4.486	108		
	2010	5.839	5.177	113		
2-lægers kompagniskab Sjælland	2006	3.426	3.414	100	15 %	69 %
	2007	4.019	3.898	103		
	2008	4.651	4.562	102		
	2009	4.050	5.161	78		
	2010	3.926	5.756	68		
4-lægers samarbejdspraksis Nord	2006	1.136	2.443	47	176 %	119 %
	2007	2.082	3.027	69		
	2008	3.362	3.791	89		
	2009	2.964	4.486	66		
	2010	3.140	5.177	61		
4-lægers kompagniskab Nord	2006	2.771	2.443	113	102 %	119 %
	2007	3.079	3.027	102		
	2008	3.997	3.791	105		
	2009	5.423	4.486	121		
	2010	5.607	5.177	108		

\*Tallene er standardiserede i forhold til køns- og aldersforskelle.

Kilde: Egen tilvirkning ud fra oplysninger fra Region Nordjylland og Danske Regioner.

holder dosis lavere end det maksimale. Disse observationer understreger sandsynligvis det velkendte faktum, at menneskers forklaringer af deres handlinger kan være misvisende.

Det er vanskeligt at etablere en – eller for den sags skyld flere – præcise sammenhænge mellem antallene af ordinationer og lægernes fortællinger. Denne vanskelighed er mest oplagt i solopraksis Sjælland, som tilsyneladende fortæller én historie og praktiserer noget ganske andet. En tendens, der dog med nogen sikkerhed kan peges på, er, at lægerne har størst

tiltro til kvalitetsudviklingsinstitutioner, som er tæt forbundet med de offentlige sundhedsinstitutioner og sundhedsmyndigheder. Dette ser man især i forbindelse med omtalen af Nord-Kap, som er en Forskningsenhed for Almen Praksis. Nord-kap ser således både ud til at have påvirket lægen i solopraksis Nord og en af lægerne i 2-lægers kompagniskab Nord til at øge ordinationerne af metformin. Det er her værd at bemærke, at Solopraksis Nord er det lægehus, der udtrykker sig mest positivt over for medicinalindustrien. Man kunne derfor forestille



sig, at denne læge i perioden fra 2006 til 2010 har været udsat for et stort pres fra lægemiddelrepræsentanter for at skifte fra metformin til nogle af de mere moderne og dyrere præparater. Set i det lys er Nord-Kap's gennemslagskraft endnu mere bemærkelsesværdig.

### Konklusion på lægenes brug af metformin

De interviewede læger følger alle i nogen grad det regionale mønster for ordination af metformin. Alle øger således ordinationen gennem perioden. Dog er der ret store forskelle i, hvor meget lægerne øger deres ordination, om end det ser ud til, at ordinationsmønsteret går i retning af mere ensartethed. Lægenes fortællinger viser, at deres faglige opdatering i forhold til dette stof er foregået over en lang årerække, hvor de har haft erfaringer med medicinen i flere sammenhænge og med flere forskellige kollegaer. Lægenes ændringer af behandlingsadfærd ser især ud til at blive påvirket af de administrative forhold på området, her eksemplificeret gennem tilskudsordninger. Lægerne bliver tilsyneladende også påvirket af kvalitetsudviklingsinstitutioner, her eksemplificeret med Forskningsenheden for Almen Praksis, Nord-Kap.

## 4.2.2 Lungebetændelse

### Vejledningerne

Vi fandt tre nationale vejledninger for behandling af lungebetændelse: Audit Projekt Odense (APO) og Institut for Rationel Farmakologi (IRF) 2005; APO 2008 og Lægehåndbogen 2010. I tabel 5 opsummeres vejledningernes anbefalinger, se tabel 6.

Tiltroen til den diagnostiske værdi af CRP'en ser ud til at være tiltaget over tid. Alle vejledninger bruger CRP > 50 mg/liter hos voksne som indikation på, at der er tale om en bakteriel betændelsestilstand og ikke en viral infektion. I 2005-vejledningen opfattes CRP som en indikation af bakterier, men angives som for uspecifik til diagnostik. I 2008-vejledningen anføres det, at CRP kan underbygge den kliniske beslutningsproces, og i den nyeste vejledning fra 2010 opfattes CRP som en del af de kliniske fund.

Den seneste 2010-vejledning skærper anvendelsen af CRP i udredningen af børn. I 2005-vejledningen kan CRP > 50 for børn støtte, at der er tale om bakterier, hvor 2010-vejledningen anfører CRP at have begrænset nytte. Forhøjelsen skal være helt oppe på 100-150, før det taler "ganske stærkt" for en bakteriel infektion hos børn.

**Tabel 6: Sammenligning af tre vejledninger for behandling af luftvejs sygdomme (lungebetændelse, KOL og akut bronkitis)**

	Audit Project Odense og Institut for Rationel Farmakologi 2005	Audit Projekt Odense 2008	Lægehåndbogen 2010
<b>Lungebetændelse</b>			
Symptomer (pneumoni)	Feber Hoste Ekpektoration Dyspnø Krepitation Dæmpning Takypnø	Feber Hoste Ekpektoration Dyspnø Krepitation Dæmpning Takypnø	Feber Hoste Ekpektoration Dyspnø Krepitation Dæmpning Takypnø Konfusion
CRP-værdier	> 50, men kan ikke stå alene Gælder også børn	> 50, men kan ikke stå alene	> 50 for voksne > 100-150 for børn Kan støtte diagnosticering
Valg ved pneumoni	V-penicillin	V-penicillin	V-penicillin
Valg ved mykoplasma-infektion eller penicillinallergi	Makrolider	Makrolider	Makrolider
Differentialdiagnoser (som også omtales i interview)			
<b>KOL</b>	Penicillin	Sjældent behov for penicillin	Penicillin ved akut oplussen af KOL
<b>Akut bronkitis</b>	Ingen antibiotika	Ingen antibiotika	Ingen antibiotika

Kilde: Egen tilvirkning ud fra: Audit Projekt Odense og Institut for Rationel Farmakoterapi (107), Audit Projekt Odense (108), Lægehåndbogen (109).

### Lægernes fortællinger om behandlingen af luftvejslidelser

De medvirkende læger karakteriserer lungebetændelse som en temmelig sjælden og relativt alvorlig lidelse. Ifølge lægerne mistænker patienter for ofte, at de lider af lungebetændelse. Da patienterne 'ved', at antibiotika gives for lungebetændelse, oplever lægerne, at patienterne forsøger at presse dem til at udskrive antibiotika i flere tilfælde end lægefagligt indiceret. Lungebetændelse kan samtidig være relativt vanskelig at diagnosticere, hvilket kan komplicere lægernes forhandling med patienterne. Vanskelighederne skyldes, at der er en del diagnoser, som fremviser lignende symptomer, samt at nogle af de tests, der kan tages, først giver resultater efter flere dage, hvilket patienterne kan finde det vanskeligt at vente på.

I det følgende opsummeres lægernes beskrivelser af deres behandling af luftvejslidelser. Først beskrives lægernes udredning og diagnostik, derefter valget af medicin.

#### *Udredning og diagnostik*

Både vejledningerne og lægernes fortællinger giver indtryk af, at det i den kliniske hverdag kan være vanskeligt at skelne mellem de luftvejssygdomme, der ofte eller altid bør ordineres antibiotika mod, fra dem der sjældent eller aldrig bør behandles med antibiotika. De alment praktiserende læger bruger en række forskellige metoder til at afgrænse sygdommene fra hinanden. Herunder er den vigtigste metode muligvis lægernes kliniske skøn, som bl.a. bygger på viden om den enkelte patients alder, sygehistorie og almentilstand. Forhold i almenbefolkningen på det pågældende tidspunkt kan dog være vigtige for det kliniske skøn. Under en influenzaepidemi vil den alment praktiserende læge således lægge vægt på og være opmærksom på lidt andre forhold end under en epidemi af lungebetændelse eller under ingen epidemi.

Alle de alment praktiserende læger starter udredningen med at afklare, om patienten har feber. Har patienten høj feber, kan det være lungebetændelse. Alle læger anvender også stetoskop, men der er forskel på, hvor meget de mener at kunne afgøre på den baggrund. Hvor Solopraksis Sjælland 'ingenting hører ved kold lungebetændelse', og Solopraksis Nord mener, at 'stetoskopet kan snyde', hører 4-lægernes samarbejdspraksis Nord tydeligt både kold og varm lungebetændelse. Alle lægerne ser ud til at anvende stetoskopet som hjælp til skelnen mellem lungebetændelse og bronkitis.

Af vejledningerne fremgår det, at CRP (C-Reaktivt Protein – et plasmaprotein, der dannes i leveren ved akut betændelse) kan bruges til at identificere bakterier, om end der kan være betydelige overlap mellem de virale og bakterielle CRP-værdier. CRP-værdierne er således ikke præcise og kan ikke stå alene, men de kan understøtte den kliniske vurdering. Vejledningerne angiver – alt andet lige, at CRP < 20 taler mod lungebetændelse, og > 50 taler for lungebetændelse for voksne. Alle læger har og bruger CRP. Lægernes fortællinger viser, at de netop anvender CRP som en indikator i samspil med deres kliniske viden. Lægerne omtaler dog forskellige CRP-værdier som grænseværdier. 2-lægernes kompagniskab Nord sætter grænsen

ved > 25-30, RS1S ved > 30, og R2-lægernes kompagniskab Sjælland sætter grænsen ved 60-65. Solopraksis Nord og 4-lægernes samarbejdspraksis Nord specificerer begge, at de taler om en 'sikker værdi', som de sætter væsentligt højere ved henholdsvis 100 og 150-160. Solopraksis Sjælland nævner videre, at CRP 30 tyder på bronkitis; at tvivlstilfælde sendes til røntgen, og at der podes ved epidemi. Dette følger praktisk taget 2010-vejledningen. Men når 2-lægernes kompagniskab Sjælland, 4-lægernes samarbejdspraksis Nord og 4-lægernes kompagniskab Nord angiver, at forhøjede CRP-værdier indikerer både lungebetændelse og akut bronkitis, følger de ikke vejledningerne. De sætter værdierne til henholdsvis 50, 60-65 og til 150-160 (hvis 4-lægernes kompagniskab Nord her følger egen, 'sikre' værdi).

