

Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser

En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter



Eskild Klausen Fredslund, Arendse Tange Larsen, Morten Bonde Klausen,
Emmy Hjort-Enemark Topholm, Helene Kni Rasmussen

Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser – En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-761-7

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301408

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Omtrent hver femte voksne dansker lever med mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Samtidig er antallet af borgere med en af disse udvalgte kroniske sygdomme steget med 31 % i perioden 2009 til 2017.

Almen praksis spiller en nøglerolle i forbindelse med håndtering af kronisk sygdom, idet en stor del af opsporing, udredning og behandling af kronikere kan håndteres i almen praksis. En god håndtering af kronisk sygdom i almen praksis kan begrænse forværring af sygdommen og forebygge unødvendige hospitalsindlæggelser.

Det er på denne baggrund relevant at identificere – og forsøge at forklare – forskelle i almen praksis' evne til at forebygge KOL- og type 2-diabetes-relaterede sygehuskontakter og at forholde dette til, hvordan kronikerindsatsen i almen praksis konkret udspiller sig.

Projektets overordnede formål er derfor at bidrage med viden om kronikerindsatsen i almen praksis med specifikt fokus på:

1. At undersøge, om der er et potentiale i forhold til at forebygge sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetespatienter i almen praksis givet almen praksis' rammevilkår, samt undersøge, om der er særlige praksiskarakteristika forbundet med at have flere eller færre sygehuskontakter end forventet. Dette sker via en registerbaseret analyse.
2. At give et praksisnært indblik i kronikerindsatsen. Dette sker via kvalitative casestudier i ni strategisk udvalgte praksisser, som alle har fokus på en systematisk kronikerindsats.

Indeværende projekt er initieret og finansieret af Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (SIMB). Projektet er udført i et samarbejde imellem VIVE og SIMB. VIVE har stået for indsamling af data, dataanalyse og afrapportering med løbende sparring og dialog med SIMB. De endelige metodiske valg og den endelige rapport er VIVEs.

Projektet er udført af en projektgruppe bestående af analytiker Arendse Tange Larsen, senioranalytiker Morten Bonde Klausen, analytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm, studentermedhjælper Helene Kni Rasmussen og chefanalytiker Eskild Klausen Fredslund. Rapporten er kvalitetssikret af undertegnede og professor Jakob Kjellberg. Projektchef Martin Sandberg Buch har leveret løbende sparring.

Rapporten er endvidere blevet fagfællebedømt af to eksterne reviewere. Vi vil gerne rette en tak til reviewerne for gode og konstruktive kommentarer til det endelige rapportudkast.

Rapportens målgruppe er praktiserende læger, regioner, sundhedspolitikere og befolkningen i almindelighed.

Vi vil endvidere gerne rette en stor tak til læger og personale i de ni praksisser, som indgår i projektets kvalitative analyser.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2020

Indhold

Sammenfatning	5
1 Baggrund og formål	12
1.1 Baggrund	12
1.2 Formål	13
2 Metode og datagrundlag	14
2.1 Kvantitative analyser	14
2.2 Dataindsamling og analyseproces i de kvalitative analyser	27
3 De kvantitative analysers resultater	31
3.1 Beskrivende statistik	31
3.2 Benchmarkinganalysen	37
3.3 Analyse af variationen på tværs af almen praksis	45
3.4 Delkonklusion	56
4 Kronikerindsatsen set på tværs af ni praksisser	58
4.1 Kronikerbehandling i hovedtræk	58
4.2 Præsentation af de ni praksisser	59
4.3 Arbejdsdeling mellem læger og praksispersonale	60
4.4 Erfaringer med at opspore og fastholde kronikere	70
4.5 Forløbsplaner og datadrevet arbejde i kronikerbehandlingen	72
4.6 Snitflader til sygehus og kommune	76
4.7 Delkonklusion	78
5 Diskussion	81
6 Konklusion	84
Litteratur	85
Bilag 1 Estimering af parametre til benchmarkinganalyse	87
Bilag 2 Casebeskrivelser af de ni praksisser	95
Individuel casebeskrivelse af P1	95
Individuel casebeskrivelse af P2	98
Individuel casebeskrivelse af P3	101
Individuel casebeskrivelse af P4	104
Individuel casebeskrivelse af P5	108
Individuel casebeskrivelse af P6	113
Individuel casebeskrivelse af P7	116
Individuel casebeskrivelse af P8	120
Individuel casebeskrivelse af P9	123

Sammenfatning

Baggrund og formål

Omtrent hver femte voksne dansker lever med mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Samtidig er antallet af borgere med en af disse udvalgte kroniske sygdomme steget med 31 % over perioden 2009 til 2017, og KOL og type 2-diabetes er – ud over astma – de sygdomme, som flest borgere lider af, hvilket har betragtelige personlige og samfundsmæssige omkostninger til følge.

Almen praksis spiller en nøglerolle i forbindelse med håndtering af kronisk sygdom, idet en stor del af opsporing, udredning og behandling af kronikere kan håndteres i almen praksis. En god håndtering af kronisk sygdom i almen praksis kan begrænse forværring af sygdommen og forebygge unødvendige hospitalsindlæggelser.

I international sammenligning ligger Danmark relativt højt med hensyn til antallet af sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetespacienter, og fra politisk side er der en eksplicit målsætning om at nedbringe den samlede sygehusaktivitet for KOL- og type 2-diabetespacienter. Dette kan ske ved at udflytte opgaver fra hospitalerne til almen praksis eller ved at styrke den patientrettede forebyggelse og derved undgå unødige sygehuskontakter.

Potentialer for forbedring i kronikerindsatsen på tværs af almen praksis kan synliggøres ved at undersøge: i) hvor stor variation i antallet af sygehuskontakter for hhv. KOL og type 2-diabetespacienter, der er på tværs af almen praksis, når man korrigerer for de strukturelle betingelser (rammevilkår), som almen praksis arbejder under, og ii) om der er særlige praksiskarakteristika, som er betydende for almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter givet deres rammevilkår.

Kronikerindsatsen i almen praksis kan være kompleks, og det er derfor samtidig nødvendigt at afdække konkrete eksempler på, hvordan en struktureret kronikerindsats kan organiseres i praksis.

Formål

Rapportens overordnede formål er at bidrage med viden om kronikerindsatsen i almen praksis med specifikt fokus på at:

1. undersøge, om der er et potentiale i forhold til at forebygge sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetespacienter i almen praksis givet almen praksis' rammevilkår, samt undersøge, om der er særlige praksiskarakteristika forbundet med at have flere eller færre sygehuskontakter end forventet. Dette gøres ved hjælp af **kvantitative registrerbaserede analyser**.
2. give et praksisnært indblik i, hvordan læger og personale i ni strategisk udvalgte praksisser arbejder med kronikerindsatsen. Dette gøres via **kvalitative casestudier** i de ni praksisser samt en tværgående analyse af forskelle og ligheder. Analysen tilstræber ikke bred repræsentativitet, men fokuserer via den strategiske udvælgelse på praksis, som har gjort erfaringer med at sætte kronikerindsatsen i system i forhold til både behandling og opsporing.

Metode

De kvantitative analyser omfatter: i) en benchmarkinganalyse, der undersøger, om der er et eventuelt potentiale i forhold til at forebygge sygehuskontakter i almen praksis under hensyn til rammevilkår (i denne rapport patientsammensætning (case-mix og sygelighed) og geografi), og ii) en analyse af praksiskarakteristika, der kan (medvirke til at) forklare, hvor god almen praksis er til at forebygge sygehuskontakter.

I benchmarkinganalysen beregnes for hver almen praksis det forventede niveau af sygehuskontakter givet de rammevilkår, som enheden arbejder under.

Dette gøres i praksis ved, at det faktiske antal sygehuskontakter per 100 KOL-/type 2-diabetespatienter sammenholdes med det forventede antal sygehuskontakter givet almen praksis' rammevilkår. Dette forhold er opgjort som den procentvise afvigelse fra det forventede antal kontakter.

En benchmarkingindikator på fx 50 % angiver således, at almen praksis har 50 % *flere* kontakter per 100 kronikere end, hvad man kunne forvente, mens en benchmarkingindikator på -50 % angiver, at en almen praksis har 50 % *færre* kontakter per 100 kronikere end, hvad man kunne forvente. I analysen af diagnoserelaterede kontakter er der tale om 50 % større eller mindre andel patienter med en diagnoserelateret kontakt end forventet.

Der analyseres på tre afhængige variable for hhv. KOL og type 2-diabetes:

1. Det samlede antal sygehuskontakter
2. Antallet af akutte sygehuskontakter
3. Andel patienter med en diagnoserelateret kontakt.

Dette resulterer i tre benchmarkingindikatorer for hver diagnose for hver almen praksis.

Det analyseres herefter i lineære regressionsmodeller, hvilke praksiskarakteristika der kan (medvirke til at) forklare variationen i benchmarkingindikatorer på tværs af praksisser. Praksiskarakteristika, som undersøges er:

- Praksisform (solopraksis, delepraksis, kompagniskab, samarbejdspraksis)
- Praksispersonale (om praksis har ansat praksispersonale, og hvilke ydelser de varetager)
- Behandlingspraksis (hvor stor andel KOL- og type 2-diabetespatienter, der har modtaget årskontroller, har fået foretaget lungefunktionsmåling hhv. blodsuktermåling mv.).

Resultaterne testes endvidere i en alternativ modelspecifikation, hvor der analyseres på medianen frem for gennemsnittet. Dette muliggør at teste, om resultaterne drives af de praksisser, der har hhv. flest og færrest sygehuskontakter i forhold til det forventede.

Datagrundlag

De kvantitative analyser er baseret på registerdata indsamlet på individniveau leveret af Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik. Dette inkluderer blandt andet registre for sygehusaktivitet, aktivitet i almen praksis samt en række sociodemografiske variable.

De kvalitative casestudier bygger på besøg og interview med læger og personale i ni strategisk udvalgte praksisser.

Til udvælgelsen har vi hverken haft teknisk mulighed for eller lovmæssig hjemmel til at udvælge de ni praksisser på baggrund af de kvantitative analyseresultater; dels er de praksisdata, der indgår i de kvantitative analyser, anonymiserede, dels ville det bryde med gældende regler om brug af personhenførbare data.

De kvalitative casestudier tager i stedet afsæt i et overordnet spørgsmål om, hvad vi kan lære, hvis vi ser nærmere på organiseringen og arbejdsgangene i nogle almen praksisklinikker, som ud fra en forhåndsvurdering har arbejdet på at sætte kronikerbehandlingen i system. Til forhåndsvurderingen har vi fået assistance fra kontaktpersoner i regionale praksisenheder. Denne strategiske udvælgelse medfører, at de ni praksisser ikke kan antages at være repræsentative for, hvordan man i almen praksis-sektoren generelt tilrettelægger og udfører kronikerbehandling.

I udvælgelsen har vi til gengæld vægtet at opnå spredning på praksisform, størrelse, geografi (land/by) og region. De ni praksisser varierer i praksisform og størrelse på følgende vis:

- Tre solopraksis
- Tre mindre kompagniskaber med to ejerlæger
- Tre større kompagniskaber med 4+ ejerlæger.

Casebesøg og interview

Casebesøgene er indledt med en rundvisning på cirka 5-15 minutter (afhængigt af klinikkens størrelse), hvor en læge har præsenteret klinikkens fysiske rammer – herunder bl.a. venteværelse, lægers og personalers konsultationsrum, øvrige lokalfunktioner – og forklaret, hvordan disse rammer spiller sammen med de daglige arbejds gange i klinikken.

Dernæst er der ved hvert casebesøg foretaget følgende to interview:

- Et interview med læge(r) med fokus på, hvordan kronikerindsatsen er organiseret, hvilke muligheder og udfordringer der opleves, praksispersonalets roller, samarbejde med hospital/kommune
- Et interview med praksispersonalet (sygeplejesker, bioanalytikere, sekretærer, m.fl.) med fokus på, hvorvidt de varetager faste opgaver i kronikerbehandlingen, hvordan opgavevaretagelsen er understøttet, fx via sparring med lægerne, instrukser, procedurer mv.

Hvert interview har varet cirka en time og har været struktureret via en interviewguide. Interviewene er blevet optaget og refereret af en assistent.

Interviewene har taget form som enten individuelle interview eller gruppeinterview afhængigt af praksisform, -størrelse og -personale.

Centrale pointer er nedfældet umiddelbart efter casebesøgene.

Dokumenter og øvrige data

I forbindelse med casebesøgene har vi så vidt muligt indsamlet relevante dokumenter, fx klinikkens beskrivelser af arbejdsgange eller procedurer for kronikerbehandlingen. Derudover har

vi med hjælp fra læge eller personale fra den enkelte praksis indsamlet oplysninger om antal patienter og antal ældre tilknyttet praksis. Nogle af casebesøgene har givet anledning til opfølgende spørgsmål, som vi har kunnet afklare via mailkorrespondance med den enkelte praksis.

Analyseproces

I analysen af de indsamlede data har vi både anlagt et dybdegående fokus på kronikerindsatsen i hver af de ni praksisser og et tværgående fokus på ligheder og variationer samt mulige sammenhænge med praksisform og -karakteristika.

Det dybdegående fokus har udmundet i ni individuelle casebeskrivelser – en for hver af de ni praksisser – hvor væsentlige aspekter i kronikerindsatsen er fremhævet. Casebeskrivelserne er vedlagt som bilag i rapporten.

Det tværgående fokus har udmundet i en analyse, hvor kronikerindsatsen er sammenlignet med hensyn til arbejdsdeling mellem læger og personale, formalisering af arbejdsgange, erfaringer med opsporing og fastholdelse, data og digitale redskaber i indsatsen, snitfalder til sygehus og kommune.

Resultater

De kvantitative analyser

De kvantitative analyser viser først og fremmest, at der er betragtelig variation i forholdet mellem det forventede og det faktiske antal sygehuskontakter per 100 KOL- og type 2-diabetespatient på tværs af almen praksis og under hensyntagen til rammevilkår i de enkelte praksisser. Dette gælder både totale sygehuskontakter, akutte sygehuskontakter og andelen af patienter med en diagnoserelateret sygehuskontakt.

Den gennemsnitlige benchmarkingindikator for de 100 praksisser, der har hhv. flest og færrest kontakter sammenlignet med, hvad der kan forventes i den enkelte praksis givet praksis' rammevilkår, er blevet opgjort. Benchmarkingindikatoren angiver den procentvise afvigelse fra det forventelige antal sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår.

De 100 praksisser, der har flest sygehuskontakter i forhold til det forventede antal sygehuskontakter, har op til 70 % flere kontakter end forventet i forhold til deres rammevilkår på tværs af diagnoser. Samtidig har de 100 praksisser, der har færrest sygehuskontakter i forhold til det forventede antal sygehuskontakter, op til 48 % færre sygehuskontakter end forventet under hensyn til rammevilkår på tværs af diagnoser.

De 100 praksisser, der har den største andel patienter med en diagnoserelateret kontakt i forhold til det forventede, har op til 123 % større andel, mens de 100 praksisser, der har den mindste andel i forhold til forventet, har op til 78 % færre i forhold til forventet.

I den efterfølgende analyse af, hvilke praksiskarakteristika der er associeret med at have færre sygehuskontakter end forventet, finder vi, at andelen af patienter, der har modtaget **årskon-****troller**, er statistisk signifikant for det totale antal sygehuskontakter og for andelen af patienter med en diagnoserelateret kontakt i både KOL- og type 2-diabetes-populationen. Sammenhængen giver sig til udtryk på den måde, at en stor andel patienter, der har modtaget årskontrol, er associeret med et lavere antal sygehuskontakter i forhold til det, man kunne forvente under hensyn til rammevilkår.

For diabetespopulationen genfindes dette resultat, når vi tester det i en alternativ modelspecifikation, hvor der analyseres på medianen af benchmarkingindikatoren frem for gennemsnittet.

For KOL-populationen genfindes resultatet ikke i den alternative modelspecifikation. Det peger på, at det er de praksisser, der har flest sygehuskontakter i forhold til det forventede gennemsnit, og som også har færrest årskontroller, der 'driver' den fundne sammenhæng.

For borgere med KOL er også andelen af KOL-patienter, der har modtaget **lungefunktionsundersøgelse**, statistisk signifikant, således at almen praksis, hvor en relativt større andel af KOL-patienterne har fået foretaget en lungefunktionsmåling, har færre totale sygehuskontakter og en lavere andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt end forventet. Resultatet genfindes imidlertid ikke, når vi tester det i den alternative modelspecifikation – hvilket indikerer, at det er de praksisser, der har flest sygehuskontakter i forhold til det forventede, og som også har færrest lungefunktionsundersøgelser, der 'driver' sammenhængen.

Vi finder også statistisk signifikante associationer mellem a) det, at praksispersonalet varetager **rygeafvænning**, og det at have en mindre andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt end forventet, og b) det at praksis har praksispersonale, som varetager **blodsukkermåling** og **urinundersøgelser**, er associeret med det at have færre totale sygehuskontakter end forventet for borgere med type 2-diabetes. Disse resultater er imidlertid ikke signifikante, når vi tester dem i den alternative modelspecifikation – hvilket indikerer, at det er de praksisser, der har flest sygehuskontakter i forhold til det forventede, og som også har uddelegeret flest af disse ydelser, der 'driver' sammenhængen.

Analysen finder ingen statistisk signifikant sammenhæng imellem **praksisform** og det at have hverken flere eller færre sygehuskontakter end forventet. Der findes heller ingen statistisk signifikant sammenhæng med, hvilket **praksispersonale** der er ansat i almen praksis.

Der findes positive og statistisk signifikante korrelationer mellem benchmarkingindikatorerne og på tværs af diagnoser. Dog er der tale om en vis variation og ingen stærke korrelationer, hvorfor det ikke kan konkluderes, at en praksis, som har meget færre sygehuskontakter end forventet med hensyn til én type sygehuskontakt, nødvendigvis også har meget færre sygehuskontakter end forventet med hensyn til andre typer sygehuskontakter.

Den kvalitative analyse

Overordnet set finder analysen stor grundlæggende lighed på tværs; i alle tilfælde fremstår et koordineret samarbejde mellem læger og praksispersonale som centralt i en kronikerindsats, hvor patienterne kommer til jævnlige kontroller. Det gælder i alle praksisser, at vejledninger fra DSAM, og i flere tilfælde konsulenter fra medicinalindustrien, er en væsentlig kilde til at strukturere kronikerindsatsen i forhold til både behandling og intern arbejdsdeling mellem læger og personale. Arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale fremstår generelt som en forudsætning for at opretholde aktiviteten i kronikerindsatsen, og som noget, der bidrager til at lette lægernes arbejde og koncentrere deres ressourcer om de mere komplicerede multisyge patienter. Hvad angår multisyge, møder lægerne udfordringer i forhold til at behandle alle patientens diagnoser på samme systematiske vis som de øvrige kronikere. I forhold til at fastholde kronikere i deres forløb er der i alle praksisser et stærkt fokus på at sikre, at patienter får tider til deres kontroller, herunder at patienter, der vil forny medicin et år yderligere uden at have tid til årskontrol, får en tid hertil.

Analysen viser, at en kronikerindsats karakteriseret ved de ovenstående elementer ikke hører bestemte praksisformer til, men kan etableres på tværs af geografi i såvel større kompagniskaber med erfarent personale som i relativt nyetablerede solopraksis med mindre erfarent personale. Variationer og øvrige vigtige fund opsummeres i det følgende.

Variierende grader af uddelegering. Mens praksispersonalet i alle tilfælde spiller en stor rolle, ses også en variation i, hvor store dele af indsatsen med kronikerkontroller og forberedende undersøgelser der er delegeret ud til praksispersonalet. Analysen har rangeret grader af uddelegering i de ni praksisser, hvor højeste grad af uddelegering sker i praksisser, der er begyndt at uddelegere årskontrol. Analysen finder her sammenhænge mellem: i) graden af uddelegering og sygeplejerskernes erfaring, ii) graden af uddelegering og praksisform, iii) graden af uddelegering, og hvorvidt forløbet i en kronikerkontrol indebærer et eller to patientbesøg.

Hvad angår opsporing af borgere med kroniske lidelser, viser analysen, at: i) opsporing primært tager afsæt i den enkelte patientkontakt frem for populationsbaserede kriterier, og ii) at praksispersonalet i varierende grad – og uden klare sammenhænge med praksis karakteristika – varetager kliniske opgaver i efterfølgende screening og udredning, og iii) at læger og personale oplever forskelle mellem potentielle KOL- og diabetespatienters villighed til at gennemgå screening, hvilket kan relateres til, at det ifølge flere læger og medarbejdere ofte er lettere at opnå synlige effekter af behandlingen hos diabetespatienter end hos KOL-patienter.

Erfaringer med elektroniske forløbsplaner varierer blandt de ni praksisser, både hvad angår lægernes og personalets udbytte og patienternes interesse og tilslutning. Enkelte praksisser fremhæver, at der med forløbsplaner er kommet bedre muligheder for at arbejde statistisk og dataunderstøttet i behandlingen af KOL- og diabetespatienter, mens andre praksisser ikke synes at være opmærksomme på eller fuldt ud bevidste om disse muligheder.

Hvad angår sygehuskontakter, har de ni praksisser ikke data eller systematisk overblik over antal henvisninger af KOL- og diabetespatienter, men lægerne vurderer på tværs, at de med indsatsen har de fleste patienter under god sygdomskontrol, og at henvisninger er sjældne.

Kommunale tilbud anses som relevante for kronikerbehandlingen i de ni praksisser, men der ses samtidig et tydeligt geografisk mønster i, at afstand til tilbuddene udgør en barriere for patienter fra landpraksis (ifølge lægerne).

Konklusion

Først og fremmest identificerer rapporten et betragteligt potentiale i forhold til at begrænse antallet af sygehuskontakter for KOL- og type 2-diabetespatienter, når det faktiske og forventede niveau af sygehuskontakter sammenlignes.

De samlede analyser peger endvidere på, at en systematisk kronikerindsats i almen praksis, kendetegnet ved et fokus på at sikre årskontroller for KOL- og type 2-diabetespatienter, kan medvirke til at realisere potentialet.

De fundne sammenhænge er ikke nødvendigvis et udtryk for direkte årsagssammenhænge (kausale sammenhænge). Den statistiske korrelation kan blandt andet dække over en arbejdsdeling, således at ydelser leveret i sygehusregi ikke leveres i almen praksis, eller over ikke målbare underlæggende karakteristika ved praksis, der samvarierer med de analyserede praksis karakteristika.

Analyserne viser derudover, at en systematisk kronikerindsats, hvor patienterne fastholdes i forløb med jævnlige kontroller, kan etableres uafhængigt af praksisform (solopraksis eller kom-pagniskab) og geografi, og at praksispersonalet er en vigtig brik i at kunne opretholde indsatsen i en almen praksis med mange opgaver og en hektisk hverdag.

Effektiv udnyttelse af praksispersonalet hænger bl.a. sammen med personalets erfaring, viser den kvalitative analyse, men det fremgår også, at det via klare instrukser til personalet for bl.a. kliniske forundersøgelser til årskontroller, samt tydelige procedurer for lægers og personales arbejdsgange, er muligt at uddelegere store dele af kronikerindsatsen, også til relativt uerfarent personale.

1 Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Omtrent hver femte voksne dansker lever med mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Samtidig er antallet af borgere med en af disse udvalgte kroniske sygdomme steget med 31 % over perioden 2009 til 2017 (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Som borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet spiller almen praksis en væsentlig rolle i forhold til, at borgeren får den rette behandling (Danske Regioner, n.d.). I forbindelse med kronisk sygdom er almen praksis et vigtigt omdrejningspunkt, idet den alment praktiserende læge varetager vigtige opgaver i forbindelse med både opsporing, behandling og opfølgning af borgere med kronisk sygdom (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). Almen praksis' rolle i den forbindelse er bl.a. beskrevet i kliniske retningslinjer. I Dansk Selskab for Almen Medicin's retningslinjer for KOL og type 2-diabetes (hhv.) fremgår det fx, at borgere med KOL eller type 2-diabetes skal tilbydes en årlig kontrol, hvor sygdommen vurderes på baggrund af hhv. lungefunktionsundersøgelse og blodsuktermåling mv. (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2017; 2019).

Almen praksis og den øvrige primærsektors rolle i forbindelse med kronisk sygdom understreges tillige af faglige anbefalinger, fx af Sundhedsstyrelsen (2005), hvor det fremgår, at *"På grund af sygdommens karakter med et oftest langvarigt forløb og ønsket om at sikre borgere med kronisk sygdom den bedst mulige livskvalitet bør indsatsen ske i borgerens eget miljø og primærsektoren. De praktiserende læger og de sundhedsprofessionelle i det kommunale sundhedsvæsen har derfor en central rolle. Der skal sikres tæt sammenhæng til sygehusenes indsats"* (Sundhedsstyrelsen, 2005). Endvidere påpeges almen praksis' rolle i forbindelse med den patientrettede forebyggelse – dvs. indsatser, der har til formål at undgå yderligere udvikling af sygdom og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer – af OECD (2017), hvor det fremgår, at en effektiv behandling i den primære sektor kan reducere akut forværring af den kroniske sygdom samt forebygge unødvendige hospitalsindlæggelser (OECD, 2017).

Fra politisk side er der en eksplicit målsætning om at nedbringe sygehusaktiviteten for patienter med hhv. KOL og type 2-diabetes, hvilket kan ske ved i) udflytning af opgaver fra fx hospitalernes ambulatorier til praksissektoren, og ii) en styrkelse af den patientrettede forebyggelse, sådan at u hensigtsmæssige sygehuskontakter undgås (Sundheds- og Ældreministeriet, KL, & Danske Regioner, 2019). Denne ambition afspejles bl.a. i 'Aftalen om regionernes økonomi for 2019', hvor det fremgår, at der skal ske en omkostningseffektiv omstilling af behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme. Et af kriterierne i den nye nærhedsfinansiering er, at der skal ske en reduktion i DRG-værdien per kroniker med KOL og/eller diabetes (Regeringen & Danske Regioner, 2018). Det indebærer, at regionerne belønnes, hvis KOL- og/eller diabetespatienter har mindre aktivitet på hospitalet. Samtidig er der med overenskomstaftalen for almen praksis gældende fra 1. januar 2018 formuleret et program for KOL og type 2-diabetes i almen praksis, som har til formål at styrke almen praksis' ansvar og opgavevaretagelse. Som en del af programmet er der indført en ny honoreringsmodel, som indebærer et årligt kronikerhonorar for borgere med KOL og/eller type 2-diabetes. Kronikerhonoraret udbetales per patient, som lægen tilmelder programmet, og afregnes særskilt for i) KOL-patienter, ii) type 2 diabetes-patienter og iii) patienter med både KOL og type 2-diabetes. Kronikerhonoraret udbetales, uanset hvor mange konsultationer, årskontroller mv. der udføres per patient (Praktiserende Lægers Organisation, 2019b).

Sammenligner man sygehusaktiviteten blandt kronikere i Danmark både internationalt (med de øvrige OECD lande) og nationalt (på tværs af de fem regioner), forekommer det da også, at der i dansk kontekst er plads til forbedring med hensyn til sygehusaktiviteten blandt kronikere: I international sammenligning ligger antallet af forebyggelige sygehusindlæggelser relateret til KOL og type 2-diabetes relativt højt i Danmark. Dette gælder især med hensyn til KOL, hvor Danmark har en af de højeste rater for indlæggelser, som kunne være undgået, sammenlignet med de øvrige OECD lande (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Inden for landets egne grænser eksisterer der samtidig en betydelig geografisk variation i antallet af akutte indlæggelser blandt borgere med KOL og type 2-diabetes. En undersøgelse viser, at der er flest akutte indlæggelser per borger med hhv. KOL og type 2-diabetes i Region Hovedstaden og færrest i Region Syddanmark efterfulgt af Region Nordjylland. Samtidig har udviklingen af akutte indlæggelser blandt voksne med hhv. KOL og type 2-diabetes været relativt stabil i løbet af de seneste fire år; antal indlæggelser per borger med KOL er reduceret med 1 %, mens antal indlæggelser per borger med type 2-diabetes er reduceret med knap 5 % (Sundheds- og Ældreministeriet, KL, & Danske Regioner, 2018).

I denne rapport undersøger vi almen praksis' aktuelle arbejde med og evne til at håndtere kronikere med fokus på sygehuskontakter blandt hhv. KOL- og type 2-diabetespatienter. Dette gøres ved i) at identificere, om der er et potentiale i forhold til at forebygge sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetespatienter i almen praksis, og ii) at undersøge, hvordan det konkrete kronikerarbejde kan tilrettelægges og forløbe i almen praksis.

1.2 Formål

Rapportens formål er todelt:

1. Undersøge, om der er et potentiale i forhold til at forebygge sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetespatienter i almen praksis. Dette gøres under hensyntagen til almen praksis' rammevilkår (patientsammensætning såsom case-mix og sygdomshistorik, samt sociodemografi og geografi). Dertil kommer at undersøge, om der er særlige praksis karakteristika forbundet med at have flere eller færre sygehuskontakter end forventet. Dette gøres ved hjælp af **kvantitative registerbaserede analyser**.
2. At give et praksisnært indblik i, hvordan man i almen praksis kan tilrettelægge en struktureret kronikerindsats. Dette gøres via **kvalitative studier** i ni strategisk udvalgte praksisser, som har gjort sig erfaringer med at sætte kronikerindsatsen i system, både i forhold til behandling og opsporing.

De kvantitative analyser er baseret på danske registerdata og omfatter to komplementære analyser. Den første kvantitative analyse undersøger forholdet mellem den faktiske sygehusaktivitet i den enkelte almene praksis og den sygehusaktivitet, som man kunne forvente givet den enkelte praksis' rammevilkår. I en efterfølgende analyse ses der på systematiske sammenhænge mellem en række praksis karakteristika og almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter. På den måde skal de kvantitative analyser synliggøre forskelle og dermed potentialer for forbedringer på tværs af almen praksis. Hvor de kvantitative analyser ser bredt på praksissektoren, er de kvalitative studier foretaget i ni strategisk udvalgte praksisser, som er udvalgt, fordi de har arbejdet systematisk med deres kronikerbehandling, så den afspejler gængse anbefalinger på området. Den kvalitative analyse tilføjer således kontekst til benchmarkinganalysen ved at belyse, hvordan læger og praksispersonale arbejder på at strukturere og organisere kronikerindsatsen i praksis og sikre, at patienter fastholdes i forløb med jævnlige kontroller.

Analysen ser på tværs af ni praksisser med varierende praksisform og geografi

2 Metode og datagrundlag

Dette kapitel præsenterer rapportens data og metoder. Først præsenteres de kvantitative analyser. For analysen af almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår (patientsammensætning og geografi) redegøres der for datagrundlaget og metoden bag analysens resultater. Efterfølgende beskrives datagrundlag og metode i den efterfølgende analyse af betydende praksiskarakteristika for variationen på tværs af praksisser. For de kvalitative studier redegøres der for den strategi og proces, hvormed de deltagende praksisser er rekrutteret, og form og indhold på de gennemførte interview forklares.

2.1 Kvantitative analyser

2.1.1 Introduktion til de kvantitative analyser og anvendte begreber

Studiepopulationen i de kvantitative analyser omfatter gruppe 1-sikrede borgere, der har en KOL- og/eller type 2-diabetesdiagnose og er bosiddende i Danmark i 2017. Analyseåret 2017 er valgt, fordi ikke alle data for 2018 var tilgængelige på analysetidspunktet. Der er foretaget selvstændige analyser for hhv. KOL- og type 2-diabetespatienter. Analyserne for hhv. KOL- og type 2-diabetespatienter følger samme fremgangsmåde og bygger på samme datagrundlag.

Der er analyseret på alle almen praksis (ydertype 'Almenlæger' og hovedspeciale 'Almen lægegerning') med et ydernummer, som kan identificeres i både Sygesikringsregistret og Yderregistret. Ydere med under 200 tilmeldte borgere samt ydere med færre end 30 borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes er ekskluderet fra analysen.

Resultaterne af de kvantitative analyser præsenteres i form af 1) deskriptive analyser af studiepopulationen og deres respektive almen-praksis; 2) en analyse af de enkelte almen-praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter blandt deres kronikere under hensyn til rammevilkår; og 3) en analyse af, hvilke praksiskarakteristika der kan (medvirke til at) forklare variationen på tværs af almen praksis.

Analyse 2) kalder vi **benchmarkinganalysen**, mens vi henviser til analyse 3) som **analysen af praksiskarakteristika**.

Udgangspunktet for **benchmarkinganalysen** er at beregne et forventet niveau for det givne succesmål givet en række rammevilkår. Benchmarkingen foretages på baggrund af forskellen mellem observerede udfald og forventede udfald, hvorved der korrigeres for forskelle i de betingelser, der arbejdes under. I denne analyse benchmarkes almen praksis på baggrund af det forventede og faktiske antal sygehuskontakter for hhv. KOL- og type 2-diabetespatienter under hensyn til den enkelte praksis' rammevilkår.

Rammevilkår henviser til de strukturelle betingelser, som almen praksis arbejder under, og som ikke kan ændres på kort eller mellemlang sigt. Det kan være kommunale eller regionale forhold, fx nærhed til sygehus, indsats i andre sektorer, patientpopulationens sociodemografi mv. I analysen er det relevant at tage højde for rammevilkår, da disse forventeligt vil kunne forklare en del af variationen på tværs af praksisser. Ved at tage højde for rammevilkår, ser vi altså på almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter, når vi korrigerer for forhold som region, sygehus i kommunen og patientpopulationen i praksis. Samtlige forklarende variable beskrives i afsnit 2.1.2.3.

Resultatet af benchmarkinganalysen er en **benchmarkingindikator** for hver enkelt almene praksis. En lav benchmarkingindikator udtrykker, at almen praksis klarer sig bedre end, hvad man kunne forvente givet rammevilkårene, mens en høj benchmarkingindikator indikerer, at almen praksis klarer sig dårligere end, hvad man kunne forvente givet rammevilkårene. Beregning og fortolkning af benchmarkingindikatoren er beskrevet i afsnit 2.1.2.5.

I **analysen af praksiskarakteristika** undersøges det desuden, om der er en sammenhæng mellem almen praksis' evne til at forebygge forskellige typer af sygehuskontakter inden for og på tværs af de to diagnoser samt, om der eksisterer systematiske geografiske forskelle i, hvordan almen praksis klarer sig.

2.1.2 Metode

2.1.2.1 Konstruktion af populationen

En forudsætning for inklusion i analysen er, at vi kan koble borgeren med et ydernummer i både Sygesikringsregistret, som kobler borger og almen praksis, og i Yderregistret, som indeholder informationer om praksiskarakteristika. Der er konstrueret i alt tre populationer:

1. En grundpopulation bestående af samtlige borgere uanset diagnose
2. En studiepopulation bestående af KOL-patienter
3. En studiepopulation bestående af patienter med type 2-diabetes.

Grundpopulationen anvendes til at opgøre rammevilkår for de enkelte almene praksisser (se afsnit 2.1.2.3), mens studiepopulationerne omfatter de individer og deres respektive almene praksisser, som analysen tager udgangspunkt i.

Grundpopulationen

Grundpopulationen inkluderer alle gruppe-1-sikrede borgere med adresse i en dansk kommune i perioden 2017-2018. Fra Sygesikringsregistret har vi oplysninger om, hvilket ydernummer den enkelte borger er tilknyttet. Registret indeholder cpr-numre og tilknyttede ydernumre for ca. 5.539.000 danskere.

Vi har afgrænset vores analyse til borgere, der har aktiv adresse i Danmark i hele analyseperioden (dvs. borgere, der ikke dør eller udvandrer). Efter eksklusion af personer, hvis adresseangivelse ophører i løbet af perioden, er der ca. 5.536.000 personer tilbage.

Med udgangspunkt i denne population har vi først dannet et grunddatasæt ved at koble cpr-numre til Yderregistret og ekskludere alle ydernumre med en afgangsdato før 1. januar 2017. Herefter er ydernumrene afgrænset ud fra kriterier, som

1. inkluderer personer, som har dato for tilknytning til ydernummeret før medio 2017 og enten er tilknyttet samme ydernummer perioden ud eller har skiftet læge inden medio 2018, og
2. ekskluderer personer, som har skiftet læge flere gange i løbet af perioden, sådan at ét ydernummer ikke kan tillægges fuld vægt i analysen.

I grundpopulationen er der en lille gruppe personer, for hvem der eksisterer et ydernummer i Sygesikringsregistret, som ikke kan genfindes i Yderregistret. Disse personer er ekskluderet, fordi det ikke er muligt at indhente data om deres respektive almene praksisser.

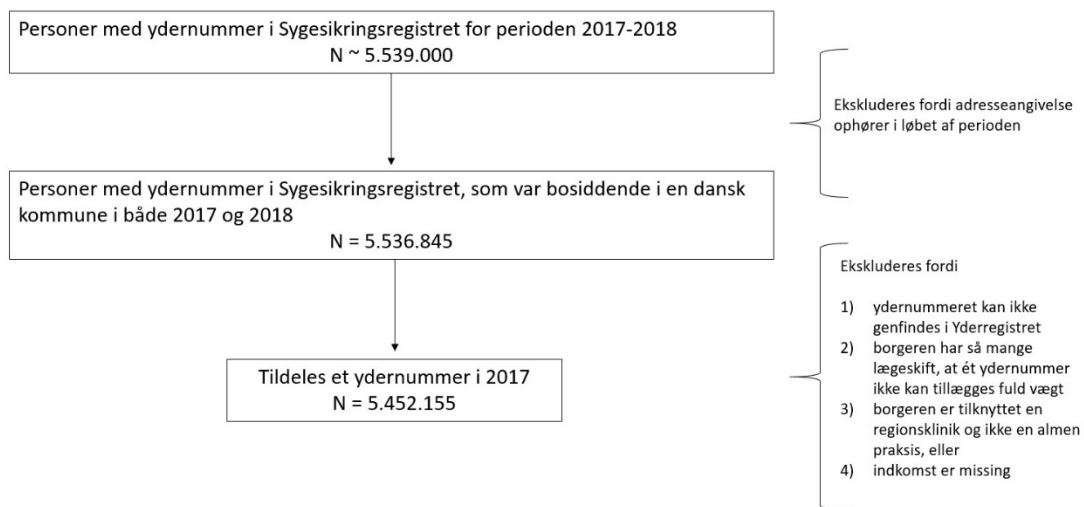
Desuden ekskluderes borgere, som er tilknyttet en regionsklinik, samt borgere, som ikke er registreret med en indkomst i indkomstregistret.

I den endelige grundpopulation indgår 5.452.155 personer og 2.045 unikke ydernumre.

Figur 2.1 illustrerer konstruktionen af grundpopulationen.

Figur 2.1 Konstruktion af grundpopulation

GRUNDPopulation 2017



Studiepopulationer

Studiepopulationerne er dannet ud fra grundpopulationen og opfylder således de samme kriterier, men er derudover afgrænset til borgere, der kan identificeres med hhv. en KOL- og en type 2-diabetesdiagnose i RUKS per 1. januar 2017.

RUKS er baseret på information om lægemiddelkøb fra Lægemiddelstatistikregisteret og data om sygehuskontakter fra Landspatientregisteret. Det kan fx være indløsning af en bestemt type medicin eller en diagnose i forbindelse med behandling på de danske sygehuse. En person inkluderes først i registret, når der er registreret en vis mængde information, hvorfor registret opgøres forskudt cirka et år. Det betyder, at borgere med KOL og diabetes kan være underestimeret. I så fald vil det formentlig være patienter i de tidlige stadier af sygdommen, som underestimeres.

Det er værd at bemærke, at hvis nogle almene praksisser er gode til at opspore KOL- og type 2-diabetespatienter, så vil de alt andet lige have en større patientpopulation, og denne vil muligvis omfatte 'lettere' patienter. Dette kan påvirke resultaterne således at læger, der har fokus på opsporing, fremstår bedre i analysen.

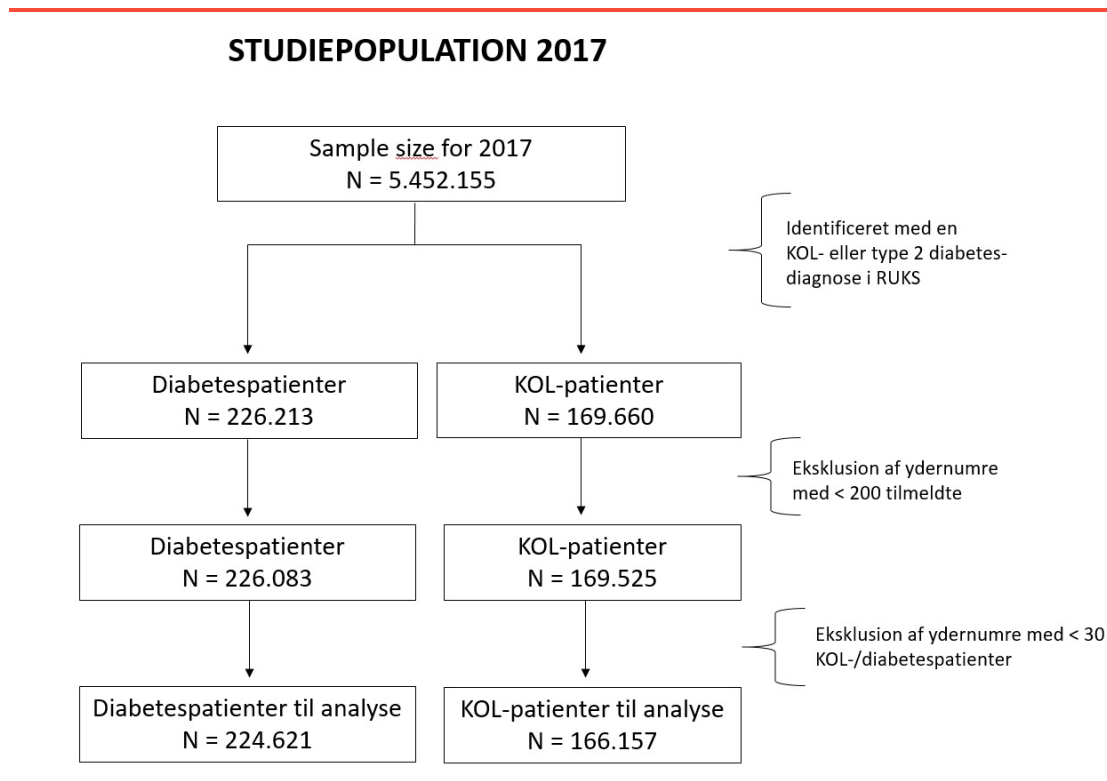
Enheden i registret er sygdomstilfælde, dvs. at en person med tre forskellige sygdomme vil optræde tre gange i registret. Det betyder også, at de borgere, som vi har identificeret med hhv. KOL og type 2-diabetes godt kan have andre kroniske sygdomme. I analysen tages der også hensyn til disse eventuelle øvrige kroniske sygdomme, se afsnit 2.1.2.3.

Der er identificeret 169.660 KOL-patienter og 226.213 patienter med type 2-diabetes i 2017.

Efter eksklusion af de almene praksisser, som har under 200 tilmeldte og færre end 30 patienter med hhv. KOL og type 2-diabetes, har vi 166.157 borgere i KOL-populationen og 224.621 borgere med type 2-diabetes. Dette resulterer i 1.700 unikke ydernumre i analysen af KOL-patienter og 1.788 unikke ydernumre i analysen af patienter med type 2-diabetes.

Figur 2.2 illustrerer konstruktionen af studiepopulationerne.

Figur 2.2 Konstruktion af de to studiepopulationer af hhv. KOL-patienter og patienter med type 2-diabetes



2.1.2.2 Deskriptive analyser

Der er foretaget deskriptive analyser af studiepopulationerne på borger- og almen praksis-niveau.

I de deskriptive analyser på borgerniveau har vi opgjort antallet af borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes, som har ingen, én eller gentagne sygehuskontakter. Sygehuskontakter inkluderer både ambulante kontakter og indlæggelser. Opgørelsen omfatter alle kontakter, alle akutte kontakter, alle diagnoserelaterede kontakter og alle kontakter med henvisning fra almen praksis. Desuden har vi opgjort antallet af borgere, der har haft mindst én konsultation i almen praksis samt en årskontrol. For KOL-populationen har vi desuden opgjort antallet af borgere, der har fået foretaget mindst én lungefunktionsundersøgelse. Sociodemografiske karakteristika ved begge studiepopulationer beskrives også.

