

# Proaktive lægehuse anno 2010

Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses  
kronikerbehandling

Martin Sandberg Buch · Amalie Hauge-Helgestad · Eskild Klausen Fredslund  
Camilla Dürke Tybring · Anja Elkjær Rahbek

**PUBLIKATION JANUAR 2012**

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)



**DSI**  
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 978-87-7488-693-8 (elektronisk version)  
Projekt 2751

Design og opsætning: DSI



## Forord

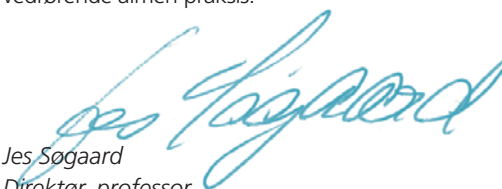
Sundhedsvæsenet er i disse år udfordret af den voldsomme stigning i antallet af patienter med kronisk sygdom. Der er store forventninger om, at en proaktiv kronikerbehandling i et samarbejde mellem praktiserende læger og klinisk praksispersonale er en nøgle til at på én gang at få større kapacitet og bedre kvalitet i sundhedsvæsenets kronikerbehandling. Samtidig forventes det, at indsatsen vil understøtte princippet om, at sundhedsvæsenets ydelser skal leveres på det lavest effektive omkostningsniveau. Der er imidlertid ikke gennemført systematiske undersøgelser af, hvordan en sådan behandling kan realiseres i almen praksis, samt hvilke konsekvenser den har for de enkelte lægehuse, patienternes møde med almen praksis og sundhedsvæsenet bredt set.

Formålet med denne undersøgelse har netop været at give ny viden om erfaringerne fra proaktive lægehuse. Analyserne har både haft fokus på den udviklingsopgave, som det enkelte lægehus står over for, og på konsekvenserne for opgavekapacitet, personaleforbrug, ydelser og henvisninger.

Publikationen er en del af Dansk Sundhedsinstituts program om almen praksis, der undersøger udfordringerne i almen praksis i forhold til kapacitet, kvalitet, produktivitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Der er udgivet en række publikationer under dette program, som alle kan downloades gratis fra [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk).

Dansk Sundhedsinstitut ønsker at takke de læger, der har deltaget i undersøgelsen. Praktiserende læge Lars Rytter skal have tak for sparring til projektdesign og udvikling af interviewguide. Karen Nørskov Toke, udviklingschef for praksisenheden i Region Hovedstaden, og Jørgen Peter Ærthøj, praktiserende læge og koordinator for NordKap enheden i Region Nordjylland, skal have tak for hjælpen med at udvælge lægehuse til undersøgelsen. Endelig skal seniorkonsulent Liselotte Grønvald fra Praktiserende Lægers Organisation have tak for konstruktive kommentarer på første udkast af rapporten.

Undersøgelsen er finansieret af Dansk Sundhedsinstitut og Danske Regioner. Konsulent Maj-Britt Laursen fra Danske Regioner har været tilknyttet projektet som Danske Regioners kontaktperson. Rapporten er kvalitetssikret af Pia Kürstein Kjellberg, som er seniorprojektleder og koordinator for DSI's projektprogram vedrørende almen praksis.

  
Jes Søgaard  
Direktør, professor  
Dansk Sundhedsinstitut

# Indhold

|                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Forord</b>                                                                                    | <b>3</b>  |
| <b>Resumé</b>                                                                                    | <b>5</b>  |
| <b>1. Indledning og baggrund for undersøgelsen</b>                                               | <b>8</b>  |
| 1.1 Indholdet en proaktiv kronikerbehandling i almen praksis                                     | 8         |
| 1.2 Fra visioner om en proaktiv behandling til ny praksis                                        | 8         |
| <b>2. Undersøgellesdesign og metode</b>                                                          | <b>10</b> |
| 2.1 Udvælgelse af kompagniskaber til undersøgelsen                                               | 10        |
| 2.2 Datagrundlag                                                                                 | 11        |
| 2.3 Databehandling                                                                               | 11        |
| 2.4 Rapportens opbygning                                                                         | 11        |
| <b>3. Udviklingen i kronikerindsatsen fra 2005-2010 i otte udvalgte kompagniskaber</b>           | <b>12</b> |
| 3.1 Årsager til at lægehusene har udviklet kronikerbehandlingen                                  | 12        |
| 3.2 Lægernes arbejde med at skabe de ønskede forandringer                                        | 14        |
| 3.3 Tidlig opsporing: Et område som fortsat er til diskussion                                    | 20        |
| 3.4 Opsamling på lægehusenes udvikling af kronikerindsatsen                                      | 22        |
| <b>4. Udviklingen i personaleressourcer, fysiske rammer og tilmeldte patienter fra 2005-2010</b> | <b>24</b> |
| 4.1 Ejerlæger og praksispersonale                                                                | 24        |
| 4.2 Lægehusenes fysiske rammer er ændret radikalt                                                | 25        |
| 4.3 Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge er øget markant                                   | 26        |
| 4.4 Den proaktive behandling er realiseret, uden lægerne mister indtjening                       | 26        |
| 4.5 Opsamling på lægehusenes personaleressourcer og fysiske rammer                               | 26        |
| <b>5. Konsekvenser af at arbejde proaktivt</b>                                                   | <b>28</b> |
| 5.1 Patienterne er bedre reguleret, og de er glade for sygeplejerskerne                          | 28        |
| 5.2 Lægernes arbejde ændres væsentligt                                                           | 28        |
| 5.3 Forholdet mellem læger og personale                                                          | 30        |
| 5.4 Lægehusets ydelser og henvisninger ændres                                                    | 30        |
| 5.5 Opsamling på konsekvenserne af at arbejde proaktivt                                          | 31        |
| <b>6. Registeranalyser af de kortsigtede effekter ved en proaktiv kronikerbehandling</b>         | <b>33</b> |
| 6.1 Forventede sammenhænge                                                                       | 33        |
| 6.2 Udviklingen i lægehusene i forhold til kommunerne i perioden 2005-2010                       | 34        |
| 6.3 Den samlede udvikling i antallet af konsultationer og omkostninger fra 2005-2009             | 35        |
| 6.4 Udviklingen i antallet af henvisninger til sekundærsektoren fra 2005-2009                    | 36        |
| 6.5 Udviklingen i sygehussektorens omkostninger pr. tilmeldt patient                             | 37        |
| 6.6 Opsamling på registeranalyser af ydelser, omkostninger og henvisninger                       | 38        |
| <b>7. Konklusioner og fremadrettede anbefalinger</b>                                             | <b>39</b> |
| 7.1 Vejen til udvikling                                                                          | 39        |
| 7.2 Personaleressourcer, fysiske rammer og kapacitet                                             | 40        |
| 7.3 Proaktivt arbejde – gør det en forskel?                                                      | 40        |
| 7.4 Fremadrettede anbefalinger                                                                   | 41        |
| <b>Litteratur</b>                                                                                | <b>43</b> |

# Resumé

Gennem målrettet arbejde med arbejdsorganisering, fysiske rammer og ansættelse af praksispersonale er det muligt at sikre en kronikerbehandling, der lever bedre op til de nationale retningslinjer. Det kan ske, samtidig med at antallet af registrerede patienter pr. læge øges. Det er konklusionen i denne undersøgelse af otte proaktive lægehuse, der alle har arbejdet systematisk på at forbedre deres kronikeromsorg. Indsatsen leder til dyrere behandling i lægepraksis, men hvorvidt det kan give besparelser andre steder i sundhedsvæsenet, kan ikke påvises. Rapporten anbefaler, at regioner og læger arbejder systematisk med implementering af de gode erfaringer bredt i praksissektoren, og at man udvikler monitorerings- og dokumentationssystemer, der bedre kan vise effekten af tiltagene.

## Vejen til udvikling

Undersøgelsen tager udgangspunkt i frontløberne blandt lægepraksis i Danmark, når det kommer til at forandre almen praksis i henhold til de visioner om bæredygtige enheder med en proaktiv kronikerbehandling, som er blevet udarbejdet de seneste år (1, 2). Vores analyse af de forandringstiltag, der er gennemført, viser, at der er mange fællestræk i læghusenes udviklingshistorie:

- *Erfarne ambulatorie- og hjemmesygeplejersker:* Lægerne satser i stor udstrækning på praksissygeplejersker, som de deler kronikeropfølgningen med. På fem år er antallet arbejdstimer leveret af sygeplejersker i de undersøgte praksis steget med 126 %. Det er ofte erfarne ambulatorie- eller hjemmesygeplejersker, som lægerne ansætter. Lægerne er generelt meget tilfredse med deres sygeplejersker. De oplever, at de sygeplejersker, der enten er eller bliver specialiserede i kronikerbehandling, bliver selvkørende og udviser stort ejerskab og engagement i forhold til behandlingen af 'deres' sygdomme.
- *Instrukser og fraser – som på sygehusets ambulatorier:* Det kræver øvelse at etablere et velfungerende behandlerteam, der samarbejder på tværs af kronikerbehandlingen (3). Instrukser, som beskriver, hvordan en sygdom behandles og stratificeres, og fraser, som strukturerer den enkelte konsultation, bruges til at skabe rammer for behandlingssamarbejdet i de undersøgte lægehuse. Dermed kommer patienternes opfølgningsforløb til at minde meget om de ambulante forløb, der traditionelt ydes til kroniske patienter i hospitalsregi. Lægerne understreger, at instrukser og fraser er nødvendige for at få behandlingssamarbejdet med sygeplejerskerne til at fungere. Samtidig understreger mange af lægerne behovet for fortsat at individualisere patienternes forløb, således at den helhedsorienterede og kontinuerlige patientrelation bevares. Lægernes mål er et tæt samarbejdende behandlerteam med fælles viden om patienterne – ikke diagnosespecifikke og adskilte kronikerklinikker.
- *Datafangst og monitorering kan øge kvaliteten:* Lægehuse- ne er nået relativt langt med at etablere en systematisk monitorering af deres patientpopulation. De lægehuse, der er

nået længst med brugen af datafangstmodulet, fremhæver, at den systematiske monitorering af patienternes fremmøde og kliniske værdier løfter kvaliteten af deres behandling.

- *Tidlig opsporing – uenighed om mål og midler:* Målet om en tidlig og systematisk opsporing skiller vandene i de undersøgte praksis. Der er faglig uenighed om, hvorvidt almen praksis skal registrere og systematisere det primære opsporingsarbejde, eller om lægerne i højere grad skal forlade sig på patientens ønsker om undersøgelser og lægens 'næse' for at vurdere, om en person har symptomer på en kronisk sygdom. Derfor er der i langt mindre omfang sket en standardisering og systematisering af opsporingen af kronisk syge. Lægernes overvejelser og arbejde med tidlig opsporing afspejler praksissektorens ambivalente forhold til de nye lægeroller, som den proaktive kronikerindsats er bundet op omkring.
- *En proaktiv kronikerbehandling kræver plads:* Samtlige lægehuse har sat deres ambitioner for kronikerbehandlingen i relation til lokaleudvidelser af den simple årsag, at de ansatte kræver mere plads. Fire praksis har investeret i helt nye lægehuse, to har udvidet og renoveret, og endelig har de to sidste lægehuse fremskredne planer om at bygge nye lægehuse.

## Proaktivt arbejde – gør det en forskel?

Når vi ser på resultaterne af de forandringstiltag, der er gennemført, tegner der sig et overvejende positivt billede. Det er dog svært at dokumentere de positive resultater med mere håndgribelige data. I det følgende præsenterer vi de vigtigste konklusioner vedrørende effekten af de forandringer, der er gennemført:

- *Bedre kliniske resultater:* Lægerne oplever, at deres satsning på en proaktiv behandling giver bedre medicinerede og regulerede patienter, og at de har fået bedre kompetencer og større kapacitet på kronikerområdet. Det betyder, at lægehuse- ne i dag er i stand til at lave flere og bedre ydelser, samtidig med at de laver færre viderehenvisninger. Lægerne forklarer først og fremmest disse forhold med den større inddragelse af sygeplejersker og brugen af formelle instrukser og fraser, der standardiserer behandlingen og medvirker til, at den lever op til de gældende anbefalinger fra DSAM.
- *Fra ad hoc til planlagte henvisninger:* Der er tre forhold, som kan lede til flere henvisninger i takt med, at kronikerbehandlingen omlægges: 1) Flere patienter henvises til supplerende specialistundersøgelser, når de er under udredning for en kronisk sygdom. 2) Flere patienter henvises til de proaktive undersøgelser, der er en del af de anbefalede behandlingsforløb. 3) Enkelte patienter henvises til specialister, når samarbejdet mellem patient og lægehus ikke fungerer optimalt. Selvom disse tre faktorer kan lede til flere henvisninger, har vi ikke fundet en stigning i det samlede antal henvisninger til sygehus og speciallæger eller i antallet af ASCS-relaterede henvisninger. Tværtimod viser vores registeranalyser, at de er halveret i både

lægehusene og kontrolgruppen. Registeranalysen understøtter derfor den vurdering, at proaktiv kronikerbehandling mindsker det samlede antal af henvisninger til sekundærsektoren, selvom den indebærer flere udredninger og forebyggende kontroller hos speciallæger og ambulatorier. Man går altså fra ad hoc til planlagte henvisninger.

- *Færre men dyrere kontakter:* Registeranalyserne viser, at antallet af patientkontakter pr. patient pr. år vokser langsomt i lægehusene end i kontrolgruppen. Til gengæld stiger omkostningerne pr. patient hurtigere. Dette understøtter lægernes egen vurdering af, at praksispersonalet forskubber balancen mellem billige telefon- og e-mailkonsultationer i retning af dyrere fremmødekonsultationer. Det bevirker, at den gennemsnitlige konsultation og dermed den samlede praksisrelaterede omkostning pr. patient bliver dyrere.
- *Endnu ingen positiv effekt på sygehusvæsenets omkostninger:* Udviklingen i sygehussektorens omkostninger pr. patient er stort set identiske i lægehusene og kontrolgruppen i perioden 2005-2009. Derfor ser det på den korte bane ud til, at de samlede omkostninger pr. kronisk patient stiger, i takt med at almen praksis implementerer den ønskede kronikerbehandling.
- *Mindre lægekontakt til velfungerende kronikere og mere til de sårbare:* Den nye måde at arbejde på betyder, at lægerne får et mere distanceret forhold til de patienter, der deles med sygeplejerskerne. Det er en udvikling, som har krævet tilvæning for både patienter og læger, men lægerne påpeger, at fordelene ved den distancerede tovholderrolle langt overskygger ulemperne. Lægerne får kapacitet til at levere en god og systematisk opfølgning til alle patienter, samtidig med at de får mulighed for at bruge mere tid på de patienter, der har mest brug for det. De mest sårbare patienter ses ofte kun af lægen, og her vægtes en kontinuerlig relation og muligheden for at bevare et samlet overblik over patientens situation højt. Disse patienter har ofte ikke nytte af sygeplejerskernes diagnosespecifikke fokus, og interviewene indikerer, at lægerne er bevidste om, hvilke patienter der skal gå hvor.
- *Mere struktur og ensartethed i lægernes arbejde:* Lægernes dagsprogrammer er blevet mere forudsigelige og skemalagte, og deres kronikerkonsultationer er blevet mere styrede og mere krævende. Lægerne bruger mere tid på dokumentation og mere tid på at supervisere og sparre med deres sygeplejersker. Lægerne oplever desuden, at der sker en ensretning af deres ydelser og henvisninger, i takt med at der kommer standardiserede fraser og datafangst, som guider konsultationer og henvisninger. Et par læger fortæller også, at ensretningen

af lægernes arbejde gør det lettere at være ansat som sygeplejerske eller uddannelseslæge.

- *Patientkapaciteten er steget, og lønnen er den samme:* Lægernes målrettede satsning på sygeplejersker og lokaler gør det muligt at udvide patientkapaciteten. I perioden 2005-2010 er antallet af tilmeldte patienter steget fra 1.495 patienter pr. fuldtidslæge til 1.728 patienter pr. fuldtidslæge. Det betyder også, at satsningen på nye lægehuse og nyt personale ikke har mindsket lægernes indtjening. Undersøgelsen giver dog ikke mulighed for at svare på, om dette fortsat er tilfældet under den nye overenskomst.

### Fremadrettede anbefalinger

Denne undersøgelse analyserer otte cases, hvor det er lykkedes at implementere den anbefalede proaktive behandlingsorganisering. Den viser, at mange af de ønskede effekter er opnået i de enkelte lægehuse. Fremadrettet peger undersøgelsen på to områder, hvor der er brug for yderligere fokus. Det drejer sig for det første om at få udbredt de gode erfaringer fra de gode cases og for det andet om at dokumentere effekterne af tiltagene bedre:

- *Fra best practice til common practice:* En af de største udfordringer ved at lave projekter og forskningsbaserede analyser, der involverer praktiserende læger, er den manglende repræsentativitet<sup>1</sup>, der opstår, fordi det oftest kun er de mest kvalitetsbevidste og ressourcestærke læger, som deltager. Nærværende undersøgelse – der netop er designet som et best practice studie – er ingen undtagelse. Hvis de gode erfaringer, vi har fundet i dette studie, skal udbredes til flertallet af lægepraksis i landet, vil det formentlig være nødvendigt med en struktureret implementeringsindsats, hvor man træner og støtter praksis i at gennemføre lignende forandringsprojekter. I forbindelse med kronikerprogrammerne har alle fem regioner iværksat tiltag, der netop har dette formål. Det vil være vigtigt at følge de forskellige regionale tiltag på dette område, så vi kan blive skarpe på, hvilken træning og støtte der kan fremme implementeringen af nye forandringstiltag i almen praksis.
- *Monitorering og opfølgning på forandringstiltag:* Et andet af undersøgelsens formål har været at undersøge, hvordan en proaktiv og uddelegeret kronikerbehandling på kort sigt påvirker almen praksis' ydelser, henvisninger og sygehusvæsenets omkostninger. Det er desværre ikke lykkedes at gøre registeranalyserne så valide og fyldestgørende som ønsket. Løbende undersøgelser, der dokumenterer, hvordan en omlagt kronikerbehandling påvirker den kliniske kvalitet, opgavefordelingen i sundhedsvæsenet, sundhedsvæsenets samlede ressour-

<sup>1</sup> Et aktuelt eksempel på manglende repræsentativitet er kvalitetsrapporterne fra datafangst. Kvalitetsrapporterne viser nemlig, at den kliniske kvalitet daler markant, i takt med at antallet af tilmeldte patienter stiger (personlig kommunikation med læge, ph.d. og daglig leder af DAK-E Henrik Schroll den 9. november 2011).

ceforbrug og patienternes oplevelse af behandlingen, er meget vigtige. DSI vil derfor stærkt anbefale parterne at indgå aftaler om deling af data, der kan hjælpe med monitorering og dokumentation af de tiltag, som bliver iværksat. Implementering af datafangst, udvikling af akkrediteringsprogrammer og nye honorarsystemer kan alle bidrage til dette, og det er vigtigt, at disse systemer udvikles, så de også kan hjælpe med at svare på det svære spørgsmål: Virker det, vi gør, efter hensigten?

### **Anvendte metoder**

Undersøgelsen består af et komparativt casestudie, der kombinerer registerbaserede analyser af lægehusenes ydelser og henvisninger, med semistrukturerede interview med ejerlæger i otte udvalgte lægehuse. Lægehusene er udvalgt som best-cases ud fra kriterier for proaktive lægehuse. Dataanalysen er baseret på data fra Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret for perioden 2005-2009. ■

# 1 Indledning og baggrund for undersøgelsen

## 1.1 Indholdet i en proaktiv kronikerbehandling i almen praksis

Almen praksis er udset til at udgøre den helt centrale krumtap for en ny og proaktiv tilgang til behandlingen af patienter med kronisk sygdom (4), (5). Begrebet 'en proaktiv kronikerbehandling' er imidlertid en samlebetegnelse for mange elementer, hvoraf nogen (fx spørgsmålene om uddelegering og flerlægepraksis) stadig er til diskussion i praksissektorens faglige miljøer. Derfor redegør de følgende afsnit for den forståelse for en proaktiv kronikerbehandling, som DSI har baseret undersøgelsen på.

### 1.1.1 Indsatsen er baseret på viden om patientpopulationen

Fundamentet for en proaktiv indsats er viden om patientpopulationen. En systematisk registrering af oplysninger om patientpopulationens helbred og livsstil, som kan bruges til at forebygge udbrud af nye og forværring af kendte kroniske sygdomme, er derfor et vigtigt element (6). De livsstilsfaktorer, som bør registreres for alle patienter, er fx rygestatus, alkoholforbrug, overvægt og arvelig dispositioner for type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Ved patienter, som i forvejen har en diagnosticeret, kronisk sygdom, handler det forebyggende arbejde desuden om at foregribe forværring af sygdommen. Derfor skal de prognostiske indikationer (fx rygestatus og blodsukker) for patientens kronisk(e) sygdom(me) registreres og bruges aktivt i behandlingen.

En proaktiv indsats forudsætter derudover, at lægen indhenter og noterer patientens motivation til livsstilsændringer og patientuddannelse. Patientens indstilling til disse tilbud vil ofte ændre sig i løbet af et sygdomsforløb, og behandleren må derfor løbende revurdere sine oplysninger. Oplysninger om patientens livsstilsdata, prognostiske indikationer og motivation gør den ansvarlige læge og praksispersonalet i stand til at tilrettelægge en proaktiv indsats til den enkelte patients specifikke situation.

### 1.1.2 Diagnosticerede patienter tilbydes systematiserede og individuelt tilrettelagte forløb

Patienter i et proaktivt forløb tilbydes et systematiseret behandlingsforløb tilrettelagt efter dennes behov og ønsker. De evidensbaserede vejledninger, der udarbejdes og opdateres af DSAM, anbefaler et grundforløb, der består af rutinekontroller hos sygeplejersken og en større årskontrol, hvor der gøres status over sygdommen hos lægen (7, 8). Forløbene tilpasses dog til den enkelte patient med udgangspunkt i, hvordan denne risikostratificeres. Risikostratificeringen opdeler patienterne i forskellige grupper, alt efter hvor meget brug for støtte de har. Dette afgøres både gennem en vurdering af sygdomsgraden og en vurdering af patientens personlige ressourcer.

Den enkelte konsultation bør støttes af en evidensbaseret frase. En frase er en fast standardtekst, som indlæses i notatfeltet under den konsultation (fx årskontrol for diabetes), som frasen er gældende for. Når frasen følges, giver den en grundstruktur på den aktuelle konsultation, som hjælper be-

handleren med at huske og nå de relevante dele, fx registrering af taljemål, bestilling af proaktive specialistundersøgelser og samtaler om patientens hverdagshåndtering af sygdommen. De ensartede fraser gør det også lettere for andre at orientere sig i journalen, hvilket både er en fordel for uddannelseslæger og for samarbejdet mellem læger og sygeplejersker (9).

### 1.1.3 Klinisk personale øger almen praksis' opgave- og patientkapacitet

Den proaktive praktiserende læge inddrager i øget omfang praksispersonale med selvstændige konsultationer i forbindelse med kronikerbehandlingen. Dette har flere formål. For det første er der en forventning om, at praksispersonalet aflaster lægerne, hvorved lægehuset kan øge patientkapaciteten. For det andet forventes det, at praksispersonalet medvirker til at forbedre behandlingen og give en bedre udnyttelse af lægernes tid, dels med henvisning til at praksispersonale kan have bedre tid til kronikerkonsultationer, og dels fordi en veltilrettelagt arbejdsdeling kan give lægen mere tid til de komplekse patienter, som har særlig nytte af lægens udvidede kompetencer. For det tredje forventes det, at praksispersonale gør det muligt for lægehuset at overtage opgaver fra speciallæger og sygehusambulatorier.

Praksissygeplejersker spiller allerede en væsentlig rolle i behandlingen af kronisk syge patienter. Sygeplejerskerne foretager typisk selvstændige kvartalskontroller, forberedelse af patientens årskontrol hos lægen, ligesom de i mange lægehuse deltager aktivt i udviklings- og kvalitetsarbejde. Fremadrettet er der endvidere en forventning om, at sygeplejerskerne (især i større lægehuse) har mulighed for at specialisere sig, så de kan behandle på niveau med lægerne inden for afgrænsede arbejdsfelter.