Lægerne i 4-lægernes kompagniskab Nord, 4-lægernes samarbejdspraksis Nord og Solopraksis Sjælland er skeptiske over for eksistensen af kold lungebetændelse. Mens den ene af lægerne i 4-lægernes kompagniskab Nord siger, at sygdommen ikke findes, fortæller den anden fra lægehuset, at han i udgangspunktet ikke behandler denne lidelse, med mindre der er tale om en epidemi.

#### *Behandling*

Alle lægerne anvender V-penicillin som første valg til lungebetændelse. Solopraksis Sjælland er – i egen beskrivelse – konservativ i ordinationen af penicillin, idet hun venter længe med at sætte patienten på en antibiotikakur. I kontrast hertil fremstår lægen i 4-lægernes samarbejdspraksis Nord mere aggressiv, bl.a. fordi han anvender makrolider til en almindelig lungebetændelse – ikke mindst til børn grundet børns modvilje mod smagen af penicillin. Han anvender også makrolider til sig selv. For at undgå en hel uges kur tager han et makrolidpræparat, som består af kun tre tabletter. Sidstnævnte læge sætter også en mistænkt kold lungebetændelse i behandling, inden han får svar på en podning, mens førstnævnte altid afventer podningssvar først.

Vejledningerne angiver makrolid til lungebetændelse, hvis patienten har penicillin-allergi. Makrolid er en type stærk antibiotika, som læger på grund af risici for udvikling af resistens skal være særlig varsom med ordination af. Alle lægerne følger vejledningerne ved at give makrolid til mykoplasma-infektioner. Men der er forskel på, om lægerne afventer svar på podning eller røntgen inden ordination, og om de kun ordinerer i epidemitider eller også udenfor. I den mere konservative ende findes tilsyneladende Solopraksis Sjælland, 2-lægernes kompagniskab Nord og 4-lægernes kompagniskab Nord. Mens Solopraksis Sjælland kun bruger makrolider til behandling af atypisk pneumoni ved kendte epidemier, nævner lægerne i 2-lægernes kompagniskab Nord ikke noget herom. Solopraksis Sjælland afventer altid testsvar inden behandlingsstart, hvor 2-lægernes kompagniskab Nord og 4-lægernes samarbejdspraksis Nord starter patienten i behandling, inden der foreligger svar. Mest restriktive synes lægerne i 4-lægernes kompagniskab Nord at være. Her udtalte den ene, at han i udgangspunktet ikke behandler atypisk pneumoni, da mykoplasma-infektioner ikke er livstruende, og ellers ordinerer han V-penicillin. Lidt mere

aggressiv fremstår Solopraksis Nord, der behandler atypisk pneumoni med makrolider, når patienten kommer igen efter en ineffektiv penicillinbehandling (svarende til vejledningen). Han gav ikke udtryk for at foretage yderligere udredning – podning eller røntgen – af patienter, der er blevet behandlet med penicillin uden effekt, men ser ud til at gå direkte til ordination af makrolider.

2-lægers kompagniskab Nord er eneste praksis, der selv har fremstillet og bruger vejledning til behandling af akutte infektioner, herunder luftvejsinfektioner.

### Ændringer i opgjorte ordinationer i forhold til luftvejsdiagnoser

Alle de interviewede praksislæger har deltaget i den indledningsvist nævnte APO-undersøgelse Happy Audit 2008-09. Happy Audit havde til formål at få lægerne til at reducere ordination af antibiotika. Vi har fået adgang til de medvirkende lægers registreringer i APO-projektet. De registrerede deres behandlinger af luftvejslidelser i en treugers periode i 2008 samt i en tilsvarende periode i 2009. Lægerne registrerede patienter, som blev diagnosticeret med enten forkølelse, akut otitis media, akut sinusitis, akut pharyngitis, akut tonsillitis, akut bronkitis, pneumoni, KOL eller kronisk bronkitis, influenza eller anden luftvejsinfektion. Lægerne registrerede, om de ordinerede antibiotika eller ikke. De seks interviewede læger registrerede i alt 564 patienter.

Som man ser af tabel 7, forekom forkølelse hyppigst (26,8 %) og akut bronkitis næsthypigst (19,6 %). KOL (1,2 %) og pneumoni (5,9 %) registreres mindst hyppigt.

Krydstabulering af lægehusene med deres ordination af antibiotika viser, at de medvirkende læger stort set ikke ordinerer antibiotika for forkølelse, influenza eller akut pharyngitis, og at de næsten altid ordinerer antibiotika for lungebetændelse (pneumoni) (data ikke vist).

Som man ser i tabel 8 (næste side), er ordinationen til de øvrige diagnoser for luftvejslidelser mere varieret (KOL er ikke medtaget, da der var meget få tilfælde deraf). Det mest bemærkelsesværdige er nok, at de medvirkende læger samlet set ordinerer antibiotika til ca. 40 % af patienter med diagnosen akut bronkitis, selvom alle vejledningerne angiver, at der ikke skal ordineres antibiotika for akut bronkitis. Vurderet alene ud fra disse data var det kun 4-lægers kompagniskabspraksis Nord, der ordinerede i henhold til vejledningerne for begge år.

I 2008 var Solopraksis Nord også næsten adhærent, idet kun 16 % blev ordineret forkert. Resten af praksis havde fra 60 % til 100 % forkerte ordinationer af bronkitis i 2008. I 2009 har Solopraksis Sjælland forbedret ordinationen, idet det er gået fra 40 % rigtige til 100 % rigtige. Til gengæld ordinerer Solopraksis Nord dårligere, idet det her er gået fra 84 % rigtige til 47 % rigtige ordinationer. 4-lægers samarbejdspraksis Nord og 2-lægers kompagniskab Nord har tilsyneladende intet lært angående ordination til bronkitis ved at medvirke i Happy Audit, idet de begge år ordinerer penicillin til 100 % af deres patienter med bronkitis.

Af evalueringen af APO fremgår det, at de medvirkende danske læger reducerede deres totale ordination af antibiotika med 9 (29).

### Analyse: Ændringer i brugen af antibiotika i lægernes fortællinger

På det generelle niveau kan man i interviewene se, at lægerne gav udtryk for, at de i det væsentlige aldrig har ændret ordination af antibiotika. Lægerne besvarede således ofte interviewerens spørgsmål om, hvordan de har ændret antibiotikaordination, ved at forklare hvordan de har lært at holde igen med brugen.

Lægernes fortællinger om antibiotika antyder, at de har været påvirket af flere forskellige kilder end i tilfældet metformin. De nævnte således både mikrobiologer, kurser, vejledningerne på området og almen viden.

Generelt er lægerne også mere vage i deres angivelser af tidspunktet for ændringer i ordinationspraksis med antibiotika end for metformin. Antibiotikaændringer placeres således uspecificeret inden for en længere tidsperiode. Dog ser det ud til, at der med indførelsen af apparatur til foretagelse af CRP-test for godt og vel 10 år siden var et relativt klart skift i brugen af antibiotika. Vagheden omkring tidspunktet for ændringen kan skyldes – som 2-lægers kompagniskab Sjælland, 2-lægers kompagniskab Nord og 4-lægers kompagniskab Nord foreslog – at der allerede under deres lægeuddannelse var en forholdsvis klar opfattelse af, at læger skal holde igen med antibiotika. Lægerne har således i adskillige år bestræbt sig på konservativ antibiotikaordination, hvorfor der for dem sandsynligvis ikke eksisterer et klart begyndelsestidspunkt for ændret praksis.

Tabel 7: Fordeling af diagnoser

	Forkølelse	Akut otitis	Akut sinusitis	Akut pharyngitis	Akut tonsillitis	Akut bronkitis	Pneumoni	KOL	Influenza	Anden luftvejslidelse	I alt
N	151	36	56	40	38	110	33	7	49	44	564
%	26,8 %	6,4 %	9,9 %	7,1 %	6,7 %	19,6 %	5,9 %	1,2 %	8,7 %	7,8 %	100 %

Kilde: Egen tilvirkning efter Audit Project Odense.

**Tabel 8: Lægehushenes ordinationer af antibiotika for udvalgte luftvejslidelser for henholdsvis 2008 og 2009**

	Akut sinitis						Akut tonsillitis						Anden luftvejslidelse						Akut bronkitis						Akut otitis									
	Ikke antibiotika			Antibiotika			Ikke antibiotika			Antibiotika			Ikke antibiotika			Antibiotika			Ikke antibiotika			Antibiotika			Ikke antibiotika			Antibiotika			Ikke antibiotika			
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		
2008																																		
4-lægers samarbejdspraksis Nord	1	14 %	6	86 %	1	33 %	2	67 %	7	88 %	1	12 %	0	0 %	7	100 %	1	17 %	5	83 %														
4-lægers kompagniskab Nord	5	63 %	3	37 %	2	40 %	3	60 %	4	80 %	1	20 %	12	100 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %														
Solopraksis Nord	3	43 %	4	57 %							1	50 %	1	50 %	16	84 %	3	16 %	1	33 %	2	67 %												
2-lægers kompagniskab Nord	0	0 %	10	100 %	5	100 %	0	0 %							0	0 %	3	100 %	0	0 %	1	100 %												
2-lægers kompagniskab Sjælland	5	100 %	0	0 %	4	100 %	0	0 %	0	0 %	1	100 %	2	25 %	6	75 %	0	0 %	1	100 %														
Solopraksis Sjælland	1	50 %	1	50 %	2	67 %	1	33 %	4	100 %	0	0 %	2	40 %	3	60 %	1	25 %	3	75 %														
2009																																		
4-lægers samarbejdspraksis Nord	0	0 %	6	100 %	0	0 %	1	100 %	3	100 %	3	100 %	0	0 %	0	0 %	4	100 %	0	0 %	1	100 %												
4-lægers kompagniskab Nord							1	25 %	3	75 %	3	100 %	0	0 %	10	100 %	0	0 %	2	100 %	0	0 %												
Solopraksis Nord	4	50 %	4	50 %	2	67 %	1	33 %	2	100 %	0	0 %	15	47 %	17	53 %	4	80 %	1	20 %														
2-lægers kompagniskab Nord							1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	6	100 %														
2-lægers kompagniskab Sjælland	1	50 %	1	50 %	0	0 %	3	100 %	8	89 %	1	11 %																						
Solopraksis Sjælland	0	0 %	1	100 %	1	14 %	6	86 %	6	100 %	0	0 %	9	100 %	0	0 %	1	25 %	3	75 %														

Kilde: Egen tilvirkning, Audit Projekt Odense.