For almen praksis præsenteres karakteristika ved praksis, som bl.a. omfatter praksisform, om praksis har klinikpersonale ansat, og om praksis uddanner læger. En fyldestgørende beskrivelse af praksiskarakteristika findes i afsnit 2.1.2.6. Desuden præsenteres fordelingen af antal sygehuskontakter per 100 kronikere på tværs af almen praksis.

2.1.2.3 Statistiske modeller og rammevilkår

Jf. afsnit 2.1.1 er udgangspunktet for benchmarkinganalysen beregning af det forventede og faktiske antal sygehuskontakter for hhv. KOL- og type 2-diabetespatienter under hensyn til den enkelte praksis' rammevilkår.

Det faktiske antal kontakter opgøres på baggrund af dataudtræk fra LPR. For at kunne beregne det forventede antal er det nødvendigt at vide, hvad der påvirker antallet af sygehuskontakter. Til at undersøge dette er der foretaget en regressionsanalyse på individniveau med antal kontakter som afhængig variabel og en række rammevilkår som forklarende variable.

Afhængige variable

Der er analyseret på tre forskellige afhængige variable:

1. Det totale antal sygehuskontakter pr. patient
2. Det totale antal akutte sygehuskontakter pr. patient
3. Andel patienter med mindst én diagnoserelateret sygehuskontakt.

Der skelnes i analyserne ikke imellem indlæggelser og ambulante kontakter, idet disse kontakter kan ligne hinanden i omfang og behandling uanset definitionen. Endvidere er der regionale forskelle i registreringspraksis i variabelen *patienttype*, som er den variabel, der indikerer, om en patient er indlagt eller behandles ambulant.

Der findes en litteratur omkring forebyggelige indlæggelser generelt (kaldet ACSC-kontakter), som er identificeret som forebyggelige kontakter ved en tilstrækkelig behandling i almen praksis (Caminal, Starfield, Sánchez, Casanova, & Morales, 2004; Roos, Walld, Uhanova, & Bond, 2005). Disse indlæggelser giver et relativt bredt billede af behandlingen i almen praksis. Det har i indeværende undersøgelse været et mål at kigge på de største grupper af kronikere, hvorfor vi har valgt at fokusere specifikt på borgere med KOL eller type 2-diabetes i denne analyse.

KOL-relaterede kontakter er defineret ud fra følgende aktionsdiagnoser: KOL (DJ44), lungebetændelse (DJ13-DJ18) og respirationsinsufficiens (DJ96) med kronisk obstruktiv lungesygdom som bi-diagnose (Sundhedsdatastyrelsen, 2019). Diabetesrelaterede kontakter er defineret ved aktionsdiagnosen type 2-diabetes (DE11).

Det totale antal kontakter og det totale antal akutte kontakter er tællevariable, hvor det er oplagt at benytte en *multilevel negativ binomial regressionsmodel* eller en *multilevel poisson-model*. Idet data ikke opfylder betingelserne for en poisson-fordeling (dvs. at middelværdi og varians er ens), analyseres det totale antal kontakter og det totale antal akutte kontakter i en *multilevel negativ binomial regressionsmodel*.

Dette metodiske valg betyder, at summen af forebyggelsespotentialerne ikke nødvendigvis summer til nul. Dette sker som en afvejning af, at den negative binomial model giver prædikterede værdier, der er tættere på det observerede end fx lineær regression.

I analysen af andelen af patienter med mindst en diagnoserelateret kontakt er anvendt en *multilevel logistisk regressionsmodel*. I den logistiske regressionsmodel kan den afhængige variabel således antage værdierne 1 eller 0 afhængigt af, om borgeren har haft mindst én diagnoserelateret kontakt eller ej. Der er anvendt multilevel-modeller, idet der er tale om korrelerede data på flere niveauer (idet almen praksis agerer inden for rammerne af den enkelte region). Vi har valgt ikke at inddrage kommeniveauet, idet dette ville korrigere eventuelle samarbejder imellem læger inden for de enkelte kommuner bort.

Estimaterne for de enkelte variable, som indgår i modellen, kan derefter bruges til at beregne hhv. det forventede antal kontakter og den forventede andel af patienter med en diagnoserelateret kontakt og efterfølgende beregne benchmarkingindikatorer for hver enkelt almen praksis, se afsnit 2.1.2.5.

Forklarende variable

Som nævnt indledningsvis i kapitlet er det relevant at korrigere for nogle af de rammevilkår, som almen praksis arbejder under, idet disse kan forventes at forklare en del af variationen på tværs af praksisser. Derfor indgår en række rammevilkår som forklarende variable i benchmarkinganalysen. Disse omfatter den enkelte patients sociodemografiske karakteristika, sociodemografiske karakteristika for den samlede patientpopulation i praksis og regionale forhold. Som proxy for afstand til sygehus har vi desuden anvendt en variabel, der angiver, hvorvidt der findes et akutsygehus i borgerens bopælskommune.

Alle tre modeller er korrigeret for regionale karakteristika ved at tilføje en dummy for hver region i regressionen. Således korrigeres der for både observerbare og ikke-observerbare regionale karakteristika. Det betyder derfor også, at vi ser bort fra variation, som kan tilskrives fx et godt samarbejde mellem region og almen praksis. Dette skal imidlertid holdes op imod eventuelle regionale indsatser, som har en indvirkning på patienternes sygehuskontakter, men som almen praksis ville blive krediteret for i analysen, såfremt der ikke var korrigeret for region.

I Tabel 2.1 og Tabel 2.2 præsenteres en oversigt over inkluderede forklarende variable, hhv. sociodemografiske karakteristika på individniveau og patientsammensætningen i almen praksis.

Tabel 2.1 Sociodemografiske karakteristika på individniveau

Variabel	Beskrivelse
Alder	Alder (i år) per 1. januar 2017
Køn	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mand ▪ Kvinde
Indkomst	Ækvivaleret disponibel indkomst ¹
Civilstand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gift ▪ Ugift ▪ Fraskilt ▪ Enkestand
Højeste fuldførte uddannelse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundskole ▪ Kort uddannelse/erhvervsuddannelse ▪ Kort videregående uddannelse ▪ Mellemlang videregående uddannelse ▪ Lang videregående uddannelse/ph.d. ▪ Missing²
Beskæftigelsesstatus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I beskæftigelse (selvstændige og lønmodtagere) ▪ Ude af erhverv (arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister, på sygedagpenge, orlovsydelse el.lign.) ▪ Folkepensionister og efterlønsmodtagere ▪ Under uddannelse ▪ Børn under 15 år
Etnisk baggrund	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dansk ▪ Indvandrer fra vestligt land ▪ Indvandrer fra ikke-vestligt land
Hjemmeboende børn	Hvorvidt borgeren har hjemmeboende børn eller ej
Hjemmepleje	Hvorvidt borgeren har modtaget personlig pleje i løbet af året
Hjemmehjælp	Hvorvidt borgeren har modtaget praktisk hjælp i løbet af året
Psykiske lidelser	Identificeret med et psykiatrisk behandlingsforløb inden for de seneste fem år i LPR-PSYK
Sygelighed i øvrigt	Charlson's komorbiditetsindeks (CCI) ^a
Øvrige kroniske sygdomme	Hvorvidt patienten lider af én eller flere af følgende kroniske sygdomme: astma, leddegigt, knogleskørhed, type 1-diabetes, type 2-diabetes, KOL
Sygehus i kommunen	Hvorvidt der findes et akutsygehus i kommunen

Note: ^a Et mål for borgerens sygelighed baseret på tilstedeværelsen af en række udvalgte sygdomme, se afsnit 2.1.2.4. CCI er behandlet som en kontinuert variabel i benchmarkinganalysen af alle kontakter og akutte kontakter (multilevel negativ binomial regressionsmodel) og som binær (CCI over/under 3) i benchmarkinganalysen af andel patienter med en diagnoserelateret kontakt (multilevel logistisk regressionsmodel).

¹ Vægtet indkomst, som gør det muligt at sammenligne familiers disponible indkomst uafhængigt af familiens størrelse og alderssammensætning. Hvis en person bor alene, er personens ækvivalerede disponible indkomst lig med personens disponible indkomst.

² Uddannelsesregisteret har for den ældste del af befolkningen 'missing'-værdier, fordi registeret ikke var oprettet, da denne del af befolkningen fik deres uddannelse.

Tabel 2.2 Patientsammensætningen i almen praksis

Variabel	Beskrivelse
Alder	Gennemsnitsalder
Køn	Andel mænd
Civilstand	Procentvis fordeling <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gift ▪ Ugift ▪ Fraskilt ▪ Enkestand
Etnisk baggrund	Procentvis fordeling: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dansk oprindelse ▪ Indvandrer fra vestligt land ▪ Indvandrer fra ikke-vestligt land
Hjemmeboende børn	Andel borgere med hjemmeboende børn
Hjemmepleje og hjemme-hjælp	Andel borgere, der har modtaget personlig pleje eller praktisk hjælp
Uddannelsesniveau	Procentvis fordeling: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundskole ▪ Kort uddannelse/erhvervsuddannelse ▪ Kort videregående uddannelse ▪ Mellemlang videregående uddannelse ▪ Lang videregående uddannelse/ph.d. ▪ Missing
Beskæftigelsesstatus	Procentvis fordeling: <ul style="list-style-type: none"> ▪ I beskæftigelse (selvstændige og lønmodtagere) ▪ Ude af erhverv (arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere, førtids-pensionister, på sygedagpenge, orlovsydelse el.lign.) ▪ Folkepensionister og efterlønsmodtagere ▪ Under uddannelse ▪ Børn under 15 år
Indkomstniveau	Medianindkomst
Kronikere	Andel med: <ul style="list-style-type: none"> ▪ KOL ▪ Type 2-diabetes ▪ Type 1-diabetes ▪ Astma ▪ Leddegigt ▪ Knogleskørhed
Psykisk sygdom	Andel borgere med et psykiatrisk behandlingsforløb inden for de se-neste fem år
Gennemsnitlig sygelighed	Gennemsnitligt Charlson's komorbiditetsindeks (CCI) ^a

Note: ^a Et mål for borgerens sygelighed baseret på tilstedeværelsen af en række udvalgte sygdomme, se afsnit 2.1.2.4.

2.1.2.4 Charlson's komorbiditetsindeks

Som et udtryk for den enkelte borgers sygelighed er der beregnet et Charlson's komorbiditet-sindeks (CCI) for hver enkelt borger (Quan et al., 2011). CCI er et internationalt klassifikations-system baseret på vægtede værdier relateret til en række udvalgte sygdomme, som vurderes

at påvirke individets helbred negativt. Vægtene afspejler sygdommens sværhedsgrad og kan antage værdier fra 1 til 6. Indekset beregnes som summen af vægtene relateret til de udvalgte sygdomme. Sygdomskategorierne og deres vægte fremgår af tabel 2.2.

Tabel 2.3 De udvalgte sygdomme og deres respektive vægte til beregning af CCI

Sygdom	Vægt
Akut myokardieinfarkt	1
Hjerteinsufficiens	1
Karsygdomme	1
Cerebrovaskulære sygdomme	1
Demens	1
Kronisk lungesygdom	1
Bindevævssygdomme	1
Ulcussygdomme	1
Milde leversygdomme	1
Diabetes (type 1 og 2), uden komplikationer	1
Hemiplegi	2
Moderate til svære nyresygdomme	2
Diabetes (type 1 og 2), med komplikationer	2
Solide eller hæmatologiske cancere	2
Moderate til svære leversygdomme	3
AIDS	6

På baggrund af indekset kan graden af komorbiditet klassificeres som ingen komorbiditet (CCI 0), let komorbiditet (CCI 1), middelsvær komorbiditet (CCI 2) og høj komorbiditet (CCI 3+). I analyserne er CCI behandlet som hhv. en kontinuert og en binær variabel (CCI over eller under 3) afhængigt af den anvendte statistiske model (se afsnit 2.1.2.3).

2.1.2.5 Beregning og fortolkning af benchmarkingindikatoren

For totale kontakter og totale akutte kontakter angiver benchmarkingindikatoren for hver almen praksis forholdet mellem det faktiske og forventede antal kontakter under hensyn til almen praksis' rammevilkår. De beregnede benchmarkingindikatorer afspejler således, hvilke almene praksisser, der har hhv. flere og færre kontakter, end man kan forvente på baggrund af de gældende rammevilkår. For diagnoserelaterede kontakter angiver benchmarkingindikatoren forholdet mellem den faktiske og forventede andel patienter med en diagnoserelateret kontakt givet de gældende rammevilkår.

Beregningen af benchmarkingindikatorerne baseres på regressionsanalysen af, hvilke rammevilkår der påvirker antallet af kontakter/andelen af patienter med en kontakt, jf. afsnit 2.1.2.3.

Beregningen af benchmarkingindikatorerne foregår i fire trin:

1. Det faktiske antal kontakter per 100 KOL-/diabetespatient i den enkelte praksis beregnes.
2. På baggrund af de estimerede koefficienter fra regressionsmodellen beregnes det forventede antal kontakter for den enkelte patient givet vedkommendes sociodemografiske karakteristika og rammevilkårene for den respektive almene praksis.
3. Derefter aggregeres de forventede antal kontakter op på almen praksis-niveau, dvs. at det forventede antal kontakter for alle patienter i hver enkelt almen praksis beregnes.

Herefter kan det forventede antal kontakter per 100 KOL-/diabetespatient for hver enkelt praksis beregnes.

4. Til slut beregnes benchmarkingindikatoren for hver almen praksis. Indikatoren angiver forholdet mellem almen praksis' faktiske og forventede antal kontakter per 100 KOL-/diabetespatient givet almen praksis' rammevilkår.

Benchmarkingindikatoren er beregnet som

$$\frac{\text{faktiske antal kontakter per 100 patienter} - \text{forventede antal kontakter per 100 patienter}}{\text{forventede antal kontakter per 100 patienter}} * 100$$

I analysen af diagnoserelaterede kontakter er det den faktiske og forventede andel patienter med en sådan kontakt, der indgår i beregningen.

En lav benchmarkingindikator udtrykker, at almen praksis klarer sig bedre end, hvad man kunne forvente, mens en høj benchmarkingindikator indikerer, at almen praksis klarer sig dårligere end, hvad man kunne forvente.

En benchmarkingindikator på fx 50 % angiver således, at almen praksis har 50 % *flere* kontakter per 100 kroniker end, hvad man kunne forvente, mens en benchmarkingindikator på -50 % angiver, at en almen praksis har 50 % *færre* kontakter per 100 kroniker end, hvad man kunne forvente. I analysen af diagnoserelaterede kontakter er der tale om den *faktiske andel* af patienter med mindst én diagnoserelateret kontakt i forhold til den *forventede andel*; dvs. at andelen af patienter med en diagnoserelateret kontakt er 50 % større eller mindre end forventet.

Der er valgt en relativ benchmarkingindikator. Det betyder, at små og store praksisser umiddelbart kan sammenlignes. Det betyder dog samtidig, at der kan være større usikkerhed omkring mindre praksis.

Resultaterne af benchmarkinganalysen præsenteres i en figur, som plotter alle benchmarkingindikatorerne fra lavest (bedste placering) til højest (dårligste placering). Benchmarkingindikatorerne er estimerede værdier, som er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Denne usikkerhed er estimeret i en bootstrap-analyse med 100 simuleringer af faktiske og forventede kontakter for hver praksis og således 100 mulige værdier af benchmarkingindikatoren. Disse værdier er anvendt til at beregne 95 %-konfidensintervaller, som giver et indtryk af usikkerheden omkring indikatoren.

2.1.2.6 Analyse af praksiskarakteristika

I en efterfølgende regressionsanalyse er det undersøgt, hvilke karakteristika ved almen praksis, som kan (medvirke til at) forklare variationen i benchmarkingindikatorer mellem almen praksis, dvs. om der er nogle faktorer, der er forbundet med, hvor almen praksis placerer sig i benchmarkinganalysen. Der er anvendt lineære regressionsmodeller med benchmarkingindikatoren som afhængig variabel og hver enkelt praksiskarakteristikum som forklarende variabel i bi-variate analyser. Analyserne er foretaget for hver af de tre benchmarkingindikatorer (alle kontakter, akutte kontakter og andel patienter med en diagnoserelateret kontakt).

Resultaterne testes endvidere i en alternativ modelspecifikation, hvor der analyseres på medianen frem for gennemsnittet. Dette gør det muligt at teste, om resultaterne drives af de praksisser, der har hhv. flest og færrest sygehuskontakter i forhold til det forventede.

Inkluderede praksiskarakteristika fremgår af Tabel 2.4.

Tabel 2.4 Variable inkluderet i analysen af praksiskarakteristika

Praksiskarakteristika	Beskrivelse
Praksisform	<ul style="list-style-type: none"> • Solopraksis • Kompagniskabspraksis • Delepraksis • Samarbejdspraksis
Gennemsnitsalder	Gennemsnitsalder for yderpersoner tilknyttet praksis
Klinikpersonale	Om praksis har klinikpersonale ansat
Uddannelse af læger	Om praksis uddanner læger
Åben for tilgang	Om der er åbent eller lukket for tilgang af nye patienter
Praksispersonale	Antal <ul style="list-style-type: none"> • Læger • Sygeplejersker og jordemødre • Sekretærer • Medicinstuderende/BSc.med. • Bioanalytikere, farmakonomer, laboranter eller SOSU-assistenters ansat i praksis
Personalefunktioner	Om praksis har angivet, at praksispersonalet varetager én eller flere relevante personalefunktioner: <ul style="list-style-type: none"> • For KOL: lungefunktionsundersøgelse og/eller rygeafvænnning • For type 2-diabetes: blodsuktermåling og/eller urinundersøgelse*
Lungefunktionsundersøgelser	Andel KOL-patienter, der har fået foretaget mindst én lungefunktionsundersøgelse i løbet af året (kun i analysen af KOL-patienter)
Årskontroller	Andel diabetespatienter, der har fået foretaget en årskontrol i løbet af året
Ordinationspraksis	Andel KOL-/diabetespatienter, der har indløst mindst én recept på KOL-/diabetesmedicin i løbet af året
Konsultationer	Det gennemsnitlige antal konsultationer per kroniker

Note: *Urinundersøgelse er selvrapporteret af almen praksis og kan dække over alle urinundersøgelser, der kan udføres i almen praksis både i relation til type 2-diabetes og i relation til fx urinvejsinfektion.

Praksistyper

Der skelnes mellem praksistyperne solopraksis, solopraksis med samarbejde (samarbejdspraksis), kompagniskabspraksis og delepraksis. En solopraksis er en enkeltmandspraksis uden fællesskab med andre praksisser om borgere eller økonomi, og som heller ikke samarbejder formelt med andre praksis. En solopraksis med samarbejde er en enkeltmandspraksis med egen patientliste og egen økonomi, men som samarbejder med andre praksisser enten som samarbejdspraksis eller netværkspraksis³. En kompagniskabspraksis er en praksis, som drives af to eller flere fuldtidslæger med fælles patientliste, økonomi, personale og lokale, og hvor borgeren er tilknyttet samtlige læger i praksissen. En delepraksis er en praksis med tilladelse til, at to eller flere ydere driver og ejer en fuldtidspraksis i fælleskab. Der kan være tale om en solopraksis eller en kompagniskabspraksis.

Ansatte i praksis

I Yderregistret er det angivet, hvorvidt den enkelte praksis har klinikpersonale ansat. Hvad klinikpersonale konkret dækker over vides ikke med sikkerhed, dvs. at der kan være forskel på, om en almen praksis betragter sin sekretær som 'klinikpersonale' eller ej. Med hensyn til personalefunktioner kan hver enkelt almen praksis selv markere i deres it-systemer, hvorvidt

³ Samarbejder med andre praksisser om personale og/eller klinikudstyr, men uden lokalefælleskab

praksissens klinikpersonale varetager én eller flere konkrete personalefunktioner. For de almen praksisser, som ikke har tilkendegivet, at klinikpersonalet varetager fx blodsukkermåling, ved vi ikke med sikkerhed, om det skyldes, at de reelt ikke varetager denne funktion, eller at de bare ikke har registreret det. Det kan der derfor ikke skelnes mellem i analysen.

Til at opgøre praksispersonale er der anvendt data fra CVR-registret koblet til Uddannelsesregistret. Dette gør det muligt at opgøre højeste fuldførte uddannelse for ansatte i almen praksis. Det er antaget, at ansatte med 'læge' som højeste fuldførte uddannelse praktiserer som læge, ansatte med 'sygeplejerske' som højeste fuldførte uddannelse praktiserer som sygeplejerske mv.

Det har ikke været muligt at estimere gennemsnitsalderen og opgøre praksispersonale for alle almen praksisser. For disse karakteristika er der således kun analyseret på de ydernumre, for hvilke informationerne er tilgængelig.

Konsultationer, årskontroller og lungefunktionsundersøgelser

Konsultationer i almen praksis er defineret som unikke fysiske kontakter i almen praksis og identificeret som en konsultation med ydelseskode 0101.

Analysen af KOL-patienter inkluderer desuden en variabel, der for hver praksis angiver andelen af KOL-patienter, som har fået foretaget én eller flere lungefunktionsundersøgelser i almen praksis. Lungefunktionsundersøgelser er defineret ved ydelseskoderne 7113 ('udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri') og 7121 ('dobbelt lungefunktionsundersøgelse for anstrengelsesprovokeret astma eller reversibilitetstest ved spirometri i samme konsultation'), jf. Overenskomsten om almen praksis (Praktiserende Lægers Organisation, 2019b).

På samme måde indgår årskontroller som andelen af KOL- eller diabetespatienter, som har fået foretaget en årskontrol i året. Der er taget udgangspunkt i ydelseskode 0120 ('aftalt specifik forebyggelsesydelse'). En sådan ydelse behøver ikke nødvendigvis være en årskontrol. Det er imidlertid antaget, at for en KOL- eller diabetespatient, der har modtaget én eller flere ydelser med ydelseskode 0120, vil mindst én af disse være en årskontrol.

Både KOL- og diabetespatienter kan få foretaget årskontroller i sygehusregi, og det samme gælder med hensyn til lungefunktionsundersøgelser blandt KOL-patienter. Det vil sige, at en eventuel sammenhæng mellem antallet af årskontroller og lungefunktionsmålinger og benchmarkingindikatoren kan dække over en substitutionseffekt, der indikerer, at behandlingen er foregået på sygehus frem for i almen praksis.

Ordinationspraksis i forhold til receptpligtig medicin

Ordinationspraksis afspejles i andelen af hhv. KOL- og diabetespatienter, som har modtaget receptpligtig KOL- eller diabetesmedicin i løbet af året. Diabetesmedicin er afgrænset til ATC-kode A10B (blod-glucose sænkende midler, ekskl. insuliner). KOL-medicin er afgrænset til ATC-koderne R03AC (selektive beta-2-adrenoceptor agonister), R03AL (adrenergica komb m anticholinergica inkl 3-stof komb m corticosteroider), R03BB (Anticholinergica) og R03DX (andre systemiske midler mod obstruktiv lungesygdom) på baggrund af udtræksalgoritmen i RUKS (Sundhedsdatastyrelsen, 2018b).

2.1.3 Data

Analyserne bygger på en samkøring af en række registre og datasæt fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Der er tale om individbaserede registerdata fra 2017, som er blevet bearbejdet på Danmarks Statistiks forskerserver efter tilladelse fra Datatilsynet.

Fra Sundhedsdatastyrelsen er der indhentet data om borgere med KOL og type 2-diabetes, den enkelte borgers tilknyttede almene praksis, sygehuskontakter samt karakteristika ved almen praksis.

Fra Danmark Statistik er der indhentet data om befolkningens sociodemografiske karakteristika samt lægemiddelforbrug blandt KOL- og type 2-diabetespatienterne. Næste afsnit beskriver de konkrete registre, som er anvendt til at udlede disse data.

2.1.3.1 Sundhedsregistre

Fra Sundhedsdatastyrelsen er der indhentet data fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS), Landspatientregistret og Landspatientregistret – Psykiatri (LPR og LPR-PSYK), Yderregistret (YDR) og Sygesikringsregistret (SSR).

Fra Danmarks Statistik er der indhentet data fra Lægemiddelstatistikregistret (LSR), Ældredokumentationen samt andre registre, der indeholder oplysninger om befolkningens sociodemografiske karakteristika, fx Befolkningsregistret og Uddannelsesregistret.

En beskrivelse af de respektive registre og deres anvendelse fremgår af Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Oversigt over registre og deres anvendelse i analysen

Register (navn)	Beskrivelse af register	Anvendelse i analysen
Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen	RUKS indeholder information om personer med type 1-diabetes, type 2-diabetes, KOL, astma, knogleskørhed, leddegigt, skizofreni og demens.	RUKS bruges til at identificere patienter med hhv. KOL og type 2-diabetes. Desuden bruges registret til at indhente oplysninger om antallet af kronikere i de respektive almene praksisser og tilstedeværelsen af øvrig kronisk sygdom blandt KOL- og type 2-diabetespatienterne.
Landspatientregistret (LPR), Sundhedsdatastyrelsen	LPR indeholder information om aktiviteten på de somatiske sygehuse, herunder både indlæggelser og ambulante behandlinger, og er bl.a. kodet med diagnosekoder.	Fra LPR er der indhentet data på sygehuskontakter; alle akutte og elektive indlæggelser og ambulante kontakter samt diagnoserelaterede kontakter. Data om diagnoser er desuden anvendt til konstruktion af Charlson's komorbiditetsindeks.
Landspatientregistret – Psykiatri (LPR-PSYK), Sundhedsdatastyrelsen	LPR-PSYK indeholder information om aktiviteten på de psykiatriske sygehuse, herunder både indlæggelser og ambulante behandlinger, og er bl.a. kodet med diagnosekoder.	Fra LPR-PSYK er der indhentet data om et eventuelt psykiatrisk behandlingsforløb blandt patientpopulationen i de respektive almene praksisser.
Yderregistret (YDR), Sundhedsdatastyrelsen	YDR indeholder oplysninger om ydere under den offentlige sygesikring, dvs. alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer mv.	Fra YDR er der indhentet information om karakteristika ved de enkelte almene praksisser, herunder praksistype, klinikpersonale mv. Endvidere er indhentet CVR-nummer for de ydere, der har et sådant. Dette for at koble ydere til medarbejdere.
Sygesikringsregistret (SSR), Sundhedsdatastyrelsen	Sygesikringsregistret indeholder oplysninger om ydelser, som er støttet af den offentlige sygesikring og varetaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologier.	Registret er brugt til at indhente information om ydelser i almen praksis, herunder den borger, som ydelsen er foretaget på, yderen, som har udført ydelsen, samt selve ydelsen. Desuden er registret anvendt til at indhente data på, hvilken almen praksis den enkelte borger er tilknyttet.
Lægemedelstatistikregistret (LSR), Danmarks Statistik	LSR indeholder information om alt salg og alle leverancer af lægemidler i Danmark, herunder lægemidler solgt på apoteket, i butikker og udleveret af lægen eller på sygehuset.	LSR er anvendt til at indhente information om lægemiddelforbrug blandt KOL- og type 2-diabetespatienterne som udtryk for ordinationspraksis i almen praksis.
Ældredokumentationen, Danmarks Statistik	Ældredokumentationen indeholder oplysninger om visiteret og leveret hjemmehjælp, hjemmesygepleje i eget hjem, plejehjem og plejeboliger mv.	Fra Ældredokumentationen er der indhentet oplysninger om visiteret hjemmehjælp under fritvalgsordningen ⁴ .
Andre registre i Danmarks Statistik		Fra Danmarks Statistik er desuden indhentet data om sociodemografiske karakteristika på individniveau: alder, køn, civilstand, højest fuldførte uddannelse, etnisk baggrund, indkomst, hjemmeboende børn og beskæftigelsesstatus. Desuden er der indhentet CVR-numre for alle danskere i arbejdsstyrken for at identificere medarbejdere i almen praksis.

2.2 Dataindsamling og analyseproces i de kvalitative analyser

Formålet med den kvalitative analyse er at give et praksisnært indblik i kronikerbehandlingen i ni strategisk udvalgte praksisser. Tanken er at undersøge: *hvad kan vi lære fra de praksisser, hvor en systematisk kronikerindsats er et fokus?* og ikke: *hvordan foregår kronikerbehandling i almen praksis generelt?*

De udvalgte praksisser arbejder alle med en systematik i kronikerindsatsen, der afspejler gængse anbefalinger på området, men de adskiller sig i forhold til praksisform, geografi og

⁴ Visiteret hjemmehjælp er hjælp, der ydes i forhold til servicelovens § 83. Hjælpen omfatter personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice. Data om borgere på plejehjem er senest opdateret i 2016 og er derfor ikke inkluderet.

region. Analysen tilbyder derfor ikke et repræsentativt billede af kronikerbehandling i almen praksis-sektoren, men den tilbyder et indblik i arbejdsgangene og organiseringen af en systematisk kronikerindsats i de udvalgte praksisser, hvor dette er et fokus.

Det skal derudover bemærkes, at vi hverken har haft teknisk mulighed for eller lovmæssig hjemmel til at udvælge praksisser på basis af de kvantitative analyseresultater. Det skyldes, at de praksisdata, der indgår i de kvantitative analyser, er anonymiserede, og desuden ville det bryde med gældende regler om brug af personhenførbare data.

Analysen er baseret på casebesøg og interview i de ni praksis. Det følgende uddyber strategi og proces for udvælgelsen af praksis samt dataindsamling og analyseproces.

2.2.1 Strategi for udvælgelsen af praksis

I udvælgelsesstrategien har vi lagt vægt på at inkludere praksis, som ud fra en forhåndsvurdering har arbejdet på at etablere en systematik i kronikerbehandlingen. Til forhåndsvurderingen har vi kontaktet regionale praksisenheder fra hver af de fem regioner, som har foreslået en række praksisser, der ville være relevante for undersøgelsen. Vi har dernæst inviteret de praksisser med i undersøgelsen, som samlet set kunne sikre spredning på praksisform, størrelse, geografi (land/by) og region, med henblik på at opnå viden om, hvordan læger og praksispersonale under forskellige omstændigheder har arbejdet med at organisere kronikerbehandlingen.

Der blev rekrutteret ti praksisser fordelt ligeligt mellem de fem regioner. En af disse praksisser måtte dog udgå af praktiske årsager, og analysen er derfor baseret på ni praksisser, stadig med repræsentation fra alle regioner.

De ni praksisser varierer i praksisform og størrelse på følgende vis:

- tre solopraksisser
- tre mindre kompagniskaber med to ejerlæger
- tre større kompagniskaber med 4+ ejerlæger.

For hver af ovenstående kategorier er både land- og bypraksis repræsenteret:

- De tre solopraksisser omfatter to landpraksisser og en bypraksis
- De tre mindre kompagniskaber omfatter en landpraksis og to bypraksisser
- De tre større kompagniskaber omfatter to landpraksisser og en bypraksis.

I alt fem landpraksisser og fire bypraksisser er dermed inkluderet i undersøgelsen.

2.2.2 Casebesøg og interview i de ni praksisser

Vi har i efteråret 2019 gennemført casebesøg ved de ni praksisser. Casebesøgene har indebåret en rundvisning i den enkelte praksisklinik og interview med læger og praksispersonale.

Læger og personale er interviewet hver for sig i grupper. Det har ikke i alle tilfælde været muligt at samle alle læger og alt personale i de større kompagniskaber til interview. Men for de mindre kompagniskaber har vi i alle tilfælde interviewet begge læger, mens vi i de store kompagniskaber har interviewet hhv. to, tre og fire læger.

Interviewene har varet cirka en time og har taget afsæt i en interviewguide, som har afdækket nedenstående fokuspunkter.

Fokuspunkter i interview

I interview med læger er der spurgt ind til:

- Nuværende læger og ejerforhold, samt lægernes vurdering af patientpopulationen
- Hvordan kronikerindsatsen er organiseret i praksis.
- Personalets roller i kronikerbehandlingen – hvilke opgaver er delegeret ud til praksispersonale? Hvem gør hvad, og hvorfor?
- Lægernes overvejelser og erfaringer i forhold til uddelegering, herunder hvad uddelegering har af betydning for kontinuitet i læge-patient-forholdet.
- Hvordan og hvorvidt arbejdsfordelingen mellem læger og personale er formaliseret i procedurer, instrukser?
- Hvordan holder læger og personale overblik over klinikkens kronikere?
- Hvordan indgår patientdata, forløbsplaner andre digitale redskaber i kronikerarbejdet?
- Strategier for opsporing af kronikere samt fastholdelse af kronikere i forløb.
- Kompetenceudvikling og intern sparring mellem læger og personale.
- Kilder til faglige viden (fx guidelines) if. kronikerindsatsen, herunder også de nye kvalitetsklynger.
- Kronikerindsatsens betydning for henvisninger til sygehus. Herunder hvad karakteriserer de situationer, hvor der henvises?
- Betydningen af kommunale sundhedstilbud i kronikerindsatsen.
- Generelt perspektiv på udfordringer og succeser i kronikerarbejdet.

I interview med praksispersonale er der spurgt ind til:

- Baggrund, uddannelse og erfaring fra almen praksis fra hver interviewdeltager.
- Beskrivelse af roller og ansvar i klinikken både generelt og specifikt i forhold til kronikere.
- Hvor meget udgør arbejdet med kroniske patienter i forhold til øvrige opgaver i klinikken?
- Hvilke opgaver varetages selvstændigt i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af kronikere?
- Planlægning af kronikerkontroller, indkaldelse, tidsbestilling, kalenderstyring, mv.
- Roller i forhold til at holde overblik og sikre, at patienter kommer til kontrol. Hvilke redskaber bruges? Erfaringer med elektroniske forløbsplaner?
- Formalisering af arbejdsdeling i klinikken, fx i instrukser, og betydningen i forhold til at understøtte arbejdet.
- Faglig udvikling: oplæring, intern sparring med læger og øvrigt personale, kompetenceudvikling via kurser, evt. fremadrettede ønsker til faglig udvikling.
- Betydning af uddelegering af tidligere 'læge-opgaver' for arbejdsglæde, trivsel, motivation, kompetenceudvikling, m.m.

Alle interview er blevet optaget og refereret.

Dokumenter og øvrige data

I forbindelse med casebesøgene har vi så vidt muligt indsamlet relevante dokumenter, fx klinikkens beskrivelser af arbejdsgange eller procedurer for kronikerbehandlingen. Derudover har

vi med hjælp fra læge eller personale fra den enkelte praksis indsamlet oplysninger om antal patienter og antal ældre tilknyttet praksis. Nogle af casebesøgene har givet anledning til opfølgende spørgsmål, som vi har kunnet afklare via mailkorrespondance med den enkelte praksis.

Analyseproces

I analysen af de indsamlede data har vi både anlagt et dybdegående fokus på kronikerindsatsen i hver af de ni praksisser og et tværgående fokus på ligheder og variationer samt mulige sammenhænge med praksisform og -karakteristika.

Det dybdegående fokus har udmundet i ni individuelle casebeskrivelser – en for hver af de ni praksisser – hvor væsentlige aspekter i kronikerindsatsen er fremhævet. Casebeskrivelserne er vedlagt som bilag i rapporten.

Det tværgående fokus har udmundet i en analyse, hvor kronikerindsatsen er sammenlignet med hensyn til arbejdsdeling mellem læger og personale, formalisering af arbejdsgange, erfaringer med opsporing og fastholdelse, data og digitale redskaber i indsatsen, snitfalder til sygehus og kommune

Afgrænsning

Alment praktiserende lægers interne organisering og daglige arbejdsgange påvirkes og forandres unægtelig af de bredere, politisk bestemte rammevilkår, som lægerne arbejder under. I denne undersøgelse ser vi dog ikke på, hvordan aktuelle styringsmæssige rammer for almen praksis spiller sammen med kronikerindsatsen internt i klinikkerne, men alene på, hvordan læger og personale – under givne vilkår – arbejder med kronikerindsatsen. For så vidt at undersøgelsen belyser samspillet mellem de inkluderede praksisser og sygehuse og kommunale aktører, er det kun de interviewede lægers samt personalets perspektiv, som er afdækket.

3 De kvantitative analysers resultater

I dette kapitel præsenteres resultaterne af benchmarkinganalysen af hhv. KOL- og type 2-diabetespopulationerne samt resultaterne af analysen af praksiskarakteristikens betydning for almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår (patientsammensætning og geografi). Kapitlet indledes med en beskrivende statistik af de to studiepopulationer og deres respektive almene praksisser.

3.1 Beskrivende statistik

Figur 3.1 illustrerer aldersfordelingen i de to studiepopulationer og Tabel 3.1 deres sociodemografiske karakteristika.

I begge populationer er der hovedsageligt tale om ældre borgere med en gennemsnitsalder på 67,7 år blandt borgere med KOL og 65,4 år blandt borgere med type 2-diabetes.

I KOL-populationen er lidt over halvdelen kvinder og knap halvdelen gift. Hovedparten har enten grundskole eller en kort uddannelse/en erhvervsuddannelse som højeste fuldførte uddannelse. I populationen af borgere med type 2-diabetes er lidt over halvdelen derimod mænd, og lidt over halvdelen er gift. Her har størstedelen af borgeren også enten grundskole eller en kort uddannelse/en erhvervsuddannelse som højeste fuldførte uddannelse.

I begge populationer fordeler borgerne sig relativt jævnt geografisk med flest i Region Hovedstaden og færrest i Region Nordjylland.

Figur 3.1 Aldersfordeling i populationen af hhv. KOL-patienter og patienter med type 2-diabetes

KOL

Type 2-diabetes

Tabel 3.1 Sociodemografiske karakteristika for populationen af hhv. KOL-patienter og patienter med type-2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Antal	Procent	Antal	Procent
<i>I alt</i>	166.157	100 %	224.621	100 %
<i>Køn</i>				
Mand	76.083	46 %	125.901	56 %
Kvinde	90.074	54 %	98.720	44 %
<i>Civilstand</i>				
Gift	77.986	47 %	121.689	54 %
Ugift	23.036	14 %	33.496	15 %
Fraskilt	34.106	21 %	36.678	16 %
Enkestand	31.029	19 %	32.758	15 %
<i>Uddannelse</i>				
Grundskole	72.528	44 %	87.588	39 %
Kortuddannelse/erhvervsuddannelse	64.125	39 %	92.191	41 %
Kort videregående uddannelse	3.863	2 %	6.740	3 %
Mellemlang videregående uddannelse	16.690	10 %	23.074	10 %
Lang videregående uddannelse eller ph.d.	4.241	3 %	7.935	4 %
Missing	4.710	3 %	7.093	3 %
<i>Almen praksis' beliggenhed</i>				
Region Hovedstaden	44.893	27 %	62.774	28 %
Region Midtjylland	35.760	22 %	48.858	22 %
Region Nordjylland	18.029	11 %	24.280	11 %
Region Sjælland	28.316	17 %	38.347	17 %
Region Syddanmark	39.159	24 %	50.362	22 %

Tabel 3.2 illustrerer borgernes kontakter i almen praksis. Tabellen viser, at langt størstedelen af borgerne har haft mindst én konsultation i almen praksis i analyseåret, og at borgene i de to populationer har hhv. 7,5 og 7,5 konsultationer i gennemsnit. I KOL-populationen har lidt under halvdelen desuden fået foretaget en årskontrol, og 34 % har fået foretaget mindst én lungefunktionsundersøgelse. I populationen af patienter med type 2-diabetes har lidt over halvdelen fået foretaget en årskontrol i almen praksis.

Jævnfør metodeafsnittet kan både KOL- og type 2-diabetespatienter få foretaget årskontroller i sygehusregi, og det samme gælder med hensyn til lungefunktionsundersøgelser blandt KOL-patienter. Det er derfor muligt, at patienter, som *ikke* har fået foretaget en årskontrol eller en lungefunktionsundersøgelse i almen praksis, kan have fået foretaget denne i sygehusregi i stedet.

Tabel 3.2 Kontakter i almen praksis i populationen af hhv. KOL-patienter og patienter med type-2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Borgere med mindst én konsultation i almen praksis	155.604	94 %	212.828	95 %
Gennemsnitligt antal konsultationer per borger	7,5 (SD 6,9)	-	7,6 (SD 6,3)	-
Borgere, der har fået foretaget en årskontrol	70.771	43 %	129.694	56 %
Borgere med mindst én lungefunktionsundersøgelse	55.818	34 %	-	-

Note: SD angiver standardafvigelsen

I Tabel 3.3 præsenteres antallet af borgere med hhv. ingen, én, to, tre eller flere end tre sygehuskontakter i analyseåret.

I KOL-populationen har størstedelen af gentagne sygehuskontakter, heraf har 41 % flere end tre sygehuskontakter. Cirka en fjerdedel af populationen har derimod ingen sygehuskontakter. Med hensyn til akutte kontakter er der få borgere, som har gentagne kontakter. Cirka en femtedel har én akut kontakt, og størstedelen (68 %) har slet ingen akutte kontakter. 90 % af borgerne har ingen KOL-relaterede kontakter, og lidt under halvdelen har heller ingen kontakter med henvisning fra almen praksis. Cirka en femtedel har én sygehuskontakt med henvisning fra almen praksis, og cirka ligeså mange har til gengæld flere end tre sygehuskontakter med henvisning fra almen praksis.

Blandt borgere med type 2-diabetes er der 36 %, der ikke har nogen sygehuskontakter, mens halvdelen har gentagne sygehuskontakter. Også i denne population er der få borgere med akutte sygehuskontakter; tre fjerdele har ingen akutte kontakter, og 15 % har én akut sygehuskontakt. Langt størstedelen (91 %) har ingen diabetesrelaterede kontakter, og med hensyn til sygehuskontakter med henvisning fra almen praksis er der kun cirka en fjerdedel, som har gentagne sygehuskontakter.

Tabel 3.3 Antal sygehuskontakter i populationen af hhv. KOL-patienter og patienter med type-2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Antal	Procent	Antal	Procent
<i>Totale kontakter</i>				
0	43.222	26 %	80.158	36 %
1	24.795	15 %	31.725	14 %
2	16.809	10 %	19.880	9 %
3	12.838	8 %	14.953	7 %
> 3	68.493	41 %	77.905	34 %
<i>Totale akutte kontakter</i>				
0	113.212	68 %	170.441	76 %
1	31.303	19 %	34.803	15 %
2	11.386	7 %	10.970	5 %
3	4.877	3 %	4.202	2 %
> 3	5.379	3 %	4.205	2 %
<i>Totale diabetes-/KOL-relaterede kontakter</i>				
0	148.997	90 %	204.425	91 %
1	5.875	4 %	3.193	1 %
2	3.613	2 %	2.294	1 %
3	2.430	1 %	2.378	1 %
> 3	5.242	3 %	12.331	6 %
<i>Totale kontakter med henvisning fra almen praksis</i>				
0	82.063	43 %	133.589	59 %
1	32.073	19 %	35.760	16 %
2	18.408	11 %	19.555	9 %
3	11.209	7 %	11.735	5 %
> 3	22.404	20 %	23.982	11 %

Tabel 3.4 præsenterer karakteristika ved de almen praksisser, som indgår i analysen af hhv. KOL-patienter og patienter med type 2-diabetes; hhv. 1.700 og 1.788 ydernumre. 1.691 ydernumre indgår i begge studiepopulationer.

I KOL-populationen er der i alt 1.700 almene praksisser. Heraf er de fleste enten solopraksis (47 %) eller kompagniskabspraksis (44 %). 60 % uddanner læger, og stort set alle (95 %) har angivet, at de har klinikpersonale ansat. Lidt under halvdelen har åbent for tilgang af nye patienter, og 42 % og 33 % har uddelegeret lungefunktionsundersøgelse og rygeafvænning til klinikpersonalet.