### 1.1.4 Systematisk og populationsbaseret kvalitetsudvikling og monitorering

Datafangst rummer – hvis lægehuset husker at diagnosekode patienter og konsultationer – mange muligheder for at optimere kronikerbehandlingen. Et lægehus kan fx målrette deres ressourcer ved at identificere udeblevne og dårligt behandlede patienter, forbedre deres tidlige opsporingsarbejde ved at screene for risikofaktorer, få et overblik over praksis' behandlingskvalitet ved at sammenligne sig med kommunen og regionen, samt monitorere om uddannelseslæger og sygeplejersker udfører kontroller og koder korrekt (10, 11).

## 1.2 Fra visioner om en proaktiv behandling til ny praksis

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, er der en forventning om, at en proaktiv kronikerbehandling i almen praksis vil medføre bedre behandling, mere forudsigelige forløb for den enkelte patient, bedre udnyttelse af de praktiserende lægers begrænsede ressourcer og et mindsket pres på sekundærsektoren, som understøtter princippet om, at opgaver skal løses på lavest effektive omkostningsniveau. Samtidig er der på



policy niveau lagt op til, at fremtidens lægehuse gennemsnitligt er større og bruger væsentligt mere praksispersonale end i dag (4, 12-15). Udgangspunktet for at realisere de ønskede forandringer er godt af to årsager: For det første har mange praktiserende læger inden for de seneste år investeret i praksisfællesskaber, nye lokaler og praksissygeplejersker (som voksede fra 1.076 til 2.261 alene i perioden 2002-2007, jf. (16)). For det andet indeholder den nye overenskomst for almen praksis (5) en række elementer, der understøtter den ønskede udvikling. De væsentligste er:

- Almen praksis forpligtes formelt til at følge de aftalte regionale forløbsprogrammer, som almen praksis har været med til at udvikle. Samtidig skal der udvikles lokale udmøntningsaftaler, der beskriver samarbejde og arbejdsdeling på de områder, hvor almen praksis har en rolle. Denne del af aftalen rummer de første spæde skridt på vejen imod at imødekomme regionernes behov for en forpligtet samarbejdspart i forhold til de arbejdsdelinger og opgaver, der aftales mellem sygehuse, kommuner og almen praksis.
- Overenskomsten gør det obligatorisk for almen praksis at indføre det fælles medicinkort (FMK) inden udgangen af 2011 og datafangstmodulet med tilhørende ICPC-kodning inden udgangen af 2012. Samtidig er datafangst ikke længere afhængig af forløbsydelsen for diabetes. Begge redskaber udgør milepæle i ønsket om at implementere en popu-

lationsbaseret monitorering af helbredstilstanden hos det enkelte lægehus' patienter samt den enkelte praksis' mulighed for løbende kvalitetsarbejde. Herudover vil diagnosekodningen i kombination med Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) give øget indsigt i det faglige indhold af de ydelser, der leveres i almen praksis.

- Overenskomsten indeholder et honorar, som kan bruges til årskontroller af de kroniske sygdomme, hvor det er fagligt anbefalet. Samtidig indeholder overenskomsten en hensigtserklæring om, at den proaktive kronikeromsorg skal understøttes via et fremtidigt honorarsystem, der introducerer et fokus på kvalitet i forhold til blandt andet kronikeropfølgning og sammenhængende patientforløb.

Overenskomsten og den igangværende udvikling i praksissektoren giver tilsammen et stærkt grundlag for arbejdet med at realisere en proaktiv kronikerbehandling i almen praksis. Men der er tale om en stor opgave, før sektoren som helhed lever op til anbefalingerne om en proaktiv indsats, og der mangler viden om, hvordan den enkelte praksis kommer hurtigt og godt igennem den ønskede udvikling. Samtidig mangler der konkret viden om, hvilke konsekvenser en proaktiv behandling har for læger, personale, patienter, behandlingskvalitet og patientpopulationens ressourcestræk på sekundærsektoren. ■

## 2 Undersøgellesdesign og metode

Undersøgelsen søger læring fra otte sammenlignelige lægehuse. De deltagende praksis er strategisk valgt, således at de allerede har etableret en organisation og en kronikerbehandling, som i stort omfang lever op til de gængse anbefalinger, der er præsenteret i baggrundsafsnittet. Undersøgelsen kombinerer kvalitative og kvantitative metoder, således at der både opnås en detaljeret forståelse for lægehusenes forandringsprocesser, konsekvenserne for læger og personales hverdag, samt eventuelle ændringer i lægehusenes ydelser og henvisninger, som kan relateres til en proaktiv behandling.

### 2.1 Udvalgelse af kompagniskaber til undersøgelsen

Undersøgelsen beskriver og sammenligner otte kompagniskabs-lægehuse. Lægehuse er udvalgt på baggrund af følgende kriterier:

1. Mindst 4.000 tilmeldte patienter for at sikre validitet i forhold til de registerbaserede analyser, der foretages af de enkelte lægehuses ydelses- og henvisningsmønstre.
2. Kompagniskaberne skal være etableret senest 2004, fordi der skal være et fuldt datagrundlag for registeranalyserne, som inkluderer tal for perioden 2005-2009.
3. For at sikre regional variation er fire lægehuse placeret i Region Nordjylland og fire i Region Hovedstaden.

4. De valgte lægehuse er vurderet proaktive på baggrund af følgende kriterier (i prioriteret rækkefølge): a) Regionale kontaktpersoner<sup>2</sup> har vurderet, at der er tale om et lægehus, der har en god kronikerbehandling, b) praksispersonalet varetager selvstændige konsultationer i relation til kronikerbehandlingen, og c) lægehusets hjemmeside indeholder beskrivelser af personalets rolle i kronikerbehandlingen samt vejledninger til patienter med kronisk sygdom.

Tabel 2.1 illustrerer undersøgelsens overordnede udvælgelsesproces: I september-oktober 2010 blev alle 34 kompagniskaber med 3-5 ejerlæger i Region Hovedstaden og alle 33 i Region Nordjylland identificeret via sundhed.dk. Samtidig blev der gennemført en kortlægning, som viste, at 37 kompagniskaber matchede ovenstående inklusionskriterier. Disse 37 praksis blev kontaktet via telefon og brev med information om undersøgelsen, hvilket resulterede i tilsagn om deltagelse fra 18 praksis. De ni praksis, der er inkluderet i undersøgelsen, er valgt, fordi de har mest klinisk personale og flest forløbsbeskrivelser relateret til kronisk sygdom på deres hjemmeside. Et lægehus er brugt til at gennemføre et pilotinterview, der afprøvede interviewguide og skemaer til indhentning af faktuelle oplysninger, og otte lægehuse indgår i selve undersøgelsen.

De otte lægehuse i undersøgelsen ser ud som angivet i tabel 2.2.

**Tabel 2.1: Udvalgelse af kompagniskaber til undersøgelsen**

|                    | Kompagniskaber med 3-5 ejerlæger identificeret via sundhed.dk september-oktober 2010 | Antagelse om proaktiv kronikerbehandling baseret på gennemgang af hjemmeside og vurdering fra regionale praksisenheder | Indvilliget i at deltage efter at have modtaget information om undersøgelsen | Inkluderet i undersøgelsen |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Region Hovedstaden | 34                                                                                   | 21                                                                                                                     | 9                                                                            | 4 (5)                      |
| Region Nordjylland | 33                                                                                   | 16                                                                                                                     | 9                                                                            | 4                          |
| I alt              | 67                                                                                   | 37                                                                                                                     | 18                                                                           | 8 (9)                      |

**Tabel 2.2: Oversigt over de otte sygehuse, som indgår i undersøgelsen**

|                     | H1    | H2    | H3    | H4    | N5    | N6    | N7    | N8    |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ejerlæger           | 5     | 3     | 5     | 3     | 3     | 5     | 3     | 4     |
| Uddannelseslæger    | 1-2   | 1-2   | 2     | 1     | 1     | 3     | 1     | 1     |
| Sygeplejersker      | 3     | 2     | 4     | 3     | 1     | 3     | 3     | 1     |
| Sekretærer          | 2     | 2     | 2     | 1     | 3     | 7     | 4     | 2     |
| Bioanalytikere      | 0     | 0     | 2     | 0     | 1     | 0     | 1     | 0     |
| Tilmeldte patienter | 6.200 | 6.000 | 7.729 | 4.119 | 5.800 | 9.800 | 6.390 | 5.000 |

<sup>2</sup> Som led i projektet er der etableret kontakt til Praksisenheden i Region Hovedstaden repræsenteret ved udviklingschef Karen Nørskov Toke og Nord-KAP enheden i Region Nordjylland repræsenteret ved koordinerende læge Jørgen Peter Ærthøj.

## 2.2 Datagrundlag

Casestudiet kombinerer tre typer data.

### Baggrundsoplysninger

For hvert af de otte lægehuse er der indhentet oplysninger og skriftligt materiale, der beskriver:

- Antal tilmeldte patienter
- Personaleressourcer
- Lokalemæssige forhold og eventuelle planer om lokaleudvidelse
- Uddelegering af opgaver til klinikpersonale og lægelig medhjælp.

Oplysningerne er indhentet for 2005 og 2010 for at kunne beskrive de ændringer, der er sket i lægehusenes organisation.

### Registerbaserede analyser af lægehusenes ydelser og henvisninger<sup>3</sup>

For hvert lægehus er der gennemført registeranalyser, der undersøger, om de udviklingsforløb, som lægehusene har været igennem på kronikerområdet, afspejler sig i lægehusenes ydelser og patienternes forbrug af sundhedsydelser i henholdsvis praksissektoren og sekundærsektoren. Herudover er der udført særskilte analyser for følgende aktionsdiagnoser inklusiv undergrupper (diagnosekoder i parentes), der relateret til kronisk sygdom:

- Hypertensio arterialis (D110)
- Kronisk hjertesvigt/hjerteinsufficiens (DI50)
- Diabetes (DE11)
- KOL og respiratorisk insufficiens (DJ448, DJ449, DJ43)
- Astma (DJ45)
- Angina pectoris (DI208, DI209 uden procedure)
- Bakteriel pneumoni (DJ13)
- Jernmangelanæmi (DD50).

Der er indhentet data for perioden 2005-2009 for at etablere tidsserier, der belyser forandringerne i den periode, hvor lægehusene har arbejdet med at omlægge behandlingen.

### Semistrukturerede interview med ejerlæger, personale og uddannelseslæger

Alle lægehuse er besøgt, og forfatterne har fået en rundvisning i lægehuset. Under besøget er der gennemført et to timers gruppeinterview med 2-3 ejerlæger som angivet i tabel 2.3. Interviewene har fokuseret på følgende temaer:

- Udviklingen af lægehusets kronikerbehandling i perioden 2005-2010. Lægerne har beskrevet, hvorfor og hvordan de

har udviklet deres kronikerbehandling, hvilke mål de har for den, og hvilke overvejelser de i den forbindelse har haft om praksisorganisation og uddelegering.

- Hvordan den omlagte behandling har påvirket arbejdsdagen for læger og personale, samt hvad den har betydet for lægehusets ydelser, henvisninger og behandlingskvalitet.
- Afdækning af hvordan lægerne aktuelt arbejder med opsporing af kroniske patienter, hvornår og hvordan lægerne beslutter at iværksætte et proaktivt og længere behandlingsforløb for en kronisk patient, samt hvornår lægerne viderehenviser denne patient til sygehus eller speciallæge.

## 2.3 Databehandling

De otte interview er optaget og udskrevet, og udskrifterne er anvendt som afsæt for analyse og citering. Metodebeskrivelsen for registeranalyserne er inkluderet i indledningen til kapitel 6.

## 2.4 Rapportens opbygning

Rapporten består af syv kapitler og sætter fokus på følgende forhold:

- Kapitel 3 redegør for, hvorfor og hvordan lægehusene har udviklet kronikerbehandlingen fra 2005-2010. Kapitlet beskriver, hvilke behandlingsforløb der tilbydes de patienter, der er diagnosticeret, hvordan viderehenvisninger bruges i forløbene, hvordan lægehusene arbejder med intern kvalitetssikring samt lægernes overvejelser omkring tidlig opsporing.
- Kapitel 4 redegør for, hvordan udviklingen af en proaktiv kronikerbehandling hænger sammen med lægehusenes fysiske rammer, personaleressourcer og patientkapacitet.
- Kapitel 5 gengiver lægernes vurdering af de konsekvenser, som en proaktiv behandling har for patienter, læger, personale, kvalitet og økonomi.
- Kapitel 6 analyserer, om de udviklingsforløb, som lægehusene har været igennem på kronikerområdet, afspejler sig i lægehusenes ydelser og patienternes forbrug af sundhedsydelser.
- Kapitel 7 diskuterer og konkluderer på baggrund af rapportens analyser.

Der er udarbejdet en selvstændig publikation, som indeholder de otte individuelle casebeskrivelser, som er udgangspunkt for rapportens tværgående beskrivelser og analyser. Alle casebeskrivelser er valideret af de deltagende læger. Casebeskrivelserne giver en detaljeret indføring hvert enkelt lægehus' vej mod en proaktiv kronikerbehandling, og de vil derfor være særligt interessante for praktiserende læger, der er i gang med – eller skal til – at udvikle og uddelegere deres kronikerindsats. ■

Tabel 2.3: Interviewpersoner fordelt på lægehuse

|          | H1 | H2 | H3 | H4 | N5 | N6 | N7 | N8 |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Ejerlæge | 2  | 2  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  |

3 Der er indhentet individuelle tilladelser forud for gennemførelsen af de beskrevne analyser.

# 3 Udviklingen af kronikerindsatsen fra 2005-2010 i otte udvalgte kompagniskaber

Dette kapitel beskriver, hvordan de deltagende læger har udviklet deres kronikerbehandling siden 2005. Formålet er at beskrive lægehusenes udviklingshistorie fra 2005-2010. Kapitlet beskriver, a) hvorfor og hvordan lægerne har grebet udviklingen an, b) hvilke forhold der har haft særlig stor betydning for udviklingsarbejdet, og c) hvilke udfordringer der har været, og hvilke løsninger der er fundet undervejs.

## 3.1 Årsager til at lægehusene har udviklet kronikerbehandlingen

Interviewene viser, at lægerne først og fremmest har søgt forandring, fordi der er kommet flere patienter med kronisk sygdom og derved flere opgaver, som har sat lægernes hverdag under pres. Tabel 3.1 og 3.2 opsummerer derfor de forhold, der har omsat det øgede arbejdspress til omlægninger i behandlingen.

Som det fremgår af skemaerne, er der ikke fundet systematiske regionale forskelle på de forhold, der har medvirket til forandringer i de undersøgte praksis. Til gengæld er der fire forhold, som går igen på tværs af lægehusene: 1) Flere patienter med kronisk sygdom og en presset hverdag (H4, N5, N7), 2) inspiration fra deltagelse i eksternt kvalitetsarbejde (H1, H2, H3, N6),

3) DSAM's diabetesvejledning (H2, H4, N5, N7) og 4) udskiftning af ejerlæger (H1, H3, N7, N8)<sup>4</sup>. Disse forhold uddybes i de følgende afsnit.

### 3.1.1 Hverdagen under pres som følge af øget listestørrelse og sygdom i lægehuset

H4 og N5 oplevede i årene omkring 2005 en stor tilgang af patienter. Derfor følte lægerne, at det var en nødvendighed, at de satte fokus på kronikerbehandlingen og fik gjort den mere effektiv. Det var derfor i lige så høj grad et kapacitetsspørgsmål som et kvalitetsspørgsmål, der udløste omlægningen. Også lægerne fra N7 følte sig presset til at udvikle deres kronikerbehandling i 2005, men det var først og fremmest, fordi deres praksis var plaget af travlhed og stressrelaterede sygdomsmeldinger hos læger og personale. Samtidig fortæller lægerne, at deres behandling var ukoordineret og forskellig, selvom lægerne hver i sær havde høje ambitioner for deres patienter. Lægerne i de tre lægehuse koblede derfor i første omgang udviklingen af en proaktiv kronikerbehandling til et ønske om en mere effektiv og sammenhængende hverdag.

Tabel 3.1: Årsager til udvikling, Region Hovedstaden

|                                                       | H1                                                                                                                                                                                                                                                                                  | H2                                                                                                                                                                                                                                                                       | H3                                                                                                                                                                                                                                                                | H4                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Årsager til at udvikle en proaktiv kronikerbehandling | Kompagnon ansat som praksiskonsulent bringer nye ideer og tiltag til praksis.<br><br>Ejerlæge forlader praksis, og alle patienter bliver fritstillet og skal aktivt vælge H1 til igen.<br><br>Mange patienter med kronisk sygdom og ambition om kronikerbehandling af høj kvalitet. | Manglende overblik over, hvordan de kroniske patienter samlet set har det.<br><br>Stor frustration over ikke at vide, hvor mange diabetespatienter der levede op til anbefalingerne fra DSAM.<br><br>Kompagnon er praksiskonsulent og bringer inspiration til klinikken. | Manglende overblik over kvaliteten af deres kronikerbehandling og over udeblevne patienter.<br><br>Kompagnon bliver praksiskoordinator og kommer med inspirerende forslag.<br><br>Ældre kompagnon går på pension, hvilket gør det muligt at indføre forandringer. | Øget listestørrelse nødvendiggør effektivisering.<br><br>DSAM-vejledning inspirerer en kompagnon til at forbedre diabetesbehandlingen. |

Tabel 3.2: Årsager til udvikling, Region Nordjylland

|                                                       | N5                                                                                                                                                                                                                | N6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N7                                                                                                                                                                                                                                                      | N8                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Årsager til at udvikle en proaktiv kronikerbehandling | Større travlhed og flere patienter.<br><br>Mulighed for at ansætte sygeplejerske med speciale i diabetes. Hun går hurtigt i gang med at systematisere diabetesbehandlingen.<br><br>Diabetesvejledningen fra DSAM. | Projektansættelse af sygeplejerske og ny tillægsydelse for hjertepatienter i 1999 var startskuddet.<br><br>Kronikerbehandlingen har siden udviklet sig i takt med overenskomst og faglige anbefalinger.<br><br>I 2005 vælges en ejerlæge til DSAM's bestyrelse og tager yderligere inspiration og forslag med hjem til klinikken. | Kaos, stress og sygdom i praksis kræver nye løsninger.<br><br>Ny ejerlæge med ambitioner for særligt kronikerbehandlingen, tidlig opsporing og kvalitetsarbejde køber sig ind i praksis, da ældre kompagnon går på pension.<br><br>DSAM's vejledninger. | En ældre kompagnon, som havde været modstander af forandring, går på pension.<br><br>Lægerne tager i den forbindelse en sommerhustur, hvor de har tid til at tænke over udviklingen af deres praksis. |

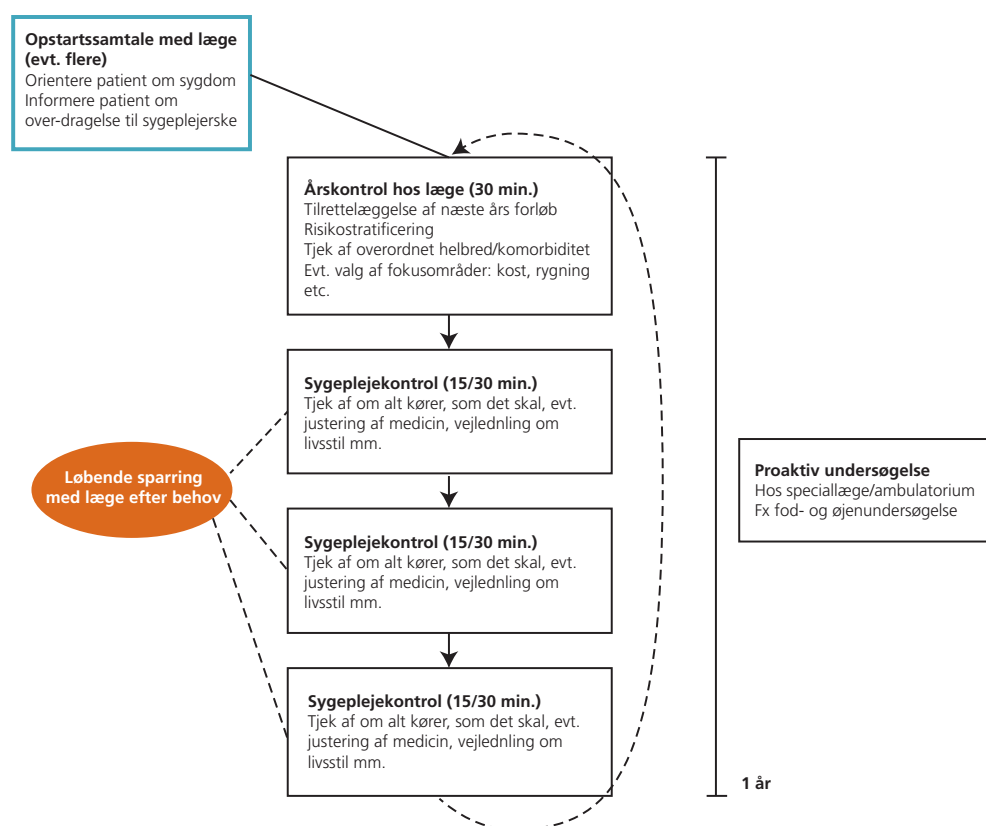
4 I lægehus N5 og N6 har ansættelsen af en dygtig sygeplejerske desuden været afgørende for at sætte udviklingen i gang. Sygeplejerskernes rolle beskrives i afsnit 3.2.

### 3.1.2 Faglige anbefalinger peger på udvikling af kronikerbehandlingen

Omkring 2005-2006 oplevede mange af lægerne også, at der kom et 'pres udefra' for, at de skulle effektivisere deres kronikerbehandling. For eksempel fortæller N5, at de blev bombarderet udefra om, hvad de skulle, og N7 oplevede udviklingen af kronikerbehandlingen som en trend i tiden. De faktorer, der har hjulpet lægerne mest med at konkretisere best practice (ifølge læger fra H2, H4, N5, N6 og N7), er DSAM's diabetesvejledning fra 2004 og forløbsydelsen fra 2007.

Diabetesvejledningen har generelt haft stor betydning for både lægernes arbejde med kronikeropfølgning og deres overvejelser om uddelegering af opgaver til klinisk personale. Seks lægehuse (H1, H2, H3, H4, N6 og N7) har etableret kontrolforløb, der minder om standardforløbet for diabetespatienter til alle de diagnoser, der deles med personalet, og de to sidste praksis (N8 og N5) er på vej mod lignende grundforløb. Forløbet ser i overordnede træk ud som beskrevet i figur 3.1.

Figur 3.1 Grundstruktur for et proaktivt og uddelegeret kronikerforløb i almen praksis



Selvom forløbene er faste i kraft af brugen af instrukser og fraser, understreger lægerne, at de bliver tilpasset den enkelte patients ressourcer og sygdomsbillede. Hvis lægen til årskontrollen vurderer, at patienten ikke er ordentligt reguleret, kan det være nødvendigt at lægge flere kontroller ind eller viderehenvise til sygehuset. På samme måde kan lægerne, i samråd med sygeplejerskerne, vælge at skære ned i antallet af kontroller, hvis et forløb kører helt uden problemer.

### 3.1.3 Inspirationen kommer ofte fra eksternt kvalitetsarbejde

Mange læger fremhæver under interviewene, at deres lægehuse altid 'har været godt med', og at de har et stort ønske om at være på forkant med den faglige udvikling i praksissektoren.

Dette afspejles i, at én eller flere ejerlæger er involveret i eksternt kvalitetsarbejde i fem af de otte lægehuse:

- I H1 er alle fire ejerlæger involveret i kvalitetsarbejde som regionale praksiskonsulenter, konsulenter ved DAK-E og arrangerer af kurser og efteruddannelse til andre læger.
- I H2 er en af kompagnonerne regional praksiskonsulent, og en er ansat ved DAK-E.
- I H3 er tre af kompagnonerne ansat som facilitatorer for Region H's kronikerprojekt for almen praksis, og én er forvejen ansat som praksiskonsulent.
- I H4 er to af de tre kompagnoner aktive i kvalitets- og organisationsarbejde: en er medlem af DSAM's bestyrelse og ansat som efteruddannelseskonsulent, mens den anden er ansat som praksiskonsulent på to sygehusafdelinger.