### Konklusion på lægernes brug af antibiotika

De medvirkende læger ordinerer yderst sjældent antibiotika for forkølelse, influenza eller akut pharyngitis, men næsten altid for lungebetændelse (pneumoni). Ordination til de øvrige diagnoser er mere varieret. Det er bemærkelsesværdigt, at de samlet set ordinerer antibiotika til ca. 40 % af patienter med diagnosen akut bronchitis, selvom alle vejledningerne angiver den modsatte ordination. Det havde været interessant at høre lægernes fortællinger og refleksioner om deres behandling af akut bronchitis. Desværre spurgte vi under interviewene ikke eksplicit til behandlingen af akut bronchitis. Ikke alle læger har derfor sagt noget herom, og deres udtalelser er så tilfældige og usystematiske, at de ikke kan bruges til at tegne et billede af de medvirkende alment praktiserende lægers behandling af denne lidelse. Fortællingerne kan derfor heller ikke antyde forklaringer på, hvorfor lægerne ikke er bedre til at følge vejledningerne.

Lægerne har ikke oplevet radikale skift i vejledningerne for antibiotika og er således 'altid' blevet vejledt til at være restriktive med ordination af antibiotika. Til sammenligning gjaldt det for metformin, at der de senere år er kommet forskningsmæssige resultater, der indikerer fordele ved at opprioritere ordinationen af metformin. Lægerne har derfor oplevet en egentlig ændring i deres behandlingspraksis med metformin, men ikke med antibiotika.

Interviewene viser, at lægerne forstår, at de skal holde igen med antibiotika, samt at de også mener, at de gør det. Nedgangen i ordinationen af antibiotika bekræfter lægernes fortællinger. Men der ser samtidig ud til at være et overforbrug af antibiotika og især af makrolider.

### 4.3 Diskussion

Formålet med kapitlet var at undersøge praktiserende lægers anvendelse af kliniske vejledninger og deres faglige opdatering med henblik på besvarelse af spørgsmålene: Hvornår ændrer praktiserende læger opfattelse af, hvad der er god behandlingspraksis på et givent område, og hvordan bestemmes de nye opfattelser? Vores undersøgelse, som har fokuseret på beskrivelse af de praktiserende lægers hverdag med kliniske vejledninger og faglige opdateringer, viser, at lægernes opfattelser af god behandlingspraksis fastlægges og ændres i kraft af sundhedsfaglige myndigheders indgreb samt gennem de informationer og holdninger, som de praktiserende læger får gennem deltagelse i faglige netværk.

De sundhedsfaglige myndigheder ser ud til at have størst direkte betydning for de praktiserende lægers opfattelse af god behandlingspraksis. Dette viste case 1, idet lægerne øjeblikkeligt ændrede behandlingspraksis, da myndighederne ændrede tilskuddet.

De praktiserende lægers brug af vejledningerne antyder endvidere, at lægerne har størst tillid til de medicinske selskaber og Institut for Rationel Farmakologi og væsentligt mindre tillid til vejledninger udviklet af medicinalindustrien. De praktiserende læger har således størst kendskab til de 'mest officielle' kliniske vejledninger udviklet af de medicinske selskaber, IRF og

Medicinhåndbogen. Analysen af lægernes fortællinger om ændringer set i forhold til de registrerede ændringer bestyrker denne konklusion yderligere. Det fremgik således, at flere af de statistisk registrerede ændringer faldt sammen med kursus- eller informationsvirksomhed udgået fra Forskningsenheden for Almen Praksis.

De praktiserende lægers faglige netværk bygges op gennem deltagelse i kurser samt gennem deres hverdag, hvor de har faglige kontakter til såvel specialister, læger med samme grundlæggende uddannelse som dem selv, samt til uddannelseslæger de selv er ansvarlige for uddannelsen af. I denne sammenhæng er det også vigtigt at nævne praksispersonalet, som fremgår som en vigtig og integreret del af de praktiserende lægers faglighed. Denne brede vifte af muligheder for faglig udvikling bliver anvendt af alle de medvirkende læger. Ud fra interviewene kan man ikke identificere forskellige strategier eller forskellige typiske måder at anvende disse muligheder på.

I forhold til spørgsmålet om ensartethed i ydelserne er det interessant at observere, at ingen af lægerne i vores interviews af sig selv omtaler behovet for standardisering af deres egen behandling i forhold til andre alment praktiserende lægers behandling. Lægerne ser således ikke ud til at interessere sig synderligt for, om deres behandlingstilbud svarer til behandlingstilbud, som andre praktiserende læger tilbyder deres kunder. Når de interviewede læger taler om behov for standardisering af behandling, gælder dette derimod den behandling, som de ansatte sygeplejersker udfører. Heraf kan man muligvis konkludere, at de alment praktiserende læger er positivt stemt over for den mangfoldighed af tilbud, der stilles til rådighed for dem og deres patienter. Det er derimod ikke så klart, om der er en modsætning mellem de alment praktiserende lægers ønske om mangfoldige tilbud og myndighedernes ønske om standardiserede og ensartede behandlingstilbud. Man kunne således godt forestille sig, at der inden for hvert enkelt af de mange behandlingstilbud blev gennemført standardiserede og ensartede behandlingsforløb. I praksis forekommer det dog mere sandsynligt, at omfanget af variationerne i behandlingen vil stige med antallet af tilgængelige behandlingstilbud.

### 4.4 Konklusion

I dette kapitel har vi undersøgt alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af vejledninger. Undersøgelsen bygger på statistiske data for ordination af medicin for type-2 diabetes og luftvejslidelser for seks alment praktiserende læger, samt interviews med de samme seks læger om deres generelle og specifikke faglige opdatering i forhold til de to lidelser. Lægerne blev rekrutteret fra to forskellige regioner og ud fra praksisstørrelse og samarbejdsform mellem lægerne.

De alment praktiserende lægers generelle forhold for faglig udvikling og brug af kliniske vejledninger blev belyst gennem de medvirkende lægers fortælling om deres hverdag. Herudfra kan man se, at vejledninger og faglig opdatering er en integreret del af hverdagen. Arbejdet med faglig opdatering foregår under konsultationer, efter konsultationer samt med kollegaer internt i lægehuse og i andre lægehuse, på lægevagt,

med sygeplejersker i klinikken samt på egentlige efteruddannelser tilbudt af såvel private som offentlige institutioner.

De generelle forhold blev endvidere belyst gennem to cases. Case 1 illustrerer, at de alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af vejledninger foregår i en foranderlig verden, hvor magtfulde private og offentlige aktører udvikler og ændrer de metoder og vejledninger, som de alment praktiserende læger bør benytte.

Case 2 illustrerer det interne samarbejde mellem læger og sygeplejersker omkring vejledningerne. Casen illustrerer, at sygeplejerskerne er en vigtig del af arbejdet med de kliniske vejledninger, samt at de også bidrager med deres faglighed i dette arbejde.

De to medicinske cases blev undersøgt ved at sammenholde statistiske tal for de medvirkende lægers ordination med lægernes fortællinger om deres behandling. Undersøgelsen viser, at de interviewede læger i nogen grad følger det regionale mønster for ordination af metformin. Alle øger således ordinationen gennem perioden. Dog er der ret store forskelle i, hvor meget lægerne øger deres ordination, om end det ser ud til, at ordinationsmønsteret går i retning af mere ensartethed. Lægernes fortællinger viser, at lægernes faglige opdatering i forhold til dette stof er foregået over en lang årrække, hvor de har haft erfaringer med medicinen i flere sammenhænge og med flere forskellige kollegaer. Lægernes ændringer af behandlingsadfærd ser især ud til at blive påvirket af de administrative forhold på området, her eksemplificeret gennem tilskudsordninger. Lægerne bliver tilsyneladende også påvirket af kvalitetsudviklingsinstitutioner, her eksemplificeret med Forskningsenheden for Almen Praksis, Nord-Kap.

De medvirkende læger ordinerer yderst sjældent antibiotika for forkølelse, influenza eller akut pharyngitis, men næsten altid for lungebetændelse (pneumoni). Ordination til de øvrige

diagnoser er mere varieret. Det er bemærkelsesværdigt, at de samlet set ordinerer antibiotika til ca. 40 % af patienter med diagnosen akut bronkitis, selvom alle vejledningerne angiver den modsatte ordination. Det havde været interessant at høre lægernes fortællinger og refleksioner om deres behandling af akut bronkitis. Desværre spurgte vi under interviewene ikke eksplicit til behandlingen af akut bronkitis. Ikke alle læger har derfor sagt noget om akut bronkitis, og deres udtalelser er så tilfældige og usystematiske, at de ikke kan bruges til at tegne et billede af de medvirkende alment praktiserende lægers behandling af denne lidelse. Lægernes fortællinger kan derfor heller ikke antyde forklaringer på, hvorfor lægerne ikke er bedre til at følge vejledningerne.