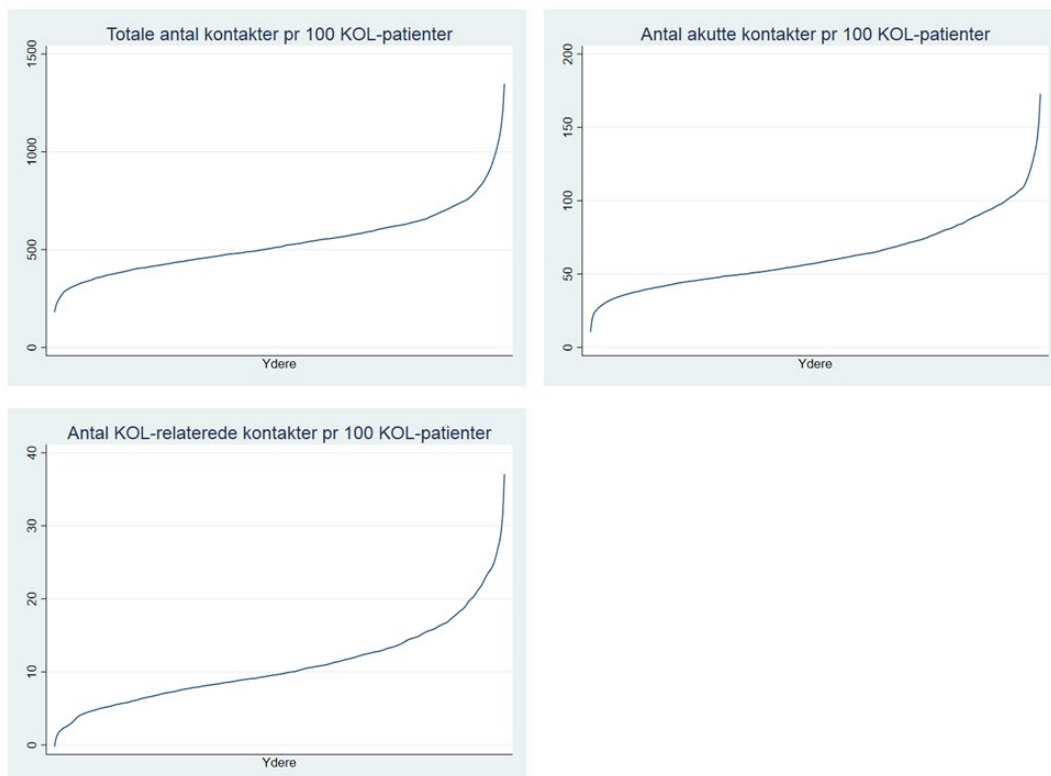
I populationen af borgere med type 2-diabetes er der 1.788 almene praksisser. Størstedelen er solopraksisser, men der indgår også en relativt stor del kompagniskabspraksisser (42 %). 59 % uddanner læger, og langt størstedelen (92 %) har klinikpersonale ansat. Der er 40 %, som har åbent for tilgang af nye patienter. Henholdsvis 28 % og 14 % af de almene praksisser har registreret, at blodsuktermåling og urinundersøgelser er uddelegeret til klinikpersonalet.

Tabel 3.4 Karakteristika ved almen praksis i populationen af hhv. KOL-patienter og patienter med type-2-diabetes

	KOL		Type 2-diabetes	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Totalt antal praksisser	1.700	100 %	1.788	100 %
Praksisform				
Solopraksis	792	47 %	868	57 %
Delepraksis	152	9 %	156	9 %
Kompagniskabspraksis	741	44 %	747	42 %
Samarbejdspraksis	15	1 %	17	1 %
Uddanner læger				
Har klinikpersonale ansat	1.621	95 %	1.703	92 %
Har åbent for tilgang af nye patienter	682	40 %	718	40 %
Klinikpersonale varetager blodsuktermåling	-	-	509	28 %
Klinikpersonale varetager urinundersøgelse	-	-	258	14 %
Klinikpersonale varetager lungefunktionsundersøgelse	707	42 %	-	-
Klinikpersonale varetager rygeafvænning	562	33 %	-	-

Figur 3.2 viser fordelingen af antal sygehuskontakter per 100 KOL-patienter på tværs af almen praksis.

Figur 3.2 Fordelingen af antallet af kontakter per 100 KOL-patienter på tværs af praksisser

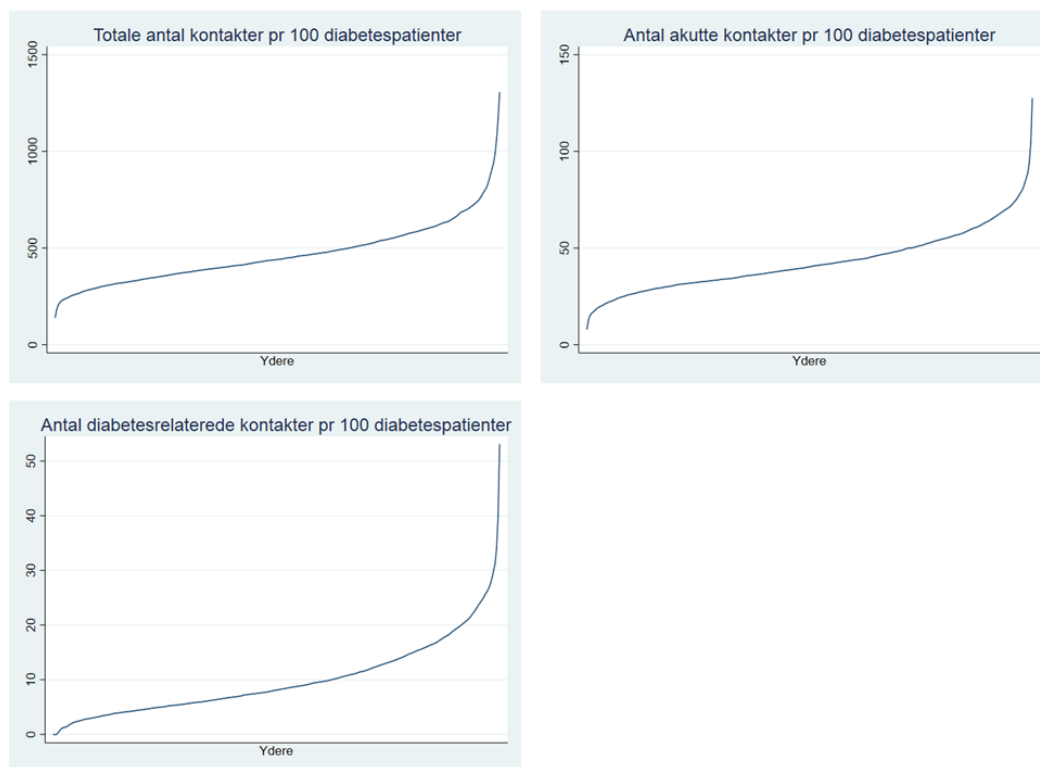


Det ses af figuren, der er en vis variation på tværs af almen praksis med hensyn til antallet af sygehuskontakter – både alle kontakter, akutte kontakter og KOL-relaterede kontakter. For alle kontakter ligger gennemsnittet omkring 500 sygehuskontakter per 100 KOL-patienter. For

akutte kontakter og KOL-relaterede kontakter (som indgår i 'alle kontakter') er gennemsnittet hhv. ca. 60 og 10 kontakter per 100 KOL-patienter.

Figur 3.3 viser de samme fordelinger, men for populationen af patienter med type 2-diabetes.

Figur 3.3 Fordelingen af antallet af kontakter per 100 type 2-diabetespatienter på tværs af praksisser



Også her ses en variation på tværs af praksisser med hensyn til alle kontakter, akutte kontakter og diabetesrelaterede kontakter. Sammenlignet med KOL-populationen er variationen lidt mindre med hensyn til akutte kontakter og lidt større med hensyn til diagnoserelaterede kontakter. Det gennemsnitlige antal kontakter per 100 diabetikere er lige under 500 for alle kontakter, ca. 40 for akutte kontakter og ca. 10 for diabetesrelaterede kontakter.

3.1.1 Opsamling på den beskrivende statistik

De to studiepopulationer ligner på mange måder hinanden. Både med hensyn til KOL og type 2-diabetes er der tale om en population bestående af hovedsageligt ældre borgere; begge populationer har en gennemsnitlig alder på over 60 år. Borgernes øvrige sociodemografi og geografiske fordeling er også nogenlunde ens. I KOL-populationen er der dog lidt flere kvinder end mænd, mens det modsatte gør sig gældende med hensyn til patienter med type 2-diabetes.

I begge populationer har næsten alle mindst én konsultation i almen praksis, og cirka halvdelen har været til årskontrol i 2017. Cirka en tredjedel af KOL-patienterne har endvidere fået foretaget mindst én lungefunktionsundersøgelse. I begge populationer har hovedparten af borgere gentagne sygehuskontakter. Der er få borgere med gentagne akutte sygehuskontakter og endnu færre med hensyn til diagnoserelaterede kontakter. I KOL-populationen er lidt under

halvdelen af sygehuskontakter henvist fra almen praksis; for patienter med type 2-diabetes er det derimod lidt over halvdelen.

De to populationer omfatter hhv. 1.700 og 1.788 ydernumre, og 1.691 ydernumre indgår i begge populationer. Størstedelen er solopraksisser eller kompagniskabspraksisser, og stort set alle har klinikpersonale ansat. Under halvdelen af praksisserne har registreret, at relevante personalefunktioner er uddelegeret til klinikpersonalet. Jf. afsnit 2.1.2.6 ved vi dog ikke, om dette er ensbetydende med, at størstedelen af praksisserne reelt ikke har uddelegeret opgaverne, eller om de bare ikke har registreret det.

I begge populationer er der en vis variation i antallet af sygehuskontakter per 100 kronikere på tværs af praksisser. I KOL-populationen er der generelt lidt flere sygehuskontakter per 100 kronikere i de respektive almene praksisser sammenlignet med population af patienter med type 2-diabetes. Det er disse faktiske estimater, som holdes op imod, hvad man kan forvente af den enkelte praksis i benchmarkinganalysen. Resultaterne af denne præsenteres i næste afsnit.

3.2 Benchmarkinganalysen

I dette afsnit præsenteres resultaterne af benchmarkinganalyserne i form af benchmarkingindikatorer for hhv. totalt antal kontakter, antal akutte kontakter og andelen med en diagnoserelateret kontakt.

Jf. afsnit 2.1.2.5 udtrykker en lav benchmarkingindikator, at almen praksis klarer sig bedre end, hvad man kunne forvente givet praksis' rammevilkår, mens en høj benchmarkingindikator indikerer, at almen praksis klarer sig dårligere end, hvad man kunne forvente *givet praksis' rammevilkår*. Benchmarkingindikatorerne angives i procent, sådan at en benchmarkingindikator på fx 50 % angiver, at en almen praksis har 50 % *flere* kontakter per 100 kroniker end, hvad man kunne forvente og vice versa for en benchmarkingindikator på -50 %. I analysen af diagnoserelaterede kontakter er der tale om en større eller mindre *andel* patienter med mindst én diagnoserelateret kontakt end forventet: dvs. 50 % større eller mindre andel patienter end forventet.

Først præsenteres resultaterne af benchmarkinganalyserne for KOL-populationen og dernæst præsenteres resultaterne af benchmarkinganalyserne for populationen af patienter med type 2-diabetes. Resultaterne præsenteres grafisk som benchmarkingindikatorerne rangeret fra lavest (dvs. færrest kontakter eller laveste andel i forhold til forventet) til højest (dvs. flest kontakter eller størst andel i forhold til forventet).

De enkelte koefficienter og tilhørende p-værdier for benchmarkinganalyserne findes i bilag.

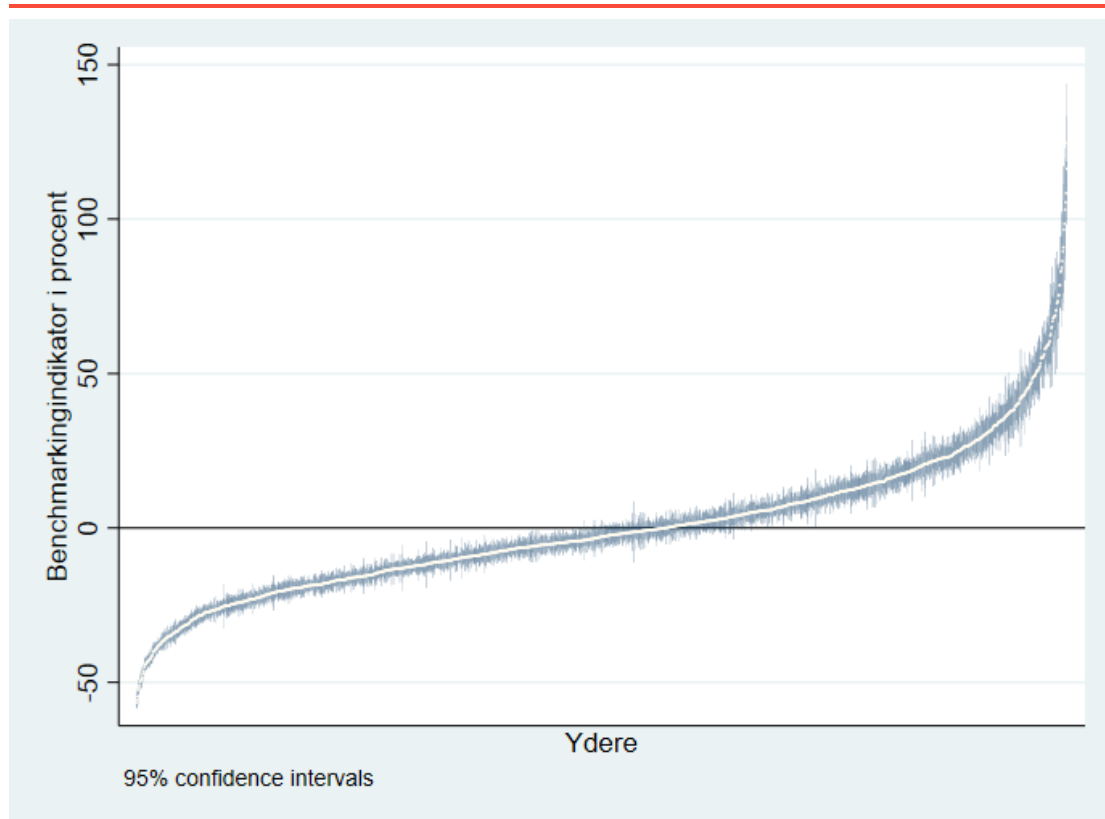
3.2.1 Benchmarkinganalysen for populationen af KOL-patienter

I det følgende præsenteres benchmarkingindikatorerne for hhv. alle kontakter, akutte kontakter og andel patienter med en KOL-relateret kontakt i populationen af KOL-patienter.

Benchmarking af alle sygehuskontakter

Figur 3.4 viser benchmarkingindikatorerne med hensyn til alle kontakter.

Figur 3.4 Benchmarkingindikatorer for total antal kontakter og usikkerhed omkring estimerne



Note: Konfidensintervallerne er beregnet på baggrund af en bootstrap analyse med 100 replikationer for hver praksis.

Af Figur 3.4 ses det, at der er en betydelig variation i det totale antal kontakter i forhold til hvad man kunne forvente under hensyn til rammevilkår, på tværs af praksisser.

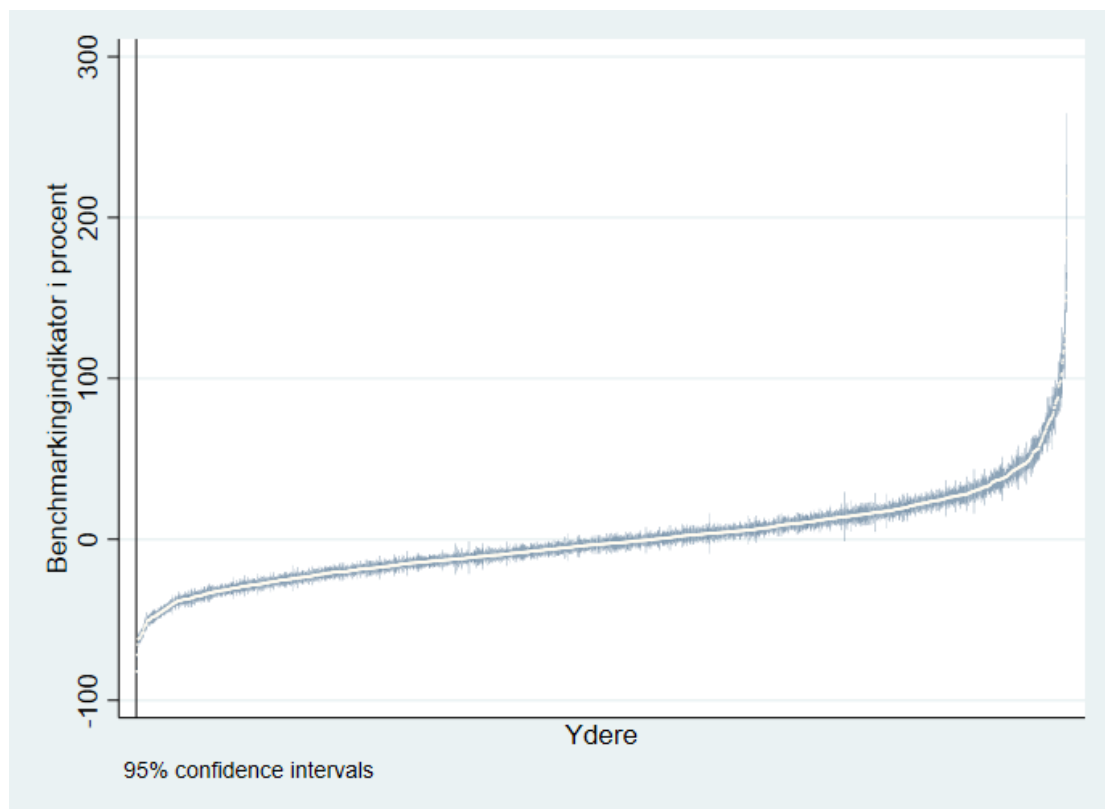
Det ses også, at der er en vis statistisk usikkerhed omkring estimerne. Dette gælder især de høje benchmarkingindikatorer.

Blandt de 100 praksisser med færrest kontakter i forhold til forventet (dvs. laveste benchmarkingindikator) er den gennemsnitlige benchmarkingindikator -38 %. For de 100 praksisser med flest kontakter i forhold til forventet (dvs. højest benchmarkingindikator) er gennemsnittet 60 %.

Benchmarking af akutte sygehuskontakter

I Figur 3.5 præsenteres benchmarkingindikatorerne med hensyn til antal akutte sygehuskontakter.

Figur 3.5 Benchmarkingindikatorer for antal akutte kontakter og usikkerhed omkring estimerne



Note: Konfidensintervallerne er beregnet på baggrund af en bootstrap-analyse med 100 replikationer for hver praksis.

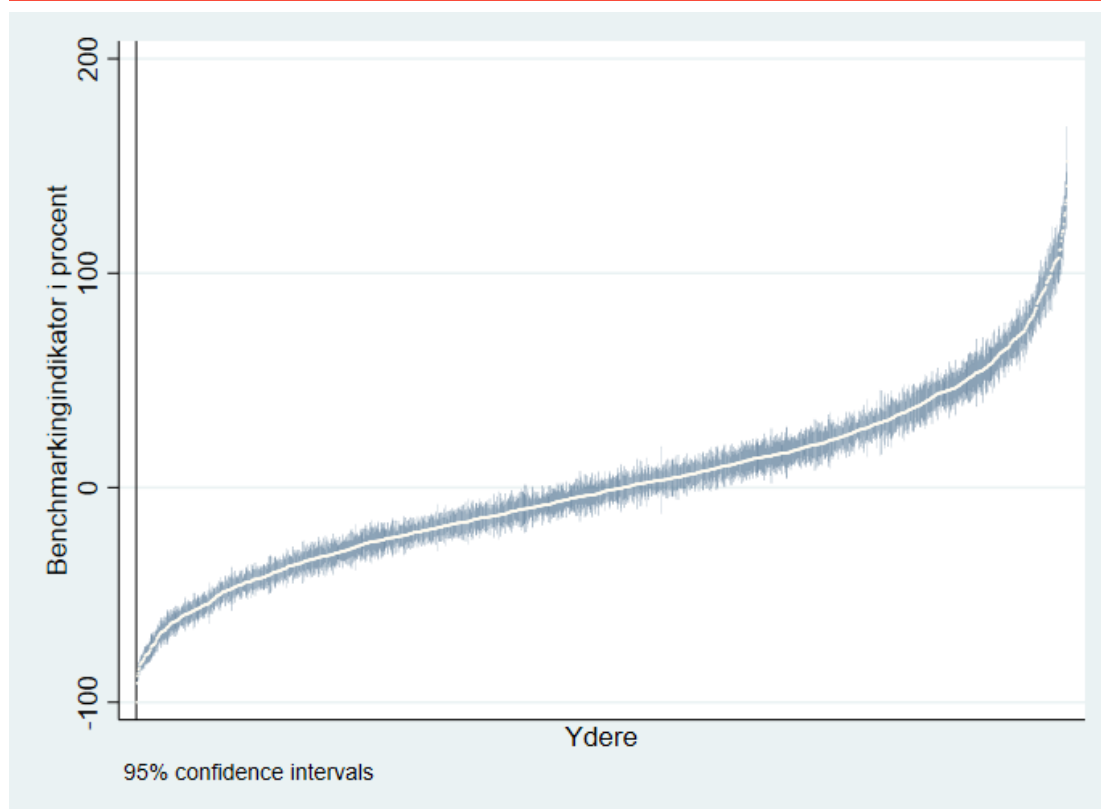
På Figur 3.5 kan det ses, at der også er en betragtelig variation på tværs af praksisser med hensyn til akutte kontakter, samt at der er en vis statistisk usikkerhed omkring benchmarkingindikatorerne, om end lidt mindre end for alle kontakter. Igen er usikkerheden størst omkring de praksisser, som har flest akutte kontakter i forhold til forventet (dvs. højest benchmarkingindikatorer).

Den gennemsnitlige benchmarkingindikator blandt de 100 praksisser med lavest (dvs. færre kontakter end forventet) og højest (dvs. flere kontakter end forventet) benchmarkingindikator er hhv. -46 % og 70 %.

Benchmarking af andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt

Figur 3.6 præsenterer benchmarkingindikatorerne for andel patienter med en KOL-relateret kontakt.

Figur 3.6 Benchmarkingindikatorer for andel patienter med en KOL-relateret kontakt og usikkerhed omkring estimerne



Note: Konfidensintervallerne er beregnet på baggrund af en bootstrap-analyse med 100 replikationer for hver praksis.

Af Figur 3.6 ses det samme mønster som for totale og akutte sygehuskontakter. Her er der dog tale om andelen af patienter med en diagnoserelateret kontakt, sådan at der er en variation på tværs af praksisser med hensyn til den faktiske andel sammenlignet med den forventede andel af patienter med en KOL-relateret kontakt. Desuden ses igen en betragtelig usikkerhed omkring benchmarkingindikatorerne.

Blandt de 100 praksisser med lavest (dvs. en mindre andel end forventet) og højest (dvs. en større andel end forventet) benchmarkingindikator er gennemsnittet hhv. -70 % og 90 %.

Opsamling på benchmarking af KOL-populationen

For alle tre benchmarkingindikatorer ses en betragtelig variation mellem de analyserede almenne praksisser, dvs. store variationer på tværs af praksisser under hensyn til rammevilkår. For alle tre benchmarkingindikatorer er der desuden en vis statistisk usikkerhed omkring estimerne, dvs. en usikkerhed omkring det eksakte estimat og den eksakte placering af den enkelte praksis.

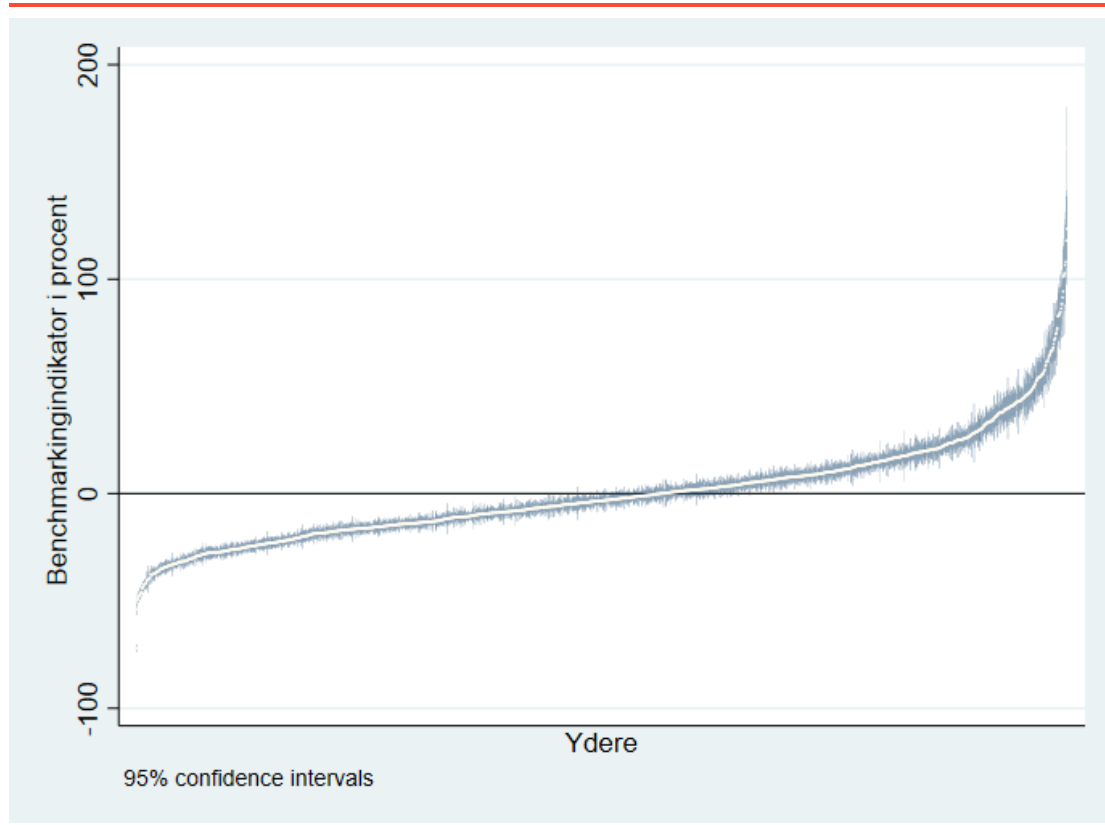
3.2.2 Benchmarkinganalyse for populationen af patienter med type 2-diabetes

I dette afsnit præsenteres resultaterne af benchmarkinganalyserne for hhv. alle kontakter, akutte kontakter og diabetesrelaterede kontakter blandt patienter med type 2-diabetes.

Benchmarking af alle sygehuskontakter

I Figur 3.7 præsenteres benchmarkingindikatorerne for alle sygehuskontakter.

Figur 3.7 Benchmarkingindikatorer for det totale antal kontakter og usikkerhed omkring estimerne



Note: Konfidensintervallerne er beregnet på baggrund af en bootstrap-analyse med 100 replikationer for hver praksis.

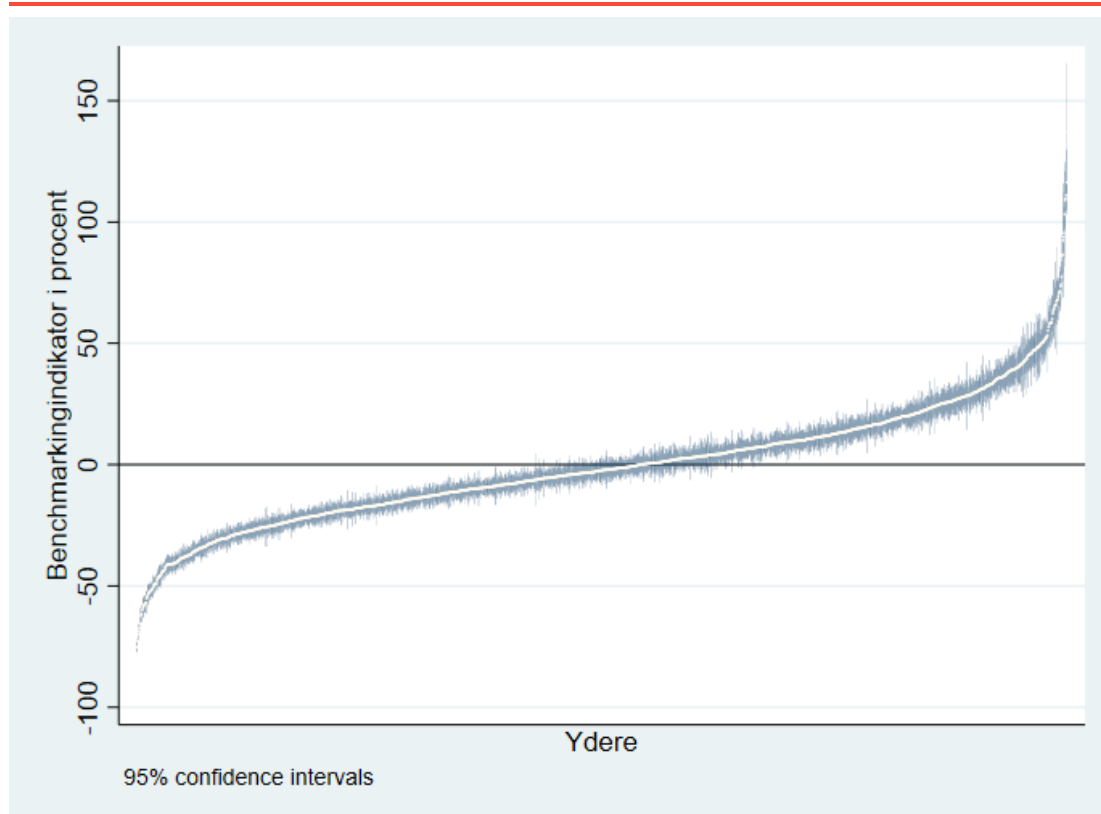
Figur 3.7 illustrerer, at der også i populationen af patienter med type 2-diabetes er en betydelig variation på tværs af praksisser med hensyn til totale sygehuskontakter samt en usikkerhed omkring benchmarkingindikatorerne, som er størst omkring de almene praksisser, som har flest kontakter i forhold til forventet.

Blandt de 100 almen praksisser med lavest (dvs. færre kontakter end forventet) og højest (dvs. flere kontakter end forventet) benchmarkingindikator er gennemsnittet hhv. -37 % og 63 %.

Benchmarking af akutte sygehuskontakter

Figur 3.8 viser benchmarkingindikatorer for akutte sygehuskontakter blandt patienter med type 2-diabetes.

Figur 3.8 Benchmarkingindikatorer for akutte kontakter og usikkerhed omkring estimerne



Note: Konfidensintervallerne er beregnet på baggrund af en bootstrap-analyse med 100 replikationer for hver praksis.

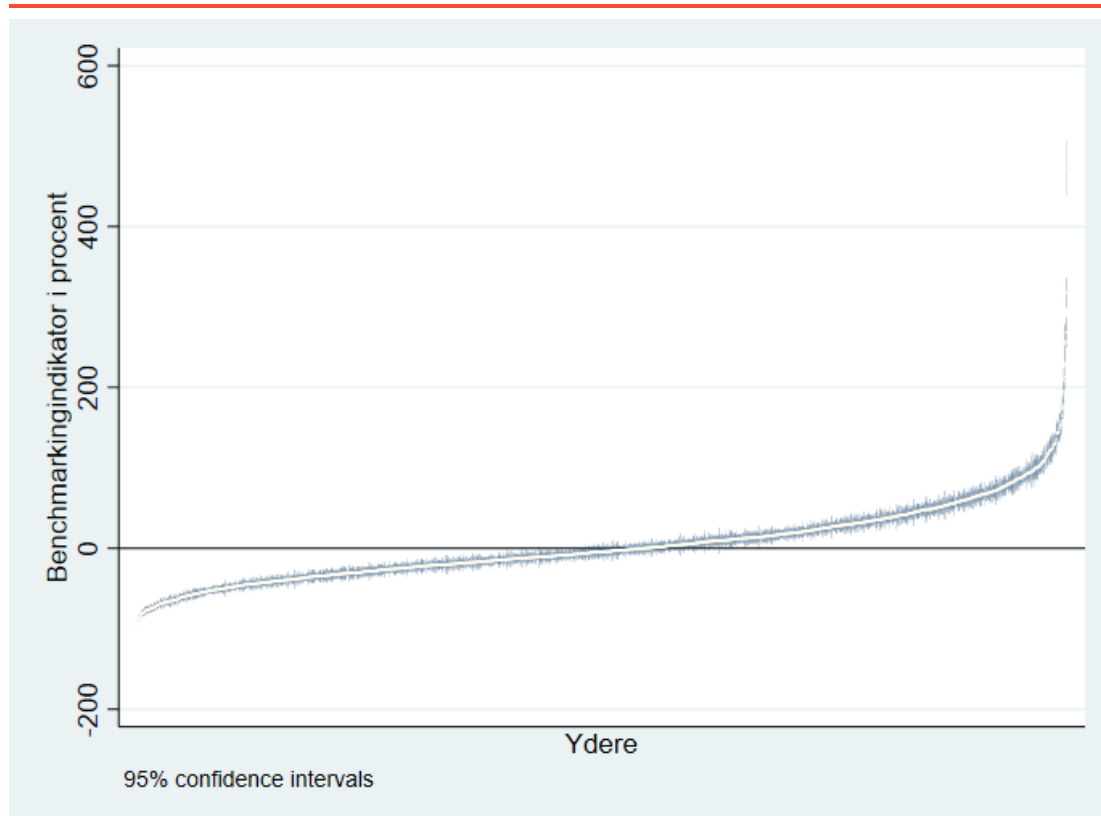
Med hensyn til antal akutte kontakter ses igen en betragtelig variation på tværs af praksisser. Usikkerheden omkring benchmarkingindikatorerne for akutte kontakter er større end for alle kontakter og igen størst for de almene praksisser med flest kontakter i forhold til forventet under hensyn til rammevilkår (dvs. højest benchmarkingindikator).

Blandt de 100 praksisser med lavest (dvs. færre kontakter end forventet) benchmarkingindikator er gennemsnittet -48 %, mens det for de 100 praksisser med højest (dvs. flere kontakter end forventet) benchmarkingindikator er 57 %.

Benchmarking af andel patienter med en diabetesrelateret kontakt

Endelig er der de diabetesrelaterede kontakter. Benchmarkingindikatorerne for disse er præsenteret i Figur 3.9.

Figur 3.9 Benchmarkingindikatorer for diabetesrelaterede kontakter og usikkerhed omkring estimerne



Note: Konfidensintervallerne er beregnet på baggrund af en bootstrap-analyse med 100 replikationer for hver praksis.

Af Figur 3.9 ses det, at der med hensyn til diabetesrelaterede kontakter også er en væsentlig variation i den faktiske andel patienter med en diabetesrelateret kontakt i forhold til forventet, på tværs af praksisser. Usikkerheden omkring benchmarkingindikatorerne er en del mindre end for de to øvrige indikatorer, også her ser vi, at usikkerheden er størst omkring de almene praksisser, hvor der er relativt flest patienter med en diabetesrelateret kontakt i forhold til forventet.

Den gennemsnitlige benchmarkingindikator for de 100 praksisser med den laveste andel patienter med en diabetesrelateret kontakt i forhold til forventet (dvs. med lavest benchmarkingindikator) er -78 %, og den er 123 % for de 100 praksisser med den største andel patienter med en diabetesrelateret kontakt i forhold til forventet (dvs. med højest benchmarkingindikator).

Opsamling på benchmarking af type 2-diabetespopulationen

For både alle kontakter, akutte kontakter og diabetesrelaterede kontakter i populationen af patienter med type 2-diabetes ses en betydelig variation på tværs af praksisser. For andelen af patienter med en diabetesrelateret kontakt er denne variation især stor. Også med hensyn til diabetespatienterne er den eksakte værdi af benchmarkingindikatoren og derved placeringen af den enkelte praksis behæftet med en usikkerhed.

3.2.3 Opsamling på benchmarkinganalysen

Benchmarkinganalysen af KOL-populationen og populationen af patienter med type 2-diabetes demonstrerer først og fremmest, at der er en betragtelig variation på tværs af almen praksis, hvad angår både alle sygehuskontakter, akutte kontakter og diagnoserelaterede kontakter, under hensyntagen til rammevilkår i de enkelte praksisser.

Tabel 3.5 er en opsamlingstabel, der præsenterer den gennemsnitlige benchmarkingindikator blandt de 100 praksisser, som har hhv. flest og færrest totale kontakter og akutte kontakter samt mindst og størst andel patienter med en diagnoserelateret kontakt i forhold til forventet.

Tabel 3.5 Opsamlingstabel. Gennemsnitlige benchmarkingindikatorer for de 100 praksisser i hhv. top og bund af rangeringen.

	KOL		Type 2-diabetes	
	Flest ift. forventet	Færrest ift. forventet	Flest ift. forventet	Færrest ift. forventet
Alle kontakter	60 %	-38 %	63 %	-37 %
Akutte kontakter	70 %	-46 %	57 %	-48 %
	Største andel ift. forventet	Mindste andel ift. forventet	Største andel ift. forventet	Mindste andel ift. forventet
Diagnoserelaterede kontakter	90 %	-70 %	123 %	-78 %

For alle benchmarkingindikatorerne på tværs af diagnoser er estimerne forbundet med en usikkerhed, som betyder, at den eksakte værdi af benchmarkingindikatoren og den enkelte praksis' eksakte placering i forhold til de øvrige almene praksisser er usikker. Usikkerheden i estimerne kan påvirke den indbyrdes rangering af de enkelte praksisser. Det er værd at understrege, at de faktisk estimerede benchmarkingindikatorer er det bedste bud på den sande værdi statistisk set, selv om der er usikkerhed i det eksakte estimat.

3.3 Analyse af variationen på tværs af almen praksis

I dette afsnit præsenteres resultaterne af de lineære regressionsanalyser, som undersøger, hvilke praksiskarakteristika der kan (medvirke til at) forklare variationen i benchmarkingindikatorer på tværs af almen praksis.

Først præsenteres resultaterne af de lineære regressionsanalyser for KOL-populationen, og dernæst præsenteres resultaterne af de lineære regressionsanalyser af populationen af patienter med type 2-diabetes.

3.3.1 Analyse af praksiskarakteristika-association med benchmarkingindikatoren blandt KOL-patienter

Tabel 3.6, Tabel 3.7 og Tabel 3.8 viser resultaterne af de lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikens association med benchmarkingindikatoren for hhv. alle kontakter, akutte kontakter og andel patienter med en KOL-relateret kontakt.

Af Tabel 3.6 ses det, at årskontroller, lungefunktionsundersøgelser og konsultationer er statistisk signifikant associeret med benchmarkingindikatoren for alle kontakter. Således er en højere andel KOL-patienter, der har fået foretaget mindst én lungefunktionsundersøgelse og én årskontrol, associeret med at have færre totale sygehuskontakter end forventet. Omvendt er det gennemsnitlige antal konsultationer associeret med at have flere totale sygehuskontakter end forventet under hensyn til rammevilkår. Med hensyn til benchmarkingindikatoren for akutte kontakter er klinikpersonale og konsultationer statistisk signifikant associeret med benchmarkingindikatoren, se Tabel 3.7. At have klinikpersonale ansat i praksis er associeret med at have færre akutte sygehuskontakter end forventet, mens et højt gennemsnitligt antal konsultationer er associeret med at have flere akutte sygehuskontakter, ligesom det var tilfældet for totale kontakter.

Af Tabel 3.8 fremgår det, at benchmarkingindikatoren for KOL-relateret sygehuskontakt er statistisk signifikant associeret med både årskontroller, ordinationspraksis, lungefunktionsundersøgelse, rygeafvænning og antallet af medicinstuderende/BSc.med.'er ansat i praksis. En høj andel af KOL-patienter, der har fået foretaget en årskontrol samt mindst én lungefunktionsundersøgelse, er associeret med en mindre andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt end forventet, og det samme gælder almene praksisser, hvis praksispersonale varetager rygeafvænning. Derimod er flere indløste recepter på KOL-medicin samt flere medicinstuderende/BSc.med.'er i praksis associeret med en større andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt end forventet givet rammevilkår.

Idet fordelingen af benchmarkingindikatorer er højreskæv, har vi undersøgt, hvorvidt resultaterne kan genfindes i en alternativ specifikation, hvor vi bruger medianen (og ikke gennemsnittet) som afhængig variabel. I disse analyser bortfalder de signifikante resultater beskrevet, således at kun antallet af konsultationer har en signifikant sammenhæng med benchmarkingindikatoren i alle tre analyser. Dette indikerer, at analysens resultat er 'drevet' af de praksisser, der har flest kontakter i forhold til det forventede.

Tabel 3.6 Lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikas association med benchmarkingindikatoren for *alle kontakter* blandt KOL-patienter (p-værdi i parentes)

Praksiskarakteristika	Regressionskoefficient	Konstant	N
Praksisform			
Reference: Solo praksis	0	0,00970 (0,239)	1.700
Delepraksis	-0,0306 (0,136)		
Kompagniskabspraksis	-0,0178 (0,133)		
Samarbejdspraksis	-0,0201 (0,740)		
Årskontroller	-0,0605* (0,034)	0,0235 (0,067)	1.700
Klinikpersonale	-0,0359 (0,179)	0,0333 (0,202)	1.700
Uddannelse af læger	-0,00176 (0,878)	0,0000790 (0,993)	1.700
Åben for tilgang af nye patienter	0,00608 (0,596)	-0,00341 (0,639)	1.700
Ordinationspraksis ift. receptpligtig medicin	-0,0941 (0,198)	0,0557 (0,209)	1.700
Lungefunktionsundersøgelse	-0,0858* (0,023)	0,0260* (0,048)	1.700
Konsultationer	0,00860* (0,013)	-0,0634* (0,014)	1.700
Klinikpersonale varetager lungefunktionsundersøgelser	-0,0113 (0,321)	0,00374 (0,611)	1.700
Klinikpersonale varetager rygeafvænning	0,0000902 (0,994)	-0,00100 (0,884)	1.700
Praksispersonale			
Læge	-0,00108 (0,663)	-0,00110 (0,904)	1.496
Sygeplejerske eller jordemoder	-0,00520 (0,198)	0,00386 (0,651)	1.496
Sekretær	-0,0112 (0,081)	0,00144 (0,829)	1.496
Medicinstuderende/BSc.med.	0,00479 (0,331)	-0,00585 (0,335)	1.496
Boianalytiker, farmakonom eller laborant	-0,00346 (0,715)	-0,00332 (0,599)	1.496
SOSU	0,00595 (0,568)	-0,00565 (0,374)	1.496
Gennemsnitsalder i praksis	-0,000964 (0,057)	0,0422 (0,100)	1.246

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Tabel 3.7 Lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikas association med benchmarkingindikatoren for *akutte kontakter* blandt KOL-patienter (p-værdi i parentes)

Praksiskarakteristika	Regressionskoefficient	Konstant	N
Praksisform			
Reference: Solopraksis	0	-0,0103 (0,293)	1.700
Delepraksis	-0,00528 (0,829)		
Kompagniskabspraksis	0,00716 (0,612)		
Samarbejdspraksis	0,0698 (0,333)		
Årskontroller	-0,0230 (0,500)	0,00223 (0,884)	1.700
Klinikpersonale	-0,0657* (0,039)	0,0556 (0,074)	1.700
Uddannelse af læger	-0,00514 (0,707)	-0,00400 (0,705)	1.700
Åben for tilgang af nye patienter	0,000423 (0,975)	-0,00723 (0,404)	1.700
Ordinationspraksis ift. receptpligtig medicin	0,138 (0,113)	-0,0902 (0,088)	1.700
Lungefunktionsundersøgelse	-0,0326 (0,469)	0,00320 (0,838)	1.700
Konsultationer	0,0197*** (0,000)	-0,150*** (0,000)	1.700
Klinikpersonale varetager lungefunktionsundersøgelser	0,00742 (0,585)	-0,0102 (0,247)	1.700
Klinikpersonale varetager rygeafvænning	0,0176 (0,217)	-0,0129 (0,116)	1.700
Praksispersonale			
Læge	0,00195 (0,505)	-0,0156 (0,150)	1.496
Sygeplejerske eller jordemoder	0,00507 (0,288)	-0,0179 (0,077)	1.496
Sekretær	0,000308 (0,968)	-0,0102 (0,196)	1.496
Bachelor i medicin	0,00405 (0,487)	-0,0114 (0,111)	1.496
Boianalytiker, farmakonom eller laborant	-0,0103 (0,359)	-0,00742 (0,319)	1.496
SOSU	0,00175 (0,887)	-0,0104 (0,165)	1.496
Gennemsnitsalder i praksis	-0,000830 (0,176)	0,0307 (0,324)	1.246

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001.

