



# Styring i praksis

*Erfaringer fra de danske regioner*

Jakob Hansen

Pia Kürstein Kjellberg

Martin Sandberg Buch

Henning Voss

Peder Hindborg

Dansk Sundhedsinstitut

December 2010

## Dansk Sundhedsinstitut

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

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

### **Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010**

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

#### **Dansk Sundhedsinstitut**

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-661-7 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2752

Design: DSI

## Forord

Almen praksis står over for en række væsentlige udfordringer med et stigende antal ældre, flere kronisk syge borgere og regional mangel på læger med speciale i almen medicin. Samtidig er der ønske om udlægning af opgaver fra sekundær sektor og om sikring af en ensartet høj behandlingskvalitet. På regionalt niveau er der en række styringsmæssige initiativer i gang, der både sætter fælles mål for almen praksis og definerer en række metoder og tiltag for at nå disse mål.

I denne rapport undersøger vi de forskellige regionale erfaringer med styringen af almen praksis. Rapporten skal fungere som gensidig inspiration regionerne imellem. Rapporten er en del af Dansk Sundhedsinstituts projektprogram for almen praksis. Sideløbende med denne rapport undersøger vi også de konkrete erfaringer med reform af praksissektoren i den canadiske provins British Columbia. Resultatet af denne undersøgelse bliver ligeledes udgivet som en DSI publikation.

Der skal lyde en stor tak til de regionale enheder for almen praksis, som har deltaget aktivt i såvel interview som i forbindelse med opklarende spørgsmål og kommentarer til udkast af rapporten. En særlig tak til vores kontaktpersoner i Danske Regioner Karen Nørskov Toke og Maj-Britt Laursen, samt til kontaktpersonerne fra de fem regioner: Anne-Bodil Kjær-Andersen og Tina Haar, Region Sjælland; Charlotte Larsen, Region Nordjylland; Else Hjortsø, Region Hovedstaden; Palle Jørgensen, Region Midtjylland og Tine Canvin, Region Syddanmark.

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



# Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Resumé.....	9
1. Introduktion .....	13
2. Styrings rammer – loven og landsoverenskomsten .....	15
2.1 Hvad loven siger.....	15
2.2 Landsoverenskomstens grundprincip: Paritet .....	16
2.3 Overenskomsten – fokus på honorarer .....	16
2.3.1 Ydelser .....	17
2.3.2 Basis og praksisomkostningshonorar .....	17
2.3.3 Betaling til fonde og udvalg .....	17
2.4 Lokal forrang .....	18
2.5 Overenskomstens samarbejdssystem .....	18
2.5.1 Landssamarbejdsudvalget.....	19
2.5.2 Fagligt udvalg.....	19
2.5.3 Samarbejdsudvalget .....	19
2.5.4 Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget .....	20
3. Regionernes styringsmæssige mål for almen praksis .....	21
3.1 Praksisplaner – en fælles dagsorden .....	21
3.2 Uddybning af målsætningen .....	21
3.2.1 Lægedækning .....	21
3.2.2 Sammenhængende sundhedsvæsen .....	22
3.2.3 Kvalitetsudvikling .....	22
3.2.4 Bæredygtig praksisstruktur .....	22
4. Brugen af § 2-aftaler .....	23
4.1 Stor regional variation .....	23
4.1.1 Variation i formål .....	24
4.1.2 Lægemangel – et særligt problem .....	24
4.1.3 Omfanget af aftalerne .....	25
4.1.4 Valg af økonomisk instrument .....	26
4.1.5 § 2-aftaler uden økonomi .....	27
5. Styring i fællesskab.....	29
5.1 Baggrund .....	29
5.2 Regionernes erfaringer med den fælles styring .....	29
5.2.1 Den uformelle dialog med de formelle repræsentanter .....	29
5.2.2 Tillid.....	30
5.2.3 Kritik af 'ydelsesfiksering' .....	30

5.2.4	Implementering og opfølgning en mangel .....	31
5.2.5	Forpligtende aftaler.....	31
5.2.6	Kulturforskelle .....	32
5.2.7	Kontrol .....	32
6.	Styring i praksis.....	33
6.1	Dialog og kommunikation .....	33
6.1.1	Værktøjskassen .....	34
6.2	Incitamentsstyring .....	36
6.2.1	Værktøjskassen .....	37
6.3	Støtte og træning .....	38
6.3.1	Værktøjskassen .....	39
6.4	Regionale erfaringer med styring i praksis .....	42
6.4.1	Styrken i dialog og kommunikation som styring.....	42
6.4.2	Fraværet af implementering og evaluering.....	42
6.4.3	Fraværet af ressourcer .....	43
6.4.4	Ensidigt fokus på læger .....	43
6.4.5	For lidt systematik og plan i konsulentordninger .....	44
6.4.6	Støtte og træning på vej frem .....	44
7.	Strukturerede dialogmøder .....	47
7.1	Formål .....	47
7.2	Virkemidler .....	47
7.3	Virkemidler til implementering.....	49
7.4	Effekt.....	49
7.5	Finansiering .....	50
7.6	Barrierer.....	51
8.	Kronikerkompasset .....	53
8.1	Formålet.....	53
8.2	Virkemidler .....	53
8.2.1	Fra forløbsprogram til forandringskatalog .....	54
8.2.2	Kronikerdata .....	54
8.2.3	Kontinuerlige forbedringer – organisationsforandring i praksis.....	55
8.2.4	Forberedelsespakke .....	56
8.2.5	Kursus til praksispersonale.....	57
8.3	Virkemidler til implementering.....	57
8.3.1	Gennembrudsmetoden .....	57
8.3.2	Implementeringsydelse .....	58
8.4	Effekt.....	59
8.5	Finansiering .....	60
8.6	Barrierer.....	61
9.	Team SydPOL.....	63
9.1	Formål og baggrund .....	63
9.1.1	Forberedelsesfase.....	63

9.1.2	Den operationelle satsning på organisationsudvikling .....	63
9.1.3	Teamets organisering og ressourcer .....	64
9.2	Virkemidler .....	65
9.2.1	Overordnede virkemidler .....	65
9.2.2	Indholdet af udviklingsstøtten .....	66
9.2.3	Virkemidler til implementering .....	67
9.3	Effekt .....	67
9.4	Finansiering .....	68
9.5	Barrierer .....	68
10.	Konklusion .....	69
	Litteratur .....	71





## Resumé

I denne rapport har vi undersøgt de fem regioners styringsmæssige muligheder og værktøjer i forhold til almen praksis. Rammerne for styringen af almen praksis sættes af lovgivningen og af den overenskomst, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO – de Praktiserende Lægers Organisation. Disse nationale rammer placerer de fem regioner i et styringsmæssigt dilemma. *På den ene side* er det de fem regioners ansvar at sikre lægehjælp og behandling af en høj kvalitet i sundhedsvæsenet som helhed. *På den anden side* – i forholdet til almen praksis – er regionerne bundet af et krav om enighed med de praktiserende læger.

**Samarbejdet med lægerne:** Mens der langt hen ad vejen er enighed om de overordnede målsætninger for almen praksis, er regionernes erfaringer med at styre i fællesskab med de praktiserende læger blandede. Interviewpersonerne beskriver almen praksis som "et styringsmæssigt himmel og helvede". På den ene side sparer de praktiserende læger som små selvstændige erhvervsdrivende på omkostningerne, kører forretningen effektivt og har et stift fokus på produktion og ydelser. På den anden side er det svært at få lov til at blande sig i denne drift, og det er svært at lave forpligtende aftaler med alle læger på en gang.

**§ 2-aftaler:** De fem regioner kan indgå såkaldte § 2-aftaler med lægerne i regionen, som supplerer eller afviger fra den nationale overenskomst. Vores analyse af alle indgåede § 2-aftaler siden regionernes dannelse viser, at der er stor regional variation i, hvordan aftalerne bruges, men at der også er visse fællestræk. Det er typisk økonomiske incitamenter, der benyttes i aftalerne, og der er typisk tale om tilskud til enkelte praksis eller forskellige former for ydeshonorarer. Stort set alle tilskud går til at sikre lægedækning. En markant undtagelse er implementeringsydelsen i forbindelse med Region Midtjyllands kronikersatsning: Kronikerkompasset.

**Konkrete styringsmæssige tiltag:** Vi har inddelt de konkrete styringsmæssige tiltag, som findes på det regionale niveau i tre kategorier: dialog og kommunikation, incitamentsstyring og støtte og træning.

- ◆ *Tiltag inden for dialog og kommunikation* omfatter for eksempel informationssystemer og dialogmøder. Endvidere har vi fundet et enkelt eksempel på en § 2-aftale der beskriver principper og processer for kommunikation og dialog om en konkret udfordring, nemlig medicinordination (rationel farmakoterapi). Regionerne vurderer generelt, at dialog og kommunikation er særdeles vigtig som styringsredskab. Skal der ske konkrete ændringer i den enkelte lægepraksis, er det en nødvendig forudsætning, at de lokale læger er med på ideen.
- ◆ *Tiltag inden for incitamentsstyring* omfatter tilskud og ydeshonorarer under § 2, samt implementeringsydelsen i forbindelse med kronikerkompasset som tidligere nævnt. Hertil kommer honorering for konsulentarbejde og for deltagelse i udviklingsarbejde. De økonomiske incitamenter anvendes generelt til fremme af lægedækning og bæredygtige enheder, og der ses stor kreativitet i, hvordan tilskuddene anvendes i flere regioner. Brugen af økonomiske incitamenter varierer regionerne imellem, og der er således basis for gensidig diskussion og inspiration.
- ◆ *Tiltag inden for støtte og træning* omfatter for eksempel organisations- og ledelsesudvikling, gensidige praksisbesøg, praksismatrix, støtte til sammenlægning og årlige udviklingsdage. Desuden er der en række forskellige tiltag på efteruddannelsesområdet, hvor ansvaret for efteruddannelse i 2008 overgik til regionerne. Tiltag inden for støtte og træning er generelt på vej frem som sty-

ringsredskab, og der er stor interesse fra regionernes side i at udvikle og afprøve nye redskaber, samt i at lære af erfaringerne fra andre regioner.

Regionernes erfaringer med anvendelse af konkrete styringsmæssige redskaber er gode for så vidt, at de alle har eksempler på tiltag, de opfatter som nyttige og anvendelige. Den store udfordring ligger i henhold til interviewpersonerne i regionernes fastlåste budgetter. Skal større satsninger etableres, er det opfattelsen, at det er nødvendigt med eksterne midler, for eksempel i form af KEU-midler i overenskomsten eller statslige puljemidler.

**Tre konkrete cases:** I dialog med Danske Regioner har vi udvalgt tre regionale tiltag, der fremstår som særligt perspektivrige. For hvert tiltag er der foretaget en casebeskrivelse af formål, virkemidler, effekt, finansiering og barrierer.

- ◆ *Strukturerede dialogmøder i Region Nordjylland:* De strukturerede dialogmøder er et redskab til at forbedre samarbejdet og dialogen over sektorgrænsen, det vil sige i relationen til kommune og hospital. De tager udgangspunkt i konkrete samarbejdsfelter, for eksempel kræftpakker, og struktureres omkring patientcases der har fokus på gråzoneproblematikker i sektorsamarbejdet. Det er Region Nords vurdering, at der er tale om et godt arbejdsredskab, der både kan anvendes specifikt til implementering af konkrete patientforløb, og generelt til skabelse af større forståelse over sektorgrænser. Der er både arbejdet med strukturerede dialogmøder, der honorerer lægerne for deltagelse, og strukturerede dialogmøder uden honorar. Deltagelsesprocenten ser ud til at være sammenlignelig på ca. 50 i begge tilfælde.
- ◆ *Kronikerkompasset i Region Midtjylland:* Kronikerkompasset er en stor satsning i Region Midt, der kombinerer støtte og træning med en nyudviklet implementeringsydelse og et konkret monitorings- og planlægningsredskab i form af kronikerdata.dk. Indsatsen er stærkt inspireret af arbejdet med udvikling af praksissektoren i British Columbia, og er udviklet i nært samarbejde mellem region og praktiserende læger. Det er endnu for tidligt at opgøre effekten af indsatsen. Målt i antal tilmeldinger er interessen imidlertid stor. Mere end 70 % af praksis i regionen har tilmeldt sig programmet.
- ◆ *Team SydPOL i Region Syddanmark:* Team SydPOL er et tiltag til organisations- og ledelsesudvikling, der søger at samle de mange små regionale indsats i én samlet og mere professionel støtteenhed. Der arbejdes med opkvalificering af de lægelige praksisudviklingskonsulenter, og lægerne støttes ved ansættelse af en fuldtidseksperter i organisationsudvikling, der er ansvarlig for koordination af teamets indsats. Støtte fra teamet er gratis, men praksis skal selv levere arbejdsindsatsen. Der er stor interesse – også større end teamet kan honorere. En evaluering planlægges til 2012.

Det fremgår af rapporten, at listen over tiltag, der anvendes i de danske regioner, er mangfoldig, lang og med stor variation regionerne imellem. Det er vores håb, at vi med denne rapport kan bidrage til dialog og inspiration i de fem danske regioner om, hvordan der fortsat i fremtiden kan arbejdes med at skabe en positiv udvikling i almen praksis.

Samtidig må man imidlertid også overveje, om et stærkt varieret udbud af regionale tiltag er tilstrækkeligt til at sikre den udvikling, der er nødvendig i praksissektoren. Praksiskommissionen har listet en række væsentlige problemer og udfordringer vedrørende kapacitet, kvalitet og sammenhæng. Samme målsætninger kan genfindes i de regionale praksisplaner. Når det kommer til konkrete handlinger, viser vores rapport flere eksempler på perspektivrige og frugtbare tiltag. Nogle regioner har arbejdet meget aktivt med udviklingen af sektoren. Men selv i disse regioner kan vejen til løsning af praksissektorens udfordringer synes lang. Der er brug for et nationalt udviklingsprogram for almen praksis, der målrettet sigter mod at løse de problemer, der er påpeget i praksiskommissionens rapport. Det peger i

retning af et behov for at ændre de grundlæggende rammer for parternes samarbejde, som de kommer til udtryk i den nuværende overenskomst. Derfor imødeser vi med spænding resultatet af de igangværende overenskomstforhandlinger.

**Metode:** Rapporten er baseret på en kombination af skriftligt materiale og interview.

Det skriftlige materiale omfatter love og overenskomster, praksisplaner, § 2-aftaler samt beskrivelser og evalueringer af konkrete styringsmæssige tiltag, der enten har været tilgængelige via regionernes hjemmesider eller er blevet udleveret i forbindelse med interview.

Interview omfatter fokusgruppeinterview med ledere og medarbejdere med ansvar for forvaltning af regionernes myndighedsopgave i forhold til almen praksis og opfølgende interview og e-mail kommunikation med regionale nøglepersoner. I forbindelse med casebeskrivelserne er desuden gennemført interview med relevante interessenter i region og praksissektor i de aktuelle regioner.



# 1. Introduktion

DSI og Danske Regioner besluttede i 2008 at gennemføre en analyse af de styringsmæssige tiltag, som regionerne anvender ift. almen praksis med henblik på at fremme en sammenhængende behandling af høj faglig kvalitet, udført på det lavest effektive omsorgsniveau (LEON princippet).

Baggrunden for analysen var en antagelse om, at det var meget forskelligt, hvad der foregik i de fem regioner. En afdækning og diskussion af de regionale erfaringer ville derfor kunne bruges som inspiration regionerne imellem i deres fremtidige samarbejde med almen praksis.

Rapporten er opbygget således, at vi i kapitel 2 beskriver de styringsmæssige rammer – loven og landsoverenskomsten. I kapitel 3 gennemgår vi regionernes styringsmæssige mål for almen praksis blandt andet på baggrund af de fem praksisplaner. Kapitel 4 analyserer de regionale aftaler mellem parterne – de såkaldte § 2-aftaler. I kapitel 5 beskriver vi de fem regioners erfaring med at styre i fællesskab med de praktiserende læger, og i kapitel 6 ser vi på regionernes erfaring med konkrete styringsmæssige tiltag. I de tre næste kapitler beskriver vi mere detaljeret tre konkrete styringstiltag: Strukturerede Dialogmøder i Region Nordjylland (kapitel 7), Kronikerkompasset i Region Midtjylland (kapitel 8), og Team SydPOL i Region Syddanmark (kapitel 9). Rapporten afsluttes med en konklusion.

Datagrundlaget for kapitel 2-6 er skriftligt materiale og interview. Skriftligt materiale omfatter gældende love og overenskomster, praksisplaner, § 2-aftaler samt beskrivelser af konkrete styringsmæssige tiltag, der enten har været tilgængelige via regionernes hjemmesider eller er blevet udleveret i forbindelse med interview. Interview omfatter fokusgruppeinterview med ledere og medarbejdere med ansvar for forvaltning af regionernes myndighedsopgave i forhold til almen praksis (1 fokusgruppe pr. region). Interviewpersonerne har haft beskrivelserne af de regionale tiltag til gennemsyn, kommentarer og godkendelse. Der er ikke afholdt interview med de praktiserende læger, da sigtet med rapporten ikke har været evaluerende, men gensidig inspiration regionerne imellem.

Datagrundlaget for kapitel 7-9 er interview med relevante interessenter i region og praksissektor i de aktuelle regioner. Hertil skriftligt materiale omhandlende de tre tiltag. Tiltagene er udvalgt i dialog med Danske Regioner som eksempler på tiltag, der fremstår som særligt perspektivrige. Alle tiltag beskrives i forhold til: formål, virkemidler, effekt, finansiering og barrierer.

Rapporten er udarbejdet af projektleder cand.scient.pol. Jakob Hansen i samarbejde med stud.scient. Peder Hindborg og senior projektleder, cand.scient.adm., ph.d., Pia Kürstein Kjellberg. Projektleder, cand.scient.adm. Martin Sandberg Buch har udarbejdet beskrivelsen af Team SydPOL.



## 2. Styrings rammer – loven og landsoverenskomsten

Vi har valgt at indlede rapporten med et kapitel om styrings rammer i form af loven og landsoverenskomsten. Loven beskriver primært regionernes roller og forpligtelser, mens landsoverenskomsten indeholder aftalerne om roller, redskaber og finansiering mellem læger og regioner. Det er inden for disse rammer, styringen i almen praksis foregår. Derfor er det også vigtigt som udgangspunkt at forstå, hvad det er for muligheder og begrænsninger, loven og landsoverenskomsten skaber.

### 2.1 Hvad loven siger

*Sundhedsloven:* Regionerne har ifølge sundhedsloven 'ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner'. Det skal ske 'vederlagsfrit', og pligten gælder ud over behandling også for en række forebyggende tilbud især i forhold til gravide og børn<sup>1</sup>. Desuden skal regionen yde 'vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, (...) når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge' (1).

Ud over den specifikke forpligtelse til at sikre adgang til vederlagsfri behandling indeholder sundhedsloven også en række målsætninger, som regionerne som ansvarlige på sundhedsområdet skal leve op til. Ud over den 'lette og lige adgang' drejer det sig om følgende målsætninger:

- ◆ behandling af høj kvalitet
- ◆ sammenhæng mellem ydelserne
- ◆ valgfrihed
- ◆ let adgang til information
- ◆ et gennemsigtigt sundhedsvæsen
- ◆ kort ventetid på behandling.

Disse målsætninger gælder for sundhedsvæsenet generelt og dermed også for regionernes forpligtelse i forhold til den behandling, der foregår i almen praksis (1).

*Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren:* I 'Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren' udpeges overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) som den aftale, der regulerer, hvilke læger der er omfattet af lovens regler. Gruppe 1-sikrede forpligtes til at vælge en læge, og de får 'ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge i overensstemmelse med de regler, der er fastsat i landsoverenskomst om almen lægegerning.' (2)

Tilsammen giver denne lovgivning de praktiserende læger monopol på at yde almen lægehjælp til gruppe 1-sikrede danskere (det vil sige godt og vel 99 % af befolkningen), og den giver regionerne pligt til at afholde udgifterne i forbindelse med denne behandling. Landsoverenskomsten mellem RLTN og PLO sanktioneres af loven som den aftale, der beskriver de nærmere regler og grænser for denne forpligtelse.

---

<sup>1</sup> Disse regler vedrører gruppe 1-sikrede, mens reglerne for gruppe 2-sikrede generelt er, at de kan få tilskud, der svarer til, hvad gruppe 1-sikrede får. I dag er det under 0,5 % af danskerne, der er tilmeldt gruppe 2, og vi vil derfor se bort fra de særlige bestemmelser, der gælder for denne gruppe i denne rapport.

*Bekendtgørelse om Regionernes Lønnings- og Takstnævn:* Af 'Bekendtgørelse om Regionernes Lønnings- og Takstnævn' (3) fremgår det, at RLTN er sammensat af personer fra de fem regionsråd (fem repræsentanter), Kommunernes Landsforening (to repræsentanter) og to repræsentanter fra regeringen fra henholdsvis Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet. Formand og næstformand kommer begge fra regionerne. Det fremgår desuden, at det er Danske Regioners sekretariat, der skal lede forhandlingerne med PLO, og at aftaler kan indgås ved almindeligt flertal i nævnet – dog har regeringens to repræsentanter vetoret. Det vil i praksis sige, at regionerne er den primære forhandlingspart for PLO i forhandlingerne om landsoverenskomsten. Dog skal regeringen kunne godkende den aftale, som parterne indgår.

*Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:* I 'Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler' (4) forpligtes regionerne og kommunerne til at samarbejde i et koordinationsudvalg, som blandt andet skal udarbejde sundhedsaftaler mellem de to parter. Af loven fremgår det, at det regionale praksisudvalg har ret til at udpege to medlemmer til sundhedskoordinationsudvalget, som desuden består af tre medlemmer fra regionen og fem fra kommunerne i regionen.

Der er et regionalt praksisudvalg i hver af de fem regioner<sup>2</sup>. Repræsentanterne i udvalget vælges af de praktiserende læger i regionen, og tilsammen udgør medlemmerne af de regionale praksisudvalg PLO's højeste myndighed – repræsentantskabet. Selvom de regionale praksisudvalg er repræsenteret i de regionale sundhedskoordinationsudvalg, så indgås sundhedsaftalerne formelt set kun mellem kommuner og regioner og eventuelle forpligtelser gælder kun de to parter.

## 2.2 Landsoverenskomstens grundprincip: Paritet

Landsoverenskomsten mellem PLO og RLTN forhandles centralt og udgør det sæt af spilleregler, som definerer relationen mellem hver af de fem regioner og de praktiserende læger, der arbejder i regionen. Grundprincippet i relationen mellem den enkelte region og lægerne er, at overenskomsten er den kontrakt, der styrer forholdet. Afvigelser eller tilføjelser kræver enighed – det vil sige relationen er kendetegnet af 'paritet', og regionerne har ingen instruktionsbeføjelser i forhold til praksis(5).

Overenskomsten etablerer et regionalt samarbejdsudvalg, der består af læger (udpeget af det regionale praksisudvalg), repræsentanter fra regionsrådet og siden strukturreformen også repræsentanter fra kommunerne i regionen (udpeget af det Kommunale Koordinationsråd (KKR)). Det er samarbejdsudvalget, der fortolker og implementerer overenskomsten på det regionale niveau. Samarbejdsudvalget afspejler det paritetiske forhold imellem læger og region, og der kan således kun træffes beslutninger i enighed (5).

## 2.3 Overenskomsten – fokus på honorarer

Det primære indhold i overenskomsten er beskrivelsen af hvilke vilkår, der skal gælde for løsningen af de praktiserende lægers opgaver. Fokus er på, hvad det skal koste, og hvilke vilkår i form af løn, arbejdstid og andre arbejdsvilkår, der skal gælde.

Overenskomsten indeholder tre typer af betaling til de praktiserende læger.

- ◆ Ydelser – der er en takst per udført opgave
- ◆ Basis og praksisomkostningshonorarer – der gives som tilskud per tilmeldt patient eller per praktiserende læge

---

<sup>2</sup> Og desuden et på Færøerne – som ikke har betydning i denne sammenhæng.



- ◆ Betaling til fonde og udvalg – der typisk skal finansiere fælles tiltag på praksisområdet.

Neden for går vi lidt mere i dybden med disse tre typer af honorering.