Lægerne har ikke oplevet radikale skift i vejledningerne for antibiotika og er således 'altid' blevet vejledt til at være restriktive med ordination af antibiotika. Til sammenligning gjaldt det for metformin, at der de senere år er kommet forskningsmæssige resultater, der indikerer fordele ved at opprioritere ordinationen af metformin. Lægerne har derfor oplevet en egentlig ændring i deres behandlingspraksis med metformin, men ikke med antibiotika.

I forhold til spørgsmålet om ensartethed i ydelserne, observerer vi, at ingen af de praktiserende læger i vores interviews af sig selv omtalte behovet for standardisering af deres behandling. Lægerne interesserer sig tilsyneladende ikke meget for, om deres behandlingstilbud svarer til behandlingstilbud, som andre praktiserende læger tilbyder deres kunder. Når de interviewede læger taler om behov for standardisering af behandling, gælder dette derimod den behandling, som de ansatte sygeplejersker udfører.

# 5 Sammenligning af norske og danske praktiserende lægers holdninger til kliniske vejledninger

Formålet med dette kapitel er at tydeliggøre alment praktiserende lægers opfattelse af kliniske vejledninger. Metoden er sammenligning af kvalitative undersøgelser i henholdsvis Norge og Danmark. Spørgsmålet, som vi forsøger at besvare, er: Hvilke forskelle og ligheder er der mellem norske og danske praktiserende lægers holdning til og brug af kliniske vejledninger? Vores hypotese var, at forskelle burde kunne forklares ud fra de forskellige måder, hvorpå kliniske vejledninger er blevet indført og brugt i de to lande.

Denne del af undersøgelsen bliver afrapporteret i tre artikler. En af artiklerne er udgivet (8), en er indleveret til review, og en er under udarbejdelse. Nedenfor resumeres den udgivne artikel: 'Guidelines; from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark' af Benedicte Carlsen fra Rokkan Centre, University Research og Pia Kjørstein Kjellberg fra Dansk Sundhedsinstitut (8).

## 5.1 Baggrund

I tråd med den øvrige variationsforskning er det veldokumenteret, at alment praktiserende læger fra forskellige praksisser, regioner og lande adskiller sig fra hinanden i deres brug af kliniske vejledninger (110-113). I den internationale litteratur er der en del undersøgelser af alment praktiserende lægers opfattelse af kliniske vejledninger. Litteraturen angående skandinaviske forhold er dog sparsom. På dette punkt udfylder denne artikel et hul i vores viden.

Der er sparsomt med velbegrundede forklaringer af årsagerne bag variationerne i den internationale litteratur. Et systematisk review af kvalitative studier af alment praktiserende lægers opfattelse af kliniske vejledninger fandt således en række gennemgående temaer i de kritikpunkter, som alment praktiserende læger har af kliniske vejledninger: manglende tiltro til evidensen bag vejledningerne, fokus på den individuelle patient, modvillighed mod at gennemføre statens sundhedsprioriteringer, frygt for at skade relationen til patienten, klinisk ansvarlighed, praktiske problemer (mangel på tid, udstyr eller vanskelig adgang til de kliniske vejledninger) samt mangel på viden (35). Reviewet fandt dog ingen mønstre eller tendenser, som kunne forklare årsagerne bag de alment praktiserende lægers forskellige holdninger til kliniske vejledninger.

### 5.1.1 Sundhsvæsenets organisation i Norge og Danmark

Overordnet er der mange ligheder angående såvel befolkningerne som organisationen af sundhsvæsenet i Norge og Danmark. Ser man specifikt på brugen af kliniske vejledninger, finder man dog også interessante forskelle. I Norge findes der ingen oversigt over kliniske vejledninger i brug i almen praksis, men vi ved, at der er færre myndighedsudviklede kliniske vejledninger for almen praksis i Norge end i Danmark, samt at deres indførelse er af nyere dato. I Norge bliver kliniske vejledninger udviklet af forskellige myndighedsledede institutioner samt af uafhængige og private organisationer. Sammenlignet med Danmark bliver færre vejledninger udvik-

let af myndighederne. Det norske sundhedsministerium har først efter vores interviews oprettet hjemmesiden 'Sundhedsbiblioteket', hvor både myndigheders og andres vejledninger ligger tilgængelige. I Danmark bliver kliniske vejledninger for almen praksis overvejende udviklet af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Dog har Sundhedsministeriet og IRF også udviklet nogle vejledninger for almen praksis. Sundhedsministeriet har produceret kliniske vejledninger siden slutningen af 1980'erne. Siden 1999 har DSAM udviklet 15 egne kliniske vejledninger samt medvirket i Sundhedsministeriets 8 vejledninger. Man kan derfor hævde, at danske myndigheders arbejde med kliniske vejledninger for almen praksis er mere veludviklet end de norske sundhedsmyndigheders.

Denne forskel – hvor norske myndigheder historisk såvel som i nutiden har anvendt kliniske vejledninger mindre end danske myndigheder – forventede vi at se afspejlet i de norske og danske alment praktiserende lægers holdninger til kliniske vejledninger.

## 5.2 Metode

Den anvendte metode var sammenligning af kvalitative fokusgruppeinterviews med semistrukturerede interviewguide med alment praktiserende læger. Den norske undersøgelse blev udført i 2007 og så vidt muligt reproduceret i Danmark i 2008.

I Norge blev der udført interviews med seks grupper alment praktiserende læger. 20 af dem kom fra området Hordaland og 27 fra Oslo. Lægerne var medlemmer af de samme 11 12-mandsforeninger og kendte hinanden før vores interview. Udvælgelsen foregik ved at der blev sendt en invitation til 93 12-mandsforeninger, hvorefter interesserede læger fra 11 foreninger meldte tilbage og blev inkluderet.

I interviewene blev de alment praktiserende læger bedt om at diskutere, hvad de forstod ved kliniske vejledninger, hvilke vejledninger de kendte og brugte og deres holdning til kliniske vejledninger.

I den danske del af undersøgelsen bestod samplingen af 18 alment praktiserende læger, som blev rekrutteret gennem udsendelse af breve til alle 12-mandsgrupper i København. Én 12-mandsgruppe accepterede invitationen. Et opfølgende brev skabte kontakt til yderligere to 12-mandsgrupper. Den norske interviewguide blev anvendt i de danske interviews.

De norske data blev analyseret, før den danske undersøgelse blev startet. Analysen blev udført af en norsk forsker sammen med en forskerkollega, som er alment praktiserende læge. Der blev brugt tematisk indholdsanalyse (114), hvor forskerne gennemlæser de transskriberede interview og bliver enige om kodninger og temaer i interviewene. Temaerne reflekterede den oprindelige interviewguide, men der blev også opdaget og inkluderet nye temaer. Den danske og den norske forsker fulgte samme metode for de danske data. De to forskere læste transskriptioner af interviews af det danske materiale og blev enige om kodninger og temaer. Slutteligt blev de norske og danske datasæt sammenlignet.

I analysen blev det klart, at der var betydeligt flere fællestræk end forskelligheder mellem de danske og norske alment praktiserende læger. Vi fokuserede imidlertid mest på forskelligheder, da dette forekom mest interessant.

Tabel 9 sammenligner samplingen for de to lande.

### 5.3 Resultater

Indtrykket fra interviewene er, at der er store ligheder i diskussionerne blandt de danske og norske alment praktiserende læger. Lighederne i holdningerne til kliniske vejledninger består bl.a. i, at de praktiserende læger – qua øget arbejdspress – oplever et stort behov for enkle sammenfatninger af behandlingsanvisninger for de større sygdomsgrupper. Et andet ligheds punkt er oplevelsen af en modsætning mellem den enkelte, unikke patient og de standardiserede kliniske vejledninger. Lægerne er også relativt enige om, hvilken form de kliniske vejledninger bør have, at der skal være let adgang til dem, og at myndighedernes implementeringsstrategier påvirker deres anvendelse af kliniske vejledninger. Endelig kan nævnes, at lægerne er relativt enige om, at de ønsker at bruge de vejledninger, der letter deres arbejde, men ikke dem der gør arbejdet mere kompliceret.

Forskelle mellem praktiserende lægers holdninger fra de to lande kan beskrives som forskelle i grad, ikke i indhold. Forskellene trækkes frem nedenfor. De trækkes skarpt op for at tydeliggøre forskelle, som reelt nok er mindre tydeligt markerede.

For det første er norske praktiserende læger i højere grad end danske skeptiske over for sammenblandingen af økonomiske og kliniske overvejelser i de kliniske vejledninger. Norske praktiserende læger er mere fundamentalt modstandere af vejledninger, der bygger på økonomiske hensyn, ligesom de frygter, at økonomiske hensyn kan komme til at spille for dominerende en rolle i udformningen af fremtidige vejledninger. De danske alment praktiserende læger har en klart mere positiv opfattelse af myndighedernes forsøg på også at inddrage øko-

nomiske overvejelser i udformningen af kliniske vejledninger. Selvom de danske alment praktiserende læger udtrykker nogen utilfredshed med sundhedsmyndighedernes obligatoriske reguleringer, har de tilsyneladende i høj grad accepteret og internaliseret myndighedernes økonomiske målsætninger.

For det andet ser der ud til at være forskel i forholdet til patienterne. Norske alment praktiserende læger præsenterer sig selv som allierede med 'deres patienter' imod myndighedernes forsøg på at indskrænke sundhedstilbuddene til patienterne. Danske alment praktiserende læger ser i højere grad ud til at opfatte deres rolle i forhold til patienterne som en rolle, hvor de skal forklare og bakke op omkring myndighedernes prioriteringer, hvilket bl.a. kommer til udtryk i nogle af anbefalingerne fra de kliniske vejledninger. I denne sammenhæng er det interessant at notere, at de danske praktiserende læger giver udtryk for, at de tidligere har været skeptiske over for økonomiske hensyn i kliniske vejledninger, men at de ikke er det længere.