Tabel 3.8 Lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikas association med benchmarkingindikatoren for *andel patienter med en KOL-relateret kontakt* blandt KOL-patienter (p-værdi i parentes)

Praksiskarakteristika	Regressionskoefficient	Konstant	N
Praksisform			
Reference: Solopraksis	0	-0,000469 (0,973)	1.700
Delepraksis	0,0565 (0,106)		1.700
Kompagniskabspraksis	-0,00156 (0,938)		1.700
Samarbejdspraksis	0,0686 (0,505)		1.700
Årskontroller	-0,112* (0,021)	0,0499* (0,023)	1.700
Klinikpersonale	0,0494 (0,278)	-0,0426 (0,338)	1.700
Uddannelse af læger	0,00392 (0,841)	0,00217 (0,886)	1.700
Åben for tilgang af nye patienter	-0,0250 (0,201)	0,0145 (0,241)	1.700
Ordinationspraksis ift. receptpligtig medicin	0,418*** (0,001)	-0,247** (0,001)	1.700
Lungefunktionsundersøgelse	-0,193** (0,003)	0,0651** (0,004)	1.700
Konsultationer	0,0105 (0,074)	-0,0716 (0,101)	1.700
Klinikpersonale varetager lungefunktionsundersøgelser	-0,0178 (0,361)	0,0119 (0,343)	1.700
Klinikpersonale varetager rygeafvænning	-0,0435* (0,033)	0,0189 (0,106)	1.700
Praksispersonale			
Læge	0,00346 (0,417)	-0,00869 (0,582)	1.496
Sygeplejerske eller jordemoder	-0,00523 (0,451)	0,00932 (0,526)	1.496
Sekretær	-0,0115 (0,297)	0,00701 (0,540)	1.496
Medicinstuderende/BSc.med.	0,0203* (0,017)	-0,00578 (0,579)	1.496
Boianalytiker, farmakonom eller laborant	0,00513 (0,753)	-0,0000792 (0,994)	1.496
SOSU	0,0140 (0,435)	-0,00221 (0,839)	1.496
Gennemsnitsalder i praksis	0,00109 (0,215)	-0,0493 (0,267)	1.246

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

3.3.2 Analyse af praksiskarakteristikassociation med benchmarkingindikatoren type 2-diabetes

I det følgende præsenteres resultaterne af de tilsvarende analyser for populationen af patienter med type 2-diabetes.

Tabel 3.9, og Tabel 3.11 viser resultaterne af de lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikassociation med benchmarkingindikatoren for hhv. alle kontakter, akutte kontakter og andel patienter med en diabetesrelateret kontakt.

I Tabel 3.9 ses det, at årskontroller samt tilbud om blodsuktermåling og urinundersøgelse er statistisk signifikant associeret med benchmarkingindikatoren. En stor andel patienter, der har fået foretaget en årskontrol, er associeret med at have færre totale sygehuskontakter end forventet, og det samme gælder almene praksisser, hvor praksispersonale varetager blodsuktermåling eller urinundersøgelse. Hvad angår urinundersøgelser, skal det her bemærkes, at disse undersøgelser kan udføres både i relation til type 2-diabetes og i relation til fx urinvejsinfektion.

Med hensyn til benchmarkingindikatoren for akutte kontakter er det kun konsultationer og gennemsnitalder i praksis, som er statistisk signifikant associeret med benchmarkingindikatoren, se Tabel 3.10. Et større antal gennemsnitlige konsultationer er associeret med at have flere akutte sygehuskontakter end forventet, mens en højere gennemsnitsalder i praksis er associeret med at have færre akutte sygehuskontakter end forventet.

Af Tabel 3.11 fremgår det, at årskontroller og konsultationer er statistisk signifikant associeret med benchmarkingindikatoren for andelen patienter med en diabetesrelateret kontakt. En stor andel patienter, der har fået foretaget en årskontrol, er associeret med en mindre andel patienter med en diabetesrelateret kontakt end forventet, og det samme gør sig gældende for et stort antal gennemsnitlige konsultationer. Idet fordelingen af benchmarkingindikatorer er højreskæv, har vi undersøgt, hvorvidt resultaterne kan genfindes i en alternativ specifikation hvor vi bruger medianen (og ikke gennemsnittet) som afhængig variabel. I denne specifikation genfindes de beskrevne sammenhænge mellem antallet årskontroller og konsultationer. I den alternative specifikation bortfalder de signifikante resultater angående, hvorvidt praksispersonalet varetager blodsuktermåling og urinundersøgelser. Dette indikerer, at vores resultater er drevet af de praksisser, der har færrest sygehuskontakter i forhold til det forventede.

Tabel 3.9 Lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikas association med benchmarkingindikatoren for *alle kontakter* blandt patienter med type 2-diabetes (p-værdi i parentes)

Praksiskarakteristika	Regressionskoefficient	Konstant	N
Praksisform			
Reference: Solopraksis	0	0,00438 (0,588)	1.788
Delepraksis	-0,0104 (0,614)		1.788
Kompagniskabspraksis	-0,0135 (0,255)		1.788
Samarbejdspraksis	0,0442 (0,448)		1.788
Årskontroller	-0,0848** (0,004)	0,0451** (0,008)	1.788
Klinikpersonale	-0,0236 (0,373)	0,0207 (0,423)	1.788
Uddannelse af læger	-0,0177 (0,122)	0,00856 (0,327)	1.788
Åben for tilgang af nye patienter	-0,0200 (0,081)	0,00628 (0,388)	1.788
Ordinationspraksis ift. receptpligtig medicin	-0,166 (0,124)	0,136 (0,130)	1.788
Konsultationer	0,00440 (0,185)	-0,0338 (0,173)	1.788
Klinikpersonale varetager blodsukkermåling	-0,0265* (0,034)	0,00578 (0,385)	1.788
Klinikpersonale varetager urinundersøgelse	-0,0379* (0,018)	0,00370 (0,542)	1.788
Praksispersonale			
Læge	-0,00155 (0,544)	0,00136 (0,884)	1.564
Sygeplejerske eller jordemoder	-0,00359 (0,386)	0,00242 (0,779)	1.564
Sekretær	-0,0119 (0,074)	0,00279 (0,681)	1.564
Medicinstuderende/BSc.med.	-0,00513 (0,301)	-0,00118 (0,849)	1.564
Bioanalytiker, farmakonom eller laborant	-0,00822 (0,404)	-0,000977 (0,879)	1.564
SOSU	0,0119 (0,264)	-0,00594 (0,361)	1.564
Gennemsnitsalder i praksis	-0,000394 (0,428)	0,0128 (0,614)	1.292

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Tabel 3.10 Lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikas association med benchmarkingindikatoren for *akutte kontakter* blandt patienter med type 2-diabetes

Praksiskarakteristika	Regressionskoefficient	Konstant	N
Praksisform			
Reference: Solo praksis	0	-0,0162 (0,055)	1.788
Delepraksis	0,0178 (0,411)		1.788
Kompagniskabspraksis	0,0104 (0,401)		1.788
Samarbejdspraksis	0,113 (0,063)		1.788
Årskontroller	-0,0176 (0,564)	0,000543 (0,976)	1.788
Klinikpersonale	-0,0146 (0,597)	0,00473 (0,861)	1.788
Uddannelse af læger	0,00608 (0,612)	-0,0128 (0,163)	1.788
Åben for tilgang af nye patienter	0,00570 (0,636)	-0,0115 (0,131)	1.788
Ordinationspraksis ift. receptpligtig medicin	0,0792 (0,484)	-0,0750 (0,425)	1.788
Konsultationer	0,0118*** (0,001)	-0,0953*** (0,000)	1.788
Klinikpersonale varetager blodsukkermåling	0,0165 (0,206)	-0,0139* (0,046)	1.788
Klinikpersonale varetager urinundersøgelse	-0,000216 (0,990)	-0,00919 (0,149)	1.788
Praksispersonale			
Læge	0,00235 (0,375)	-0,0197* (0,042)	1.564
Sygeplejerske eller jordemoder	0,00229 (0,594)	-0,0165 (0,065)	1.564
Sekretær	-0,00404 (0,558)	-0,0111 (0,114)	1.564
Medicinstuderende/BSc.med.	-0,00193 (0,708)	-0,0124 (0,055)	1.564
Bioanalytiker, farmakonom eller laborant	0,00656 (0,520)	-0,0147* (0,028)	1.564
SOSU	0,0148 (0,183)	-0,0167* (0,013)	1.564
Gennemsnitsalder i praksis	-0,00125* (0,019)	0,0487 (0,073)	1.292

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Tabel 3.11 Lineære regressionsanalyser af praksiskarakteristikas association med benchmarkingindikatoren for *andelen af patienter med en diabetesrelateret kontakt* blandt patienter med type 2-diabetes (p-værdi i parentes)

Praksiskarakteristika	Regressionskoefficient	Konstant	N
Praksisform			
Reference: Solopraksis	0	0,0184 (0,263)	1.788
Delepraksis	0,0514 (0,223)		1.788
Kompagniskabspraksis	-0,00831 (0,731)		1.788
Samarbejdspraksis	-0,0201 (0,865)		1.788
Årskontroller	-0,166** (0,005)	0,111** (0,001)	1.788
Klinikpersonale	-0,0753 (0,163)	0,0909 (0,084)	1.788
Uddannelse af læger	-0,0214 (0,358)	0,0318 (0,075)	1.788
Åben for tilgang af nye patienter	-0,0157 (0,503)	0,0255 (0,085)	1.788
Ordinationspraksis ift. receptpligtig medicin	-0,00267 (0,990)	0,0215 (0,907)	1.788
Konsultationer	-0,0133* (0,050)	0,116* (0,022)	1.788
Klinikpersonale varetager blodsuktermåling	-0,00655 (0,797)	0,0211 (0,120)	1.788
Klinikpersonale varetager urinundersøgelse	0,0483 (0,139)	0,0123 (0,322)	1.788
Praksispersonale			
Læge	0,0000573 (0,991)	0,00666 (0,711)	1.564
Sygeplejerske eller jordemoder	-0,0144 (0,072)	0,0285 (0,087)	1.564
Sekretær	-0,0144 (0,072)	0,0142 (0,276)	1.564
Medicinstuderende/BSc.med.	0,0166 (0,082)	0,000923 (0,938)	1.564
Bioanalytiker, farmakonom eller laborant	0,00612 (0,747)	0,00531 (0,668)	1.564
SOSU	0,0320 (0,120)	-0,00105 (0,933)	1.564
Gennemsnitsalder i praksis	0,00140 (0,174)	-0,0461 (0,379)	1.292

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

3.3.3 Korrelation mellem benchmarkingindikatorerne

Nedenstående Tabel 3.12 er en korrelationsmatrice, der viser korrelationskoefficienter for hver af de tre benchmarkingindikatorerne (totale sygehuskontakter, akutte sygehuskontakter og andel patienter med en diagnoserelateret kontakt) og de to diagnoser (KOL og type 2-diabetes).

Det ses, at der er positiv korrelation imellem alle benchmarkingindikatorerne, hvilket vil sige, at praksisser, der klarer sig godt i forhold til én indikator, forventeligt også klarer sig godt med hensyn til de andre indikatorer. Alle sammenhænge er statistisk signifikante på et 5 %-signifikansniveau.

Tabellen viser dog også, at korrelationskoefficienten ligger imellem 0,0475 og 0,3255, hvilket almindeligvis tolkes som svage til moderate sammenhænge (Cohen, 1988; Evans, 1996). Det vil sige, at selv om der er positiv og statistisk signifikant korrelation imellem indikatorerne, så er denne ikke stærk, og der er en betragtelig variation i korrelationernes styrke. Derfor kan det ikke konkluderes, at en praksis, der klarer sig godt med hensyn til én indikator nødvendigvis også klarer sig godt med hensyn til en anden indikator.

Den højeste korrelation *på tværs af diagnoser* er korrelationen mellem det totale antal sygehuskontakter for hhv. KOL og type 2-diabetes med en korrelationskoefficient på 0,3139. Det vil altså sige, at der er en moderat sammenhæng mellem at have færre kontakter end forventet blandt hhv. KOL- og type 2-diabetespatienter med hensyn til totale sygehuskontakter. Den største korrelation totalt set ses blandt KOL-patienterne og er korrelationen mellem at have hhv. flere totale og akutte kontakter end forventet (0,3255).

Tabel 3.12 Korrelationsmatrice for

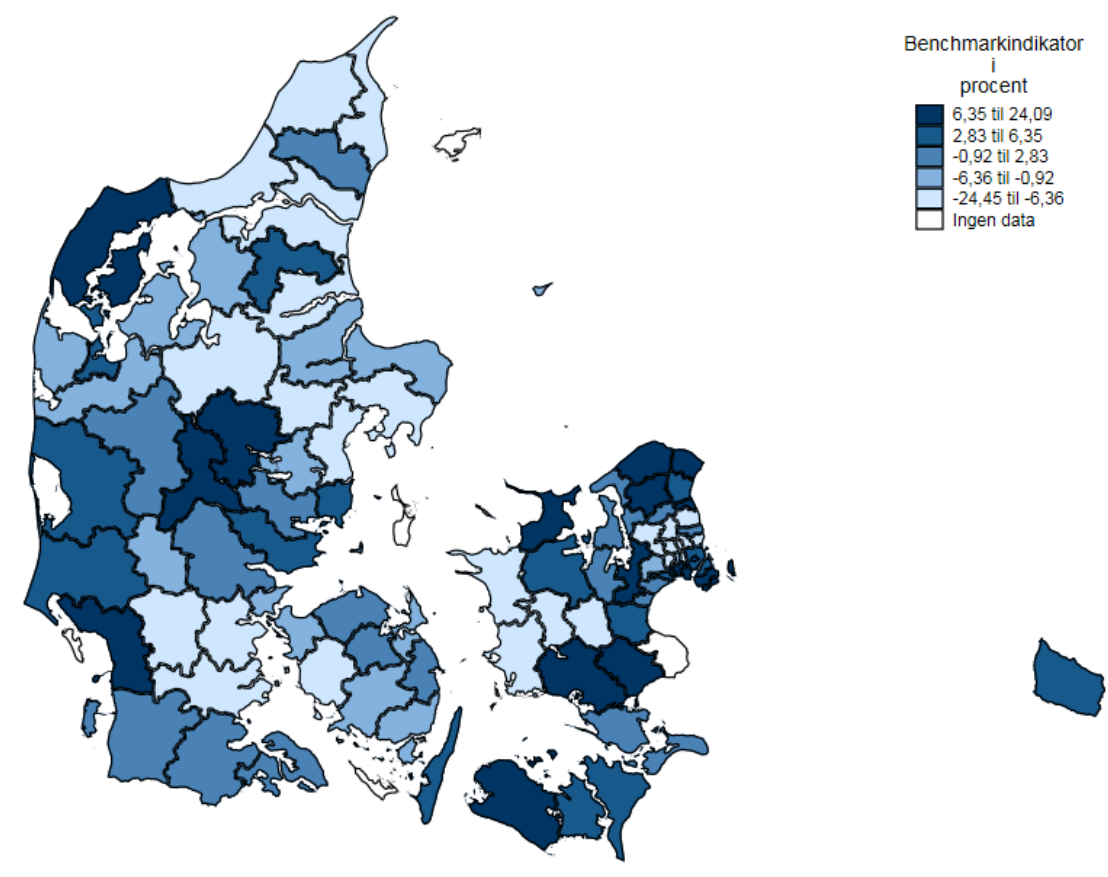
	Alle kontakter (type 2-diabetes)	Akutte kontakter (type 2-diabetes)	Diabetesrelaterede kontakter	Alle kontakter (KOL)	Akutte kontakter (KOL)	KOL-relaterede kontakter
Alle kontakter (type 2-diabetes)	1					
Akutte kontakter (type 2-diabetes)	0,2786*	1				
Diabetesrelaterede kontakter	0,2033*	0,0647*	1			
Alle kontakter (KOL)	0,3139*	0,1120*	0,0762*	1		
Akutte kontakter (KOL)	0,0936*	0,2421*	0,0475*	0,3255*	1	
KOL-relaterede kontakter	0,1007*	0,0757*	0,1552*	0,1954*	0,2162*	1

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

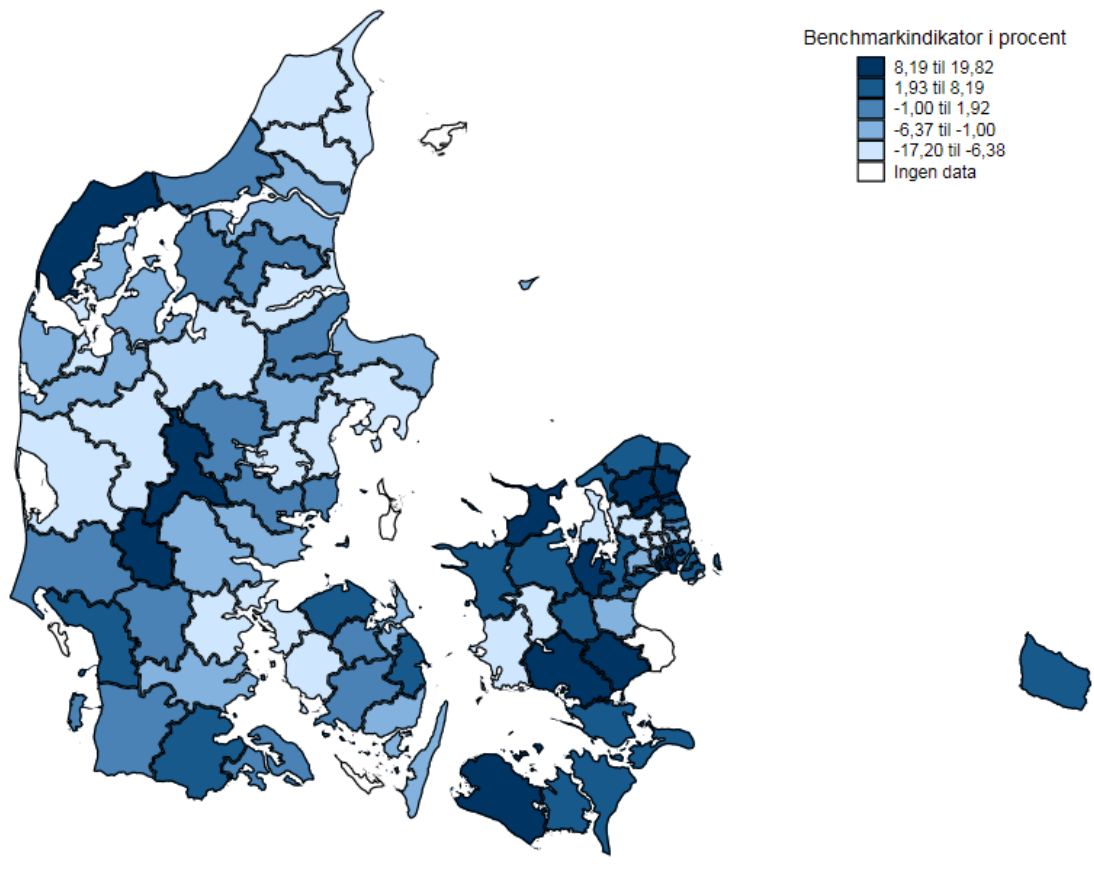
3.3.4 Geografisk variation i benchmarkingindikatorerne

I nedenstående Figur 3.10 og Figur 3.11 ses den gennemsnitlige benchmarkingindikator for det totale antal sygehuskontakter opgjort på praksiskommuneniveau for hhv. KOL-populationen og populationen af patienter med type 2-diabetes.

Figur 3.10 Gennemsnitlig benchmarkingindikator opgjort på praksiskommuneniveau for KOL-populationen



Figur 3.11 Gennemsnitlig benchmarkingindikator opgjort på praksiskommuneniveau for type 2-diabetespopulationen



Det ses af figurene, at der inden for de fem regioner både findes kommuner, hvor praksisser i kommunen i gennemsnit har flere sygehuskontakter end forventet, og kommuner, hvor de i gennemsnit har færre. Der er endvidere både storbykommuner og landkommuner, hvor praksis har relativt færre og relativt flere indlæggelser. Der er en tendens til, at der er flere kommuner øst for Storebælt, der har flere sygehuskontakter end forventet. Der synes ikke at kunne identificeres specifikke karakteristika blandt disse kommuner. Sammenholdes de gennemsnitlige benchmarkingindikatorer for kommunerne med resultaterne af benchmarkinganalysen (afsnit 3.2), som viste store variationer på tværs af praksisser, kan man konkludere, at der er tale om betydelige variationer inden for kommunegrænserne.

Samlet set kan der ikke ved visuel inspektion identificeres en geografisk systematik, der indikerer, at specielle geografiske karakteristika skulle være betydende for, om almen praksis har relativt flere eller færre sygehuskontakter, end man kunne forvente under hensyn til rammevilkår.

3.3.5 Opsamling på analysen af variation på tværs af praksisser

Analysen af, hvilke praksiskarakteristika der har betydning for almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår, demonstrerer ikke én klar tendens for hverken KOL- eller type 2-diabetespopulationen.

Enkelte praksiskarakteristika ser dog ud til at have en betydning for flere af indikatorerne. Det gælder bl.a. de ydelser, som borgeren modtager i almen praksis, herunder årskontroller, lungefunktionsundersøgelser og det gennemsnitlige antal konsultationer i praksis. Uddelegering af (nogle) personalefunktioner ser ligeledes ud til at være associeret med færre kontakter end forventet. Analysen peger derudover på positive og statistisk signifikante korrelationer mellem benchmarkingindikatorerne og på tværs af diagnoser. Der er imidlertid tale om en vis variation og ingen stærke korrelationer, og det kan altså ikke konkluderes, at en praksis, som klarer sig godt med hensyn til én indikator, nødvendigvis også klarer sig godt med hensyn til de andre.

3.4 Delkonklusion

I dette kapitel har vi foretaget a) en benchmarkinganalyse af almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår (patientsammensætning og geografi) samt b) en analyse af, hvilke praksiskarakteristika der kan (medvirke til at) forklare variationen på tværs af praksisser.

Benchmarkinganalysen demonstrerede, at der eksisterer en betydelig variation på tværs af almen praksis, hvad angår både alle sygehuskontakter, akutte kontakter og andelen af patienter med en diagnoserelateret kontakt. Dette gælder begge patientpopulationer.

Benchmarkingindikatorerne er forbundet med en vis statistisk usikkerhed. Af denne årsag analyseres der ikke på de enkelte praksisser, men på de 100 praksisser, der har hhv. flest eller færrest sygehuskontakter i forhold til forventet.

Analyserne af praksiskarakteristikas betydning for almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår viser ikke én klar tendens. Dog er der flere af resultaterne, som er værd at rette opmærksomhed mod:

Andelen af patienter, der har modtaget **årskontroller**, synes at være en betydende faktor. Årskontroller er statistisk signifikant for det totale antal sygehuskontakter og for diagnoserelaterede kontakter i både KOL- og type 2-diabetespopulationen, således at jo større andel patienter, der har modtaget en årskontrol, desto bedre ligger almen praksis i benchmarkinganalysen. For borgere med KOL er også andelen af patienter, der har modtaget **lungefunktionsundersøgelse**, signifikant, således at almene praksisser, hvor en relativt større andel af KOL-patienterne har fået foretaget en lungefunktionsundersøgelse, ligger bedre i benchmarkinganalysen med hensyn til det totale kontakter og KOL-relaterede kontakter.

Generelt er det gældende for både KOL og type 2-diabetes, at det gennemsnitlige **antal konsultationer** er associeret med flere sygehuskontakter end forventet. Det omvendte er dog tilfældet med hensyn til andelen af patienter med en diabetesrelateret kontakt.

Det er værd at bemærke, at denne sammenhæng ikke nødvendigvis er en ren årsagssammenhæng, idet det *kan* være udtryk for en substitution imellem sygehus og almen praksis, således at ydelser leveret i sygehusregi ikke også bliver leveret i almen praksis.

Endvidere har praksisser, der har angivet, at praksispersonalet varetager **rygeafvænnning**, en mindre andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt i forhold til forventet. For borgere med type 2-diabetes ses det, at praksisser der har angivet, at klinikpersonalet tilbyder **blodsuktermåling** og **urinundersøgelser**, har et lavere antal totale kontakter end forventet.

Hvis man ser på sammensætningen af **ansatte i almen praksis**, er der ingen klar tendens. Der er en association mellem medicinstuderende/BSc.med.'er og en større andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt end forventet. Denne sammenhæng kan dog ikke tillægges nogen intuitiv forklaring.

I en alternativ modelspecifikation, hvor vi analyserer på medianen fremfor på gennemsnittet, finder vi, at de signifikante resultater bortfalder for KOL-populationen på nær sammenhængen mellem antallet af konsultationer og benchmarkingindikatoren. For diabetespopulationen finder vi, at sammenhængen mellem årskontroller og konsultationer og benchmarking-indikatoren genfindes i den alternative specifikation, men at blodsuktermåling og urinundersøgelse bliver insignifikante.

I en analyse af korrelationerne imellem benchmarking-indikatorerne ses det, at der er en positiv og statistisk signifikant sammenhæng mellem de forskellige indikatorer – og også på tværs af de to diagnoser. Sammenhængene er dog svage til moderate, således at der er en vis variation i forhold til, hvilke praksis der klarer sig godt på de forskellige områder. Det kan altså ikke konkluderes, at en praksis, der klarer sig godt i forhold til én indikator, nødvendigvis klarer sig ligeså godt med hensyn til øvrige indikatorer.

Endelig ses der ingen systematiske geografiske forskelle i, hvordan praksisser klarer sig under hensyn til rammevilkår på tværs af landets kommuner.

4 Kronikerindsatsen set på tværs af ni praksisser

Hvad kan vi lære, hvis vi stiller skarpt på de konkrete arbejdsgange i almen praksis-klinikker, hvor der er fokus på en systematisk kronikerindsats? Det er det overordnede spørgsmål i denne kvalitativt funderede analyse, som sammenholder kronikerindsatsen på tværs af ni strategisk udvalgte praksisser.

Kapitlet er struktureret i en række temaer, hvor der samles op på fund, som går igen blandt de ni udvalgte praksisser, samt på punkter, hvor de adskiller sig. Temaerne omfatter arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonalets, erfaringer med opsporing, udredning og fastholdelse af kronikere, erfaringer med forløbsplaner og data til at understøtte kronikerindsatsen samt endelig snitfladen til sygehus og kommunale aktører. Analysen ser løbende efter mønstre mellem praksiskarakteristika og de udfordringer, løsninger og erfaringer, som læger og praksispersonale beskriver. Som afsæt for den tværgående analyse beskriver vi først hovedtrækkene i en systematisk kronikerindsats, som den udfolder sig i de ni praksisser, der indgår i undersøgelsen. Det efterfølges af en præsentation af de ni praksisser.

Analysens repræsentativitet

Hvad angår analysens repræsentativitet, skal det indledningsvis pointeres, at der *i)* kun præsenteres perspektiver fra ni praksisser, og *ii)* at disse praksisser er strategisk udvalgt via en forhåndsvurdering af, om de har arbejdet på at sætte kronikerbehandling i system. Derudover skal det bemærkes, at vi ikke har haft mulighed for at udvælge praksisser på basis af de kvantitative analyseresultater og derfor ikke ved, hvordan de ni praksisser ville rangere i den foregående benchmarkinganalyse, hvor kronikeres sygehuskontakter var målestok for god kronikerbehandling. Endeligt skal det bemærkes, at der ikke indgår perspektiver fra samarbejdspartnere i kommuner eller sygehus.

4.1 Kronikerbehandling i hovedtræk

Kronikerbehandling foregår i en organisatorisk kontekst, hvor læger og praksispersonale har travlt med mange andre typer af patientkontakter – både akutte og planlagte – samt administrativt arbejde, eksternt korrespondance og interne møder. Dagsprogrammet varierer fra praksis til praksis, men indebærer ofte faste tidsrum for akutte henvendelser, typisk om morgenen og evt. igen om eftermiddagen, samt tidsrum for kalendersatte konsultationer. Den systematiske kronikerindsats udspiller sig i tidsrummene for planlagte konsultationer. Behandlingen her består i, at patienten kommer til årskontrol ved lægen, som på baggrund af en række kliniske undersøgelser og samtale med patienten følger op på bl.a., hvorvidt patientens tilstand er forværret eller forbedret siden sidste konsultation, om der skal foretages justeringer i patientens medicinering, samt hvad patienten evt. selv kan gøre i forhold til livsstilsændringer. Lægen lægger en behandlingsplan og ordinerer medicin – typisk for et år ad gangen. Som led i planlægningen af behandlingen vurderer lægen også, om der er behov for, at patienten skal ses hyppigere til kvartals- eller halvårskontroller, hvor der i samtale med patienten gøres status på behandlingen og foretages kliniske målinger, herunder blodsukkermålinger eller lungefunktionsundersøgelser (for KOL-patienter). Arbejdsgangene i kronikerbehandling indebærer ofte, at opgaver med forundersøgelser og kontroller i større eller mindre grad uddelegeres til prak-

sispersonalet. Ovennævnte hovedtræk af kronikerbehandlingen afspejler gældende vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) for KOL- og diabetesbehandling i almen praksis.⁵

4.2 Præsentation af de ni praksisser

Størstedelen af praksisserne i denne rapport har i mange år (10-15-20 år) arbejdet systematisk med kronikerbehandling og aktiv brug af praksispersonale som beskrevet ovenfor. To praksisser er dog relativt nyetablerede, cirka to år før tidspunktet for denne undersøgelse. Samlet set omfatter analysen dermed få praksis, hvor erfaringerne og udfordringer ved at opbygge en systematisk kronikerbehandling med faste kontroller og aktivt brug af personale er præsente, og en stor del, hvor en systematisk kronikerindsats i mange år har været en grundpræmis for læger og personales arbejdsdag.

Tabel 4.1 nedenfor giver en oversigt over de ni praksisser, der har medvirket i undersøgelsen. Vi har navngivet de ni praksisser P1-P9, og benytter dette som referencer i resten af rapporten. Tabellen angiver antallet af læger i hver praksis, samt hvorvidt praksis er placeret i land- eller byområde (første kolonne). Praksisser er nummeret efter størrelse, således at P1-P3 er solo-praksis, P4-P6 er kompagniskaber med to læger, P7-P9 er kompagniskaber med +4 læger. Kolonne 2 og 3 angiver oplysninger om hhv. patientpopulationen og praksispersonale. Den sidste kolonne indeholder yderligere beskrivelse af konteksten for den enkelte praksis.

Tabel 4.1 Oversigt over de ni praksisser i undersøgelsen

Praksis	Patienter	Personale	Øvrig kontekst
P1 1 læge Land	Patienter: 2.400 +70 år: 380	1 udd.læge 1 sygeplejerske 2 sekretærer 1 klinikassistent	Praksis ligger i et større sundhedshus, som også huser kommunale sundhedstilbud, en række speciallæger samt to yderligere almen praksis. Lægen overtog praksis for to år siden og har fra start fokuseret på at bruge praksispersonale i kronikerbehandling.
P2 1 læge Land	Patienter: 1.400 +70 år: 300	1 sygeplejerske 1 sekretær	Praksis ligger i lille landsby og har været ejet af nuværende læge siden 2003. Ift. at etablere systematisk kronikerbehandling har lægen fokuseret på diabetes, og ikke KOL. Sekretæren er relativt nyansat og erstatter en, der har været ansat i over 10 år.
P3 1 læge By	Patienter: 1.900 +70 år: 330	1 udd.læge 2 sygeplejersker/sekretærer	Praksis overgik i 2010 fra kompagniskab med to læger til solopraksis. Lægen fik i den forbindelse mere frihed til at bygge en systematisk kronikerbehandling op. De to sygeplejersker arbejder på deltid og veksler mellem sygepleje- og sekretærfunktion. De har været ansat i cirka to år. Lægen har brugt meget energi på oplæring af de nye sygeplejersker.
P4 2 læger By	Patienter: 3.400 +75 år: 350	1 udd.læge 2 sygeplejersker 2 sekretærer	Denne praksis er fysisk integreret med to øvrige praksisser i en etageejendom med fælles venteværelse, skranke og frokoststue. Den ene læge har særlig interesse for mentale lidelser og modtager supervision fra psykiater. Den ene sygeplejerske har spillet en stor rolle ift. at opbygge systemer til kronikerbehandlingen, mens den anden er relativt ny og under oplæring.
P5 2 læger By	Patienter: 3.200 +70 år: 350	1 udd.læge 1 sygeplejerske 1 klinikassistent/sekretær	Klinikken ligger i en etageejendom. Lægerne oplyser, at der blandt de ældre patienter er mange velstillede. Klinikassistenten kender efter 15+ år i samme praksis patienterne godt. Sygeplejersken har været ansat cirka et år, men kommer med stor erfaring i kronikerbehandling fra anden almen praksis.

⁵ Dansk Selskab for Almen Medicin, n.d.a; n.d.b

Praksis	Patienter	Personale	Øvrig kontekst
P6 2 læger Land	Patienter: 2.700 +70 år: 390	1 udd.læge 1 SOSU-assistent	Denne landpraksis blev etableret i 2018 på basis af en solopraksis med tilkøb af en nabopraksis. De to læger har været udfordret af personaleudskiftning umiddelbart efter etableringen. Derudover har overflytningen af patienter fra nabopraksis til lægehusets system betydet, at lægerne kun kan trække data fra den ene halvdel af deres patientpopulation. Lægerne arbejder på at uddelegere større dele af kronikerarbejdet til personale.
P7 4 læger Land	Patienter: 6.000 +70 år: 920	3 udd.læger 3 sygeplejersker 2 sekretærer 1 bioanalytiker	Lægehuset er en større bygning i to etager med plads til selvstændige konsultationsrum for personalet. Praksis har i mange år arbejdet systematisk med kronikerbehandlingen, og sygeplejerskerne er højt kompetente og erfarne hermed.
P8 5 læger By	Patienter: 9.000 +70 år: xx*	2 udd.læger 1 sygeplejerske 2 SOSU-assistent 1 jordemoder 2 sekretærer	Praksis ligger i et lejlighedsbyggeri, hvor flere lejligheder er slået sammen. Lægerne har altid brugt praksispersonalet aktivt i kronikerbehandlingen, men særligt inden for de seneste år er uddelegeringen af opgaver til personalet øget. Kronikerindsatsen er i mindre grad formaliseret i instrukser til personalet.
P9 7 læger Land	Patienter: 10.100 +70 år: 1.500	3 udd.læger 3 sygeplejersker 4 sekretærer 2 bioanalytikere 8 medicinstuderende	Klinikken ligger i en lille provinsby med et stort landdistrikt som optageområde. Siden 2006 har lægerne arbejdet hen imod en høj grad af systematik og brug af praksispersonale i kronikerbehandling. Sygeplejerskerne er meget erfarne og arbejder i faste teams med lægerne om de samme patienter.

Noter: Patientantallet i de enkelte praksisser er afrundet til nærmeste 100 og antal ældre til nærmeste 10. *I P8 var det ikke muligt at indsamle oplysninger om antal ældre patienter.

Se individuelle casebeskrivelser af de ni praksisser i bilag 2.

4.3 Arbejdsdeling mellem læger og praksispersonale

Tabel 4.2 viser en oversigt over, hvordan kliniske opgaver relateret til KOL- og diabetesbehandling er delegeret ud til kategorier af praksispersonale på tværs af de ni praksisser, herunder i) hvilket personale der laver forundersøgelser til kvartals-, halvårs- og årskontroller, ii) hvorvidt personalet varetager opfølgende konsultation ved kvartals- halvårskontroller, og iii) hvorvidt personale varetager de større opfølgende konsultationer ved årskontroller.

I tabellen har vi desuden kategoriseret de ni praksisser alt efter, om der sker en *lav*, *middel* eller *høj* grad af uddelegering. Det har vi gjort ud fra følgende kriterier:

- **Lav grad af uddelegering:** praksis, hvor kun forundersøgelser er uddelegeret.
- **Middel grad af uddelegering:** praksis, hvor forundersøgelser samt opfølgende konsultation ved kvartals- og halvårskontroller er uddelegeret.
- **Høj grad af uddelegering:** praksis, hvor forundersøgelser, konsultationer ved kvartals- og halvårskontroller og nogle årskontroller er uddelegeret.

Det skal understreges, at ovenstående kategorier er baseret på en sammenligning af uddelegering i de ni praksisser, som indgår i undersøgelsen, og ikke på antagelser om, hvad der er en lav, middel og høj grad af uddelegering i praksissektoren generelt.

Tabel 4.2 Oversigt over kliniske opgaver delegeret til personale i de ni praksisser

	P1, solopraksis, land	P2, solopraksis, land	P3, solopraksis, by	P4, kompagni, 2 læger, by	P5, kompagni, 2 læger, by	P6, kompagni, 2 læger, land	P7, kompagni, 4 læger, land	P8, kompagni, 5 læger, by	P9 kompagni, 7 læger, land
Sygeplejerske	Forundersøgelser til KOL-kontroller. Opfølgende konsultation på alle 3/6 mdr. kontroller	Forundersøgelser til diabeteskontroller. (KOL-forundersøgelse varetages af lægen)	Forundersøgelser og konsultation ved 3/6 mdr.-kontroller samt blodprøver til årskontroller	Forundersøgelser til alle kontroller. Konsultation ved 3/6 mdr.-kontroller Konsultation ved ukompliceret KOL-årskontroller	Forundersøgelser og konsultation ved 3/6 mdr.-kontroller		Forundersøgelser ved 3/6 mdr.-kontroller. Konsultation ved 3/6 mdr.-kontroller. Enkelte KOL-årskontroller	Forundersøgelser til alle kontroller. Konsultation ved alle 3/6 mdr.-kontroller samt ukomplicerede årskontroller	LFU'er til KOL-forundersøgelse. Konsultation ved alle 3/6 mdr.-kontroller samt KOL-årskontroller
SOSU-assistent						Alle forundersøgelser til kvartals-, halvårs og årskontrol		Forundersøgelser til alle kontroller. Konsultation ved alle kvartals- og halvårskontrol. Konsultation ved ukompliceret årskontrol	
Sekretærer	Forundersøgelser til diabeteskontroller								
Klinikassistent	Forundersøgelser til diabeteskontroller				Forundersøgelser + konsultation ved 3/6 mdr.				
Bioanalytiker							Blodprøver, EKG, blodtryk		Blodprøver, EKG
Medicinstuderende									Blodprøver, EKG
Grad af uddelegering	Middel	Lav	Middel	Høj	Middel	Lav	Høj	Høj	Høj

Først og fremmest afspejler tabellen, at der i de ni praksisser sker en væsentlig brug af praksispersonalet i forbindelse med kronikerbehandling. Størstedelen af de uddelegerede opgaver varetages af sygeplejersker eller evt. SOSU-assistenten. Forundersøgelser er i nogle tilfælde delegeret videre til andet personale, men opfølgende konsultationer ved kvartals- og halvårskontroller varetages i de fleste praksisser af sygeplejersker eller SOSU-assistenten (P1, P3, P4, P5, P7, P8, P9). Endvidere fremgår det, at opfølgende konsultationer ved årskontrol er uddelegeret til sygeplejersker i fire praksisser (P4, P7, P8, P9), men kun ved mindre komplicerede kronikere.

Sammenhænge mellem grader af uddelegering og sygeplejerskers erfaring

Uddelegering af kronikerbehandling har antageligt lettere vilkår i praksis med meget erfarne sygeplejersker. Det afspejler sig i tabellen nedenfor, hvor grader af uddelegering sammenholdes med sygeplejerskernes erfaring. Erfaringen blandt sygeplejersker og SOSU-assistenten i de ni praksisser er opdelt groft i *mindre*, *høj* og *specialiseret* på følgende måde:

- **Mindre erfaring:** sygeplejersker med op til to års erfaring i almen praksis
- **Høj erfaring:** sygeplejersker med mere end seks års erfaring
- **Specialiseret:** sygeplejersker med +10 års erfaring som har specialiseret sig i kronikerbehandling.

Det skal bemærkes, at ovenstående kategorier er baseret på en sammenligning af sygeplejerskers erfaring i de ni praksisser og ikke på generelle antagelser om, hvornår sygeplejersker i almen praksis-sektoren har mindre eller høj erfaring.

Tablet 4.3 Sammenhænge mellem grader af uddelegering og sygeplejerskers erfaring

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Grad af uddelegering	Middel	Lav	Middel*	Høj	Middel	Lav	Høj	Høj	Høj
Sygeplejerskers erfaring	Mindre	Mindre	Mindre	Høj, specialiseret	Høj	Høj**	Høj, specialiseret	Høj**	Høj, specialiseret

Note: *I P3 varetager lægen de fleste forundersøgelser til årskontrol (blodprøve undtaget), hvorfor graden af uddelegering er mindre end de øvrige middelkategorier. ** I P6 er det en SOSU-assistent, der fungerer som sygeplejerske, i P8 er der både en sygeplejerske og en SOSU-assistent med høj grad af erfaring.

Tabellen viser, at høj grad af uddelegering sker, hvor sygeplejerskernes erfaring er høj og evt. specialiseret (P4, P7, P8, P9). P2 viser, at sammenhæng også findes i den anden retning; at en lav grad af uddelegering sker i en praksis med mindre erfarne sygeplejersker. For så vidt er der sammenhæng mellem grader af uddelegering og personalets erfaring. Undtagelsen er P6, hvor graden af uddelegering er lav, men SOSU-assistentens erfaring høj. En forklaring er, at P6 er en relativt nyetableret praksis, hvor lægerne har valgt at udskyde uddelegering af kvartals- og halvårskontroller, til lægerne har lært alle kroniske patienter at kende, og at SOSU-assistenten har sin primære erfaring fra tidligere ansættelser. Endelig afspejler tabellen, at en middel grad af uddelegering godt kan finde sted i praksis med mindre erfarne sygeplejersker (P1).

Af tabellen fremstår også en sammenhæng mellem graden af uddelegering og praksisform- og størrelse, således at de fire praksisser, hvor graden af uddelegeringen er høj (P4, P7, P8, P9) omfatter de tre store kompagniskaber og et mindre kompagniskab. I disse praksisser er sygeplejerskernes erfaring tilmed høj og evt. specialiseret, og således overlapper denne sammenhæng med den førstnævnte.

4.3.1 Et eller to patientbesøg per kronikerkontrol

Det varierer på tværs af de ni praksisser, hvorvidt kvartals- og halvårskontroller indebærer et eller to besøg for patienten. Dette afhænger bl.a. af, hvordan praksis giver patienten svar på de blodprøver, der tages i forbindelse med kontrollen. Blodprøverne sendes af de fleste praksisser til analyse på sygehuslaboratorier, som efter få dage giver praksis svar på bl.a. langtidsblodsukker. Nogle af disse praksisser (P2, P3, P6) indkalder patienten til en opfølgning, hvor der bl.a. gives svar på blodprøven, mens andre praksisser eftersender svaret på blodprøven til patienten via mail (P1, P7, P9). Førstnævnte scenarie indebærer to besøg for patienten, mens sidstnævnte scenarie kun indebærer et besøg.

Måling af langtidsblodsukker i egen praksis

P4 og P8 har i modsætning til de øvrige praksisser udstyr til at måle langtidsblodsukker i egen praksis og er således ikke afhængig af sygehuslaboratorier til dette formål. Det betyder, at kvartals- og halvårskontroller gennemføres samme dag, inklusive blodprøvesvar. Årskontroller for ukomplicerede, velregulerede patienter kan også gennemføres i et besøg (P4, P8).

Hos P3 og P9 angives forskellige årsager til ikke at måle langtidsblodsukker i egen praksis. Sygeplejerske i P9 fortæller, at regionen ikke giver en ydelse for måling af langtidsblodsukker, hvorfor klinikken ikke har investeret i udstyr hertil. Lægen fra P3 anfører, at sygehusets udstyr giver bedre kvalitet i blodsuktermålinger end det udstyr, lægen kan købe til egen praksis.