### 2.3.1 Ydelser

Overenskomsten består i vid udstrækning af en række forskellige ydelser for forskellige opgaver, som lægen kan blive honoreret for. Ydelserne kan inddeles i grundydelse, tillægsydelse og laboratoriedydelser. Grundydelse er betaling for konsultationerne i almen praksis eller i borgerens hjem. Tillægsydelse og laboratoriedydelser beskriver de opgaver, som praksis kan få ekstra aflønning for at udføre. Ydelsesporteføljen er blevet til over tid, og samlet beskriver den en række af de ønsker, som de styrende myndigheder har haft til, hvad lægerne skal gøre.

Det er lægen, der afgør, hvilke ydelser en patient skal have – især hvilke tillægsydelse. Generelt er det altså ikke et krav, at lægen skal udføre disse tillægs- eller laboratoriedydelser i bestemte situationer – det opfattes af lægerne i stedet som et tilbud. Overenskomsten beskriver opgaven og den honorering, lægen kan få for at udføre denne opgave, men det er lægen selv, der suverænt bestemmer, hvad der skal gøres over for den enkelte patient.

Der er meget få krav til, hvordan arbejdet med at levere ydelserne organiseres internt i praksis. Det er den enkelte lægepraksis som selvstændig erhvervsdrivende, der beslutter, hvordan arbejdet organiseres og udføres. Hverken loven, overenskomsten eller de regionale § 2-aftaler har konkrete krav til dette<sup>3</sup>.

§ 100 og § 101a i overenskomsten beskriver en proces til monitorering af lægernes brug af ydelser og ordinationer. Ved store afvigelser hos enkelte læger eller lægepraksisser kan samarbejdsudvalget indføre en sanktion i form af en højstegrænse for pågældende ydelser eller ordination.<sup>4</sup>

### 2.3.2 Basis og praksisomkostningshonorar

Basishonoraret gives for de patienter en praksis har tilmeldt sin liste. Praksis garanterer disse borgere adgang til praksis og at de kan modtage ydelser i henhold til de rettigheder en patient har ifølge overenskomsten. Der følger ikke andre forpligtelser med basishonoraret end at praksis skal have patienten i sit register og være klar til at levere ydelser til patienten.

Praksishonoraret gives til praksis per læge. Der er ingen særlige betingelser knyttet til honoraret.

### 2.3.3 Betaling til fonde og udvalg

Udover de midler, lægerne modtager i honorarer, er der også en række fonde og udvalg med forskellige formål, som får midler aftalt i overenskomsten.

---

<sup>3</sup> Landsoverenskomsten har nogle krav til åbningstider, elektronisk kommunikation og IT-sikkerhed. Desuden stiller sundhedslovgivningen nogle krav til lægerne omkring brugen af blanketter til attester. I forbindelse med implementeringen af rapportering af utilsigtede hændelser og i forbindelse med indførelsen af pakkeforløb på hospitalerne har der også været nye nationale krav til lægernes arbejdsorganisering.

<sup>4</sup> § 100 opgørelser er statistiske analyser af brugen af ydelser og ordinationer fordelt på lægepraksisser og på patienter. De kaldes sådan, fordi deres brug er beskrevet i § 100 (om ydelser) og § 101a (om ordinationer) i landsoverenskomsten. I forhold til ydelserne er reglen i overenskomsten, at hvis brugen af en ydelse i en lægepraksis overstiger gennemsnittet for det geografiske område, lægepraksissen tilhører, med mere end 25 %, iværksættes en undersøgelse af den pågældende praksis (5). Det er regionens administration – eventuelt i samarbejde med praksisudvalget – der udarbejder det statistiske analysearbejde. Det er samarbejdsudvalget, der vedtager de forskellige grænseværdier, og det er også samarbejdsudvalget, som iværksætter en konkret undersøgelse er en læge eller en lægepraksis. Det er formelt set praksisudvalget, der står for selve undersøgelsen – dog ofte bistået af regionens administration. En sådan undersøgelse kan resultere i sanktioner mod den undersøgte læge eller lægepraksis, således at der fastsættes en maksimumgrænse for den pågældende ydelse/ordination, og så kan lægen/lægepraksissen ikke få betaling ud over denne grænse. I henhold til § 101a er samarbejdsudvalgets mulighed at henstille til en læge eller en lægepraksis, at ordinationspraksis ændres. Hvis ikke henstillingen følges, åbnes der også mulighed for advarsler, udtalelse af misbilligelse eller bod. I grove tilfælde kan en praksis udelukkes fra overenskomsten.

For det første er der nedsat en fond, der skal sikre læger under sygdom og barsel og ved begrænset pensionsdækning. Overenskomsten beskriver de betalinger, der gives til det såkaldte administrationsudvalg, som fungerer i regi af PLO. Ud over udbetalingen af godtgørelse til læger under sygdom, barsel og på pension, kan administrationsudvalget støtte lægers efteruddannelse gennem overførsel af midler til efteruddannelsesfonden.

For det andet etablerer overenskomsten fire forskellige fonde/udvalg, der modtager midler i overenskomsten:

- ◆ *Fagligt udvalg:* Sikre udviklingen og kvaliteten af ydelser i almen praksis. Fagligt udvalg finansieres igennem en årlig indbetaling fra regionerne på 0,54 kroner per gruppe 1-sikret borger.
- ◆ *Forskningsfonden:* Finansierer forskning i almen praksis. Forskningsfonden finansieres igennem en årlig indbetaling fra regionerne på 3,54 kroner per gruppe 1-sikret borger. Derudover betaler staten et fast grundbeløb på 6.575.000 kroner årligt til fonden.
- ◆ *Efteruddannelsesfonden:* Finansierer efteruddannelse for almen praktiserende læger. Efteruddannelsesfonden finansieres igennem en årlig indbetaling fra regionerne på 6,98 kroner per gruppe 1-sikret borger.
- ◆ *Fonden for kvalitetsudvikling og informatik:* Har som formål at understøtte og finansiere landsdækkende kvalitets- og informatikinitiativer i almen praksis. Fonden for kvalitetsudvikling og informatik finansieres igennem en årlig indbetaling fra regionerne på 0,94 kroner per gruppe 1-sikret borger.
- ◆ *Regionale Kvalitets- og Efteruddannelses Udvalg:* De regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg skal fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger i regionen. Regionerne afsætter årligt en pulje på 6,42 kroner per gruppe 1-sikret borger til regional kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Hvis der er midler til rådighed efter årets udløb, skal det resterende beløb overføres til brug i det efterfølgende år.

Grundbeløbene justeres én gang om året i takt med honorarudviklingen.

## 2.4 Lokal forrang

Selvom overenskomsten sætter rammerne for styringen på lokalt niveau, så giver den mulighed for at læger og regioner lokalt kan tilføje og fravige overenskomsten i det omfang, man lokalt ønsker det. Allerede i § 2 i overenskomsten slås det fast, at hver af de fem regioner har mulighed for at supplere eller fravige bestemmelserne i overenskomsten med regionale aftaler – såkaldte § 2-aftaler. De indgås i regi af samarbejdsudvalget mellem det regionale praksisudvalg og regionen. Det eneste krav til de lokale aftaler er, at der kan opnås enighed mellem de to parter. Vi har som led i denne undersøgelse af regional styring af almen praksis gennemført en analyse af de indgåede § 2-aftaler. Resultaterne fra denne analyse er primært afrapporteret i kapitel 4.

## 2.5 Overenskomstens samarbejdssystem

Der er igennem overenskomsten nedsat en række udvalg, der skal sikre det formelle samarbejde mellem regioner, almen praksis og kommuner.

### *2.5.1 Landssamarbejdsudvalget*

På nationalt plan er der nedsat et Landssamarbejdsudvalg der består af seks medlemmer udpeget af RLTN samt seks medlemmer udpeget af Praktiserende Lægers Organisation. Landssamarbejdsudvalget skal fremme samarbejdet mellem parterne, fortolke overenskomsten og vejlede i dens brug. Tvivlstilfælde, tvister og sager, der ikke kan afgøres på regionalt plan, bliver behandlet og afgjort i Landssamarbejdsudvalget.

Landssamarbejdsudvalget har samtidig til formål at behandle § 100 indberetninger, misligholdelse af overenskomsten samt holde effektiv kontrol med udgifterne til lægehjælp. Landssamarbejdsudvalget har i den sammenhæng sanktionsmuligheder over for både regioner såvel som læger, der misligholder overenskomsten. Sanktionerne kan bestå i misbilligelse, bod eller – i forhold til lægerne – fratagelse af ydernummer.

### *2.5.2 Fagligt udvalg*

Der er på nationalt plan nedsat et fagligt udvalg, der skal udarbejde beskrivelser og vejledninger af ydelser samt hertil hørende laboratorieundersøgelser og anvendelsesområder. Fagligt udvalg har på vegne af overenskomstens parter til opgave at analysere behovet for nye ydelser, samt foreslå ændringer eller erstatninger af eksisterende ydelser. Initiativet til udvalgets ydelsesorienterede arbejde kan komme fra udvalget selv, eller fra overenskomstens parter i forbindelse med ændret arbejdsfordeling som man så det ved kommunalreformen, eller ved nye forsknings- og kvalitetssikringsresultater.

Fagligt udvalg har samtidig til opgave at analysere og belyse faglige områder inden for almen medicin for at sikre kvalitetsudviklingen i almen praksis. Udvalget udgiver desuden en årlig rapport, som kan indeholde forslag til ændringer og tilføjelser i landsoverenskomstens § 75 og § 70 vedrørende henholdsvis laboratorieundersøgelser og tillægsydelser.

Fagligt udvalg består af 3-4 medlemmer fra Praktiserende Lægers Organisation og 3-4 medlemmer fra RLTN. Desuden udpeger Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen hvert ét medlem til udvalget.

### *2.5.3 Samarbejdsudvalget*

På det regionale niveau er samarbejdsudvalget det primære formelle samarbejdsorgan, hvor der kan indgås aftaler mellem læger og region. Her er det politiske niveau fra både regionen, kommunen og lægerne repræsenteret. Fra regionen er det repræsentanter fra regionsrådet, mens det fra lægerne er medlemmer af praksisudvalget, der sidder i samarbejdsudvalget. Kommunerne i regionen udpeger ligeledes 1-2 medlemmer til udvalget.

Udvalget mødes fire gange om året, og har primært til opgave at vejlede i overenskomstens bestemmelser. Udvalget har samtidig til opgave at behandle klager over lægebetjeningen og har pligt til at indberette stigninger i § 100 statistikker, der afviger fra tilsvarende områder. Udvalget er som de øvrige udvalg paritetisk og alle afgørelser skal træffes ved konsensus. Ved eventuelle interne uoverensstemmelser forelægges den pågældende sag for Landssamarbejdsudvalget.

Samarbejdsudvalget har kompetence til at nedsætte underudvalg eller arbejdsgrupper, der varetager bestemte opgaver, som for eksempel § 100 monitorering. Underudvalgene kan enten være ad hoc eller fast nedsatte underudvalg, der kontinuerligt afholder møder i løbet af året.

Det er også i samarbejdsudvalget, at mere formelle aftaler mellem region og læger skal vedtages. Det er således her alle § 2-aftaler bliver indgået.

#### *2.5.4 Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget*

Et af samarbejdsudvalgets faste underudvalg fastlægges i landsoverenskomsten. Det er et 'Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg', som skal fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger og bidrage til implementering af nye faglige ydelser.

Udvalget mødes mindst fire gange årligt og består af repræsentanter fra regionen samt praksisudvalget. Udvalget er paritetisk opbygget, og alle afgørelser skal træffes igennem konsensus. Ved interne uoverensstemmelser overdrages sagen til Samarbejdsudvalget. Det er op til udvalget selv, om man vil involvere en tredjepart, som for eksempel eksterne konsulenter, til at bistå ved afgørelser.

Samarbejdsudvalget kan delegere bevillingskompetencer til Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget, således at udvalget selv har myndighed til at udøve økonomisk betingede opgaver inden for af samarbejdsudvalget nedsatte rammer. Der er i overenskomsten afsat et konkret beløb, der skal dække regionale projekter i kvalitets- og efteruddannelsesregi.

## 3. Regionernes styringsmæssige mål for almen praksis

I dette kapitel vil vi se nærmere på, hvad det er, regionerne ønsker at opnå i deres samarbejde med de praktiserende læger om udviklingen af almen praksis. Vi baserer denne gennemgang af de regionale målsætninger på de praksisplaner, regionerne har udarbejdet, samt på de interview vi har gennemført i de fem regioner.

### 3.1 Praksisplaner – en fælles dagsorden

I landsoverenskomsten fra 2006 blev det aftalt, at alle regioner udarbejder en praksisplan, hvor de analyserer og beskriver, hvordan de kan sikre en 'rimelig lægedækning' i regionen (5). Praksisplanerne er blevet udarbejdet i løbet af 2008-2009, og alle fem regioner har benyttet lejligheden til at beskrive deres målsætninger for almen praksis.

Praksisplanerne er udarbejdet for og godkendt af samarbejdsudvalget. De målsætninger, som er beskrevet i planerne, er altså regionernes og praksisudvalgenes fælles målsætninger.

Alle fem praksisplaner anerkender almen praksis' nøglerolle som et af de 'bærende elementer' i det danske sundhedsvæsen (6). Især de praktiserende lægers rolle i forhold til kronikere og som tovholdere for deres patienter fremhæves som væsentlige roller. På tværs af de fem praksisplaner er der fire målsætninger, som går igen. Det drejer sig om de følgende:

- ◆ Sammenhængende sundhedsvæsen
- ◆ Læger til alle borgere
- ◆ Bæredygtig praksisstruktur
- ◆ Kvalitetsforbedring – især på kronikerområdet.

I de interview, vi har gennemført med informanter fra de fem regionsadministrationer, er det også disse fire overordnede mål for almen praksis, der er omdrejningspunktet. Der er altså en væsentlig konsensus mellem de praktiserende læger og de fem regioner om retningen og sigtelinjerne for udviklingen af almen praksis. I næste afsnit vil vi uddybe disse fire overordnede målsætninger.

### 3.2 Uddybning af målsætningen

#### 3.2.1 Lægedækning

Sikringen af læger til alle borgere er en af de opgaver, der fylder mest i regionernes administrationskontorer. Det er regionernes ansvar at sørge for, at alle borgere kan blive tilknyttet en lægepraksis (1). I alle regioner findes der i varierende grad og karakter problemer med at leve op til denne forpligtelse i visse sårbare områder. Regioner som Nordjylland, Syddanmark, Sjælland og Midtjylland har særligt store udfordringer med at rekruttere yngre praktiserende læger til yderkantsområderne, hvorimod det i Region Hovedstaden i højere grad er de socialt belastede områder, der mangler læger.

Udfordringen forstærkes over de næste 8-10 år, da mange læger inden for almen praksis nærmer sig pensionsalderen, og først derefter vil den øgede tilgang til lægefaget udligne afgangens af læger fra faget (7). Som vi vil komme nærmere ind på i vores analyse, har denne problemstilling tvunget regionerne ud i stor opfindsomhed i forhold til de instrumenter, der findes i den styringsmæssige værktøjskasse.

### 3.2.2 *Sammenhængende sundhedsvæsen*

Skabelsen af et sammenhængende sundhedsvæsen er én af de vigtigste udfordringer, regionerne har udpeget, og det fremgår af praksisplaner og interview, at de alle ser almen praksis som en nøgleaktør i den målsætning (8). Almen praksis spiller og skal fortsat spille en helt central rolle i behandlingsforløbet. Det er tovholderrollen, som skal udvikles og forankres i almen praksis, således at de praktiserende læger og deres ansatte har ansvaret for at føre patienten igennem sundhedssystemet. Dette kommer især til udtryk ved forløbsprogrammer til kroniske lidelser.

Almen praksis er helt essentiel, når det gælder udmøntningen af LEON princippet om behandling efter lavest effektive omsorgs- og omkostningsniveau. Det kræver en styrkelse af almen praksis og en stadig udvikling at sikre, at praksis kan løfte de ændrede behandlingsopgaver, som følger af dette princip. Særligt er det en udfordring at sikre, at alle lægepraksisser kan løfte disse opgaver med en ensartet høj kvalitet.

### 3.2.3 *Kvalitetsudvikling*

For at kunne løfte de mange opgaver, som især stigningen i antallet af kronikere medfører, og for at kunne påtage sig ansvaret som tovholder for patienterne i et stadig mere komplekst og specialiseret sundhedsvæsen, er det vigtigt, at almen praksis udvikler sig. Som det fremgik af kapitel 2 sætter overenskomsten et særligt fokus på kvalitetsudviklingen i almen praksis med oprettelsen af regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, der har egne midler direkte allokeret i overenskomsten. Ansvaret for efteruddannelsesvejledningen er også blevet lagt ud til regionerne fra 2008 (9). I interview og praksisplaner er der særligt fokus på opkvalificeringen af almen praksis til at spille en nøglerolle i behandlingen af de kroniske patienter (6). Udfordringen i denne sammenhæng er blandt andet at få en ensartet kvalitet i alle regionernes forskellige lægepraksisser.

### 3.2.4 *Bæredygtig praksisstruktur*

De tre ovenstående mål, der skal sikre en praktiserende læge til alle borgere, som kan yde en behandling af højt kvalitet, der koordineret med det resterende sundhedsvæsen stiller store krav til den interne organisation i almen praksis. Alle regioner ser større lægepraksisser med flere læger og mere praksispersonale som en del af løsningen. 'Bæredygtige praksis' bliver det kaldt (10). En bæredygtig praksis kan bidrage til lægedækningen ved, at det ansatte klinikpersonale kan overtage de rutinemæssige og administrative opgaver fra lægerne. Desuden har erfaringer vist, at yngre læger har et ønske om teamsparring, og ikke vil sidde alene i en solopraksis. De større lægepraksisser skal dermed også lette rekrutteringen.

Hvis almen praksis skal påtage sig et større ansvar i forhold til koordinering og integration af behandlingen med det øvrige sundhedsvæsen, vil det forudsætte indgåelse af flere aftaler og mere systematik i samarbejdet. Det forventes, at færre og større lægepraksisser bedre kan indgå i sådan et samarbejde (8). Det går hånd i hånd med ønsket om kvalitetsudvikling, der indebærer en mere systematisk tilgang til de kroniske patienter.

Men udviklingen mod større lægepraksisser mødes også af en række barrierer og dilemmaer. De større organisationer kræver mere ledelse og organisatorisk flair. Kompetencer som ikke er til stede i alle lægepraksisser i dag. Desuden skal der i mange tilfælde nye fysiske rammer til at rumme de større praksis, hvilket er en bekostelig og langsigtet infrastrukturel forandring. Endelig betyder de færre lægepraksisser, at der vil blive længere imellem praksis, og det udfordrer den lokale forankring af praksis.

I alle regioner er det udfordringen at arbejde med disse fire målsætninger på samme tid og i samarbejde med almen praksis.

## 4. Brugen af § 2-aftaler

I dette kapitel vil vi gennemgå brugen af § 2-aftaler. Landsoverenskomsten giver som tidligere nævnt mulighed for, at regioner og praktiserende læger lokalt kan supplere eller tilsidesætte dele af overenskomsten, som de ønsker. Spørgsmålet er, i hvilket omfang de bruger denne mulighed, og i så fald til hvad? Vi har foretaget en gennemgang af de § 2-aftaler, der er indgået siden regionernes oprettelse, det vil sige i perioden 1. januar 2007 til juni 2010.

### 4.1 Stor regional variation

Som det fremgår af tabel 4-1 er der meget stor variation i antallet af § 2-aftaler, som de fem regioner har indgået. Region Nordjylland er med 53 aftaler topscoreren, mens Region Midtjylland kun har indgået syv aftaler med lægerne i praksisudvalget siden regionsdannelsen. En af grundene til de mange nordjyske aftaler er, at der er indgået 28 næsten enslydende aftaler, der har til hensigt at forebygge lægemangel gennem et økonomisk tilskud til navngivne læger tæt på pensionsalderen. Men selv uden disse 28 aftaler ville regionen med 25 aftaler stadig være den region, der har flest aftaler. Region Midtjylland har til gengæld været meget tilbageholdende med at benytte § 2 til indgåelse af formaliserede aftaler med lægerne i regionen.

Tabel 4.1 Oversigt over indgåede § 2-aftaler i 2007-2010 – fordelt efter instrumenttype og region

Antal § 2-aftaler Instrumenttype	Region					Total
	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	
Ingen økonomi	4	1	1	2	7	15
Refusion				1		1
Takst	7	2	6	2	11	28
Tilskud	1	3	44	12	1	61
Timeløn	3	1	2	1	2	9
Total	15	7	53	18	21	114

Helt overordnet viser analysen, at § 2-aftalerne i overvejende grad benyttes til aftaler med økonomisk indhold. I 87 % af de 114 aftaler, vi har registreret, indgår der således økonomiske incitamenter. Vi ser også en stor variation i typen af økonomisk incitament. Vi har inddelt brugen af økonomiske incitamenter i fire typer:

- ◆ *Tilskud:* Et beløb der gives til praksis enten som engangsydelse eller fast periodevis. Der kan i varierende grad være specificeret et formål med tilskuddet, og der kan i varierende grad være krav om dokumentation for at opfylde formålet.
- ◆ *Takst:* Når aftalen beskriver en ydelse lægerne kan levere, og det honorar der gives for at udføre ydelsen, kalder vi det en takst.
- ◆ *Timeløn:* En del aftaler beskriver opgaver, som lægerne kan udføre mod betaling per time.
- ◆ *Refusion:* Refundering af dele af udgifterne i forbindelse med en aktivitet (transport af vagtlæger) indgår som instrument i en enkelt aftale.

Som det fremgår, benytter regionerne sig langt overvejende af tilskud som virkemidlet blandt de økonomiske incitamenter. I 61 ud af de 99 aftaler, der indeholder økonomiske incitamenter, er det tilskud,

der gives. Takst er benyttet i 28 aftaler, mens timeløn kun er benyttet i ni tilfælde. Refusion benyttes stort set ikke – der er kun en enkelt aftale.

Vi ser også, at det især er i brugen af tilskud, der er meget stor regional variation. Tre af regionerne (Hovedstaden, Midtjylland og Syddanmark) benytter stort set ikke tilskud, mens regionerne i Nordjylland og på Sjælland har benyttet sig af denne metode mere flittigt.

#### 4.1.1 Variation i formål

Vi har klassificeret alle § 2-aftalerne ud fra det overordnede emne i aftalen, og her tegner der sig et meget klart billede af baggrunden for den store variation i antallet af § 2-aftaler. Som vi ser i tabel 4-2, drejer knap halvdelen af aftalerne sig om at modvirke lægemangel. Ifølge sundhedsloven er det en regional forpligtelse at sikre, at alle borgere i regionen har adgang til at vælge mellem minimum to praktiserende læger inden for 15 km afstand til deres bopæl. Derfor er det ikke overraskende, at netop lægemangel er en af de udfordringer, regionerne er nødt til at løse – om det så betyder, at de må gribe til aftaler med økonomiske incitamenter.

Ud over lægemangel sætter aftalerne også fokus på samarbejde med det resterende sundhedsvæsen, og i ti af aftalerne belønnes lægerne for særlige ydelser til patienterne. På de øvrige områder er der kun få aftaler.

Tabel 4.2 Oversigt over indgåede § 2-aftaler i 2007-2010 – fordelt efter emne og region

Antal § 2-aftaler Emne	Region					Total
	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	
Akut lægehjælp				1	1	2
Ansættelse af læge	2					2
Konsulent	4		1	1		6
Lægemangel	1	2	46	13	4	66
Patientbehandling	1	1	3	1	4	10
Samarbejde	4	3	2	1	7	17
Uddannelse	2		1		1	4
Øvrige	1			1	4	6
Organisationsudvikling		1				1
Total	15	7	53	18	21	114

#### 4.1.2 Lægemangel – et særligt problem

Analysen af § 2-aftalerne afslører lægemangel som et særligt stort problem og af tabel 4-2 (ovenstående) fremgår det, at der er stor regional variation i, hvor mange aftaler der er indgået på dette område. Når Region Nordjylland og Region Sjælland har indgået 56 ud af de 66 aftaler, der er indgået på landsplan for at modvirke lægemangel, indikerer det, at der særligt i disse to regioner er en stor udfordring i forhold til at sikre lægedækningen. Det er dog ikke nok blot at se på, hvor mange aftaler der er indgået. Når vi går nærmere på aftalerne, ser vi, at de forskellige regioner har benyttet forskellige strategier. Alle regioner med undtagelse af Region Syddanmark har primært benyttet sig af målrettede aftaler med enkelte praksis, få praksis, eller praksis i en afgrænset del af regionen. Region Syddanmark har derimod indgået to generelle aftaler, der dækker hele regionen. Disse to aftaler er ret omfattende og beskriver de mål og midler, regionen kan benytte for at fastholde læger tæt på pensionsalderen og principperne bag tilgangen. Desuden indeholder de to aftaler en række standardkontrakter, som regionen kan benytte med enkeltlægepraksisser. Region Syddanmark oplyser, at der er indgået 24



aftaler med lægepraksisser på baggrund af de to § 2-aftaler, og dermed følger Region Syddanmark sig til de regioner, som har en særlig udfordring med lægedækning.