Opsummerende kan man sige, at danske praktiserende læger i højere grad end norske praktiserende læger mener, at økonomiske hensyn er en uundgåelig del af den nødvendige overordnede prioritering, hvilket også giver sig udslag i de kliniske vejledninger. Både danske og norske praktiserende læger afviser dog somme tider at anvende kliniske vejledninger, som de ud fra egne overvejelser og argumentationer finder irrationelle.

### 5.4 Diskussion

På baggrund af dette datamateriale kan man forsigtigt konkludere, at der er en positiv sammenhæng mellem graden, med hvilken kliniske vejledninger bliver pålagt alment praktiserende læger og disse lægers positive opfattelse af vejledningerne. Man kan forestille sig to sandsynligvis gensidigt forstærkende forklaringer herpå. Den ene er, at myndighederne bliver dygtigere til at udvikle og implementere vejledningerne; den anden er, at lægerne internaliserer og overtager myndighedernes rationale angående vejledningerne.

**Tabel 9: Profil for de samlede alment praktiserende læger i forhold til alle alment praktiserende læger i Norge og Danmark**

	Norsk sample	Alment praktiserende læger i Norge*	Dansk sample	Alment praktiserende læger i Danmark**
Antal læger	27	3.862	18	3.639
Andel mænd	67 %	68 %	56 %	62 %
Alder (gennemsnit)	45	47	56,2	53,6
Patientlistestørrelse (gennemsnit)	1.110	1.196	1.498	1.583
Læger med åben tilgang	31 %	46 %	53 %	65 %

\* Data stammer fra den Norske Arbejde og Velfærdsorganisation og fra de Norske Medicinske Foreninger: <http://www.nav.no/page?id=1073743257> og <http://llegeforeningen.no/indeks.gan?id=124987> i august 2007.

\*\* Data stammer fra DSAM og Det Danske Sundheds- og Forebyggelsesinstitut: [http://laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER\\_DK](http://laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK) og <http://www.sum.dk/> i juni 2009.



# 6 Tværgående analyse

Variationer i klinisk praksis er et problem, hvis de er udtryk for, at nogle patienter modtager optimal behandling og andre mindre end optimal behandling. Variationerne er også et problem, hvis de er et udtryk for, at sammenlignelige sundhedsydelse i Danmark er dyrere nogle steder end andre. Et af motiverne bag udbredelsen af kliniske vejledninger har været ønsket om at sikre ensartede behandlinger – naturligvis af høj kvalitet.

I dette kapitel vil vi samle resultaterne fra de foregående kapitler i en tværgående analyse af variationer i almen praksis med særligt fokus på anvendelsen af kliniske vejledninger. Formålet hermed at bidrage til forståelse af 'variationsfænomenet'.

For at strukturere diskussionen og tydeliggøre analysens bidrag tager vi udgangspunkt i Cabana et al.'s (20) model for barrierer for lægers brug af kliniske vejledninger (se side 16). Vi inddrager også helt kort den anden tidligere anvendte model for klinikerens brug af vejledninger af Lomas (se side 15) (4).

Cabana et al.'s model antager, at hvis man kunne overkomme alle de identificerede barrierer, ville klinikere anvende vejledningerne mere og bedre, hvilket igen ville sikre mere ensartet og højere behandlingskvalitet. Som beskrevet tidligere skelner Cabana et al. mellem barrierer for viden, holdninger og adfærd. Modellen forudsætter gensidig påvirkning mellem viden, holdninger og adfærd.

Videnssøjlen identificerer barrierer for, at klinikerne har tilstrækkelig viden til at holde sig fagligt opdateret. Vurderet ud fra vores undersøgelse udgør barriererne i denne søjle på nuværende tidspunkt ingen alvorlige problemer i dansk sammenhæng. Der kan naturligvis være behov for udvikling af flere kliniske vejledninger, ligesom udviklingen og implementeringen af dem muligvis kan forbedres. Men hvis det er tilfældet, fremgår det ikke af vores undersøgelser. Sammenligningen med Norge viser endvidere, at både danske og norske praktiserende læger erkender, at de ikke selv kan holde sig fagligt opdateret inden for alle relevante områder. Praktiserende læger i begge lande er derfor grundlæggende positivt stemt overfor kliniske vejledninger, der samler op på den enorme viden, som eksisterer inden for de fleste behandlingsområder.

Der er derimod grund til at nævne en vidensbarriere, som ikke nævnes i modellen. Denne barriere kunne betegnes 'Forvirrende udvalg af vejledninger'. Som vist i undersøgelsen af kvalitetsfeltet eksisterer der i Danmark mange institutioner, som udvikler og implementerer kliniske vejledninger. Man kunne derfor forvente, at det store antal aktører på området ville virke kontraproduktivt, da de kunne skabe for stort besvær og usikkerhed for de praktiserende læger i deres valg og anvendelse af de rigtige vejledninger. Interviewundersøgelsen viser dog, at de alment praktiserende læger tilsyneladende ikke oplever dette problem.

Holdningssøjlen identificerer de af klinikernes holdninger, som udgør barrierer for klinikernes optimale anvendelse af vejledning. To af disse barrierer viser vores undersøgelse ikke noget om. Der er således ingen udtalelser fra praktiserende læger angående

negativ forventning til behandling efter kliniske vejledninger eller negativ forventning til lægens egne evner i forhold til anvendelsen af vejledningerne.

Derimod adresserer undersøgelsen barriererne omhandlende manglende enighed med forskellige forhold relateret til de kliniske vejledninger. I sammenligningen til Norge identificerer vi således nogle markante forskelle imellem danske og norske alment praktiserende lægers opfattelse af myndighedernes kvalitetsudvikling. Danske alment praktiserende læger ser således ud til at have en mere positiv og tillidsfuld holdning til myndighedernes kliniske vejledninger end deres norske kollegaer, ligesom de har større forståelse for, at økonomiske hensyn skal tilgodeses, når der vælges behandling. Norske praktiserende læger ser ud til at være særligt kritiske over for sammenblandinger mellem økonomiske hensyn og kvaliteten af den behandling, der foreslås i vejledningerne, og de er særligt bekymrede for, at deres autonomi bliver formindsket.

Analyse af adfærdssøjlen bekræfter forskellen mellem danske og norske praktiserende læger. Norske praktiserende læger kan således sandsynligvis med Cabana et al.'s formulering siges at have 'manglende evne til at forene patientpræferencer med vejledningernes anbefalinger'. De norske alment praktiserende læger omtaler dog ikke dette som en mangel ved dem selv, men derimod som en mangel ved vejledningerne. Denne mangel udtrykkes på den ene side som en skepsis over for, at kliniske vejledninger skal indeholde økonomiske hensyn. Manglen ved vejledningerne udtrykkes på den anden side som en frygt for et forværret forhold til patienterne. Vores undersøgelse viste jo, at de norske læger former stærkere alliancer med deres patienter end danske kollegaer, samt at alliancerne med patienterne i nogen grad formes mod sundhedsmyndighedernes prioriteringer. Man kan derfor sige, at de norske praktiserende læger oplever en modsætning mellem kliniske vejledninger indeholdende økonomiske hensyn og kvaliteten af behandlingen vurderet ud fra patienternes hensyn. I modsætning hertil oplevede de danske praktiserende læger ikke denne alliance med patienten, samtidig med at de havde større forståelse for og accept af myndighedskrav.

I vores udgivne artikel argumenterer vi for, at denne forskel mellem norske og danske praktiserende læger bør forstås som en følge af forskelle i graden af de offentlige myndigheders involvering i almen praksis i de to lande. I Norge har kvalitetsudviklere således ikke anvendt kliniske vejledninger og andre mere direkte forsøg på at fastsætte krav for behandling for almen praksis i samme grad, som man igennem de sidste ca. 20 år har gjort i Danmark. Norske alment praktiserende læger

*'... frygter således en udvikling i retning af større grad af standardisering af praksis, mindre klinisk frihed og styrkelse af økonomiske overvejelser på bekostning af kliniske hensyn. I modsætning hertil husker de danske alment praktiserende læger tilbage på en tid, hvor de var skeptiske over for myndighedernes udstedte kliniske vejledninger, men erkender, at deres holdninger har ændret sig. Således understreger de nu*

*behovet for at standardisere behandling og sikre rimelig fordeling af ressourcer.'*

(8), egen oversættelse

De interviewede danske lægers holdningsskift – fra skepsis og modstand mod standarder og sammenblanding af økonomiske og kliniske hensyn til accept heraf – fortolkede vi i artiklen altovervejende som et udtryk for større 'modenhed'. Med dette positive begreb antydede vi, at de danske alment praktiserende læger har indset nytten og gavnligheden i at følge de kliniske vejledninger, samt at de også er blevet mere 'ansvarlige' over for det samlede sundhedsvæsens udgifter og prioriteringer.

Der er imidlertid en anden tolkningsmulighed, som de øvrige undersøgelser i denne rapport lægger op til. De danske alment praktiserende læger kan således have erfaret, at deres frygt for begrænsningen af klinisk frihed og anvendelsen af økonomiske rationaler i vurderingen af kliniske behandlinger var ubegrundet, fordi indførelsen af kliniske vejledninger ikke begrænsede deres faktiske kliniske frihed eller – mere forsigtigt konkluderet – ikke begrænsede deres oplevelse af klinisk frihed. Dette kunne forklares med, at lægerne anvender deres 'kliniske frihed', når de bruger vejledningerne, eller sagt anderledes at de danske praktiserende læger ikke følger vejledningerne ret præcist. De danske praktiserende lægers manglende oplevelse af have mistet klinisk frihed kunne endvidere også forklares med, at indførelsen af vejledningerne har givet lægerne andre former for 'klinisk frihed'. Her kunne man forestille sig, at lægerne er blevet mere 'klinisk frie' i deres omgang med patienterne, altså at forståelsen for myndighedernes rationale er sket på bekostning af en svækkelse af alliancen med patienterne.