- I N6 er en af kompagnonerne medlem af DSAM's bestyrelse, mens en er anden aktiv i Region N's kvalitetsarbejde.

Det eksterne kvalitetsarbejde har haft stor betydning for lægerne egen praksis, fordi de har fået inspiration og konkrete forslag, som har skubbet deres eget udviklingsarbejde i gang og hjulpet dem til, at det ikke er gået i stå undervejs. Fx har tilknytningen til DAK-E gjort lægerne fra H1 og H2 til en del af det miljø, der arbejdede med datafangst og kvalitetssikring af diabetesbehandlingen. Under interviewet fortæller lægerne, at dette var direkte årsag til, at de i 2007 tilmeldte sig datafangst og systematiserede diabetesbehandlingen ved at udvikle fraser og instrukser til diabeteskonsultationerne.

### 3.1.4 Udskiftning af ejerlæger er en hyppig kilde til udvikling

Generationsskifte blandt ejerlægerne – eller udskiftning af ejerlæger – har haft betydning for udviklingen på kronikerområdet i fire af de otte lægehuse. Lægerne i hus H3 fortæller om deres nye lægehus, som har været afgørende for kronikerbehandlingen:

*Det nye byggeri havde været i støbeskeen i lang tid. Anledningen til at sætte byggeriet i gang opstod først, da nogle af de gamle cirkusheste gik på pension. Da blev håndbremsen sluppet, og der var ikke noget, der hed 'plejer' længere.*

På samme måde beskriver informanterne fra N8, at det først lykkedes at gennemføre de ønskede forandringer, da deres ældste kompagnon gik på pension.

I N7 var det ligeledes udskiftning af en ejerlæge, der i 2006 var med til at kickstarte praksissens udvikling. Det var dog ikke, fordi den afgående kompagnon havde bremset udviklingen, men fordi den nye kompagnon med det samme – og med stor systematik og energi – satte udvikling af kronikerbehandlingen øverst på dagsordenen.

Lægerne fra H1 fortæller på samme måde, at på trods af at de havde kørt hele deres lægehus i stilling til at forbedre diabetesbehandlingen:

*... skete der bare ingenting! Vi talte så meget om at vi skulle have styr på det, og patienterne fik foldere, og vi ville rigtig gerne. Men intet skete, selvom vi alle havde været på kurser og talte meget om tidlig opsporing. Det var meget mærkeligt.*

For H1 blev den ene kompagnons afsked i 2007 det skub, de havde brug for:

*Det var en stor ridse i selvpfattelsen – både fordi hun brød ud, og fordi det var, som om vi skulle til eksamen, i og med at patienterne aktivt skulle vælge os til igen.*

Lægerne fortæller dog, at de fik vendt chokket til noget positivt, fordi det endelig lykkedes at gennemføre initiativer, der lå klar. I år 2007 gennemførte de således fem afgørende forandringer: For det første kom der en ny ejerlæge, som var fuld af

energi. For det andet tilmeldte praksis sig forløbsydelsen. For det tredje blev der udviklet faste fraser for diabeteskonsultationerne. For det fjerde blev der ansat en ny diabetesygeplejerske. Og for det femte blev der afsat fælles beskyttet tidsrum til udvikling og undervisning af hele praksissen hver måned.

### 3.1.5 Tidsmangel og indgroede vaner er de største barrierer for udvikling

Mangel på tid og en tætpakket hverdag med mange patient-kontakter fremhæves ofte som de største barrierer for at arbejde med udvikling i almen praksis. Derfor er det bemærkelsesværdigt, at det kun er læger fra H1, H4 og N8, der fortæller, at de har haft svært ved at få udviklingen i gang. De barrierer, lægerne er stødt på, er først og fremmest, at udviklingsarbejde kræver tid til møder, skrivebordsarbejde og oplæring, som skal tages fra konsultationstiden med patienterne eller lægerne fritid. I et sådan regnestykke er det ofte udviklingsarbejdet, som taber, fordi lægerne har en tendens til at vælge den kortsigtede – men presserende – indsats over for de patienter, der henvender sig.

Til alle interview har vi spurgt lægerne, hvilke løsninger der har gjort, at de er lykkedes med de ønskede forandringer. Svarene knytter sig primært til at:

- Lægerne har overordnet været enige om den retning, som lægehusets kronikerbehandling skulle tage – herunder også om at lægerne godt kan bevare deres patientrelaterede tovholderrolle, uden at se alle patienter hver gang de er i lægehuset.
- Lægerne har investeret i at skabe beskyttet patientfri tid, hvor de sammen med personalet har arbejdet med at udvikle rammerne for lægehusets kronikerindsats.
- Lægerne har investeret i kompetenceudvikling og/eller ansættelse af praksispersonale med stærke kompetencer på kronikerområdet.

## 3.2 Lægernes arbejde med at skabe de ønskede forandringer

Dette afsnit handler om, hvordan lægerne har arbejdet med at skabe de ønskede forandringer i kronikerbehandlingen. Interviewene har identificeret tre tiltag, der går igen. Nemlig at lægerne 1) ansætter og uddelegerer kliniske arbejdsopgaver til praksisygeplejersker, 2) indfører fraser og instrukser, som giver faste rammer for de opfølgende konsultationer, og 3) indfører (eller er i gang med at indføre) populationsbaseret monitorering af kronikerbehandlingen. Disse forhold beskrives og uddybes i de følgende afsnit.

### 3.2.1 Lægerne satser i stor udstrækning på sygeplejersker

Som det fremgår af tabel 3.3, har samtlige otte lægehuse ansat og opkvalificeret praksisygeplejerske(r), som de i dag deler kronikerbehandlingen med.



**Tabel 3.3: Lægehusenes ansatte sygeplejersker i perioden 2005-2010**

|                                     | H1                                                                                                                                                                                                                                    | H2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | H3                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | H4                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hvad gjorde lægerne for at opruste? | Lægehuset havde allerede før 2005 ansat tre sygeplejersker. Disse kom på efteruddannelse, da kronikerbehandling kom i fokus.<br><br>I 2007 ansatte de yderligere en diabetessygeplejerske, som lægerne kendte i forvejen.             | Lægehuset havde allerede før 2005 sygeplejersker ansat uden særlige kompetenceområder.<br><br>I 2005 ansatte de yderligere en diabetessygeplejerske, som lægerne kendte i forvejen.                                                                                                                                                               | Ansatte tre ekstra sygeplejersker i forbindelse med udvidelsen af praksis i 2007.<br><br>Gik ikke efter særlig ekspertise hos sygeplejerskerne.                                                                                                                                                      | Havde sygeplejersker ansat før 2005.<br><br>Da en ejerlæge stoppede i 2008, erstattede de vedkommende med to generalistsygeplejersker.           |
|                                     | N5                                                                                                                                                                                                                                    | N6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N7                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N8                                                                                                                                               |
|                                     | Lægerne ledte efter én, som kunne aflaste dem i konsultationen.<br><br>Da en diabetessygeplejerske med lang erfaring fra en børneafdeling bliver ledig, springer lægerne straks til. Hun er indtil videre deres eneste sygeplejerske. | Lægerne fik i 2003 mulighed for at ansætte en erfaren, specialiseret sygeplejerske, der i 1999 havde været udlånt til klinikken i forbindelse med et projekt om opsporing af hjertepatienter.<br><br>På grund af gode erfaringer – og flere patienter – har lægerne efterfølgende ansat yderligere tre erfarne og bredt uddannede sygeplejersker. | Første sygeplejerske: Blev ansat for at aflaste lægerne, men var ikke veluddannet nok til det.<br><br>Anden sygeplejerske: Var meget erfaren, mere hvad de havde ønsket sig.<br><br>Tredje sygeplejerske: En tilfældighed. Hun var først vikar, men gjorde det rigtig godt og blev derfor fastansat. | Ansatte den hidtil eneste sygeplejerske for at uddelegere kronikeroPGA-ver, men hun var ikke så veluddannet, at hun kunne overtage opgaver helt. |

Nyansættelserne er foregået på to måder: Enten har lægerne ansat og opkvalificeret generalistsygeplejersker, som de ikke kendte i forvejen (H3, H4, N8), eller også har de ansat en specialiseret sygeplejerske, de kendte i forvejen (H1, H2, N5, N6, N7).

I de fem lægehuse, der er startet med specialiserede sygeplejersker, har vedkommende spillet en stor rolle for udviklingen af 'deres' diagnoser. Dette har i flere tilfælde været uafhængigt af lægernes målrettethed eller parathed i forhold til uddelegering. Fx blev N5's ansættelse af deres første og foreløbig eneste sygeplejerske afgørende for udviklingen af deres diabetesbehandling, selvom lægerne ikke på forhånd havde lagt sig fast på, hvordan de skulle aflastes. Der var nemlig tale om en diabetessygeplejerske med 20 års erfaring fra en børneafdeling, som ifølge lægerne er en:

*... rigtig ildsjæl [...] hun satte hurtigt diabetesbehandlingen i system [...]. Vi fik lavet skemaer at arbejde efter, så der kom en bestemt form for kvalitet i vores behandling. For eksempel et fast system og struktur over, hvor tit diabetikere skulle komme til kontrol. Struktur, tidsplaner og holdninger – alle blev de mere systematiseret.*

Lægerne fortæller, at sygeplejersken i dag kører hele diabetesbehandlingen (på nær årskontrollerne, som er hos lægerne), og at deres patienter er meget velregulerede.

På samme måde blev ansættelsen af den meget kompetente lungesygeplejerske, som N6 kendte fra et tidligere projektsamarbejde, en milepæl i lægehusets udvikling. Sygeplejersken fortsatte nemlig den udvikling, hun siden 1999 havde været en del af med selvstændige projekter, idéer og ekspertise. Først indførte hun systematik og registrering af diabetesbehandlingen, og derefter gik hun videre til at strukturere de øvrige kroniske sygdomme. Siden ansættelsen har hun også været hovedansvarlig for at udvikle et kvalitetsprogram (ProQ), som via fraser og kvalitetsdata strukturerer sygeplejerskernes kronikerkonsultationer og gør opmærksom på patienters manglende fremmøde.

I de lægehuse, der har ansat sygeplejersker uden specialiserede kronikerkompetencer, har udvikling og uddelegering generelt taget længere tid og stillet større krav til oplæring. Fx fortæller lægerne fra N7, at de specifikt ansatte en sygeplejerske, som skulle overtage en lang række kronikeroPGA-ver fra lægerne, men hun havde ikke tilstrækkelig erfaring. Derfor kom lægerne til at bruge uforudset mange ressourcer på at oplære hende. I N7 fremhæver lægerne derfor ansættelsen af deres anden sygeplejerske som altafgørende. Hun havde 25 års erfaring fra et diabetesambulatorium og overtog hurtigt hovedparten af diabetesopfølgningen inklusiv de ukomplicerede patienters årskontrol.

I N8 er lægernes konklusion den samme. De ville gerne have kunnet uddelegere mere af kronikerbehandlingen, end tilfældet er, men må erkende, at det tager tid og fokus at opkvalifi-

cere en sygeplejerske til at agere selvstændigt i kronikerbehandlingen.

Lægerne i H3 oprustedes markant og målrettet på sygeplejerskeområdet i 2007, og de var på forhånd afklarede om, hvilke opgaver sygeplejerskerne skulle overtage, samt hvilke rammer der skulle være for samarbejdet. Sygeplejerskerne har derfor været nødvendige for – men ikke aktivt deltagende i – udviklingen af lægehusets kronikerindsats. De ressourcer, der skulle bruges på oplæring, er heller ikke kommet som en overraskelse for lægerne, der betragter sygeplejerskerne som en langsigtet investering, der gavner både patienterne og lægehusets økonomi.

Lægehus H1, H2 og H4 har lang tradition for at have sygeplejersker ansat, men også disse lægehuse har oprustet og kompetenceudviklet deres sygeplejersker i løbet af de seneste fem år. Sygeplejerskernes opgaver og særlige kompetencer er derfor udviklet over en længere periode, således at de i dag også er uddannet til at have selvstændige konsultationer med lægehusenes kroniske patienter. Lægerne oplever generelt, at det er gået godt, og at sygeplejerskerne er glade for det ansvar, der følger med de nye opgaver. Eneste undtagelse er lægehus H4, som mistede en sygeplejerske under forløbet, fordi hun ikke ønskede det udvidede ansvar<sup>5</sup>.

### Sygeplejerskernes funktioner og opgaver i kronikerbehandlingen

Tabel 3.4 næste side opsummerer de opgaver og ansvarsområder i kronikerbehandlingen, som sygeplejerskerne indtil videre udfører.

**Række 1** viser, at alle lægehuse som ventet deler kronikeropfølgningen med deres sygeplejersker. Det gælder for både KOL, hypertension og diabetes i alle lægehuse på nær N5 og N7, som kun er nået til diabetes. Lægerne fra N7 er dog så sikre på deres 'diabetes' sygeplejerske, at hun også er ansvarlig for årskontrollen hos de ukomplicerede diabetespatienter. Samtidig leder lægerne fra N5 efter en sygeplejerske med særlige kompetencer inden for KOL og/eller hjertekarsygdom. Den manglende uddelegering er derfor ikke et udtryk for, at lægerne holder igen, men snarere at lægerne ikke er færdige med den udvikling, de ønsker.

Ingen af de øvrige lægehuse har planer om at uddelegere årskontroller til sygeplejerskerne – uagtet hvor dygtige deres sygeplejersker i øvrigt er. Det skyldes dels ønsket om at bevare en relation til patienten, dels et behov for at have en grundig lægefaglig status på patientens medicin og de andre sygdomme, patienterne ofte har. I H2 fortæller lægerne også, at de ikke vil uddelegere årskontrollen, fordi de bruger den til

at lægge en plan for resten af året og til at lave fodstatus. I H3 og N6 understreger to af lægerne også, at det er nødvendigt, at lægerne har årskontrollen, fordi de i højere grad end sygeplejerskerne har overblik over hele patienten og ikke kun fokus på den enkelte diagnose.

**Række 2** viser, at fem lægehuse indkalder patienter, som ikke møder op til konsultationer, der er aftalt i forbindelse med et kronikerforløb, samt det er sygeplejerskernes opgave i H4, N6, N7 og N8.

Lægerne fra H1 understreger, at deres grundholdning er, at det er uanstændigt, når patienterne ikke dukker op til aftalte kontroller, og at de i udgangspunktet ikke er interesserede i at bruge meget tid på genindkaldelse. Samtidig har de dog erkendt, at samfundets normer for, hvor opsøgende almen praksis skal være, har ændret sig – og de er også opmærksomme på, at det langt fra altid er udtryk for et aktivt fravalg, når patienten 'glemmer' at møde. Derfor har de gradueret praksissens strategi til at fange patienterne. For det første bliver patienterne mindet om deres manglende fremmøde, hvis de ringer for at forny recepter – denne tilgang fanger de 'almindelige' patienter, som husker at tage deres medicin, selvom de ikke kommer til kontrol. For det andet laves der halvårslige kørsler via datafangst, som kortlægger, hvilke patienter der er smuttet fra kontrollerne. Alle disse patienter – som ifølge lægerne er identiske med de patienter, der har allermest brug for kontrollerne – indkaldes pr. brev. Lægernes erfaring fra den seneste brevudsendelse er, at 12 ud af de 14 diabetespatienter, der fik en påmindelse, dukkede op inden for en måned.

I H4 får patienten et brev fra sygeplejersken, hvis vedkommende udebliver. Men hvis en patient selv aflyser en kontrol, gør sygeplejerskerne ingenting, for lægerne i H4 mener, at det er patientens eget valg, om han/hun vil kontrolleres.

I N6 genererer lægehusets eget kvalitetssikringsprogram hver dag lister over patienter, der ikke er mødt op til aftalt tid, og sygeplejerskerne sørger for, at alle patienter kontaktes for at få en ny tid.

Patienter, som udebliver fra en kontrol i N7 og N8, får et brev fra sygeplejerskerne, men der bliver ikke samlet op på, om patienterne reagerer på påmindelsen. Lægerne fortæller, at de således ikke har overblik over, om en patient pludselig har gået ukontrolleret i længere tid. De glæder sig derfor til, at datafangst kan hjælpe dem med at finde disse patienter.

5 Dette svarer til resultaterne fra DSI's kapacitetsundersøgelse fra 2010 (3). En af konklusionerne var, at et mindretal af praksissygeplejersker ikke ønsker at arbejde selvstændigt. Dels fordi de værdsætter det tætte samarbejde, de traditionelt har haft med lægerne, dels fordi ikke alle sygeplejersker har faglige kompetencer til at varetage selvstændig kronikeropfølgning. Til gengæld viste undersøgelsen også, at langt de fleste sygeplejersker værdsætter at få medansvar for patientforløb, fordi deres arbejde bliver mere fagligt udfordrende. Samtidig lagde sygeplejerskerne vægt på, at der skal være faste, skriftlige vejledninger for deres konsultationer, samt at lægerne skal agere ens over for personalet som daglige ledere såvel som i forbindelse med faglig sparring.



**Tabel 3.4: Oversigt over praksissygeplejerskernes opgaver i kronikerbehandlingen og rammerne for deres opgavevaretagelse**

|                                                                                       | H1                                                                                  | H2                                                                                  | H3                                                                                  | H4                                                                                  | N5                                                               | N6                                                                                  | N7                                                                                  | N8                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. Selvstændige konsultationer relateret til kronisk sygdom udført af klinikpersonale | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for KOL, diabetes, hypertension. | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for KOL, diabetes, hypertension. | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for KOL, diabetes, hypertension. | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for KOL, diabetes, hypertension. | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for diabetes. | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for KOL, diabetes, hypertension. | Tre måneders kontrol og forberedelse af årskontrol for KOL, diabetes, hypertension. | Tre måneders kontrol og årskontrol for diabetes. |
| 2. Indkaldelse af udeblevne patienter                                                 | Ja (sekretærens opgave)                                                             | Nej                                                                                 | Nej                                                                                 | Ja                                                                                  | Nej                                                              | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                               |
| 3. Faste instrukser og fraser, som støtter den enkelte konsultation                   | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                                               | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                               |
| 4. Populationsbaseret monitorering                                                    | Diabetes KOL Hypertension/ hjertekarsygdom Osteoporose Børnevaccination Kolesterol  | Diabetes KOL Hypertension/ hjertekarsygdom Depression                               | Starter med de store diagnoser i løbet af 2011                                      | Starter med de store diagnoser i løbet af 2011                                      | Nej                                                              | Diabetes KOL Hypertension/ hjertekarsygdomme                                        | Diabetes KOL Hypertension/ hjertekarsygdomme Astma Fedme Rygning                    | Nej                                              |
| 5. Diagnosespecifik specialisering af sygeplejersker                                  | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Nej                                                                                 | Ja                                                               | Ja                                                                                  | Ja                                                                                  | Ja                                               |
| 6. Andre områder hvor klinikpersonale deltager i forløbsorienteret optølgning*        | Astma Osteoporose Opsøgende hjemmebesøg CVD m.fl.                                   | Depression                                                                          | D-vitaminmangel Fedme Inkontinens Depression m.fl.                                  | Ingen                                                                               | Ingen                                                            | Ingen                                                                               | Astma Fedme Osteoporose Kolesterol                                                  | Ingen                                            |

\* Denne kategori er ikke afdækket systematisk. Derfor er der kun noteret de områder, som lægerne selv har nævnt i forbindelse med de gennemførte interview.

H2, H3 og N5 er mindre aktive i deres opfølgning på manglende fremmøde. I H2 noterer læger og sygeplejersker i patientens journal, hvis vedkommende udebliver, og lægerne fortæller, at der i sjældne tilfælde bliver ringet til patienten, hvis det vurderes særligt vigtigt. I H3 og N5 gøres der p.t. ingenting. I H3 skyldes det, at de indtil for nylig troede, at de ifølge overenskomsten ikke måtte udføre opsøgende arbejde. Det ved lægerne imidlertid nu, at de må, og de glæder sig ligesom N8 til at bruge datafangst til at fange de udeblevne. I N5 sker der heller noget, hvis patienten udebliver. Lægerne mener nemlig fortsat ikke, at de må drive opsøgende virksomhed. De har heller ikke tænkt sig at begynde at skrive breve til de udeblevne patienter, fordi de mener, at det grundlæggende er patientens eget ansvar at møde op til kontrol.

**Række 3** viser, at alle har udviklet instrukser for de konsultationer og forløb, der deles med sygeplejerskerne. Samtidig fremgår det, at sygeplejerskerne i H1, H3, N5 og N6 er med til at udvikle rammerne for praksissens overordnede kronikeropfølgning og indholdet af den enkelte konsultation. I H1 og H3 er der etableret diagnosespecifikke makkerpar, hvor en ejerlæge og en sygeplejerske deler ansvaret for at holde lægehuset fagligt opdateret på den enkelte diagnose. Det sker blandt andet ved, at makkerparret underviser de andre, når der er noget nyt, samt at de løbende udvikler instrukser og fraser til de diagnoser, som de er ansvarlige for. I N5 har sygeplejersken selv indført systemer, der svarer til dem, hun var vant til at arbejde efter i det diabetesambulatorium, hvor hun tidligere var ansat. Endelig spiller en af sygeplejerskerne i N6 en stor rolle for udviklingen af praksissens kronikeropfølgning i forhold til både diabetes, KOL og hjertekarsygdom.

**Række 4** viser, at fire lægehuse (H1, H2, N6 og N7) på interviewtidspunktet arbejder med populationsbaseret monitorering af deres patienter, samt at to lægehuse (H3 og H4) er på nippet til at begynde. Med undtagelse af N7 har sygeplejerskerne en aktiv rolle i både monitoreringen af de sygdomme, de deler med lægerne, og de indkaldelser der laves til patienter, som er faldet fra forløb (jf. række 2).

Udover opfølgningen på patienters manglende fremmøde bruger lægehuse datafangst til at blive opmærksom på patienter, der er så dårligt reguleret, at de eventuelt skal sendes videre på et sygehusambulatorium. Lægerne benchmarker praksissens indsats ved at sammenligne patientpopulationens kliniske værdier med de anbefalede behandlingsmål og andre lægehuse, der er tilmeldt datafangst. Flere læger fortæller, at det især er benchmarkingen med deres kolleger, der kan være med til at flytte noget – fordi det går meget ondt på deres faglige stolthed, hvis de ikke er blandt de bedste praksis i deres lokalområde.

I de to sidste lægehuse (N5 og N8) har lægerne planer om at følge patientfremmødet og de kliniske værdier på populations-

niveau, i takt med at de tager datafangst i brug, men de har endnu ikke afklaret, hvornår de forventer at være klar, samt hvordan opgaverne bliver fordelt imellem sygeplejersker og læger.

**Række 5** viser, at sygeplejerskerne i alle lægehuse på nær H4 er specialiseret inden for enkelt diagnoser, hvor de har særlige kompetencer. I fem af lægehuse er ansvarsfordelingen opstået, når der er ansat en sygeplejerske med særlige kompetencer – typisk når lægerne har fået "et tilbud, der var for godt til, at de kunne sige nej". At lægehuse er startet med diabetes understreges af, at fire af de fem sygeplejersker er specialiseret i diabetes. N6 startede med at ansætte en lungesygeplejerske, som i 2007 blev efterfulgt af en diabetessygeplejerske.

**Række 6** viser eksempler på andre diagnoser, hvor lægerne er begyndt dele opgaver med sygeplejersker og udvikle proaktive opfølgingsforløb, som minder om de forløb, de har for de store kroniske diagnoser. Som det fremgår, er der en række områder, hvor lægerne ser et potentiale for at blive aflastet og sikre patienten et mere kontinuerligt forløb end tidligere.