Sammenhænge mellem uddelegering og antal patientbesøg per kontrol

Ser man på tværs af de ni praksisser, er der en tendens til at antallet af patientbesøg og kronikerkontroller hænger sammen med graden af uddelegering til praksispersonale (opgjort i Tabel 4.2). Nedenstående tabel viser sammenhænge mellem grader af uddelegering, sygeplejerskers erfaring og antal patientbesøg ved kronikerkontroller.

Tabel 4.4 Grad af uddelegering, patientbesøg per kontrol og sygeplejerskers erfaring

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Grad af uddelegering	Middel	Lav	Middel*	Høj	Middel	Lav	Høj	Høj	Høj
Patientbesøg ved 3/6 mdr.-kontrol	1	2	2	1	1-2	2	1	1	1
Patientbesøg, årskontrol	2	2	2	1-2	2	2	2	1-2	1-2
Sygeplejerskers erfaring	Mindre	Mindre	Mindre	Høj, specialiseret	Høj	Høj	Høj, specialiseret	Høj	Høj, specialiseret

Note: *I P3 varetager lægen de fleste forundersøgelser til årskontrol (blodprøve undtaget), hvorfor graden af uddelegering er mindre end de øvrige middelkategorier.

De praksisser, som har høj grad af uddelegering (P4, P7, P8, P9), udgør samtidig fire ud af fem praksisser, hvor kvartals- og halvårskontrol indebærer ét patientbesøg. Og omvendt: i praksisser med lav grad af uddelegering (P2, P6) indebærer kvartals- og halvårskontroller to patientbesøg. Dermed er der tendens til, at grader af uddelegering hænger sammen med antal patientbesøg.

4.3.2 Formalisering af roller, ansvar og opgaver i kronikerarbejdet

Arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale – samt de enkelte opgaver, der knytter sig til kronikerbehandlingen – er i varierende grad formaliseret i instrukser i 'fraser' og instrukser til personalet.

'Fraser' er en standardtekst i lægesystemet, som læger eller personale henter ind i den enkelte journaltekst, når det er aktuelt. Når fx når sygeplejersker laver forundersøgelser, hentes en frase, der lister op, hvad skal indhentes af informationer og kliniske målinger til forundersøgelserne. Fraser bruges i alle ni praksisser, hvor de fungerer som tjeklister og er med til at strukturere og skabe ensartethed i konsultationerne.

I syv af de ni praksisser er der desuden udarbejdet instrukser til sygeplejersker og evt. øvrigt praksispersonale for, hvilke undersøgelser de skal lave til kvartals- og halvårskontroller af kroniske patienter, herunder patienter med diabetes, KOL, astma og hypertension. Instrukser kan samtidig fungere som beslutningsdiagrammer, der fortæller personalet, hvordan de skal reagere på resultater af kliniske målinger, fx i forhold til at vælge medicinering (som godkendes af lægen). Derudover fremgår det, at konsulenter fra medicinalindustrien i flere praksisser udgør en væsentlig kilde til arbejdet med at strukturere kronikerbehandlingen. I P1, P5, P6 og P7 har disse konsulenter besøgt klinikken og samarbejdet med læger og personale om at udarbejde 'flowcharts', hvor klinikens arbejdsgange er beskrevet både i forbindelse med opsporing og udredning og behandling af kroniske sygdomme. Til sammenligning med en enkelt instruks for fx, hvad sygeplejersker skal igennem ved en halvårskontrol, beskriver disse flowcharts for hele klinikken, hvem der skal gøre hvad samt hvornår.

Generelt gælder det, at personalet i de ni praksisser finder tryghed i instrukser og flowcharts, de kan støtte sig til i arbejdet, om end det sjældent er noget, der aktivt bruges i dagligdagen. Det fremhæves dog, at instrukser kan virke effektivt i forbindelse med oplæring af nyt praksispersonale eller til uddannelseslæger. Flowcharts tillægges generelt stor værdi i forhold til at præcisere og skabe fælles forståelse om arbejdsgange i klinikken. I P1 og P6, som begge er relativt nyetablerede praksisser, fremhæves desuden konkrete positive virkninger af flowcharts. Herunder at det har optimeret ressourceudnyttelse i forbindelse med KOL-screeninger, idet lægen først inddrages, når det er nødvendigt og dermed *"ser væsentligt færre raske patienter"*, samtidig med at klinikken samlet set kan lave flere KOL-screeninger med samme kapacitet. I P6 fortæller lægerne, at flowchartet fungerer godt og bl.a. sikrer enighed om arbejdsgange i klinikken, frem for at personale med mange års erfaring i praksis fortsætter med at gøre, som de plejer. Også patienterne kan mærke, at der med flowchartet er *"kommet mere system i det at have en kronisk sygdom"*, fortæller lægerne.

Løs formalisering og mundtlige instrukser

P3 og P8 skiller sig ud ved ikke at have formaliseret kronikerarbejdet i instrukser. En SOSU-assistent fra P8 peger her på, at *"lægerne kender os og vores kompetencer og ved, at hvis der er noget, vi ikke følger os trykke i, så siger vi til."* Fraværet af instrukser er i dette tilfælde ikke ensbetydende med en lav grad af uddelegering til praksispersonalet. Men frem for generelle instrukser er uddelegeringen understøttet af patientspecifikke hjælpenotater i patientens journal. I P3 fortæller lægen, at det er tidskrævende at udarbejde nye instrukser, fraser og beskrivelser af arbejdsgange, men mere afgørende ser lægen det ikke som nødvendigt med formelle instrukser i en lille solopraksis, hvor omgangen og samtalen mellem læge og personale er tæt og hyppig. P1 udgør dog her et eksempel på en solopraksis, hvor læge og personale har haft stor gavn af instrukser i form af flowchart.

Opsummerende viser analysen, at uddelegering til personalet understøttes på forskellig vis, men i overvejende grad via instrukser og flowchart. Der findes ikke et tydeligt mønster i, at det fx primært er i større praksisser med flere læger og mere praksispersonale, at arbejdsdelingen er formaliseret. De følgende afsnit går dybere i beskrivelsen af praksispersonalets og lægernes roller i kronikerindsatsen.

4.3.3 Kliniske forundersøgelser glider fra sygeplejersker

De to store kompagniskaber P7 og P9 har tilknyttet bioanalytikere, der varetager en stor del af de kliniske forundersøgelser til kronikerkontroller, herunder blodprøver, EKG'er og blodtryk. Bioanalytikerne frigiver dermed tid til sygeplejerskernes opfølgende konsultationer ved kvartals- og halvårskontroller. I P1 og P5 er det i stedet personale uden klinisk uddannelse, herunder sekretærer og klinikassistent, som aflaster sygeplejerskerne ved at lave kliniske forundersøgelser. Læger fra bl.a. P1 og P5 understreger i den forbindelse, at det ikke forudsætter bestemte uddannelser at få ansvar for opgaver såsom blodprøver, EKG og blodtryk. Sekretærer og klinikassistenter fortæller derudover, at de med ansvar for kliniske forundersøgelser opgaver opnår en mere varieret arbejdsdag og en bedre helhedsforståelse for arbejdsgangene i klinikkens kronikerbehandling.

Det er dog ikke alle sekretærer, der er motiverede for at overtage kliniske opgaver. Det viser erfaringen fra P4, hvor lægen pga. sekretærens modvilje ikke er lykkedes med at delegere forundersøgelser ud, ligesom en sekretær fra P9 understreger, at hun trives bedst med udelukkende at fokusere på sekretæropgaver.

Ansættelse af medicinstuderende til kliniske forundersøgelser

Som noget særligt har lægerne i P9 ansat otte medicinstuderende fra universitetet, som under tæt supervision af bioanalytikeren foretager cirka halvdelen af alle blodprøver og EKG'er forud for kronikerkontroller. Lægen fortæller, at dette er en omkostningseffektiv løsning, som samtidig kan skabe en tidlig interesse for almen praksis blandt de studerende med mulighed for, at de i fremtiden vil anse medejerskab i klinikken som en attraktiv mulighed. De studerende fordeler vagter imellem sig og dækker samlet fire dage om ugen. Det skal bemærkes, at disse studerende ikke er uddannelseslæger.

4.3.4 Sygeplejersker

Kronikerbehandling optager en stor del af sygeplejerskernes arbejdsdag. De interviewede sygeplejersker har anslået, hvor meget arbejdet med kronikerkontroller fylder ved siden af de øvrige opgaver såsom sårbehandling, vaccinationer, mv. Svarene ligger i området 50-75 %. Én svarer dog 35 %, hvilket harmonerer med, at der i denne praksis (P2) er en lav grad af uddelegering til sygeplejersken. Efter flere års erfaring med kronikerbehandling kan sygeplejersker dermed opnå en grad af ekspertise, som er væsentlig for kvaliteten og udviklingen af kronikerbehandlingen. Dette uddybes nedenfor.

Erfarne sygeplejersker har skubbet til udviklingen af kronikerindsatsen

Ligesom tidligere undersøgelser (Buch, Hauge-Helgestad, Fredslund, Tybring, & Rahbek, 2012) viser også denne analyse, at sygeplejersker spiller en væsentlig rolle både i forhold til at opbygge og fortsat udvikle en systematisk struktur omkring kronikerbehandlingen. I forhold til førstnævnte fortæller lægen fra P6 eksempelvis, at de for seks år siden ansatte en sygeplejerske, som kom fra et ambulatorium med ansvar for kronikere og således havde stærke kompe-

tencer. Sygeplejersken var med til at styrke klinikkens kronikerindsats, bl.a. med mere systematisk arbejdsdeling, bedre registrering og opbygning af et lokalt system til monitorering af klinikkens kroniske patienter. En anden sygeplejerske fra P7 fortæller, hvordan hun de seneste 15 år har været drivkraften bag udviklingen af klinikkens arbejdsdeling mellem læger og praksispersonale. Sygeplejersker kan dermed blive løftestang for at realisere lægernes ønsker om en systematisk kronikerindsats – og nogle gange løfter det mere, end lægerne i udgangspunktet havde forestillet sig.

Specialiserede og subspecialiserede sygeplejersker

I forhold til at sikre velregulerede kroniske patienter fortæller flere af lægerne fra P7 og P9, at deres sygeplejersker over årene har opnået en grad af ekspertise i kronikerbehandling, som i nogle tilfælde er bedre end lægernes egen. Det fremhæves generelt, at det særligt er sygeplejerskernes evne til at være systematiske og følge kliniske guidelines og procedurer præcist, som gør dem til mestre i at holde kroniske patienter velregulerede.

Ligesom tidligere studier (Buch, Hauge-Helgestad, Fredslund, Tybring, & Rahbek, 2012) er der også her eksempler på, at sygeplejersker i samme praksis fordeler ansvaret for specifikke patientgrupper mellem sig. Derved opstår der subspecialisering af sygeplejerskerne. En sygeplejerske fortæller fx, at hun via interesser og erfaring er "*blevet sådan en diabetes-sygeplejerske*". Subspecialiseringen er typisk drevet frem over tid af sygeplejerskerne egne ønsker og faglige interesser. Det kan bemærkes, at den mest markante subspecialisering ses ved to større kompagniskaber (P7, P9), men at det omvendt ikke er en regel, at store kompagniskaber fører subspecialisering med sig. Det viser eksemplet fra P8, hvor sygeplejersken og SOSU-assistenten ikke fordeler patienter mellem sig ud fra diagnose, men stadig prioriterer at have faste patienter.

SOSU-assisterer løfter samme opgaver som sygeplejersker

Som det fremgår af analysen hidtil, er der i P6 og P8 ansat SOSU-assisterer, som varetager de samme opgaver som sygeplejersker i kronikerindsatsen.

Kursusudbud er godt, men ikke for de mest erfarne sygeplejersker

Sygeplejersker har ret til fire kursusdage årligt, hvilket sygeplejersker og SOSU-assisterer fra de ni praksisser har gjort brug af. Generelt er de interviewede sygeplejersker (og SOSU-assisterer) begejstrede for de kurser, de har deltaget i, og som er udbudt bl.a. af PLO. De har opnået stort udbytte i forhold til sygdomslære og behandling inden for både KOL og diabetes. De mest erfarne sygeplejersker peger dog på, at der mangler kurser, som appellerer til specialiserede sygeplejersker med mange års erfaring i hhv. KOL- og diabetesbehandling.

4.3.5 Uddelegering af årskontroller

Med den seneste overenskomst er der åbnet op for, at ikke kun læger, men også sygeplejersker kan varetage årskontroller. Det er i begrænset omfang, at der blandt de ni praksisser er sket delegering af årskontrol fra læger til sygeplejersker. Dette kan ses i lyset af, at det er et nyt tiltag.

Set fra perspektivet i praksis peger de interviewede læger på, at mange kroniske patienter har flere diagnoser, hvor det kræver en lægefaglig helhedsvurdering at planlægge patientens behandling og medicinering i forbindelse med årskontrollen. Derudover betoner de fleste læger, at kontinuiteten i læge-patient-relationen er en værdi, der udfordres ved at 'give slip på' årskontrollen. De fleste vil gerne se patienterne mindst én gang årligt for at bevare kendskabet til

dem og sikre kvaliteten af behandlingen. De samme læger vil dog ikke udelukke at uddelegere årskontroller på de mest velregulerede patienter og ukomplicerede patienter på sigt.

Erfaringer med uddelegering af årskontrol og sygeplejerske-patient kontinuitet

Der er fire af de ni praksisser, som har gjort sig erfaringer med at uddelegere årskontroller. Disse er samtidig praksisser med relativt erfarne sygeplejersker eller SOSU-assistenten. Nedenfor opsamles erfaringerne fra disse fire praksisser, herunder hvorvidt lægerne vurderer, at kontinuiteten i relation til patienten udfordres ved uddelegering af årskontrol.

- I P4 varetager den erfarne sygeplejerske årskontroller på både KOL- og diabetespatienter, lægger behandlingsplan og vurderer, hvor ofte patienten skal til kontrol. Hun fortæller, at det krævede tilvænnning hos patienterne, at de skulle gå til årskontrol hos hende: "Til at starte med ville de ind til lægen, men efter at de har oplevet, at jeg er meget grundig og sikrer, at de får den fulde behandling for deres kroniske lidelse, så er de trygge ved at være hos mig". Det er imidlertid kun de ukomplicerede og velregulerede patienter, hvor sygeplejersken varetager årskontrollen, mens årskontroller på de mere komplicerede og multisyge kræver lægens faglige indsigt.
- I P9 har de ligeledes delegeret årskontrollen på KOL-patienter til sygeplejersker. En læge herfra fortæller, at sygeplejerskerne i forvejen havde opbygget evner til at lave en "meget flot" forundersøgelse til KOL-årskontrol inklusive behandlingsplan, vurdering og forslag til medicinændring, men uden at sygeplejerskerne har effektueret det. Lægen fortæller også, at KOL i mange år har været et interesseområde i praksis, og at sygeplejerskerne er blevet så gode, at de kan være bedre til at tolke lungefunktionsundersøgelser end lægerne. Med dette udgangspunkt har det ikke været et stort skridt for lægerne at lade årskontrollen glide til i sygeplejerskerne. De ser heller ikke opgaveglidningen som et problem i forhold til læge-patient-kontinuiteten, idet patienternes fast tilknyttede sygeplejerske i forvejen har størstedelen af kontakten til patienten. Der opstår således en sygeplejerske-patient-kontinuitet, som lægerne vurderer, er værdifuld for patienten. Lægerne i P9 fortæller, at de lod årskontrollen glide af ressourcehensyn.
- I P8 har personalets overtagelse af årskontrol på diabetes været et større arbejde. Her har lægerne systematisk gennemgået alle patienterne og identificeret de mindre komplicerede, som efter lægernes vurdering egnede sig til at overgå til personalet. Lægerne har samtidig lavet patientspecifikke hjælpenotater til sygeplejerskerne i den enkelte patients journal, som støtter sygeplejersken i at vurdere, hvor patienten bør ligge i forhold til blodsukker og andre kliniske værdier. Endelig har læger og sygeplejersker brugt en stor del af deres ugentlige møder på at sparre omkring kronikerbehandlingen i forbindelse med årskontrollen. Lægerne fortæller, at det har taget lang tid at køre uddelegering af årskontrol i stilling, men at det nu kører systematisk.
- P7 er en landpraksis, hvor lægerne både værner stærkt om den kontinuitet, de som læger får ved at have årskontrollen, men samtidig også ønsker at delegere ukomplicerede årskontroller til sygeplejersker. Her har sygeplejerskernes udfordring imidlertid været at finde tid til årskontrollerne. Det fortæller en erfaren KOL-sygeplejerske, som på interviewtidspunktet havde udført fem årskontroller.

Ovenstående erfaringer peger på, at der kan være forskellige veje til uddelegering af årskontrol. Mere konkret peger de på, at årskontroller kræver erfarne sygeplejersker: at det primært er ukomplicerede patienter, hvor årskontrol uddelegeres; at det er vigtigt, at sygeplejerskerne har tid til den nye opgave; og at læger såvel som patienter er indstillede på, at kontinuiteten i deres relation forandres. Samtidig peger erfaringerne på, at der i stedet for en læge-patient-

kontinuitet kan træde en sygeplejerske-patient-kontinuitet, som er værdifuld for både læger, sygeplejersker og patienter.

4.3.6 Lægerne

For så vidt at forundersøgelser og kvartals-, halvårskontroller er uddelegeret (som det er tilfældet i de fleste praksisser), resterer årskontrollen som lægernes opgave i den systematiske kronikerindsats.⁶ Årskontroller på ukomplicerede patienter er dog også i nogle tilfælde uddelegeret (jf. afsnit 4.3.5). Strukturen på en årskontrol gengives i nedenstående caseboks.

En årskontrol ved lægen

Der afsættes typisk 15 minutter til en KOL- eller diabetes-årskontrol hos lægen. Ved årskontrollen gennemgår lægen sammen med patienten, hvordan de målte værdier af bl.a. blodtryk, blodsukker, urinprøve, EKG (for diabetes) og vægt samt EKG, blodtryk og lungefunktionsundersøgelse (for KOL) har udviklet sig siden sidste kontrol. Årskontrollen er også en samtale, hvor lægen bl.a. spørger ind til, hvordan og hvorvidt patienten oplever symptomer i dagligdagen. På baggrund af samtalen med patienten og udviklingen i de kliniske værdier og med hensyntagen til patientens eventuelle komorbiditeter og samlede medicinering tager lægen stilling til, om der er behov for at ændre i patientens medicinering eller hyppigheden, hvormed patienten kommer til kontrol. Endelig udskrives ny medicin for et år.

Vurdering af kontrolhyppighed sker med hensyn til omkostningseffektivitet

Det er en lægefaglig vurdering, hvor ofte der er behov for, at kronikere skal til kontrol. Her benytter lægerne bl.a. guidelines fra DSAM og standardiserede kategorier til risikostratificering af KOL- og diabetespatienter. Selvom der findes guidelines og risikostratificering, er det stadig en vurderingssag, hvor der også tages hensyn til, om indsatsens udbytte matcher ressource-trækket på læger og personale. Det viser eksempler fra P1, P4 og P7, hvor lægerne har nedjusteret frekvensen af kontroller for nogle af de velregulerede diabetespatienter. Lægerne har set et effektiviseringspotentiale, fordi nogle patienter har gået til kontroller hyppigere, end det – set fra lægernes faglige vurdering – var nødvendigt. Sygeplejerskerne fortæller, at det har krævet et arbejde at gøre patienterne trygge ved ikke at skulle blive set lige så ofte ved lægen.

Sparring med og oplæring af personale

Foruden årskontroller består en væsentlig del af lægernes arbejde i kronikerindsatsen i at oplære og facilitere personalets opgavevaretagelse. Her fremstår lægernes rolle som sparringspartner vigtig. Flere praksisser har kortere møder efter frokost, hvor tvivlsspørgsmål vedrørende specifikke patienter drøftes. Nogle praksisser kører faste ugentlige supervisionstider mellem læge og sygeplejerske. Lægerne kan også sparre via lægesystemet, hvor personalet opretter noter i lægens kalender, med spørgsmål vedrørende specifikke patienter (P1, P8). En fordel herved er bl.a., at sparringen koordineres, således at spørgsmål stilles, og svar gives, når det er relevant. Det er generelt sparringen vedrørende den enkelte patient, der fremstår som mest betydningsfuld for personalet. Det er fælles for de ni praksisser, at personalet generelt oplever gode rammer for sparring med læger og øvrigt personale, og at denne sparring er en vigtig forudsætning for personalets trivsel og opgavevaretagelse. Oplæring af personalet kan være en langvarig proces, når det er nyt og relativt uerfarent personale, der skal læres op (fx P3), mens det forholder sig anderledes, når der ansættes en sygeplejerske med mange års

⁶ Lægen kan også have andre konsultationer med kronikere – planlagte eller akutte – uden for rammerne af den systematiske kronikerindsats.

erfaring fra almen praksis (fx P5). Læger fra P3 og P9 peger mere overordnet på, at man som læge skal være tålmodig og bevidst om, at oplæring er mere end at lære konkrete kliniske færdigheder fra sig – det kræver også, at sygeplejersker akkumulerer erfaring, hvormed de gradvist håndterer opgaverne med stadig større tryk og selvstændighed.

Arbejdsdelingen gør det lettere at være læge

Lægerne fortæller, at arbejdsdelingen mellem læger og personale er en forudsætning for at kunne opretholde aktiviteten i kronikerbehandlingen som klinik. Samtidig fremhæves det, at arbejdsdelingen har en positiv betydning for lægerollen. De fortæller bl.a., at "det gør det lettere at være læge", når resultater fra alle nødvendige kliniske forundersøgelser til en årskontrol allerede foreligger. Foruden de allerede nævnte fordele fremgår det, at arbejdsdelingen giver lægen bedre mulighed for at anlægge et helhedsperspektiv på patienten, bl.a. ved at der til årskontroller bliver mere tid til som læge at høre, hvad patienten har på sinde. Lægen i P3 påpeger dog, at årskontroller bliver tidspressede, når patienten ønsker at tale om andre ting end det, som er skemalagt til årskontrollen – men i modsætning til de øvrige praksisser bruger lægen i P3 selv tid af årskontrollen på at lave forundersøgelserne, undtagen blodprøven.

Lægens tid fokuseres på komplekse og multisyge

Lægerne forklarer, at uddelegeringen af forundersøgelser og kronikerkontroller medvirker til, at lægernes tid i højere grad fokuseres på de mere komplekse, multisyge kronikere, hvor lægens faglighed kræves. Det er samtidig her, at lægernes udfordring kan ligge. Hvis multisyge patienter skal medicineres og komme til jævnlig kontrol for alle deres kroniske lidelser, kan det indebære mange patientbesøg og en kompleks medicinering, hvilket i sin helhed kan være skadeligt og uoverkommeligt for patienten, fortæller flere læger. De fremhæver, at de derfor – ud fra en lægefaglig vurdering samt inddragelse af patientens ønsker – ofte foretager prioriteringer af, hvad der skal være fokus i et samlet behandlingsforløb. Lægerne ser dette arbejde som en central del af deres faglighed, som desuden markerer en grænse til det sygeplejefaglige domæne af kronikerbehandlingen, hvor fokus snarere er på regelret behandling af den enkelte diagnose. Samtidig peger enkelte læger på fraværet af beslutningsstøtteværktøjer eller andre redskaber, som kan understøtte lægen i behandlingen af multisyge kronikere, ligesom det påpeges, at der ikke er givet en formel kategori for fx 'multisyg kronikerkontrol'. På det praktiske organisatoriske plan indebærer behandlingen af multisyge ofte, at årskontroller for forskellige diagnoser slås sammen for så vidt, det er muligt. Det kan fx være for diabetes og hypertension, hvor sygeplejerske laver begge forundersøgelser i samme besøg, og lægen følger op på begge diagnoser ved opfølgende konsultation.

4.3.7 Opsamling

Analysen af arbejdsdelingen viser for det første, at der generelt er uddelegeret store dele af kronikerindsatsen til personalerne i de ni udvalgte praksisser, og at arbejdsdelingen i vid udstrækning er formaliseret i instrukser til personalet. Analysen har samtidig rangeret uddelegeringsgraderne i de ni praksisser, og her findes sammenhænge mellem: i) graden af uddelegering og sygeplejerskers og SOSU-assistenters erfaring, og ii) graden af uddelegering og antallet af patientbesøg per kronikerkontrol. De højeste grader af uddelegering er i de praksisser, der har gjort sig erfaringer med at uddelegere årskontrol. Arbejdsdelingen fremstår generelt som en forudsætning for at opretholde aktiviteten i kronikerindsatsen og som noget, der bidrager til at lette lægernes arbejde og koncentrere deres ressourcer om de mere komplicerede, multisyge patienter. Hvad angår multisyge, møder lægerne udfordringer i forhold til at behandle alle patientens diagnoser systematisk ligesom i forbindelse med de øvrige kronikere.

4.4 Erfaringer med at opspore og fastholde kronikere

En vigtig del af kronikerindsatsen i almen praksis er at opspore borgere med kroniske lidelser, som endnu ikke er udredt. Opsporingsarbejdet foranlediges som oftest af, at den enkelte patient henvender sig med symptomer, som læge eller personale reagerer på. Det kan fx være en borger, der har kronisk hoste og på sit arbejde er eksponeret for støv eller gasarter, der tilbydes et udredningsforløb for KOL. Eller det kan være en borger, der henvender sig med tørst, træthed og overvægt, som tilbydes diabetesudredning. I disse scenarier tager opsporingen afsæt i den enkelte patient. Opsporing kan imidlertid også være populationsfokuseret med afsæt i generelle kriterier. For eksempel tilbyder P3 og P9 alle rygere i deres population, som er over 40 år, en lungefunktionsundersøgelse for at screene for KOL. Blandt de ni praksisser er opsporingen dog primært individuelt fokuseret, dvs. iværksat med afsæt i symptomer fra den enkelte patient.

Det gælder generelt, at praksisser ikke har præcise tal på, hvor mange de har screenet, og hvor mange heraf der er blevet diagnosticeret og kommet i behandling. Dette afsnit beskriver personalets roller og funktioner i opsporings- og udredningsarbejdet og samler op på nogle af de erfaringer og udfordringer med opsporing, som læger og personale har givet udtryk for i interviewene.

Personalets roller i opsporing og udredning

Ligesom ved behandlingen er praksispersonalet også involveret i opsporingen og i nogen grad udredningen af kroniske sygdomme. Nedenstående case stammer fra P5 og illustrerer personalets roller i opsporings- og udredningsarbejdet.

Eksempel på personalets roller i opsporing og udredning af KOL

Opsporing: Læge, sygeplejerske eller sekretær handler på et symptom hos patienten – fx åndenød, kronisk hoste – og tilbyder patienten en tid til udredning for KOL.

Første led i udredningsfasen er en 15 minutters konsultation hos sygeplejerske eller sekretær. Her måles højde, vægt og BMI, og rygvaner afdækkes, og der laves en initial lungefunktionsundersøgelse. Hvis den initiale lungefunktionsundersøgelse er under en bestemt grænseværdi, er der grundlag for at stille KOL-diagnosen.

Andet led i udredningsfasen er en 30 minutters konsultation, som varetages af sygeplejerske eller sekretær. Her måles bl.a. EKG og blodtryk, og der foretages en ny lungefunktionsundersøgelse, som sammenlignes med den initiale. På denne baggrund indplaceres patienten i en GOLD-klassificering, som betegner sværhedsgraden af patientens KOL. Patienten får tid hos lægen en uge senere.

Diagnose og behandlingsplan: Lægen gennemgår på 20 minutter forundersøgelserne, ser på komorbiditet og lægger en behandlingsplan.

Opfølgning hos sygeplejerske: En måned senere kommer patienten til statusamtale hos sygeplejersken, og der aftales ny tid til næste kontrol. Herefter er patienten overgået til fast kronikerbehandling.

Det varierer på tværs af praksisser, hvorvidt personalet, ligesom i eksemplet ovenfor, er med i udredningsfasen. I P7 og P9, som er større kompagniskaber med specialiserede sygeplejersker, er det alene sygeplejersker (og ikke sekretærer), der står for udredningen, men til forskel fra eksemplet ovenfor udarbejder sygeplejerskerne også forslag til behandlingsplaner, som derefter formelt godkendes af lægen. Det gælder både KOL og diabetes. P8 er også et større kompagniskab, men her overgår patienten til lægerne, når personalet opsporer symptomer,

der kan give grund til udredning for kronisk sygdom. I P2, som er en solopraksis på landet, er sekretær og sygeplejersker trænet i at opspore symptomer, men alt det diagnostiske arbejde foregår hos lægen. P1 er også en solopraksis på landet, men i modsætning til P2 varetager sygeplejersken her det samme udredningsarbejde, som sygeplejersken og sekretæren i eksemplet ovenfor P5.

Der er ikke umiddelbart mønstre mellem praksistyper og geografi, og i hvor høj grad praksispersonalet varetager kliniske opgaver i forbindelse med udredning af KOL og diabetes. Til gengæld skal det bemærkes, at de praksisser, hvor udredningsarbejdet er delegeret ud til personale (som eksempelvis i P5), også har formaliserede arbejdsdelinger med klare instrukser til personalet. Særligt for KOL tydeliggør instrukserne via beslutningsdiagrammer, hvordan personalet skal reagere på resultater af lungefunktionsundersøgelse, herunder om udredningen skal fortsætte, og i givet fald hvordan, eller om diagnosen kan udelukkes.

Patienters reaktioner på opsporing

Det at blive screenet for KOL, diabetes eller anden kronisk sygdom er noget, som borgeren ikke er forpligtet til og heller ikke altid motiveret for, uanset om symptomerne lægger op til det. Flere af lægerne og medarbejderne erfarer her en forskel mellem KOL og diabetes. Generelt er diabetikere nemmere at opspore, fortæller en sygeplejerske (P5), fordi patienterne opfatter det som en alvorlig sygdom, som de er motiverede for at gøre noget ved. Flere læger og sygeplejersker fremhæver også her, at diabetikere har en lang række muligheder for via medicin, kostomlægning og motion at skabe tydelige fremskridt, som kan aflæses i patientens kliniske målinger, og at patientens oplevede muligheder for at skabe forandring virker motiverende. Til sammenligning kræver det ifølge flere af lægerne ofte et rygestop, før KOL-patienter kan gøre væsentlige sundhedsmæssige fremskridt. Rygning kan i mange år have været en livsstil og en identitet, som patienter ikke vil have sygeliggjort, vurderer læge fra P6, og derfor takker de nej til en udredende lungefunktionsundersøgelse. Når patienten ikke vil sygeliggøres, kan screening for KOL også have en paradoksalt effekt, fortæller en læge fra P4. Det sker, hvis en lungefunktionsundersøgelse ligger under grænseværdien for KOL-diagnosen, hvor det på den ene side positivt, at patienten ikke har KOL, men på den anden side negativt, når patienten anser sig selv som sund og ikke ser grund til et rygestop.

Strategier for at fastholde kronikere i forløb

Fælles for de ni praksisser er, at der er et stærkt fokus på at sikre, at de kroniske patienter kommer til de kontroller, som er planlagt i den behandlingsplan, lægen udarbejder. Konkrete strategier består i, at læger eller personale har som fast procedure i alle kronikerkontroller, at der bestilles en ny tid til patientens næste kontrol. Nogle læger peger dog på, at det kan være for langt ude i fremtiden for nogle patienter at bestille tid et år ud i fremtiden. I stedet bruges andre systemer, fx hvor årskontroller lægges i måneden for patientens fødselsdag, samtidig med at lægen noterer på patientens journal-stamkort, hvilken måned patienten skal til årskontrol. Endelig fremhæves det i alle praksisser som en vigtig strategi, at patienter, der enten telefonisk eller via klinikens hjemmeside vil forny recepten på deres medicin et år yderligere, men uden at have tid til årskontrol, får en tid hertil. Først efter årskontrollen kan patienten få fornyet sin medicin. Dette er en metode til at fange patienter, som trods førnævnte strategier alligevel ikke har fået tid til en årskontrol. Fastholdelse kan også være en udfordring i forbindelse med udredningsforløb. Udredning af diabetes kræver to tidsforskudte blodsuktermålinger, og her kan det ske, at borgeren ikke møder frem til blodprøve nummer to. Eftersom pati-

enten (endnu) ikke har en diagnose, er det svært for læger og personale at identificere patienten i lægesystemet, da man her som udgangspunkt identificerer patienter ved søgning på diagnoser og ikke enkelte ydelser.

4.4.1 Opsamling

Hvad angår opsporing viser analysen at: i) opsporing i de ni praksisser fortrinsvis sker med afsæt i den enkelte patients symptomer snarere end i populationsbaserede kriterier, ii) at praksispersonalet i varierende grad, og uden et klart mønster i forhold til praksisform eller personalets erfaring, varetager kliniske opgaver i efterfølgende screening og udredning, og iii) at læger og personale oplever forskelle mellem potentielle KOL- og diabetespatienter i forhold til deres villighed til at gennemgå screening, og at der her fremstår en sammenhæng til, at det forekommer lettere at motivere og opnå synlige behandlingseffekter hos diabetespatienter end hos KOL-patienter. Hvad angår strategier for fastholdelse, har alle praksisser faste procedurer eller systemer, der skal sikre, at alle patienter får tider til deres kontroller, mens eventuelle patienter uden tid opfanges ved medicinfornyelse.

4.5 Forløbsplaner og datadrevet arbejde i kronikerbehandlingen

Elektroniske forløbsplanerne er i seneste overenskomst lanceret som et redskab til at inddrage patienten og motivere patienten til egenomsorg. Der er foreløbig lavet forløbsplaner for KOL og diabetes, og fremadrettet skal der implementeres forløbsplaner for andre kroniske lidelser, herunder lænde- og rygsmerter. Forløbsplanen kan tilgås af patienten hjemmefra og indeholder bl.a. de mål for behandlingen, som læge og patient når frem til, samt udviklingen i kliniske mål, fx blodsukker, kolesterol, blodtryk, lungefunktion. Tanken er, at når patienten får overblik over sygdommens udvikling, skaber det en påmindelse og motivation til patienten for øget egenomsorg. Det er obligatorisk for praktiserende læger at tilbyde forløbsplaner til diabetes- og KOL-patienter, som er diagnosticeret inden for de seneste 4 år. Med forløbsplanerne er der også udviklet et nyt forløbsplansmodul. Forløbsplanmodulet er integreret i lægesystemet i den enkelte klinik, hvorfra de kan fremvise data, som kan give lægen overblik over patienter med KOL og diabetes, herunder dato for sidste årskontrol og værdier på kliniske målinger. Forløbsplanmodulet kan ses i sammenhæng med et bredere fokus i seneste overenskomst på at fremme datadrevet udvikling i almen praksis, hvorunder nye lægefaglige fællesskaber i form af klynger også udgør et væsentligt element.

4.5.1 Erfaringer med elektroniske forløbsplaner

I interviewene har vi spurgt bredt ind til lægernes erfaringer med og perspektiver på forløbsplanerne. Lægernes svar har næsten udelukkende fokuseret på forløbsplanen som redskab til patientinddragelse og øget egenomsorg og ikke på datasiden i forløbsplansmodulet.

Tabel 4.5 giver et overblik over erfaringerne med de elektroniske forløbsplaner i de ni praksisser. Som kontekst skal det nævnes, at forløbsplanerne først er rullet ud i 2019, hvorfor klinikernes erfaring primært vedrører, hvilken interesse patienterne har i forløbsplanerne.

Tabel 4.5 Erfaring med forløbsplaner i de ni praksis

Praksis	Erfaringer med forløbsplaner
P1, land	Sygeplejerske nævner, at "de ikke har været gode til at iværksætte forløbsplanerne", idet de patienter, der har fået tilbuddet, ikke har vist interesse for det. Læge pointerer kritisk, at forløbsplaner kun appellerer til de i forvejen velregulerede og patienter, som allerede bedriver høj grad af egenomsorg.
P2, land	De fleste patienter ser ikke, hvordan forløbsplanerne kan give en merværdi til kronikerbehandlingen. Lægen anslår, at cirka hver fjerde patient er interesseret, ligeligt fordelt mellem KOL- og diabetespatienter.
P3, by	Sygeplejersker synes, at forløbsplan giver et godt overblik over den enkelte patient, og at de støtter dem i at vælge medicin på baggrund af risikoinddeling af patienten. Alle KOL- og diabetespatienter har sagt ja til en forløbsplan.
P4, by	Sygeplejerske anslår, at ca. 75 % af de hidtil adspurgte patienter har takket ja til en forløbsplan, men har ingen fornemmelse af, hvorvidt patienterne bruger og har udbytte af forløbsplanerne.
P5, by	Lægernes erfaring er, at flere diabetikere end KOL-patienter siger ja til en forløbsplan. Lægen vurderer, at forløbsplaner kan blive nyttigt som dialogredskab til at motivere livstilsændringer.
P6, land	Lægernes erfaring er, at kun meget få KOL- og diabetespatienter generelt har interesse for forløbsplanerne. Lægerne vurderer, at der er heriblandt er mange it-inkompetente, hvilket er en del af forklaringen.
P7, land	Læge og sygeplejersker ser ikke, hvordan forløbsplanerne kan blive en gevinst blandt klinikkens kronikere. De opfatter forløbsplanerne som et tiltag, der "kommer oppefra", og som kun meget få patienter ender med at bruge.
P8, by	Erfaringen fra SOSU-assistenten er, at patienterne generelt ikke er interesserede. Kun tre patienter har sagt ja. SOSU-assistenten pointerer kritisk, at der går tid fra patienten til at udfylde forløbsplanen, som opleves som ekstra dokumentation, da registreringerne laves i forvejen i lægesystemet.
P9, land	Klinikken har på undersøgelsestidspunktet kun erfaring med forløbsplaner til KOL-patienter. Erfaringen er, at størstedelen takker nej til tilbuddet. Disse patienter er ældre og svage, og læger og personale vurderer, at patienterne ikke kan se, hvad de får ud af forløbsplanerne.

Tabellen viser, at det i seks af de ni praksisser er erfaringen, at en stor del af patienterne takker nej til forløbsplanerne. Lægerne vurderer, at patienter ikke har it-kompetencer og generelt ikke kan se værdien af forløbsplanerne. Samtidig problematiseres forløbsplanerne i to praksisser for i) kun at appellere til de i forvejen velregulerede patienter, som allerede yder en høj grad af egenomsorg (P1), og ii) at tage tid fra patienten, fordi sygeplejerske og SOSU-assistent laver dobbeltregistrering (P8). I forhold til dobbeltregistrering har vi ikke undersøgt, om der findes mulighed for, at registreringer i forløbsplanerne kan føde automatisk ind i lægesystemet, men at personale og læger blot ikke er opmærksomme på denne mulighed. Der fremgår dog også positive erfaringer og forventninger i P3 og P5. Det kan bemærkes, at disse positive perspektiver er fra praksisser placeret i byer, hvor patientpopulationen beskrives af lægerne som "fuldstændig gennemsnitlig" (P3) eller "med mange ældre, men velstillede patienter" (P5). Disse beskrivelser står i kontrast til nogle af de øvrige landpraksisser, hvor lægerne fortæller, at der blandt patienterne er store andele af ældre, svært multisyge kronikere, som efter lægernes udsagn ikke virker interesserede i at få oprettet elektroniske forløbsplaner. Vi kan imidlertid ikke konkludere faktisk på sammenhænge mellem patientpopulationers sygdomstygde og tilslutning til forløbsplanerne, idet begge dele er beskrevet ud fra lægernes vurdering.

P3 skiller sig markant ud ved at have oprette forløbsplaner til alle klinikkens KOL- og diabetespatienter. Sygeplejerskerne tilskriver den store tilslutning måden, de præsenterer tilbuddet for patienterne på. De fortæller patienten, at forløbsplanen er et nyt registreringssystem, som de rigtig gerne vil bruge i klinikken, men at det også kan bruges af patienten til at følge sin sygdom. Klinikken betoner altså, at redskabet er værdifuldt for klinikken, og på den baggrund siger patienterne ja, vurderer sygeplejersken. Sygeplejersken uddyber, at de har lagt meget arbejde i

at få patienterne med, og at lægen har lagt en klar linje om, at alle KOL- og diabetespatienter skal på forløbsplan. Til sammenligning kan fremhæves P8, hvor kun tre patienter er tilmeldt, og hvor læger og personale ikke ser faglig nytteværdi af forløbsplanerne. Her fortæller SOSU-assistenten, hvordan hun plejer at forklare patienten, at forløbsplaner et nyt tiltag fra Sundhedsstyrelsen, og at det kan være en måde at få et godt overblik over sin sygdom på som patient. Vi har ikke fulgt systematisk op på, hvordan klinikkerne spørger patienterne, men ovennævnte fund indikerer, at klinikkens egen interesse i, samt måder at præsentere forløbsplanerne til patienterne på, har betydning for patienternes tilslutning til forløbsplanerne. Det kan dog samtidig indskydes, at patienternes og klinikkers interesse i forløbsplanerne sandsynligvis påvirker hinanden gensidigt.

KOL- og diabetespatienters tilslutning til forløbsplaner

Til den generelle erfaring, at mange patienter ikke har interesse for forløbsplanerne, tilføjer læger fra (P4 og P5), at det især KOL-patienter, som har ikke har interesse for forløbsplanerne. Det forklares igen med, at der blandt diabetikere er flere patienter med høj motivation for at pleje deres sygdom, end der er blandt KOL-patienter (jf. afsnit 4.4 om patienters reaktioner på opsporing). Erfaringen med, at tilslutningen til forløbsplaner er størst blandt diabetikere, afspejler sig også i en national statistik fra MedCom, som viser, at der fra januar til oktober 2019 er oprettet 22.932 forløbsplaner på diabetes og 10.775 forløbsplaner på KOL.⁷

4.5.2 Datadrevet arbejde og det nye forløbsplanmodul

I interviewene har vi spurgt bredt ind til, hvordan og hvorvidt lægerne arbejder med data til fx at holde overblik over kronikerne eller udvikle kronikerindsatsen. Nogle læger har her givet eksempler på datadrevne indsatser, hvorigennem de tidligere har udviklet kronikerområdet. Indsatserne indebærer typisk datatræk, hvor målgruppen for en indsats identificeres i patientpopulationen, fx patienter, der modtager mere end otte faste medicinpræparater, som indkaldes til samtale med henblik på at (ned)justere medicinforbruget. Eksemplet er fra P8, men medicingennemgang og -justering nævnes som fokusområde i flere praksisser.

Datadrevet udviklingsarbejde er samtidig noget, der ifølge lægerne udfordres af begrænsede og tidskrævende muligheder for datatræk i lægesystemerne. I P1 og P6, som begge er relativt nyetablerede praksisser, beretter lægerne om fejl i lægesystemerne, som skaber fundamentale problemer med at trække retvisende data om patienterne. I de øvrige praksisser, hvor lægesystemerne fungerer, som de skal, peger flere læger på, at mulighederne for at trække og koble statistiske data (fx kobling af diagnose- og ydelsesdata) er begrænsede og et besværligt og tidskrævende arbejde. Dog er der i P4 eksempel på en specialiseret særsygeplejerske med stærke it-kompetencer, som af egen drift har udviklet labskemaer i lægesystemet, hvor alle i klinikken fx kan tilgå information om lungefunktion, humør, kost, rehabiliteringstilbud, m.m., hos hver enkelt KOL-patient. Som kontrast hertil beretter lægen fra P2, at det ville kræve it-konsulent at trække sådanne data fra lægesystemet. Som kontekst skal det her nævnes, at der findes otte forskellige udbydere af lægesystemer til almen praksis i Danmark. Det er ikke muligt inden for rammerne af denne undersøgelse at vurdere, hvorvidt forskellige it-kompetencer eller forskelle på dataadgang og brugerflade i mellem lægesystemer har betydning i de ni praksisser. Systemet Ordiprax fremhæves dog generelt set som et godt redskab til at sammenligne medicinudskrivning med andre praksisser i regionen.

I den tværgående analyse ser vi ingen mønstre i forhold til, om det særligt er solopraksisser, tomands-kompagniskaberne eller større kompagniskaber, der oplever det som udfordrende at

⁷ Kilde: <https://www.medcom.dk/statistik/forloebplaner>

arbejde datadrevet med eksisterende lægesystemer. Dog er der en sammenhæng i, at de største udfordringer opleves i to relativt nyetablerede praksisser (P1, P6).