Regioner, der i høj grad lider under lægemangel i yderområderne, benytter også vikarer som metode til at afhjælpe problemet. Det anses ikke af de pågældende regioner at være en holdbar løsning på længere sigt, men i nødsituationer kan det være et nødvendigt instrument. Det drejer sig især om situationer, hvor en praktiserende læge af den ene eller anden grund har stoppet sit erhverv uden at kunne afhænde ydernummeret. I disse situationer er der akut brug for at omplacere de patienter, lægen har på sin liste. Hvis det ikke er muligt at indgå en aftale med områdets læger om overtagelse af patienterne – enten fordi lægerne umuligt kan finde kapaciteten, eller fordi de stiller økonomiske krav, som regionen ikke kan honorere (for eksempel er der læger, der i sådanne situationer har krævet tredobbelt basishonorar) – kan regionen ty til vikarklinikker som en nødløsning. Det har vi set eksempler på i såvel Region Sjælland som Region Syddanmark.

*Tabel 4.3 Oversigt over indgåede § 2-aftaler i 2007-2010 – fordelt efter omfang og region.*

Antal § 2-aftaler Omfang	Region					Total
	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	
Afgrænset del af regionen			4			4
En kommune					1	1
En praksis	1	1	38	9	1	50
Få praksis i et område		1	4	4		9
Hele regionen					2	2
Total	1	2	46	13	4	66

#### 4.1.3 Omfanget af aftalerne

Næsten halvdelen af aftalerne (63) er indgået med en enkelt eller få praksis i et område. Blot fire af disse aftaler har et andet formål end lægemangel. Således bliver strategien med at indgå aftaler med enkelte eller få praksis næsten udelukkende benyttet til at sikre, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge. Der er indgået 31 aftaler, som dækker hele regionen, og af disse er det kun de to førnævnte aftaler fra Region Syddanmark, der har fokus på lægemangel. Vi ser altså også, at det foretrukne redskab, når det gælder bekæmpelsen af lægemangel, er målrettede aftaler.

*Tabel 4.4 Oversigt over indgåede § 2-aftaler i 2007-2010 – fordelt efter emne og omfang.*

Antal § 2-aftaler Emne	Omfang					Total
	Afgrænset del af regionen	En kommune	En praksis	Få praksis i et område	Hele regionen	
Akut lægehjælp	2					2
Ansættelse af læge Konsulent			1		1	2
Lægemangel	4	1	50	9	2	66
Organisationsudvikling					1	1
Patientbehandling	2	1	1		6	10
Samarbejde	4	5			8	17
Uddannelse					4	4
Øvrige		1	2		3	6
Total	12	8	54	9	31	114

#### 4.1.4 Valg af økonomisk instrument

Når vi går nærmere på valget af det konkrete økonomiske instrument, ser vi også, at tilskud stort set udelukkende benyttes til at modvirke lægemangel. Takster, derimod, benyttes til en flerhed af formål. Blandt andet har regionerne udviklet en række forskellige honorarer til lægerne for at belønne dem for at deltage i samarbejdet med andre sektorer i sundhedsvæsenet. 13 af denne type aftaler er indgået, og det omfatter blandt andet opfølgende hjemmebesøg (fire aftaler), deltagelse i udskrivningskonference, tilse patienter på særlige aflastningspladser, m.fl. Desuden er der indgået otte aftaler, som belønner særlige opgaver i forhold til patientbehandlingen. Det omfatter for eksempel samtaleterapi (to aftaler) og blodprøvetagning (to aftaler).

Tabel 4.5 Oversigt over indgåede § 2 aftaler i 2007-2010 – fordelt efter emne og instrumenttype.

Antal § 2-aftaler Emne	Instrumenttype					Total
	Ingen	Refusion	Takst	Tilskud	Timeløn	
Akut lægehjælp		1	1			2
Ansættelse af læge	2					2
Konsulent			2		4	6
Lægemangel	4		2	60		66
Organisationsudvikling				1		1
Patientbehandling	2		8			10
Samarbejde	1		13		3	17
Uddannelse			2		2	4
Øvrige	6					6
Total	15	1	28	61	9	114

Timeløn er det foretrukne instrument, når konsulenter skal honoreres. Desuden benyttes det også til aflønning af læger i forbindelse med uddannelsesopgaver, og visse samarbejdsformer bliver også honoreret med timeløn.

Tilskud er altså det foretrukne middel til at modvirke lægemangel, og instrumentet benyttes stort set udelukkende til dette formål. Når vi så går nærmere ind på, hvad der gives tilskud til, så viser regioner og læger stor kreativitet. På tværs af de 61 aftaler, der rummer tilskud, har vi talt 103 forskellige formål. Vi har grupperet disse i 10 forskellige typer af tilskudsformål, som det fremgår af tabel 4-6.

Tabel 4.6 Oversigt over indgåede § 2-aftaler i 2007-2010 – fordelt efter tilskudsformål og økonomi.

Antal § 2-aftaler Tilskudsformål	Økonomi
	Tilskudsftaler
Fastholdelse	37
Flere patienter på listen	12
Flytning	2
Implementering af kronikerforløb	1
Lokalekøb	1
Opgaveglidning efter lægeophør	1
Ophævelse af øvre lukkegrænse	1
Overtager praksisdrift	1
Praksisetablering	4
Udvidelse af personalekapacitet	1
Total	61

Nogle aftaler indeholder tilskud til flere formål. Den mest omfattende aftale nævner hele syv formål<sup>5</sup>. Det mest brugte formål er de kvartalsvise tilskud, der gives til læger tæt på pensionsalderen i Region Nordjylland. Tilskud til ansættelse af praksispersonale er nævnt i 25 % af alle aftaler, der indeholder tilskud. Tilskud til hhv. IT, klinisk udstyr, inventar og lokaler er også brugt en del, idet de hver især er nævnt i mellem 15 % og 48 % af alle aftaler, der indeholder tilskud.

#### *4.1.5 § 2-aftaler uden økonomi*

Regionerne har implementeret adskillige aftaler, der ikke indeholder nogen form for direkte økonomisk kompensation. Det gælder for i alt 13 ud af de 114 § 2-aftaler, der er implementeret på landsplan. De 13 aftaler er meget alsidige og dækker alt fra brede rammeaftaler, der gælder hele regionen, til kliniske guidelines i forbindelse med vaccinationer. I alt dækker de 13 aftaler over tilsvarende 13 forskellige formål. Fællesnævneren for alle 13 aftaler er, at de ikke indeholder nogen form for ekstra arbejdsbyrde til almen praksis, men er indgået med henblik på at forbedre den daglige drift.

---

<sup>5</sup> Tilskud til ansættelse af praksispersonale, IT, klinisk udstyr, inventar, lokaler, tutor samt indtjeningsgaranti.



## 5. Styring i fællesskab

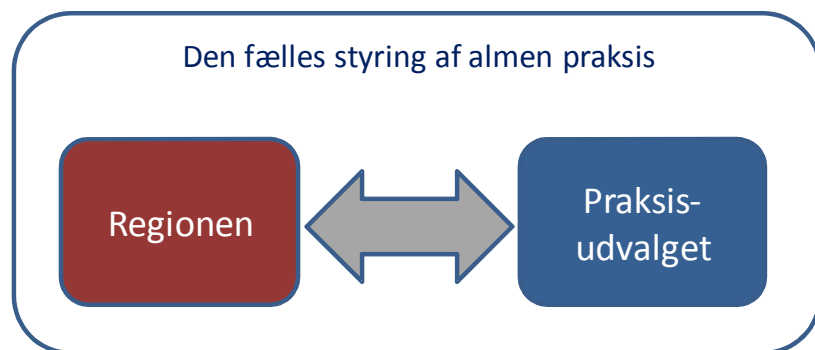
I dette kapitel beskriver vi de regionale erfaringer med at styre i fællesskab med de praktiserende læger. Dette tema – den fælles styring – fyldte en del ved de interview, vi gennemførte med ledere og medarbejdere i de danske regioner. Kapitlet gengiver interviewpersonernes overvejelser og holdninger til brug for gensidig inspiration og dialog regionerne imellem.

### 5.1 Baggrund

Loven og overenskomsten etablerer som beskrevet i kapitel 2 to ligeværdige parter, der skal samarbejde om udvikling i almen praksis. Udgangspunktet er i første omgang de formelle samarbejdsorganer, som overenskomsten etablerer, det vil sige samarbejdsudvalget, kvalitets- og efteruddannelsesudvalget samt diverse ad hoc udvalg og arbejdsgrupper. Det er i dette 'samarbejdssystem', der skal forhandles og indgås aftaler mellem regionen og de praktiserende læger. Det er her, målene for almen praksis skal aftales og beskrives i praksisplaner, og det er her, midler og metoder aftales og evt. formaliseres i § 2-aftaler.

Regionernes arbejde med udvikling af almen praksis kan altså analytisk deles op i den fælles styring, der foregår i samarbejdet mellem regionen og lægernes repræsentanter, og så den praktiske styring fra det centrale og ud i de enkelte lægepraksisser. I dette afsnit vil vi se nærmere på vilkårene for og mulighederne i regionernes fælles styring med repræsentanterne for regionens læger.

*Figur 5.1 Den fælles styring mellem to ligeværdige parter: Regionen og Praksisudvalget*



### 5.2 Regionernes erfaringer med den fælles styring

#### 5.2.1 Den uformelle dialog med de formelle repræsentanter

Interviewpersonerne påpeger, at det er i de formelle samarbejdsorganer, der kan træffes beslutninger og indgås aftaler om styring af den regionale praksissektor. Forudsætningen for en vellykket styring er derfor også en god dialog, et nært kendskab og en tillidsfuld relation med de personer, som sidder i disse organer. Den kontinuerlige dialog og sparring med praksisudvalgets repræsentanter betragtes som et vigtigt redskab for at undgå, at det kun er på de formelle møder i samarbejdsudvalget, at dialogen foregår. Flere af regionerne beskriver derfor, at de har et meget uformelt forhold til flere af lægernes formelle repræsentanter. Det vil sige, at de kan ringe og 'lufte' ideer og mødes uden for de formaliserede møderækker.

I Region Sjælland er denne løbende dialog med praksisudvalget systematiseret således, at der en gang i måneden afholdes et dialogmøde mellem regionens administration og formand og næstformand for praksisudvalget. Disse møder kan afklare diverse problemstillinger og bruges til forberedelse af samarbejdsudvalgsmøderne. Alle regioner har på den ene eller anden måde institutionaliseret den løbende dialog med lægernes repræsentanter uden for de formelle fora.

I Region Syd gennemførte man i perioden op til regionsdannelsen en række dialogmøder mellem de fire praksisudvalg, som skulle lægges sammen, og nøglepersoner fra regionens administration, som skulle overtage ansvaret fra området fra de tidligere amter. Formålet med disse møder var at nå til en fælles forståelse af de forskellige ønsker og forventninger, der fandtes til udviklingen af almen praksis og til det samarbejde, der fremadrettet skulle sikre denne udvikling. I vores interview med regionen nævnes dette initiativ som vigtigt i forhold til det samarbejds-klima, der har været i regionen siden. Disse møder er siden blevet videreført som forberedelsesmøder til møderne i samarbejdsudvalget i stil med ovenstående beskrivelse fra Region Sjælland.

### *5.2.2 Tillid*

Tillid er i henhold til interviewpersonerne et andet nøgleord i et godt samarbejde. Det handler om at få opbygget et godt og tillidsfuldt samarbejde med de lokale læger. Flere regioner beskriver, hvordan sammenlægningerne i forbindelse med kommunalreformen har betydet, at forskellige kulturer og traditioner i samarbejdet i de gamle amter har skullet finde sin form i de nye regioner. Overgangen fra amter til regioner har betydet, at nye personkonstellationer har skullet tegne relationen. Da tillid er meget afhængigt af det personlige kendskab til hinanden, har det i nogle regioner krævet en stor indsats og taget tid at opbygge det tillidsfulde forhold.

### *5.2.3 Kritik af 'ydelsesfiksering'*

Selvom regionerne fremhæver samarbejdet med de praktiserende læger som helt essentielt, beskriver de det også som udfordrende og på sine punkter besværligt. Det er en udbredt opfattelse blandt de regionale informanter, at det nuværende samarbejde med lægerne er præget af overenskomstens honorarlogik, der går ud på at udfordringer og opgaver, som skal løses, automatisk leder til en forhandling mellem de to parter om vilkårene og betalingen for disse opgaver. Det bevirker, at overenskomstens 'ydelsesfokus' let kommer til at gennemsyre de forhandlinger parterne har, når der skal findes løsninger på de lokale udfordringer.

Vores informanter erkender, at denne dynamik i relationen er opbygget over lang tid, og flere af dem karakteriserer deres egen rolle i dette som en 'sygekasse-tankegang', der i høj grad herskede i de tidligere amter. Med begrebet 'sygekasse-tankegang' menes, at der fra regional og især tidligere fra amtslig side har været et ensidigt fokus på at blive enige om, hvad der skal honoreres. Derefter har det været ren administration og blot at betale regningen.

Denne gamle sygekasse-tankegang er ved at blive afløst af et ønske blandt regionerne om i stadig større grad at kunne øve indflydelse på, hvordan ydelserne leveres. Alle fem regioner udtrykker et ønske om i højere grad at fokusere på, hvad der foregår inden for murene af almen praksis – ikke mindst er man interesseret i at fremme kvalitetsarbejde i almen praksis samt at fremme et godt samarbejde mellem almen praksis og de øvrige aktører på sundhedsområdet.

Denne forandring i den regionale tilgang til samarbejdet modsvarer ifølge regionerne ikke af en tilsvarende holdningsændring blandt lægerne. Derfor oplever regionerne, at lægerne har et stort fokus på honorering. Det vil sige, at al klinisk aktivitet skal honoreres, og hvis regionen har specifikke ønsker til udvikling af praksis, så mener lægerne, at der skal følge penge med. Dette ydelsesfokus afspejles af de aftaler, som er indgået i de godt tre år, regionerne har eksisteret. I kapitel 4 analyserer vi alle § 2-

aftaler, der er indgået i regionernes levetid, og analysen viser blandt andet, at 87 % af § 2-aftalerne indeholder et økonomisk instrument, og kun de færreste omhandler kvalitets- og udviklingsområdet.

#### *5.2.4 Implementering og opfølgning en mangel*

Den anden side af 'sygekasse-tankegangen' er, at når der er indgået en aftale om honorering af specifikke opgaver, så er regionens arbejde slut. Derefter drejer det sig blot om at udbetale honoraret, når lægerne benytter sig af det. Det er karakteristisk, at ingen af de fem regioner har indført et systematisk arbejde med at implementere og følge op på de aftaler, der indgås. Det vil sige, at regionerne fortsat primært har fokus på indgåelsen af selve aftalen. Det er til gengæld meget begrænset, hvad der bliver gjort for at følge op på de aftaler, der indgås. Det kunne dreje sig om en systematisk implementeringsindsats for at sikre, at aftalen bliver brugt, og det kunne dreje sig om en opfølgning og monitorering for at holde øje med, i hvilket omfang aftalen benyttes, og om det er efter hensigten.

Praksisudvalget og de ansatte konsulenter gør ofte en indsats for at udbrede kendskabet til aftalen, og regionerne udbygger til stadighed deres muligheder for at kommunikere med de enkelte lægepraksisser, men det er i vid udstrækning stadig op til den enkelte læge selv at opdage og benytte sig af de nye muligheder, aftalen giver.

Det betyder også, at regionerne generelt har et meget begrænset overblik over brugen af de forskellige § 2-aftaler. Det er primært på fornemmelser, når de udtaler sig om de forskellige aftalers succes eller fiasko. Flere regioner påpeger selv, at denne tilgang ikke er tilfredsstillende. I Region Syddanmark har de valgt at gøre op med den traditionelle tilgang. I fremtiden vil de indsætte beskrivelser af både implementeringen samt den efterfølgende evaluering i de § 2-aftaler, der nu bliver indgået i regionen. Samtidig vil de følge op på brugen af § 2-aftaler og opsiges de aftaler, der ikke nyder tilstrækkelig anvendelse.

#### *5.2.5 Forpligtende aftaler*

Aftaler, der indgås i forbindelse med overenskomstens § 2, har samme status som den resterende overenskomst og er dermed forpligtende for begge parter – både læger og regioner. Men informanterne i de fem regioner beskriver det som en stor udfordring at lave forpligtende aftaler med lægerne. Flere af de regionale informanter giver endda udtryk for, at § 2-aftalerne ikke opfattes som lige så bindende som overenskomsten, hvilket juridisk set ikke er korrekt. Rent juridisk kan regionerne og lægerne godt forpligte hinanden i en § 2-aftale, der indeholder ufravigelige krav og beskriver sanktioner, såfremt kravene ikke overholdes. Vores gennemgang viser, at denne type forpligtende aftaler i dag kun indgås, når de er målrettede ét eller få navngivne lægepraksisser, og når disse lægepraksisser har sagt god for aftalens forpligtende præmisser. Forpligtende aftaler, der dækker alle læger i en region, bliver derimod ikke indgået.

Når de regionale informanter efterlyser muligheden for at indgå forpligtende aftaler, er det altså udtryk for et ønske om at kunne indgå konkrete aftaler, der forpligter alle lægerne i regionen i forhold til, hvornår de skal udføre en opgave, og med hvilken kvalitet opgaven skal udføres. Denne type aftaler er der ikke tradition for at indgå. I flere af interviewene gives der udtryk for, at praksisudvalget primært vil medvirke til at aftale rammerne og betalingen for en opgave. De er til gengæld ikke villige til at binde deres medlemmer og vedtage sanktioner i forbindelse med lokale aftaler. Det skal være op til den enkelte læge selv at bestemme, i hvilket omfang de vil udføre de aftalte opgaver.

Regionerne efterlyser derfor en forhandlingspartner, der kan tage beslutninger på vegne af de læger, den repræsenterer. Og som efterfølgende bidrager til at sikre, at alle læger så også efterlever de aftaler, der er indgået.

Regionernes frustration over ikke at kunne indgå denne type forpligtigende aftaler skal ses i lyset af det nye fokus, hvor regionen godt vil have indflydelse på, hvilke opgaver der løses i almen praksis, og de vil samtidig gerne væk fra altid at blive mødt med et økonomisk krav, hver gang der skal ske noget i almen praksis. De oplever det som et fuldt legitimt ønske at kunne stille indholdsmæssige krav til de virksomheder, der leverer ydelser til regionen.

### *5.2.6 Kulturforskelle*

En anden barriere som nævnes ofte, er de store kulturforskelle, som hersker mellem lægerne og regionen. En af de faktorer, som nævnes ofte, er størrelsesforskellen på de to organisationstyper. Regionen kan let – sammen med sygehusene og kommunerne – opleves som store bureaukratiske organisationer af almen praksis. Det gælder især i forholdet mellem regionen og den enkelte lægepraksis. Mens beslutning og handling typisk er tæt koblet i en lille organisation som en lægepraksis, kan det være en tung og langsommelig proces for regionen. Den frustration, regionen oplever i forhold til trægheden, modvilligheden og langsommeligheden i at få kollektivet af praktiserende læger med på forandringer, modsvares af den frustration, som den enkelte læge kan opleve over netop det samme i relationen til regionen.

### *5.2.7 Kontrol*

Endelig kan regionens dobbeltrolle som samarbejdspartner og kontrolorgan godt opleves som en barriere for det tillidsfulde samarbejde. Det er blandt andet regionernes rolle i forhold til § 100-opgørelser, som kan give lægerne denne opfattelse. Hvis regionen opleves som kontrolorgan, der vil dunke lægerne i hovedet, så skader det den nødvendige tillid mellem parterne. Det forhindrer alle løsninger, som kræver, at almen praksis åbner sig op og afgiver information til regionen. Blandt andet i forbindelse med en række af de kvalitetstiltag, som regionerne godt vil sætte i gang, er der en diskussion om adgangen til kvalitetsdata. Frygten hos lægerne kan være, at data vil blive brugt til sanktioner og kontrol. I den sammenhæng understreger flere af regionerne vigtigheden af, at kvalitetsdata ikke bruges til at overvåge almen praksis. Formålet er derimod at få praksis til selv at arbejde med data.

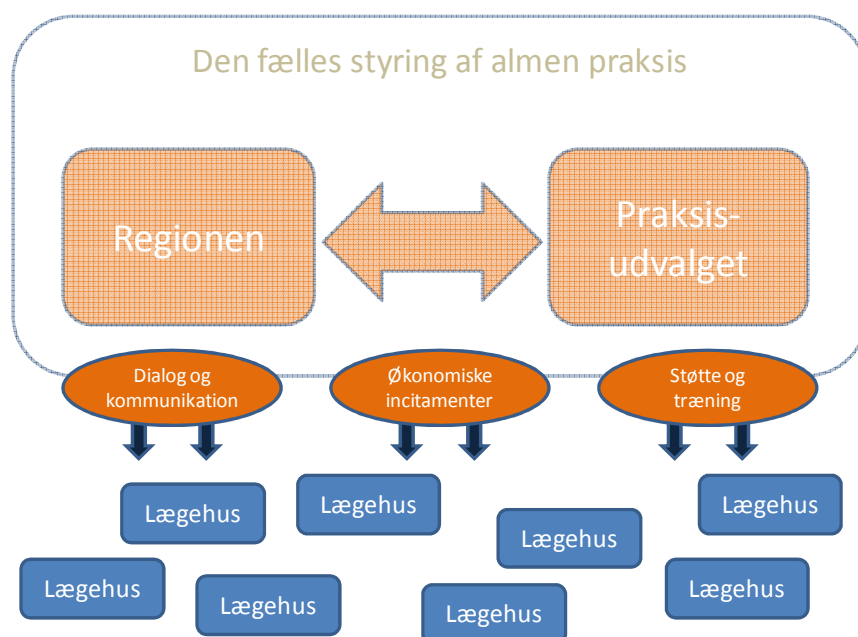


## 6. Styring i praksis

I dette kapitel ser vi nærmere på de mere specifikke styringsmæssige tiltag, der har været anvendt i de fem regioner. Vi giver først en beskrivelse af de tiltag, der anvendes indenfor kategorierne "dialog og kommunikation", "incitamentsstyring" og "støtte og træning". Bagefter redegør vi for regionernes erfaringer med og refleksioner over brugen af forskellige former for styringstiltag. Hvad virker, hvad er på vej frem, og hvad kan man overveje i fremtiden?

Figur 6.1 visualiserer kapitlets fokus på konkrete styringsmæssige tiltag rettet mod den enkelte lægepraksis.

Figur 6.1



- ◆ *Dialog og kommunikation:* Her der er fokus på tiltag, der benytter italesættelse og meningskabelse som værktøj til at påvirke lægepraksisserne i en bestemt retning.
- ◆ *Incitamentsstyring:* Økonomiske incitament er den mest udbredte form for styringstiltag over for almen praksis. Det drejer sig om tiltag, der søger at påvirke lægerne i regionen til at udføre bestemte opgaver eller have en bestemt adfærd ved at udvikle økonomisk belønning i den ene eller anden form.
- ◆ *Støtte og træning:* Endelig er der tiltag, som går ud på at tilbyde støtte eller træning til læger og praksispersonale, der kan få dem til at ændre adfærd i en bestemt retning.

### 6.1 Dialog og kommunikation

En grundlæggende udfordring i den regionale styring af almen praksis er, at praksissektoren består af en mængde små selvstændige organisationer. Det kan derfor være svært at sikre, at kommunikatio-

nen til og med de enkelte lægepraksisser fungerer optimalt. Det gælder både i forbindelse med de aftaler og beslutninger, regioner og læger vedtager i fællesskab i de forskellige samarbejdsorganer, og det gælder den direkte kommunikation, regionen har med de enkelte lægepraksisser i regionen.