### 3.2.2 Instrukser og fraser spiller en stor rolle for omlægningen

En anden udvikling på tværs af lægehuse er, at læger og sygeplejersker i stort omfang er begyndt at arbejde efter skriftlige instrukser og fraser. Lægerne understreger, at instrukser (som beskriver hvordan en sygdom behandles og stratificeres) og fraser (som strukturerer den enkelte konsultation) er en nødvendighed for at få behandlingssamarbejdet med sygeplejerskerne til at fungere. Rent praktisk handler det først og fremmest om, at både læger og sygeplejersker skal have faste rammer for de kliniske opgaver, de har i de faste kronikerkonsultationer, samt at der skal være klarhed over, hvad sygeplejerskerne må, og hvornår de skal inddrage lægen. Alle læger i undersøgelsen oplever, at redskaberne fungerer godt, og at sygeplejerskerne – når de har de rette kompetencer – er i stand til at køre selvstændige konsultationer, som lever op til DSAM's anvisninger.

Interviewene indikerer, at DSAM's vejledninger spiller en central rolle for udviklingen af fraser og instrukser. Lægehus N6 implementerer således vejledningerne direkte fra DSAM og anser det som dobbeltarbejde at lave deres egne. Lægehus N7 kopierer også DSAM's vejledninger direkte, men forkorter dem, for at de skal være operationelle i dagligdagen. Lægerne i alle de øvrige lægehuse fortæller, at de bruger DSAM's vejledninger som afsæt for deres egne, lokale vejledninger.

I denne undersøgelse er fokus på de tre store kroniske sygdomme diabetes, KOL og hypertension/hjertekarsygdom<sup>6</sup>. Tabel 3.5 viser, hvor langt lægehuse er nået med at udvikle implementere instrukser og fraser for disse diagnoser. Tabellen viser, at diabetesbehandlingen struktureret med fraser, og at der er etableret en velfungerende arbejdsdeling mellem læger og sygeplejer-

6 Hypertension og hjertekarsygdom er principielt hver sin diagnose, men lægehuse har overvejende de samme forløb og fraser til de to patientgrupper (kun H2 har forskellige fraser). Vi vælger derfor i resten af rapporten at se på begge patientgrupper under ét. Flere lægehuse beskriver dog, at stratificeringen af de enkelte patienter kan påvirke intervallet mellem kontroller, samt at patienter med hjertekarsygdom – på grund af den øgede risiko – følges tættere end patienter med hypertension.

sker i alle otte lægehuse. Hypertensionsbehandlingen er også forløbsorienteret i alle otte lægehuse, men N5 og N8 er ikke nået til at uddelegere opgaver til sygeplejersker. Dette afspejler, at diabetes (bortset fra H4 og N6, hvor det var hjertepatienter) er den første diagnose, hvor lægerne har sat behandling og uddelegering i system. Interviewene indikerer desuden, at lægerne i relativt stort omfang overfører grundstrukturen fra diabetesopfølgningen til de øvrige diagnoser, hvor de arbejder med uddelegering og proaktive forløb.

Tabel 3.5 viser også, at de fleste lægehuse (igen med N5 og N8 som undtagelser) tillige har indført en fast struktur for deres KOL-behandling. På trods af denne struktur oplever lægerne, at det både er svært at fange KOL-patienter tidligt og svært at fastholde dem i kontinuerlige forløb, fordi patienterne meget ofte udebliver. Et par af lægerne reflekterer i interviewene over årsagerne til, at det er så svært at realisere de gode intentioner sammen med KOL-patienterne. Lægerne vurderer i

den forbindelse, at der fortsat er meget skyld og stigmatisering forbundet med sygdommen. Samtidig oplever de, at der er meget benægtelse i forhold til rygningens konsekvenser hos de patienter, hvor de mistænker KOL, samt at mange af patienterne på forskellig måde er socialt udsatte. Når man ser på disse udfordringer, undrer det ikke lægerne, at det er svært at få forløbene til at køre, men de har ingen gode bud på alternativer til de faste forløb.

### 3.2.3 Monitorering af patientpopulationen ses som en naturlig del af behandlingen

Et tredje fællestræk på vejen mod en proaktiv behandling er, at syv af de otte lægehuse i dag har elektronisk monitorering af lægehusets patientpopulation. Tabel 3.6 opsummerer, hvad lægerne har gjort for at optimere deres monitoreringspraksis, og hvorfor de har valgt den løsning, de har.

**Tabel 3.5: Diagnosespecifikke proaktive forløb, der understøttes af instrukser og fraser**

|                                   | H1                                                                         | H2                                                                         | H3                                                                         | H4                                                                         | N5                          | N6                                                                         | N7                                                                         | N8                             |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Diabetes                          | OK                                                                         | OK                                                                         | OK                                                                         | OK                                                                         | OK                          | OK                                                                         | OK                                                                         | OK                             |
| Hypertension/<br>hjertekar-sygdom | OK                                                                         | OK                                                                         | OK                                                                         | OK                                                                         | Ikke<br>uddelegeret         | OK                                                                         | OK                                                                         | Ikke<br>uddelegeret            |
| KOL                               | Struktur<br>OK, men<br>patienterne<br>er svære at<br>fange og<br>fastholde | Struktur<br>OK, men<br>patienterne<br>er svære at<br>fange og<br>fastholde | Struktur<br>OK, men<br>patienterne<br>er svære at<br>fange og<br>fastholde | Struktur<br>OK, men<br>patienterne<br>er svære at<br>fange og<br>fastholde | Ikke forløbs-<br>orienteret | Struktur<br>OK, men<br>patienterne<br>er svære at<br>fange og<br>fastholde | Struktur<br>OK, men<br>patienterne<br>er svære at<br>fange og<br>fastholde | Ikke<br>forløbs-<br>orienteret |

**Tabel 3.6: Oversigt over lægehusenes monitoreringspraksis**

|                                   | H1                                                                                                                                           | H2                                                             | H3                        | H4                       | N5                                        | N6                                                                             | N7                                                                | N8                                               |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 Elektronisk<br>monitorering     | Datafangst<br>siden 2007                                                                                                                     | Datafangst<br>siden 2007                                       | Datafangst<br>siden 2010  | Datafangst<br>siden 2010 | Ingen<br>elektronisk<br>monitore-<br>ring | Eget<br>kvalitetspro-<br>gram siden<br>2005<br><br>Får<br>datafangst i<br>2011 | Egen<br>database<br>siden 2005<br><br>Får<br>datafangst i<br>2011 | Datafangst<br>siden 2010                         |
| 2 Begrundelse for<br>monitorering | Sammenlig-<br>ningsmulig-<br>heder<br><br>Statistik<br><br>Grafisk<br>fremstilling<br>af patienters<br>risikofakto-<br>rer og<br>aftalte mål | Overblik<br>over om<br>patienter<br>lever op til<br>standarder | Ønske om<br>kvalitetstjek | Ønske om<br>overblik     |                                           | Kvalitetssik-<br>ring og<br>overblik                                           | Mulighed<br>for at lave<br>statistik                              | Kvalitetssik-<br>ring af<br>kronikerind-<br>sats |

**Række 1** viser, at syv af de otte lægehuse foretager – eller er på vippen til at foretage – elektronisk monitorering af deres patientpopulation. Fem af disse lægehuse (H1, H2, H3, H4 og N8) er startet med datafangst, mens to (N6 og N7) er startet med egne databaser og kvalitetsprogrammer, som i 2011 vil blive suppleret med datafangst. Som det fremgår af opgørelsen, er der forskel på, hvornår lægehuse er nået til at tilmelde sig datafangst. Det skyldes dels modstand mod forløbsydelsen, dels at lægerne i første omgang har prioriteret praksispersonale, instrukser og ombygninger. Flere læger fortæller således, at systematisk brug af datafangst for dem er det sidste – men naturlige – skridt mod en systematisk kronikerbehandling.

Datafangst er i sig selv ikke noget værd, før lægehuset systematisk ICPC-koder sine patienter og bruger de fraser, der er indbygget i systemet. Interviewene indikerer da også, at der ofte går et par år, fra et lægehus får installeret datafangst, til det for alvor tages i brug. De lægehuse, der først for nylig er tilmeldt, fortæller i den forbindelse, at datafangst kan føles som en stor mundfuld. De barrierer, der fremhæves, er, at datafangst har været besværligt at installere, og at det tager lang tid at diagnosekode og bruge programmet. De tre lægehuse (H3, H4 og N8), der er tilmeldt datafangst i 2010, arbejder derfor fortsat med diagnosekodning, så de i løbet af 2011 kan få adgang til den monitorering, der er formålet med modulet.

Lægerne fra H1 og H2, der har arbejdet længst tid med datafangst, fortæller også, at det kræver nogen tid at vænne sig til at ICPC-kode og bruge datafangst. Samtidig fremhæver lægerne dog, at tiden er en rigtig god investering, fordi de er overbeviste om, at det gavner patienterne, da det giver en stor faglig tilfredsstillelse at kunne danne sig et overblik over, hvordan ens patienter har det.

### 3.3 Tidlig opsporing: Et område som fortsat er til diskussion

De store folkesygdomme udvikler sig langsomt. De har dermed tendens til at blive opdaget så sent, at der er sket svære irreversible skader på fx kredsløb eller lunger. Tidlig diagnostisering og forebyggende behandling udgør således et centralt element i anbefalingerne for en proaktiv kronikerbehandling. Derfor har vi spurgt alle lægerne om, hvordan de arbejder med tidlig opsporing, samt hvilke principielle overvejelser lægerne har om deres rolle i forhold til tidlig opsporing. Resultaterne præsenteres i de følgende afsnit.

#### 3.3.1 Lægehuses organisering af det tidlige - opsporingsarbejde er meget forskellig

Alle informanterne lægger vægt på, at man som læge skal bruge sin fornemmelse for den enkelte patient til at afgøre, hvornår det er smart at tilbyde en undersøgelse eller vejledning, der er relateret til livsstil, ellers bliver patienten nemt skræmt væk. Som det fremgår af tabel 3.7, er der imidlertid stor forskel på, hvordan lægehuse arbejder med tidlig opsporing af kronisk sygdom.

Som det fremgår af **række 1**, imødekommer alle lægehuse efterspørgslen fra patienter, der ønsker et generelt helbredstjek. Standardmodellen er en blodprøvepakke fokuseret på hypertension og diabetes suppleret med undersøgelse af taljemål, BMI, blodtryk og en snak om, hvorfor patienten ønsker helbredstjekket. De fleste læger har et ambivalent forhold til disse tjek – typisk fordi de oplever, at det er den mest velfungerende patientgruppe, der bruger ressourcer på, eller fordi lægerne er bekymrede for, at helbredstjekkerne er med til at legitimere en usund livsstil hos patienter, hvor de ikke finder noget. På den anden side finder lægerne jævnligt forhøjet blodtryk, kolesterol og blodsukker via tjekkerne – og enkelte peger på, at en øget sundhedsbevidsthed er bedre end slet ingen.

**Række 2** viser, at seks af de otte lægehuse i varierende omfang registrerer livsstilsdata – først og fremmest BMI og rygestatus, men også kendte arvelige sygdomme i patientens familie. Oplysningerne registreres typisk på forsiden af patientens journal, og enkelte registrerer det også på laboratoriekortene. Samtidig er der dog flere læger, som fortæller, at de gerne vil blive bedre til at registrere – især på de raske patienter. H2 overvejer fx at få mere fokus på overvægt ved at veje alle patienter, der får lavet blodprøver.

Lægehuset markeret i parentes i række 2 registrerer kun livsstilsdata for de patienter, der i forvejen har en kronisk diagnose. H4 og N5 registrerer ikke livsstilsdata. Lægerne fra N5 fortæller i den forbindelse, at de er imod en sådan registrering. Dels fordi de mener, at det er forkert at reducere patienten til en journalforside, og dels fordi de finder, at registreringen kræver for meget arbejde i forhold til det udbytte, den vil give.

Alle lægerne har fokus på at opspore kronisk sygdom, men graden af formalisering er forskellig. Lægerne fra H2 og N7 er de eneste, som fortæller, at de har en fælles, standardiseret tilgang til den tidlige opsporing hos raske patienter. H2 – der registrerer

**Tabel 3.7: Tidlig opsporing i de otte lægehuse**

| Tidlig opsporing                                           | H1  | H2 | H3 | H4 | N5 | N6  | N7 | N8  |
|------------------------------------------------------------|-----|----|----|----|----|-----|----|-----|
| 1 Opsporing i forbindelse med helbredstjek                 | X   | X  | X  | X  | X  | X   | X  | X   |
| 2 Registrering af livsstilsdata                            | X   | X  | X  |    |    | (X) | X  | (X) |
| 3 Standardiserede, fælles procedurer for tidlig opsporing  |     | X  |    |    |    |     | X  |     |
| 4 Brug af populationsdata til at målrette tidlig opsporing | (X) |    |    |    |    |     |    | (X) |

Krydser i parentes angiver, at lægehuset kun delvis udfører denne handling. Dette uddybes i teksten.

livsstilsfaktorer – tilbyder alle patienter, der har én eller flere risikofaktorer, som fx rygning eller overvægt, en standardiseret blodprøvepakke, der er sammensat med henblik på tidlig opsporing af de største kroniske diagnoser. N7 har en række faste rutiner knyttet til tidlig opsporing: blandt andet måler de blodsukkeret på alle patienter, der skal have fornyet kørekort, og hver gang, der kommer en ryger med en øvre luftvejsinfektion, tilbydes vedkommende en lungefunktionsundersøgelse og vejledning om rygestop. Derudover har mange af lægehusene skilt i venteværelset, der opfordrer alle rygere over 40 år til at få undersøgt deres lungefunktion.

Det varierer dog, hvor aktivt opspøgende de enkelte lægehuse er over for patienterne. I H2 har lægerne fx ingen problemer med at spørge en patient, som kommer med ørepine, om han skal have tjekket sit blodsukker. Omvendt mener lægerne i N7, at det er at overskride patientens grænser.

I resten af lægehusene – og dermed hovedparten – arbejder lægerne individuelt med tidlig opsporing. Fx fortæller en læge fra N6, at hun altid giver hostende patienter en seddel med, når de går, med en tid til en lungefunktionsundersøgelse et vist antal uger ud i fremtiden. Det er nemlig hendes erfaring, at når patienten har hostet i fem uger, så er vedkommende motiveret til undersøgelsen og nogle gange til rygestop.

Det er kun to lægehuse, der aktivt bruger populationsdata til den tidlige opsporing. Lægehus N7 adskiller sig, idet lægerne dér anvender alle fire nævnte metoder til tidlig opsporing. Dette kan forklares ved, at især én af lægernes hjerte ifølge hende selv banker for den tidlige opsporing, hvilket har gjort, at lægerne i N7 har sat særligt stor fokus på opspøringsarbejdet.

**Række 4** viser, at ingen lægehuse systematisk bruger populationsdata til at overvåge, om de har fanget de patienter, der statistisk set har kronisk sygdom. Der var dog to lægehuse (H1 og N8), hvor lægerne gav enkeltstående eksempler på, at de har anvendt populationsdata som afsæt for deres opsporende indsats. I H1 har lægerne ved hjælp af datafangst fundet ud af, at de kun har opsporet ca. halvdelen af de KOL-patienter, de statistisk set burde have. Denne viden har lægerne taget som en indikation af, at de skal være endnu mere opmærksomme på deres rygere samt udfarende i forhold til at tilbyde lungefunktionsundersøgelser.

N8 har brugt praksiskonsulenter til at målrette deres indsats. Fx har en konsulent været på besøg og fortalt dem, at de ikke havde opsporet så mange diabetikere, som de statistisk set burde. Derfor har lægerne indført en procedure, hvor de automatisk måler blodsukkeret på alle patienter, der skal have taget blodprøver.

### 3.3.2 Tidlig opsporing er et emne, der deler lægerne

Afsnittet ovenfor har vist, at arbejdet med tidlig opsporing ikke i samme grad som den opfølgende behandling er sat i system i de undersøgte lægehuse. Samtidig afdækkede interviewene en vis uenighed blandt lægerne om, hvordan det tidlige opspøringsarbejde bedst gribes an. Denne uenighed ses ikke kun mellem lægehusene, men også internt i de enkelte lægehuse. Tabel 3.8 viser, hvilke lægehuse der var internt uenige om, hvordan man som læge kan og bør arbejde med tidlig opsporing af kroniske sygdomme.

Diskussionen, som går igen i over halvdelen af lægehusene (H1, H3, H4, N5 og N6), handler om, hvorvidt man skal registrere og systematisere det primære opspøringsarbejde, eller om man i højere grad skal forlade sig på patientens ønsker om undersøgelser og lægens 'næse' for at vurdere, om en person har symptomer på en kronisk sygdom.

Her er et eksempel fra N6:

*Læge 1: Jeg laver lægekunst. Jeg kigger på hele patienten. Jeg kigger på hans aura: Lugter det her af diabetes? Jeg ser på hans hud, vurderer om han er tyk og spørger ind til, om han har diabetes i familien. Jeg ville jo heller ikke orke det, hvis opsporingen foregik efter et skema, så kunne jeg jo lige så godt sætte en robot til det.*

*Læge 2: Derfor vil jeg hellere have sygeplejersker til det, fordi de arbejder i skemaer.*

I H4 foregik diskussionen på nogenlunde samme måde. Den ene læge argumenterede for at følge en systematisk og skemalagt tilgang, sådan at det er standardiseret at spørge patienten om fx rygning og alkoholforbrug. Hertil spurgte den anden læge retorisk, om ikke det er lægernes job at hjælpe dem, der faktisk vil hjælpes? Denne læge var således imod systematisk screening baseret på livsstilsfaktorer.

I H2, N7 og N8 var de læger, der deltog i interviewet, enige om tilgangen til det tidlige opspøringsarbejde. I lægehus N8 er lægerne endnu ikke nået så langt i forhold til at tilrettelægge deres indsats, og på interviewtidspunktet var status, at de begge anså det som centralt, at deres indsats i forhold til tidlig opsporing blev forbedret.

Både i H2 og N7 er lægerne enige om at følge en systematisk og skemalagt tilgang til både primær profylakse og komorbiditet. I N7 lagde lægerne imidlertid vægt på, at de kun indleder en opsporende undersøgelse, hvis patienten viser interesse for det:

**Tabel 3.8: Organisering af det tidlige opspøringsarbejde**

|                                                                        | H1 | H2 | H3 | H4 | N5 | N6 | N7 | N8 |
|------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Intern uenighed om hvordan praksis bedst arbejder med tidlig opsporing | X  |    | X  | X  | X  | X  |    |    |

*Hvis en patient, som tilfældigvis var ryger og over 40 år, kom ind med en forstuvet ankel, så ville jeg ikke spørge til rygningen. Han kommer med sin ankel! Hvordan vil han så synes om, at jeg begynder at tale om rygning? Hvad ville du selv synes om det [henvendt til interviewer]?!*

Ovenstående overvejelser afspejler en generel udfordring, som knytter sig til ønsket om en tidlig og proaktiv kronikerindsats: nemlig spørgsmålet om, hvornår og hvordan det er hensigtsmæssigt at arbejde med opsporing hos patienter, der ikke viser klare symptomer på, at de er syge. Interviewene afspejler således den diskussion, som på centralt lægefagligt niveau er opstået<sup>7</sup> som følge af, at den proaktive tilgang vinder indpas og stiller nye standarder for, hvad den alment praktiserende læge kan og bør i relation til tidlig opsporing. Og som interviewene med de proaktive læger indikerer, er de praktiserende læger stadig ved at finde ud af, hvilket ben den skal stå på i forhold til denne udvikling.

### 3.4 Opsamling på lægehusenes udvikling af kronikerindsatsen

#### Årsager til udvikling

Som det fremgår af afsnit 3.1, er det en kombination af relativt ens interne og eksterne forhold, der har sat udviklingen i gang i de otte lægehuse. Internt er det forskellige kombinationer af et øget arbejdspress, indstillingen hos nye ejerlæger samt lægernes faglige ambitioner og involvering i eksternt kvalitetsarbejde, der har faciliteret udvikling. Væsentlige eksterne faktorer, der har påvirket lægerne, knytter sig dels til omgivelsernes ønske om, at almen praksis redefinerer sin rolle i kronikerindsatsen, samt de faglige anbefalinger fra DSAM's diabetesvejledning, der har motiveret lægerne. Det skal også bemærkes, at lægerne i syv af de otte lægehuse identificerer én person eller én begivenhed, der har haft særlig betydning for, om ønsket om en bedre kronikerindsats er omsat til faktiske forandringer.

#### Vejen til en proaktiv behandling

De undersøgte praksis er nået til forskellige stadier i deres udvikling, men lægernes udsagn tegner et billede af, at alle inden længe vil have uddelegeret kontrollerne af de store kroniske sygdomme, have udviklet instrukser og fraser med udgangspunkt i DSAM's vejledninger og være godt i gang med at bruge datafangst.

Lægehusenes veje til udvikling er i et vist omfang præget af, at lægerne har slået til på de muligheder, der har budt sig til hen ad vejen, og ingen læger fortæller, at de fx har haft en systematisk femårsplan for udviklingen af deres kronikerbehandling. Til trods for dette er der tre klare fællestræk i lægehusenes udvikling:

**For det første** satser lægerne i stor udstrækning på praksissygeplejersker for at kunne dele den løbende kontrol og opfølgning af de kroniske patienter. Interviewene viser, at lægerne generelt er meget tilfredse med de ansatte sygeplejersker. Særligt når det lykkes at ansætte en specialist, eller når lægerne har fået opkvalificeret deres generalistsygeplejersker til at fungere som egentlige 'kronikersygeplejersker', oplever lægerne, at der skabes stor aflastning og økonomisk gevinst for lægehuset, hvilket er i overensstemmelse med tidligere erfaringer, jf. (17, 18). Lægerne oplever typisk, at de subspecialiserede sygeplejersker bliver selvkørende og udviser stort ejerskab og engagement i forhold til behandlingen af 'deres' sygdom. Desuden ender sygeplejerskerne ifølge lægerne (fra H1, H2, H3<sup>8</sup>, N5, N6 og N7) med at behandle den enkelte diagnose ligeså godt (og nogen gange bedre end lægerne selv kan).

Samtidig viser interviewene, at mange læger vælger at ansætte specialiserede sygeplejersker fra ambulatorier og hjemmesygepleje, som de kender fra projekter eller det patientrettede samarbejde. Interviewene viser også, at uddelegeringen (uafhængigt af lægernes parathed) er sket hurtigt, og at den har været omfattende i de lægehuse, hvor det er lykkedes at ansætte sygeplejersker med særlig ekspertise inden for relevante diagnoser.

Sygeplejerskerne har i langt de fleste lægehuse (bortset fra N5 og N8) overtaget kontrollerne af diabetes, KOL og hypertension og i nogle tilfælde også flere andre kroniske diagnoser (H1, H2, H3, N6 og N7).

**For det andet** er læger og sygeplejersker i stort omfang begyndt at arbejde efter skriftlige instrukser og fraser. Lægerne understreger, at instrukser og fraser er en nødvendighed for at få behandlingssamarbejdet med sygeplejerskerne til at fungere. Rent praktisk handler det først og fremmest om, at både læger og sygeplejersker skal have faste rammer for de kliniske opgaver, de har, i de faste kronikerkonsultationer, samt at der skal være klarhed over, hvad sygeplejerskerne må, og hvornår de skal inddrage lægen. Alle læger i undersøgelsen oplever, at redskaberne fungerer godt, og at sygeplejerskerne – når de har de rette kompetencer – er i stand til at køre selvstændige konsultationer, der lever op til DSAM's anvisninger.

**For det tredje** er lægehusene nået relativt langt med at etablere en systematisk monitorering af deres patientpopulation. På interviewtidspunktet (hvor den nye overenskomst, der gør datafangst obligatorisk, endnu ikke var vedtaget) var syv af de otte lægehuse enten i gang med eller på vej til at implementere datafangst. Interviewene indikerer dog, at det ofte er udviklingen af monitoreringsarbejdet, der bliver nedprioriteret eller udskudt, hvis lægerne mangler tid. De lægehuse, som er nået længst på området, mener til gengæld at tiden er givet godt ud og fremhæver det som afgørende for kvaliteten af deres kronikerbehandling.