Savner modulet Datafangst, men forløbsplansmodul åbner nye muligheder

Frem til 2015, hvor den centrale DAMD-database blev lukket ned, kunne læger i almen praksis benytte statistikmodulet Datafangst til datadrevet udviklingsarbejde.⁸ En stor del af lægerne har i interviewene nævnt, at lukningen af Datafangst har bremset mulighederne for at arbejde datadrevet. Det, at lægerne begræder tabet af Datafangst, kan indikere, at det ikke er manglende interesse for eller erfaring med datadreven udviklingsarbejde, som står i vejen for at arbejde datadrevet via eksisterende systemer.

I enkelte praksisser (P7, P9) fremhæves det positivt, at der med forløbsplanerne er åbnet nye muligheder for at trække statistiske data på KOL- og diabetespatienter. Det skyldes et nyt forløbsplansmodul, hvorigennem læger kan trække data på KOL- og diabetespatienter, tilknyttet klinikken. Lægerne kan fx trække lister med dato for patienternes seneste årskontrol, risikokategori, samt udviklingen bl.a. i lungefunktionsundersøgelser, rygerstatus og eksacerbationer (for KOL-patienter) samt blodsukkerniveauer, blodtryk, kolesterol, m.m. (for diabetes-patienter).

Forløbsplansmodulet viser også data på patienter uden en forløbsplan

Det er en oplagt misforståelse, at forløbsplansmodulet kun kan indsamle data fra patienter, der har oprettet en forløbsplan. Men her er det væsentligt at bemærke, at forløbsplansmodulet fremviser data fra klinikkens lægesystem – ikke fra de forløbsplaner, der er oprettet med patienten, og som patienten tilgår fra hjemmet. Disse systemer er teknisk adskilte. Det betyder endvidere, at lægerne får data på alle KOL- og diabetespatienter – også dem, der ikke har oprettet en forløbsplan. Ligeledes kan modulet fremvise data for patienter, der har haft KOL- eller diabetesdiagnosen i mere end fire år og derfor ikke skal tilbydes en forløbsplan.⁹

Lægerne i P9 fremhæver de nye muligheder for datatræk positivt, idet de hurtigt kan identificere udeblivelser fra årskontrol, stratificere for risiko, og ”*generelt bare lave bedre kvalitetssikring*”. P9 og P4 peger på, at forløbsplansmodulet genåbner nogle af mulighederne fra det daværende Datafangst-modul. Læger fra P8, P2 mener modsat ikke, at der med forløbsplanerne er åbnet nye muligheder for data- og statistikarbejde. Lægen fra P2 peger fx på, at det ville kræve en it-konsulent samt nær dialog med lægehusets systemudbyder at trække lister med klinikkens diabetespatienter. Lægerne i P5 og P6 har ikke fremhævet forløbsplansmodulet og svarer ikke yderligere på, om der med forløbsplaner er åbnet nye muligheder for arbejdet med kronikere i klinikken. Læger fra P1, P2 og P7 peger på, at der først skal akkumuleres data over et par år, før forløbsplansdata kan benyttes som udviklingsredskab.

Begrænset opmærksomhed på forløbsplansmodulets muligheder

Det har ligget uden for rammerne af dette projekt at dykke længere ned i de konkrete tekniske muligheder og begrænsninger, som lægerne oplever både med lægesystemerne generelt og forløbsplansmodulet specifikt. Ovenstående iagttagelser efterlader dog en tvivl om, hvorvidt alle læger i de ni praksisser er opmærksomme på forløbsplansmodulets muligheder, herunder at det ikke kræver oprettelse af forløbsplaner, for at KOL- og diabetespatienter inkluderes i datatræk. Ser man på teksten i overenskomsten, lanceres forløbsplaner udelukkende som et

⁸ Databasen blev lukket ned på baggrund af en kontrovers om det juridiske grundlag for dataindsamlingen og -opbevaringen (Wadmann & Hoeyer, 2018).

⁹ Vi har haft telefonsamtale og mailkorrespondance med en chefkonsulent fra MedCom, for at få klarlagt, hvilke data der kan trækkes via forløbsplansmodulet. MedCom er ansvarlig for den tekniske udvikling af forløbsplanerne.

nyt redskab til patientinddragelse og egenomsorg, mens forløbsplanmodulet (næsten) ikke er beskrevet. Set i det lys er det ikke overaskende, hvis opmærksomheden og kendskabet til forløbsplanmodulet i de ni praksisser er begrænset.

Perspektiver på de nye kvalitetsklyngers relevans for udvikling af kronikerindsatsen

Et vigtigt led i overenskomstens fokus på datadreven udvikling er kvalitetsklynger. Tanken med klyngerne er at gøre datadreven kvalitetsudvikling til et fælles projekt blandt alment praktiserende læger i geografisk nærhed til hinanden. I klyngerne har lægerne frihed til at organisere sig og vælge mål for den datadrevne udvikling, ud fra lokale hensyn og interesser.

I interviewene har vi spurgt ind til lægernes hidtidige erfaringer med klyngesamarbejdet, og om de ser det som et relevant forum for at udvikle kronikerindsats i egen praksis. Klyngesamarbejdet er et relativt nyt element, der er under udvikling, og nogle af lægerne er på den baggrund usikre på, hvad de kan forvente at få ud af det. De fleste er dog overordnet positivt stemt over for klyngekonceptet, både generelt og specifikt som et relevant forum at udveksle erfaringer med kronikerbehandling.

Opsamling på forløbsplaner og datadrevet arbejde i kronikerbehandlingen

Forløbsplaner er et område, som er i sin tidlige opstart, og erfaringerne er blandede i de ni praksisser, både hvad angår lægers og personalets udbytte og patienternes interesse og tilslutning. Hvad angår datadrevet udvikling af den systematiske kronikerindsats, er eksemplerne relativt få (hvilket dog ikke er ensbetydende med, at indsatsen ikke er digitalt understøttet fx via fraser og laboratorieskemaer i lægesystemerne). De tekniske og praktiske muligheder for datadrevet udviklingsarbejde er samtidig noget, der ifølge lægerne er blevet forringet siden 2015, hvor statistikmodulet Datafangst blev lukket. Enkelte praksisser fremhæver dog i den forbindelse, at der i forbindelse med lanceringen af forløbsplanerne også er kommet nye og forbedrede muligheder for, at lægerne kan arbejde statistisk og datadrevet i kronikerindsatsen. Analysen peger dog på, at ikke alle læger synes at være opmærksomme på eller fuldt ud bevidste om disse muligheder.

4.6 Snitflader til sygehus og kommune

For almen praksis vedrører samspillet med sygehuse og speciallæger de tilfælde, hvor patienterne har behov for mere specialiseret behandling eller udredning, end der kan ydes i almen praksis. Snitfladen til kommunen vedrører bl.a. henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud, men kan også vedrøre eventuelt samarbejde med kommunale hjemmepleje og akutteam om behandling og lægefaglig vurdering af svært syge kronikere i hjemmet.

4.6.1 Få henvisninger til sygehuse

Lægerne i de ni strategisk udvalgte praksisser peger generelt på, at de via en systematisk kronikerindsats har de fleste kroniske patienter under god sygdomskontrol, og at henvisning til sygehuset kun sjældent bliver aktuelt. Ingen af de ni praksisser har data eller systematisk overblik over antallet af henvisninger af KOL- og diabetespatienter til sygehuset. De har data på speciallægehenvvisninger og sammenligning med regionsgennemsnittet.

Hvornår henviser lægerne til specialiseret udredning eller behandling?

I de relativt sjældne tilfælde, hvor henvisning til sygehus bliver aktuelt, er det typisk ved de svært multisyge patienter, som hører til på ambulatoriet, diabetikere hvor behandlingen ikke

synes at virke, eller KOL-patienter der får forværringer, der ikke kan bringes i kontrol. Sådan beskriver lægerne på tværs af de ni praksisser generelt de situationer, hvor KOL- eller diabetespatienter henvises til sygehus. Der nævnes også mere konkrete eksempler, herunder:

- Diabetespatienter, hvor lægen har prøvet tre til fire forskellige midler uden at komme i mål med behandlingen (P2).
- Diabetikere med kroniske sår, der ikke vil hele, og hvor amputation kan være aktuelt (P4).
- 'Type 1,5-diabetikere'. Eksempel: En ung mand var i behandling for type 2-diabetes. Han var slank, motionerede og fik medicin, men blodsukkertallet steg, og lægen havde mistanke om type 1,5-diabetes og henviste derfor til hospital (P8).
- KOL-patienter, som særligt om vinteren får forværringer, hvor der indlægges nogle stykker akut med KOL og lungebetændelse (P5).

Erfaringer med telefonisk konference med sygehuset forud for henvisning

Som en del af den seneste overenskomst er det blevet obligatorisk for alment praktiserende læger at ringe og konferere med specialister på sygehuse før ikke-akut henvisning hertil. De ni praksisser har forskellige erfaringer med dette. Lægen i P1 fremhæver tiltaget positivt, som noget, der understøtter arbejdet med kronikere i praksis, og nævner et konkret eksempel med to diabetespatienter, som han ville have henvist til ambulatoriet, fordi han var i tvivl virkningen af deres medicin, men som han på baggrund af konference med ambulatoriet beholdte i egen praksis. Lægerne i P5 ser ligeledes tiltaget som positivt understøttende og supplerer med, at de med tiltaget ikke *"føler, de forstyrrer sygehuset"*, fordi de nu har formel ret hertil. Disse positive erfaringer fordeler sig på en nyere solopraksis på landet i Region Nordjylland og en ældre kompagniskabspraksis i Storkøbenhavn i Region Hovedstaden. Dermed er der ikke oplagte paralleller at drage mellem de positive erfaringer og praksiskarakteristika. Det samme gælder erfaringerne fra de resterende praksisser, som er mindre positive. Lægerne oplever ofte, at det er en mindre kompetent læge på sygehuset, der passer telefonen, og at de dermed enten ikke kan få svar eller må vente, til en tilstrækkelig kompetent læge på sygehuset bliver ledig til en samtale. På denne baggrund foretrækker flere af lægerne at konferere skriftligt via e-mail med sygehuset og afvente svar, når en kompetent læge har tid. Da det ikke er akutte patienter, der er tale om, har lægerne ikke behov for at få afklaring via telefon med det samme. Det skal bemærkes, at ovenstående kun afdækker erfaringer med konferencetelefonen fra de deltagende praktiserende lægers perspektiv.

4.6.2 Betydningen af kommunale forebyggelsestilbud

I interviewene har vi spurgt ind til, hvilken rolle kommunal sundhedstilbud om fx rygestopkurser, kost- og motionskurser spiller i arbejdet med kroniske patienter. Kommunale tilbud har i denne kontekst til formål at skabe livsstilsændringer og tilskynde til egenomsorg, som dermed kan forebygge, at kroniske sygdomme når et stadie, som kræver sygehusbesøg.

Samtlige klinikker peger på, at der findes relevante kommunale tilbud, primært til patienter i de tidlige stadier af diabetes eller KOL, og at de oplyser patienterne herom. Det varierer dog, om patienterne (efter lægernes vurdering) gør brug og har gavn af de kommunale tilbud. Variationen har et tydeligt geografisk mønster, idet læger fra landpraksisser (P2, P6, P7, P9) peger på, at afstanden til kommunale tilbud er en barriere, som afholder mange patienter fra at benytte dem, hvorimod læger fra bypraksisser (P3, P4, P5, P8) erfarer, at mange af patienterne gør brug af kommunale tilbud, og at flere af dem har gavn heraf. Det kan ikke udelukkes her, at forskelle i patientpopulationernes tyngde også spiller en rolle.

4.6.3 Samarbejde med kommunal hjemmesygepleje og akutteam

Vi har ikke afdækket samarbejdet med kommunal hjemmepleje og akutteam systematisk i interviewene, men i P8 og P9 fremhæves dette som et positivt element, der er med til at forebygge indlæggelser. En væsentlig forudsætning for samarbejdet er, at disse to store praksisser har mulighed for at skiftes til at have ansvar for praksissens udgående funktioner, så der hver dag er en læge med dedikeret tid til fx at foretage hjemmebesøg hos kronikere. Nedenfor gives eksempel fra P8 på, hvordan samarbejdet med hjemmesygeplejen og det kommunale akutteam fungerer.

Eksempel på samarbejde med kommunale aktører, der forebygger sygehuskontakt

En hjemmesygeplejerske besøger en dement borger, som er ved at blive delirios, og som sygeplejersken derfor vil give en aflastningsplads. Hjemmesygeplejersken er dog bekymret for, om der er en somatisk årsag til borgerens tilstand, som kræver akut behandling. I stedet for at dette afklares via sygehuset, kontakter sygeplejersken det kommunale akutteam, som i samarbejde med den udkørende læge fra P8 vurderer, om borgeren skal indlægges eller kan komme direkte på en aflastningsplads og blive stabiliseret i rolige omgivelser. På denne måde, forklarer lægen, er de i P8 med til at forebygge ambulante kontakter.

Hos P9 fremgår det endvidere, at praksis efter aftale med kommunen kan modtage et kommunalt telefonkonsultationshonorar, som understøtter praksis økonomisk i at vejlede det kommunale akutteam og hjemmesygeplejersken over telefon. I P5 fremhæves det imidlertid også, at samarbejdet med hjemmeplejen kan forbedres. Praksispersonalet oplever indimellem, at KOL-patienter, som modtager hjemmesygepleje dagligt, viser sig med en slem forværring, der burde og kunne være taget hånd om tidligere, hvis hjemmesygeplejersken havde kontaktet klinikken.

Opsamling på snitflader til sygehus og kommune

Hvad angår snitflader til sygehus, fremhæver lægerne, at de i vid udstrækning kan varetage kronikerbehandling i egen praksis, og at henvisninger til sygehus kun sjældent bliver aktuelt. Lægerne har dog ikke data eller faktiskt overblik over henvisninger af kronikere til sygehuset, men for så vidt at deres vurdering er korrekt, afspejler det ikke billedet generelt i almen praksis-sektoren, hvilket fremgår af benchmarkinganalysen, som viser en betydelig variation i antallet af henvisninger. Der er både positive og negative erfaringer med tiltaget om obligatorisk telefonkonference med sygehuset inden henvisning. Hvad angår snitfladen til kommuner, ses et klart geografisk mønster i, hvorvidt lægerne erfarer, at patienter benytter kommunale forebyggelsestilbud. To af de store kompagniskaber fremhæver derudover et positivt samarbejde med kommunal hjemmepleje og akutteam, mens det fremgår i en anden praksis, at der er potentiale ved at udvikle dette samarbejde.

4.7 Delkonklusion

Hvordan arbejder alment praktiserende læger konkret med at forebygge indlæggelser af kronikere på sygehuset? Går man som i denne analyse tæt på kronikerarbejdet i almen praksis, bliver dette til et spørgsmål om, hvordan læger og praksispersonale dagligt arbejder sammen om at fastholde kronikere i behandlingsforløb, som holder patienternes kroniske sygdomme velregulerede og under kontrol. Her finder analysen grundlæggende ligheder på tværs af de ni praksisser, men også punkter, hvor de varierer.

Overordnede fund og ligheder på tværs

Analysen er baseret på ni praksisser, som ud fra en forhåndsvurdering arbejder systematisk med kronikerindsatsen. Analysen finder stor grundlæggende lighed på tværs: I alle tilfælde fremstår et koordineret samarbejde mellem læger og praksispersonale som centralt i en kronikerindsats, hvor fokus er på, at KOL- og diabetespatienter kommer til jævnlige kontroller. Undtagelsen herfra er en enkelt solopraksis, som ikke har systematiseret en sådan indsats over for KOL-patienter. Det gælder i alle praksisser, at vejledninger fra DSAM, og i flere tilfælde konsulenter fra medicinalindustrien, er en væsentlig kilde til at strukturere kronikerindsatsen, i forhold til både behandling og intern arbejdsdeling mellem læger og personale. Arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale fremstår generelt som en forudsætning for at opretholde aktiviteten i kronikerindsatsen og som noget, der bidrager til at lette lægernes arbejde og koncentrere deres ressourcer om de mere komplicerede multisyge patienter. Hvad angår multisyge, møder lægerne udfordringer i forhold til at behandle alle patientens diagnoser på samme systematiske vis som de øvrige kronikere. I forhold til at fastholde kronikere i deres forløb er der i alle praksisser et stærkt fokus på at sikre, at patienter får tider til deres kontroller, herunder at patienter, der vil forny medicin et år yderligere uden at have tid til årskontrol, får en tid hertil.

Analysen viser, at en kronikerindsats karakteriseret ved de ovenstående elementer ikke hører bestemte praksisformer til, men kan etableres på tværs af geografi i såvel større kompagniskaber med erfarent personale som i relativt nyetablerede solopraksisser med mindre erfarent personale. Variationer og øvrige vigtige fund opsummeres i det følgende.

Variierende grader af uddelegering

Mens praksispersonalet i alle tilfælde spiller en stor rolle, ses også en variation i, hvor store dele af indsatsen med kronikerkontroller og forberedende undersøgelser der er delegeret ud til praksispersonalet. Analysen har rangeret grader af uddelegering i de ni praksisser, hvor højeste grad af uddelegering sker i praksisser, der er begyndt at uddelegere årskontrol. Analysen finder her sammenhænge mellem: i) graden af uddelegering og sygeplejerskernes erfaring, ii) graden af uddelegering og praksisform, og iii) graden af uddelegering, og hvorvidt forløbet i en kronikerkontrol indebærer et eller to patientbesøg.

Erfaringer med opsporing

Hvad angår opsporing af borgere med potentielt udiagnosticeret kronisk sygdom, viser analysen, at: i) opsporing i de ni praksisser fortrinsvis sker med afsæt i den enkelte patients symptomer snarere end i populationsbaserede kriterier, ii) at praksispersonalet i varierende grad – og uden klar sammenhæng med praksiskarakteristika – varetager kliniske opgaver i efterfølgende screening og udredning, og iii) at læger og personale oplever forskelle mellem potentielle KOL- og diabetespatienters villighed til at gennemgå screening, hvilket relaterer til, at det ifølge flere læger og medarbejdere ofte er lettere at opnå synlige effekter af behandlingen hos diabetespatienter end hos KOL-patienter.

Forløbsplaner og datadrevet arbejde

Forløbsplaner er et område, som er i sin tidlige opstart, og erfaringerne er blandede i de ni praksisser, hvad angår både lægers og personales udbytte og patienternes interesse og tilslutning. Nogle læger fremhæver, at der med forløbsplaner er kommet forbedrede muligheder for at trække data på KOL- og diabetespatienter, mens andre praksisser ikke synes at være opmærksomme eller fuldt ud bevidste om disse muligheder. Sidstnævnte fund skal ses i lyset af,

at de fleste læger siden 2015, hvor et vigtigt statistikmodul blev nedlagt, ønsker bedre muligheder for at arbejde datadrevet via lægesystemerne.

Snitfladerne til hospital og kommuner

Hvad angår snitflader til sygehus, fremhæver lægerne, at de i vid udstrækning kan varetage kronikerbehandling i egen praksis, og at henvisninger til sygehus kun sjældent bliver aktuelt. Lægerne har dog ikke data eller faktiskt overblik over antal henvisninger af kronikere til sygehuse, kun til speciallæger. Derudover er der både positive og negative erfaringer med overenskomstens tiltag om obligatorisk telefonkonference med sygehuset inden henvisning. Hvad angår kommunale forebyggelsestilbud, ses et mønster i, at geografisk afstand til tilbuddene udgør en barriere for patienter fra landpraksisser (ifølge lægerne).

5 Diskussion

I denne rapport har vi med en benchmarkinganalyse undersøgt almen praksis' evne til at forebygge sygehuskontakter blandt KOL- og diabetespatienter og med kvalitative studier belyst, hvordan læger og praksispersonale i ni strategisk udvalgte praksisser arbejder med en systematisk kronikerbehandling. Nedenfor diskuterer vi analysens data, fund og mulige sammenhænge.

Benchmarkinganalysen finder først og fremmest, at der er en betragtelig variation i forholdet mellem det faktiske og forventede antal sygehuskontakter på tværs af almen praksis under hensyn til rammevilkår (patientsammensætning og geografi). Dette gælder både for sygehuskontakter generelt og for diagnoserelaterede kontakter. For den enkelte praksis er der betydelig usikkerhed omkring benchmarkingindikatoren, hvilket indikerer en vis tilfældighed i, hvor præcist den enkelte praksis placerer sig i fordelingen fra top til bund.

Ved at se på variationen praksisser imellem finder vi, at de KOL- og diabetesrelaterede ydelser, som almen praksis kan tilbyde, er associeret med at have færre sygehuskontakter end forventet. Disse ydelser omfatter årskontroller (for KOL og type 2-diabetes) og lungefunktionsundersøgelser (for KOL-patienter). Associationen mellem årskontroller og færre sygehuskontakter kan sammenholdes med de kvalitative studier, der viser, at årskontroller udgør et centralt element i kronikerindsatsen. Det afspejler sig bl.a. i et stærkt fokus hos læger og praksispersonale på at sikre, at kroniske patienter får tid til og kommer til årskontrol, og at kroniske patienter, der vil forny medicin et år yderligere uden at have tid til årskontrol, får en tid hertil. Associationerne mellem årskontroller og benchmarkingindikator er efterprøvet i en alternativ modelspecifikation, hvor vi analyserer medianen frem for gennemsnittet, og her genfindes associationen for populationen af type 2-diabetespatienter. Dette resonerer med den kvalitative analyse, hvor det fremgår, at flere læger og medarbejdere i de ni praksisser finder det sværere at motivere samt opnå behandlingsmæssige fremskridt hos KOL-patienter sammenlignet med type 2-diabetespatienter.

Analysen af variationen på tværs af praksisser demonstrerer også en statistisk signifikant sammenhæng mellem de praksisser, der har registreret, at praksispersonalet foretager blodsukkermåling og urinundersøgelse (med hensyn til type 2-diabetes), og det at have færre totale sygehuskontakter end forventet. I KOL-populationen ses en tilsvarende association med hensyn til praksispersonale, som varetager rygeafvænning. Det skal bemærkes, at det ikke at have registreret uddelegering af disse opgaver, ikke er ensbetydende med, at praksispersonalet reelt ikke varetager disse opgaver. Sammenhængen mellem (registreret) uddelegering og færre sygehuskontakter kan ses som et udtryk for, at en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse med hensyn til udførelse af disse opgaver har en positiv effekt på antallet af sygehuskontakter. Hvad angår god ressourceudnyttelse, peger den kvalitative analyse på, at uddelegering af opgaver til praksispersonalet er central for at opretholde en indsats, hvor kroniske patienter kommer jævnligt til kontrol, og hvor lægens tid så vidt muligt koncentrerer om de tungeste patienter. Analysen indikerer endvidere, at omfanget af uddelegerede opgaver har sammenhæng med sygeplejerskers erfaring, om end der også er konkrete eksempler på, at der via præcise instrukser og beslutningsdiagrammer kan uddelegeres store dele af kronikerindsatsen også til mindre erfarent personale.

Disse resultater genfindes ikke, når vi analyserer på medianen af benchmarkingindikatoren frem for gennemsnittet, hvilket indikerer, at resultatet er 'drevet' af de praksisser, der har flest sygehuskontakter i forhold til det forventede.

Den kvantitative analyse tyder ikke på, at hverken praksisform (solo- eller kompagniskabspraksis) eller sammensætningen af praksispersonale i den enkelte praksis systematisk er associeret med færre eller flere sygehuskontakter end forventet. Dette resonerer med den kvalitative analyse, der viser, at en systematisk kronikerindsats ikke hører bestemte praksisformer til, men kan udfolde sig på tværs af geografi i såvel større kompagniskaber med erfarent personale som i relativt nyetablerede solopraksisser med mindre erfarent personale.

Analysen af variation mellem praksisser demonstrerer ydermere, at det på trods af positive og statistisk signifikante korrelationer mellem benchmarkingindikatorerne – både på tværs af kontaktype og studiepopulation – ikke kan konkluderes, at almene praksisser, som klarer sig godt i forhold til én type sygehuskontakt, nødvendigvis også klarer sig godt i forhold til en anden type sygehuskontakt. Der ses imidlertid en moderat sammenhæng mellem at have færre totale kontakter end forventet blandt KOL-patienterne og samtidig et lavere antal totale kontakter end forventet blandt patienter med type 2-diabetes.

Forbehold og sammenligning med tidligere studier

De fundne sammenhænge skal fortolkes med en vis forsigtighed, idet vi ikke kan tolke sammenhængene som rene årsagssammenhænge (kausale sammenhænge). Der er en sandsynlighed for, at de fundne statistisk signifikante sammenhænge kan være udtryk for praksiskarakteristika (confoundere), som vi ikke har mulighed for at måle i registrene. Ligeledes skal det understreges, at vi ikke kan konkludere noget om, hvordan de ni praksisser i de kvalitative studier placerer sig i benchmarkinganalysen i forhold til sygehuskontakter.

I Yderregistret er det angivet, hvorvidt den enkelte praksis har klinikpersonale ansat. Hvad klinikpersonale konkret dækker over, vides ikke med sikkerhed, dvs. at der kan være forskel på, om en almen praksis betragter sin sekretær som 'klinikpersonale' eller ej. Med hensyn til personalefunktioner kan hver enkelt almen praksis selv markere i deres it-systemer, hvorvidt praksissens klinikpersonale varetager én eller flere konkrete personalefunktioner. For de almene praksisser, som ikke har tilkendegivet, at klinikpersonalet varetager fx blodsukkermåling, ved vi ikke med sikkerhed, om det skyldes, at de reelt ikke varetager denne funktion, eller at de bare ikke har registreret det. Det kan der derfor ikke skelnes imellem i analysen.

I analyserne af, hvilke praksiskarakteristika der kan være med til at forklare variationen på tværs af praksisser med hensyn til antallet af sygehuskontakter i forhold til forventet, udfører vi analyserne for hver enkelt variabel i bivariate analyser. Det gør vi, fordi der kan være betragtelig korrelation imellem de inkluderede praksiskarakteristika. Det metodiske valg gør, at en eventuel positiv korrelation imellem praksiskarakteristika og sygehuskontakter ikke uforvarende 'opfanges' af en anden variabel. Som nævnt ovenfor kan de fundne korrelationer ikke nødvendigvis tolkes som kausale sammenhænge.

Når vi analyserer praksiskarakteristikens sammenhæng med at have flere eller færre sygehuskontakter end forventet, finder vi, at antallet af årskontroller for både KOL- og diabetespatienter og af lungefunktionsmålinger i KOL-populationen er forbundet med et lavere antal totale og diagnoserelaterede kontakter end forventet. Denne sammenhæng kan dække over to mekanismer. **For det første** kan antallet af lungefunktionsmålinger ses som et kvalitetsparameter, som kan forklare, at KOL-patienterne er mere velregulerede og derfor ikke har brug for så mange sygehuskontakter. **For det andet** kan sammenhængen dække over en substitutionseffekt, hvor borgere, der ikke får foretaget en lungefunktionsmåling i almen praksis, i højere grad får foretaget en lungefunktionsmåling i sygehusregi. Det er i indeværende analyse ikke muligt

at skelne de to effekter. Tidligere studier har dog fx vist, at kun 44 % af KOL-patienter fik foretaget en lungefunktionsmåling i 2014 (*Sundhedsdatastyrelsen, 2018a*). Sammenholdes dette med, at 34 % af den identificerede KOL-population i vores analyse har fået foretaget en lungefunktionsmåling i almen praksis, tyder det på, at substitutionseffekten for lungefunktionsmålinger er begrænset.

VIVE har tidligere lavet kvalitative undersøgelser af proaktive kronikerindsatser (Buch, Hauge-Helgestad, Fredslund, Tybring, & Rahbek, 2012) i strategisk udvalgte praksisklinikker. I kombination med den kvalitative analyse i denne rapport er det tidligere studie med til at bekræfte, hvordan de grundlæggende elementer og den grundlæggende organisering af en systematisk kronikerindsats kan se ud i praksis. Det tidligere studie havde imidlertid kun fokus på større lægehuse, hvor nærværende studie også viser, hvordan en systematisk kronikerindsats kan udspille sig i solopraksisser og mindre kompagniskaber. Sammenligningen med det tidligere studie viser også, hvordan elementer i overenskomsten er med til at forandre arbejdet med og organiseringen af kronikerbehandling i praksis. Det gælder fx uddelegering af årskontroller til sygeplejersker og arbejdet med forløbsplaner. Hvad angår lægernes muligheder for at arbejde dataunderstøttet i kronikerindsatsen, viser det tidligere studie, hvordan lægerne gjorde brug af det nu nedlagte system Datafangst – et system, som lægerne i denne analyse savner. De nye forløbsplaner for KOL- og diabetespatienter kommer som beskrevet i analysen også med nye muligheder for statistisk datatræk og -analyse i forbindelse med kronikerindsatsen. Hvor forløbsplanerne er lanceret som et redskab til patientinddragelse og styrket egenomsorg, forekommer det på ovenstående baggrund lige så væsentligt at betone, at der med forløbsplanerne også følger nye potentialer for datadrevet arbejde og udvikling i almen praksis.

6 Konklusion

I denne rapport har vi belyst almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser, med særligt fokus på at undersøge et muligt potentiale i forhold til forebyggelse af sygehuskontakter hos borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes. Dette er gjort via i) kvantitative analyser, der under hensyn til almen praksis' rammevilkår har undersøgt dels antallet af sygehuskontakter på tværs af almen praksis, dels hvad der kan (medvirke til at) forklare variationen i disse resultater, og ii) kvalitative casestudier i ni strategisk udvalgte praksisser, som alle har fokus på en systematisk kronikerindsats, men som adskiller sig i forhold til praksisform, geografi og region.

Først og fremmest identificerer rapporten et betragteligt potentiale i forhold til at begrænse antallet af sygehuskontakter for KOL- og type 2-diabetespatienter, når det faktiske og forventede niveau af sygehuskontakter sammenlignes.

De samlede analyser peger endvidere på, at en systematisk kronikerindsats i almen praksis, kendetegnet ved et fokus på at sikre årskontroller for KOL- og diabetespatienter, kan medvirke til at realisere potentialet.

Den kvantitative analyse viser, at ovennævnte resultat genfindes for diabetespatienter i den alternative specifikation, hvor der analyseres på medianen frem for gennemsnittet. Dette harmonerer med den kvalitative analyse, hvor det fremgår, at flere praksisser finder det lettere at motivere diabetespatienter end KOL-patienter, og at det er opfattet som nemmere at opnå behandlingseffekter hos diabetespatienterne.

Analyserne peger derudover på, at praksispersonale er et centralt element i en systematisk kronikerindsats. Det illustreres af den kvalitative analyse, hvor uddelegering af opgaver til personale fremstår som væsentlig i forhold til at optimere resurseudnyttelse og opretholde aktiviteten i kronikerbehandlingen i den enkelte praksis. Effektiv udnyttelse af personalet hænger bl.a. sammen med personalets erfaring, men det fremgår også, at det via klare instrukser for bl.a. kliniske forundersøgelser til årskontroller, samt tydelige procedurer for lægers og personales arbejdsgange, er muligt at uddelegere store dele af kronikerindsatsen også til relativt uerfarent personale. Blandt de ni praksisser i undersøgelsen findes de højeste grader af uddelegering overvejende i større praksisser, hvor personalets erfaring er højest. Dette resultat har vi desværre ikke haft mulighed for at understøtte med eller teste i den kvantitative analyse.

Hvad angår forskellige praksisformers betydning, kan vi ikke på baggrund af de kvantitative analyser konkludere, at bestemte praksisformer er associeret med hverken flere eller færre sygehuskontakter end forventet. Til gængæld kan vi ud fra den kvalitative analyse konkludere, at en systematisk kronikerindsats *kan* udfolde sig på tværs af geografi i såvel større kompagniskaber med erfarent personale som i relativt nyetablerede solopraksisser med mindre erfarent personale.

For at kvalificere rapportens samlede konklusioner kan der med fordel udføres yderligere studier med henblik på at komme tættere på årsagssammenhænge mellem indsatsen i almen praksis og antallet af forebyggelige sygehuskontakter.

Litteratur

- Buch, M. S., Hauge-Helgestad, A., Fredslund, E. K., Tybring, C. D., & Rahbek, A. E. (2012). *Proaktive lægehuse anno 2010. Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling*. København: DSI - Dansk Sundhedsinstitut.
- Caminal, J., Starfield, B., Sánchez, E., Casanova, C., & Morales, M. (2004). The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health, 14*(3), 246-251.
- Cohen, L. H. (1988). Measurement of life events. In L. H. Cohen (Ed.), *Life Events and Psychological Functioning: Theoretical and Methodological Issues*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Dansk Selskab for Almen Medicin. (n.d.a). *Formal, potentiale og målsætning i behandlingen*. Retrieved at: <https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=1290&goto-Chapter=1293>
- Dansk Selskab for Almen Medicin. (n.d.b). *Opfølgning og organisering*. Retrieved at: <https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=1046&gotoChapter=1046>
- Dansk Selskab for Almen Medicin. (2017). *Klinisk vejledning for almen praksis. KOL*. København: DSAM - Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Dansk Selskab for Almen Medicin. (2019). *Klinisk vejledning for almen praksis. Type 2-diabetes - opfølgning og behandling*. København: DSAM - Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Danske Regioner. (n.d.). Almen praksis. <https://www.regioner.dk/sundhed/praksissektoren/almen-praksis>
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston, MA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *State of the Health in the EU: Denmark: Country Health Profile 2019*. Paris & Brussels: OECD & European Observatory on Health Systems and Policies.
- Praktiserende Lægers Organisation. (2019a). *Program for diabetes type-2 og KOL i almen praksis. 4-7*.: <https://www.laeger.dk/PL0/diabetes-kol>
- Praktiserende Lægers Organisation. (2019b). *Honorartabel: Dagtid. Overenskomst om almen praksis. 1. oktober 2019 til 31. marts 2020*. København: Praktiserende Lægers Organisation.
- Quan, H., Li, B., Couris, C. M., Fushimi, K., Graham, P., Hider, P., ... Sundararajan, V. (2011). Updating and validating the charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American Journal of Epidemiology, 173*(6), 676-682.
- Regeringen & Danske Regioner. (2018). *Aftale om regionernes økonomi for 2019*. København: Danske Regioner.
- Roos, L. L., Walld, R., Uhanova, J., & Bond, R. (2005). Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: Ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Services Research, 40*(4), 1167-1185.
- Sundheds- og Ældreministeriet, KL, & Danske Regioner. (2018). *Nationale mål for*

- sundhedsvæsenet 2018*. København: Danske Regioner.
- Sundheds- og Ældreministeriet, KL, & Danske Regioner. (2019). *Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019*. København: Danske Regioner.
- Sundhedsstyrelsen. (2005). *Kronisk sygdom: Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2016). *Kronikeroptfølging i almen praksis – fokus på borgere med KOL og type-2 diabetes*. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2018a). *Lungefunktionsmåling for borgere med KOL. En analyse af sammenhængen mellem spirometri og udgifter i det regionale sundhedsvæsen for borgere med KOL*. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2018b). *Algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser*. Sundhedsdatastyrelsen. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2019). *Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom*. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Borgere med multisygdom. Borgere med kroniske sygdomme i 2017*. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Wadmann, S., & Hoeyer, K. (2018). Dangers of the digital fit: Rethinking seamlessness and social sustainability in data-intensive healthcare. *Big Data and Society*, 5(1), 1-13.

Bilag 1 Estimering af parametre til benchmarkinganalyse

Bilagstabel 1.1 KOL

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en KOL-relateret kontakt (p-værdi)
Alder per 1. januar 2017	-0,0103*** (0,000)	-0,00801*** (0,000)	-0,00135 (0,271)
Køn (reference: mand)	0,0751*** (0,000)	-0,0683*** (0,000)	-0,162*** (0,000)
Indkomst	5,98e-08** (0,002)	-0,000000206*** (0,000)	-0,000000195** (0,004)
Beskæftigelsesstatus (reference: i beskæftigelse)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Ude af erhverv	0,218*** (0,000)	0,308*** (0,000)	0,402*** (0,000)
Pensioneret eller efterløn	0,176*** (0,000)	0,152*** (0,000)	0,272*** (0,000)
Under uddannelse	-0,487*** (0,000)	-0,118 (0,053)	-1,184*** (0,000)
Børn under 15 år	-0,717*** (0,000)	-0,161* (0,034)	-0,247 (0,205)
Uddannelse (reference: grundskole)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Kort uddannelse/erhvervsuddannelse	0,0513*** (0,000)	-0,0651*** (0,000)	-0,0563** (0,002)
Kort videregående uddannelse	0,0941*** (0,000)	-0,0874** (0,006)	-0,209*** (0,001)
Mellemlang videregående uddannelse	0,101*** (0,000)	-0,101*** (0,000)	-0,185*** (0,000)
Lang videregående uddannelse eller ph.d.	0,0330 (0,123)	-0,109*** (0,000)	-0,323*** (0,000)
Missing	-0,0206 (0,331)	0,0668* (0,017)	0,0270 (0,605)
Hjemmeboende børn (reference: ingen hjemmeboende børn)	-0,102*** (0,000)	0,00464 (0,822)	-0,331*** (0,000)
Oprindelse (reference: dansk baggrund)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Vestlig baggrund	-0,00340 (0,872)	0,00748 (0,800)	0,0195 (0,711)
Ikke-vestlig baggrund	-0,0552** (0,004)	0,0787** (0,002)	-0,327*** (0,000)
Civilstand (reference: enkestand)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Fraskilt	0,0746***	0,00148	0,131***

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en KOL-relateret kontakt (p-værdi)
	(0,000)	(0,923)	(0,000)
Gift	0,170*** (0,000)	0,0150 (0,278)	0,170*** (0,000)
Ugift	-0,0225 (0,103)	0,0262 (0,174)	0,0526 (0,135)
Astma (reference: nej)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
KOL (reference: nej)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Leddegigt (reference: nej)	0,110*** (0,000)	-0,0543* (0,023)	-0,107* (0,015)
Osteoporose (reference: nej)	0,211*** (0,000)	0,214*** (0,000)	0,499*** (0,000)
Type 1-diabetes (reference: nej)	0,286*** (0,000)	0,00752 (0,898)	-0,364** (0,004)
Type 2-diabetes (reference: nej)	-0,0540*** (0,000)	-0,102*** (0,000)	-0,119*** (0,000)
Charlson's komorbiditetsindeks (reference: CCI = 0)	0 (.)	0 (.)	0,511*** (0,000)
CCI = 1	0,585*** (0,000)	0,821*** (0,000)	
CCI = 2	0,964*** (0,000)	1,127*** (0,000)	
CCI = 3	1,273*** (0,000)	1,287*** (0,000)	
CCI = 4	1,451*** (0,000)	1,537*** (0,000)	
CCI = 5	1,664*** (0,000)	1,715*** (0,000)	
CCI = 6	1,919*** (0,000)	1,895*** (0,000)	
CCI = 7	2,016*** (0,000)	1,993*** (0,000)	
CCI = 8	1,745*** (0,000)	1,425*** (0,000)	
CCI = 9	1,779*** (0,000)	1,306*** (0,000)	
CCI = 10	1,934*** (0,000)	1,675*** (0,000)	
CCI = 11	1,854*** (0,000)	1,700*** (0,000)	
CCI = 12	1,934*** (0,000)	1,792*** (0,000)	
CCI = 13	1,507***	1,446***	

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en KOL-relateret kontakt (p-værdi)
	(0,000)	(0,000)	
CCI = 14	1,797***	2,414***	
	(0,000)	(0,000)	
CCI = 15	0,392	-14,04	
	(0,764)	(0,995)	
Modtaget personlig pleje (reference: nej)	0,176***	0,740***	0,528***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Modtaget praktisk hjælp (reference: nej)	0,139***	0,240***	0,318***
	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Haft psykiatrisk behandlingsforløb i løbet af de seneste fem år (reference: nej)	0,00934	0,490***	-0,0624
	(0,467)	(0,000)	(0,052)
Sygehus i kommunen (reference: nej)	0,0261***	0,0397***	0,0385*
	(0,001)	(0,000)	(0,046)
Rammevilkår			
Gennemsnitsalder i praksis	-0,0225*	-0,00723	0,0512*
	(0,012)	(0,563)	(0,023)
Andel mænd	-0,438***	0,268	-0,618*
	(0,000)	(0,091)	(0,030)
Medianindkomst	0,00000201	0,00000170***	-0,00000343***
	(0,535)	(0,000)	(0,000)
Andel med hjemmeboende børn	0,645**	0,203	-0,120
	(0,004)	(0,519)	(0,833)
Civilstand (reference: gift)			
Andel ugift	0,0181	0,382	2,757***
	(0,946)	(0,304)	(0,000)
Andel fraskilt	-0,324	0,655	-1,602
	(0,372)	(0,195)	(0,081)
Andel enkestand	-2,103**	1,837*	-0,606
	(0,001)	(0,046)	(0,718)
Uddannelse (reference: grundskole)			
Andel med kort uddannelse/erhvervsuddannelse	-0,261	-0,299	-0,304
	(0,251)	(0,351)	(0,603)
Andel med kort videregående uddannelse	-1,560*	0,00232	-0,172
	(0,022)	(0,998)	(0,922)
Andel med mellemlang videregående uddannelse	0,602**	0,243	-0,538
	(0,010)	(0,460)	(0,371)
Andel med lang videregående uddannelse eller ph.d.	-0,402	-0,655	-0,248
	(0,113)	(0,065)	(0,699)
Andel med uddannelse missing	-0,501	0,883	0,0713
	(0,397)	(0,285)	(0,963)
Oprindelse (reference: dansk)			
Andel vestlig baggrund	0,589	-0,303	-0,718
	(0,057)	(0,477)	(0,344)

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en KOL-relateret kontakt (p-værdi)
Andel ikke-vestlig baggrund	0,135 (0,187)	0,268 (0,059)	0,175 (0,498)
Beskæftigelsesstatus (reference: i beskæftigelse)			
<u>Andel ude af erhverv</u>	-0,803** (0,004)	-0,242 (0,536)	-1,571* (0,027)
Andel pensioneret eller efterløn	0,184 (0,583)	0,0135 (0,977)	-3,703*** (0,000)
Andel under uddannelse	-1,278*** (0,000)	0,0949 (0,819)	-3,445*** (0,000)
Andel børn under 15 år	-2,077** (0,003)	-1,945* (0,048)	-0,491 (0,785)
Andel beskæftigelsesstatus missing	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Andel patienter med KOL	0,0413 (0,944)	-2,720** (0,001)	-16,80*** (0,000)
Andel patienter med type 2-diabetes	-0,762 (0,157)	0,0730 (0,923)	-1,387 (0,312)
Andel patienter med astma	-0,117 (0,682)	-0,658 (0,103)	-2,291** (0,002)
Andel patienter med astma	1,870 (0,237)	-1,915 (0,389)	1,551 (0,699)
Andel patienter med osteoporose	1,147 (0,054)	-0,366 (0,661)	-0,705 (0,644)
Andel patienter med type 1-diabetes	2,043 (0,406)	-0,715 (0,837)	-3,843 (0,545)
Andel patienter med et psykiatrisk behandlingsforløb i løbet af de seneste fem år	0,697 (0,055)	1,610** (0,002)	0,862 (0,358)
Gennemsnitligt CCI	1,063*** (0,000)	0,847*** (0,000)	4,598*** (0,000)
Andel borgere, der har modtaget personlig pleje	-1,119 (0,261)	-1,840 (0,193)	2,493 (0,331)
Andel borgere, der har modtaget praktisk hjælp	1,069 (0,169)	-1,833 (0,094)	-3,321 (0,095)
konstant	2,329*** (0,000)	-1,603* (0,033)	-3,405* (0,012)
Inalpha	0,379*** (0,000)	0,290*** (0,000)	
var(_cons[reg])	0,00733 (0,125)	0,0219 (0,118)	0,0475 (0,123)
Observationer	166.157	166.157	166.157