Denne dialog og kommunikation med alle lægepraksisserne i regionen er af fundamental betydning, da en af de vigtigste forudsætninger for at kunne gennemføre de beslutninger, man træffer, er, at de bliver hørt og forstået. Det er svært at styre uden en god kommunikation.

Det er også vigtigt at vide, hvad der rør sig blandt de mange menige læger i regionen. De informanter, vi har talt med, skelner ofte mellem de såkaldte 'kasketfolk' og så alle de andre læger. Kasketfolket er de læger, der har forskellige formelle roller i samarbejdet med regionen. Det er ikke altid nok for regionerne at opnå enighed og forståelse med kasketfolket for at få gennemført nye tiltag i almen praksis. Derfor spiller direkte dialog med lægerne også en vigtig rolle. Dialog kan i denne forbindelse også handle om at styrke det gensidige kendskab og forståelsen på tværs af de forskellige parter, der skal samarbejde om at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet.

### *6.1.1 Værktøjskassen*

#### **Ildsjæle og brobyggere**

Alle regionerne har ansat praktiserende læger i forskellige former for konsulentstillinger. Konsulenterne virker både som sparringspartner for regionen, når nye ideer og tiltag skal beskrives i et sprog, der er tilpasset lægerne, og de hjælper regionen med at få budskabet ud til de øvrige praktiserende læger i regionen. Dermed fungerer disse læger som en slags brobyggere mellem region og de menige praktiserende læger.

Alle regionerne beskriver, hvordan de på forskellig måde bruger udvalgte praktiserende læger som spydspidser til at gå foran, skabe forandringer, og bygge bro til de øvrige praktiserende læger i regionen. De beskriver også, hvordan relationen til disse læger typisk er baseret på forskellige faglige dagsordner. En af vores informanter påpeger, at det netop er dette faglige udgangspunkt for dialogen, der gør den så frugtbar. En anden forklarer, at regionen kan komme med en overordnet strategi, når den vil noget nyt, men så overlade det til engagerede læger at udvikle og konkretisere ideerne. Så bliver det langt nemmere at få andre læger med. I flere af regionerne har man forsøgt sig med at lade én klinik være foregangseksempel for nye tiltag, og har derefter brugt konsulenter til at formidle den "gode historie" ud i regionens øvrige praksisser.

Den rette italesættelse af regionens ideer og ønsker bliver netop hjulpet på vej med denne tilgang. En informant fortæller, hvordan de første udkast til regionens kronikerstrategi var formuleret i et administrator-sprog og med begreber, som var helt utilpasset lægernes virkelighed. Ved i næste fase at inddrage ildsjælene – konsulenter og andre engagerede læger – bliver begreber og sprog 'oversat', så det også giver mening for lægerne, og det er forudsætningen for at de vil 'adoptere' planen.

#### **Dialogmøder**

Flere af regionerne har benyttet sig af at arrangere deciderede dialogmøder, hvor det er muligt for regioner og læger – og eventuelt andre inviterede parter – at diskutere og udveksle synspunkter omkring fremtiden for almen praksis. Det er sket i forskellige anledninger i de forskellige regioner.

I Region Nordjylland er der arrangeret dialogmøder mellem almen praksis og hospitalerne i forbindelse med udviklingen af kræftpakkerne. Den metode, de udviklede i denne forbindelse, er blevet videreført i forbindelse med hjertepakkeforløbene og bruges nu også til at holde dialogmøder på kommunalt niveau om forløbsprogrammerne for kronikere.

Region Sjælland har ligeledes arrangeret såkaldte 'gå hjem møder' i forbindelse med udrulningen af kræft- og hjertepakkerne. Desuden har regionen benyttet sig af dialogmøder med lægerne i et konkret område i forbindelse med lokal lægemangel med henblik på at finde en fælles løsning for de pågældende patienter. I Region Hovedstaden blev der gennemført fire dialogmøder i løbet af 2009, hvor region, kommuner og almen praksis i hvert af de fire planområder blev inviteret.

Det kan variere, i hvor høj grad det lykkes at få praksis til at deltage i disse dialogmøder, og det varierer også, i hvor høj grad det lykkes rent faktisk at skabe dialog og samtale mellem de forskellige dialogpartnere på møderne. I vores case i kapitel 7 beskriver vi tiltaget i Nordjylland og analyserer, hvordan de har søgt at opnå reel læring og dialog på de møder, de afholder.

### **Informationssystemer**

Det er kommunikationen med de praktiserende læger, der er i højsædet i den bløde styring – at kunne få regionens budskaber ud til lægerne. Praksisstrukturen med mange små selvstændige organisationer, hvor lægerne er travlt optaget med at passe deres patienter, gør, at det kan være svært at få effektive og velfungerende kommunikationskanaler ud til almen praksis. Det handler for det første om at finde det rette medie, som rent faktisk når de praktiserende læger. For det andet handler det om at pakke informationen, så den er formuleret let tilgængeligt, og i et sprog de praktiserende læger kan forholde sig til. Endelig er det vigtigt, at udvælgelsen af informationen er skarp, så det bliver relevant for lægerne.

Tre af regionerne har placeret deres information til de praktiserende læger på en særlig underside på sundhed.dk (11), hvor en række informationer til almen praksis samles. Det gælder Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Midt.

Region Midt fremhæver i vores interview med dem, at det er blevet et vellykket kommunikationssystem, der er puttet mange ressourcer i at få til at fungere. Redaktionen foretages i fællesskab mellem konsulenterne og regionens administration. Her samles også nyheder fra praksiskonsulenterne, der er målrettet lægerne i regionen. Så godt som samtlige praktiserende læger i regionen abonnerer nu på informationen derfra. Det er enstrengt, således at al information kommer ud denne vej. Kombinationen af de mange budskaber fra regionen – eksempelvis en ny beskrivelse af hjertepakkeforløb – med nyheder fra praksiskonsulenterne fungerer rigtig godt. Ved at lade konsulenterne omtale og henvise til nye tiltag, er der en langt større chance for, at lægerne faktisk læser det, vurderer vores informanter. Mange af disse pointer, som bliver nævnt af informanterne i Region Midt, gælder også for de øvrige regioner. Både Region Sjælland og Region Hovedstaden, som også benytter sundhed.dk, beskriver tilsvarende tilgange til informationen til de praktiserende læger.

I Region Nord har man valgt at placere al informationen på en selvstændig hjemmeside, som huses af regionens kvalitetsenhed for almen praksis – Nord-KAP<sup>6</sup>. Det er således praksiskonsulenterne og kvalitets- og efteruddannelsesenhederne, der fremstår som afsender og omdrejningspunktet for regionens informationsindsats over for de praktiserende læger. Det skal signalere mere ejerskab til informationen og kommunikationen hos de praktiserende læger selv.

I Region Syddanmark har man valgt en anden strategi. Her er der opbygget et samlet informationssystem for hele det samarbejdende sundhedsvæsen under betegnelsen 'VisInfoSyd.dk'. Her kan såvel praksis, kommune og sygehuse finde sundhedsfaglig information fra regionen. Ideen er her at kunne kommunikere samlet om en række af de tiltag, som går på tværs af sektorerne. Samtidig er signalværdien, at almen praksis er en del af det samlede sundhedsvæsen.

---

<sup>6</sup> [www.praksisinformation.n.dk](http://www.praksisinformation.n.dk).

## Controlling

Den type statistiske analyser, som regionerne gennemfører i forbindelse med § 100- og § 101a-opgørelserne, kan generelt benyttes til at monitorere forbruget i praksissektoren. Disse analyser – som i en af regionerne betegnes som 'controlling' – gennemføres af alle regioner og kan danne grundlag for at specifikke forbrugsmønstre, der ikke anses for hensigtsmæssige, påtales over for lægerne i regionen. Det kan for eksempel dreje sig om en laboratorieydelse som testning for d-vitamin-indholdet i blod i sommermånederne. Ifølge evidensen på området burde det kun være nødvendigt i meget begrænsede situationer, men hvis opgørelsen viser, at der er sket en stærk stigning, kan regionen iværksætte en informationsindsats, der påpeger, at denne praksis ikke er hensigtsmæssig.

Vi har i afsnit 2.1.3 beskrevet § 100 og § 101a som et monitoreringsinstrument med indbyggede sanktionsmuligheder. De analyser af forbruget, som ligger bag, kan dog også ses som et værktøj i dialogen og kommunikationen med de enkelte praktiserende læger. Analyserne giver mulighed for, at regionen kan tage konkrete spørgsmål, som analyserne rejser, op i forskellige sammenhænge og fora. Den kan informere om u hensigtsmæssige forbrugsmønstre i sin kommunikation med lægerne og den kan bede konsulenterne om at nævne konkrete udfordringer i forbindelse med besøg i praksis. Denne dialog og kommunikation kan have en effekt på lægernes adfærd.

## Aftaler om dialogprocesser

Der foregår naturligvis løbende en uformel kommunikation, information og dialog mellem regionen og de praktiserende læger. Vi har oven for beskrevet de omfattende tiltag, regionerne gør i forhold til deres informationssystemer i forhold til de praktiserende læger. Men selve processen og rammerne for dialogen kan være mere eller mindre forpligtende og ad hoc-præget. I Region Sjælland har vi fundet et interessant eksempel på en formel aftale – i § 2-regi – der beskriver dialogprocesser og principper i forhold til et specifikt område: rational farmakoterapi (12). Aftalen rummer ingen økonomiske incitamenter (bortset fra muligheden for at ansætte enkelte konsulenter til facilitering af dialogen). Til gengæld beskriver aftalen udførligt de tiltag, regionen vil foretage, og de metoder der kan benyttes til denne dialog – også med de enkelte lægepraksisser.

## 6.2 Incitamentsstyring

Overenskomsten åbner mulighed for, at regionerne på lokalt niveau kan benytte incitamentsstyring over for de praktiserende læger ved at indgå aftaler med lægerne om betaling, der honorerer konkrete opgaver eller fremmer en specifik adfærd blandt lægerne (5). Denne type aftaler indgås som § 2-aftaler mellem regionen og det regionale praksisudvalg. Aftalerne kan rumme specifikke ydelsestakster, der udløses ved, at lægen behandler patienten i forhold til de retningslinjer, der er beskrevet i § 2-aftalen. Nogle §2-aftaler omfatter tilskud eller løn, der ikke er afhængige af patientbestemte behandlinger. I afsnit 4.3 har vi analyseret brugen af § 2-aftaler på tværs af regionerne og vist, hvilke mønstre der er i brugen af forskellige økonomiske incitamenter i de aftaler, der er indgået. I 'værktøjskassen' nedenfor vil vi beskrive de forskellige typer af økonomiske tilskud, regionerne kan vælge imellem, hvis de vil benytte økonomiske incitamenter.

En meget vigtig pointe, når man taler om regionernes mulighed for at benytte økonomiske incitamenter, er dog, hvor pengene skal komme fra. Her er det vigtigt, at kommunalreformen fratog regionernes mulighed for selv at øge deres indtægter gennem skatteudskrivning. Regionernes budget er således fastlåst, og øgede udgifter et sted i systemet skal modsvares af besparelser andre steder i systemet.

Helt overordnet kan man skelne mellem tre typer finansiering af tiltag. Pengene kan komme fra regionens eget budget – det vil sige det bloktilskud regionen modtager, og som forhandles i økonomiaftalerne med regeringen.

Pengene kan også komme fra overenskomsten. Den største pulje til konkrete tiltag i regionerne er de midler, som afsættes til kvalitets- og efteruddannelse – de såkaldte KEU-midler. Der kan også være tale om midler på den enkelte læges efteruddannelseskonto. Fælles for de midler, der er aftalt i overenskomsten, er, at det er en del af den fælles styring at beslutte, hvordan de skal benyttes.

Endelig kan regionerne få tilført særlige puljemidler fra staten, som er målrettede konkrete projekter. Denne type midler er altid tidsbegrænsede, og der er ofte en del bureaukrati involveret i at få fat i disse midler. Et aktuelt eksempel på midler, der er fordelt på denne måde, er de ret omfattende kronikerpuljer, som regionerne har kunnet søge i 2009, og som er til udbetaling til projekter fra 2010-2012<sup>7</sup>.

Den værktøjskasse, vi beskriver nedenfor, tager ikke stilling til, hvor pengene skal komme fra, men ser blot på hvilke virkemidler, regionen kan vælge imellem, hvis den ønsker at bruge økonomiske incitamenter.

### *6.2.1 Værktøjskassen*

#### **Ydelsestakster**

Den traditionelle metode i værktøjskassen for økonomiske incitamenter er ydeshonorering. Der er tale om at definere en særlig ydelse og fastsætte en takst for udførelse af ydelsen. Denne metode afspejler modellen i landsoverenskomsten, hvor der er en række tillægsydelser til de grundhonorarer, som gives for standardkonsultationerne. Regionerne kan på denne måde fremme en særlig opgave ved at give lægerne et ekstra økonomisk incitament til at udføre den. Som det er tilfældet i landsoverenskomsten, er der heller ikke i de lokale aftaler eksempler på, at der beskrives særlige situationer, hvor lægerne forpligter sig til at udføre den beskrevne opgave. Det er således stadig op til lægerne selv at vurdere, om de ønsker at udføre opgaven til den givne honorering.

#### **Tilskud til enkelte, få eller flere praksis**

Specifikke tilskud til enkelte, få eller flere praksis er det andet primære instrument i den økonomiske incitamentskasse. Der er meget stor variation i, hvordan dette instrument kan benyttes.

Tilskuddet kan være mere eller mindre målrettet mod et specifikt formål i praksis. I vores analyse af de eksisterende § 2-aftaler ser vi en mangfoldighed af meget specifikke formål, som der kan gives tilskud til. Men der er også en række eksempler på, at regionerne giver uspecifikke tilskud uden angivelse af formål. Det drejer sig typisk om tilskud til læger, der er tæt på pensionsalderen, og hvor tilskuddet skal belønne dem for at blive i praksis i længere tid. I flere af regionerne har man også, typisk grundet lægemangel, valgt at udleje lokaler, give en indtægtsgaranti eller salgsgaranti for den pågældende praksis

Tilskuddet kan også være mere eller mindre målrettet i forhold til, hvem der får det. I de nuværende aftaler er tendensen, at regionerne ikke indgår aftaler, der indeholder generelle tilskud, som alle praksis kan få, hvis de lever op til kriterierne. Tilskud er på nuværende tidspunkt et instrument, der målrettes konkrete praksis.

---

<sup>7</sup> Staten har i alt afsat 590 millioner kroner til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme. Både kommuner og regioner har haft mulighed for at søge penge fra kronikerpuljen (13).

Der er dog to interessante undtagelser, som viser, at tilskud også kan benyttes på en anden måde. I Region Syddanmark har regionen indgået en aftale med lægerne, der beskriver de grundlæggende principper og kriterier for modtagelse af tilskud, der kan modvirke lægemangel. Det er dog fortsat nødvendigt med en konkret forhandling med regionen, før den enkelte praksis kan opnå tilskuddene.

I Region Midtjylland er regionen og lægerne blevet enige om at bruge tilskudsinstrumentet til at belønne deltagelsen i et udviklingsforløb. Denne aftale rummer en helt ny brug af tilskudsinstrumentet, og det beskriver vi derfor mere indgående som sit eget instrument i næste afsnit.

### **Implementeringsydelse**

Region Midt har som den eneste region taget initiativ til en ny type incitamentsbetaling – en implementeringsydelse (14). Incitamentet skal belønne praksis i regionen for i en periode at medvirke til implementeringen af nye behandlings- og organiseringsmetoder i almen praksis. Aftalen er kædet sammen med en samlet satsning på kronikerområdet med titlen 'Kronikerkompasset'.

Implementeringsydelsen er på 24.000 kroner for den første fuldtidslæge og 10.000 kroner for hver af de efterfølgende fuldtidslæger i en deltagende praksis. Den bliver givet i tre rater over tre år, og udløber automatisk efter den treårige projektperiode. Pengene kommer fra KEU-puljen, mens det samlede kronikerprojekt også støttes af midler fra statens kronikerpulje. I kapitel 9 kan du læse en nærmere beskrivelse af 'Kronikerkompasset', der er et af de tiltag, vi har udvalgt som en særlig interessant case.

### **Honorering for konsulentarbejde og deltagelse i udviklingsarbejde**

Der er en række § 2-aftaler, som på forskellig måde beskriver ansættelsen af konsulenter eller aflønning af praktiserende læger for udviklings- og organisationsarbejde for regionen. Fælles for disse aftaler er, at lægerne aflønnes med en timeløn for udførelsen af dette arbejde. Selve timelønnen kan variere fra aftale til aftale og fra region til region. I Region Hovedstaden er der desuden indgået en § 2-aftale, der honorerer lægerne i den enkelte lægepraksis for at modtage besøg af en udviklingskonsulent i forbindelse med udrulningen af forløbsprogrammerne eller en af regionens medicinkonsulenter (15).

Region Hovedstaden (16) og Region Sjælland (17) har indgået § 2-aftaler, der beskriver deres brug af praksiskonsulenter. I de øvrige regioner er disse konsulenter ikke reguleret i en § 2-aftale, men ansat på anden vis. I Region Syddanmark har man benyttet en formel ansættelse med ansættelseskontrakt og funktionsbeskrivelse, så også her sker aflønningen af konsulenterne på timebasis (18).

## **6.3 Støtte og træning**

En lægepraksis er en lille organisation med få ansatte. Den er typisk meget fokuseret på drift og på at levere de ydelser og løse de opgaver, der er forbundet med patientansvaret. Det er speciallæger i almen medicin, der leder og driver organisationen, og det er således den lægefaglige ekspertise, som er i højsædet.

Udvikling og forandring af organisationen, ledelse af ansatte, optimering af driften er alle opgaver, som for det første ikke er kernefagligheder, der er repræsenterede i en typisk lægepraksis, for det andet er det også opgaver, som det kræver overskud og ressourcer at løse. Det kræver altså både en viden og en indsats, som ofte ikke er i højsædet i en typisk lægepraksis. Det kan derfor være en stor udfordring for lægepraksisserne at imødekomme de forventninger til forandring og udvikling, de bliver mødt med.

I alle regioner er der i dag en række konsulenter ansat, som kan bistå de praktiserende læger med en række forskellige koordinations- og udviklingsopgaver, men det er et område, hvor der er stor aktivitet i regionerne, og hvor mange er i gang med en oprustning.

Alle regioner benytter sig af praksiskonsulentordninger – i daglig tale kaldet PKO. PKO består i dag af flere former for regionalt ansatte konsulenter (19). Der er Praksiskoordinatoren, der skal bidrage til at sikre et godt samarbejde og forenkle kommunikationsgangen mellem praksis, hospitaler og kommuner, og praksiskonsulenterne der består af praktiserende læger, der bl.a. arbejder med at formidle og bearbejde rekommandationer fra de forskellige samarbejdspartnere, således at det bliver forståeligt og anvendeligt i relation til almen praksis.

Til implementeringen af IT, samt kvalitetsudviklingen af systemer der skal bidrage til det gode patientforløb, benytter regionerne sig af datakonsulentordningen. Datakonsulenterne har blandt andet medvirket til det høje niveau af digitalisering, som vi finder i den danske praksissektor sammenlignet med andre lande med en sammenlignelig praksissektor. I dag spiller datakonsulenterne en særlig rolle på kronikerområdet, hvor de i flere regioner er inddraget i udbredelsen og forbedring i anvendelse af ICPC-kodning, der fremadrettet skal benyttes til stratificeringen af kronikerpopulationen.

Alle regioner har tilknyttet lægemiddel- og laboratoriekonsulenter, der har til opgave at gavne kvalitetssikringen og udviklingen af rational farmakoterapi og laboratoriemedicinske undersøgelser. Begge konsulenttyper er ansat som direkte undervisere og benytter sig blandt andet af praksisbesøg til efteruddannelsen af de praktiserende læger.

De seneste år er en ny type konsulenter begyndt at vinde frem i regionerne, som decideret har fokus på udvikling af organisation, ledelse og kvalitetsudvikling. Selvom alle de ovenstående konsulenter i høj grad også har haft til opgave at påvirke praksis til forandringer i både organisation og arbejdsmetoder, er det relativt nyt at ansætte såkaldte praksisudviklingskonsulenter. Alle regioner har benyttet sig af dette i varierende grad – ofte i forbindelse med midlertidige projekter.

I dette afsnit har vi særligt fokus på tiltag, der er målrettet støtte og træning til lægepraksisser, der har til formål at ændre deres organisation, ledelse og kvaliteten i deres opgaveløsning. Til disse opgaver kan mange af de eksisterende konsulenter blive inddraget og givet nye opgaver, men i de fleste regioner betyder tiltag på disse områder også ansættelsen af nye konsulenter.

### *6.3.1 Værktøjskassen*

#### **Gennembrud for kronikerprogram**

*Kronikerkompasset (Region Midt):* Kronikerkompasset er Region Midtjyllands program for forbedring af kronikerindsatsen i regionen. Det består både af en støtte- og træningsindsats samt et nyudviklet økonomisk incitament, en såkaldt implementeringsydelse, der skal belønne lægerne for at følge støtte- og træningsprogrammet. De overordnede mål for Kronikerkompasset er, 'at understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder i forhold til patienter med kroniske lidelser' og 'understøtte LEON princippet ved at sikre, at alle kroniske patienter behandles på rette sted i sundhedsvæsenet' (20). Det betyder, at deltagende praksis skal implementere minimum et af de tre regionale kronikerforløbsprogrammer (diabetes, KOL og hjertekarsygdom), og samtidig skal de tilegne sig 'generelle arbejdsmetoder', der gør dem i stand til at implementere de øvrige forløbsprogrammer hurtigt. Du kan læse mere om 'Kronikerkompasset' i den casebeskrivelse vi har lavet af tiltaget i kapitel 9.

#### **Organisations- og ledelsesudvikling i praksis**

*LUP (Region Midt):* I Region Midt har der de seneste par år været gennemført en formaliseret praksisrettet lederuddannelse for praktiserende læger i regionen (21). Den består af to dages internat, flere

hele kursusdage og gruppeaftener i løbet af et år. Kurset retter sig mod læger, som ønsker at udvikle sig som leder og udvikle sin egen praksis. Kurset skal hjælpe de læger, der oplever en stigende arbejdsmængde, og på den baggrund har brug for at øge sit praksispersonale. Lægerne kan deltage uden andre forudsætninger. En vigtig del af kursusforløbet er etableringen af et velfungerende netværk mellem de læger, der er inddelt i de i alt 5-6 grupper, holdet består af. Det kollegiale netværk skal give mulighed for sparring af erfaringer inden for ledelse, personale og klinikdrift.

En miniudgave af kurset tilbydes også DGE-grupper eller andre sammenslutninger af læger.

*Team SydPOL (Region Syddanmark):* Kernen i dette tiltag er at yde målrettet konsulentbistand til enkelte praksis, som skal lede til udvikling af organisation og ledelse i almen praksis. Tiltaget er baseret på midler fra KEU (22). Projektet fokuserer på følgende områder:

- ◆ Bistand i forbindelse med omlægning af arbejds gange med bedre systematik som mål
- ◆ Faglig udvikling i forbindelse med organisationsudvikling (eks. implementering af beslutninger)
- ◆ Personaleudvikling og teamdannelse på tværs af faggrupper.

Ordet 'team' kommer af, at der sammensættes et særligt team af konsulenter – alle rekrutteret blandt praktiserende læger med særlige kompetencer i organisering og ledelse – som kan gennemføre praksisbesøg og understøtte praksis i at udvikle organisationen.

SydPOL står for Syddanmark Praksis Organisation Læring. Der er således fokus på organisation og læring – mere specifikt kan det dreje sig om trivsel, samarbejde, teamstruktur, arbejds gange, omstrukturering, intern kommunikation m.v. Du kan læse mere om Team SydPOL i den casebeskrivelse, vi har udarbejdet i kapitel 8.

## **Praksisbesøg**

*Konsulentbesøg i praksis:* Flere regioner tilbyder konsulentbesøg til praksis enten i projektform som i Region Nordjylland med projektet 'Praksis i Udvikling' (19) eller som faste tilbud i form af § 2-aftaler. I Region Hovedstaden har projekterne været understøttet af § 2-aftaler, der honorerer lægerne for at modtage besøgene. Denne type praksisbesøg med henblik på udvikling benyttes også i de ældre ordninger med data- og laboratoriekonsulenter. Metodisk varierer tilgangene. I nogle projekter, som det omtalte i Nordjylland, tages udgangspunkt i en analyse af praksis og dens udviklingsbehov. 'Praksis i udvikling' er nu afsluttet, og slut-evalueringen har vist, at deltagerne vurderer metoden meget positivt. Der er dog ingen effektmål på projektet ud over tilfredsheden og oplevelsen med metoden blandt de deltagende praksis (23).