7 Se fx (31), (32) og (33).

8 I H3 blev sygeplejerskerne ikke ansat på grund af diagnosespecifikke kompetencer, men er blevet opkvalificeret siden ansættelsen.

### **Tidlig opsporing**

Tilgangen til tidlig og systematisk opsporing af kronisk sygdom i almen praksis er et område, som fortsat er til diskussion i praksissektoren. Dette ses også i de otte lægehuse, hvor der i lille omfang er sket en standardisering og systematisering af indsatsen. Interviewene tyder i stedet på, at tilgangen både er forskellig fra klinik til klinik og fra læge til læge. Hos nogle læger vil patientens sygdom måske blive opdaget, fordi lægen har en standardpakke, som tilbydes risikopatienter. I andre lægehuse er det mere sandsynligt, at sygdommen bliver opdaget, hvis patienten beder om en undersøgelse. Lægernes overvejelser og arbejde med tidlig opsporing afspejler således praksissektorens ambivalente forhold til de nye lægeroller, som den proaktive kronikerindsats er bundet op omkring. ■



# 4 Udviklingen i personaleressourcer, fysiske rammer og tilmeldte patienter fra 2005-2010

Dette kapitel undersøger om der – sideløbende med udviklingen af de otte lægehuses kronikerbehandling – er sket ændringer i læghusenes personaleforbrug, personalesammensætning, fysiske rammer, antallet af tilmeldte patienter og lægernes vurdering af de økonomiske konsekvenser, som den nye behandling har for lægehuset. Afsnittet er baseret på opgørelser over den ugentlige arbejdstid for 2005 og 2010, som de deltagende lægehuse selv har lavet. Lægernes arbejdstid er baseret på ejerlægenes skøn, da de ikke har nogen fast arbejdstid. Antallet af personaletimer er opgjort på baggrund af læghusenes lønregnskaber. Opgørelserne er sammenfattet i tabeller, der uddybes med udgangspunkt i de gennemførte interview.

## 4.1 Ejerlæger og praksispersonale

Tabel 4.1 viser, hvor mange timer ejerlæger og uddannelseslæger tilsammen arbejder i en gennemsnitlig uge i henholdsvis 2005 og 2010<sup>9</sup>.

### 4.1.1 Ejerlægenes ugentlige arbejdstid er ikke ændret væsentligt

Tabellen viser, at der i fire af læghusene (H2, H3, H4 og N5) ikke er sket væsentlige ændringer i det samlede forbrug af lægelig arbejdskraft i perioden 2005-2010. To lægehuse (N6 og N8) skiller sig ud ved, at de bruger væsentligt flere lægetimer

pr. uge i 2010, end de gjorde i 2005. I begge lægehuse skyldes det, at der i perioden er optaget en ny ejerlæge. Endelig anvender to lægehuse (H1 og N7) henholdsvis 35 og 30 lægetimer mindre pr. uge end i 2005. I H1 skyldes dette, at to ejerlæger er gået ned på halv tid for at arbejde med eksternt kvalitetsarbejde. For at kompensere for dette er der tilknyttet en ekstra uddannelseslæge til H1. I N7 skyldes ændringen, at en ejerlæge er gået på pension, uden det har været muligt at genbesætte ydernummeret. De tilbageværende læger arbejder derfor gennemsnitligt mere end i 2005, samtidig med at de har ansat sygeplejersker til at aflaste dem.

### 4.1.2 Andelen af praksissygeplejersker er mere end fordoblet

Tabel 4.2 viser udviklingen i antallet af personaletimer opgjort efter samme princip som ejerlægenes arbejdsuge ovenfor.

**Række 1** viser, at andelen af sygeplejersker på fem år er vokset markant, hvilket er forventeligt i forhold til de nye arbejdsdelinger, der er beskrevet i kapitel 3.

Det fremgår af opgørelserne, at H1 (+9 sygeplejetimer) og H2 (+0 sygeplejetimer) skiller sig ud sammenlignet med den generelle udvikling i læghusene. H1 og H2 brugte imidlertid allerede inden 2005 henholdsvis 84 og 70 sygeplejetimer pr. uge, ligesom begge lægehuse allerede i 2008 havde etableret uddelegerede kronikerforløb for patienter med diabetes, hy-

Tabel 4.1: Læghusenes lægelige ressourcer i henholdsvis 2005 og 2010<sup>10</sup>

| Samlet antal lægetimer pr. uge |         | H1  | H2  | H3  | H4  | N5  | N6  | N7  | N8  |
|--------------------------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1                              | 2005    | 175 | 111 | 158 | 76  | 111 | 120 | 180 | 111 |
| 2                              | Ændring | -35 | +0  | +7  | +12 | +0  | +30 | -30 | +37 |
| 3                              | 2010    | 140 | 111 | 165 | 88  | 111 | 150 | 150 | 148 |

Tabel 4.2: Læghusenes brug af praksispersonale pr. uge i henholdsvis 2005 og 2010

|   |                |         | H1 | H2  | H3  | H4  | N5  | N6  | N7  | N8  |
|---|----------------|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | Sygeplejersker | 2005    | 84 | 70  | 90  | 37  | 37  | 27  | 0   | 0   |
|   |                | Ændring | +9 | +0  | +34 | +59 | -7  | +63 | +88 | +37 |
|   |                | 2010    | 93 | 70  | 124 | 96  | 30  | 90  | 88  | 37  |
| 2 | Sekretærer     | 2005    | 50 | 38  | 50  | 37  | 37  | 127 | 94  | 96  |
|   |                | Ændring | +0 | +17 | +14 | +0  | 0   | +85 | +2  | +0  |
|   |                | 2010    | 50 | 55  | 64  | 37  | 37  | 212 | 96  | 96  |
| 3 | Laboranter     | 2005    | /  | /   | 0   | /   | 0   | /   | 26  | /   |
|   |                | Ændring | /  | /   | +60 | /   | +37 | /   | +8  | /   |
|   |                | 2010    | /  | /   | 60  | /   | 37  | /   | 34  | /   |

9 Lægernes arbejdsuge inkluderer ikke vagtarbejde, eksternt kvalitetsarbejde og lignende.

10 Alle otte lægehuse var uddannelsespraksis i både 2005 og 2010. Grundet stor usikkerhed omkring uddannelseslægenes gennemsnitlige ugentlige arbejdstid har vi undladt at lade timetallet for uddannelseslæger indgå i opgørelsen.

pertension og KOL. Lægehusene har således været igennem den samme udvikling som de øvrige lægehuse – den er bare startet tidligere.

De to praksis, som fortsat kun har én sygeplejerske (N5 og N8), er også dem, der har nået mindst i forhold til at etablere uddelegerede kronikerforløb: N5 har indtil videre kun uddelegeret dele af diabetesbehandlingen, og N8 har endnu ikke fuldt ud overdraget ansvaret for nogen kronikerkontrol-ler til sygeplejersken. Dette afspejler, at N5 og N8 (sammenlig- net med undersøgelsens andre lægehuse) er kommet relativt sent i gang med udviklingen. Til gengæld har begge læge- huse fremskredne planer om både at ansætte flere sygeplejer- sker og uddelegere flere konsultationer.

#### 4.1.3 Andelen af sekretærer er uændret

**Række 2** i tabel 4.2 viser, at antallet af sekretærer i forhold til patienter er nogenlunde uændret i den kortlagte periode. Eneste undtagelse er N6, som bruger 85 sekretærtimer mere i 2010 end i 2005. Denne udvikling skal dog ses på baggrund af, at forholdet mellem andelen af sekretærer og tilmeldte patienter er uændret, fordi lægehuset har fordoblet antallet af tilmeldte patienter i pe- rioden. Da sekretærernes rolle i kronikerbehandlingen heller ikke har fyldt noget i de gennemførte interview, indikerer opgørelser- ne, at udviklingen i retning af en uddelegeret kronikerbehandling i lille grad har betydning for brugen af sekretærhjælp.

#### 4.1.4 Andelen af laboranter er steget i enkelte lægehuse

**Række 6** i tabel 4.2 viser, at tre lægehuse (H3, N5 og N7) i 2010 har bioanalytikere ansat, samt at bioanalytikere er en ny personalegruppe i H3 og N5. I interviewene med de øvrige fem lægehuse tilkendegav lægerne ingen overvejelser vedrørende fremtidig ansættelse af bioanalytikere, eller at faggruppen skulle have en afgørende rolle i kronikeropfølgningen. Dette afspejler, at bioanalytikere fortsat er en ny, specialiseret og lille personalegruppe i almen praksis.

I de tre lægehuse, der har ansat bioanalytikere, fremhæ- ver lægerne til gengæld, at de spiller en vigtig rolle i kroniker- behandlingen. Arbejdsfordelingen mellem sygeplejersker og laboranter er, at sygeplejerskerne tager sig af det 'bløde' såsom konsultationer og samtaler, mens laboranterne tager sig af alle de 'hårde' prøver. Lægerne oplever, at laboranterne – grundet den lette tilgængelighed til prøvetagning – både styrker læge- husets arbejde med tidlig opsporing og udførelsen af de rutine-

mæssige kontroller, der indgår i de kroniske patienters kontrol- forløb.

## 4.2 Lægehusenes fysiske rammer er ændret markant

De fysiske rammer spiller en afgørende rolle for, om almen praksis er i stand til at varetage de opgaver, der lægges op til i fremtiden. Samtidig fremhæves mangel på tidssvarende lokaler, der af man- ge læger betragtes som en stor og usikker investering – og ofte som en afgørende barriere for at gå i gang med den ønskede udvikling.

Som det fremgår af tabel 4.3, har de fysiske rammer også en afgørende rolle i de undersøgte lægehuse. Det ses, at tre læ- gehuse ikke har ændret fysiske rammer siden 2005. I H4 skyldes det, at lægerne byggede et nyt lægehus allerede i 2003. I N7 og N8 er årsagen, at lægerne har været lang tid undervejs med deres byggeplaner. I dag har begge lægehuse dog fremskredne planer om at flytte til nye og væsentligt større lokaler med henvisning til, at der mangler plads til deres personale.

H1 og H2 har udvidet med relativt få kvadratmeter (hen- holdsvis 59 og 75). Grunden til dette er, at begge praksis har begrænset mulighed for at udvide deres fysiske rammer uden at flytte lægehuset. Lægerne har derfor 'kun' udvidet ved at købe en tilstødende lejlighed i den etageejendom, hvor klinik- ken ligger, og H2 har ombygget og renoveret, så der er blevet plads til et nyt venteværelse og flere konsultationsrum.

Praksis H3, N5 og N6 har alle bygget helt nyt, og lægerne har prioriteret at få store huse med plads til meget praksisper- sonale. For disse lægehuse hænger det nye lægehus tæt sam- men med lægernes ønsker for kronikerbehandlingen, fordi de gamle lægehuse var for små til at opfylde lægernes ambitioner. Fx fortæller lægerne fra H3, at størrelsen på deres gamle hus gjorde det umuligt for dem at ansætte praksispersonale med selvstændige opgaver, fordi de i forvejen var så mange, at de måtte skiftes til at være på arbejde. På samme måde kunne H3 – selvom instrukser, sygeplejersker og laboranter var klar – ikke gå i gang med at uddelegere kronikerkontrollerne, før de det nye lægehus på 640 m<sup>2</sup> var etableret i 2007.

Når vi kigger på de fysiske rammer, er tendensen således entydig for de otte lægehuse: alle praksis har koblet ønsket om en proaktiv kronikerbehandling sammen med etablering af større og tidssvarende fysiske rammer. Samtidig har alle læge- huse selv planlagt og finansieret lokaleudvidelsen. Endelig har seks lægehuse i dag fysiske rammer, som matcher deres ambi-

**Tabel 4.3: Lægehusenes størrelse**

| Lægehus (m <sup>2</sup> ) | H1  | H2  | H3   | H4  | N5   | N6   | N7  | N8  |
|---------------------------|-----|-----|------|-----|------|------|-----|-----|
| 1 2005                    | 279 | 184 | 220  | 370 | 254  | 380  | 347 | 315 |
| 2 2010                    | 338 | 259 | 640  | 370 | 455  | 697  | 347 | 315 |
| 3 Ændring                 | +59 | +75 | +420 | +0  | +201 | +318 | +0  | +0  |

tioner på kronikerområdet, mens de sidste to forventer at få de fysiske rammer på plads inden for en kort tidshorizont.

### 4.3 Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge er øget markant

Sygeplejersker i praksis forøger lønudgifterne væsentligt, og flere læger peger på, at sygeplejerskerne skal have lægehusets indtjening til at stige, hvis ansættelsen skal kunne betale sig. Det kan sygeplejersken både gøre ved at levere flere ydelser (fx proaktive kontroller til allerede tilmeldte patienter), og ved at lægehuset øger antallet af tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge.

I en dansk sammenhæng er der en klar forventning om, at opgavedeling med klinisk personale vil medføre både øget opgave- og patientkapacitet i praksissektoren (henvisninger). Tidligere undersøgelser har imidlertid konkluderet, at det langt fra er entydigt, om ekstra klinisk personale medvirker til at udvide patientkapaciteten i almen praksis (19-21). De årsager, der er peget på i udenlandske undersøgelser, er blandt andet knyttet til uklare arbejdsdelinger og gensidig usikkerhed på kvaliteten af personalets konsultationer, som medfører dobbeltarbejde, hvor lægerne løbende er inddraget i personalets konsultationer.

Tabel 4.4 sætter derfor fokus på lægehusenes patientkapacitet. Det er gjort ved at indsamle data for, hvor mange patienter de undersøgte lægehuse havde pr. fuldtidslæge i henholdsvis 2005 og 2010.

**Række 1 og 2** viser, hvor mange patienter lægehuset havde tilmeldt pr. fuldtidslæge i henholdsvis 2005 og 2010, mens **række 3** viser, hvor stor ændring der er sket i antallet i løbet af de fem år.

Som det fremgår af tabellen, har syv af de otte lægehuse oplevet markante stigninger i antallet af tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge i perioden 2005-2010. Denne stigning stemmer overens med de tiltag, som lægerne har foretaget i forhold til arbejdsdelingen på kronikerområdet: sygeplejerskerne har overtaget en række opgaver, hvilket har aflastet lægerne. Samtidig oplever lægerne, at kombinationen af nye sygeplejersker og udgifter til nye lokaler presser omkostningerne så meget, at det er nødvendigt at udvide patientkapaciteten, med mindre lægernes indtjening skal mindskes væsentligt.

Det eneste lægehus, der har oplevet et fald i antallet af tilmeldte patienter, er N8, der har haft et fald på 411 patienter pr. fuldtidslæge. Det skyldes, at lægehuset i 2009 optog en ny ejerlæge. Lægerne understreger derfor også, at der er tale om

et midlertidigt fald, som er udtryk for, at lægehuset – selvom der er åbnet for tilgang – endnu ikke har fået tilstrækkeligt tilmeldte patienter, efter den nye ejerlæge er kommet til.

### 4.4 Den proaktive behandling er realiseret, uden lægerne mister indtjening

For mange af lægerne har omlægningen af kronikerindsatsen været en stor økonomisk investering. Det gælder især de praksis, som har bygget nyt lægehus og udvidet praksispersonalet meget. Ingen af lægerne har imidlertid oplevet, at omlægningen har været tabsgivende, og flere fortæller, at den alt i alt har øget lægehusets overskud.

Lægerne fra H3 fortæller fx, at de lidt impulsivt lånte 15 mio. kr. til at bygge deres hus, fordi det var nødvendigt for at skabe en ramme om deres nye arbejdsgange. I dag er lægerne fra H3 dog ikke i tvivl om, at deres beslutning var fornuftig – også økonomisk. De fortæller, at når andre spørger, hvordan de havde råd til at bygge det nye hus og ansætte så meget personale (H3 har i dag fire sygeplejersker og to bioanalytikere), svarer de: Hvordan har I råd til at lade være?

Lægerne fra N7 understreger også, at det tjener sig ind, og at man oven i hatten får glæden ved at se, at patienterne får det bedre. De vil gerne give det råd videre til andre praksis, at de ikke skal være bange for at ansætte mere personale.

### 4.5 Opsamling på lægehusenes personale-ressourcer og fysiske rammer

Dette afsnit viser, at der i de undersøgte lægehuse er en tæt sammenhæng imellem lægernes satsning på en proaktiv og uddelegeret kronikerbehandling og a) en markant udvidelse af praksispersonalet i form af sygeplejersker, b) nye og væsentligt større lokaler og c) væsentligt flere tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge. Disse forhold opsummeres i dette afsnit.

Undersøgelsens otte lægehuse har over en femårig periode mere end fordoblet brugen af sygeplejersker (fra gennemsnitligt 38,5 til 87,1 timer om ugen pr. lægehus), stort set uden at antallet af ejerlæger er øget. Dette matcher den overordnede udvikling i retning af øget brug af praksispersonale i almen praksis såvel som de beskrivelser af fremtidens praksissygeplejersker, der lægges op til fra Dansk Sygeplejeråd (16, 22).

Samtlige lægehuse sætter deres ambitioner for kronikerbehandlingen i relation til lokaleudvidelse af den simple årsag, at de ansatte kræver mere plads. Fire praksis har investeret i helt nye

**Tabel 4.4: Udviklingen i antallet af patienter pr. fuldtidsansat ejerlæge i perioden 2005-2010**

| Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidsansat ejerlæge |                                           | H1    | H2    | H3    | H4    | N5    | N6    | N7    | N8    |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1                                                    | Antal patienter pr. fuldtidsstilling 2005 | 1.362 | 1.867 | 1.522 | 1.661 | 1.333 | 1.200 | 1.354 | 1.661 |
| 2                                                    | Antal patienter pr. fuldtidsstilling 2010 | 1.639 | 2.000 | 1.733 | 1.732 | 1.933 | 1.960 | 1.577 | 1.250 |
| 3                                                    | Ændring                                   | +277  | +133  | +211  | +71   | +600  | +760  | +233  | -411  |

lægehuse, to har udvidet og renoveret, og endelig har de to sidste lægehuse fremskredne planer om at bygge nye lægehuse.

Endelig indikerer opgørelserne, at lægernes målrettede satsning på sygeplejersker og lokaler gør det muligt at udvide patientkapaciteten. I perioden er antallet af tilmeldte patienter således steget fra 1.495 patienter pr. fuldtidslæge i 2005 til 17.28 patienter pr. fuldtidslæge i 2010 (hvis der ses bort fra lægehus N8, hvor antallet af tilmeldte patienter er faldet markant, er antallet af tilmeldte patienter helt oppe på 1.796 pr. fuldtidslæge).

Den større patientkapacitet fremstår de fleste steder som en konsekvens af, at lægerne har investeret i nye lægehuse og nyt personale. Disse tiltag er så dyre, at der skal en større patientliste til – med mindre lægerne ønsker at gå ned i indtjening. Samtidig har ingen læger fortalt, at de er gået ned i indtjening på grund af deres satsning på en proaktiv behandling. Tværtimod fortæller flere, at satsningen på uddelegering har vist sig at være en god forretning. Undersøgelsen tyder derfor på, at der er en sammenhæng imellem proaktive lægehuse med meget personale og øget patientkapacitet – og derved muligheden for at modvirke lægemangel. ■

# 5 Konsekvenser af at arbejde proaktivt

Dette afsnit handler om de konsekvenser, lægerne oplever, der er forbundet med at realisere en proaktiv behandling, hvor sygeplejersker spiller en væsentlig rolle. Lægernes vurderinger er samlet under følgende fem overskrifter: 1) patienterne, 2) lægerne, 3) forholdet mellem læger og personale og 4) lægehuse-sets ydelses- og henvisningsmønstre.

## 5.1 Patienterne er bedre reguleret, og de er glade for sygeplejerskerne

### 5.1.1 Patienterne opnår bedre behandlingsresultater

Lægerne vurderer, at deres patienter i dag er væsentligt bedre reguleret end tidligere. Lægerne tilskriver dette to ting. For det første oplever de, at de faste kontroller forebygger mange af de akutte konsultationer og viderehenvisninger, som lægerne tidligere havde, med patienter der havde fået specialistrævende komplikationer. Fx fortæller H3, at deres KOL-patienter tidligere kom væltende ind som akutte, men at mange i dag har det meget bedre og kun behøver at se sygeplejersken til de faste kontroller.

For det andet ser lægerne det som en fordel, at sygeplejerskerne har en anden og mere fokuseret tilgang til kronikerkontrollen end lægerne. Flere læger fortæller, at dengang alle kontroller foregik hos lægen, kom de ofte til at handle om noget andet, hvilket gjorde, at selve kontrollen af den kroniske sygdom blev skubbet til sidst og ikke gjort ligeså grundigt som i dag. Eksempelvis fortæller lægerne fra H2, at de er alt for 'bløde', og giver patienten god tid til at tale om, at hans/hendes hund er død eller lignende i stedet for at foretage kontrollen.

På samme måde fortæller lægerne fra H4, at deres sygeplejerske er forbistret god til at gøre, hvad hun får besked på, mens lægerne selv er rigtig gode til at dispensere for reglerne. I modsætning til lægerne sørger sygeplejerskerne nemlig med hård hånd for, at patientens tal kommer 'på plads'. Lægerne forklarer sygeplejerskens evne til at holde fokus på den kroniske sygdom med flere forhold. For det første gør de faste rammer for kontrollerne det legitime (også for lægerne, når der er årskontrol) at fastholde et fokus på diagnosen og fx bede patienten om at bestille en ny tid, hvis vedkommende ønsker at drøfte andre problemstillinger. For det andet fortæller flere læger, at sygeplejerskerne – i modsætning til dem selv – er utroligt strukturerede og gode til at følge skemaer.

### 5.1.2 Sygeplejekontroller fungerer godt for de fleste patienter – men der er undtagelser

De fleste læger fortæller, at patienterne (ligesom lægerne) har skullet vænne sig til den nye relation til lægehuset. Men med få undtagelser går patienter nu fast hos sygeplejerskerne, og lægerne oplever generelt, at patienterne er meget tilfredse med deres delte forløb.

Der er dog to undtagelser fra ovenstående. Den første består af patienter, hvor lægen vurderer, at vedkommende ikke bør eller kan overgå til sygeplejersken. Dette hensyn tages typisk, når patienten er meget gammel og har gået hos lægen i mange år,

eller når patienten har et komplekst sygdomsbillede med mange sygdomme eller for eksempel psykisk sygdom.

De hensyn, som indgår i lægernes overvejelser, knytter sig både til patienterne og sygeplejerskerne. På patientsiden drejer det sig om patienter, der fortæller en af lægerne fra N8 om en diabetespatient, hun har valgt at beholde, fordi:

*Han har meget svært ved at forstå sin sygdom og lægge sin livsstil om, og hans tal aldrig vil komme til at leve op til anbefalingerne.*

Lægens erfaring er i sådanne tilfælde:

*... at sygeplejersken – fordi hun ikke har den samme helhedsforståelse af patienten som lægen – risikerer at presse ham så hårdt for at få tallene i orden, at han i stedet holdt helt op med at komme til kontrol.*

Den anden gruppe af patienter, der ikke bliver overdraget til sygeplejerskerne, er dem, der nægter. Fx fortæller lægerne fra H2, at de blandt andet har en advokat fra en velhavende by i nærheden, som nægter at køre hele vejen til H2 'bare' for at se en sygeplejerske. Derfor har lægerne valgt at beholde kontrollerne – ud fra en vurdering af, at opfølgning hos lægerne er bedre end slet ingen. I gruppen af nægttere findes også patienter, der 'snyder' sig til at se lægen i stedet for sygeplejersken. Typisk ved at de aflyser deres sygeplejekontrol og bestiller en almindelig tid hos lægen for så at få lavet kontrollen dér.

## 5.2 Lægernes arbejde ændres væsentligt

### 5.2.1 Lægens relation til den ukomplicerede kroniske patient bliver mere distanceret

I takt med at flere og flere opgaver bliver overdraget til sygeplejersken, ser lægerne ikke de kroniske patienter så tit. Tabel 5.1 opsummerer, hvordan lægerne oplever, at deres relation til patienterne ændrer sig som følge af uddelegeringen.