Bilagstabel 1,2 Type 2-diabetes

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en diabetesrelateret kontakt (p-værdi)
Alder per 1, januar 2017	-0,0134*** (0,000)	-0,0102*** (0,000)	-0,0215*** (0,000)
Køn (reference: mand)	0,0705*** (0,000)	-0,0647*** (0,000)	-0,265*** (0,000)
Indkomst	2,77e-08 (0,079)	-0,000000116*** (0,001)	-2,73e-08 (0,503)
Beskæftigelsesstatus (reference: i beskæftigelse)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Ude af erhverv	0,239*** (0,000)	0,188*** (0,000)	0,240*** (0,000)
Pensioneret eller efterløn	0,202*** (0,000)	0,0833*** (0,000)	0,0613* (0,023)
Under uddannelse	0,115* (0,021)	0,168* (0,017)	-0,247* (0,027)
Børn under 15 år	0,0470 (0,894)	-0,231 (0,625)	-0,121 (0,856)
Uddannelse (reference: grundskole)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Kort uddannelse/erhvervsuddannelse	0,0453*** (0,000)	-0,0602*** (0,000)	-0,0309 (0,078)
Kort videregående uddannelse	0,0605** (0,001)	-0,0902** (0,001)	-0,0216 (0,628)
Mellemlang videregående uddannelse	0,0879*** (0,000)	-0,0664*** (0,000)	-0,0475 (0,085)
Lang videregående uddannelse eller ph.d.	0,0336 (0,064)	-0,135*** (0,000)	-0,154*** (0,000)
Missing	0,0337 (0,075)	0,0599* (0,019)	-0,0186 (0,668)
Hjemmeboende børn (reference: ingen hjemmeboende børn)	-0,0115 (0,318)	0,112*** (0,000)	-0,0594* (0,021)
Oprindelse (reference: dansk baggrund)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Vestlig baggrund	-0,0474* (0,019)	0,0420 (0,136)	0,0395 (0,399)
Ikke-vestlig baggrund	-0,0993*** (0,000)	-0,0119 (0,483)	0,0902*** (0,001)
Civilstand (reference: enkestand)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Fraskilt	0,0533*** (0,000)	0,0111 (0,507)	0,0894** (0,003)
Gift	0,129*** (0,000)	-0,0300* (0,041)	0,0546* (0,042)
Ugift	-0,0168	-0,0339	0,0301

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en diabetesrelateret kontakt (p-værdi)
	(0,218)	(0,078)	(0,371)
Astma (reference: nej)	0,0827*** (0,000)	0,123*** (0,000)	0,0513 (0,056)
KOL (reference: nej)	0,0432*** (0,000)	0,213*** (0,000)	-0,112*** (0,000)
Leddegigt (reference: nej)	0,112*** (0,000)	-0,0897** (0,002)	0,112* (0,028)
Osteoporose (reference: nej)	0,227*** (0,000)	0,267*** (0,000)	-0,0333 (0,360)
Type 1-diabetes (reference: nej)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Type 2-diabetes (reference: nej)	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Charlson's komorbiditetsindeks (reference: CCI = 0) ^a	0 (.)	0 (.)	0,842*** (0,000)
CCI = 1	0,755*** (0,000)	0,705*** (0,000)	
CCI = 2	1,125*** (0,000)	1,145*** (0,000)	
CCI = 3	1,523*** (0,000)	1,352*** (0,000)	
CCI = 4	1,778*** (0,000)	1,650*** (0,000)	
CCI = 5	1,940*** (0,000)	1,823*** (0,000)	
CCI = 6	2,193*** (0,000)	2,042*** (0,000)	
CCI = 7	2,153*** (0,000)	2,053*** (0,000)	
CCI = 8	2,124*** (0,000)	1,709*** (0,000)	
CCI = 9	2,092*** (0,000)	1,502*** (0,000)	
CCI = 10	2,115*** (0,000)	1,683*** (0,000)	
CCI = 11	2,381*** (0,000)	1,925*** (0,000)	
CCI = 12	2,296*** (0,000)	2,071*** (0,000)	
CCI = 13	2,640*** (0,000)	1,908*** (0,000)	
CCI = 14	1,926*** (0,000)	2,038*** (0,000)	
CCI = 15	1,986* (0,000)	0,847 (0,000)	

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en diabetesrelateret kontakt (p-værdi)
	(0,014)	(0,490)	
Modtaget personlig pleje (reference: nej)	0,222*** (0,000)	0,807*** (0,000)	0,391*** (0,000)
Modtaget praktisk hjælp (reference: nej)	0,138*** (0,000)	0,216*** (0,000)	0,127*** (0,000)
Haft psykiatrisk behandlingsforløb i løbet af de seneste fem år (reference: nej)	-0,0590*** (0,000)	0,441*** (0,000)	-0,0633* (0,036)
Sygehus i kommunen (reference: nej)	0,00992 (0,178)	0,0353*** (0,001)	0,127*** (0,000)
Rammevilkår			
Gennemsnitsalder i praksis	-0,0176* (0,042)	-0,0431*** (0,000)	0,0338 (0,097)
Andel mænd	-0,352** (0,001)	0,0120 (0,938)	-0,349 (0,157)
Medianindkomst	0,000000214 (0,500)	0,00000150*** (0,001)	-0,000000474 (0,512)
Andel med hjemmeboende børn	-0,558* (0,010)	0,245 (0,427)	-2,216*** (0,000)
Civilstand (reference: gift)			
Andel ugift	-0,500 (0,051)	-0,338 (0,347)	1,679** (0,005)
Andel fraskilt	-0,792* (0,025)	0,594 (0,232)	1,510 (0,066)
Andel enkestand	-1,210 (0,058)	2,445** (0,007)	-0,801 (0,601)
Uddannelse (reference: grundskole)			
Andel med kort uddannelse/erhvervsuddannelse	-0,189 (0,392)	-0,0112 (0,972)	0,0655 (0,902)
Andel med kort videregående uddannelse	0,0751 (0,910)	-0,180 (0,849)	-3,632* (0,026)
Andel med mellemlang videregående uddannelse	0,0536 (0,814)	0,133 (0,682)	-0,796 (0,148)
Andel med lang videregående uddannelse eller ph.d.	-0,0599 (0,808)	-0,305 (0,379)	-1,185* (0,041)
Andel med uddannelse missing	0,593 (0,376)	-2,993** (0,002)	-3,690** (0,006)
Oprindelse (reference: dansk)			
Andel vestlig baggrund	0,564 (0,051)	-0,198 (0,623)	0,625 (0,339)
Andel ikke-vestlig baggrund	0,0147 (0,879)	0,351** (0,010)	-0,485* (0,031)
Beskæftigelsesstatus (reference: i beskæftigelse)			
Andel ude af erhverv	-0,481	-0,165	3,321***

	Alle kontakter (p-værdi)	Akutte kontakter (p-værdi)	Andel patienter med en diabetesrelateret kontakt (p-værdi)
	(0,076)	(0,666)	(0,000)
Andel pensioneret eller efterløn	-0,507 (0,119)	0,867 (0,061)	-2,116** (0,007)
Andel under uddannelse	-0,242 (0,401)	-0,418 (0,301)	1,356* (0,049)
Andel børn under 15 år	-0,539 (0,351)	1,145 (0,162)	8,555*** (0,000)
Andel beskæftigelsesstatus missing	0 (.)	0 (.)	0 (.)
Andel patienter med KOL	0,481 (0,408)	0,942 (0,258)	-14,75*** (0,000)
Andel patienter med type 2-diabetes	-1,682*** (0,001)	-1,360 (0,051)	-13,39*** (0,000)
Andel patienter med astma	-0,267 (0,338)	-0,751 (0,060)	-2,506*** (0,000)
Andel patienter med astma	0,165 (0,915)	2,612 (0,239)	-3,592 (0,333)
Andel patienter med osteoporose	0,389 (0,508)	-1,578 (0,059)	2,967* (0,036)
Andel patienter med type 1-diabetes	0,812 (0,736)	-3,898 (0,256)	-12,38* (0,033)
Andel patienter med et psykiatrisk behandlingsforløb i løbet af de seneste fem år	1,539*** (0,000)	1,828*** (0,000)	-2,460** (0,004)
Gennemsnitligt CCI	1,273*** (0,000)	0,861*** (0,000)	6,980*** (0,000)
Andel borgere, der har modtaget personlig pleje	-1,243 (0,210)	-0,945 (0,505)	0,248 (0,918)
Andel borgere, der har modtaget praktisk hjælp	2,563*** (0,001)	-1,366 (0,210)	-8,777*** (0,000)
Konstant	2,333*** (0,000)	0,0380 (0,958)	-2,893* (0,018)
Inalpha	0,644*** (0,000)	0,406*** (0,000)	
var(_cons[reg])	0,0136 (0,119)	0,0273 (0,117)	0,200 (0,116)
Observationer	224.621	224.621	224.621

Note: ^a CCI indgår som en dummy, der angiver CCI hhv., mindre og større end 3.

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

Bilag 2 Casebeskrivelser af de ni praksisser

Bilag 2 omfatter individuelle beskrivelser af kronikerbehandlingen i de ni praksisser, som indgår i den kvalitative analyse.

Individuel casebeskrivelse af P1

P1 er en solopraksis placeret i et sundhedshus, som også rummer speciallæger samt kommunale forebyggelses- og genoptræningstilbud. Desuden ligger klinikken fysisk sammen med to andre solopraksisser. De tre praksisser deler frokoststue og dækker ind for hinanden ved ferie. Derudover deler de akutvagter. Lægen fremhæver, at sundhedshuset åbner for væsentlige fordele både i forhold til sparring om komplicerede patienter med lægerne fra de to andre solopraksisser og i forhold til tilgængeligheden af speciallægetilbud, som gør det let at aftale tider til patienter med behov for fx at se en øre-næse-hals-læge.

Patientpopulationen er relativt stor for en solopraksis. Det hænger bl.a. sammen med, at klinikken udspringer fra et tidligere kompagniskab med to læger, som ikke blev reduceret tilsvarende i størrelse, da det overgik til solopraksis, forklarer lægen.

Blandt patienterne er en stor andel ældre, mange heraf med flere kroniske lidelser. Patienterne har relativt langt til sygehuset. Det har ifølge lægen betydet, at nogle diabetespatienter, som tidligere blev reguleret i ambulatoriet, er overgået til P1 (vel at mærke før den seneste overenskomst, som satte fokus på at flytte mere diabetesbehandling fra sygehus til almen praksis).

P1 er som solopraksis relativt nyetableret, men er kommet langt med at opbygge en systematisk kronikerindsats med involvering af hele personalegruppen.

Sekretærer og klinikassistent laver kliniske forundersøgelser

Lægen fortæller, patientpopulationens størrelse har medvirket til at fremme et fokus på resurseudnyttelse og opgaveglidning siden klinikens etablering. Opgaveglidningen går både fra læge til sygeplejerske og fra sygeplejerske til sekretærer og klinikassistent. De tre sekretærer og sygeplejersken udfører således kliniske forundersøgelser til KOL- og diabetespatienters kvartals-, halvårs- og årskontroller. Det drejer sig bl.a. om blod- og urinprøver, EKG, blodtryk og gennemgang af KRAM-faktorer. Sekretæerne fremhæver, at ansvaret for at varetage forundersøgelser giver en bedre forståelse for arbejdsgangene i klinikken og de kroniske patienters forløb, samtidig med at det bidrager til deres egen arbejdsglæde og motivation. LFU'er udføres kun af sygeplejersken, men planen er, at sekretæerne skal oplæres af sygeplejersken til også at kunne lave LFU'er.

Sygeplejersken varetager foruden forundersøgelser også opfølgende konsultationer ved kvartals- og halvårskontroller. Konsultationer ved årskontroller varetages kun af lægen. Lægen uddyber, at han prioriterer læge-patient-kontinuiteten højt og derfor ser konservativt på at uddelegere årskontrollen. Lægen er dog åben for sig at delegere årskontrollen videre på sigt ved patienter, der gennem flere år har været velregulerede.

Formalisering af arbejdsdelingen har medført bedre resurseudnyttelse

Klinikken har to gange fået konsulentbistand fra en aktør i medicinalindustrien til at strukturere arbejdsgangene i kronikerindsatsen ved KOL og diabetes. I samarbejde med konsulenterne

har lægen og personalet udarbejdet 'flowchart-diagrammer', som i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af KOL- og diabetespatienter dikterer, hvem i klinikken der skal effektuere hvilke kliniske undersøgelser hvornår, samt hvem der skal reagere på undersøgelsesresultaterne og hvordan. Diagrammerne har ifølge lægen haft stor værdi i forhold til at sikre bedre ressourceudnyttelse i klinikken. Det gælder særligt i forbindelse med screening og udredning af KOL-patienter, hvor lægen først inddrages i udredning sent i processen frem for "at sidde og sortere raske patienter fra", som det tidligere har været tilfældet. Derved bliver den lægefaglige ressource koncentreret på de behandlingskrævende patienter. Samtidig har flowchartet medvirket til, at klinikken samlet set kan lave flere KOL-screeninger end tidligere, idet personalet via flowchartets instrukser kan afslutte screeninger mere selvstændigt. Lægen fortæller, at udviklingen af flowchartet har krævet cirka fire eftermiddage, hvor alle i klinikken har været involveret, men peger også på, at det har været indsatsen værd.

Ny strategi for KOL-opsporing

Lægen fortæller, at de i forhold til opsporing af KOL har anlagt "en mere paternalistisk tilgang", hvor det ikke længere er op til patienten at bestille tid til en screening. Tidligere blev patienter, der henvendte sig med infektioner med mulighed for en bagvedliggende KOL-tilstand, bedt om at bestille tid til en KOL-screening, når infektionen var ovre. Infektionen kan gøre LFU'en misvisende. Problemet var, at mange patienter aldrig rettede kontakt igen. Derfor indledes KOL-screening i P1 nu allerede ved første mistanke. Det betyder, at LFU'en kan være påvirket af patientens infektion, men til gengæld sikres det, at patienten oprettes i systemet som en patient under udredning. Lægens erfaring er desuden, at patienter er mere motiverede for at komme videre i udredningen, når den først er begyndt. I klinikken har de ikke mulighed for at trække statistiske data på, hvor mange borgere der på denne måde screenes for KOL, og hvor mange heraf der ender med at få diagnosen. Lægen anslår i interviewet, at de i det seneste år har screenet 30-40 borgere, og at ca. 10 % (3-4) heraf blev diagnosticeret, og tilføjer, at han i det opsporende arbejde har været overrasket over, hvor få der bliver diagnosticeret.

Plejhjemsbesøg

En del af klinikens ældre patienter bor på plejehjem, hvor lægen og sygeplejersken kører ud en eftermiddag hver uge og tilser patienter. Læge og sygeplejersker kører ud til hver deres plejehjem. Plejhjemmene har forinden givet lægen besked om, hvilke patienter de gerne vil have set. Blandt plejhjemspatienterne er der diabetikere. I modsætning til kronikerbehandlingen i klinikken, hvor fokus er på at behandle diagnosen – KOL eller diabetes – er behandlingen på plejehjem snarere fokuseret på at lindre symptomer, fortæller lægen. Her balancerer lægen ofte på grænsen til, om sygehuset skal involveres. Det kan fx være ved patienter, der efter mange år med diabetes har svigtende nyrefunktion, og hvor lægen 'sanerer' patientens medicin for medikamenter, der kan forværre nyrefunktionen yderligere. Derved forsøger lægen at forebygge, at patienten indlægges på nyremedicinsk afdeling, men det indebærer ifølge lægen også afvejninger af, hvilke risici der er forbundet med at sanere i medicineringen, fx risikoen for, at nedtrapning af blodfortyndende medicin medfører blodprop.

Grænser for uddelegering

Lægen har i sit generelle fokus på at delegerer opgaver ud også mødt grænser for, hvad der kan delegeres ud. Han nævner som eksempel, at de over 1,5 års tid har arbejdet på, at sekretærer skulle kunne udrede og igangsætte behandling for patienter, der kommer med banale luftvejsinfektioner og ondt i halsen. Erfaringen var, at sekretærene vedblev med at have for mange tvivlsspørgsmål og mulige diagnoser at vælge imellem til, at opgaven kunne uddelegeres.

Kompetenceudvikling samt sparring med læger

Praksispersonale oplever gode muligheder for at sparre med lægen, også i tilfælde, hvor der er akut behov. Lægen har fast daglig supervisionstid med sygeplejersken. Sekretærerne spar- rer med både sygeplejerske og læge og fremhæver klinikkens interne kalendersystem som et godt sparringsredskab. Her kan sekretærer oprette 'noter', som er tilknyttet specifikke patienter, og anføre spørgsmål til sygeplejerske eller læge, som de bliver bedt om at forholde sig til, på et bestemt tidspunkt. Sekretærerne kan både se, hvornår noten er blevet læst, og hvornår sygeplejersken eller lægen har givet svar. Systemet hjælper dermed med både at huske at følge op på spørgsmål, og derudover med, at spørgsmål først stilles, når det er relevant.

Sekretærerne er oplært i blodprøvetagning på Hjørring Sygehus af en bioanalytiker. Sygehus- laboratoriet er ifølge sekretærerne åbent for relevante personer på sundhedsområdet, som gerne vil lære blodprøvetagning. Foruden den basale oplæring på sygehuset vedligeholdes og udvikles sekretærernes blodprøvetagningsteknikker under supervision af sygeplejersken. Ge- nerelt pointerer praksispersonalet, at blodprøvetagning er et håndværk, som alle kan lære.

Savner data og automatik i arbejdet med at fastholde kronikere i forløb

Lægen fremhæver det som en udfordring, at deres lægesystem ikke understøtter dem i at fastholde kronikere på automatisk vis. Han savner et system, hvor kronikerne og deres forløb kan registreres, og hvor læge og personale hver måned får påmindelser om, hvilke patienter der skal til årskontrol, hvorefter det kan tjekkes, om kontrollen er planlagt i kalenderen. Dette ville ifølge lægen lette arbejdet med at sikre, at kronikere har planlagte tider til kontrol. Klinikken har forskellige strategier til at fastholde patienter i forløb med planlagte kontroltider, men lægen pointerer, at strategierne er manuelle, hvilket øger risikoen for fejl.

Strategierne indebærer for det første, at læger eller sygeplejerske altid booker tid til næste kontrol i forbindelse med en kontrol. Der kan dog være mange årsager til, at patienten glemmer denne tid eller måske ikke ønsker at booke tid et halvt eller helt år frem. For at undgå de udeblivelser, der kan følge heraf, har en af sekretærerne løbende fokus på at sikre, at patienter, der vil forny recepten på deres medicin et år yderligere, også har tid til en årskontrol. Recept- fornyelse fungerer således som en slags 'sluse', hvor patienter, der er i risiko for at ryge ud af systemet, indfanges til konsultation med lægen.

Ovennævnte strategier opleves som effektive af læger og personalet, men lægen problemati- serer fortsat, at arbejdet med at fastholde patienter kun foregår manuelt. Ifølge lægen har de ikke mulighed for at trække en liste over KOL- og diabetespatienter, og hvornår de skal til årskontrol. Lægen nævner, at de nye elektroniske forløbsplaner for KOL- og diabetespatienter måske kan imødekomme dette behov, men problematiserer samtidig, at forløbsplanerne kun er et tilbud, som det i praksis kun er de i forvejen mest velregulerede og -motiverede patienter, der tager imod. Her skal det indskydes, at det ifølge officielle beskrivelser af forløbsplanerne er muligt for praktiserende læger at trække en række data på alle KOL- og diabetespatienter (inklusive dato for sidste årskontrol), uanset om patienterne har oprettet en forløbsplan eller ej. Dette er muligt via et forløbsplansmodul i lægesystemet.

Konference med ambulatoriet før henvisning opleves positivt

Lægen fremhæver, at de oftere end før konfererer med sygehus før en eventuel henvisning, og at dette hjælper med at vurdere fra sag til sag, hvorvidt de selv kan have patienten frem for at henvise til sygehus. Lægen giver et eksempel med to patienter, der havde symptomer på en ukarakteristisk diabetes. Efter telefonsamtale med endokrinologerne på sygehuset blev lægen

bekræftet i, at hans behandlingstilgang var den rigtige. Lægen uddyber, at han uden telefon-samtalen ville have henvist disse patienter. Lægen tilføjer, at det i dette tilfælde var ressource-stærke patienter, som krævede, at lægen kunne redegøre for deres behandlingsforløb, og at det derfor var betryggende at kunne henvise til forklaringen fra speciallægerne på sygehuset.

Individuel casebeskrivelse af P2

P2 er en solopraksis i en mindre landsby med en sygeplejerske og en sekretær. Sygeplejersken tog over for den tidligere sygeplejerske for et år siden og har tidligere arbejdet som hjemmesygeplejerske i området. Patientpopulationen er fordelt på et geografisk stort landområde, og praksis optager primært mange ældre patienter, omend flere børnefamilier også er begyndt at flytte til landsbyen. Lægen oplever, at især de ældre patienter foretrækker lægehuset frem for sygehuset, og takket være en kommunal flextrafikordning passer de funktionsbegrænsede patienter også deres konsultationer.

Lægehuset har systematiseret indsatsen for patienter med diabetes, men ikke for patienter med KOL

Der er stor forskel på, hvordan lægen har organiseret behandlingen af diabetes- og KOL-patienter. Indsatsen omkring diabetes er systematiseret med en formel arbejdsdeling i forhold til diagnosticering, behandling og opfølgning (beskrevet i næste afsnit). Tilmed er indsatsen opdateret løbende med fokus på medicin, sygdomsgrænser, differentieret diagnostik m.m. Ved patienter med diabetes kan lægen, på baggrund af en kontrol, anvende resultaterne til at støtte og vejlede patienten.

Ved patienter med KOL er det lægens erfaring, at der på baggrund af en kontrol oftest ikke kan gøres andet end at konstatere et jævnt fald i lungefunktion. De fleste patienter med KOL er rygere, og ifølge lægen vil kun et rygestop gavne patientens helbred. Lægen har gennem årene forsøgt sig med motiverende samtaler omkring rygestop, men uden positive resultater. Af disse grunde har lægen ikke set grund til at systematisere indsatsen omkring KOL på samme måde som diabetes. Dog peger lægen på nogle nylige ændringer i medicinering og behandling af KOL, som kan gøre det relevant at systematisere KOL-indsatsen.

Klar arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske

Der er en klar arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske i behandling af patienter med diabetes. Sygeplejersken foretager alle forundersøgelser ved kvartals-, halvårs- og årskontrol, mens lægen har opfølgning cirka en uge senere. Ved kvartals- og halvårskontrol indsamler sygeplejersken data om puls, blodtryk, urin, blod, højde, vægt m.m., hvor der ved årskontrol også indgår en samtale om KRAM-faktorer. Sygeplejersken oplever at have fin tid til forundersøgelserne og udnytter at kunne være fleksibel med sine andre kliniske opgaver, hvis forundersøgelserne trækker ud. Ved opfølgning giver lægen svar på prøver og vurderer eventuelle ændringer vedrørende medicin. Sygeplejersken gør ved forundersøgelserne brug af fraser. Fraser sikrer, at alle væsentlige parametre afdækkes, inden patienten kommer til opfølgning hos lægen. Lægen udtrykker, at det således er lettere at træffe beslutninger, fordi alle de relevante målinger er effektueret. Fraserne kan således ses som en måde at holde styr på det enkelte diabetesforløb på, og sikre stringens på tværs af diabetesforløbene. Praksis støtter sig til en DSAM-vejledning i forhold til, hvad der skal måles til de forskellige kontroller, men afviger ved velregulerede patienter. Eksempelvis ses velregulerede patienter 'kun' halvårligt, hvortil

praksissens guidelines fra kvartalskontrol anvendes. Lægen fremhæver ingen guidelines i behandlingen af KOL, men foretager selv forundersøgelsen, hvilket blandt andet inkluderer en lungefunktionsundersøgelse.

Læge-patient-kontinuitet prioriteres over uddelegering af arbejdsopgaver til praksispersonale

Der er flere årsager til, at der ikke er større grad af uddelegering af arbejdsopgaver fra lægen til sygeplejersken. Selvom der i den nye overenskomst foreslås, at sygeplejesker varetager opfølgning på årskontroller, så mener lægen ikke, at det vil være en god ide. Lægen mener for det første, at sygeplejesker ikke uddannet til at diagnosticere og behandle, men derimod at pleje, for det andet kan der udvikle sig skjulte følgesygdomme undervejs, og for det tredje vil det bryde læge-patient-kontinuiteten. Lægen mener altså, at uddelegeringen vil være forbundet med et fald i kvalitet og reduceret føling med patientens sundhedstilstand.

Kendskab til kronikere er båret af erfaringer frem for kurser og kompetenceopkvalificering

Både læge og praksispersonale benytter deres faglige erfaringer i arbejdet med kronikere. Praksissens fremskridt med diabetesindsatsen tillægger lægen en overlæge fra det nærmeste universitetshospital, som har været med til at opbygge et fagligt samarbejde med de praktiserende læger i hospitalets optageområde, hvor de i fællesskab har oprettet kurser, der har lært dem at tage hånd om diabetikere. I lægens klynge har de endnu ikke haft diabetes eller KOL som tema, men derimod kroniske smertepatienter, hvilket dog ikke ændrede på noget i praksisen. Sygeplejersken har tidligere arbejdet på onkologisk afdeling på sygehuset og været hjemmesygeplejeske i samme område, så mange af de ældre patienter er velkendte. Sygeplejersken holder sig løbende fagligt opdateret, men har ikke deltaget i kurser om kronikere. Imidlertid oplever sygeplejersken at have god mulighed for sparring og skal på sigt opkvalificeres til at kunne varetage forundersøgelse hos patienter med KOL.

Strategier for at fastholde kronikere i forløb: konsultationstid og medicinfornyelse

En strategi til at fastholde kronikere er, at diabetespatienter ikke forlader praksis uden en tid til næste konsultation. Når en patient får en kronisk diagnose, giver lægen patienten en tid til næste konsultation – og når patienten har haft den konsultation, giver lægen en tid til næste konsultation igen. Det, at patienten *altid* har en tid med sig til næste konsultation, er en af praksis' strategier for at fastholde patienten i forløb. Sker det, at patienten udebliver fra sin kontrol, tilføjes der en rød prik i kalendersystemet. Det bringer opmærksomhed hos personalet, der kontakter patienten, som får en ny tid. Mens nogle udeblivelser skyldes, at patienten ikke vil kontrolleres, mener lægen, at de fleste skyldes forglemmelse. Desuden gør praksis brug af manuelle blodprøvesedler, som sikrer, at patienten får sine svar, og først derefter river personalet sedlerne over som markering af, at forløbet hele tiden følger planen.

En anden strategi er at være opmærksom, hvis patienten fornyer medicin uden at have været til årskontrol. Her er sekretær og sygeplejeske opmærksomme på patientens seneste kontrol og vurderer, hvorvidt patienten skal til kontrol ved lægen, før medicinen kan fornyes. Lægen ser denne strategi som mindre relevant ved diabetespatienter, der altid har en tid fra forrige konsultation, men som væsentlig hos eksempelvis patienter, der får blodtrykssænkende medicin.

Forløbsplaner er i opstart, men bruges ikke til at skabe overblik

Praksis introducerer både patienter med KOL og diabetes for forløbsplaner. Lægen erfarer, at omkring hver fjerde patient virker interesseret. Lægen tilskriver det, at der er tale om en landpraksis, som årsag til den lave tilslutning. Ifølge lægen har nogle patienter udtrykt: *"Åh nej, endnu et nyt system med NemID"*. Patienterne har ifølge lægen svært ved at se, at forløbsplanerne skal kunne give dem noget, som de ikke allerede får fra lægen. Dog fortæller lægen, at patienter med diabetes generelt er mere interesserede i at følge deres sygdom end patienter med KOL. Lægen tror, at forløbsplanerne på sigt kan blive gavnlige, men først om cirka ti år, når patienterne synes, teknikken er meningsgivende og der er akkumuleret nok data. Lægen forestiller sig, at forløbsplanerne kan give det overblik, som det tidligere Datafangst-modul, som trak på DAMD (Dansk Almen Medicinsk Database) kunne. Lægen anvender ikke akkumulerede data fra forløbsplanerne til at skabe overblik over patienterne og deres forløb, eftersom lægen forestiller sig, at det ville kræve bistand fra en it-konsulent og et samarbejde med lægehusets it-systemudbyder, at trække disse data.

Opsporingen sker i det daglige, kliniske arbejde

Både lægen og sygeplejersken laver opsporing i deres daglige, kliniske arbejde. Lægen fortæller, at det sker ved at være opmærksom på patienterne og screene dem for almindelige sygdomme såsom diabetes, KOL, hypertension, osteoporose, demens m.fl., hvis mødet med patienten indikerer, at der kunne være tale om en kronisk lidelse. Sygeplejersken nævner, at de patienter, der årligt kommer til blodtryksmåling screenes for rygning og får testet kolesterol og blodsukker. Sygeplejersken mener, at de dermed også identificerer nogle kronikere. Med disse måder at opspore på mener lægen, at praksissen har omkring 2-3 nydiagnosticerede kronikere årligt. Det fremkommer således, at opsporingen sker i lægehuset, og lægen kun laver opsporing på individuelt plan i forbindelse med konkrete patientkontakter. I forhold til arbejdsdelingen ser lægen det som vigtigt, at sygeplejersken er særligt opmærksom på visse symptomer som eksempelvis luftvejsproblemer, men den efterfølgende diagnosticering betragtes som rent lægefagligt arbejde.

Kroniske, multisyge patienter er en tidsmæssig udfordring

Sygeplejersken oplever generelt, at patienter kommer med flere og flere problemstillinger per konsultation. Således kan en forundersøgelse skulle adressere flere udfordringer end diabetes. Måden, hvorpå sygeplejersken tager hånd om multisyge patienter, er at tilføje flere fraser til journalsystemet, som adresserer de øvrige sygdomme, hvilket lægen forholder sig til ved opfølgningen. Hvis en diabetespatient er velreguleret, synes sygeplejersken, det er fint at tage fat på, hvad patienten ellers bekymrer sig om. Det finder sygeplejersken tid til ved at sammenlægge konsultationer. Imidlertid oplever sygeplejersken det mere vanskeligt at adressere patientens andre lidelser, når patienten er dårligt reguleret.

Lægen savner beslutningsstøtte i behandling af multisyge kronikere

Flere patienter har ifølge lægen både diabetes og KOL og derudover knogleskørhed, demens, kroniske smerter og/eller rygproblemer. Lægen fortæller, at det er udfordrende og ressourcekrævende at lave kontrol og opfølgning på disse multisyge patienter. Det skyldes, at det tager lang tid at gennemskue, hvilke tests der skal til, for at samtlige af patientens sygdomme adresseres. I praksis er det ofte nødvendigt for lægen at foretage en afvejning af, hvilke af patientens lidelser der skal have førsteprioritet i behandlingen og medicinering, for at undgå, at en multisyg patient samlet set får for meget medicin. Lægen fortæller, at han i en afvejning bruger sin lægelige fornemmelse ud fra, hvilke sygdomme der er på spil, samt hvad patienten kan

magte at tage hånd om og efterleve behandlingsmæssigt. På dette punkt savner lægen vejledninger eller beslutningsværktøjer, der kan tage højde for både lægetest, diagnoser, behandlinger, patientpersonlighed og kompleksiteten derimellem.

Patienter med KOL opleves som tungere end patienter med diabetes

Der er ifølge lægen forskel på, hvordan patienter med henholdsvis KOL og diabetes tager hånd om deres sygdom. Lægen oplever generelt, at patienter med diabetes er mere interesserede i at følge deres sygdom end patienter med KOL. Ved diagnosticering oplever lægen oftere, at det er patienter med diabetes, der laver en total livsoplægning samt tager godt hånd om deres sundhed, egenomsorg og compliance, sammenlignet med patienter med KOL. Det er lægens opfattelse, at der i højere grad blandt patienter med KOL er en stor population, som aldrig flytter sig, fortsætter med at ryge og har dårlig compliance.

Diabetespatienter bliver henvist til sygehuset, hvis behandlingen ikke lykkedes hos praktiserende læge

Lægen henviser patienter til diabetesambulatoriet på sygehuset, hvis ikke der er sygdomskontrol. Det sker eksempelvis, hvis der er tale om komplicerede patienter, hvor de første to, tre eller fire lægemidler ikke har hjulpet til at bringe patienten i bedring. Lægen mener, at fagpersonerne på sygehuset ved mere og har flere ressourcer. Lægen ringer nogle gange til sygehuset inden henvisningen, men oplever, at det kan være udfordrende at finde en sygehuslæge, der har tid til at snakke. Derfor henviser lægen oftest blot med en besked om, hvad henvisningen omhandler.

De kommunale sundhedstilbud er for langt fra patienterne

Når lægen opfordrer patienter til at tage kontakt til kommunale sundhedsfremmende eller sygdomsforebyggende tilbud i kommunen, fremkommer det ofte, at patienterne synes, der er for langt til tilbuddene, hvorfor de ender med ikke at bruge dem.

Individuel casebeskrivelse af P3

P3 er en solopraksis beliggende centralt i en mellemstor provinsby. Lægen var tidligere medejer af en kompagniskabspraksis med en anden læge, men har de sidste ni år haft solopraksis. Lægen beskriver sin patientpopulation som gennemsnitlig i forhold til sygdomstygde og socioøkonomi.

Klinikkens to sygeplejersker er ansat på deltid og arbejder med både sekretæropgaver (telefonpasning, visitation) og sygeplejeopgaver (vaccinationer, øreskyllinger, sårpleje, kost- og rygestopsamtaler mv.). Sekretæropgaverne optager lidt under halvdelen af deres arbejdstid. Begge har været ansat i P3 i cirka to år, og begge kommer fra hjemmesygeplejen. De er derfor stadig under oplæring i kronikerbehandlingen i almen praksis, og det er planen, at den ene sygeplejerske med tiden skal specialisere sig i KOL.

Uddelegering til personalet

I kronikerindsatsen varetager sygeplejerskerne forundersøgelser og opfølgende konsultationer i forbindelse med kvartals- og halvårskontroller samt forundersøgelse til årskontroller for både diabetes- og KOL-patienter. Uddelegeringen af opgaver i forbindelse med årskontroller er dog begrænset, idet lægen selv varetager flere af de kliniske forundersøgelser i selve årskontrollen, med undtagelse af blodprøver og lungefunktionsundersøgelser. Personalet fortæller, at baggrunden for det er at sikre sig, at patienten møder op til opfølgningen.

Ifølge lægen er udviklingen i kronikerindsatsen ikke blevet modsvaret af en udvikling i mængden af opgaver hos sygeplejersker. Lægen oplever således at have flere og flere opgaver i forbindelse med årskontroller, som tilmed er øget i kompleksitet og derfor opleves som mere krævende end tidligere.

Arbejdsdelingen mellem læge og personale har givet lægen mere tid, som bl.a. bruges på administrativt arbejde, som der med tiden er kommet mere af, fortæller lægen. Det være sig e-mails fra patienter og sygehuse, prøvesvar, læsning af og opfølgning på epikriser mv. Lægen er dog stadig *"tæt inde over"* de uddelegerede opgaver, og fortæller, at hun fortsat holder overblik over alle patienter samt tjekker blodprøvesvar og kommenterer, hvis hun her kan se noget unormalt. Derudover lægger lægen af og til planer for sygeplejerskernes konsultationer den efterfølgende dag fx ved at skrive i journalsystemet *"stofskifte fint, de skal bare fortsætte"*.

Mundtlig oplæring uden instrukser

Lægens oplæring af sygeplejerskerne i kronikerbehandling, fx medicinering og tolkning af resultater fra kliniske forundersøgelser, er foregået *"meget ad hoc"*, fortæller sygeplejerskerne. De er med egne ord *"blevet kastet ud i det"* fra dag ét, med en stejl og udfordrende læringskurve. Lægen fortæller, at oplæringen af personalet har nået en fase, hvor fokus er på at øge sygeplejerskernes selvstændighed og tillid til egne evner ved at akkumulere mere erfaring.

Oplæringen af sygeplejerskerne er primært foregået mundtligt og er kun i mindre omfang understøttet af nedskrevne instrukser. Lægen har i nogle tilfælde lavet håndskrevne instrukser ad hoc for medicinering af hypertension- og diabetespatienter. Lægen forklarer, at fraværet af instrukser *"ikke skyldes dovenskab"*, men at det forekommer nemmere med mundtlig og løbende oplæring i en lille praksis, hvor lægen og de to ansatte har en nær omgang med hinanden. Lægen ser det fx som overflødig at nedskrive en instruks for klinikkens regel om, at kronikere får foretaget EKG hvert andet år; mænd i ulige år og kvinder i lige år. Derudover oplever lægen, at det er svært som læge i solopraksis at prioritere tid til at udarbejde nye skriftlige instrukser og procedurer.

Det er kun i mindre omfang, at sygeplejerskerne har opnået kompetenceudvikling via eksterne kurser. Personalet peger på, at klinikkens størrelse gør, at det sårbart, hvis sygeplejerskerne tager en dag ud af kalenderen til kursus.

Arbejdsdelingens betydning for patient-læge kontinuitet

Lægen udtrykker, at hun *"på det menneskelige plan"* savner at se sine patienter hyppigere. Patienternes reaktion på uddelegeringen er bl.a.: *"nu kommer jeg jo ikke ind til dig"*, hvortil lægen forklarer, at *"lægen følger tæt med i sygeplejerskernes arbejde"*. Lægen italesætter patient-læge-kontinuitet som *"alfa og omega"*, mens der ikke er fokus på at sikre patient-sygeplejersker-kontinuitet. Grundet klinikkens størrelse, begrænsede åbningstider og deltidsansatte sygeplejersker kan det være en udfordring at samstemme klinikkens og patientens kalender. Derfor *"swopper"* patienterne meget i mellem de to sygeplejersker, fortæller de, selvom de bestræber sig på, at patienten får tider ved den samme.

Opdeling eller sammenlægning af kontroller

Lægen og personalet finder det udfordrende at motivere deres kronikere til at komme ind til klinikken for at få svar på deres prøver. Særligt de erhvervsaktive ønsker ikke at møde op flere gange. Derfor har de i P3 valgt at opdele kontrollen således, at forundersøgelsen kun består af en blodprøve, for at motivere patienten til at møde op til den opfølgende konsultation, hvor de kan få svar på blodprøven og eventuelle øvrige de spørgsmål.

Lægen har også gjort sig nogle overvejelser om at slå kontroller sammen, især for de multisyge, som de oplever, bliver frustrerede over de mange besøg hos lægen. Lægen ser dog ulemper herved både for patienten og lægen. Hun forklarer også, at læge såvel som patient godt kan køre "træt i det", hvis sammenlægning af kontroller medfører, at der skal samtales om samtlige diagnoser. Patienten kan tillige glemme aftaler og fokus for behandlingen, hvis de får for mange informationer i samme konsultation. Når kontrollerne er delt op på diagnose, giver det tid til at snakke grundigt om den enkelte sygdom, fortæller lægen.

Fastholdelse via fokus på tidsbestilling

Læger og personale har stærkt fokus på at sikre, at patienten ikke forlader en forundersøgelse eller kontrol uden en ny tid. Er patienten til konsultation hos lægen, er det den sygeplejerske, der har sekretærvagt, som 'fanger patienten' til tidsbestilling. Skulle det ske, at patienter ikke får en ny tid, opdages det som regel med det samme, hvorefter sygeplejersken ringer til dem. Dette sker også for patienter, der udebliver eller aflyser. Derigennem er klinikkens patienter opdraget til altid at få en ny tid, forklarer lægen. Sygeplejerskerne er også opmærksomme, når patienter ringer ind for at forny medicin, idet receptfornyelse ikke sker uden en forudgående kontrol.

Lægen har mentalt overblik over patienterne

Lægesystemet i P3 rummer muligheder for at trække data på patienter via deres diagnose, men lægen beskriver det som omstændeligt arbejde. Blot det at trække data på, om patienterne har været til årskontrol, opleves som bøvlet og kompliceret. Lægen peger dog også på, at hun som solopraksis-læge har et godt kendskab til og mentalt overblik over de kroniske patienters forløb, herunder at de alle kommer til årskontrol. Overblikket over patienterne og deres forløb er ifølge lægen væsentligt for kronikerindsatsen, hvorved lægen kun meget sjældent har haft dysregulerede patienter, eller patienter, hvor hun er i tvivl om behandlingen. Ligeledes er det ifølge lægen kun enkelte gange, at ekstremt svære diabetespatienter er blevet indlagt. Lægen har ikke konfereret med sygehuset inden en henvisning, idet lægen aldrig har været i tvivl om henvisningen.

Gode datamuligheder i forløbsplanerne

Lægen har tidligere haft god nytte af statistikmodulet Datafangst til at foretage statistisk analyse af patienterne. Derfor ser hun også et potentiale i de datamuligheder, forløbsplanerne rummer, om end lægen p.t. oplever, at der er 'børnesygdomme' i nogle af de funktioner, forløbsplanmodulet stiller til rådighed for lægen. Sygeplejerskerne fortæller, at forløbsplanerne giver et overbliksbillede af den enkelte patient, og de oplever dem som mere overskuelige end journalsystemet. Forløbsplanerne tjener også som en støtte for sygeplejerskernes oplæring, idet systemet fx anbefaler medicin til KOL-patienter og de forskellige kommunale tilbud fremgår.

De gode datamuligheder er også motivationen bag klinikkens målrettede indsats for at sikre, at dens kronikere ikke blot får tilbudt en forløbsplan, men også tager imod tilbuddet, hvilket ifølge lægen er lykket ved næsten alle. Det forekommer således at være det forbedrede overblik over patienten, som sygeplejerskerne oplever, samt de førnævnte datamuligheder, der er klinikkens drivkraft i at oprette forløbsplaner. Denne tilgang afspejler sig også i baggrunden for den store tilslutning blandt patienterne, som ifølge sygeplejerskerne skyldes, at de fortæller patienten, at det vil være en stor hjælp for klinikken.

Erfaring fra hjemmesygepleje er en fordel i opsporing og kommunale samarbejder

P3 har ikke faste systemer eller procedurer for opsporing af kronikere. Opsporing er i højere grad baseret på løbende opmærksomhed på symptomer og et stort kendskab til patienterne. Den ene sygeplejerske, som tidligere var hjemmesygeplejerske i lokalområdet, kender en stor del af patienterne i forvejen og kender det område, de bor i. Kendskabet til patienten betragter sygeplejerskerne som en stor styrke i opsporingsarbejdet. Dertil medfører sekretærfunktionen, at begge sygeplejersker løbende har kontakt med patienterne, når de ringer ind fx for at få fornyet deres medicin. Det gør, at de *"har fingeren på pulsen"* med alle patienterne, fortæller de. For KOL-patienter er der også en mere populationsbaseret tilgang til opsporing, bestående i, at alle rygere over 35 år tilbydes en lungefunktionsundersøgelse. Da rygere ofte også har forhøjet blodtryk, bliver de også screenet for hjertekarsygdomme. Denne indsats er lægen *"ret aggressiv omkring"*, ud fra et ønske om at motivere patienter til et rygestop. Ligeledes måler lægen blodtryk på alle patienter over 50 år og alle overvægtige bliver tilbudt et helbredstjek.

Sygeplejerskernes erfaringer fra hjemmesygeplejen er ikke kun en fordel i opsporingsarbejdet, men også i klinikkens samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje. Fordi sygeplejerskerne kender og forstår arbejdsgangene og kommunikationskæderne i kommunen, kan de let svare på hjemmesygeplejens spørgsmål. Som eksempel kan en SOSU-assistent ringe ind med et spørgsmål, hvor sygeplejerskerne hurtigt kan hjælpe, fordi de ved, at vedkommende skal kontakte sin egen sygeplejerske i kommunen. Eller de kan fornemme, når de taler med en rutineret sygeplejerske, og ved derfor, hvordan de kan hjælpe. Den ene sygeplejerske giver et eksempel med en SOSU-assistent, der kontakter klinikken, fordi borgeren har fået forværret vejrtrækning og hoste. Ud fra SOSU-assistentens beskrivelser kan hun udlede, at vedkommende ikke har foretaget de rigtige observationer, og hun vælger derfor at kontakte det kommunale akutteam, som tilser patienten.