*Gensidigt praksisbesøg (GPB):* Siden 1997 har flere amter og senere regioner benyttet forskellige versioner af metoden gensidigt praksisbesøg (19). Region Syddanmark har blandt andet erfaring med metoden fra et tidligere projekt, hvor man benyttede metoden til at sikre opfølgning på patientevalueringer.

Metoden går ud på, at to praktiserende læger, der ikke sidder i samme praksis, går sammen og gæster hinandens lægepraksisser som gensidige konsulenter. Formålet med metoden er at efteruddanne og kvalitetssikre almen praksis igennem fælles intern kontrol. Lægerne får derfor ikke besøg af eksterne organisationskonsulenter, men rådgiver igennem intern kollegial sparring. Områder, der kan være i fokus ved gensidigt praksisbesøg, kan være klinikens arbejds gange eller indretning, brug af personale, arbejdsrytme m.m.

Den praktiserende læge, der er på besøg i en ekstern lægepraksis, bliver typisk kompenseret med et fast aftalt beløb, der udbetales af regionens Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg (24).



## Praksis matrix

Praksis matrix er et udviklingstiltag, som blev benyttet i et projekt i 2006-2008 i de tidligere Københavns, Frederiksborg og Århus amter. Praksis matrix er en særlig udgave af et praksisbesøg, hvor formålet er at få hele lægepraksissen til at samarbejde om udviklingen af praksis. Metoden består af et struktureret forløb, hvor en facilitator understøtter en diskussion i lægepraksissen på baggrund af et screeningsværktøj, hvor deltagerne skal vurdere praksis ud fra 11 kvalitetsdimensioner med hver otte udviklingstrin. På baggrund af deltagerne diskussion hjælper den eksterne facilitator – der selv er praktiserende læge – med at skabe konsensus om lægepraksissens udviklingsgrad, hvorefter deltagerne skal aftale konkrete udviklingsmål for det kommende år og udpege tovholdere med ansvar for at igangsætte udvikling af de valgte indsatsområder. Efter et år gentages processen, således at resultaterne af årets arbejde dokumenteres, samt at der kan udpeges nye udviklingsmål. Den gennemførte evaluering af metoden viser, at der blandt deltagerne er stor tilfredshed med metoden. Men konklusionen er alligevel, at legitimitet og nytte af kvalitetsudviklingsredskaber ikke er nok til at sikre forbedringer i daglig kommunikation og samarbejde i en almen praksis. Der er behov for en tovholder til at yde løbende bistand og bidrage med inspiration (19; 25).

Praksis matrix tilbydes stadig som gratis konsulentydelse i blandt andet Region Midt.

## Tiltag på efteruddannelsesområdet

Såvel Region Syddanmark som Region Nord har gjort en særlig indsats for at systematisere indsatsen på efteruddannelsesområdet i forbindelse med overtagelsen af vejledningsansvaret i 2008. De har blandt andet taget tiltag til at fremme oprettelsen af DGE-grupper (grupper for Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse – tidligere kendt som 12-mandsforeninger) og tilbyde dem konsulentbesøg og fælles uddannelsesstiltag.

I Region Nordjylland er det planlagt at integrere efteruddannelsesvejlederne, der har til formål at støtte DGE-grupperne, med kvalitetsenheden Nord-KAP (26). Formålet er at systematisere samarbejdet omkring udviklingen af nye uddannelsesinitiativer.

I Region Midt har man i august 2009 lanceret EVaP-projektet, der har til formål at synliggøre efteruddannelsesstilbud samt præge efteruddannelserne, så de dækker de mange kompetencer, almen praksis råder over (27).

## Støtte til sammenlægning

*Fusionspraksis:* Region Midtjylland arbejder målrettet på at støtte etablering af større praksisenheder igennem organisations- og visionsudvikling (28). Fusionspraksisprojektet er et forsøg på at støtte lægepraksisser, der fusionerer eller planlægger et samarbejde. Lægepraksisser, der deltager i projektet, tilbydes støtte fra kvalitetskonsulenter med baggrund i hhv. almen praksis og Region Midtjyllands praksisudviklingsenhed.

Projektet har to yderligere målsætninger. Projektet skal høste erfaringer fra fusioner, der senere skal udmunde i en vejledning til planlægning af samarbejde eller fusion i almen praksis, samt undersøge hvilken effekt fusioneringen har for kvalitet og arbejdsmiljø for praksispersonale og læger.

*Støtte til lokaler og flytning:* Flere af regionerne benytter sig af forskellige former for støtte til etablering af de rette fysiske rammer i forbindelse med etableringen af bæredygtige praksis. I Region Sjælland har regionen aktivt medvirket til at skabe de rette fysiske rammer for eksempel gennem ombygning af tidligere hospitalsbygninger i Kalundborg. I flere af regionerne iværksættes denne type projekter i fællesskab med de kommuner, hvor der er lægemangel, og tiltaget er et led i en rekrutteringsstrategi. Det var eksempelvis tilfældet i Ishøj Kommune i Region Hovedstaden (29). I Region Syddan-

mark er al støtte til fastholdelse og rekruttering bundet op på målsætningen om bæredygtige praksis. Et af de virkemidler, der findes i støtte-pakken er flytte- og huslejetilskud, som gives, hvis lægen medvirker til, at ydernummeret i fremtiden kan indgå i en bæredygtig flerlægepraksis (30).

### **Årlige udviklingsdage**

*Praksisdag:* Region Nordjylland, Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland afholder en årlig tilbagevendende praksisdag, der arrangeres af kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og finansieres af midler fra efteruddannelsesfonden og de regionale Kvalitets- og Efteruddannelses Udvalg. Praksisdagen har til formål at samle læger og praksispersonale fra lægepraksisser i regionen til en samlet udviklingsdag, hvor man formidler aktuel viden og erfaringer.

Praksisdagene er delt op i fælles præsentationer og opsplittede sessioner, hvor deltagerne selv vælger, hvilke sessioner de finder mest relevant for deres eget arbejdsområde.

Både Region Sjælland og Region Nordjylland betegner deres afholdte praksisdage som en stor succes, hvor det til de seneste to afholdte praksisdage er lykkedes at tiltrække en stor andel af de praktiserende læger. Hos Region Syddanmark kan man ved den seneste evaluering også finde stor begejstring hos deltagerne, der på en skala fra 1-5, hvor 5 er mest positiv, i gennemsnit har valgt at afgive karakteren 4,8 (31).

## **6.4 Regionale erfaringer med styring i praksis**

I dette afsnit vil vi se nærmere på regionernes oplevelser og erfaringer med de forskellige værktøjer, de kan benytte til at fremme regionens mål med almen praksis. Afsnittet er baseret på interview med de fem regioner. Afsnittet gengiver interviewpersonernes overvejelser og holdninger til brug for gensidig inspiration regionerne imellem.

### *6.4.1 Styrken i dialog og kommunikation som styring*

Et gennemgående tema i interviewene med de fem regioner er, at dialog og kommunikation som metode fremhæves som en dyd og en nødvendighed. På den ene side efterlyser regionerne stærkere instrumenter til at få lægepraksisserne til at ændre adfærd på de ønskede områder. På den anden side fremhæver flere af interviewpersonerne også den store styringsmæssige fordel ved dialog og kommunikation. Blandt andet er forankringen af beslutningerne stærkere, hvis det lykkes at gennemføre den gennem dialog, end hvis man har dikteret løsningen. En pointe, der går igen i flere af interviewene, er, at det også kan være svært for regionen at styre hospitalslægerne, selvom de formelt set har helt andre beføjelser til det. Der bliver lavet mange planer og beslutninger, men de flytter ikke nødvendigvis den konkrete adfærd på gulvet ude på sygehusene. Chancen for at opnå denne adfærdsændring er langt større, hvis man har taget dialogen.

### *6.4.2 Fraværet af implementering og evaluering*

I alle regioner er der en oplevelse af, at det halter med såvel implementeringen som med evalueringen af de aftaler, som indgås med almen praksis – blandt andet i § 2-regi. Det giver sig blandt andet udslag i, at aftalerne typisk ikke forholder sig eksplicit til, hvordan de nye tiltag bliver implementeret og omsat til konkret ændret adfærd (det gælder dog i mindre grad aftaler indgået med enkeltpraksis, hvor der er flere eksempler på, at man faktisk har forholdt sig til dette spørgsmål).

Vores informanter beskriver det fortsat som en stor udfordring at få denne tradition ændret. I forløbs- og kronikerprogrammerne er det lykkedes at inddrage både kommuner, hospitaler og almen praksis i en konstruktiv dialog om ansvarsfordeling og organisering af behandlingen for en række specifikke

patientgrupper. Det er der blevet en række velgennemtænkte aftaler ud af bl.a. i region Midtjylland, hvor man igennem udarbejdelsen af kronikerprogrammet har opnået en fælles patientforståelse på tværs af almen praksis, kommune og hospital. Men flere af regionerne påpeger, at det er en stor udfordring også at forholde sig eksplicit til implementering af aftalerne. Regionerne er dog opmærksomme på dette, og der er i flere af dem ambitiøse ideer til, hvordan der kan rettes op på denne mangel. Netop forløbs- og kronikerprogrammerne har i flere regioner potentialet til at blive de første markante forsøg med støtte og træning som styringsstrategi.

Nødvendigheden af implementering kommer bl.a. til udtryk i Region Syddanmark, der beskriver udarbejdelsen af en aftale som værende 10 %, hvor de resterende 90 % består af implementeringen. Især gør dette sig gældende i de § 2-aftaler, hvor der ikke indgår en honorarydelse. Fraværet af det økonomiske incitament nødvendiggør, at en intensiv formidling af det faglige indhold i aftalerne når ud til alle læger i regionen.

Flere regioner er kommet med tiltag, der skal følge op på brugen af § 2-aftaler. I region Syddanmark er man begyndt at beskrive implementeringen og udarbejdelsen af den efterfølgende evaluering i de § 2-aftaler, der bliver indgået over for lægen. Men kendetegnende er det stadigvæk, at det ikke er en naturlig del af det at indgå en aftale at få gennemtænkt, hvordan man kan sikre, at aftalen efterfølgende også bliver gennemført i praksis af alle parter.

#### *6.4.3 Fraværet af ressourcer*

Erkendelsen af, at der er et stort behov for i højere grad at gå ind på dette område, er til stede i alle regioner. Den store udfordring for regionerne er, at i og med der ikke er tradition for denne type tiltag, er der heller ikke hverken ekspertise eller ressourcer til massivt at gå ind på området. Især ressourcerne til en markant indsats mangler. De penge, der er sat af til almen praksis, går til udbetaling af ydelser til lægerne. Det stigende forbrug og fraværet af muligheder for at påvirke dette forbrug betyder, at regionerne er stærkt pressede i forhold til omkostningsstyringen af almen praksis. I denne sammenhæng er det overordentligt svært for regionerne at finde midler til massivt at satse på en ny og omkostningstung opgave på praksisområdet.

I Region Hovedstaden var der i 2009 afsat 1,8 millioner kroner til at støtte sårbare områder og udvikle flerlægepraksisser – det rækker ikke langt, som en af informanterne konstaterer. I Region Nordjylland er der ansat omkring to årsværk til arbejdet med at støtte praksis i udviklingsarbejdet – det sammenligner en af informanterne med de ca. 35 personer Ålborg Kommune har ansat til udvikling og konstaterer tilsvarende, at med så få ressourcer er det begrænset, hvor langt man kan nå.

#### *6.4.4 Ensidigt fokus på læger*

Den indsats, som finder sted i dag i forhold til regional støtte og træning af almen praksis, har især koncentreret sig om opbygningen af en række konsulentordninger, hvor praktiserende læger med særlig interesse i udvikling er blevet ansat til at støtte og træne andre praksis i udviklingsarbejdet.

Princippet har helt overvejende været peer-to-peer-træning. Flere regioner påpeger, at det blandt andet skyldes lægernes modtagelighed over for den form for indblanding, der ligger i at ville støtte og træne dem. Regionerne oplever generelt en afvisende holdning fra lægerne, når det kommer til andre fagligheder end deres egen. Hvis man vil have praktiserende læger til at lytte, kræver det, at man får andre praktiserende læger til at levere budskabet. På den ene side har regionerne en stor forståelse for, at andre praktiserende læger har langt nemmere ved at tilpasse og målrette budskaberne til den virkelighed, de praktiserende læger opererer i. Omvendt er dette ensidige fokus på peer-to-peer-støtte også stærkt begrænsende. For det første mister lægerne muligheden for den læring og inspiration, det ville kunne give at få input fra andre fagligheder end den lægelige – det kunne eksempelvis være

advokater, revisorer eller organisationskonsulenter med ekspertise i forandring og udvikling. For det andet er det begrænset, hvor mange læge-ressourcer man kan hive ud af almen praksis for at fungere som rådgivere og udviklere. Der er lægemangel, og en af pointerne med at ville udvikle almen praksis er netop at øge kapaciteten, derfor nytter det jo ikke noget at rekruttere mange flere praktiserende læger til udviklingsenheder, hvis det betyder, at disse personer så ikke længere kan praktisere.

Derfor er der i flere af regionerne en diskussion af muligheden for at ændre denne tilgang og øge brugen af andre fagligheder i arbejdet med udvikling af almen praksis. Flere informanter fortæller dog, at de møder en vis modstand fra lægernes repræsentanter i forhold til en sådan omprioritering. Lægerne er fortsat generelt meget skeptiske over for at få andre end læger ind som rådgivere – i hvert fald når det er lægernes centrale repræsentanter, der forhandles med. Dette er også et af de områder, hvor regionen oplever almen praksis' afvisning af forpligtende aftaler. De praksis, som særligt har brug for udvikling, vil ofte også være dem, der ikke selv tager initiativ til det. Derfor vil regionerne godt kunne stille krav til praksis om deltagelse i udviklingsarbejdet, men den slags krav til egne medlemmer er praksisudvalgene ikke villige til at medvirke til.

#### *6.4.5 For lidt systematik og plan i konsulentordninger*

Den nuværende indsats over for almen praksis består som beskrevet i høj grad i de eksisterende konsulentordninger. Selvom der er stor tilfredshed og ros til det arbejde, som leveres af konsulenterne, er der også en opfattelse af, at arbejdet ikke er systematisk, fokuseret og planlagt nok. Der er en tendens til at ansætte de bedste lokale folk og så overlade en stor del af ansvaret og prioriteringen til dem. Det betyder, at den støtte og træning, som bliver ydet til praksis, ofte har en høj kvalitet – men det betyder også, at den står og falder med den enkelte konsulents ekspertise og interesse.

Hvis indsatsen i forhold til træning og støtte skal løftes væsentligt, kræver det, at der bliver lavet systematiske planer for, hvordan indsatsen organiseres og tilrettelægges. At der udvikles mere professionelt materiale og støtteværktøjer til at formidle budskaberne og den nye viden. Og endelig at der er en plan for, hvordan man kan nå ud i de enkelte praksis med støtten og træningen.

Set fra regionens synsvinkel skal støtten og træningen supplere og styrke den indsats og de visioner, man har for almen praksis. Det vil sige, at der er brug for at koordinere det arbejde, som konsulenterne udfører, så det er målrettet netop de prioriteringer, regionen har på det givne tidspunkt. Kun på den måde kan man få det optimale ud af indsatsen. Konsulenterne er ikke nødvendigvis afvisende over for denne form for styring af deres arbejde, men det vil kræve et større fokus og mere systematisk indsats fra regionernes side, end der er tradition for. Dog er der flere steder en stigende tendens til netop at forsøge sig med en sådan målretning af konsulenternes arbejde.

#### *6.4.6 Støtte og træning på vej frem*

På trods af de mange barrierer og forbehold, som er beskrevet oven for, er der klart en massiv interesse i alle regionerne for at gøre mere på dette område. I flere af regionerne er der allerede sat end- og meget ambitiøse projekter i søen, der netop har karakter af støtte og træning til almen praksis.

Det er især de midler, der er bundet til forløbsprogrammer og kronikerindsatsen, som regionerne benytter som udgangspunkt for disse satsninger. Netop kronikerstrategierne og forløbsprogrammerne har været pionerområder i forhold til regionernes stærkt øgede interesse for selve indholdet i arbejdet i almen praksis. Det er på disse områder regionerne begynder at stille konkrete krav til lægerne om at præstere i forhold til en øget proaktiv, planlæggende og populationsorienteret tilgang til patienterne. Det er på disse områder, hvor regionerne vil have mere indsigt i, hvilken kvalitet behandlingen foretages med, og hvilke resultater der opnås.

Kombinationen af den øgede interesse i arbejdet i almen praksis og frie puljemidler til at investere i området betyder, at det især er på kronikerområdet, at regionerne nu er begyndt at benytte strategien med støtte og træning i almen praksis for at opnå deres mål om udvikling i en specifik retning.

Flere af regionerne peger på to interessante erfaringer med indsatsen på dette område. For det første udspringer tiltagene af et fokus på kvalitet og lægefaglig indsats. Udgangspunktet for arbejdet med kronikerstrategier og forløbsprogrammer har været fagligt, og målet har været at udarbejde planer for så god en indsats over for patienterne som muligt. For det andet har arbejdet været organiseret i nye samarbejdsfora i form af de faglige grupper i regi af sundhedsaftalerne, der har arbejdet på tværs af sektorerne med udvikling af programmerne. Tilsammen har det betydet, at det er lykkedes i vid udstrækning at styre uden om mange af de fagpolitiske og overenskomstmæssige logikker, som ofte præger samarbejdet med de praktiserende læger.

Den styrkede indsats i forhold til støtte og træning er dog ikke forbeholdt de projekter, der relaterer sig til puljemidlerne. Der er generelt et fokus i flere af regionerne på at tænke støtte og træning langt mere ind i tilgangen til almen praksis, og på flere områder er der nye tiltag i gang, som vi vil se nærmere på i næste afsnit.



## 7. Strukturerede dialogmøder

Vi har i dialog med Danske Regioner udvalgt tre tiltag, som fremstår som særligt perspektivrige, fordi de ved interview er fremhævet som særligt lovende og/eller som tiltag med særlig gode resultater. Vi har for i hvert fald disse tre tiltag foretaget en mere detaljeret beskrivelse af tiltagenes formål, virkemidler, virkemidler til implementering, effekt, finansiering og barrierer. I dette kapitel redegøres for analysen af det første af disse tre tiltag. Det gælder de strukturerede dialogmøder, der i en række forskellige sammenhæng har været anvendt i Region Nord. Beskrivelsen er baseret på interview med nøglepersoner i Nord-KAP<sup>8</sup>, Kronikerenheden<sup>9</sup> samt relevante personer i Regionens administration.

### 7.1 Formål

Det overordnede formål med strukturerede dialogmøder som metode er at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og de øvrige sektorer. Anledningen skal omhandle en konkret fælles udfordring, hvor der er behov for fælles forståelse for grænseflader og samarbejdsrelationer. Det er kommunikation og dialog omkring de organisatoriske og praktiske aspekter af konkrete planer, der er under implementering.

I forhold til samarbejdet mellem hospitaler og lægepraksisser har der været afholdt dialogmøder i forbindelse med såvel kræftpakkerne og hjertepakkerne. I forhold til samarbejdet mellem kommuner og lægepraksisser har der været afholdt dialogmøder, der skulle forbedre samarbejdet om kronikerbehandlingen i forbindelse med forløbsprogrammerne.

Den primære målgruppe for dialogmøderne er almen praksis, som skal opnå en følelse af ejerskab og kendskab til de opgaver, som følger af konkrete planer – her tværsektorielle forløbsbeskrivelser, kræft- og hjertepakker. De strukturerede dialogmøder skal sikre, at lægepraksisserne spiller deres rolle så godt som muligt i forhold til de pågældende patientforløb – det vil sige, at de rigtige patienter bliver henvist (hverken for få eller for mange), og at henvisningerne er gode.

Ud over disse helt konkrete formål med dialogmøderne er der en række sidegevinster, som man er meget opmærksom på, at møderne også kan bidrage til. Det drejer sig om at øge synligheden mellem parterne på tværs af sektorgrænserne. Dialogmøderne kan medvirke til øget gensidig forståelse mellem de praktiserende læger og sygehusene/kommunerne. De kan lede til en bedre forståelse for de behov, muligheder og kompetencer, der findes hos dialogpartneren. Parterne kan sammen opnå en bedre forståelse for de barrierer, der opstår i samarbejdet med dem, og de kan sammen finde praktiske løsninger på nogle af disse.

### 7.2 Virkemidler

*Mødernes form og deltagere:* Møderne afholdes lokalt rundt om i regionen enten med udgangspunkt i et hospitals optageområde eller på kommunebasis. De foregår enten om eftermiddagen eller om aftenen og løber over 2,5 til 3 timer.

Den primære målgruppe er lægepraksisserne. Der er typisk mellem 20-50 lægepraksisser til hvert dialogmøde med sekundærsektoren. Det varierer, om der deltager flere læger fra en praksis, og om

<sup>8</sup> Nord-KAP er Region Nordjyllands kvalitetsenhed for almen praksis.

<sup>9</sup> Kronikerenheden er en tværsektoriel implementeringsorganisation, som er etableret med henblik på at implementere kronikerprogrammer i Region Nordjylland. Både kommuner og regionen står bag enheden.

praksispersonalet også er med. Især på de dialogmøder, der har været afholdt på kommunalt niveau, har der deltaget en del praksispersonale.

Den primære dialogpartner har på møderne om pakkeforløb været speciallægerne fra de relevante hospitalsafdelinger. På møderne om kræftpakkerne var der tale om en række forskellige specialer, og der var ca. 3-5 speciallæger med på møderne, mens det for hjertepakkerne var lidt færre (ca. 1-2).

På de kommunale dialogmøder har den primære dialogpartner været det kommunale sundhedsvæsen. Typisk deltager minimum en person 'med stjerner på' – det kan for eksempel være sundhedschefen i kommunen. Det er med til at give mødet tyngde. Desuden deltager en række af de kernemedarbejdere, som til daglig står for samarbejdet med almen praksis i forhold til kronikerne.

Desuden medvirker en eller flere af de fagpersoner fra Kronikerenheden og Nord-KAP, der har udviklet dialogmøderne som koncept. De fungerer som facilitatorer og oplægsholdere på møderne.

*Mødernes indhold:* Møderne er altid struktureret omkring en konkret plan, som er under implementering. På de møder, der har været afholdt, har det drejet sig om:

- ◆ Kræftpakkeforløb
- ◆ Hjertepakkeforløb
- ◆ Forløbsprogrammer for kronisk syge.

Det kliniske indhold og de anbefalinger, som følger af disse tre tiltag, er blevet udarbejdet i en række faglige udvalg, hvor såvel speciallæger som praktiserende læger har deltaget. Dialogmøderne handler ikke om udvikling eller formidling af selve det kliniske faglige indhold i planerne. Derimod er fokus på det organisatoriske omkring implementeringen af planerne og de praktiske udfordringer i at få dem til at fungere i praksis.

Mødernes program er opbygget således, at der indledes med nogle korte indlæg, der kridter banen op: Hvad er den organisatoriske og samarbejds-mæssige udfordring som følge af denne plan. Det er det såkaldte organisatoriske videnselement i dialogmøderne. Disse oplæg står henholdsvis specialister, kommunale folk eller konsulenter for.

Næste punkt på møderne er selve dialogdelen. Den tager udgangspunkt i en række konkrete cases, som bliver udarbejdet til dialogmødet. Casene er alle strategiske patientcases, der kan belyse grænsefladeproblematikker og gråzonetilfælde i det samarbejde, der skal op og stå mellem sektorerne på det pågældende område. Dialogen foregår typisk i små grupper med en efterfølgende opsamling i plenum.

Såvel cases som oplæg er udviklet i et samarbejde mellem praksiskonsulenterne i Nord-KAP, de eksperter, som har stået for udviklingen af programmerne, samt pædagogiske eksperter fra regionens uddannelsesenhed. I udviklingen af de kommunale møder har Kronikerenheden spillet en afgørende rolle. Det er en særlig organisation, som er oprettet i samarbejde mellem Region Nordjylland og kommunerne i regionen, og som har fået ansvar for implementeringen af forløbsprogrammer i regionen.