Interviewene af danske praktiserende læger i kapitel 4 understøtter i et vist omfang den sidste tolkning. Det ser således ikke ud til, at de interviewede læger føler deres autonomi truet af de kliniske vejledninger. Tværtimod er indtrykket, at de alment praktiserende læger er relativt tilfredse med de temmelig mange eksisterende vejledninger, som lægerne relativt frit kan vælge mellem. De ser heller ikke ud til at opleve barrieren fra Cabana et al.'s model angående 'forekomsten af modstridende vejledninger'. Dette kunne ligeledes forklares med, at de alment praktiserende læger bruger deres 'kliniske frihed' og derfor ikke lægger mærke til modsætninger mellem forskellige vejledninger eller modsætninger mellem vejledningernes anbefalinger og patienternes hensyn. Litteraturgennemgangen bestyrker i nogen grad denne tolkning. Et studie har således vist, at lægerne ikke nødvendigvis oplever variation som et problem, og at feedback på et meget aggregeret niveau ikke ser ud til at anspore lægerne til at handle anderledes (64). Studiet viser – i overensstemmelse med ovenstående konklusion – at lægerne i stedet efterspørger feedback på patientniveau (ibid.).

Som vi viste ovenfor, er der i den kommende overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation indlagt flere ak-

krediteringsstandarder og sanktionsmuligheder. Men da vores dataindsamling foregik før vedtagelse af denne overenskomst, afspejler vores data ikke effekterne af den nye overenskomst, men derimod situationen før, hvor kliniske vejledninger ikke blev fulgt op med væsentlige sanktioner. Det er derfor ikke så overraskende, at de danske alment praktiserende læger ikke med indførelsen af kliniske vejledninger føler tab af 'klinisk frihed'. Men samtidig er det også tvivlsomt, om indførelsen af de kliniske vejledninger har medført mere ensartet og højere kvalitet af sundhedstilbud.

Lomas' model tegner et bredere billede af forhold, der påvirker klinikeres anvendelse af kliniske vejledninger. Hvor Cabana et al. fokuserer på klinikernes viden, holdninger og adfærd – altså forhold, der er direkte relateret til den enkelte kliniker, breder Lomas modellen ud til også at se på lovgivning, administrative forhold, økonomiske forhold – altså forhold, der almindeligvis kun indirekte er relateret til den enkelte kliniker. I forhold til vores undersøgelse er dette bredere billede især relevant i forhold til overvejelser om kvalitetsudviklingsinstitutionernes og medicinalindustriens påvirkning af alment praktiserende lægers faglige opdatering og brug af kliniske vejledninger. Vi har allerede omtalt, at de alment praktiserende læger ser ud til at være mest påvirkede af de mest 'officielle' og 'myndighedsnære' kvalitetsudviklingsinstitutioner. Halvdelen af de medvirkende praktiserende læger modtager dog besøg fra medicinalindustrien. En af lægerne var endvidere temmelig begejstret for disse besøg. Som han sagde, så 'har de jo de bedste folk'. Medicinalindustrien spiller således – slet ikke overraskende – en rolle for de alment praktiserende læger. Det er imidlertid ud fra vores undersøgelse vanskeligt at sige, hvilken rolle de spiller. Måske foregår medicinalindustriens påvirkninger ikke så meget i den enkelte praksis eller i forhold til den enkelte praktiserende læge, men overvejende på et niveau, hvor de praktiserende læger personligt ikke er involveret. Her kunne man tænke på udvælgelsen af netop de midler, der optræder i vejledningerne. Som man eksempelvis kan se af sammenligningen af kliniske vejledninger for type 2-diabetes, sker der med den seneste vejledning en udvikling, hvor DPP4-hæmmere/SU eller GLP-1/insulin bliver introduceret i behandlingen. Denne seneste vejledning er udarbejdet i samarbejde mellem tre vigtige kvalitetsudviklingsinstitutioner: Dansk Endokrinologisk Selskab, Institut for Rational Farmakologi og Dansk Selskab for Almen Medicin. Måske foregår den største og mest vigtige af medicinalindustriernes påvirkninger af de alment praktiserende lægers anvendelse af kliniske vejledninger på sådanne, mere overordnede niveauer (115). Vores undersøgelse siger ikke så meget om dette. Emnet er dog vigtigt at undersøge.

Der er i høj grad behov for mere empirisk viden om variationerne i almen praksis. Bedre registrering af de eksisterende variationer ville hjælpe meget i retning af at forstå, om de forskellige former for implementering af diverse tiltag reelt medfører større eller mindre variationer.

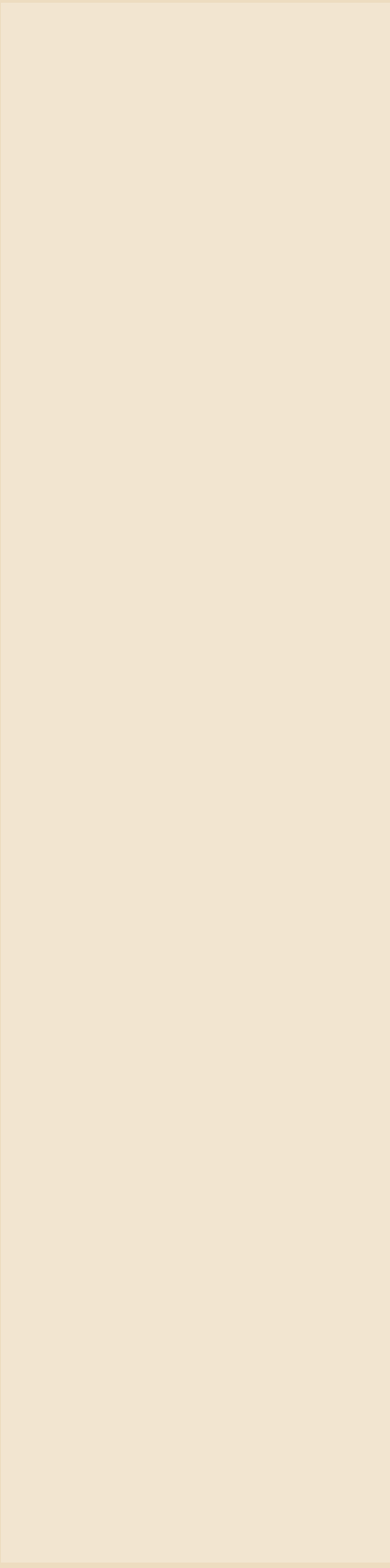
# 7 Konklusion

---

De praktiserende læger skal levere ensartede ydelser af høj kvalitet, og det skal de gøre i en verden, hvor sundhedsmyndigheder, kvalitetsudviklingsinstitutioner og medicinalindustrien kontinuerligt ændrer centrale forhold i forbindelse med ydelserne. Vores undersøgelse har givet et langstrakt øjebliksbillede af visse dele af dette arbejde. Vores fokus har været på kliniske vejledninger. Vi har undersøgt de institutioner, som udvikler og implementerer kliniske vejledninger til de alment praktiserende læger samt de alment praktiserende lægers brug af kliniske vejledninger.

Ud fra vores undersøgelse fremstår det ikke som overraskende, hvis de praktiserende lægers ydelser er temmelig uensartede. Vi har vist, at der findes temmelig mange kvalitetsudviklingsinstitutioner, som hver især og i forskellige konstellationer med hinanden udvikler, opdaterer og implementerer kliniske vejledninger. Selvom der givetvis er store overlap i disse vejledninger, kan mængden af oplysninger i sig selv

give anledning til uensartet praksis. Samtidig tages der i de fleste – måske alle – vejledninger højde for, at lægerne skal have mulighed for at bruge deres kliniske skøn. De kliniske vejledninger er således netop vejledende og ikke andet. Aftaler indgået i den overenskomst, som var gældende under vores interview, indeholdt også stor grad af 'klinisk frihed'. Der ser dog ud til at være sket et skift med den seneste overenskomst, hvilket måske kan føre til mere ensartethed. Vi har endvidere vist, at de praktiserende læger trækker på en række forskellige kilder, når de opdaterer deres viden. Der er ikke – så vidt vi kan bedømme – tendens til, at disse forskellige kilder giver ensartede oplysninger, som kunne fremme en ensartet praksis. Lægerne ser samtidig ikke ud til at være utilfredse med disse forhold, som de udfører deres behandling under. Derfor er der ingen grund til at tro, de praktiserende læger af egen drift skulle være motiverede til at gennemføre egentlig standardisering af deres behandlinger.