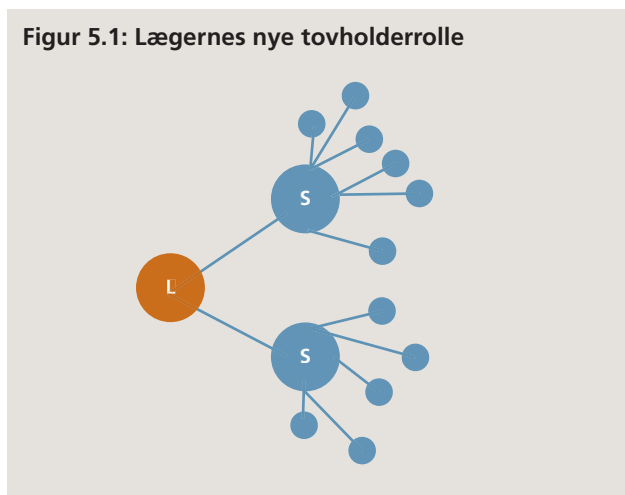
Som det fremgår af tabellen, er der en klar tendens til, at der kommer en større distance mellem læger og patienter. Lægerne fra N6 og N7 nævner begge, at de ikke længere føler sig som traditionel familielæge: De kender ikke familiens historie og ser ikke patienterne ofte nok til at følge deres hverdag på samme måde. H3 og N8 beskriver også, at de har fået et mere distanceret forhold til patienten. Selvom lægerne fra H4 og N5 også har en mere distanceret relation til patienten, lægger de vægt på, at de trods alt stadig følger med, fordi de følger sygeplejersken tæt (N5), eller fordi de stadig taler lidt med patienterne, når de kommer til kontrol hos sygeplejersken (H4).

**Tabel 5.1: Lægernes nye relation til patienten**

| H1                                                  | H2                                                                    | H3                               | H4                                | N5                                                                   | N6                                                                          | N7                                                        | N8                                                                         |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Lidt længere fra patienten, men resultatet er bedre | Vi får en mere specifik tovholderrolle: Distanceret, men med overblik | Vi får en mere distanceret rolle | Vi ser stadig patienterne i huset | Vi er stadig tætte på behandlingen, for vi følger sygeplejersken tæt | Vi er ikke den samme familielæge og kender ikke patienterne så godt som før | Relationen bliver ændret, og man mister familielægerollen | Vi mister den tætte relation til patienterne, og det er svært at give slip |

Lægerne fra H2 oplever også, at den nye arbejdsdeling mellem lægerne og sygeplejerskerne giver lægerne en anden rolle og et andet forhold til patienterne. Den ene læge fortæller at: *Vi har fået en mere specifik tovholderrolle. Der giver os mulighed for at fokusere under årskontrollen.*

Den anden læge supplerer og illustrerer for os med en tegning, hvordan han ser forandringen i lægens rolle:



*Tidligere havde vi alle patienterne lige foran os. Men nu er sygeplejersken også et led. Og vi kan have flere sygeplejersker, så derfor kan vi have mange flere patienter i faste forløb [tegner figur 5.1]. Vi har fået bedre overblik over vores patienter. Man kan ikke overskue 250 patienter som enkeltmand. Men nu kan vi. Vi har bedre overblik over vores patienter. Og ellers knokler man også sig selv ihjel.*

Lægerne fortæller altså, at de med den nye struktur, hvor sygeplejersken fungerer som mellemlid, har fået en større afstand til patienten end tidligere, men at den afstand til gengæld gør det muligt for dem at overskue og have overblik over flere patienter. Nu er det serveret for os, så vi kan tage stilling til det vigtige.

Denne opfattelse deles på tværs af lægehusene, hvor der er stor enighed om, at den mere distancerede relation til de ukomplicerede patienter er en lille pris at betale i forhold til, at lægerne både får mulighed for at tilbyde en bedre be-

handling til den store gruppe af ukomplicerede kroniske patienter og mulighed for at være en bedre tovholder for den mindre gruppe sårbare patienter, der har mest brug for det (uddybes nedenfor).

### 5.2.2 Lægernes arbejdsdag bliver mere forudsigelig, og konsultationerne er tungere

Interviewene indikerer, at lægernes dagsprogrammer – såvel som de enkelte kronikerkonsultationer – er blevet mere forudsigelige i takt med, at opgaven deles med sygeplejerskerne. For det første er en væsentlig del af dagsprogrammet optaget af årskontroller og lignende, som er aftalt og samlet i kalenderen lang tid i forvejen. For det andet er de enkelte konsultationer i langt højere grad end tidligere formaliseret via de instrukser og fraser, som er indført i kronikeropfølgningen. Flere læger fortæller i den forbindelse, at også deres kronikerkonsultationer er blevet mere målrettede, fordi de præcis ved, hvad der skal ske: lægen skal afdække, hvordan patienten har det, følge op på de mål, der tidligere er aftalt med patienten, og sørge for at der bliver spurgt ind til disse forhold og sikre, at der er taget de prøver, som frasen foreskriver.

De læger, der oplever, at deres arbejdsdag er blevet roligere og mere overskuelig, sætter stor pris på den nye organisering. Først og fremmest fordi de (nævnt af læger fra H1, H2, H3, N6, N7 og N8) oplever, at uddelegeringen til sygeplejersker giver dem mulighed for at bruge mere tid på de patienter, der har mest brug for det, uden at lægerne er gået op i arbejdstid (jf. tabel 4.1). Det betyder dog også, at lægernes gennemsnitlige konsultation er blevet mere krævende og længerevarende, fordi de ikke i samme omfang som tidligere ser de lette patienter. En læge fra N7 forklarer her, hvilke patienter han bruger mest tid på i dag:

*De meget syge og komplekse patienter; de psykologiske, de socialt belastede, de gamle. Dem, som ikke kan puttes ned i en kronikerkasse.*

### 5.2.3 Den proaktive tilgang kræver tid

Den proaktive behandling stiller krav om, at lægerne skal arbejde mere efter skemaer, end de er vant til, og den medfører også en række dokumentationsopgaver, som lægerne skal bruge tid på. Især lægerne fra H1, H2, H3, H4 N6, N7, der jf. tabel 3.6 og 3.7 på side 19-20 er nået langt i udviklingen, har skullet vænne sig til at bruge tid på mere indtastning og flere



standardiserede procedurer. Lægerne fra H3 fortæller fx: ... *at der hele tiden er noget, der popper op på computeren og forlanger, at vi gør ting*. Også lægerne fra H1 fortæller, at systematikken kræver tid, for nu skal de nå at udfylde en frase på tolv spørgsmål under en årskontrol, hvilket er stramt, hvis patienten også lige vil tale om noget andet.

## 5.3 Forholdet mellem læger og personale

### 5.3.1 Sygeplejerskerne har behov for supervision og ad hoc-baseret sparring

I takt med at sygeplejerskernes ansvarsområder udvides, får de i højere grad brug for at sparre med lægen. Dette fremhæves især af lægerne i H2, H3 og N7. Oftest kan det klares mellem konsultationer eller over frokosten, men til tider kan det være krævende for lægerne at være til rådighed hele tiden. Fx beskriver én af lægerne fra N6, at der nogle gange er kø ved hans dør, når han kommer ud fra en konsultation. Han synes, at det kan være et stressmoment, men opvejer det med, at hver gang han er i stand til at afklare sygeplejerskernes spørgsmål, har praksis sparet en ti-minutters lægekonsultation. For N7 blev personalets konstante behov for sparring i en periode for meget for lægerne, og de besluttede at indføre et system, hvor sygeplejerskerne ikke afbrød, men i stedet satte en seddel med en forespørgsel på lægernes dør. H3 har forsøgt at imødekomme sygeplejerskernes behov for lægelig sparring ved at tilbyde dem ugentlig, individuel supervision, hvor sygeplejerskerne selv bestemmer indholdet.

### 5.3.2 Lægerne nævner ikke mange udfordringer i forhold til personaleledelse

De undersøgte lægehuse har på en relativt kort årrække fået væsentligt større personalegrupper. Det påvirker samarbejdsrelationerne i praksis og stiller krav om, at lægerne agerer som formelle personaleledere. Overvejelser omkring denne udvikling fyldte imidlertid overraskende lidt i de gennemførte interview. Dette kan være, fordi at de deltagende lægehuse alle er modne kompagniskaber, der er vant til at fungere som et lederkollektiv med ansat praksispersonale.

Kun ét lægehuse (H3) har oplevet deciderede udfordringer – og deraf følgende overvejelser – i forhold til det lederansvar, der følger med et større lægehuse og en større personalegruppe. Disse overvejelser og de løsninger, som lægerne har fundet frem til, gengives derfor i dette afsnit.

For lægerne i H3 har den ledelsesopgave, der følger med ansvaret for en klinik med meget personale, medført nogle udfordringer. Blandt andet har det været uvant for lægerne at være nogens leder og holde styr på personalerelaterede spørgsmål. For at løse problemerne arrangerede lægerne to hele dage med en erhvervspsykolog, som især skulle hjælpe dem til at blive bedre til at kommunikere.

Udover at håndtere en stor personalegruppe har det også været en udfordring at være et ledelseskollektiv på fem personer,

der gerne ville lede med én stemme, fortæller lægerne. Lægerne har derfor indført et *formøde til det månedlige husmøde*, hvor de sørger for at afklare lægernes fælles holdning til de spørgsmål og emner, der skal op på husmødet. I klinikken er de også begyndt at have noget, de kalder *Frokostnyt*. Her skriver de om eventuelle ændringer, og alle har pligt til at orientere sig i Frokostnyt. Lægehuset har også oprettet en funktion som praksismanager, der besættes af lægehushets bogholder. Ud over at klare alt med administration, økonomi og ansættelser udarbejder praksismanageren også et månedsbrev, som sammenfatter de beslutninger og ændringer, der træffes. Endelig fortæller lægerne, at udviklingen har gjort dem bedre til at evaluere løbende, sådan at de sikrer feedback på, hvordan nye tiltag opleves af personalet.

## 5.4 Lægehushets ydelser og henvisninger ændres

Et af hovedargumenterne for anbefalingerne om, at almen praksis skal indføre en proaktiv kronikerbehandling, er troen på, at en ændret praksis vil medføre et mere hensigtsmæssigt ydelses- og henvisningsmønster. Dette afsnit beskriver, i hvilket omfang og hvorfor lægerne kan bekræfte disse forventninger.

### 5.4.1 Der leveres flere ydelser i lægehuset

Lægerne vurderer entydigt, at lægehuset leverer flere konsultationsydelser som følge af de uddelegerede kronikerforløb<sup>11</sup>. Årsagen er først og fremmest, at lægehuset – i henhold til intentionen om, at sygeplejerskerne skal gøre det muligt at levere ydelser, som lægerne ikke har tid til – har fået flere dagsprogrammer med konsultationer, der kan fyldes med tider.

Derudover skaber det også flere ydelser, at sygeplejerskerne har overtaget kronikerforløbene. Som tidligere omtalt betyder det nemlig, at patienten ikke længere kan komme med en liste af ting, de gerne vil have undersøgt, når de er til kronikerkontrol. Hvis patienten vil drøfte noget, som ikke er direkte relateret til kontrolbesøget, henvises de til at bestille en ny tid – som oftest hos lægen.

### 5.4.2 Henvisninger: Færre akutte og flere planlagte

Lægerne svarede meget ens på, hvad der sker med deres henvisningsmønster i takt med, at kronikeropfølgningen bliver proaktiv: antallet af henvisninger på grund af komplikationer falder, mens antallet af rutineprægede henvisninger stiger.

Lægerne fortæller om tre forhold, som medvirker til denne udvikling: For det første er de kroniske patienter bedre behandlet, jf. afsnit 5.1.1.; for det andet fortæller lægerne, at de laver væsentligt færre ambulante henvisninger, fordi de er blevet mere sikre i deres kronikerbehandling. Den større sikkerhed betyder også (ifølge læger fra H1, H2, H3 og N5), at de har overtaget opgaver (fx glukosebelastning og opstart af insulinbehandling), som tidligere lå hos sygehusambulatorierne.

En sidste grund til, at lægerne henviser færre, er, at de som ovenfor beskrevet har fået en mere rolig hverdag. En af lægerne fra H3 siger fx:

11 Denne vurdering understøttes af de kvantitative opgørelser i afsnit 6.3.



*Jo mere ro og struktur, og jo mindre stresset du er, jo mindre tilbøjelig er du til at henvise. Så henviser man kun det, der er nødvendigt. Hvis det hele flyder, og du halser efter og ikke kan overskue det: Hvad gør vi? Ja, så henviser vi.*

På den anden side vurderer lægerne, at de laver væsentligt flere proaktive henvisninger i dag end tidligere. De proaktive henvisninger er dem, lægerne laver for eksempelvis at tjekke diabetespatienters fødder og øjne samt henvisning til røntgen af KOL-patienters lunger m.m. Stigningen skyldes, at de proaktive henvisninger er blevet anbefalet af DSAM og efterfølgende er en fast del af lægehusenes kronikerforløb.

### 5.4.3 Ambulante viderehenvisninger

Selvom der er længere imellem lægernes henvisninger af kroniske patienter, forekommer de stadig. Tabel 5.2 samler lægernes svar på, hvornår og hvorfor de vælger at viderehenvise patienter.

Som det fremgår af tabellen, influerer flere forhold på lægens overvejelser om viderehenvisning. De fleste henvisninger vil være udløst af en kombination af kliniske værdier (som datafangst flere steder hjælper med at udpege), som indikerer, at patienten bør tilses i et specialiseret ambulatorium, samt lægernes og sygeplejerskernes subjektive vurdering af samarbejdet med patienten.

Den subjektive vurdering hænger tæt sammen med **række 2** i tabel 5.2, som angiver, hvilke læger der bruger viderehenvisninger som middel til at fange patientens opmærksomhed eller få patienten på andre tanker. Her illustreret af en læge fra H3, som fortæller, at det fx drejer sig om:

*... en hvor man ikke kan få blodtrykket ned, og man har for søgt alt. Eller en diabetespatient som ikke fatter, at han ikke må drikke fem øl og spise en masse fedt. [...] Hvis det er en rigtig overlæge, som står overfor patienten i hvid kittel, og som ikke er dødtæt af at kigge på ham, så tager patienten det alvorligt og kommer her tilbage igen, og så kører det.*

**Række 3** i tabel 5.2 viser, at en kronisk patient i enkelte tilfælde også bliver henvist på baggrund af eget ønske. Lægerne oplever generelt ikke, at kronisk syge patienter presser på for specialistenthenvisninger, men det kan ske. Fx fortæller en læge fra N5, at han havde en patient, som flere gange havde fået testet sin lungefunktion. På trods af de mange undersøgelser insisterede patienten på også at blive testet på Aalborg Lunge-

klinik. Til sidst gik lægen derfor med til at henvise patienten, men noterede i henvisningen, at det var patientens eget ønske, og at det var op til lungeklinikken, om de ville indkalde ham. I den slags sjældne tilfælde oplever lægerne, at de fleste samarbejdspartnere er meget forstående, selvom henvisningen ikke klinisk set er relevant.

### 5.4.4 Lægerne vurderer, at deres ydelser og henvisninger bliver mere ens

Flere læger vurderer, at deres ydelser og henvisninger er blevet mere ensartede, i takt med at der er kommet struktur på lægehusets kronikerbehandling. Lægerne fortæller, at de formelle og standardiserede rammer, som strukturerer samarbejdet med praksissygeplejerskerne, har en afsmittende effekt på lægernes ydelser og henvisninger. Dels fordi udviklingen af de nye instrukser og fraser har krævet fælles overvejelser hos lægerne under udarbejdelsen, dels fordi kvalitetsmonitorering via datafangst (når fraserne følges og der diagnosekodes) automatisk gør opmærksom på: a) hvornår det er tid til en rutinemæssig henvisning, og b) fremhæver de patienter, der har så dårlige kliniske værdier, at de skal ses af lægen eller henvises til et sygehusambulatorium.

Lægerne oplever ensretningen i deres ydelser og henvisninger som noget positivt – ikke kun på samfunds niveau, men også for den enkelte praksis. Fx nævner en læge fra H3, at ensretningen gør det langt nemmere for sygeplejerskerne at orientere sig, end hvis lægerne siger noget forskelligt. En læge fra H1 kan også se, at deres instrukser og fraser har gjort det meget nemmere for deres uddannelseslæger at få en aktiv rolle i kronikerbehandlingen.

## 5.5 Opsamling på konsekvenserne af at arbejde proaktivt

Som det fremgår af kapitlet, har overgangen til en proaktiv behandling haft vidtgående konsekvenser for de undersøgte lægehuse.

Lægerne vurderer, at patienterne opnår bedre behandlingsresultater, fordi den tættere opfølgning og det mere sygdomsspecifikke fokus i kontrolbesøgene medvirker til hurtigere og mere konsekvent handling, når patienterne er dårligt reguleret. Lægerne vurderer også, at de fleste patienter, efter en tilvænningsperiode, er glade for at gå til kontrol hos sygeplejerskerne.

**Tabel 5.2: Årsager til viderehenvisning af kroniske patienter (proaktive henvisninger undtaget)**

|   |                                     | H1 | H2 | H3 | H4 | N5 | N6 | N7 | N8 |
|---|-------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Hvis egne muligheder er udtømt      | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  |
| 2 | Hvis patienten skal på andre tanker |    | X  | X  |    | X  |    |    | X  |
| 3 | Hvis patienten ønsker det           |    |    | X  | X  | X  |    |    | X  |

Lægerne er enige om, at relationen til de ukomplicerede patienter med kronisk sygdom bliver væsentligt mere distanceret, når patienten går hos en sygeplejerske. Til gengæld får lægerne patienten serveret til en forberedt og grundig årlig kontrol. Denne overgang til en mere fokuseret tovholderrolle har været en udfordring for de fleste læger, men igen er der enighed om, at fordelene (at lægerne får kapacitet til at tilbyde patienterne de anbefalede forløb, samt at lægerne får mulighed for at fokusere på de patienter, der har mest brug for lægen) langt overvejer ulemperne.

Der er således patienter – typisk ældre med mange sygdomme, psykiske lidelser og lignende, som fortsat kun går hos lægen. For disse sårbare patienter vægter lægerne fortsat en kontinuerlig relation og mulighed for at bevare et samlet overblik over patientens situation højt. Årsagen er, at disse patienter ikke på samme måde som de enkle patienter har nytte af sygeplejerskernes diagnosespecifikke fokus, og interviewene indikerer, at lægerne er bevidste om, hvilke patienter der skal gå hvor.

Lægerne mærker også den delte behandling i deres egen hverdag. Dels er deres dagsprogrammer blevet mere forudsigelige og skemalagte, dels er deres kronikerkonsultationer blevet mere styrede og mere krævende. Lægerne bruger også mere tid på dokumentation (når de følger fraserne for den enkelte konsultation) og mere tid på at supervisere og sparre med deres sygeplejersker.

At sikre en aktiv og professionel personaleledelse i et lægehus omtales ofte som en af de væsentligste udfordringer for lægehuse, der vokser (23). Udfordringen knytter sig blandt andet til at få kollektivet af ligestillede ledere til at agere ens over for personalet og til at skabe gode rammer for personalets samarbejde, opgavevaretagelse og faglige udvikling. Spørgsmålet om perso-

naleledelse fyldte imidlertid ikke ret meget i de gennemførte interview, og langt de fleste læger tilkendegav, at udvidelsen af praksispersonalet og arbejdsdelingen med sygeplejerskerne ikke har voldt store problemer. Dette skyldes muligvis, at de undersøgte lægehuse er modne kompagniskaber, der har haft ansat personale i mange år.

Alle læger er sikre på, at lægehuset leverer markant flere konsultationer end tidligere, og at praksissektoren generelt varetager en større del af kronikeromsorgen end før. Det skyldes primært, at lægerne har sat ekstra personaleressourcer ind på området, og at lægehusene generelt passer patienterne længere, før de viderehenviser. Flere læger fortæller dog også, at der er en klar tendens til, at patienterne får besked på at bestille ny tid, hvis de vil drøfte problemer, som ikke er direkte relateret til den kroniske sygdom.

Interviewene har afdækket tre forhold, som ifølge lægerne medfører flere henvisninger, i takt med at behandlingen omlægges. For det første henvises flere patienter til supplerende specialistundersøgelser, når de er under udredning for en kronisk sygdom. For det andet henvises langt flere til de proaktive undersøgelser, der er en del af de anbefalede forløb. For det tredje henvises nogle patienter til specialister, når samarbejdet mellem patient og lægehus ikke fungerer optimalt. Til gengæld vurderer lægerne, at de har langt færre patienter, der overleveres til løbende kontrol på sygehuset på grund af komplikationer.

Lægerne oplever også en positiv ensretning af deres ydelser og henvisninger, i takt med at der kommer standardiserede fraser og datafangst som guider, konsultationer og henvisninger. Et par læger fortæller også, at ensretningen af lægerne gør det lettere at være ansat som sygeplejerske eller uddannelseslæge. ■

# 6 Registeranalyser af de kortsigtede effekter ved en proaktiv kronikerbehandling

Der er tidligere gennemført mange – fortrinsvis registerbaserede – undersøgelser af henvisningsmønstret i almen praksis. Disse er for nylig sammenfattet i en række rapporter (24-26), der i 2008 blev udarbejdet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som en del af Praksiskommissionens arbejde. På trods af det store antal undersøgelser og det store arbejde med at sammenfatte dem er en af konklusionerne fra kommissionsarbejdet, at der ikke findes undersøgelser, som kan påvise en sammenhæng imellem brugen af klinikpersonale og et optimeret henvisningsmønster (27). Samtidig anføres det, at:

*Brugen af praksissygeplejersker i almen praksis fortsat er minimal, hvorfor det fortsat kan tænkes, at en systematisk inddragelse af uddannede praksissygeplejersker kan have en effekt, som blot ikke har kunnet vises i de gennemførte analyser.*

Der efterlyses altså undersøgelser, som kan påvise de positive sammenhænge mellem øget involvering af praksissygeplejersker, forbedret behandlingskvalitet, færre henvisninger og et mindre forbrug i sekundærsektoren, som lægerne i nærværende undersøgelse oplever. Da interview ikke udgør en valid kilde til den viden, der efterlyses, har vi valgt at gennemføre registeranalyser, der undersøger, om lægernes vurderinger af de positive konsekvenser kan bekræftes i forhold til lægehusenes ydelser, henvisninger og patienternes samlede forbrug af sundhedsydelser.

Det er gjort ved, at vi for hvert af de otte lægehuse har indhentet data fra Landspatientregisteret, det DRG/DAGS-grupperede Landspatientregister og Sygesikringsregisteret for perioden 2005-2009. De indsamlede data er brugt til at lave tidsserier, der belyser forandringerne i de otte lægehuses ydelser og henvisninger samt patienternes ressourceforbrug i primær- og sekundærsektor. Til analyserne er der først etableret et datasæt pr. lægehus, hvor de andre lægehuse fra samme kommune fungerer som kontrolgruppe. Herefter er data aggregeret på tværs af de inkluderede lægehuse og deres hjemkommuner.

## 6.1 Forventede sammenhænge

Analysen undersøger følgende forhold, som forventes at følge med omlægningen til en proaktiv kronikerindsats, jf. de vurderinger lægerne er fremkommet med i de gennemførte interview:

### Ydelser og omkostninger i sygesikringsregi

Antallet af fremmødekonsultationer – og derved omkostningerne pr. patient – stiger hurtigere i de otte lægehuse end i kontrolgruppen, fordi den øgede brug af praksissygeplejersker øger tilgængeligheden til fremmødekonsultationer.

Der sker et fald i antallet af henvisninger til speciallæge pr. patient sammenlignet med kontrolgruppen, fordi de otte lægehuse bliver bedre til at håndtere kronisk sygdom uden at viderehenvise.

### Ydelser og omkostninger i hospitalsregi

Den proaktive behandling medfører et fald i antallet af henvisninger til sygehus – og faktiske udgifter – set i forhold til kontrolgruppen, fordi en større del af kronikerbehandlingen klares i praksis.