De pædagogiske principper har fundamental betydning for succes af et dialogmøde. Alle oplægsholdere og facilitatorer skal have en forståelse for, at det ikke må blive længerevarende envejskommunikation. Alle oplæg skal holdes nede på omkring 15-20 minutter. Casebeskrivelserne skal være gode og inspirere til dialog, og de deltagende 'dialogpartnere' til de praktiserende læger skal være indstillet på at lytte konstruktivt og medvirke til at finde løsninger på de problemstillinger, der bliver identificeret.



### 7.3 Virkemidler til implementering

Hvis man vil benytte dialogmøder i den model som er udviklet i Region Nordjylland som metode, er der en række konkrete opgaver, som skal udføres, for at metoden kan fungere. Det kan inddeles i udviklingsopgaver, planlægningsmæssige opgaver samt rekruttering af deltagere.

*Udviklingsopgaver:* For at dialogmøderne kan virke, kræver det involvering af en række forskellige aktører i udviklingen af indholdet til møderne. Det er vigtigt, at det faglige indhold er i orden, og det er vigtigt, at der er tænkt over forløbet på mødet, så der stimuleres til reel dialog mellem de deltagende parter. I Region Nordjylland har det betydet, at det indholdsmæssige er blevet udarbejdet af nøglepersoner fra udviklingen af de konkrete pakkeforløb eller forløbsprogrammer, nøglepersoner fra Nord-KAP med indgående kendskab til de praktiserende læger og kompetencer i facilitering samt nøglepersoner fra uddannelsesenheden (de gamle efteruddannelsesvejledere) for praksissektoren, som har gode pædagogiske kompetencer og et særligt kendskab til målgruppen blandt de praktiserende læger.

*Planlægningsmæssige opgaver:* Den konkrete planlægning af de enkelte møder har regionen taget sig af i forhold til dialogmøderne om pakkeforløb, mens det har været kommunerne og de kommunale lægelaug, der har stået for planlægningen i forbindelse med kommunemøderne.

Ud over det rent praktiske med booking af lokaler, forplejning og udsendelse af invitationer er det vigtige i forbindelse med den formelle planlægning af møderne, at 'afsenderen' af invitationer er de rette. I forbindelse med de første dialogmøder omkring kræftpakkeforløbene gik forhandlingerne med praksisudvalget om honorering for deltagelse i møderne i hårdknude og praksisudvalget var derfor ikke med som afsender af invitationen til møderne. Det blev der løst op for i forbindelse med hjertepakke-møderne, og det er en klar pointe, at en vigtig forudsætning for et godt dialogmøde er, at begge dialogparter er med til at invitere.

De kommunale dialogmøder om forløbsprogrammerne bliver arrangeret i samarbejde med det lokale lægelaug og kommunen. Indholdet er som ovenfor beskrevet udviklet i et samarbejde mellem Kronikerenheden og Nord-KAP, men indholdet på det konkrete møde og selve forløbet for det aftales med det lokale lægelaug og kommunen, så det også er deres ønsker og prioriteringer, som former indholdet. De praktiske opgaver ligger her hos kommunerne.

*Rekruttering af deltagere:* For at et dialogmøde kan siges at være en succes, er det af fundamental betydning, at det lykkes at få de praktiserende læger til at komme til møderne. Det er blandt andet her, det er vigtigt, at invitationen og opfordringen til at deltage også kommer fra lægernes egne repræsentanter i henholdsvis praksisudvalg og lægelaug.

I forbindelse med møderne omkring pakkeforløbene besluttede regionen også at betale lægerne for at deltage. Møderne blev lagt om eftermiddagen i praksis' åbningstid, og det indtægtstab lægerne ville få, indvilgede regionen i delvist at dække gennem honorar for deltagelse. Forhandlingerne om honorarets størrelse gik dog i hårdknude og blev først endeligt vedtaget af begge parter i forbindelse med hjertepakkeforløbene. De kommunale dialogmøder ligger om aftenen, og her har parterne accepteret ikke at kompensere lægerne for deres deltagelse.

### 7.4 Effekt

Succesen af møderne kan opdeles i, hvor godt det er lykkedes at få de praktiserende læger til at deltage i møderne, og så i det udbytte lægerne har fået ud af deltagelsen.

*Omfang og deltagelse:* Der er på nuværende tidspunkt afholdt otte dialogmøder mellem hospitaler og praktiserende læger – fire møder i forbindelse med kræftpakkerne og fire møder i forbindelse med hjertepakkerne – og to møder mellem kommuner og de praktiserende læger. Der er desuden planlagt et yderligere dialogmøde med en kommune i regionen, mens fem kommunemøder er i støbeskeen. Det har været regionens målsætning at afholde dialogmøder med 10 af regionens 11 kommuner inden udgangen af 2011<sup>10</sup>. Det er dog ikke sikkert, det vil nås.

Møderne om kræftpakker var de første, der blev afholdt i 2008. Her deltog i alt 99 ud af de daværende 205 lægepraksisser med i alt 116 læger. Regionens succeskriterium havde været, at de skulle nå halvdelen af lægepraksisserne, og der var dermed tilfredshed med resultatet. Til hjertepakke-møderne, der blev afholdt i 2010, lykkedes at tiltrække 122 læger. Der har fordelingen dog været anderledes, da kun 82 af de nu 199 praksis i regionen var repræsenteret. Der har altså været flere lægepraksisser, hvor flere læger har deltaget, men til gengæld færre lægepraksisser i alt.

På de to afholdte kommunemøder har opbakningen været tilsvarende. Til det ene møde kom ni ud af kommunens 17 læger (53 %), og på det andet møde var det 13 ud af kommunens 21 læger, der deltog (62 %). Det er således til begge møder lykkedes at tiltrække over halvdelen af lægerne.

*Udbyttet af møderne:* Der har ikke været gennemført nogen evaluering eller systematisk opfølgning på dialogmøderne. Det er derfor svært for regionen at dokumentere effekten af møderne. De har kun deres egne indtryk og opfattelser at basere en vurdering af udbyttet af møderne på.

De informanter, vi har talt med, beskriver samstemmende et positivt indtryk af effekten af dialogmøderne. Læger, der har deltaget i et dialogmøde, får et øget kendskab til pakkeforløbene, og de får afklaret en række af de gråzoneproblematikker, der kan være. Det betyder, at de kan blive mere nuancerede i deres tilvalg og fravalg af brugen af pakkeforløbene. De kan blive mere trygge i forhold til henvisningssituationen, og de kan blive bedre til at informere patienterne om, hvad de kan forvente af forløbet på hospitalet.

Desuden betoner alle informanter de indirekte effekter af møderne. Da de bliver afholdt lokalt enten med hospitalet eller kommunen, betyder det, at de praktiserende læger lærer hospitalslægerne eller personerne bag de kommunale sundhedstilbud i deres eget område bedre at kende. De får sat ansigt på nogle personer. Her er metoden med gruppediskussioner omkring cases meget vigtig – det er denne metode, der betyder, at praktiserende læger kommer i reel dialog med deres parter på den anden side af sektorgrænsen. Møderne har på denne måde været med til at fjerne nogle myter og slibe nogle kanter af mellem de forskellige parter.

En informant påpeger, at kvaliteten i møderne er størst, når man har fået den praktiske organisering bag tiltaget på plads inden mødet. Nogle af møderne om forløbsprogrammerne for kronikere blev afholdt før de rette systemer med henvisninger mellem lægepraksisser og kommuner var blevet afklaret. Denne type barrierer gør udbyttet af møderne mindre.

## 7.5 Finansiering

Omkostningerne i forbindelse med afholdelse af dialogmøder kan inddeles i fire kategorier:

- ◆ Honorarer til lægerne for deltagelse
- ◆ Honorering til speciallæger, undervisere og konsulenter for deltagelse i møderne
- ◆ Honorarer til egne konsulenter for udviklingsarbejde
- ◆ Administration – herunder leje af lokaler og forplejning.

<sup>10</sup> Da Læsø kommune er meget lille og har meget få læger, er den undtaget fra denne målsætning.

*Honorarer til læger for deltagelse:* På dialogmøderne mellem hospitaler og praktiserende læger (om kræft- og hjertepakkerne) modtog lægerne et honorar for deltagelse. Det var på 2.500 kroner per læge. På kræftmøderne – hvor der deltog 116 læger – bliver denne udgift således 290.000 kroner. På Hjertemøderne deltog i alt 122, og det giver en udgift på 305.000 kroner. På de kommunale dialogmøder bliver der ikke udbetalt honorar, og derfor spares denne omkostning.

*Honorarer til speciallæger, undervisere og konsulenter for deltagelse i møderne:* Til dialogmøderne om kræftpakkerne deltog en del forskellige speciallæger og praksiskonsulenter for de specifikke områder, mens det til hjertepakkerne var lidt færre. Omkostninger til honorarer til speciallæger, undervisere og konsulenter var derfor relativt høje til møderne om kræftpakker – ca. 183.000 kroner, mens det for hjertepakkerne beløb sig til ca. 87.500 kroner. Honorarerne til de kommunale møder begrænser sig til de praktiserende lægers koordinatore fra Nord-KAP.

*Udviklingsomkostninger:* Det har kun været muligt at få et estimeret budget for udviklingsomkostningerne til kræftpakke-møderne. Her var omkostningen 88.000 kroner. De øvrige møder har formentlig været billigere at udvikle, da meget af konceptet var færdigudviklet. Men til hvert nyt møde skal der udvikles nye cases, og der vil være en del planlægning for at sikre den rette pædagogiske tilgang.

*Administration:* Administration af kurserne i form af udsendelse af invitationer, leje af lokaler, forplejning med videre har i forbindelse med møderne omkring kræftpakker beløbet sig til ca. 40.000-50.000 kroner. Det omfatter også omkostninger til den tid, de regionsansatte bruger på administration af møderne. Vi har ikke estimeret omkostningerne for de øvrige møder, men det ligger formentlig i det leje for at arrangere fire dialogmøder.

Som det fremgår, er dialogmøder langt fra en billig metode – især ikke når der skal udbetales honorarer til de praktiserende læger for deres deltagelse. Vores informanter understreger derfor, at det er vigtigt, at metoden bruges målrettet på områder, hvor dialogen kan gøre en stor forskel. Desuden understreger de relativt store omkostninger også vigtigheden af at investere ressourcer i udviklingen af den pædagogiske metode, som anvendes på møderne, så udbyttet bliver så godt som muligt.

## 7.6 Barrierer

Vores informanter understreger, at det er alfa og omega, at der er politisk ejerskab til møderne. Det gælder såvel indholdet og de budskaber, som bliver formidlet, og de vilkår mødet bliver afholdt under. Det er vigtigt, at der er god stemning og opbakning til møderne, og det bliver der kun, hvis alle politiske parter står bag invitation og budskab. Derfor kan dialogmøderne ikke bruges i situationer, hvor tingene er gået i hårdknude, eller hvor der er dybe uenigheder eller konflikt. Dialogmøderne er ikke en metode til at løse den type modsætninger og konflikter.

En anden barriere for dialogmøderne kan være vanskelighederne ved at motivere dialogparterne til at deltage. Det gælder såvel praktiserende læger som specialisterne på sygehusene. Til de første møder var det en særlig udfordring at motivere sygehuslægerne til at deltage. Der er ikke tradition for på hospitalerne at inddrage almen praksis i det arbejde, som udføres internt på sygehusene. Men da det er de praktiserende læger, der leverer patienterne, er de ofte vigtige parter og en potentiel del af løsningen. Det er vores informanters oplevelse, at det blev nemmere at rekruttere hospitalslæger til møderne, efter de første møder havde været afholdt, da hospitalslægerne oplevede at få et stort udbytte ud af møderne.



## 8. Kronikerkompasset

Det andet tiltag, som vi i dialog med Danske Regioner har udvalgt som særligt perspektivrigt, er Kronikerkompasset – Region Midtjyllands program for forbedring af kronikerindsatsen i regionen. Tiltaget beskrives i dette kapitel med udgangspunkt i samme hovedoverskrifter som analyserne af de øvrige tiltag, det vil sige med beskrivelser af tiltagets formål, virkemidler, virkemidler til implementering, effekt, finansiering og barrierer. Beskrivelsen er baseret på skriftligt materiale fra regionen samt interview og e-mailkorrespondance med relevante regionale nøglepersoner.

### 8.1 Formålet

Kronikerkompasset er Region Midtjyllands program for forbedring af kronikerindsatsen i regionen. Det består både af en støtte- og træningsindsats samt et nyudviklet økonomisk incitament, en såkaldt implementeringsydelse der skal belønne lægerne for at følge støtte- og træningsprogrammet (32).

Hovedformålet med kronikerkompasset er, at det skal medvirke til at implementere forløbsprogrammer for diabetes, KOL og hjertekarsygdomme i så vidt muligt alle lægepraksisser i regionen. Tiltaget kører i tre år, og ved afslutningen skal alle deltagende praksis have implementeret og taget i brug mindst et af de tre forløbsprogrammer. Derudover skal hver lægepraksis igennem forløbet tilegne sig nye metoder til forandringsskabelse og fremtidig implementering af nye tiltag (20). Kronikerkompasset skal dermed også understøtte udbredelsen af de resterende forløbsprogrammer samt bidrage til en generel mere dynamisk praksissektor, der hurtigere kan tilegne sig nye arbejdsmetoder og organisationsforandringer (32).

Formålet med implementeringsydelsen er at honorere lægerne for deltagelse i det forandringsprogram, regionen har tilrettelagt. Det skal fremme rekrutteringen af læger til projektet og sikre, at de investerer tid og ressourcer i at gennemføre de ønskede forandringer. For at modtage tilskuddet forpligter lægerne sig til at følge programmet og medvirke aktivt til forandringen (20).

Der er hentet stor inspiration til projektkonceptet i provinsen British Columbia i Canada, hvor man i en periode på 5-6 år har genoplivet den almene lægepraksis, samt forbedret dens relationer til de styrende myndigheder igennem omfattende og målrettet fokus på kvalitetsudvikling blandt andet med fokus på kronikeromsorgen (33).

### 8.2 Virkemidler

Der er en række forskellige virkemidler i projektet 'Kronikerkompasset', som skal lede til den ønskede forbedring af kronikerindsatsen i regionen og den ønskede opkvalificering af lægepraksissernes evne til organisationsforandringer. Vi vil beskrive de fem vigtigste virkemidler under overskrifterne:

- ◆ Fra forløbsprogram til forandringskatalog
- ◆ Kronikerdata
- ◆ Forberedelsespakke
- ◆ Kontinuerlige forbedringer – organisationsforandring i praksis
- ◆ Kursus til praksispersonale.

### 8.2.1 Fra forløbsprogram til forandringskatalog

Forudsætningen for projektet er de tre forløbsprogrammer for henholdsvis diabetes, KOL og hjertekar-sygdom, som er blevet udviklet i en generisk form på nationalt plan og senere fuldt udfoldet tilpasset de lokale forhold i en række regionale arbejdsgrupper (20). Dette arbejde er blevet gennemført i alle fem regioner, og i økonomiaftalen for 2009 og 2010 er der afsat 590 millioner kroner i puljemidler til implementering af disse forløbsprogrammer (13). 'Kronikerkompasset' er Region Midtjyllands største satsning i forhold til at få forløbsprogrammerne ud i almen praksis.

Tankegangen i et forløbsprogram er at beskrive den samlede tværsektorielle indsats for en patient-gruppe, og dermed sikre en fælles standard for udredning, behandling, kontrol og opfølgning. Pro-grammerne tager udgangspunkt i de kliniske vejledninger, men forholder sig også til hele det organi-satoriske set up i forhold til behandlingen (34). Det vil sige, hvem der tilbyder hvad til hvilke patienter. På baggrund af forløbsprogrammerne har regionen udarbejdet en række forløbsbeskrivelser, der er målrettet almen praksis, og som beskriver udrednings-, henvisnings- og opfølgningssprocedurer i sam-arbejdet mellem almen praksis, hospital og kommune.

Med disse beskrivelser er der truffet en række klare beslutninger om opgave- og rollefordeling, og der er taget stilling til, hvad der forventes af almen praksis på disse sygdomsområder. Det næste spørgs-mål er, hvordan man sikrer, at læger og praksispersonale i de enkelte lægepraksisser får ændret deres daglige praksis, så de kan udfylde deres rolle i programmerne godt. Det er tanken, at Kronikerkom-passet skal være katalysator for denne forandring.

Til det formål har regionen udarbejdet et såkaldt 'forandringskatalog' for hvert af de tre programmer (20). Det er praksiskoordinatorer og kliniske eksperter for hver af diagnosegrupperne, der har udar-bejdet de tre kataloger. Katalogerne er baseret på program- og forløbsbeskrivelser, kliniske guidelines samt andet relevant materiale. Katalogerne beskriver ikke, hvordan lægerne *skal* arbejde, derimod indeholder de helt konkrete forslag til forandringstiltag, man kan gå i gang med for at forbedre indsats-en for den pågældende patientgruppe. For eksempel forslag om at udarbejde procedure for stratifi-cering af diabetespatienterne, eller forslag til at udarbejde egen standard for 'Den gode samtale efter AKS', der indeholder en tjekliste og en spørgeguide (ref. de tre forandringskataloger).

Forandringskatalogerne danner udgangspunkt for det forbedringsarbejde, som de lægepraksisser, der tilmelder sig Kronikerkompasset, skal arbejde videre med.

### 8.2.2 Kronikerdata

Kronikerdata er et datafangstsystem, som trækker data fra alle de databaser, regionen har adgang til (35). Det vil sige:

- ◆ Sygesikringssystemet
- ◆ Laboratoriesystemet på sygehusene
- ◆ Medicinsystemet i sygesikringen
- ◆ Sygehusdata.

Et vigtigt system, som ikke er omfattet, er lægernes egne elektroniske patientjournaler. Dem har regi-onen ikke adgang til, og derfor er data herfra ikke med. Men kronikerdata indhenter data fra alle de nævnte systemer og opbygger et samlet register over patienterne i regionen. Ved hjælp af en række komplicerede algoritmer, kan systemet beregne sandsynligheden for, at en patient med den pågæl-dende dataprofil lider af en kronisk sygdom. Systemet kan også give en vurdering af, hvor godt regu-leret patienten er. Systemet er udviklet i tæt samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Region Midtjylland (35).

På baggrund af disse beregninger får alle læger en opgørelse over patienterne på deres patientliste med angivelse af, hvilke patienter, systemet vurderer, lider af en kronisk sygdom, og hvilke patienter der har behov for en forbedret indsats.

Denne opgørelse skal lægerne validere ved at sammenholde oplysningerne med lægens egne data. Det kan hjælpe lægen til at få overblik over egen kronikerpopulation. Hvis der er tale om en patient, som lægen ikke har set for nylig og ikke har diagnosticeret med den pågældende sygdom – KOL, diabetes eller hjertekarsygdom – tager lægen stilling til, om patienten ved førstkommande lejlighed bør vurderes. Derefter kan oplysningerne i Kronikerdata valideres eller korrigeres af lægen (35).

Fremadrettet vil systemet konstant overvåge patienterne, og lægen vil få rapporter, hver gang en patient bliver fanget af systemet. Det kan være, hvis en blodprøve viser en blodsukkerværdi, der er for høj, eller hvis en patient får ordineret medicin, der er forbundet med en kronisk sygdom. Når en ny patient indskrives hos lægen, vil patientlisten også blive opdateret med tidstro (systemet opdateres hvert døgn) oplysninger om den pågældende patient (35).

Kronikerdata rulles i første omgang ud i almen praksis. Udviklingen har derfor indtil videre haft fokus på at designe feedback-systemet – den opgørelse, der viser patientoplysningerne for den enkelte læge eller de enkelte lægepraksisser, så det er så anvendeligt og velegnet som muligt for de praktiserende læger. Men i løbet af efteråret 2010 går regionen i gang med at tilpasse systemet, så det også kan levere data-feedback til hospitaler og kommuner, som er tilpasset deres behov (35).

Som beskrevet er kronikerdata på nuværende tidspunkt ikke koblet sammen med lægernes egne elektroniske journalsystemer. DAK-E har udviklet et datafangstmodul – kaldet 'Sentinel' – som er baseret på lægernes elektroniske patientjournaler, og som kan give populationsdata og overblik til lægen. Forudsætningen for, at dette datafangstmodul fungerer, er, at lægerne ICPC-koder deres patienter – i hvert fald for de pågældende sygdomskategorier. Som en del af Kronikerkompasset indvilger regionens læger i, at de vil ICPC-kode på de tre sygdomsområder, som indgår i projektet. Det betyder, at når en lægepraksis har været igennem projektet, burde den også kunne få gavn af det datafangstmodul, som DAK-E har udviklet.

Regionen ønsker på sigt at koble kronikerdata sammen med data baseret på DAK-E's datafangstmodul. Dermed kan andre aktører i patientforløbet – hospitalsambulatorier samt kommunale sundhedstilbud få adgang til fælles data. Vores informant i Region Midtjylland beskriver denne ide som 'fælles data om den fælles patient'. Det vil betyde at alle behandlere i patientforløbet kan se, hvor godt 'vi i fællesskab' klarer behandlingen af den pågældende patient.

### *8.2.3 Kontinuerlige forbedringer – organisationsforandring i praksis*

For det første er det formålet, at lægepraksisserne i løbet af projektperioden skal blive bedre til at organisere arbejdet i praksis, så de kan handle proaktivt ud fra analyser af deres patientpopulation. Det betyder, at de deltagende praksis indfører procedurer og værktøjer, som gør, at de kan få overblik over deres population af patienter – det vil sige, at de indfører de rette værktøjer (kronikerdata og Sentinel) (20). Det betyder, at de skal organisere deres arbejde, så der er sat tid af til at analysere data og planlægge ud fra det.

Det er regionens håb, at når lægerne har taget disse værktøjer i brug, så vil de i højere grad proaktivt kunne indkalde relevante patienter, som ikke ses ofte nok ("hov – jeg kan se, at denne patient ikke har været her til sine kontroller, og blodsukkeret er for højt – hende må jeg have ind i til et besøg"), og at de omvendt kan benytte denne form for elektronisk overvågning til også at fange patienter, der kommer for ofte, og som er for uregulerede ("hov – jeg kan se, at denne patient har været i praksis 15 gange i løbet af det seneste år – det går ikke, det må vi da have styr på").

Der skal laves en arbejdsdeling, så både planlægningsarbejdet og behandlingen af patienterne bliver udført så effektivt som muligt. Det vil typisk sige, at der skal udarbejdes procedurebeskrivelser for opgavefordelingen på en række af rutineområder. I forhold til det førnævnte populationsoverblik kan det være, at det er praksispersonalet, der skal oplæres i at udføre en del af dette analysearbejde. I forhold til de kroniske patienter kan det dreje sig om at få lavet klare procedurebeskrivelser og vejledninger for arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale for de tre kronikerområder(32).

Endelig er det tanken, at de deltagende lægepraksisser i projektperioden skal opøves i forandringsmetoder, som vil gøre det nemmere for dem i fremtiden at indføre nye tiltag. Det drejer sig om metoder, som kendes fra Institute of Health Care Improvement's (IHI) forbedringsmodel, som vi beskriver lidt nærmere i afsnit 8.3 om virkemidler til implementering.

#### 8.2.4 Forberedelsespakke

For at forberede lægepraksisserne på arbejdet på de fire læringssamlinger og som et led i at opøve kompetencerne i lægepraksisserne til at gennemføre forbedringsarbejde har regionen i samarbejde med proceseksperter i regionens eget Center for Kvalitetsudvikling (CfK) udviklet en forberedelsespakke, som alle deltagende lægepraksisser får udleveret (32). Pakken består af fire metoder, som skal afprøves som forberedelse til læringssamlingerne. Ved at lave analyserne i de fire metoder kan lægepraksisserne møde forberedte op til læringsseminarerne og arbejde langt mere målrettet med de forbedringstiltag, de ønsker at gennemføre. De fire metoder kan lægepraksisserne også benytte fremadrettet, når de skal lave selvstændigt forbedringsarbejde på andre områder.

Metodisk er forberedelseskataloget blandt andet inspireret af tankegangen i kliniske mikrosystemer, og formålet er for det første, at læger og praksispersonale får et øget kendskab til egen praksis og egne patienter – og dermed et bedre vidensgrundlag for, hvor der er brug for forbedring, samt at lægepraksisserne får styrket deres 'forløbsperspektiv' på behandlingsforløbene i egen praksis (36).