## Litteratur

---

- (1) Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995 11/15;153(10):1423-1431.
- (2) Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998 08/15;317(7156):465-468.
- (3) Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001 08;39(8):II2-45.
- (4) Lomas J. Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth. *Milbank Q* 1993;71(3):439-475.
- (5) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Kbh.: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (6) Kjellberg PK. Klinisk praksisvariation og kliniske retningslinjer: Ph.d. afhandling. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.
- (7) Madsen MH. Delrapport 12 - Map of Medicine pilotprojekt. Litteraturgennemgang om sundhedsprofessionelles brug af kliniske retningslinjer. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (8) Carlsen B, Kjellberg PK. Guidelines; from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Serv Res* 2010 Jan 16;10:17.
- (9) Glover A. The incidence of tonsillectomy in school children (genoptryk fra *Proc R Soc Med* 1938;31:1219-36). *International Journal of Epidemiology* 2008;37:9-19.
- (10) Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973;182(4117):1102.
- (11) Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff (Millwood)* 1984;3(2):6-32.
- (12) The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice. The Dartmouth Atlas of Health Care. Available at: <http://www.dartmouthatlas.org/>. Accessed 01/24, 2012.
- (13) Wennberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. : Oxford Univ Pr; 2010.
- (14) Olesen F, Vedsted P, Bro F. Styling af variation i klinisk praksis. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2011;87(7):20-25.
- (15) NHS Right Care. The NHS Atlas of Variation in Healthcare 2011. Available at: <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/atlas-downloads/>. Accessed 01/24, 2012.
- (16) Det Nationale Indikatorprojekt. Available at: <http://www.nip.dk/>. Accessed 01/24, 2012.
- (17) Olsen KR, Sørensen TH, Vedsted P, Gyrd-Hansen D, Bech M. Analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis. Delanalyse 2. En registerundersøgelse. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- (18) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clin Orthop Relat Res* 2007 Feb;455:3-5.
- (19) Grimshaw JM, Thomas RE, Maclennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004 02;8(6):iii-72.
- (20) Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-1686.
- (21) Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1990.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsvæsenets begrebsbase. Available at: <http://begrebsbasen.sst.dk/Document/3a3d2606-f684-4cac-ba6f-9c3a2ee786e0.htm>. Accessed Oktober, 2011.
- (23) Krøll V, Mainz J. Den Danske Kvalitetsmodel: set i et kvalitetsudviklingsperspektiv. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2007;83(10):294-297.
- (24) Krøll V. Begreberne patientforløb, referenceprogrammer og kliniske retningslinjer - hvordan hænger de sammen? *Nyhedsbrev Center for Kliniske Retningslinjer* 2008;1(1).
- (25) Dansk Selskab for Almen Medicin. Kliniske vejledninger i almen praksis. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 1996.
- (26) Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. [Kbh.]: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.
- (27) Institut for Rationel Farmakoterapi. Eucreas (Vildagliptin + Metformin). Præparatanmeldelse. Available at: [http://www.irf.dk/dk/anmeldelser/praeparatanmeldelser/arkiv/eucreas\\_vildagliptin\\_\\_metformin.htm](http://www.irf.dk/dk/anmeldelser/praeparatanmeldelser/arkiv/eucreas_vildagliptin__metformin.htm). Accessed 01/24, 2012.

- (28) Institut for Rationel Farmakoterapi. Antibiotika (Systemisk brug). Baggrundsnotat. Available at: [http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/infektionssygdomme/antibiotika\\_systemisk\\_brug.htm](http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/baggrundsnotater/infektionssygdomme/antibiotika_systemisk_brug.htm). Accessed 01/24, 2012.
- (29) Bjerrum L, Munck A, Gahrn-Hansen B, Hansen MP, Jarboel D, Llor C, et al. Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield and Use of Antimicrobial Drugs in the Treatment of Respiratory Tract Infections (HAPPY AUDIT). *BMC Fam Pract* 2010 Apr 23;11:29.
- (30) Ordiprax. Ordiprax viser grafisk statistikken for lægemiddelordinationer. Available at: <http://www.ordiprax.dk/>. Accessed 01/24, 2012.
- (31) Hajjaj FM, Salek MS, Basra MK, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med* 2010 05;103(5):178-187.
- (32) Westert GP, Groenewegen PP. Medical practice variations: changing the theoretical approach. *Scand J Public Health* 1999 09;27(3):173-180.
- (33) Davis P, Gribben B, Scott A, Lay-Yee R. The "supply hypothesis" and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Soc Sci Med* 2000 02;50(3):407-418.
- (34) Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof* 2007;27(2):94-102.
- (35) Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007 12;57(545):971-978.
- (36) Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. 2004.
- (37) Mortimer R, Ward M. What are the barriers to clinical practice improvement? *Intern Med J* 2002 07;32(7):322-324.
- (38) Tan KB. Clinical practice guidelines: a critical review. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006;19(2-3):195-220.
- (39) Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;3:CD005470.
- (40) Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD000125.
- (41) Farmer AP, Legare F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(3):CD004398.
- (42) Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(2):CD003030.
- (43) Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(2):CD000259.
- (44) O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(4):CD000409.
- (45) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003 10/11;362(9391):1225-1230.
- (46) Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust* 2004 03/15;180(6):S57-S60.
- (47) Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1999 09;8(3):177-183.
- (48) McDonald KM, Graham ID, Grimshaw J. Toward a theoretic basis for quality improvement interventions. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
- (49) Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE, Thomas RE. Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *J Contin Educ Health Prof* 2002;22(4):237-243.
- (50) Kousgaard MB, Thorsen T. Implementeringsbarrierer - en organisations sociologisk nuancering. *Ugeskrift for læger* 2009; 171(20):1688-1691.

- (51) Wachter RM, Owens DK. An introduction to the report. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. department of Health and Human Services; 2004.
- (52) Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001 11/28;286(20):2578-2585.
- (53) Shojania KG, McDonald KM, Owens DK. Evidence-based Review Methodology for the Closing the Quality Gap series. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Agency for Healthcare and Quality. U.S. Department of Health and Human Services; 2004.
- (54) Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Aff (Millwood)* 2005 01;24(1):138-150.
- (55) Graversen L, Christensen B, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Sandbaek A. General practitioners' adherence to guidelines on management of dyslipidaemia: ADDITION-Denmark. *Scand J Prim Health Care* 2010 03;28(1):47-54.
- (56) Viktrup L, Møller LA. The handling of urinary incontinence in Danish general practices after distribution of guidelines and voiding diary reimbursement: an observational study. *BMC Fam Pract* 2004 06/29;5:13.
- (57) Hamm LRV, Bjerrum L, Aarslev PJ, Munck AP, Vach K, Kragstrup J. Sekundær profylakse til patienter med iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. *Ugeskrift for Læger* 2002;164(27):3534-3537.
- (58) Buusman A, Kragstrup J, Andersen M. Narrow and wide prescribers among general practitioners: a cohort study of drug formularies used for new treatments. *Eur J Clin Pharmacol* 2006 07;62(7):577-583.
- (59) Bjerrum L, Garhn-Hansen B, Munck AP. Praktiserende læger, der måler C-reaktivt protein, udskriver mindre antibiotika til patienter med sinusitis (sekundærpublikation). *Ugeskrift for Læger* 2005;167(25):2775-2777.
- (60) Buusman A, Andersen M, Merrild C, Elverdam B. Factors influencing GPs' choice between drugs in a therapeutic drug group. A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2007 12;25(4):208-213.
- (61) Hansen DG, Dybdahl T, Jarbol D, Vach W. Clinical interest: a study of the influence on general practitioners' prescribing. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007 04;16(4):458-463.
- (62) Sondergaard J, Andersen M, Vach K, Kragstrup J, Maclure M, Gram LF. Detailed postal feedback about prescribing to asthma patients combined with a guideline statement showed no impact: a randomised controlled trial. *Eur J Clin Pharmacol* 2002 05;58(2):127-132.
- (63) Sondergaard J, Andersen M, Stovring H, Kragstrup J. Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomised, controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2003 03;21(1):47-51.
- (64) Sondergaard J, Andersen M, Kragstrup J, Hansen P, Freng GL. Why has postal prescriber feedback no substantial impact on general practitioners' prescribing practice? A qualitative study. *Eur J Clin Pharmacol* 2002 05;58(2):133-136.
- (65) Schæfer K, Andersen HH, Birk HO, Munck A. Polyfarmaci i almen praksis. Pilotprojekt i Region Sjælland. Odense: Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis & Region Sjælland; 2009.
- (66) Schæfer K, Hansen AO, Mærkedahl H, Rehfeld O, Birk HO, Henriksen LO. Påvirkning af praktiserende lægers ordinationer via kliniske retningslinjer og feedback (sekundærpublikation). *Ugeskrift for Læger* 2008;170(49):4030-4032.
- (67) Grupe P, Grinsted P, Møldrup M, Høilund-Carlsen PF. Kvalitetsforbedring af henvisninger fra praksissektoren. Et eksempel på en brugbar strategi. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(14):1434-1438.
- (68) Witt K, Knudsen E, Ditlevsen S, Hollnagel H. Academic detailing has no effect on prescribing of asthma medication in Danish general practice: a 3-year randomized controlled trial with 12-monthly follow-ups. *Fam Pract* 2004 06;21(3):248-253.
- (69) Waldorff FB, Almind G, Makela M, Møller S, Waldemar G. Implementation of a clinical dementia guideline. A controlled study on the effect of a multifaceted strategy. *Scand J Prim Health Care* 2003 09;21(3):142-147.
- (70) Waldorff FB, Siersma V, Nielsen B, Steenstrup AP, Bro F. The effect of reminder letters on the uptake of an e-learning programme on dementia: a randomized trial in general practice. *Fam Pract* 2009 12;26(6):466-471.
- (71) Lange P, Rasmussen FV, Borgeskov H, Dollerup J, Jensen MS, Roslind K, et al. The quality of COPD care in general practice in Denmark: the KVASIMODO study. *Prim Care Respir J* 2007 06;16(3):174-181.