Der sker et fald i antallet af forebyggelige henvisninger – og omkostninger – til sygehus i forhold til kontrolgruppen, fordi de kronisk syge patienter følges tættere og oplever færre komplikationer.

#### 6.1.1 Etablering af datasæt

### Ydelsesnumre, som er inkluderet i opgørelsen over konsultationer

De konsultationer, der er medtaget, er gengivet i tabel 6.1.<sup>12</sup>

**Tabel 6.1: Ydelsesnumre der grupperes som konsultationer**

| Ydelser | Telefon og e-mail | Hjemmebesøg |
|---------|-------------------|-------------|
| 0101    | 0105              | 0411        |
| 0102    | 0201              | 0421        |
| 0106    |                   | 0431        |
| 0107    |                   | 0441        |
| 0108    |                   | 0451        |
| 0109    |                   | 0461        |
| 0110    |                   | 0491        |

Udtrækkene er lavet, således at alle personer, der har modtaget behandling hos en praktiserende læge i de otte lægehuse eller en praksis i deres hjemkommuner, er identificeret. Disse personers aktivitet/omkostninger i sekundærsektoren er derefter blevet identificeret i det DRG/DAGS-grupperede Landspatientregister. Ud fra denne aktivitet er det muligt at identificere antallet af henvisninger i praksis og patienternes samlede ressourceforbrug (målt i omkostninger) i sekundærsektoren. Antallet af konsultationer og omkostninger pr. patient i praksis er opgjort direkte ved hjælp af Sygesikringsregisteret.

### ACSC-registreringer er medtaget som et mål for kvalitet i kronikerbehandlingen

Ud fra Landspatientregisteret og det DRG/DAGS-grupperede Landspatientregister genereres en ACSC-variabel (Ambulatory Care Sensitive Conditions), der samler otte diagnoser, som under optimale omstændigheder burde kunne håndteres i almen praksis. Det vil sige, at patienter med disse diagnoser burde kunne håndteres i almen praksis i samarbejde med patienten og således ikke lede til sygehusbehandling. Denne variabel fungerer her som en indikator for kvalitet i praksis. De otte ACSC-diagnoser er:

12 Ydelser i forbindelse med graviditets- og børneundersøgelser er udeladt, fordi hovedfokus i denne rapport er på kronikerbehandling.

1. Hypertensio arterialis/forhøjet blodtryk (DI10)
2. Kronisk hjertesvigt/hjerteinsufficiens (DI50)
3. Diabetes (DE11)
4. KOL og respiratorisk insufficiens (DJ448, DJ449, DJ43)
5. Astma (DJ45)
6. Angina pectoris/hjertekrampe (DI208, DI209)
7. Bakteriel pneumoni/lungebetændelse (DJ13)
8. Jernmangel/anæmi (DD50).

Henvisninger og kontakter med aktionsdiagnose inden for én af ovenstående diagnoser grupperes som ACSC-relaterede henvisninger/omkostninger.

### 6.1.2 Metodeovervejelser

#### Opgørelserne er indekseret for at undgå bias relateret til socioøkonomisk status

Når man ikke kender patienternes socioøkonomiske status, skal man være meget forsigtig med at fortolke de variationer, der er imellem antallet af konsultationer, henvisninger og omkostninger for hvert enkelt lægehus' patienter.

Derfor beskrives udviklingen i de otte lægehuse og kontrolgruppen ved at lade år 2005 være indeks 100 og se på, hvordan den relative udvikling har været for de to grupper i den undersøgte periode. Under antagelse af at patientpopulationens sammensætning ikke ændres væsentligt i perioden, behøver vi derfor ikke at korrigere opgørelserne for socioøkonomisk status, når udviklingen for de otte lægehuse sammenlignes med udviklingen i kommunernes øvrige praksis.

#### Udvælgelse af patienter

Der er udarbejdet en liste med patientfortegnelser for årene 2004-2009 med information om, hvilke patienter der var tilknyttet de otte lægehuse i de pågældende år. Denne liste har gjort det muligt at frasortere de patienter, der får en ydelse i lægehuset i forbindelse med ferie eller henvendelse i lægevagten. Ideelt skulle samme procedure udføres for kontrolgruppen, så det kun er de fast tilmeldte patienter, der indgår i opgørelsen. Dette har dog ikke været muligt, da vi ikke har haft

adgang til kontrolgruppens individuelle patientlister. Konsekvensen af dette er imidlertid ikke stor; for det første fordi vi sammenligner lægehuse med hele kommuner, for det andet fordi analysens fokus er på relative ændringer i ydelsesmønstre i de udvalgte lægehuse i forhold til kontrolgruppen og ikke på absolutte ændringer i ydelsesmønstret.

### 6.2 Udviklingen i lægehuse i forhold til kommunerne i perioden 2005-2010

Tabel 6.2 opsummerer de forandringer, der er sket i lægehuses aktivitet, sammenlignet med gennemsnitslægehuset i hver enkelt hjemkommune. Hvis udviklingen i et lægehus er gået hurtigere end kommunegennemsnittet, er tallet positivt, og hvis udviklingen er gået langsommere, er tallet i tabellen negativt. Det fremgår således, at antallet af konsultationer pr. patient i lægehus H1 er steget 95 % hurtigere end kommunegennemsnittet.

På baggrund af de gennemførte interview var det vores forventning, at antallet af konsultationer i praksis – og specielt de samlede omkostninger – ville være steget mere end i kommunen, samtidig med at antallet af henvisninger til sygehus (specielt registreringer som er relateret til forebyggelige diagnoser) og omkostningerne i sygehusregi ville være faldet. Som det fremgår af tabel 6.2, er der imidlertid ikke den forventede sammenhæng i de kortlagte udviklinger, og ingen af de undersøgte lægehuse bekræfter entydigt vores forventning.

Fordi analyserne er gennemført på enkelt caseniveau, er der stor mulighed for, at enkeltstående praksis og udefra kommende forhold påvirker de mål, vi ser på. Hvis alle enkeltcasene viste de forventede sammenhænge, ville der således være tale om en stærk konklusion. Det er der som sagt ikke, men det kan alligevel godt være, at der er nogen af de forventede sammenhænge, når der kigges på et mere overordnet niveau. For at undersøge dette har vi lavet en aggregeret sammenligning af udviklingen i de otte lægehuse med udviklingen i samtlige øvrige praksis fra læghusenes hjemkommuner. Det vil sige, at læghusenes ca. 51.000 tilmeldte patienter fordelt på 8 ydernumre sammenlignes med en kontrolgruppe på ca. 554.000 patienter fordelt på 125 ydernumre.

**Tabel 6.2 Forskelle i den procentvise udvikling mellem de otte lægehuse og hjemkommunens gennemsnit. Tallene er i procentpoint.**

| Lægehus                    | H1   | H2    | H3    | H4    | N5    | N6    | N7    | N8    |
|----------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Konsultationer pr. patient | 95 % | -15 % | 25 %  | -28 % | -37 % | 17 %  | -10 % | -23 % |
| Omkostninger pr. patient   | 96 % | -5 %  | -6 %  | 36 %  | -19 % | -27 % | 20 %  | 9 %   |
| Henvisninger til sygehus   | -3 % | -3 %  | -5 %  | -25 % | -22 % | 14 %  | -5 %  | -4 %  |
| ACSC-henvisninger          | 0 %  | 4 %   | 11 %  | -27 % | 4 %   | -10 % | -19 % | -21 % |
| Speciallægehenviisninger   | 0 %  | -38 % | 8 %   | -30 % | -27 % | 13 %  | -4 %  | -30 % |
| Sygehusomkostninger        | 11 % | 39 %  | -20 % | -17 % | 5 %   | -8 %  | -31 % | -3 %  |
| ACSC-relaterede omk.       | 34 % | 119 % | -59 % | -24 % | 56 %  | -21 % | -19 % | -32 % |

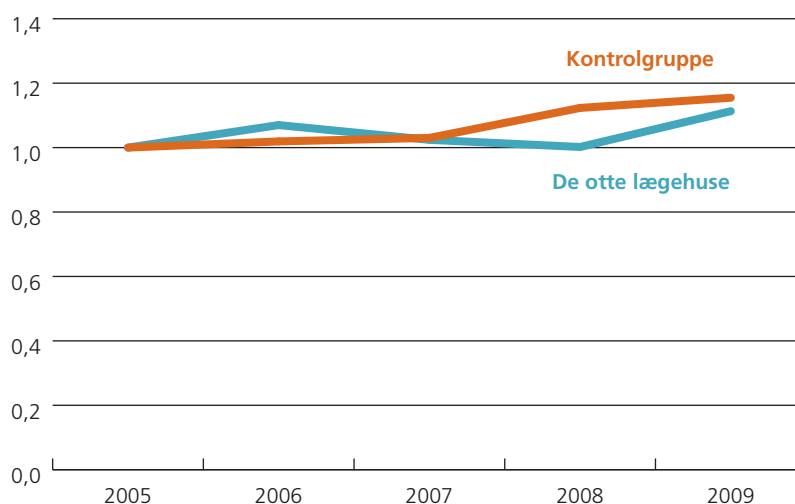
Disse sammenligninger præsenteres og kommenteres i de følgende afsnit med udgangspunkt i figurer. I slutningen af kapitlet ses en tabel med de data, der er brugt til at lave figurerne.

### 6.3 Samlet udvikling i antallet af konsultationer og omkostninger fra 2005-2009

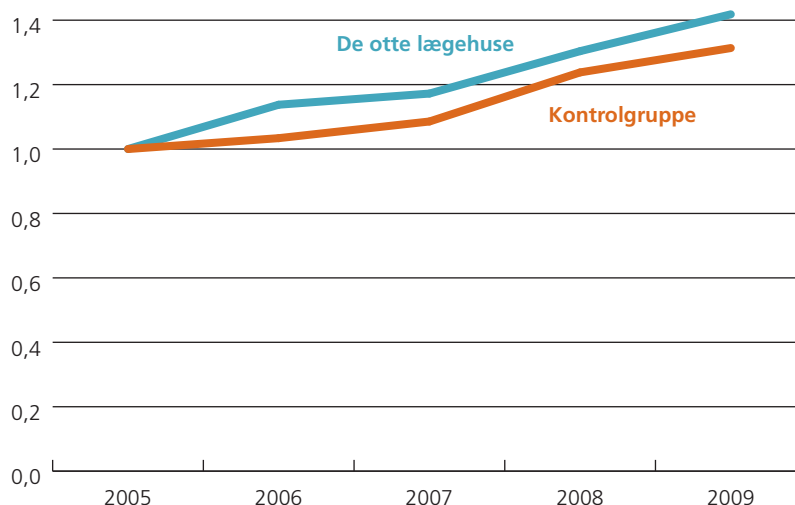
Figur 6.1 og 6.2 viser udviklingen i antallet af konsultationer pr. patient og de samlede omkostninger pr. patient. Den blå streg viser udviklingen for gennemsnittet af de otte lægehuse, mens den røde streg angiver udviklingen for kontrolgruppen, der udgøres af gennemsnittet for alle praksis i de otte hjemkommuner.

Opgørelserne i figur 6.1 viser, at antallet af konsultationer pr. patient er vokset langsommere i de otte lægehuse end i kontrolgruppen (indeks 111 versus indeks 116 i 2009). Og opgørelserne i figur 6.2 viser, at de otte lægehuses omkostninger er vokset hurtigere end kontrolgruppens (indeks 142 versus indeks 131 i 2009). Opgørelserne bekræfter således forventningen om, at brugen af praksissygeplejersker øger de gennemsnitlige omkostninger pr. patient, fordi de nye konsultationsspor ændrer balancen mellem billige telefon- og e-mailkonsultationer og dyre fremmødekonsultationer. Til gengæld ser det ikke ud til, at den enkelte patient samlet set får flere kontakter i praksis.

**Figur 6.1: Uviklingen i antallet af konsultationer pr. patient i de otte lægehuse og kontrolgruppen**



**Figur 6.2: Udviklingen i omkostninger pr. patient i de otte lægehuse og kontrolgruppen**



## 6.4 Udviklingen i antallet af henvisninger til sekundærsektoren fra 2005-2009

Figur 6.3-6.5 viser udviklingen i antallet af henvisninger til sygehusbehandling og speciallægehjælp samt de sygehusregistreringer, der knytter sig specifikt til en ACSC-diagnose. For alle tre forhold forventer vi, at antallet af henvisninger falder hurtigere i de otte lægehuse end i kontrolgruppen som følge af overgangen til en proaktiv kronikerindsats.

### Henvisninger til sygehus

Figur 6.3 viser, at antallet af henvisninger til behandling på sygehus falder fra 2005-2007 i både lægehusene og kontrolgruppen, hvorefter antallet af henvisninger igen stiger indtil 2009. Udviklingen viser, at lægehusenes henvisninger til sygehus i hele perioden er faldet hurtigere end kontrolgruppens (indeks 80 versus indeks 87 i 2009). Dette understøtter anta-

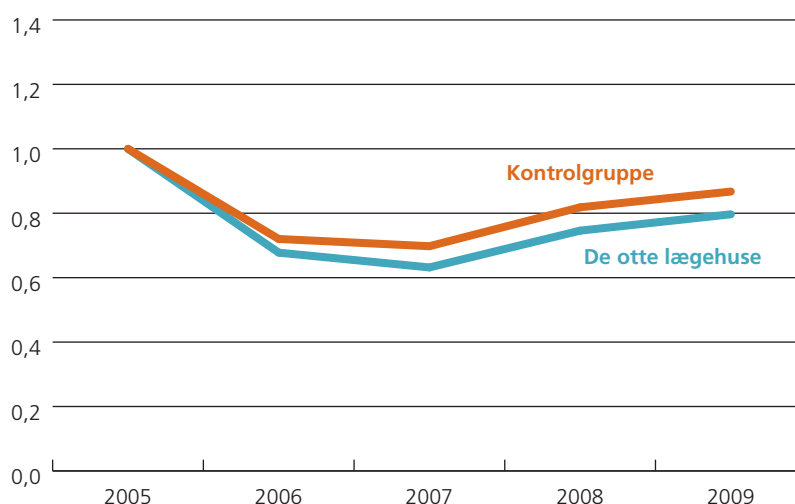
gelsen om, at en proaktiv kronikerbehandling leder til færre henvisninger til sekundærsektoren.

### Patientkontakter med en forebyggelig diagnosekode

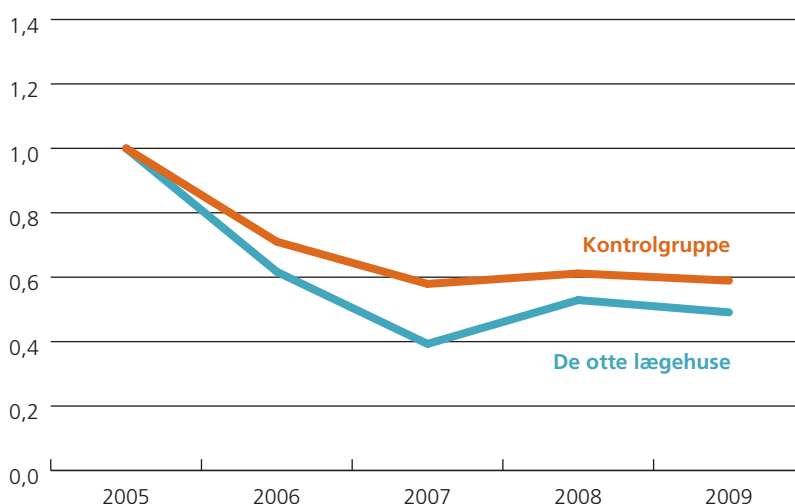
Når vi ser på udviklingen i de patientkontakter til sygehuset, der er registreret som forebyggelige diagnoser, ses et meget tydeligt fald på omkring 40-50 % i både lægehusene og kontrolgruppen. Faldet er primært sket i 2006 og 2007, hvorefter antallet af registreringer ligger stort uændret i resten af perioden.

Som det fremgår af figur 6.4, har de otte lægehuse haft et større fald i antallet af henvisninger med en forebyggelig diagnose end kontrolgruppen i hele perioden (indeks 49 versus indeks 59 i 2009). Også her ses altså en udvikling, som understøtter antagelsen om, at overgangen til en proaktiv kronikerbehandling mindsker antallet af forebyggelige patientkontakter i sygehusvæsenet.

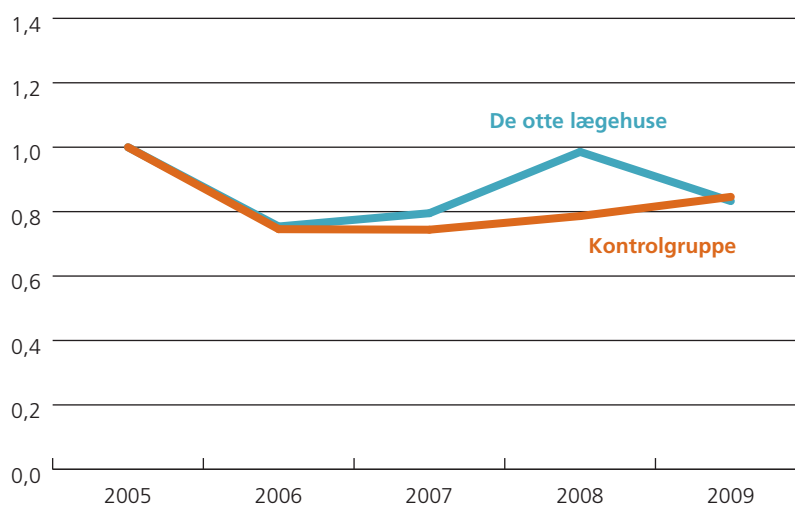
Figur 6.3: Udviklingen i henvisninger til sygehus for de otte lægehuse og kontrolgruppen



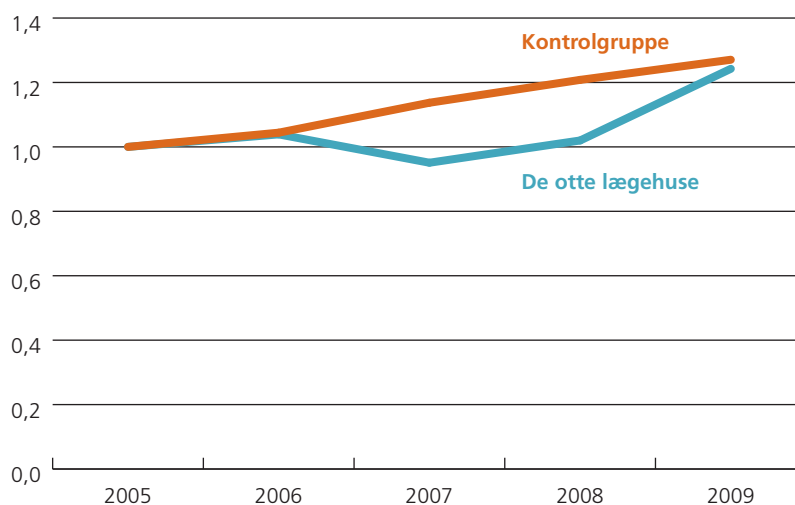
Figur 6.4: Udviklingen i antallet af forebyggelige diagnoser på sygehus for de otte lægehuse og kontrolgruppen



**Figur 6.5: Udviklingen i antal speciallægehenvisninger for de otte lægehuse og kontrolgruppen**



**Figur 6.6: Udviklingen i sygehusvæsenets samlede omkostninger for de otte lægehuse og kontrolgruppen**



### Henvisninger til speciallæge

Udviklingen i antallet af speciallægehenvisninger viser, at der er sket et relativt stort fald i både lægehuse og kontrolgruppen. Som det fremgår af figur 6.5, er lægehuses henvisninger steget hurtigere end i kontrolgruppen i 2006-2007, hvorefter udviklingen er vendt, så lægehuse i 2009 havde haft et større fald i henvisningsraten end kontrolgruppen (indeks 83 versus indeks 85 i 2009). Denne forskel er så lille, at det ikke entydigt kan konkluderes, at en proaktiv kronikerbehandling leder til færre henvisninger til speciallæge.

### 6.5 Udviklingen i sygehussektorens omkostninger pr. tilmeldt patient

Figur 6.6 og figur 6.7 viser udviklingen i patienternes forbrug af sundhedsydelser i sygehussektoren opgjort i omkostninger. De to figurer viser udviklingen for henholdsvis de samlede omkostninger og de omkostninger, der kan knyttes specifikt til en forebyggelig diagnose.

Figur 6.6 viser, at de samlede omkostninger pr. patient i sygehussektoren voksede noget langsommere i de otte læge-



huse end i kontrolgruppen i perioden 2006-2007. Fra 2007-2009 stiger omkostningerne i lægehusene til gengæld hurtigere i lægehusene end i kontrolgruppen. I 2009 er der således kun en lille forskel imellem de otte lægehuses og kontrolgruppens patienter (indeks 124 versus indeks 127 i 2009).

Den samme udvikling går igen, når der ses isoleret på væksten i de omkostninger, der kan relateres til behandling for en forebyggelig diagnose. Igen ses det, at omkostningerne relateret til de otte lægehuses patienter falder hurtigere end kontrolgruppens i 2006-2007, hvorefter lægehusenes omkostninger stiger hurtigere end kontrolgruppens i resten af perioden. Stigningen er så stejl, at omkostningerne til lægehusenes patienter ender med at være vokset en smule mere end omkostningerne i kontrolgruppen (indeks 94 versus indeks 92 i 2009).

Opgørelserne understøtter altså ikke antagelsen om, at omlægning til en proaktiv kronikerbehandling i sig selv medfører et mindre ressourcetræk i sekundærsektoren. Hvis den observerede udvikling fra 2007-2009 fortsætter uforandret, ser det derimod ud til, at omkostningerne på sigt stiger hurtigere i lægehusene end i kontrolgruppen.

## 6.6 Opsamling på registeranalyser af ydelser, omkostninger og henvisninger

Som det fremgår af de foregående afsnit, understøtter registeranalyserne kun nogen af de forventninger, der er til effekten af en proaktiv og uddelegeret kronikerbehandling i almen praksis.

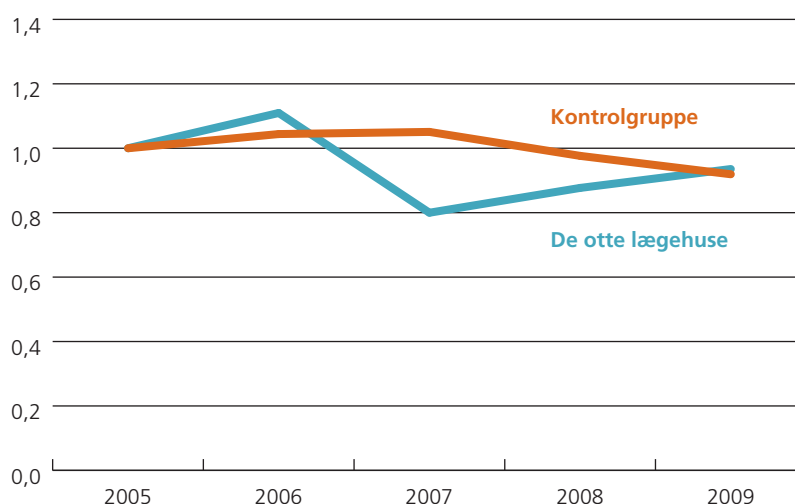
Analyserne af de praksisrelaterede omkostninger pr. patient vokser – som forventet – hurtigere i de otte lægehuse end

kontrolgruppen i perioden 2005-2009. Dette er i overensstemmelse med lægernes egen vurdering (jf. afsnit 5.4.1) af, at praksispersonalet, qua de ekstra dagsprogrammer med konsultationer, forskubber balancen mellem billige telefon- og e-mail-konsultationer og dyrere fremmødekonsultationer, således at den gennemsnitlige konsultation bliver dyrere.