I materialet lægges der op til, at de deltagende lægepraksisser i løbet af projektperioden skal få erfaring med alle fire metoder i forberedelsespakken. Inden første samling skal praksis helst have afprøvet de tre første metoder (32). De fire metoder er:

- ◆ *Interviewe to patienter og pårørende:* Tanken er, at kun ved at kende sine patienter kan man få patientperspektivet med i sine forandringer. Derfor bør de deltagende lægepraksisser lære en simpel og hurtig metode til at gennemføre interviewundersøgelser blandt deres patienter. Materialet indeholder en introduktion til metoden. Der lægges op til korte interview på ca. 15 minutter og der er anbefalinger vedrørende rammen for interviewet, relevante spørgsmål, samt skema til sammenfatning.
- ◆ *Gennemføre en 'walk through' af et patientbesøg:* 'Walk through' er en kendt metode, der går ud på at gennemgå et patientforløb eller en afgrænset del af et patientforløb, som om man var patient. Materialet indeholder metodebeskrivelse og adgang til video, der kan vise eksempler på metoden i brug. Tanken er, at metoden kan give god indsigt i, hvordan patientforløbet ser ud fra patientens perspektiv.
- ◆ *Status over klinisk praksis:* Dette værktøj består af et et-sidet skema med spørgsmål til den aktuelle kliniske praksis på fem dimensioner, hvor der for hver dimension er seks grader for, hvor planlagt og systematisk der arbejdes med det pågældende område. Det er tanken, at redskabet skal udfyldes i fællesskab i praksis, og at det skal bruges som udgangspunkt for dialog om, hvor det er vigtigst at sætte ind.
- ◆ *Rutediagram – undersøgelse af arbejdsgang:* Denne metode er en klassisk metode til undersøgelse af arbejdsgangen i et patientforløb. Det er tanken, at brug af metoden i lægepraksisserne skal



give indsigt i, hvordan praksis i dag organiserer arbejdet inden for de tre forløbsprogrammer. Der lægges således op til, at det i første omgang er patientforløbene for de tre kroniske sygdomme diabetes, KOL og AKS, der analyseres.

### 8.2.5 *Kursus til praksispersonale*

Som en del af kronikerkompasset har regionen udviklet fire skræddersyede kurser til praksispersonalet i de deltagende praksis (37). Kurserne er gratis for lægepraksisser, der deltager i projektet, og de afholdes i Århus, Horsens og Holstebro. Kurserne for praksispersonalet skal understøtte den ønskede organisationsforandring i de deltagende praksis. Der er et kursus med fokus på det organisatoriske og tre kurser med et klinisk fokus.

- ◆ *En organiseret kronikerbehandling:* Dette kursus løber over to eftermiddage og giver en introduktion til IT-værtøjet Kronikerdata.dk, værktøjer til tolkning af data om patientpopulationen og værktøjer til målfastsættelse, organisering, planlægning og administration af kronikerbehandlingen i praksis.
- ◆ *'KOL i almen praksis', 'Diabetes i almen praksis' og 'AKS i almen praksis':* Kurserne løber over to fulde dage og giver deltagerne øgede kompetencer til selvstændigt at kunne gennemføre konsultationer med kroniske patienter. Undervisningen foregår som en blanding af præsentationer, workshop og cases.

## 8.3 Virkemidler til implementering

Projektet er organiseret således, at man fra regionens side har nedsat en styregruppe bestående af regionspraksiskoordinatoren, de tre koordinerende læger for de lokale kvalitetsteam, den koordinerende efteruddannelsesvejleder, repræsentanter fra praksisudvalget samt ledelsesgruppen fra Primær Sundhed. Hertil har styregruppen nedsat tre arbejdsgrupper til at varetage projektets videre drift. Det er således hele området for almen praksis i regionen – på såvel læge- som regionsiden – der er inddraget i styringen af projektet (20).

Endvidere er selve metoden og tilgangen til forbedringsarbejde inspireret af Institute for Health Care Improvement's (IHI) forbedringsmodel, som i Danmark bedst kendes fra gennembrudsmetoden (20). Det er dog også interessant at se nærmere på det økonomiske incitament, som regionen og praksisudvalget har udviklet i forbindelse med projektet – det såkaldte 'Implementeringstilskud' – som er det andet vigtige virkemiddel til implementering i projektet (14).

### 8.3.1 *Gennembrudsmetoden*

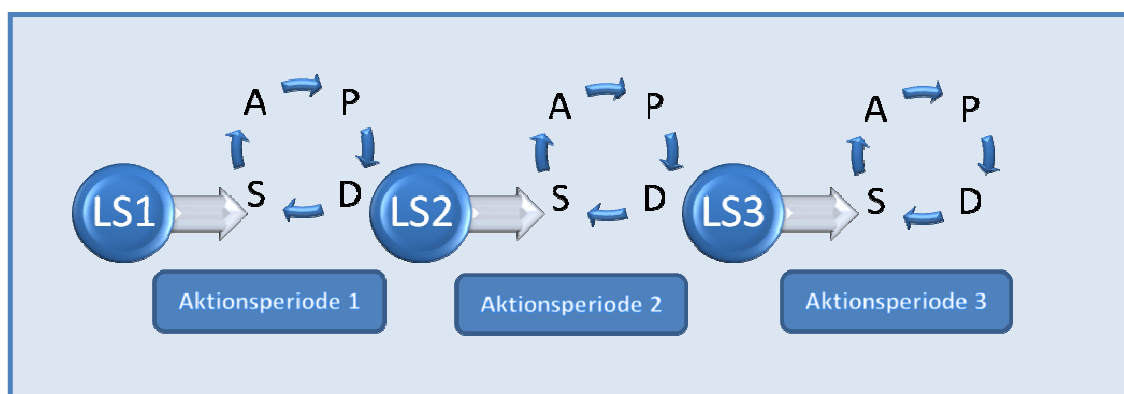
Det metodiske udgangspunkt for 'Kronikerkompasset' er gennembrudsmetoden (38). Grundtanken i metoden er, at kvalitetsforbedringer bedst opnås gennem en praksisnær tilgang til kvalitetsudvikling og implementering (39). Alle aktiviteter skal derfor fremme læring hos de fagpersoner, som helt konkret håndterer og udfører de direkte patient- og brugerrettede ydelser. De centrale elementer i metoden er:

- ◆ Netværk og tværfaglighed
- ◆ Vidensdeling
- ◆ Implementering via forbedringsmodellen
- ◆ Dokumentation og måling
- ◆ Spredning af forbedret praksis.

Regionen har lavet en kontrakt med regionens eget Center for Kvalitetsudvikling (CfK), som fungerer som proceskonsulenter i de tre år, projektet løber. Forløbet organiseres helt konkret omkring 32 små grupper af lægepraksisser, der hver skal danne netværk omkring implementeringen af de specifikke forandringstiltag. Processen består af fire læringsseminarer og tre mellemliggende aktivitetsperioder. Grupperne fungerer som små netværk til brug for intern sparring og skal i hver aktivitetsperiode udarbejde planer for forandringstiltag og gennemførelse. Hver gruppe vil kunne benytte sig af to typer af udviklingskonsulenter. Der er de lægelige konsulenter – det vil sige praktiserende læger ansat som udviklingskonsulenter, efteruddannelseskonsulenter eller koordinatore – og proceskonsulenter fra CfK (39). Efter hver afsluttet aktivitetsperiode mødes grupperne på et nyt læringsseminar, hvor de kan hente inspiration til den videre implementering af forandringstiltagene og kvalitetsudvikling af behandlingsforløbene.

Figur 8.1 illustrerer forløbet i tilgangen. Projektet skydes i gang i hver af de 32 grupper med et læringsseminar (LS1). I de mellemliggende aktivitetsperioder arbejdes der ud fra PDSA-metoden. PDSA står for 'Plan' (planlæg), Do (afprøve), Study (vurdere), Act (handle), og ideen er, at der arbejdes med små planlagte ændringer, der hele tiden testes, følges og dernæst tilpasses, så man er sikker på, at de ønskede mål opnås<sup>11</sup>.

Figur 8.1



Udviklingen i de deltagende lægepraksisser bliver fulgt tæt. Hver praksis skal mindst hver anden måned aflevere en kort tilbagemelding til enten den lægelige konsulent eller proceskonsulenten fra CfK, hvor de beskriver, hvor langt de er med deres projekt, og hvilke udfordringer de har. Hver lægepraksis har samlet to lægekonsulenttimer og fire proceskonsulenttimer, som de kan trække på i de tre aktivitetsperioder. Hvis ikke rapporten afleveres, eller hvis lægepraksissen oplever store udfordringer i forløbet, kommer konsulenterne ud og støtter op om forandringsarbejdet. Lever lægepraksissen ikke op til aktivitetskravene i projektet, kan den risikere at miste implementeringsydelsen (14).

### 8.3.2 Implementeringsydelse

Det andet væsentlige instrument til implementering er den såkaldte 'implementeringsydelse'. Det er regionen og praksisudvalget, der i fællesskab har udviklet en model for det økonomiske incitament, som skal understøtte indsatsen. Implementeringsydelsen er fastsat til 24.000 kroner plus 10.000 kroner per fuldtidslæge i praksis (14). Tilskuddet skal delvist kompensere de deltagende lægepraksisser for den mistede indtjening, der er en følge af deltagelsen i projektet. Det er ikke en fuld kompensati-

<sup>11</sup> Læs mere om PDSA-cirklen som metode på Region Midtjyllands Center for Kvalitetsudviklings hjemmeside.

on, og lægerne forventes selv at investere en del timer i det forbedringsarbejde, som skal gennemføres i praksis.

Der gives kun fuld kompensation for den første læge, da man ikke forventer, at alle læger fra praksis deltager i alle samlinger. Minimumskravet for en praksis, der modtager tilskuddet, er, at der deltager en læge og en fra praksispersonalet i hvert læringsseminar (14).

Regionen har sammen med praksisudvalget indgået en § 2-aftale om implementeringsydelsen. Aftalen beskriver de forpligtelser, lægepraksissen har for at kunne modtage ydelsen. Lægepraksissen skal:

- ◆ Medvirke til implementeringen og forandring i forhold til en forstærket indsats for patienter med kroniske lidelser, herunder udarbejdelse af mål og plan for den enkelte patient.
- ◆ Medvirke i spørgeskemaundersøgelse i forhold til projektets evaluering.
- ◆ Deltage aktivt i de nedsatte praksisgrupper.
- ◆ Arbejde med tiltag der sikrer, at praksis lokalt kan identificere sin kronikerpopulation og få overblik over eksisterende arbejdsprocesser, der stemmer overens med forløbsprogrammet.
- ◆ Planlægge og udføre forandringstiltag der understøtter implementeringen af forløbsprogrammer for patienter med kroniske lidelser.
- ◆ Være i løbende dialog med regionen og samarbejdspartnere omkring indhentning og bearbejdelse af data til brug for det kliniske arbejde.

Ved introduktionen af implementeringsydelsen overvejede man, at der som forudsætning for modtagelse skulle udarbejdes en kontrakt, der beskrev lægepraksissens forpligtelser for at modtage tilskuddet, som skulle underskrives af den enkelte lægepraksis og regionen. Det blev man dog enige om at undlade.

Implementeringsydelsen udbetales i fire rater. Hvis ikke lægepraksissen lever op til sine forpligtelser, vil udbetalingen stoppes.

## 8.4 Effekt

Kronikerkompasset er netop skudt i gang med de første læringsseminarer i september måned 2010. Det er derfor for tidligt at sige noget om, hvilken effekt tiltaget vil få på kronikeromsorgen i regionen. Allerede nu er det dog muligt at vurdere succesen af tiltaget i forhold til, hvor mange praksis det er lykkedes at få til at melde sig til projektet. En forudsætning for, at tiltaget får markant effekt på adfærden i almen praksis i regionen, er, at en stor andel af lægepraksisserne i regionen vælger at medvirke.

November 2010 havde 71 % af alle lægepraksisser i regionen givet tilsagn om at ville deltage. I tal vil det sige, at omkring 1200 praktiserende læger og praksispersonale har meldt deres ankomst til de fire læringsseminarer (40). Regionen er nu i gang med at analysere, hvad der kendetegner de 29 %, som endnu ikke har tilmeldt sig projektet, og planen er at gennemføre en målrettet indsats for at hæve deltagerantallet yderligere.

For at kunne sige noget om effekten af tiltaget har regionen gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle de deltagende lægepraksisser inden projektets start. I undersøgelsen spørges der til:

- ◆ Kronikerkontrollen som den foregår i dag inden for diabetes, KOL og AKS
- ◆ Det aktuelle samarbejde med hospitalerne omkring de tre kroniske sygdomme

- ◆ Det aktuelle samarbejde med kommunerne omkring de tre kroniske sygdomme
- ◆ Forebyggelsesarbejdet i lægepraksissen
- ◆ Anvendelsen af IT til kronikeromsorg
- ◆ Behov i lægepraksissen i forhold til kronikeromsorg
- ◆ Basisoplysninger om praksis.

Efter projektets afslutning skal spørgeskemaundersøgelsen gentages, og det vil give mulighed for at vise, hvilken udvikling, der har været i lægernes svar.

Desuden giver dataprojektet 'kronikerdata' mulighed for at måle på en række effektmål i forhold til udviklingen i behandlingen for de sygdomsgrupper, projektet har i fokus. Regionen arbejder netop nu på de feedback-moduler, som skal give mulighed for at få data, der løbende kan vise udviklingen i behandlingen af kronikerne på kommune, klynge og regionsniveau. Regionen vil ikke kunne følge udviklingen på ydernummer-niveau, da det har været et krav fra lægeside for at deltage i projektet, at regionen ikke fik adgang til tal for den enkelte læge (35).

## 8.5 Finansiering

Kronikerkompasset er en stor investering, som både finansieres af statslige midler fra kronikerpuljen og regionale midler fra KEU (20). Regionen lægger vægt på, at projektet ikke kræver ekstra midler fra regionens kasse ud over de statslige og de overenskomstmæssige midler.

Omkostningerne i projektet kan inddeles i følgende udgiftsposter:

- ◆ *Efteruddannelse af praksispersonale:* Der er afsat 3 millioner kroner til kurser målrettet efteruddannelse af praksispersonale.
- ◆ *Implementeringstilskud:* Honorering af de praktiserende læger for deltagelse i Kronikerkompasset koster sammenlagt 13,1 millioner kroner. Heraf 9,5 millioner i tilskud fra KEU.
- ◆ *Understøttelse af nye arbejdsgange i almen praksis:* Udgifterne til understøttelse omfatter udgifter til lægekonsulenter, proceskonsulenter, AC-medarbejdere i regionen, mødeafvikling, udarbejdelse af materiale samt udgifter til den indledende og afsluttende spørgeskemaundersøgelse. Tilsammen beløber det sig til 8,2 millioner kroner.
- ◆ *Kronikerdata:* Udvikling af IT-systemet 'Kronikerdata' så det kan bruges på tværs af regionens og kommunernes sundhedsvæsen, og så det kan give relevant feedback til alle aktører, er der budgetteret med 6,7 millioner kroner til.

Dermed investerer Region Midtjylland i alt 21,5 millioner kroner i projektet. Sideløbende har regionen et projekt målrettet kroniske patienter med komplekse medicinordinationer, som over den treårige periode vil koste 7,8 millioner kroner. Dermed bliver den samlede investering i forbedringer på kronikerområdet på i alt 29,3 millioner kroner over de næste tre år (41).

Heraf kommer de 12 millioner fra KEU, mens de resterende knap 18 millioner er bevilget af statens kronikerpulje.

## 8.6 Barrierer

Den vigtigste barriere for tiltaget har set fra regionens synsvinkel været at få lægerne med på ideen. I første omgang har det handlet om de forhandlinger, der har været med praksisudvalget i forhold til at fastlægge betingelserne for tiltaget. Her har de største knaster været dataadgang og størrelsen på implementeringstilskuddet – og den allerstørste knast har været at forhandle dette midt i den overenskomstkrisen, der har været på det nationale niveau i perioden.

I anden omgang har denne barriere handlet om at få så mange lægepraksisser som muligt til at deltage. Selvom der er opnået enighed mellem lægernes repræsentanter og regionen, er det ikke en garanti for, at det kan lykkes at få de enkelte læger med på ideen. Med de 71 %, som indtil videre har tilmeldt sig, har opbakningen været stor. Regionens ambitiøse mål om at få 80 % af alle lægepraksisser med er dog ikke helt lykkedes endnu, og en udfordring bliver også at sikre, at lægepraksisserne forsætter med at bakke op, når selve forandringsarbejdet går i gang.

En sidste barriere for projektet er en bekymring for, at projektet kan lede til en stigning i ydelsesniveauet i de deltagende praksis. Tankegangen i kronikermodellen er, at flere patienter, som i dag bliver behandlet på hospitalsambulatorierne, skal kunne håndteres i almen praksis. Men det er samtidig håbet, at flere patienter kan sendes videre til sundhedstilbud i kommunerne, til egenomsorg, og at bedre regulerede patienter har brug for færre konsultationer. Der er dog også en risiko for, at projektet leder til flere kontakter i almen praksis, uden at man ser de forventede besparelser. Bekymringen for denne effekt betyder, at regionen gennem hele projektperioden vil følge udviklingen i ydelserne i almen praksis særligt nøje og analysere, hvilken effekt projektet får på ydelsesforbruget i almen praksis.



## 9. Team SydPOL<sup>12</sup>

Det tredje af de tiltag, som vi i dialog med Danske Regioner har udvalgt som særligt perspektivrigt, er Team SydPOL – et kvalitetsudviklingstiltag i Region Syd. I dette kapitel redegør vi for, hvad der i nærmere detalje kendetegner dette tiltag – specifikt i forhold til formål og baggrund, virkemidler, effekt, finansiering og barrierer.

### 9.1 Formål og baggrund

Det overordnede formål med organisationsudviklingsteamet SydPOL er at understøtte praksis, der enten er motiverede for eller allerede arbejder med udvikling af deres organisation samt at inspirere flere praksis til at arbejde med organisationsudvikling i egen praksis.

Teamet er oprettet, fordi Region Syddanmark igennem en årrække har oplevet, at deres kvalitetsarbejde er strandet på manglende overskud og manglende kompetencer (ikke manglende vilje) til at gennemføre forandring i de enkelte lægepraksisser. Informanterne har i den forbindelse oplevet, at de fleste praktiserende læger er uafklarede på deres lederrolle, usikre på hvordan de kan organisere sig effektivt, og usikre på hvordan de i det hele taget kan arbejde med organisationsudvikling. Disse erfaringer fik i 2008 KEU udvalget til at tage en strategisk beslutning om at prioritere organisationsudvikling i almen praksis.

#### *9.1.1 Forberedelsesfase*

For at skabe et kvalificeret beslutningsgrundlag blev der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra KEU udvalget og KEU sekretariatet i 2008. Arbejdsgruppen undersøgte i 2008-09 det eksisterende kvalitetsarbejde i regionen og indgik i dialog med det eksisterende regionale netværk af kvalitetskonsulenter. Den relativt lange forberedelsesfase har ifølge informanterne haft afgørende betydning for, at der i dag er etableret et bredt ejerskab til satsningen på organisationsudvikling.

Forarbejdet er sammenfattet i et rammenotat, der udgør grundstenen for Team SydPOL. Notatet opstiller forslag til overordnede formål, arbejdsmetoder, økonomiske rammer, organisering og evaluering af teamet, samt hvordan satsningen på organisationsudvikling strategisk og operationelt kan indtænkes i det eksisterende kvalitetsarbejde (42).

#### *9.1.2 Den operationelle satsning på organisationsudvikling*

KEU udvalget efterkom i 2009 arbejdsgruppens anbefalinger og oprettede Team SydPOL. Udgangspunktet for teamet er, at der er behov for at anerkende, at en stor del af de praktiserende læger reelt har vanskeligt ved at honorere de krav om organisationsudvikling, som de stilles overfor.

Teamets ydelser tager derfor i langt højere grad end tidligere udgangspunkt i lægepraksissernes aktuelle behov med henblik på at fremme regionens langsigtede strategiske målsætninger. Det betyder, at teamets ydelser inden for en overordnet ramme leveres med udgangspunkt i de ressourcer og ønsker, som den enkelte lægepraksis har. Formålet med den relativt åbne og efterspørgselsstyrede tilgang er at fremme lægepraksissernes egen motivation til organisationsudvikling for ad den vej at skabe et fundament for systematisk ledelses- og kvalitetsudvikling.

---

<sup>12</sup> Casen er udarbejdet på baggrund af interview, projektbeskrivelsen for Team SydPOL, samt gennemgang af teamets hjemmeside: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm306484>.

Fremadrettet er der også en intention om at supplere Team SydPOLs ydelser med mere avancerede kurser/forløb, der fokuserer på ledelsesudvikling. Rammer og indhold for disse tilbud er endnu ikke fastlagt, men informanterne forventer, at involvering af *hele* lægepraksissen vil være et centralt element i fremtidige tilbud.

Som det fremgår af ovenstående præsentation er oprettelsen af Team SydPOL udtryk for en række nybrud i det regionale kvalitetssamarbejde med almen praksis. Det drejer sig især om at:

- ◆ Teamet arbejder målrettet og professionelt med organisationsudvikling i almen praksis. Konsolideringen af SydPOL teamet. Det betyder, at udvikling af konsulenternes kompetencer og udvikling af teamets ydelser er selvstændige mål på linje med den processtøtte, teamet leverer til deltagende lægepraksisser. Der bruges derfor anseelige ressourcer på at styrke teamets interne samarbejde, samt på at udvikle og professionalisere teamets ydelser.
- ◆ Arbejdet udføres inden for en overordnet ramme, der giver teamet stor metodefrihed, fordi det vurderes, at teamet er de bedste til at vurdere, hvilken indsats der giver størst værdi for den enkelte lægepraksis.
- ◆ Tidligere har kvalitetsarbejdet primært været varetaget af ansatte praktiserende læger, som har arbejdet med læger. Team SydPOLs indsats leveres af et tværfagligt konsulentteam med henblik på at skabe synergi mellem lægernes viden om dagligdagen i en lægepraksis og organisationskonsulentens professionalisme i forhold til at facilitere udviklingsprocesser<sup>13</sup>.
- ◆ Teamet tager gerne ud i lægepraksisser, som ikke på forhånd har defineret, hvad der skal arbejdes med. Til gengæld er der følgende krav til de deltagende lægepraksisser:
  - Den deltagende lægepraksis skal opstille konkrete mål for udviklingsarbejdet og forpligte sig til at arbejde med disse mål i perioden mellem praksisbesøgende.
  - Det er en præmis for at få bistand fra teamet, at der arbejdes med udgangspunkt i *hele* lægepraksissen.
  - Teamet har et eksplicit fokus på at facilitere en proces, hvor læger og personale lærer værdien af at bruge hinandens ressourcer som et team.
- ◆ Teamets ydelser er gratis, men alle kvalitetsteamets ydelser leveres inden for tidsrummet 13-17, og de deltagende lægepraksisser kompenseres ikke for den arbejdstid, der tabes, når lægepraksissen holder lukket.

### 9.1.3 Teamets organisering og ressourcer

Projektet er startet i foråret 2010 med ansættelse af en fuldtidsprojektkoordinator og syv timelønnede lægelige konsulenter. Konsulenternes forventede tidsforbrug er 12 arbejdsdage pr. konsulent pr. år.

De syv lægelige konsulenter har alle gennemgået en kort proceskonsulentuddannelse. Uddannelsen skal dels 'klæde dem på' til at kunne arbejde med organisationsudvikling hos deres kolleger og dels give dem forståelse for de metoder og arbejdsredskaber, som projektets koordinator anvender.

Projektkoordinatoren er dels specialist i organisationsudvikling og processtøtte og dels tovholder for teamets opsøgende arbejde, erfaringsindsamling, metodeudvikling og vidensdeling. Indtil videre er projektkoordinatoren også gennemgående figur i de udviklingsforløb, der er startet. Dette er prioriteret ud fra et ønske om at sikre ensartethed i teamets ydelser og en fælles forståelse (i teamet) for

---

<sup>13</sup> Det skal understreges, at Team SydPOL har et tæt gensidigt samarbejde med det eksisterende netværk af forskellige konsulenter i Regionen. Et udviklingsforløb i regi af team SydPOL kan resultere i, at lægepraksisser også modtager supplerende bistand fra f.eks. lægemiddel-, data-, kvalitetsudviklingskonsulenter eller lign. På samme måde indtænker de øvrige konsulenter team SydPOL i deres arbejde med almen praksis.



teamets opgaver og arbejdsmetoder. Når de lægelige konsulenter er erfarne nok, er der en intention om, at de skal kunne levere visse selvstændige udviklingsforløb.