- (72) Munck AP, Damsgaard JJ, Hansen DG, Bjerrum L, Søndergaard J. APO-metoden - en populær form for kvalitetsudvikling i almen praksis. *Ugeskrift for Læger* 2002;164(46):5390-5393.
- (73) Hansen CN, Hansen DG, Kragstrup J, Busch O, Munck AP. The role of the APO method in improving diabetes care in general practice: the results of a Danish prospective multipractice audit circle. *Quality in Primary Care* 2003;11:225-232.
- (74) Falkø E, Kragstrup J, Bentzen N, Schroll H. Kvalitetsudvikling i almen praksis ved brug af diagnoseklassifikationen "Udvidet dansk ICPC" i den elektroniske patientjournal. *Ugeskrift for Læger* 2002;164(46):5393-5396.
- (75) Drivsholm T. Teambuilding i almen praksis om type 2 diabetes - afprøvning af en model for arbejdet med kroniske sygdomme. Odense: Region Hovedstaden & Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis; 2010.
- (76) Sand Andersen R, Søndergaard J, Hansen RP, Bro F. Lægers erfaringer med systematiske gennemgange af patientforløb som læringsmetode i almen praksis. *Ugeskrift for Læger* 2009;171(4):209-211.
- (77) Eriksson T, Hundborg K, Friberg S. Akkreditering i almen praksis. Integreret kvalitetsudvikling og efteruddannelse. *Ugeskrift for Læger* 2009;171(20):1684-1688.
- (78) Buch MS, Edwards A, Eriksson T. Participants' evaluation of a group-based organisational assessment tool in Danish general practice: the Maturity Matrix. *Qual Prim Care* 2009;17(5):311-322.
- (79) Buch MS. Praxis Matrix - et redskab til udvikling i almen praksis. Kvalitativ evaluering af 2. besøgsrunde. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- (80) Loegstrup L, Edwards A, Waldorff FB, Siersma VD, Buch MS, Eriksson T. GP and staff evaluation of the maturity matrix as a tool to assess and improve organisational development in primary care. *Int J Health Care Qual Assur* 2009;22(7):686-700.
- (81) Sundhedsstyrelsen. Sammenhæng mellem kliniske retningslinjer og patientforløbsprogrammer. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (82) Sundhedsstyrelsen. Hvad er MTV? Available at: <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Medicinsk%20Teknologivurdering%20MTV/Hvad%20er%20MTV.aspx>. Accessed Oktober, 2011.
- (83) Sundhedsstyrelsen EfMT. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (84) Institut for rationel farmakoterapi. Om IRF. Available at: [http://www.irf.dk/dk/om\\_irf/](http://www.irf.dk/dk/om_irf/). Accessed Oktober, 2011.
- (85) Basislisten.dk. Om basislisten.dk. Available at: <http://www.basislisten.dk/ombasislisten.htm>. Accessed Oktober, 2011.
- (86) Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den danske kvalitetsmodel, DDKM: akkrediteringsstandarder for sygehuse. Århus: IKAS; 2009.
- (87) IKAS - Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den danske kvalitetsmodel. Available at: <http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>. Accessed Oktober, 2011.
- (88) Eriksson T, Friberg S, Grosen L. Dansk kvalitetsmodel for almen praksis. Integreret kvalitetsmåling, udvikling og efteruddannelse. København: DAK-E; 2008.
- (89) DAK-E Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed. Om DAK-E. Available at: [http://www.dak-e.dk/flx/om\\_dak\\_e/](http://www.dak-e.dk/flx/om_dak_e/). Accessed Oktober, 2011.
- (90) Lægeforeningen. Sådan bruger læger kliniske retningslinjer. København: Lægeforeningen, Sundhedspolitisk Sekretariat; 2010.
- (91) DSAM - Dansk Selskab for Almen Medicin. DSAMs kliniske vejledninger. Available at: [http://www.dsam.dk/flx/dsams\\_kliniske\\_vejledninger/](http://www.dsam.dk/flx/dsams_kliniske_vejledninger/). Accessed Oktober, 2011.
- (92) DSAM - Dansk Selskab for Almen Medicin. Håndbog for PKO. Available at: [http://www.dsam.dk/flx/kvalitet/praksiskonsulentordning/praksiskonsulentordning\\_paa\\_hospital/haandbog\\_for\\_pko/](http://www.dsam.dk/flx/kvalitet/praksiskonsulentordning/praksiskonsulentordning_paa_hospital/haandbog_for_pko/). Accessed Oktober, 2011.
- (93) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen; 2003.
- (94) Forskningsenhederne for almen praksis. Om forskningsenhederne for almen praksis. Available at: [http://www.almenpraksis.dk/index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=34](http://www.almenpraksis.dk/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=34). Accessed Oktober, 2011.
- (95) Danske Regioner. Faglig udvikling i almen praksis. Delrapport - almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
- (96) Rytter L. Udvikling af journalføring i almen praksis. *Practicus* 2008;32(189):16-18.
- (97) Sundhedsstyrelsen. Delrapport 11 - Map of Medicine pilotprojekt. Kortlægning og analyse af videnssystemer i regionerne til kliniske retningslinjer. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- (98) Sundhedsloven. VEJ nr 9698 af 21/08/2009 2009.



- (99) Sundhedsstyrelsen, Implement Consulting Group. Evaluering af sundhedsaftalerne: Opfølgning og indikatorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (100) Sundhedsstyrelsen, Task force for kræftområdet. Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (101) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation. Landsoverenskomst om almen lægegering af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 21-12-2010. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation; 2010.
- (102) Sundhed.dk. Om Lægehåndbogen. Available at: <http://laegehaandbogen.dk/om-legehaandbogen-24930.html>. Accessed Oktober, 2011.
- (103) Dansk Selskab for Almen Medicin. Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning 2004. Available at: <http://www.e-pages.dk/dsam/133871290/>. Accessed 01/24, 2012.
- (104) Institut for Rationel Farmakoterapi. Behandling af Type 2-diabetes - en kort vejledning fra Rationel Farmakoterapi nr. 8 2006. Available at: [http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel\\_farmakoterapi/maanedsbld/2006/behandling\\_af\\_type\\_2-diabetes\\_-\\_en\\_kort\\_vejledning.htm](http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsbld/2006/behandling_af_type_2-diabetes_-_en_kort_vejledning.htm). Accessed 01/24, 2012.
- (105) Lægehåndbogen. Forebyggelse af udviklingen af type 2-diabetes (Publiceret 07.03. 2009). Available at: <http://laegehaandbogen.dk/endokrinologi/fordybning/forebyggelse-af-udviklingen-af-type-2-diabetes-4894.html>. Accessed 01/24, 2012.
- (106) Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Institut for Rationel Farmakoterapi. Guidelines for type 2-diabetes. En fælles behandlingsvejledning med enslydende kliniske behandlingsmål. [U.St.]: Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin & Institut for Rationel Farmakoterapi; 2011.
- (107) Institut for Rationel Farmakoterapi. Luftvejsinfektioner. Håndbog om udredning og behandling i almen praksis. Udgivet af Audit Projekt Odense (APO), Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og IRF 2005. Available at: <http://www.irf.dk/dk/publikationer/vejledninger/luftvejsinfektioner.htm>. Accessed 01/24, 2012.
- (108) Audit Project Odense. Vejledning i diagnostik og behandling af luftvejsinfektioner i almen praksis (Happy Audit 2008). Available at: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:JYCrJqoUzOYJ:www.happyaudit.org/files/pub/3490.pdf+happy+audit+guidelines&hl=da&gl=dk&pid=bl&srcid=ADGEESiKTSrk3-ZcztASvtl1sZ6D79\\_TVYPyZJ-IH3Sczn-ETdBHnxf6g0noq-SY2LL8Xy5vRXLJxJUHidqcvLsbAjp8gD0frawlQBiTKEopwbaph-BA61NbZ3TuZ\\_5-y7kC5Q5yzvPWsg&sig=AHIEtbSiicWut-hEbw04hYTmQ1c8MHtoBw](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:JYCrJqoUzOYJ:www.happyaudit.org/files/pub/3490.pdf+happy+audit+guidelines&hl=da&gl=dk&pid=bl&srcid=ADGEESiKTSrk3-ZcztASvtl1sZ6D79_TVYPyZJ-IH3Sczn-ETdBHnxf6g0noq-SY2LL8Xy5vRXLJxJUHidqcvLsbAjp8gD0frawlQBiTKEopwbaph-BA61NbZ3TuZ_5-y7kC5Q5yzvPWsg&sig=AHIEtbSiicWut-hEbw04hYTmQ1c8MHtoBw). Accessed 01/24, 2012.
- (109) Lægehåndbogen. Luftvejsallergi og erhverv (Publiceret 13.09. 2010). Available at: <http://laegehaandbogen.dk/lunger/tilstande-og-sygdomme/luftvejsallergi-og-erhverv-14606.html>. Accessed 01/24, 2012.
- (110) Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J Aust* 2002 Nov 4;177(9):502-506.
- (111) Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof* 2004 Fall;24 Suppl 1:S31-7.
- (112) Veninga CC, Lundborg CS, Lagerlov P, Hummers-Pradier E, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Treatment of uncomplicated urinary tract infections: exploring differences in adherence to guidelines between three European countries. *Drug Education Project Group. Ann Pharmacother* 2000 Jan;34(1):19-26.
- (113) Mazza D, Russell SJ. Are GPs using clinical practice guidelines? *Aust Fam Physician* 2001 Aug;30(8):817-821.
- (114) Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage; 2004.
- (115) Igum Rasmussen L. Kære læge - din magt forsvinder, din ordination er under pres. *Ugeskrift for Læger* 2010;172(34):2273-2277.

# Kliniske vejledninger i almen praksis

Kåre Jansbøl · Ann Nielsen · Marie Henriette Madsen · Jessica Larsen · Pia Kürstein Kjellberg

DSI rapport 2012.03

## Kliniske vejledninger i almen praksis

Praktiserende læger oplever ikke, at kliniske vejledninger begrænser dem i deres udøvelse af kliniske skøn. Det er en af konklusionerne i denne rapport, der går tæt på de praktiserende lægers brug af kliniske vejledninger. Undersøgelsen viser desuden, at indførelsen af kliniske vejledninger har givet lægerne en større forståelse for, at behandlingsvejledninger kan indeholde økonomiske hensyn. De ser dermed i mindre grad sig selv som fortalere for patienternes individuelle rettigheder, når disse er i modstrid med vejledningerne.

Det er ikke muligt på baggrund af undersøgelsen at svare på, om indførelsen af kliniske vejledninger i almen praksis har bidraget til målet om at skabe mere ensartede ydelser af høj kvalitet. Rapporten anbefaler derfor, at man sikrer dokumentation, der kan give mulighed for at monitorere brugen af vejledningerne. ■

### Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)