Analyserne af udviklingen i antallet af henvisninger til sygehuse og speciallæger samt registreringerne af forebyggelige aktionsdiagnoser viser, at der er sket et markant fald i antallet af alle typer henvisninger i både de otte lægehuse og kontrolgruppen. Dette er i sig selv meget positivt, fordi det indikerer, at praksissektoren som helhed er blevet bedre til at passe sine patienter uden at henvise. Analyserne viser også, at henvisninger til sygehus er faldet hurtigere i de otte lægehuse end i kontrolgruppen, mens henvisninger til speciallæge er faldet ca. lige meget i begge grupper. Analyserne understøtter derfor antagelsen om, at en proaktiv kronikerbehandling mindsker det samlede antal af henvisninger til sygehus såvel som de henvisninger, der er relateret til en forebyggelig diagnose.

I sammenligningen mellem de otte lægehuse og kontrolgruppen er der hverken fundet afgørende forskelle på udviklingen i sygehussektorens samlede omkostninger eller de omkostninger, der specifikt er forbundet med en forebyggelig aktionskode. Antagelsen om at en proaktiv behandling – på den korte bane – medfører et mindre ressourcetræk i sekundærsektoren, kan med udgangspunkt i de gennemførte analyser derfor ikke bekræftes. ■

**Figur 6.7: Udviklingen i omkostninger som kan relateres til forebyggelige diagnoser for de otte lægehuse og kontrolgruppen**



# 7 Konklusioner og fremadrettede anbefalinger

Formålet med undersøgelsen har været at sætte fokus på, hvordan det er muligt for almen praksis at udvikle en systematisk kronikerbehandling, som er baseret på øget anvendelse af praksispersonale. Det er gjort via et best practice studie af otte mellemstore kompagniskabspraksis. Analysen har sat fokus på:

1. Hvordan en proaktiv behandling udvikles i praksis, samt hvilke løsninger der implementeres i praksis.
2. Beskrivelser af de valgte lægers aktuelle arbejde med tidlig opsporing, strukturerede kronikerforløb, henvisning af patienter med kronisk sygdom samt monitorering og kvalitetssikring af kronikerindsatsen.
3. Hvilke konsekvenser en proaktiv kronikerbehandling har for læger, personale, kapacitet, henvisninger og behandlingskvalitet.

De væsentligste konklusioner om disse forhold sammenfattes i de følgende afsnit, hvorefter der følger en kort diskussion af de fremadrettede indsatsområder, som er aktuelle på baggrund af undersøgelsens resultater.

## 7.1 Vejen til udvikling

Undersøgelsen viser, at der er mange fællestræk i lægehuse-nes udviklingshistorie, samt at de i høj grad følger de faglige anbefalinger for en proaktiv kronikerindsats.

### 7.1.1 Erfarne ambulatorie- og hjemmesygeplejersker

Lægerne satser i stor udstrækning på praksissygeplejersker, som de deler kronikeropfølgningen med. Det er ofte erfarne ambulatorie- eller hjemmesygeplejersker, som lægerne kender fra projekter eller patientrettet samarbejde, der ansættes. Lægerne er generelt meget tilfredse med deres sygeplejersker. Særligt når det lykkes at ansætte en specialist – eller når lægerne har fået opkvalificeret generalistsygeplejersker til at fungere som egentlige 'kronikersygeplejersker' – oplever lægerne, at der skabes stor aflastning og økonomisk gevinst for lægehuset. Lægerne oplever typisk, at de subspecialiserede sygeplejersker bliver selvkørende og udviser stort ejerskab og engagement i forhold til behandlingen af 'deres' sygdomme.

### 7.1.2 Instrukser og fraser – som på sygehusets ambulatorier

Uddelegering af selvstændige kronikerkonsultationer er et stort skridt for mange praktiserende læger, og mange har oplevet, at det kræver øvelse at etablere et velfungerende behandlerteam, som samarbejder på tværs af kronikerbehandlingen (3).

Instrukser (som beskriver, hvordan en sygdom behandles og stratificeres) og fraser (som strukturerer den enkelte konsultation) har spillet en stor rolle for at skabe gode rammer for behandlingssamarbejdet i de undersøgte lægehuse. Den omfattende brug af skriftlige instrukser og fraser betyder, at patienternes opfølgningsforløb minder meget om de ambulante forløb, der traditionelt ydes til kroniske patienter i hospitalsregi. Lægerne understreger, at instrukser og fraser er en nødvendighed for at få behandlingssamarbejdet med sygeplejerskerne til

at fungere. Rent praktisk handler det først og fremmest om, at både læger og sygeplejersker skal have faste rammer for de kliniske opgaver, samt at der skal være klarhed over, hvad sygeplejerskerne må, og hvornår de skal inddrage lægen. Alle læger i undersøgelsen oplever, at redskaberne fungerer godt, og at sygeplejerskerne – når de har de rette kompetencer – er i stand til at køre selvstændige konsultationer, der lever op til DSAM's anbefalinger. Samtidig understreger mange af lægerne behovet for fortsat at individualisere patienternes forløb, således at den helhedsorienterede og kontinuerlige patientrelation bevares. Lægernes mål er således at få et tæt samarbejdende behandlerteam med fælles viden om patienterne – ikke at udvikle diagnosespecifikke og adskilte kronikerklinikker.

### 7.1.3 Datafangst og monitorering kan øge kvaliteten

Lægehuse er nået relativt langt med at etablere en systematisk monitorering af deres patientpopulation. På interviewtidspunktet (hvor den nye overenskomst, der gør datafangst obligatorisk, endnu ikke var vedtaget) var syv af de otte lægehuse enten i gang med – eller på vej til – at implementere datafangst og gøre aktiv brug af de tilgængelige monitorerings- og kvalitetsrapporter. Interviewene indikerer dog, at det ofte er udviklingen af monitoreringsarbejdet, der bliver nedprioriteret eller udskudt, når lægerne mangler tid.

De lægehuse, der er nået længst med brugen af datafangstmodulet, fremhæver, at den systematiske monitorering af patienternes fremmøde og kliniske værdier løfter kvaliteten af deres behandling. Det harmonerer med resultater, der tidligere er afdækket i en randomiseret afprøvning af elektronisk monitorering og feedback til almen praksis (28).

### 7.1.4 Tidlig opsporing – uenighed om mål og midler

Målet om en tidlig og systematisk opsporing af kronisk syge patienter er et område, som fortsat er til diskussion i de undersøgte lægehuse. Diskussionen bunder i faglig uenighed om, hvorvidt almen praksis skal registrere og systematisere det primære opsporingsarbejde, eller om lægerne i højere grad skal forlade sig på patientens ønsker om undersøgelser og lægens 'næse' for at vurdere, om en person har symptomer på en kronisk sygdom. Der er med andre ord uenighed om, hvornår og hvordan det er hensigtsmæssigt at arbejde med opsporing hos patienter, som ikke udviser klare symptomer på, at de er syge.

Derfor er der i langt mindre omfang sket en standardisering og systematisering af opsporingen af kronisk syge. Interviewene tyder i stedet på, at tilgangen både er forskellig fra klinik til klinik og fra læge til læge.

Hos nogle læger kan patientens sygdom blive opdaget, fordi lægen har en standardpakke, som tilbydes risikopatienter. I andre lægehuse bliver sygdommen typisk opdaget, når (hvis) patienten beder om en undersøgelse. Lægernes overvejelser og arbejde med tidlig opsporing afspejler således praksissektorens ambivalente forhold til de nye lægeroller, som den proaktive kronikerindsats er bundet op omkring.

## 7.2 Personaleressourcer, fysiske rammer og kapacitet

Når man ser isoleret på praksis, der følger principperne for 'fremtidens bæredygtige lægehuse' (1-2), så ser vi en øget kapacitet i form af registrerede patienter pr. læge. Vi ser også, at omstillingen til et proaktivt lægehus kræver meget personale og plads. Disse resultater kunne tyde på, at en mere generel omstilling blandt alle praksis vil kunne udvide patientkapaciteten og dermed modvirke fremtidige problemer med lægedækning<sup>14</sup>.

### 7.2.1 Fordobling af praksissygeplejersker på fem år

Undersøgelsens otte lægehuse har over en femårig periode mere end fordoblet brugen sygeplejersker (fra gennemsnitligt 38,5 til 87,1 timer om ugen pr. lægehus, svarende til en stigning på 126 %). Samtidig har to lægehuse ansat bioanalytikere. Disse tiltag er gennemført stort set uden ændringer i antallet af ejerlæger og uden nævneværdige forandringer i ejerlægenes arbejdstid. Dette matcher den overordnede udvikling i retning af øget brug af praksispersonale i almen praksis såvel som de beskrivelser af fremtidens praksissygeplejersker, der lægges op til fra Dansk Sygeplejeråd (16, 22).

### 7.2.2 En proaktiv kronikerbehandling kræver plads

Samtlige lægehuse har sat deres ambitioner for kronikerbehandlingen i relation til lokaleudvidelser af den simple årsag, at de ansatte kræver mere plads. Fire praksis har investeret i helt nye lægehuse, to har udvidet og renoveret, og endelig har de to sidste lægehuse fremskredne planer om at bygge nye lægehuse.

### 7.2.3 Patientkapaciteten er steget med 16 procent fra 2005-2009

Endelig indikerer undersøgelsen – i overensstemmelse med DSI's kapacitetsundersøgelse fra 2010 (3), at lægernes målrettede satsning på sygeplejersker og lokaler gør det muligt (og nødvendigt) at udvide patientkapaciteten. I perioden er antallet af tilmeldte patienter således steget fra 1.495 patienter pr. fuldtidslæge i 2005 til 1.728 patienter pr. fuldtidslæge i 2010 (hvis der ses bort fra lægehus N8, hvor antallet af tilmeldte patienter er faldet markant, fordi der i 2009 blev optaget en ny ejerlæge, er antallet af tilmeldte patienter i de syv resterende praksis 2010 helt oppe på 1796 pr. fuldtidslæge).

## 7.3 Proaktivt arbejde – gør det en forskel?

### 7.3.1 Bedre kliniske resultater

Ifølge lægerne betyder satsningen på en proaktiv behandling, at patienterne er bedre medicineret og reguleret end tidligere, og at lægehuse har fået bedre kompetencer og større kapacitet på kronikerområdet. Det betyder, at lægehuse i dag er i stand til at lave flere – og bedre – ydelser, samtidig med at de laver færre viderehenvisninger. Lægerne forklarer først og fremmest disse forhold med den større inddragelse af sygeplejersker og brugen af formelle instrukser og fraser, der standar-

diserer behandlingen og medvirker til, at den lever op til de gældende anbefalinger fra DSAM.

### 7.3.2 Fra ad hoc til planlagte henvisninger

Ifølge lægerne er der tre forhold, som medfører flere henvisninger i takt med, at kronikerbehandlingen omlægges. For det første henvises flere patienter til supplerende specialistundersøgelser, når de er under udredning for en kronisk sygdom. For det andet henvises langt flere patienter til de proaktive undersøgelser, der er en del af de anbefalede behandlingsforløb. Og for det tredje henvises et mindre antal patienter til specialister, når samarbejdet mellem patient og lægehus ikke fungerer optimalt.

De gennemførte registeranalyser viser til gengæld, at det samlede antal henvisninger til sygehuse og speciallæger samt antallet af ASCS-relaterede henvisninger næsten er halveret i både lægehuse og kontrolgruppen. Dette er i sig selv meget positivt, fordi det indikerer, at praksissektoren som helhed – i henhold til LEON-princippet – er blevet bedre til at passe sine patienter uden at henvise. Samtidig ses det, at antallet af alle typer henvisninger er faldet hurtigere i lægehuse end i kontrolgruppen. Analyserne understøtter derfor lægernes vurdering af, at en proaktiv kronikerbehandling, selvom den indebærer flere udredninger og forebyggende kontroller hos speciallæger og ambulatorier, mindsker det samlede antal af henvisninger til sekundærsektoren såvel som de henvisninger, der er relateret til en forebyggelig diagnose.

### 7.3.3 Færre, men dyrere kontakter

Registeranalyserne viser, at antallet af patientkontakter pr. patient pr. år vokser langsommere i lægehuse end i kontrolgruppen. Til gengæld stiger omkostningerne pr. patient hurtigere i lægehuse end i kontrolgruppen. Dette understøtter lægernes egen vurdering (jf. afsnit 5.4.1) af, at praksispersonalet, qua de ekstra dagsprogrammer med konsultationer, forskyber balancen mellem billige telefon- og e-mailkonsultationer og dyrere fremmøde-konsultationer, således at den gennemsnitlige konsultation og dermed den samlede praksisrelaterede omkostning pr. patient bliver dyrere.

### 7.3.4 Endnu ingen positiv effekt på sygehusvæsenets omkostninger

Udviklingen i sygehussektorens omkostninger pr. patient er stort set identiske i lægehuse og kontrolgruppen i perioden 2005-2009. Derfor ser det – på den korte bane – ud til, at de samlede omkostninger pr. kronisk patient stiger, i takt med at almen praksis implementerer den ønskede kronikerbehandling.

### 7.3.5 Mindre lægekontakt til velfungerende kronikere og mere til de sårbare

Den nye måde at arbejde på betyder også, at lægerne får et mere distanceret forhold til de patienter, der deles med sygeplejerskerne. Det er en udvikling, som har krævet tilvænning for både patienter og læger, men på interviewtidspunktet var ingen læger i tvivl om, at fordelene ved den distancerede tov-

14 Det afhjælper selvfølgelig ikke den geografisk betingede lægemangel, som truer flere udkantsområder, fx Region Nordjylland.

holderrolle langt overskygger ulemperne. Først og fremmest fordi lægehuset får kapacitet til at levere en god og systematisk opfølgning til alle patienter, samtidig med at lægerne får mulighed for at bruge mere tid på de patienter, der har mest brug for det.

De mest sårbare patienter – fx ældre patienter med mange sygdomme og patienter med psykiske lidelser – går således oftest kun hos lægen. For disse sårbare patienter vægter lægerne fortsat en kontinuerlig relation og mulighed for at bevare et samlet overblik over patientens situation højt. Årsagen er, at disse patienter ofte ikke har nytte af sygeplejerskernes diagnosespecifikke fokus, og interviewene indikerer, at lægerne er bevidste om, hvilke patienter der skal gå hvor.

### 7.3.6 Mere struktur og ensartethed i lægernes arbejde

Lægerne mærker også den delte behandling i deres egen hverdag. Dels er deres dagsprogrammer blevet mere forudsigelige og skemalagte, dels er kronikerkonsultationerne blevet mere styrede og mere krævende. Lægerne bruger også mere tid på dokumentation (når de følger fraserne for den enkelte konsultation) samt mere tid på at supervisere og sparre med deres sygeplejersker.

Lægerne oplever også, at der sker en ensretning af deres ydelser og henvisninger, i takt med at der kommer standardiserede fraser og datafangst, som guider konsultationer og henvisninger. Et par læger fortæller også, at ensretningen af lægerne gør det lettere at være ansat som sygeplejerske eller uddannelseslæge.

### 7.3.7 Samme indtægt

Endelig har ingen læger tilkendegivet, at satsningen på nyt lægehus og nyt personale har mindsket lægernes indtjening. Undersøgelsen giver dog ikke mulighed for at svare på, om dette fortsat er tilfældet under den nye overenskomst.

## 7.4 Fremadrettede anbefalinger

Denne undersøgelse har dokumenteret vejen til proaktiv kronikerbehandling i en række mellemstore lægehuse og redegjort for, hvordan den omlagte behandling ændrer hverdagen for de praktiserende læger og deres personale. De ejerlæger, som har deltaget i undersøgelsen, er stolte af deres resultater, og deres erfaringer matcher meget af den viden, der i løbet af 2009 blev samlet i Månedsskrift for Praktisk Lægegernings artikelserie om organisation og ledelse i almen praksis (29). Den indsamlede empiri indikerer også, at det langt hen ad vejen er lykkedes at implementere den anbefalede behandling, og at den har de ønskede effekter for de enkelte lægehuse.

Fremadrettet er der især to udfordringer, som presser sig på:

- Hvordan kommer man fra best practice til common practice
- Hvordan kan man monitorere, om forandringen leder til de ønskede resultater.

### 7.4.1 Fra best practice til common practice

En af de største udfordringer ved at lave projekter og forskningsbaserede analyser, der involverer praktiserende læger, er den manglende repræsentativitet, som opstår, fordi det oftest kun er de mest kvalitetsbevidste og ressourcestærke læger, som deltager. Nærværende undersøgelse – der netop er designet som et best practice studie – er ingen undtagelse.

Vi kan derfor ikke forudsætte, at alle andre praksis automatisk og ved egen indsats vil kunne opnå de samme positive resultater, som er dokumenteret i denne undersøgelse. Men vi kan konstatere, at det med en målrettet forandringsindsats er muligt at realisere mange af de hensigtserklæringer, som ligger til grund for tiltagene. De praksis, vi her har undersøgt, har i vid udstrækning gået foran og selv udviklet og gennemført forandringerne. Hvis de gode erfaringer skal udbredes til flertallet af lægepraksis i landet, vil det formentlig være nødvendigt med en struktureret implementeringsindsats, hvor man træner og støtter praksis i at gennemføre lignende forandringsprojekter. I forbindelse med kronikerprogrammerne har alle fem regioner iværksat tiltag, der netop har dette formål. DSI har tidligere beskrevet et par af disse tiltag – Team SydPol og Kronikerkompasset fra Region Syddanmark og Region Midtjylland (30). Det vil være vigtigt at følge de forskellige regionale tiltag på dette område, så vi kan blive skarpe på, hvilken træning og støtte der kan fremme implementeringen af nye forandringstiltag i almen praksis.

### 7.4.2 Monitorering og opfølgning på forandringstiltag

Et andet af undersøgelsens formål har været at undersøge, hvordan en proaktiv og uddelegeret kronikerbehandling på kort sigt påvirker almen praksis ydelser, henvisninger og sygehusvæsenets omkostninger. Det er desværre ikke lykkedes at gøre registeranalyserne så valide og fyldestgørende som ønsket. For det første fordi det ikke har været muligt at korrigere for patienternes socioøkonomiske status, og for det andet fordi det ikke har været muligt at sortere patienterne godt nok til, at der er et præcist sammenligningsgrundlag mellem de særligt udvalgte lægehuse og den gennemsnitlige praksis i deres otte hjemkommuner.

Disse begrænsninger betyder, at vi kun har kunnet sammenligne indekserede og relative udviklinger. Selvom analyserne giver en indikation af de kortsigtede effekter ved at omlægge kronikerbehandlingen, skal de derfor tolkes med stor varsomhed. Løbende undersøgelser, der dokumenterer, hvordan en omlagt kronikerbehandling påvirker den kliniske kvalitet, opgavefordelingen i sundhedsvæsenet, sundhedsvæsenets samlede ressourcforbrug og patienternes oplevelse af behandlingen, er således meget vigtige. DSI vil derfor stærkt anbefale parterne til at indgå aftaler om deling af data, der kan hjælpe med monitorering og dokumentation af resultaterne af de tiltag, som bliver iværksat. Implementering af datafangst, udvikling af akkrediteringsprogrammer og nye honorarsystemer kan alle bidrage til dette, og det er vigtigt, at disse systemer udvikles, så de også kan hjælpe med at svare på det svære spørgsmål: Virker det, vi gør?

Når man analyserer effekten, er det vigtigt at huske, at endemålet med en proaktiv kronikerbehandling er at forebygge de senkomplikationer, der både er meget invaliderende for patienterne og meget dyre for sundhedsvæsenet. Det tager lang tid at udvikle senkomplikationer, og det vil derfor være yderligere 10-15 år, før man for alvor begynder at kunne dokumentere de langsigtede effekter af en omlagt kronikerbehandling. Inden da kan den øgede indsats i praksissektoren – som den vi har dokumenteret i denne undersøgelse – let resultere i øgede omkostninger i almen praksis. Vores undersøgelse tyder netop på, at det sker. Men vi kan endnu ikke se, om det giver besparelser andre steder i systemet, og slet ikke om det på lang sigt giver færre omkostninger. En systematisk monitorering vil langt bedre kunne give bud på, hvad effekten af den øgede indsats er. ■

- (1) Danske Regioner. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
- (2) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (3) Kjellberg J, Buch MS. Kapacitet i fremtidens almen praksis. Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (4) Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (5) Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Forhandlingsaftale 21-12-2010. København: Danske Regioner; 2010.
- (6) Vedsted P, Rytter L, Olesen F. Hvad vil det sige at være proaktiv i kronikerindsatsen i almen praksis? Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86(3):367-373.
- (7) Dansk Selskab for Almen Medicin. KOL i almen praksis – diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2008.
- (8) Dansk Selskab for Almen Medicin. Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning. København: Dansk Selskab for Almen Medicin og Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering; 2004.
- (9) Rytter L, Vedsted P, Schroll H. Udvikling af journalføring i almen praksis. DAK-E IT 2008;189:16-19. :[http://www.dak-e.dk/files/90/dak\\_e\\_artikler\\_udvikling\\_af\\_journalfoering\\_i\\_almen\\_praksis.pdf](http://www.dak-e.dk/files/90/dak_e_artikler_udvikling_af_journalfoering_i_almen_praksis.pdf).
- (10) Schroll H. Hvorfor gå med på Datafangst? Er det ulejligheden værd? Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2010;88(12):1061-1065.
- (11) Rytter L, Plesner JE. Kvalitetsudvikling i almen praksis med udgangspunkt i tal fra datafangst. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2010;88(9):750-752.
- (12) Danske Regioner. Fremtidens Almen Praksis. København: Danske Regioner; 2007.
- (13) Dibbern H. Almen praksis' fremid. Månedsskrift for Almen Praksis 2011;89(6/7):512-521.
- (14) Hansen B. Almen praksis er fundamentet i sundhedsvæsenet. Månedsskrift for Almen Praksis 2011;89(5):445-450.
- (15) Haarder B. Flere kolleger og nye muligheder i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2011;89(4):343.
- (16) Dansk Sygeplejeråd. Konsultationssygeplejerskernes arbejdsområde og vilkår ansat i en almen praksis. Notat. København: DSR Analyse; 2008.
- (17) Danske Regioner. Organisering af almen praksis – delrapport: Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
- (18) Dolmer A, Lentz M, Holst-Hansen C, Fjerbæk M, Hundrup J. Sygeplejersker i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2003;81(7):969-974.
- (19) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005(1469-493; 2):CD001271.
- (20) Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. Med J Aust 2006 07/03;185(1):10-12.
- (21) Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency. J Health Serv Res Policy 2007 04;12(2):110-117.
- (22) Dansk Sygeplejeråd. Konsultationssygeplejersker – nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen. Pjece. København: Dansk Sygeplejeråd; 2007.
- (23) Kjellberg J, Buch MS. Kapacitet i fremtidens almen praksis - muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (24) Vedsted P, Olsen KR, Sørensen TH, Bech M, Gyrd-Hansen D. Henvisningsmønsteret i almen praksis. En litteraturgennemgang. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (25) Arbejdsgruppe under Styregruppen for Tværoffentlig Samarbejde (STS). Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (26) Rose Olsen K, Sørensen TH, Vedsted P, Gyrd-Hansen D, Bech M. Analyse af henvisningsmønsteret i dansk almen praksis. Delanalyse 2. En registerundersøgelse. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- (27) Vedsted P. Sammenfattende analyser for henvisningsmønsteret i almen praksis. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (28) Guldberg Lignell T. Evaluation of an electronic feedback system for optimising type 2 diabetes care in general practice. A mixed method approach. Århus: Afdeling for Almen Medicin

og Forskningsenheden for Almen Praksis Århus, Aarhus Universitet; 2010.

(29) Foged L, Hvas L. Ledelse og organisation i almen praksis - Temanummer for Månedsskrift for Praktisk Lægegering, november 2009;87(13):1017-1240.

(30) Hansen J, Kürstein Kjellberg P, Buch MS, Voss H, Hindborg P. Styring i praksis - erfaringer fra de danske regioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.

(31) Jacobsen K. Almen praksis og forebyggelse. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2010;88(5):420.

(32) Hvas L. Forebyggelse i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2010;88(9):695.

(33) Olesen F. Almen praksis og forebyggelse – Svar. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2010;88(5):421. ■