Der er stort fokus på at udvikle konsulentteamets kompetencer og interne samarbejde. I den forbindelse har teamet fået bistand til at lave en samarbejdsprofil<sup>14</sup> med henblik på at kortlægge og udnytte teammedlemmernes styrker, svagheder og individuelle adfærd i teamsamarbejdet. Efter de enkelte praksisbesøg laver læge- og organisationskonsulenten også en kort fælles evaluering af besøget med udgangspunkt i at dokumentere indhold, samt hvad der virkede godt/mindre godt. Teamet deler disse evalueringer for at fremme fælles viden om de ting, der optager de deltagende lægepraksisser, samt refleksion over teamets arbejde og metoder. Endelig har teamets medlemmer mulighed for at sende 'SOS mails' til de andre, når der er noget, de er usikre på – denne uformelle og ad hoc prægede mulighed for sparring fungerer ifølge projektkoordinatoren godt.

## 9.2 Virkemidler

Team SydPOLs overordnede virkemidler består af vidensdeling, udviklingsstøtte og metodeudvikling. Virkemidlerne er – og skal være – overlappende i praksis mhp. at skabe synergi imellem teamets aktiviteter. For overskuelighedens skyld præsenteres de dog hver for sig i dette afsnit, hvorefter de vigtigste elementer i teamets udviklingsstøtte præsenteres lidt mere detaljeret.

### 9.2.1 Overordnede virkemidler

*Vidensdeling* er integreret i alle teamets aktiviteter, men der er også en hjemmeside under udvikling som:

1. præsenterer teamet og dets ydelser
2. formidler gode ideer og erfaringer fra andre lægepraksisser
3. præsenterer konkrete – og enkle – metoder (for eksempel SWOT analyse, arbejdsgangsanalyse), som de enkelte lægepraksisser kan bruge som afsæt for selv at arbejde med udvikling.

*Udviklingsstøtten* udgør teamets kerneydelse. Den bruges dels til at identificere muligheder, behov og ønsker for organisationsudvikling i motiverede lægepraksisser og dels til at støtte konkret udvikling. Konsulentstøtten ydes mhp. at fremme:

1. Omlægning og effektivisering af den enkelte lægepraksis' arbejdsgange med bedre systematik som mål
2. Faglig udvikling i forbindelse med organisationsudvikling (for eksempel implementering af beslutninger)
3. Personaleudvikling og teamdannelse på tværs af faggrupper (indtil videre har alle udviklingsforløb inden for dette område handlet om at systematisere og effektivisere kronikerbehandlingen).

*Metodeudviklingen* knytter sig til teamets egne ydelser og kompetencer samt til at afprøve og udvikle enkle og anvendelige værktøjer, som lægepraksisser selv kan anvende til at arbejde med organisationsudvikling. Der er også planlagt en *procesevaluering*, som skal dokumentere projektets fremdrift og den udvikling og værdi, de deltagende lægepraksisser tillægger teamets ydelser. Evalueringen udgør også et selvstændigt virkemiddel, fordi den skal bruges til løbende at justere og udvikle teamets kompetencer og ydelser.

---

<sup>14</sup> En samarbejdsprofil er et analyseværktøj der via 120 spørgsmål afdækker en persons indstilling og adfærd i forbindelse med samarbejde. For mere information se.: <http://www.peopletools.dk/analysevaerktoejer/samarbejdsprofil.aspx>

### 9.2.2 Indholdet af udviklingsstøtten

Teamets kerneydelse er støtte til afklaring af udviklingsbehov og støtte til at gennemføre konkrete forandringer i individuelle lægepraksisser. Teamet har en bred vifte af ydelser, men i dette afsnit præsenteres tre eksempler, der illustrerer teamets mest typiske tilbud:

*Eksempel 1: Besøg i lægepraksisser som er motiverede for udvikling, men som ikke selv har konkrete forslag til ændringer. Lægepraksissen modtager op til tre praksisbesøg med følgende indhold og formål:*

*Indledende møde:* Lægepraksissen får besøg af koordinator og en lægelig konsulent i 1-2 timer. Mødet bruges til at afdække ejerlægenes ønsker og definere de gensidige forventninger til udviklingsforløbet i en samarbejdskontrakt.

I perioden mellem 1. og 2. besøg udfylder alle personer i lægepraksissen en praksisprofil<sup>15</sup>, som er baseret på spørgeskema, som besvares af alle personer i lægepraksissen forud for 2. møde.

*2. besøg:* 4 timers dialogmøde hvor alle personer i lægepraksissen deltager. Dialogen faciliteres af konsulenterne med udgangspunkt i de stærke og svage sider, som praksisprofilen har afdækket. Lægepraksissen definerer på baggrund af mødet konkrete mål og udarbejder en handlingsplan for, hvordan de skal realiseres.

I perioden mellem 2. og 3. besøg har lægepraksissen mulighed for at kontakte konsulenterne for bistand.

*3. og afsluttende besøg:* Tre timer i lægepraksissen. Besøget bruges bl.a. til at evaluere lægepraksissens arbejde med handlingsplanen og udviklingsstøtten. Besøget kan også bruges til at opstille nye mål og handlingsplaner, som lægepraksissen selv kan arbejde videre med.

*Eksempel 2: Besøg i lægepraksisser der har defineret udviklingsbehovet på forhånd*

**Formål:** Formålet er derfor at understøtte en igangværende udviklingsproces i praksis og at få praksis til at arbejde systematisk med forandringen.

#### Tidsplan:

*Første besøg:* Tre timer i praksis. Lægepraksissen får besøg af koordinator og en lægelig konsulent. Der afholdes dialogmøde med alle i praksis. Mødet bruges bl.a. til at afdække lægepraksissens styrker, svagheder og ressourcer ift. den forandring, de ønsker at gennemføre, samt at lave en fælles aftale for det videre forløb.

I perioden mellem 1. og 2. besøg planlægger koordinator en målrettet workshop med udgangspunkt i de indgåede aftaler.

*Andet besøg:* Tre timer. Praksis får besøg af de samme to konsulenter. Der afholdes en workshop for praksis, og der opstilles mål for projektet.

#### Mellemliggende periode:

Praksis får, hvis nødvendigt, tilbudt ekspertbistand.

*Tredje besøg:* Tre timer. Praksis får afsluttende opfølgning af de to konsulenter.

<sup>15</sup> For yderligere information om praksisprofilen se evt. <http://www.cubion.dk/Virksomhedsprofilen-27569.htm>.

### Eksempel 3: Åbne emnespecifikke workshops, suppleret med udviklingsdage i lægepraksisser

*Åbne workshops:* Indtil videre har teamet opslået tre workshops med følgende overskrifter:

1. Visioner, værdier og forretningsplan
2. Hvordan bliver vi et godt team
3. Introduktion til arbejdsgangsanalyser

*Lukket workshop for individuelle lægepraksisser:* De åbne workshops suppleres med opfølgende udviklingsdage i de lægepraksisser, der er blevet inspireret til at arbejde videre med deres organisation. Udviklingsdagen gennemføres eks. med udgangspunkt i 5 F-modellen<sup>16</sup>, som har til formål at afdække lægepraksissens visioner og ønsker til fremtiden. Emner som tages op på dagene er for eksempel: Hvordan en lægepraksis kan etablere et egentligt teamsamarbejde om kronikerbehandlingen, hvordan lægepraksissen kan etablere en systematisk mødestruktur, hvordan der kan indgås konkrete og forpligtende aftaler for lægernes ledelsesopgaver osv.

#### 9.2.3 Virkemidler til implementering

Den forberedelses- og modningsfase der er beskrevet under afsnit 9.1.1 udgør ifølge informanterne et vigtigt virkemiddel til implementering. I projektets operationelle fase har projektkoordinatoren indtil videre gennemført følgende opsøgende aktiviteter overfor almen praksis:

- ◆ Præsentation af teamet og dets ydelser på Region Syddanmarks praksisdag.
- ◆ Præsentation af teamet og dets ydelser for otte 12-mandsgrupper.
- ◆ Udarbejdet og udsendt pjecer til alle lægepraksisser i Regionen.

### 9.3 Effekt

Det vides endnu ikke, hvilken effekt team SydPOL har på organiseringen i de lægepraksisser, der modtager teamets ydelser. Dette afsnit fokuserer derfor på de procesmål, der indtil videre er realiseret samt informanternes foreløbige vurdering af deltagende lægepraksissers udbytte.

Team SydPOL har følgende målsætninger for udviklingsarbejdet i 2010:

*Tabel 9.1 Teamets målsætninger vs. status pr. 1.9.2010*

Målsætninger for 2010	Status pr. 1. september 2010 (opstart 1. april 2010)
Opstart af forløb i 10 praksis som er motiverede for udvikling, men ikke selv har nogle konkrete forslag til ændringer	11 udviklingsforløb er startet
Opstart af forløb i 10 praksis hvor praksis er i gang med et konkret projekt, de ønsker bistand til	11 udviklingsforløb er startet
Opstart af 10 udviklingsforløb med fokus på lægepraksissers visioner, værdier og forretningsplan	8 udviklingsforløb er startet
Personaleudvikling og teamdannelse. Mål: 6 praksis	6 udviklingsforløb er startet
Teamet skal støtte to sammenlægningsprocesser/flytninger	Teamet er tilknyttet en flytteproces for en større lægepraksis
Dannelse af et netværk for sololæger	Et netværk med sololæger er under dannelse

<sup>16</sup> 5 F modellen er et coaching redskab, der bl.a. kan bruges til at afdække en organisations eller gruppes ressourcer og stærkeste sider mhp. at bruge disse som afsæt for at opstille og realisere gruppens visioner for fremtiden.

Som det fremgår af tabellen, har teamet stort set nået de mål, som var opstillet for 2010, fordi der har været en uventet stor efterspørgsel på teamets ydelser. Dette afspejler ifølge informanterne, at timingen er gunstig, fordi de fleste læger i dag ønsker at anvende mere personale og satse på uddelegering – samtidig med at mange er i tvivl om, hvordan man kommer godt i gang. Derfor vurderer informanterne også, at teamet i modsætning til de fleste tidligere kvalitetsprojekter har fat i et bredt udsnit af de praktiserende læger.

Informanterne oplever indtil videre, at de ydelser og den arbejdsform, som de kan tilbyde, matcher de deltagende lægepraksissers ønsker. Samtidig oplever informanterne, at mange ejerlæger især er positivt overraskede over det ejerskab og den værdi, som lægepraksissen får ud af at involvere personalet i lægepraksissens udvikling. Der er p.t. fire lægepraksisser, der har afsluttet et fuldt udviklingsforløb, og informanterne oplever, at deltagerne er meget tilfredse med indhold og udbytte.

## 9.4 Finansiering

Projektet er finansieret af en treårig bevilling på i alt 3,6 mio. kr. fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for Almen Praksis i Region Syd.

## 9.5 Barrierer

Team SydPOLs eneste reelle barriere er p.t., at efterspørgslen er uventet stor. Projektkoordinatoren fortæller derfor, at hun har en vigtig opgave ift. at sikre teamet *”mod at blive kvalt i sin egen succes”* samt at *”sørge for, at efterspørgslen ikke svækker kvaliteten af teamets ydelser”*.

Derfor er der allerede ventetid på teamets ydelser, og teamet arbejder på at finde den rette balance imellem den konkrete processtøtte og den dokumentation og metodeudvikling, der også er formålet med projektet. Endelig er det besluttet, at lægepraksisser indtil videre kun kan modtage et udviklingsforløb fra teamet, fordi det er vigtigt, at flest muligt får mulighed for at blive introduceret til arbejdet med organisationsudvikling.

## 10. Konklusion

Rammerne for styringen af almen praksis sættes af lovgivningen og af den overenskomst, der er indgået mellem RLTN og PLO. Disse nationale rammer placerer de fem regioner i et styringsmæssigt dilemma. *På den ene side* er det de fem regioners ansvar at sikre lægehjælp og behandling af en høj kvalitet i sundhedsvæsenet som helhed. *På den anden side* – i forholdet til almen praksis – er regionerne bundet af et krav om enighed med de praktiserende læger.

Praksisplanerne fra de fem regioner viser, at regioner og praktiserende læger langt hen ad vejen er enige om de mål, der er for almen praksis. Fokus er på sammenhæng, kvalitet, lægedækning og bæredygtige enheder. Gennemgangen af § 2-aftaler viser, at der er stor regional variation i, hvordan aftalerne bruges, men at der også er visse fællestræk. Det er typisk økonomiske incitament, der etableres, og der er typisk tale om tilskud til enkelte praksis eller forskellige former for ydelseshonorarer. Stort set alle tilskud går til at sikre lægedækning. En markant undtagelse er implementeringsydelsen i forbindelse med Region Midtjyllands kronikersatsning: Kronikerkompasset.

Regionernes erfaringer med at styre i fællesskab med de praktiserende læger er blandede. Interviewpersonerne beskriver almen praksis som "et styringsmæssigt himmel og helvede". På den ene side sparer de praktiserende læger som små selvstændige erhvervsdrivende på omkostningerne, kører forretningen effektivt og har et stift fokus på produktion og ydelser. På den anden side er det svært at få lov til at blande sig i denne drift, det er svært at lave forpligtende aftaler med alle læger på en gang.

Konkrete styringsmæssige tiltag findes både inden for kategorierne dialog og kommunikation, incitamentsstyring og støtte og træning.

Tiltag inden for dialog og kommunikation omfatter for eksempel informationssystemer og dialogmøder. Endvidere har vi fundet et enkelt eksempel på en § 2-aftale, der beskriver principper og processer for kommunikation og dialog om en konkret udfordring, nemlig medicinordination (rationel farmakoterapi). Regionerne vurderer generelt, at dialog og kommunikation er særdeles vigtig som styringsredskab. Skal der ske konkrete ændringer i den enkelte lægepraksis, er det en nødvendig forudsætning, at de lokale læger er med på ideen.

Tiltag inden for incitamentsstyring omfatter tilskud og ydelseshonorarer under § 2 samt implementeringsydelsen i forbindelse med kronikerkompasset som tidligere nævnt. Hertil kommer honorering for konsulentarbejde og for deltagelse i udviklingsarbejde. De økonomiske incitament anvendes generelt til fremme af lægedækning og bæredygtige enheder, og der ses stor kreativitet i, hvordan tilskuddene anvendes i flere regioner. Brugen af økonomiske incitament varierer dog fortsat regionerne imellem. Således er der basis for gensidig diskussion og inspiration.

Tiltag inden for støtte og træning omfatter for eksempel organisations- og ledelsesudvikling, gensidige praksisbesøg, praksismatrix, støtte til sammenlægning og årlige udviklingsdage. Desuden er der en række forskellige tiltag på efteruddannelsesområdet, hvor ansvaret for efteruddannelse i 2008 overgik til regionerne. Tiltag inden for støtte og træning er generelt på vej frem som styringsredskab, og der er stor interesse fra regionernes side i at udvikle og afprøve nye redskaber samt i at lære af erfaringerne fra andre regioner.

Regionernes erfaringer med anvendelse af konkrete styringsmæssige redskaber er gode for så vidt, at de alle har eksempler på tiltag, de opfatter som nyttige og anvendelige. Den store udfordring ligger i henhold til interviewpersonerne i regionernes fastlåste budgetter. Skal større satsninger etableres, er det opfattelsen, at det er nødvendigt med eksterne midler, for eksempel i form af KEU midler i overenskomsten eller statslige puljemidler.

Vi har i dialog med Danske Regioner udvalgt tre regionale tiltag, der fremstår som særligt perspektivrige. Det gælder: Strukturerede dialogmøder i Region Nordjylland, Kronikerkompasset i Region Midtjylland og Team SydPOL i Region Syddanmark. For hvert tiltag er der foretaget en casebeskrivelse af formål, virkemidler, effekt, finansiering og barrierer.

De strukturerede dialogmøder er et redskab til at forbedre samarbejdet og dialogen over sektorgrænsen, det vil sige i relationen til kommune og hospital. De tager udgangspunkt i konkrete samarbejdsfelter, for eksempel kræftpakker, og struktureres omkring patientcases, der har fokus på gråzoneproblematikker i sektorsamarbejdet. Det er Region Nord's vurdering, at der er tale om et godt arbejdsredskab, der både kan anvendes specifikt til implementering af konkrete patientforløb og generelt til skabelse af større forståelse over sektorgrænser. Der er både arbejdet med strukturerede dialogmøder, der honorerer lægerne for deltagelse, og strukturerede dialogmøder uden honorar. Deltagelsesprocenten ser ud til at være sammenlignelig på ca. 50 i begge tilfælde.

Kronikerkompasset er en stor satsning i Region Midtjylland, der kombinerer støtte og træning med en nyudviklet implementeringsydelse og et konkret monitorerings- og planlægningsredskab i form af kronikerdata.dk. Indsatsen er stærkt inspireret af arbejdet med udvikling af praksissektoren i British Columbia, og er udviklet i nært samarbejde mellem region og praktiserende læger. Det er endnu for tidligt at opgøre effekten af indsatsen. Målt antal tilmeldinger er interessen imidlertid stor. Mere end 70 % af praksis i regionen har tilmeldt sig programmet.

Team SydPOL er et tiltag til organisations- og ledelsesudvikling, der søger at samle de mange små regionale indsats i én samlet og mere professionel støtteenhed. Der arbejdes med opkvalificering af de lægelige praksisudviklingskonsulenter, og lægerne støttes ved ansættelse af en fuldtids ekspert i organisationsudvikling, der er ansvarlig for koordination af teamets indsats. Støtte fra teamet er gratis, men praksis skal selv levere arbejdsindsatsen. Der er stor interesse – også større end teamet kan honorere. En procesevaluator vil fra efteråret 2010 kontinuerligt følge projektet 2½ år frem.

Det fremgår af rapporten, at listen over tiltag, der anvendes i de danske regioner, er mangfoldig og lang – men at der samtidig er stor variation regionerne imellem. Det er derfor vores håb, at vi med denne rapport kan bidrage til dialog og inspiration i de fem danske regioner om, hvordan der fortsat i fremtiden kan arbejdes med at skabe en positiv udvikling i almen praksis.

Samtidig må man imidlertid også overveje, om et stærkt varieret udbud af regionale tiltag er tilstrækkeligt til at sikre den udvikling, der er nødvendig i praksissektoren. Praksiskommissionen har listet en række væsentlige problemer og udfordringer vedrørende kapacitet, kvalitet og sammenhæng. Samme målsætninger kan genfindes i de regionale praksisplaner. Når det kommer til konkrete handlinger, viser vores rapport flere eksempler på perspektivrige og frugtbare tiltag. Nogle regioner har arbejdet meget aktivt med udviklingen af sektoren. Men selv i disse regioner kan vejen til løsning af praksissektorens udfordringer synes lang. Der er brug for et nationalt udviklingsprogram for almen praksis, der målrettet sigter mod at løse de problemer, der er påpeget i praksiskommissionens rapport. Det peger i retning af et behov for at ændre de grundlæggende rammer for parternes samarbejde, som de kommer til udtryk i den nuværende overenskomst. Derfor imødeser vi med spænding resultatet af de igangværende overenskomstforhandlinger.

## Litteratur

- 1) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse af sundhedsloven. 2008.
- 2) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren. [Udskrevet 2006 fra
- 3) Finansministeriet. Bekendtgørelse om Regionernes Lønnings- og Takstnævn. [Udskrevet 2006 fra
- 4) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. [Udskrevet 2009 fra
- 5) Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Praktiserende Lægers Organisation. Landsoverenskomst om almen lægegerning af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 24-01-2006. København: Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) & Praktiserende Lægers Organisation (PLO); 2006.
- 6) Region Syddanmark. Praksisplan på almenlægeområdet. 2008.
- 7) Praktiserende Lægers Organisation. Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977 - 2009. Nøgletal fra medlemsregisteret. 2009.
- 8) Danske Regioner. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. 2007.
- 9) Praktiserende Lægers Organisation, Danske Regioner. Principper for regionalisering af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse. [Udskrevet 2008 fra
- 10) Region Midtjylland. Region Midtjyllands perspektiver på strukturudviklingen i almen praksis. 2009.
- 11) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhed.dk. Praksisinformation på sundhed.dk. [Udskrevet 2010 fra
- 12) Region Sjælland. §2-aftale - Region Sjælland. Samarbejdsaftale om medicinordinationspraksis i Region Sjælland. Godkendt 27-03-2008. 2008.
- 13) Danske Regioner, Regeringen. Aftale om regionernes økonomi for 2010. 2010.
- 14) § 2-aftale - Region Midtjylland. Indførelse af tre-årigt implementeringstilskud til omstilling af almen praksis i forbindelse med en styrket indsats for de kroniske patienter, samt styrket farmaceutisk indsats for kroniske patienter med komplekse medicinordinationer. Godkendt 10-05-2010. 2010.
- 15) § 2-aftale - Region Hovedstaden. Honorering af praktiserende læger i forbindelse med modtagelse af besøg fra facilitator mhp. implementering af forløbsprogrammer. Godkendt 19-01-2010. 2010.
- 16) § 2-aftale - Region Hovedstaden. Praksiskonsulentordning i Region Hovedstaden. Godkendt april 2008. 2008.
- 17) § 2-aftale - Region Sjælland. Praksiskonsulentordning i Region Sjælland. 2008.
- 18) Region Syddanmark. VisInfoSyd // Om Praksiskonsulentordningen (PKO). 2008.
- 19) Eriksson T, Friberg S, Grosen L og DAK-E. Dansk kvalitetsmodel for almen praksis. Integreret kvalitetsmåling, udvikling og efteruddannelse. København: DAK-E; 2008.
- 20) Region Midtjylland. sundhed.dk. Kronikerkompasset. [Udskrevet 2010 fra

- 21) Region Midtjylland. sundhed.dk. LUP - Ledelse og Udvikling i Praksis. [Udskrevet 2010 fra
- 22) Region Syddanmark. Team Sydpol // Region Syddanmark. [Udskrevet 2010 fra
- 23) Cubion. Afsluttende evaluering af projekt "Praksis i udvikling". Århus: Cubion; 2010.
- 24) Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, Region Syddanmark. Referat fra møde i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis. [Udskrevet 2009 fra
- 25) Buch MS. Praksis Matrix – et redskab til udvikling i almen praksis . København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 26) Region Nordjylland. Nord-KAP. Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland. [Udskrevet 2010 fra
- 27) Region Midtjylland. sundhed.dk. Beskrivelse af EVaP. [Udskrevet 2010 fra
- 28) Region Midtjylland, re. sundhed.dk. Tilbud fra praksisudviklingskonsulenterne. [Udskrevet 2010 fra
- 29) § 2-aftale - Region Hovedstaden. Rekruttering af praktiserende læger til lægecenter i Ishøj Kommune - anonymiseret aftale nr. 155877 af 01-10-2008. 2008.
- 30) § 2-aftale - Region Syddanmark. Rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger. Godkendt januar 2010. 2010.
- 31) Region Syddanmark. Praksisdag Syd. 3.4.2009. 2009.
- 32) Region Midtjylland. Kronikerkompasset. Kend din praksis.... Reskaber til læring. 2010.
- 33) Region Midtjylland. Rapport fra studietur til British Colombia i Canada. 2009.
- 34) Sundhedsstyrelsen. Resume af anbefalinger for KOL. 2006.
- 35) Region Midtjylland. Projekt Kronikerdata. [Udskrevet 2010 fra
- 36) Hansen J, Jacobsen C. Introduktion til Kliniske mikrosystemer. Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 37) Region Midtjylland. Kronikerkompasset. Kursus til klinikpersonale. 2010.
- 38) Center for kvalitetsudvikling RM. Gennembrudsmetoden. [Udskrevet 2010 fra
- 39) Region Midtjylland. Kronikerkompasset. Status vedr. implementeringen af en styrket indsats for de kroniske patienter i almen praksis i Region Midtjylland. 2010.
- 40) Region Midtjylland. Kursen sat med kronikerkompasset. [Udskrevet 2010 fra
- 41) Region Midtjylland. Udskrift af protokol fra tillægsgagsorden til mødet i forretningsudvalget. [Udskrevet 2010 fra
- 42) Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, Region Syddanmark. KEU's model for arbejdet med organisationsudvikling i almen praksis i et kvalitetsudviklingsperspektiv i Region Syddanmark. 2009.