Individuel casebeskrivelse af P4

I en mellemstor by ligger en samarbejdspraksis med i alt tre kompagniskabspraksisser. Et af kompagniskaberne er P4, som ejes af to læger og har ansat to sygeplejersker og to sekretærer. Den ene læge overtog en solopraksis ved årtusindeskiftet, og ti år senere blev det til et kompagniskab, da den anden læge kom til. Lægerne har hver deres ydernummer, men betragtes af regionen som ét samlet ydernummer med to kapaciteter. Patientpopulationen var i begyndelsen karakteriseret ved at omfatte mange ældre patienter med kroniske somatiske lidelser, men sidenhen er der også kommet patienter til med psykiske lidelser, idet den nye læge kom fra psykiatrien. Praksis er således opmærksom på både somatiske kronikere, som patienter med KOL, diabetes og hypertension, samt patienter med angst, depression, skizofreni og bipolare lidelser. Den ene, nye sygeplejerske har været ansat et år, mens den anden, erfarne sygeplejerske har været ansat syv år. Sekretærerne har varieret erfaring, og en arbejder på deltid.

I samarbejdspraksissen mødes de tre kompagniskaber ugentligt og udveksler erfaringer og underviser hinanden, hvis nogle fx har været på kursus. Lægerne oplever, at det giver fælles faglige holdninger og ensartethed i arbejdet. I det fysiske miljø er der et fælles venteværelse, og der er brugt farvekoder på bl.a. døre, billeder og skrænten, for at markere, hvilken praksis man som patient er tilknyttet i samarbejdspraksissen. På tværs af praksisser har personalets samme retningslinjer for opgaver, og sekretærer arbejder i samme it-system.

Sygeplejersken kan varetage årskontroller af ukomplicerede KOL-, diabetes- og hypertensionspatienter

Kronikerindsatsen varetages af samtlige ansatte i praksissen, med en høj grad af opgaveglidning fra læger til sygeplejersker. Den primært somatiske læge varetager, sammen med begge sygeplejersker, indsatsen omkring patienter med KOL, diabetes og hypertension. Den primært psykiatriske læge varetager, sammen med begge sygeplejersker, indsatsen omkring patienter med psykiske lidelser. Sekretærer har en mindre rolle i forhold til opsporing af kronikere.

Ved patienter med KOL, diabetes og hypertension laver sygeplejerskerne kvartals- og halvårskontroller samt forundersøgelser til årskontroller, hvilket alt efter diagnosegruppe kan indbefatte at gennemgå KRAM-faktorer, lave EKG, tage blod- og urinprøve, samt lungefunktionstest mm. Desuden kontrolleres det, om der er overensstemmelse mellem, hvilken medicin patienten tager, og det, som klinikken har oplyst på medicinkortet, hvis tiden tillader det. Begge sygeplejersker er i stand til at igangsætte medicinændringer med konfirmation fra lægen. Opfølgning på årskontrollerne foregår derefter hos enten den erfarne sygeplejerske eller den primært somatiske læge. Den erfarne sygeplejerske kan således have selvstændige konsultationer og varetage hele behandlingsforløbet af ikke-komplicerede, kroniske, somatiske patienter, hvor hun udreder og opstarter behandling, med bekræftelse fra lægen. Typisk vil årskontrollen for den nye sygeplejerske skulle planlægges over to dage, mens den erfarne sygeplejerske kan foretage en årskontrol på én dag. Lægerne har netop ladet en del af opgaverne glide over til den erfarne sygeplejerske, fordi hun har erfaring på kronikerområdet og er specialiseret. Den erfarne sygeplejerske fortæller, at hun har fået flere opgaver, fordi hun har udtrykt, at hun: *"vil have noget med noget mere kød på"* ud over de generelle sygeplejeopgaver.

Ved patienter med psykiske lidelser bliver praksispersonalet undervist i at tage indledende samtaler, hvis patienten henvender sig subakut. Den primært psykiatriske læge kan derefter tage en opfølgende samtale eller tage konsultationen selv, hvis der er tale om en akut henvendelse. Kontrol af mentale kronikere er dog ikke ligeså skemalagt som i forbindelse med de somatiske kronikere. Eksempelvis sker det, at sygdommen hos patienter med skizofreni pludselig ændrer sig, hvorfor patienten kan få en tid til en konsultation allerede en uge senere.

Lægens behov for patientkontinuitet har ikke stået i vejen for uddelegering

Patienter, hvis årskontrol er overgået til sygeplejersken, oplevede det som en omvæltning, da de ikke længere skulle ind til lægen hvert kvartal. Sidenhen har patienterne dog fundet sig til rette med det, fordi de mærker, at sygeplejerskerne er kompetente. Den ene læge beskriver, at det ikke har været svært at 'slippe' patienterne, fordi lægen er tryk ved den systematik, der er omkring kontrollerne, hvilket har medført, at langt de fleste patienter er velregulerede og uden akutte forværringer. Den erfarne sygeplejerske fortæller ligeledes, at patienterne er trygge efter at have oplevet stor grundighed i behandlingen, og har fået vished om, at lægen altid bliver inddraget i det omfang, der er nødvendigt.

Skræddersyede guidelines, fraser og laboratorieskemaer giver overblik over kronikere og deres forløb

I det daglige arbejde kan læger og praksispersonale støtte sig til guidelines, fraser og laboratorieskemaer for at holde overblik over kronikere.

Personalet støtter sig i deres arbejde til nogle generiske guidelines fra DSAM. Det kan fx være, hvad en forundersøgelse indeholder, og hvor ofte patienterne skal tilses. Dog mener lægerne, at nogle af de nyeste guidelines er *for* grundige, hvor lægen eksempelvis synes de anbefaler at se velbehandlede patienter med diabetes hyppigere end nødvendigt. Således kan praksis

afvige fra guidelines ved eksempelvis 'kun' at se en velbehandlet patient halvårligt frem for kvartalsvis, som det ellers er anbefalet. Den erfarne sygeplejerske fortæller også, at hun benytter en rød, gul og grøn risikostratificering fra DSAM til at vurdere, hvor ofte patienter skal til kontrol. Derudover benytter personalet fraser i journalsystemet, som enten lægen eller praksispersonalet gennemgår sammen med patienten. Brug af fraser bidrager til at sikre, at alle de nødvendige informationer om patienten indfanges.

Et andet tiltag er laboratorieskemaer. Laboratorieskemaer fungerer sådan, at praksis har oprettet en række moduler, såkaldte profiler, hvorunder der indgår en masse 'items'. Eksempelvis er der under profilen 'KOL' items med information om lungefunktion, humør, kost, rehabiliteringstilbud, m.m., hos den enkelte patient, som alle i klinikken kan tilgå og bruge til at tjekke op på patienterne. Skemaerne er udviklet af den erfarne sygeplejerske med vejledning fra klinikens it-systemudbyder og minder ifølge sygeplejersken om de nye elektroniske forløbsplaner. Lægerne fortæller, at skemaerne har haft stor positiv betydning i forhold til at organisere og holde overblik over klinikens kroniske patienter. Der er oprettet forløbsplaner for cirka 20-30 patienter, men de opfattes af personalet ikke som et alternativ til laboratorieskemaerne, da de ikke giver mulighed for samme systematik. Laboratorieskemaerne betragtes som en total screening af patienten, hvor al den indsamlede information automatisk overføres til patientjournalen, hvilket skaber transparens for personalet. Kun noget information overføres til forløbsplanen, hvor resten skal overføres manuelt, hvilket reelt er en form for dobbeltregistrering for personalet. En forskel er dog, at patienten har mulighed for at følge med i forløbsplanen hjemmefra.

Det er desuden planen, at klinikken snart skal til at arbejde med at lave flowcharts for behandlingen af hjerteflimmer og brug af blodfortyndende medicin.

Sammenlægning af skræddersyede 'kronikerpakker' er en måde at tage hånd om multikroniske patienter på

Af hensyn til både personalet og patienten kan det være svært at planlægge kontrol af patienter, der har flere kroniske diagnoser. Til forskellige, kroniske kontroller har praksis oprettet forskellige 'pakker' med både kvantitative og kvalitative informationer, der skal indsamles om patienten. I reglen skal patienterne kun til kontrol for én kronisk lidelse af gangen, hvilket var strategien i praksis tidligere. Nogle patienter elskede det, mens andre ikke brød sig om det. Personalet synes, det er urimeligt og upraktisk, hvis patienten eksempelvis skal til kontrol otte eller tolv gange årligt. Samtidig er mange af de informationer, personalet indsamler, fælles for flere pakker, fx blodprøver. Derfor forsøger sygeplejerskerne at slå kronikerpakkerne sammen. I udviklingen af kronikerpakkerne har personalet diskuteret indholdet på personalemøder. Pakkerne støtter sig til DSAM, MediBOX og diagnosefraser, men er skræddersyet, så de passer til, hvad der efterspørges hos lægerne, og så det er muligt at slå pakker sammen. Nogle pakker, fx KOL årskontrol, er dog så store, at de ikke kan slås sammen med andre. Imidlertid er det muligt at sammenlægge pakker for fx diabetes og hypertension, samt for hypertension og psyke. Derudover er der oprettet nogle delpakker, der fx adresserer prostata og depression, som også kan sammenlægges med nogle af pakkerne. Lægen når dog ikke altid at adressere det hele i én konsultation, hvorfor patienten er nødt til enten at få en dobbeltkonsultation eller en ny konsultation kort efter.

Patienter med kroniske lidelser forlader ikke praksissen uden en konsultationstid til næste kontrol

Efter en konsultation giver personalet altid patienter med kroniske lidelser en tid til næste kontrol. Hvis patienten udebliver, skriver sekretær eller sygeplejerske til patienten, at de skal booke

en ny tid. Sker det, at patienten ikke booker ny tid, er det muligt at 'fange' patienten ved medicinfornyelse. Patienten får nemlig kun ordineret medicin til den kommende kontrol, så det at komme til kontrol er en præmis for at få ordineret mere medicin. Således er der flere muligheder for at fastholde de kroniske patienter i jævnlige kontroller.

Arbejdsgangen og praksisudviklingen er datadrevet

Som understøttelse til det kliniske arbejde gør praksis brug af data. Det administreres af den erfarne sygeplejeske, som i XMO benytter et forløbsplansmodul. Forløbsplanmodulet beskrives som tilsvarende det værktøj, der kunne lave datafangst i DAK-E. Herfra trækkes der lister, som krydser patientoplysninger med fx diagnosekoder, kronikerhonorar, seneste kontroltid, ordineret medicin m.m. På et tidspunkt var praksis interesseret i patienter, der tog beroligende og antidepressiv medicin, idet de ønskede at nedbringe medicinforbruget. På baggrund af et systematisk datatræk på netop den patientgruppe lykkedes det at bringe ordineringen ned under regionsgennemsnittet, sammenlignet med Ordiprax.

Desuden indgår lægerne i en klynge, som også understøttes af praksis' data. Ved et møde i netværket har der været fokus på håndtering af øjenbetændelse, hvor det gennem datatræk lykkedes hurtigt og systematisk at nedbringe brugen af et uhensigtsmæssigt præparat. Klyngeens kommende tema bliver diabetes, hvor lægerne peger på datagrundlaget som en styrke i samarbejdet og udviklingen af egen praksis.

Opsporingsarbejdet af patienter med kroniske lidelser tager udgangspunkt i *det dobbelte KRAM* og kan resultere i identifikation af *mulige-kronikere*

Den generelle opsporing af patienter med kroniske lidelser sker i det daglige, kliniske arbejde, hvor personalet er opmærksomt på 'indgangssymptomer'. Det sker ved at adressere 'det dobbelte KRAM', altså både kost, rygning, alkohol, motion, og kompetencer, relationer, accept samt motivation. Opsporingen kan ske, hvis en patient i en konsultation har symptomer, der kunne tyde på en kronisk lidelse. Det kunne eksempelvis være en patient, der kommer med træthed, tørst eller overvægt, som tilbydes udredning for diabetes. Opsporingsarbejdet varetages også af sygeplejerskerne ved forundersøgelse i forhold til mentale kronikere. Alt efter hvordan patienten har det, kan forundersøgelsen indeholde samtale om trivsel, hvilket kan være relevant for patientens situation og egenomsorg. En sygeplejeske fortæller, at mange patienter synes, det er rart med en psykologisk samtale, selvom den ikke er en fast del af forundersøgelsen. Sygeplejersker kan benytte et spørgeskema om depression og kan henvise videre til lægen, hvis der kunne være mistanke om, at en patient er mental kroniker.

En læge fortæller, at man ved opsporing og forsøg på at udrede en potentiel kroniker kan opspore en *mulig-kroniker*. Det kan ske ved, at en patient udredes for diabetes, hvor den ene af de to blodprøver, der skal bekræfte, at der er tale om diabetes, tyder på diabetes, mens den anden blodprøve er undladt, idet patienten aldrig er mødt frem for at få foretaget den. Det samme gør sig gældende for de patienter, der har et BMI under 40, hvilket personalet kan trække data på. En mulig-kroniker er også en patient, der ryger og hoster, bliver udredt for KOL, men hvor resultatet af lungefunktionstesten ligger under grænseværdien for diagnosen.

Klinikken har ikke data på, hvor mange kroniske patienter, der opspores, men det er et konstant fokus.

Intern, faglig sparring og eksterne kurser understøtter kompetenceudvikling

Lægerne ønsker, at praksispersonalet kan varetage "*lidt af det hele*", hvorfor der løbende er fokus på kompetenceudvikling. Sygeplejerskerne sparrer med lægerne dagligt samt i længere

tid hver tredje uge, og derudover er det altid tilladt at banke på døren hos lægen. Derudover superviserer den erfarne sygeplejerske den anden, så de på sigt kan varetage samme opgaver. Endeligt er der også opmærksomhed på, hvordan personalet i samarbejdspraksissen kan få gavn af hinandens viden. Lægerne anerkender, at kompetenceudviklingen og opgaveglidningen afhænger af både behov og ønsker fra praksispersonalet, hvor én af sekretærene ikke, på samme måde som resten af praksispersonalet, har været interesseret i at overtage de patientnære opgaver.

Begge sygeplejersker har gennemgået kompetenceudvikling uden for praksissen. Den erfarne sygeplejerske har taget en efteruddannelse som praksissygeplejerske og praksismanager. Begge sygeplejersker har deltaget i kurser om KOL og diabetes. Her fremhæves både PLO og lægemiddelindustrien som kursusudbydere. Begge sygeplejersker oplever at have haft størst udbytte fra PLO's kurser. Imidlertid kunne den nye sygeplejerske godt tænke sig større viden om, hvordan en lungefunktionstest konkret aflæses i forhold til patienter med KOL. Den erfarne sygeplejerske har derimod været på samtlige kurser inden for diabetes og KOL og er derfor opsøgende i forhold til kurser om psykiske lidelser. Tilmed efterspørger hun nogle kurser omkring implementering af ændringer i praksis, da det kan være en udfordring at forankre viden og kompetencer fra kurser blandt personalet i praksissen.

Velregulerede kronikere begrænser henvisninger til sygehuset

Patienterne med kroniske lidelser beskrives som velregulerede, og det er sjældent, at praksis ser akutte forværringer. Lægerne peger på den erfarne sygeplejerske som årsag til det. Forebyggelsen af henvisninger til sygehuset skyldes, ifølge lægerne, at patienterne er stratificerede og hele tiden velregulerede. Helt konkret benytter personalet, i samarbejde med de velregulerede KOL-patienter, et exacerbationsskema, hvor patienten kan følge med i forværringer og dermed regulere i sin medicin, hvis sygdommen forværres. Det gør, at patienterne forbliver velregulerede, uden akutte behov for behandling. De gange, hvor en patient henvises til sygehuset, skyldes det fx, at en patient med diabetes har kroniske sår, som ikke vil hele, hvor der kan være risiko for amputation. Både læger og sygeplejersker kan henvise til sygehuset. Fra praksis har det krævet tilvænning med den nye procedure, hvor praksis skal konferere med sygehuset inden henvisning, men personalet oplever generelt, at deres henvendelse bliver taget alvorligt på sygehuset.

Praksis har ingen data på henvisningsmønstre eller -hyppighed, blot de daglige epikriser fra sygehuset. Dog understreger flere blandt personalet, at den type data vil være interessante, og lægen tror, at data vil give bedre mulighed for at tage hånd om patienten og måske undgå henvisningerne. Lægerne sætter en ære i selv at behandle patienter med KOL og diabetes.

Individuel casebeskrivelse af P5

P5 er en kompagniskabspraksis med to ejerlæger beliggende i forstad til en stor by. Klinikken ligger i et bygningskompleks med lejligheder og butikker. Personalet består af en sekretær, der også er klinikassistent, en sygeplejerske og p.t. en uddannelseslæge. Patientpopulationen rummer ifølge lægerne mange velstillede ældre og multisyge samt en overvægt af patienter med diabetes i forhold til patienter med KOL.

Tæt samarbejde mellem læger og praksispersonale

Lægerne i P5 har uddelegeret flere opgaver i kronikerindsatsen til sygeplejersken og sekretæren. Sekretærens opgaver i klinikken spænder bredt og er dels telefonpasning, visitation og

regnskab, dels de praktiske, patientrelaterede opgaver som forundersøgelser til årskontrol diabetes- og KOL-patienter, hvor lægerne har opfølgningerne på årskontrollen. Sekretæren har arbejdet i klinikken i 18 år og har i mange år også haft sygeplejeopgaver som blandt andet lungefunktionsundersøgelser og blodprøver. Sygeplejerskens opgaver i kronikerindsatsen omfatter forundersøgelser samt opfølgninger med prøvesvar og egne vurderinger ved kvartals- og halvårskontroller for diabetespatienter. Sekretæren vurderer, at 50 % af arbejdstiden vedrører kronikerbehandling, og hverdagen beskrives som "*meget kronikerpræget*" sammenlignet med sygeplejerskens, som varetager andre kliniske opgaver, som ikke relaterer sig til kronikere (vaccinationer, sårbehandling, samtaler, mv.). Lægerne oplever uddelegering til praksispersonalet som en stor gevinst, bl.a. fordi de til årskontrollerne får mere tid til at tale med patienten om andre ting end det, som er planlagt til kontrollen, men som kan have stor betydning for patienten. Uddelegeringen er understøttet af skriftlige instrukser for, hvordan patienternes kliniske værdier på bl.a. blodsukker og lungefunktion bør ligge for at være velregulerede, samt hvilken medicin de skal tage.

Multisyge og komplekse kronikere kan ikke uddelegeres

Ifølge lægerne i P5 er det dog ikke alle opgaver i kronikerindsatsen, der kan uddelegeres. Det gælder for behandlingen af multisyge og andre komplekse kronikere. For det første – forklarer lægerne – handler det om et hensyn til den faglige kvalitet af behandlingen, og at patienten kan have behov for at vende nogle ting med lægen. Det er deres oplevelse, at patienterne automatisk stiller større og mere komplicerede spørgsmål, når de er til konsultation ved en læge. Derfor skal det være en læge, der står for denne del af behandlingen, og som sikrer kvaliteten af den. For det andet anser lægerne det som væsentligt, at de ser patienten til kontrol, da de ellers miste fornemmelse med patienten og mulighed for at se tegn på forværring såsom tristhed og vægttab.

Lægerne tilkendegiver, at man principielt godt kunne ansætte en specialiseret KOL- og diabetes-sygeplejerske og uddelegere årskontrollerne. Men, pointerer de, derved vil patienten – særligt den multisyge patient – miste den person, som har kompetence til at forholde sig til hele deres person fra et "*helikopterblik*". Sundhedsfaglig helhedsvurdering beskriver lægerne som deres kerneområde, mens praksispersonalets kompetencer er stærke inden for den enkelte diagnose.

Ingen guidelines til behandling af multisyge

Behandlingen af multisyge kronikere er grundlæggende anderledes end behandlingen af øvrige kronikere og rummer en række udfordringer for lægerne. For det første findes der ikke nogle guidelines for behandling, som lægerne kan støtte sig til, blandt andet i forhold til, hvor længe det er meningsfuldt at medicinbehandle set i sammenhæng med den forventede, raske levetid og værdien for patienten i forhold til medicinens bivirkninger. De forskningsdata, der foreligger på diabetesområdet, vedrører ifølge lægerne kun den yngre del af diabetespopulationen. Derfor foregår håndteringen af den multisyge patientgruppe i højere grad end de øvrige kronikere ud fra lægernes skøn.

En anden udfordring med multisyge, som lægerne påpeger, er at holde overblik over den enkelte patients forløb, når patienten har flere 'store' sygdomme som fx diabetes, KOL, hjertesygdomme eller osteoporose. Derfor anfører lægerne 'komorbiditet' ved hver årskontrol af multisyge med det formål at undgå, at en sygdom bliver overset, samt at sikre et overblik, når patienten møder ind til en ny konsultation. Også praksispersonalet har de samme patienter, hvorigennem de har kontinuitet og en tæt opfølgning med deres patienter.

Behandlingen af multisyge sker ifølge lægerne som regel ikke med fokus på enkeltdiagnoser, men i stedet med afsæt i prioriteringer mellem patientens forskellige diagnoser, alt efter hvad der fylder for patienten, og hvad lægen vurderer, er vigtigt at sætte fokus på i behandlingen. Her er det væsentligt at opbygge et kendskab til den enkelte patient, fortæller lægerne, hvorfor de også prioriterer, at patienterne er fordelt fast mellem dem.

Flowcharts er tidsbesparende

P5 har med hjælp fra eksterne konsulenter fra medicinalindustrien fået udviklet flowcharts, som strukturerer arbejdsgangene i kronikerbehandlingen. P5 har anvendt disse flowcharts i omkring seks år til at skabe overblik over, hvem der skal gøre hvad, i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af KOL- og diabetespatienter. Via flowcharts kan personale fx se, hvilke kliniske forundersøgelser de skal nå forud for en KOL/diabetes-kontrol. Praksispersonalet anvender dem ved alle konsultationer med de to typer af kronikere.

Denne formalisering af kronikerindsatsen via flowcharts har været tidskrævende for klinikken både at udvikle og implementere. Men oplevelsen hos læger og personale er nu, at de virker tidsbesparende. Ifølge lægerne er det *"et virkelig godt redskab"*, der har medført stor forbedring af deres kronikerindsats. Det har *"rykket helt vildt"* og er *"det bedste nogensinde"*. Lægerne peger også på, at personalets deltagelse i udviklingen har været vigtig i forhold til at opnå ejerskab både til flowchartet som redskab og til de kliniske opgaver og arbejdsgange, der beskrives i flowchartet.

En anden måde, som P5 skaber systematik og overblik på, er via 'fraser' i journalsystemet. Fraserne er standardtekst, der indlæses i den enkelte konsultation, hvor de fungerer som tjeklister for, hvad personalet skal nå igennem og udfylde til en konsultation, herunder mål for blodsukker, plan for svar, ny tid, opgaver i forbindelse med prøver, og om patienten skal have svar per telefon eller mail.

Større ansvar giver arbejdsglæde

Personalet oplever, at lægerne har tillid til deres kompetencer. Sygeplejersken, som er forholdsvis ny i klinikken, sætter stor pris på, at lægerne afgiver langt mere ansvar i kronikerindsatsen sammenlignet med hendes tidligere arbejdsgiver i en anden almen praksis. Hun forklarer, at det er tilfredsstillende at anvende sine kompetencer og opleve, at man aflaster lægerne, som får frigivet tid til andre patienter. Også sekretæren trives med at lave sygeplejefaglige opgaver i tillæg til sine sekretæropgaver. På den måde har uddelegeringen af opgaver en positiv effekt på personalets arbejdsglæde.

Kompetenceudvikling og intern sparring med læger

I klinikken har personalet mulighed for daglig sparring med lægerne. Det foregår ved, at de *"samlers de gule post-it-sedler sammen"* og vender dem med den pågældende kontaktlæge (den, der har flest kontakter med den patient, det vedrører) mellem klokken 12 og 12.30, hvorefter de ringer til patienten. Det betyder, at personalet ikke behøver afbryde lægen under konsultationer, og samtidig kan de hurtigt vende tilbage med svar til patienten.

Personalet i P5 har mange års erfaring fra almen praksis, og dertil holder de sig løbende opdateret gennem kurser. Sekretæren er blevet oplært i sygeplejefaglige opgaver af den tidligere kliniker med fokus på blodprøver, EKG, lungefunktionsundersøgelser mv. samt igennem kurser og lægedage. Personalet har ret til fire kursusdage årligt, hvilket de benytter sig af. De fremhæver PLO-kurser om kost og diabetes som de mest udbytterige. Det skyldes, at kurserne har fokus på sygdom og behandling af denne samt brug af bestemte indholdsstoffer frem for

præparater – i modsætning til medicinalfirmaer, som reklamerer for ny medicin. Et praktisk kursus med Boehringer Ingelheim med fokus på KOL og brug af lungeapparat har også været til stor gavn. Lægedage med ØNH-sygdomme, formaliseret efteruddannelse og temaaftener med medicinalfirmaer nævnes også.

Strategier for at fastholde patienter i forløb

Klinikken beskriver tre strategier til at sikre fastholdelse kronikere. Den første strategi er altid at give patienten en ny tid, når vedkommende er til en kontrol, medmindre patienten selv ønsker at booke sine tider. Den anden er i spil, når patienterne ringer ind for at forny medicin. Her tjekker sekretæren altid, hvornår vedkommende sidst har været til kontrol. Da lægerne ikke fornyer medicin uden en forudgående årskontrol, sikrer sekretæren, at patienten får tid til en årskontrol. Hvis patienten melder afbud til en konsultation, bliver det markeret i systemet med et rødt kryds. Derved kan personalet være opmærksomme på, om patienten bestiller en ny tid. Den tredje strategi er gennemgang af populationen på baggrund af dataudtræk. Klinikken diagnosticerer deres patienter ved hver kontakt, hvilket gør det muligt at foretage dataudtræk fra deres journalsystem. Sekretæren gennemgår, hvornår den enkelte patient har været til årskontrol, noterer dette og ringer patienten op og beder vedkommende bestille en tid. Derved 'fanger' de nogle af de patienter, der fx har haft meldt afbud til en kontrol. Lægerne regner med fremadrettet at foretage sådanne systematiske gennemgange først kvartalsvist og senere halv-årligt eller årligt.

Flere veje til opsporing af kronikere

Generelt oplever klinikken, at de opsporer flere kronikere nu end for nogle år siden. Den kontinuitet, som både læger og personale har med deres patienter, og det kendskab de får herigennem, oplever de som en kilde til opsporing. Særligt sekretæren fortæller, at hun hurtigt kan se på en patient, der kommer ind i klinikken, om der er noget, hun eller den læge der har konsultationen, skal være opmærksom på.

Ifølge praksispersonalet er der flere andre situationer, hvor de opsporer. Det gælder, når en patient ringer og beder om et helbredstjek. Her tilbyder de patienten en lungefunktionsundersøgelse og vurderer yderligere behov for opsporing derfra. Andre gange ringer patienter med længerevarende hoste selv ind og får tid til en forundersøgelse. Andre situationer kan være opfølgning efter indlæggelse med lungebetændelse eller hyppige infektioner eller symptomer som svamp eller sår, der ikke vil hele. Her vil sygeplejersken under behandlingen også tale med dem om deres livsstil og derved gennem afsøge risikoen for KOL/diabetes.

Patienters motivation for egenomsorg varierer med diagnosen

Læger og personale i P5 oplever motivation som en stor udfordring både for forebyggelse og for behandlingen af kronikere. Samtidig oplever de det som en udfordring, der er svær at løse. Særligt KOL-patienter er svære at motivere. Ifølge lægerne er der mange udiagnosticerede patienter med KOL, som ikke ønsker at blive diagnosticeret. Personalet vurderer, at 3 ud af 10 rygere siger nej til et helbredstjek. Det er ofte først ved meget slem forværring af hoste, at denne gruppe får et helbredstjek. Personalet vurderer, at mange KOL-patienter ikke ser sig selv som kronikere og alvorligt syge. De kan have svært ved at se denne realitet i øjnene, og derfor kan de heller ikke se nytte af diagnosticering eller behandling. På den baggrund bliver det en udfordring for læger og personale at motivere KOL-patienter, og de oplever ikke at kunne gøre meget andet end at give disse patienter et tilbud om hjælp.

Omvendt er oplevelsen, at det er nemmere at opspore patienter med diabetes. Det skyldes dels, at sukkertallet fremgår af andre prøver, dels at de selv opsøger hjælp og også har en højere grad af forståelse for sygdommens alvorlighed.

Det samme mønster går igen i arbejdet med forløbsplaner. Når personalet spørger, om patienten vil medvirke, har mange KOL-patienter ofte ikke lyst. Det skyldes ifølge de interviewede, at KOL-patienter ofte er ældre og mindre teknisk dygtige samt generelt har et lavt overskud. De ønsker ikke at få data om en sygdom, som kun bliver værre. Diabetikere udviser generelt større interesse i forløbsplanen. De er ikke helt så gamle som mange af de 'dårlige' KOL-patienter, og de oplever det som meningsfuldt, at personalet kan vise, hvor patienten kan yde egenomsorg, vurderer sygeplejersken.

Det er svært at motivere til kommunale tilbud, og hvad er effekten?

Alle kronikere i P5 bliver informeret om de kommunale tilbud, klinikken har mulighed for at henvise dem til, herunder vejledning om kost, motion og rygestop. Personalet har en oplevelse af, at der også i den forbindelse er variationer i, hvilke patientgrupper der er motiverede for de kommunale tilbud, i tråd med ovenfor beskrevne mønster. De forklarer, at mange KOL-patienter afviser tilbud på grund af manglende overskud. Omvendt oplever de diabetespatienter som mere ressourcestærke, og således har de ofte ikke behov for tilbud, da de fx i forvejen dyrker motion. Derudover kan erhvervsaktive patienter have svært ved at finde tid til det i almindelig dagsarbejdstid. Udfordringen er i den forbindelse er også, fortæller lægerne, at der ikke foreligger viden om effekten af de kommunale tilbud eller nogle former for kvalitetsdokumentation.

Hvad angår diabetespatienter, som bør gå regelmæssigt til fodterapeut, diætist og øjenlæge, forklarer lægerne, at de gør en indsats for at motivere deres patienter til at gøre dette. Men her optræder økonomi som en hindring, da fodterapeut og øjenlæge foregår via egenbetaling. Der til lagt oplever patienterne at gå forgæves til fx fodterapeut, fordi der kan gå flere år, uden at de oplever nogle udfordringer med fodsår eller lignende. På et tidspunkt vil det dog blive nødvendigt, siger lægerne, så derfor er det et punkt i behandlingen, hvor de anlægger en 'mere aggressiv' motivationsstrategi.

Få indlæggelser skyldes bedre medicin og forebyggelse

P5 har ifølge lægerne få patienter, der indlægges eller henvises til hospitalsregi. De har dog ikke data på dette, men udtrykker heller ikke ønske eller behov for disse data.

Lægerne fortæller også, at de sjældent har akutindlæggelser eller henvisninger af diabetespatienter, da disse som oftest er velregulerede. Lægerne kan erindre én diabetespatient, som havde en blandingstype, '1,5'. Den primære årsag til få indlæggelser er ifølge lægerne en markant forbedring af den medicinske behandling, særligt for diabetespatienter. Samtidig sørger lægerne for efter diagnosticering at sætte tidligt ind med massiv medicinsk behandling. Jo hurtigere man starter behandlingen, jo mere mindsker man risikoen for insulinbehandling, forklarer de.

KOL-patienter kan opleve stor forværring, særligt om vinteren, ved lungebetændelse eller behov for ilt, og det er i disse tilfælde, at der kan ske en henvisning til sygehus. Men lægerne fortæller, at de i kraft af en god sygdomskontrol har få KOL-patienter, der bliver indlagt. Derudover har patienterne ifølge lægerne en sikkerhed i, at de altid kan ringe til klinikken og få en akuttid, og på den måde bliver de 'fanget i opløbet', og indlæggelse undgås.

I denne sammenhæng peger lægerne på en særlig udfordrende patientgruppe – borgere af anden etnisk herkomst. Det er lægernes oplevelse, at denne patientgruppe er svær at nå, og

at patienterne ofte ikke møder op til deres kontroller. Udfordringen består både i, at de ofte har en lille forståelse for deres sygdom og generelt for krop og helbred samt en anden livsstil. Men der er også en sproglig barriere i kontakten, hvis patienten ikke kan få en tolk med, samt en økonomisk barriere, der er en hindring for at få medicin. At motivere og behandle denne patientgruppe opleves således som meget komplekst af lægerne.

Sparring med sygehus er blevet nemmere efter overenskomst

Lægerne oplever sjældent at henvise diabetikere eller KOL-patienter til sygehus, men når det sker, benytter de sig af muligheden for at konferere med en specialist på sygehuset. De benytter sig af dette i forhold til at sikre optimal medicinbehandling, fx ved medicinjustering for en diabetespatient, hvor alle lægens muligheder synes udtømte, uden at et godt behandlingsresultat er opnået. Lægerne oplever det som meget positivt at konferere med sygehusets endokrinologer og få gode råd til deres behandling. Specifikt fremhæver lægerne positivt, at sygehusets hotlines er opgraderet med telefonnumre inden for de forskellige specialer. Desuden har lægerne ikke længere en følelse af at forstyrre lægerne på sygehuset, idet de med overenskomsten nu har formel ret og pligt til at ringe før en henvisning.

Potentiale i bedre samarbejde med den kommunale hjemmepleje

Sygeplejersken og sekretæren peger på en anden udfordring i kronikerindsatsen, som handler om samarbejdet med den kommunale hjemmepleje. Udfordringen opstår eksempelvis, når KOL-patienter kommer ind på klinikken med slem forværring. Sygeplejersken undrer sig i disse tilfælde over, at patienten kan have hjemmepleje hver dag, men at der øjensynligt ikke bliver reageret på patientens forværring, fx ved at ringe ind til klinikken. Det medfører, at patienterne kommer ind på klinikken meget sent, hvilket det ville være bedre at undgå. Her rummer indsatsen således et potentiale for forbedring i form af øget samarbejdet mellem P5 og den kommunale hjemmepleje.

Individuel casebeskrivelse af P6

P6 er en relativt nyetableret kompagniskabspraksis med to læger. Praksis blev etableret i 2018 på basis af en solopraksis og med tilkøb af en lægekapacitet fra en nabopraksis. Klinikken ligger i en landsby og har ifølge de to læger en stor andel af ældre og multisyge i patientpopulationen. Lægerne har siden klinikkens etablering været udfordret af personaleudskiftning, idet en erfaren sygeplejerske og sekretær blev headhuntet til andre stillinger. Der er nu ansat en SOSU-assistent, som varetager sygeplejefaglige opgaver og fungerer som sekretær. Klinikken har også en uddannelseslæge. Foruden de personalemæssige udfordringer kæmper lægerne med tekniske udfordringer i lægesystemerne. Baggrunden er, at der blev brugt forskellige lægesystemer i de to tidligere solopraksisser, som klinikken nu omfatter, og lægerne kan kun trække diagnoser fra halvdelen af patientpopulation. Trods udfordringerne arbejder lægerne fortsat på at udvikle klinikkens systematiske kronikerbehandling.

Arbejdsdelingen i klinikken – på vej mod mere uddelegering

SOSU-assistenten varetager alle forundersøgelser til alle kontroller, herunder blodprøver, EKG, lungefunktionsmålinger og samtaler med patienten om KRAM-faktorer. Hun laver omtrent 3-5 forundersøgelser til årskontroller hver dag. Uddannelseslægen varetager også forundersøgelser, men det er ikke tit. I fraværet af en sekretær fungerer SOSU-assistenten derudover som sekretær, hvor hun passer telefonen og indkalder og booker patienter, herunder også til kronikerkontroller. Her er SOSU-assistenten opmærksom på at fange kronikere, der ringer

for at forny recepten på deres medicin, men uden at have tid til en årskontrol. Dette er som i de øvrige klinikker i undersøgelsen en vigtig strategi for at fastholde kronikerne i deres forløb. SOSU-assistenten anslår at ca. 80 % af hendes arbejdstid går med kronikerarbejde, enten i form af forundersøgelser eller medicinfornyelser og eventuelt booking af årskontroller.

På baggrund af SOSU-assistentens forundersøgelser ser lægerne patienterne til kontrol. Typisk går der en uge mellem forundersøgelse og kontrol ved lægen. Det gælder både for kvartals-, halvårs- og årskontroller.

Lægerne har planer om, at en større del kronikerarbejdet skal delegeres ud til personalet. Første skridt bliver, at SOSU-assistenten skal varetage kvartalskontroller. Lægerne peger dog på, at den fremadrettede opgaveglidning bliver en langvarig proces. Det skyldes, at klinikken er relativt ny, og at lægerne har behov for at opbygge kendskab til deres patienter, før de kan overgives til SOSU-assistenten. Det gælder særligt patienterne fra den tidligere nabopraksis. Her er der ca. 1.500 patienter, som lægerne ikke kender ordentligt, og hvoraf mange er ældre og multisyge. Lægerne forventer, at det tager lang tid at opbygge det patientkendskab, som er lægernes forudsætning for at overgive kontroller til SOSU-assistenten. Opgaveglidningen har derfor ifølge lægerne lange udsigter.

Betydningen af kontinuitet

Lægerne fremhæver, at de samtidig med deres fremadrettede planer for opgaveglidning også vil prioritere, at de som læger bevarer et nært patientkendskab. Det skyldes både et hensyn til patientens eventuelle ønsker om at tale med sin læge om andre, bredere emner, end de rent diagnosespecifikke, og at lægerne ser det som nødvendigt, at der er lægefaglige øjne på patienterne, der følger udviklingen i patienternes sygdom, inden der sker eventuelle forværringer. Af disse grunde ser lægerne heller ikke for sig, at årskontroller bliver delegeret ud i klinikken.

Erfaringer med opsporing

Lægerne peger på sekretærfunktionen som et vigtigt led i klinikkens opsporingsarbejde, som dog samtidig kræver en vis erfaring og kompetence hos sekretæren. Opsporingsarbejdet foregår her, når patienter ringer til klinikken og præsenterer symptomer. Sekretæren sammenholder patientens beretning med de faste diagnoser og medicinlisten for at foretage en vurdering af, om patienten skal tilbydes eksempelvis en lungefunktionsundersøgelse eller anden form for screening. Lægerne fortæller, at klinikkens tidligere sekretær over årene havde udviklet gode evner til at *"fange patienter over telefonen"* på denne måde, og lægerne håber derfor at kunne ansætte en ny sekretær med samme evner.

Lægerne har i en periode arbejdet målrettet med opsporing af KOL ved at tilbyde spirometri til folk, der er plaget af hoste eller andre luftvejslidelser, eller som ryger meget. Deres erfaring var, at de fleste patienter takker nej til udredning, og lægerne vurderer, at disse borgere er bange for at gå fra at anse sig selv som værende raske til at være kronisk syge. Lægerne er imidlertid ikke tilbageholdende af eventuel frygt for at sygeliggøre patienter ved denne form for opsporing af KOL, men de fortæller, at det virker demotiverende for opsporingsarbejdet, når de fleste patienter takker nej til en screening.

Opsporingen af KOL har imidlertid ikke været forgæves. Lægerne har ikke et samlet overblik over, hvor mange borgere der er blevet tilbudt spirometri, og hvor mange heraf der har sagt ja og blevet udredt, men de anslår, at de har opsporet og udredt 20 patienter med KOL.

Formalisering har sikret ensartethed og enighed om arbejdsgangene

Lægerne har på forskellig vis arbejdet på at sikre en ensartet struktur i kronikerbehandlingen, herunder ved brugen af fraser, som er et vigtigt redskab for lægerne og personale til at strukturere forundersøgelser og kontroller. Fraser er standardiseret tekst, som er tilgængelig for læge eller SOSU-assistent i lægesystemet, og som hentes ind i den enkelte journaltekst, når det er aktuelt. Når fx SOSU-assistenten laver forundersøgelser, hentes en frase, der opregner, hvad SOSU-assistenten skal indhente af informationer og kliniske målinger til forundersøgelserne. Tilsvarende er der fraser, som hjælper lægen til at strukturere kontroller.

I forhold til at formalisere den mere overordnede arbejdsgang og -deling har klinikken haft besøg af konsulenter fra medicinalindustrien. Konsulenterne har hjulpet med at lave flowcharts på KOL- og diabetesområdet, hvori læger og personale kan se, hvordan opsporing, udredning og behandling skal gribes an i klinikken. Disse flowcharts beskriver både arbejdsdelingen – hvem gør hvad – og hvilke undersøgelser der skal gennemføres i forbindelse med udredning, forundersøgelse og kontrol – som fx, hvordan der skal reageres på resultater af diverse kliniske målinger.

Lægerne fortæller, at det har krævet tilvænning at følge flowchartene, men at det nu fungerer rigtig godt. De peger bl.a. på, at flowchartene er et godt og konkret værktøj til at uddelegere opgaver til personale og til at sikre enighed om, hvordan arbejdsgangene er og skal være. Sidstnævnte var en fordel i forbindelse med en tidligere ansat sygeplejerske, som havde arbejdet 12 år i samme praksis, og havde tendens til at arbejde efter egne rutiner. Derudover fortæller lægerne, at patienter har givet udtryk for, at der er kommet *"mere system i det med at have en kronisk sygdom"* med klarere planer for, hvornår de skal komme til kontroller.

Oplæring og kompetenceudvikling af personale

Hvad angår den interne opkvalificering i klinikken, peger lægerne overordnet set på, at der er en lang række kliniske undersøgelser, hvor det ikke er afgørende, om man er sygeplejerske, SOSU-assistent eller noget tredje, for at kunne varetage dem. Det afgørende er, hvor meget erfaring praksispersonalet har, og hvor læringsparat det er. SOSU-assistenten har fem års erfaring fra almen praksis og otte år fra en akutmodtagelsen forud for sin nuværende ansættelse, og fortæller, at en stor del af hendes kompetenceudvikling har fundet sted i disse tidligere ansættelser, med oplæring af sygeplejersker og læger. Derudover har hun deltaget på PLO-kurser med basalt fokus på sygdomslære og grundlæggende behandlingstilgange inden for KOL og diabetes. For nyligt har hun deltaget i et mere avanceret PLO-kursus med fokus på bl.a. aflæsning af spiometri og diagnosticering af KOL-patienter.

Oplæring kræver tid og rammer til feedback

Hvad angår den interne opkvalificering i klinikken, fortæller SOSU-assistenten, at der i hendes tid i klinikken er sket en udvikling fra, at hun og den tidligere ansatte sygeplejerske følte sig overbebyrdede af nye ting, de skulle lære, til, at lægerne nu har *"trukket lidt mere i land"*. Udviklingen skyldes dels, at førnævnte sygeplejerske ikke længere arbejder i klinikken, dels at SOSU-assistenten og lægerne har fundet en anden rytme for oplæring i erkendelse af, at oplæring kræver tid og rammer til instruktion og feedback.

Fastholdelse af patienter i forløb – tidsbestilling

Tidsbestilling er et vigtigt element i arbejdet med at fastholde kronikere i forløb og sørge for, at de ikke glider ud af systemet. Lægerne har valgt, at der ikke skal bookes tider til årskontroller et år frem i tiden, da patienterne ikke kan huske så langt. I stedet arbejder de ud fra, at patienter

skal til årskontrol i den måned, de har fødselsdag. Med dette afsæt benytter lægerne den enkelte patients stamkort til at notere, hvilke diagnoser patient skal til årskontrol for, og i hvilken måned det skal ske det efterfølgende år. Tanken med at notere dette i stamkortet er at synliggøre årskontroller for både læger og sekretær/SOSU-assistent og ikke mindst at muliggøre, at der til enhver tid kan trækkes lister med, hvilke patienter der skal til årskontrol for hvilke diagnoser i en given måned. På denne baggrund indkaldes patienterne. Lægerne har samtidig bekræftet med patienterne ved den tidligere årskontrol, at de vil blive indkaldt på deres fødselsdagsmåned det følgende år. Klinikken har endnu ikke udviklet dette system fuldt ud, bl.a. på grund af tekniske udfordringer med lægesystemet. Foruden dette system sørger klinikken for, at patienter, der henvender sig for at få fornyet årlige recepter på medicin, også har tid til en årskontrol.

Sammenlægning af lægesystemer skaber data-udfordringer

Lægerne i klinikken har store udfordringer med at arbejde statistisk og datadrevet i kronikerindsatsen. Det skyldes ifølge lægerne, at it-systemudbyderen har overført diagnosekoder forkert fra den tidligere nabopraksis, som blev indlemmet i de to lægers kompagniskab. Lægerne fortæller, at der er omtrent 6.000 diagnoseregistreringer i systemet, som systemet ikke genkender, og som derfor ikke kan søges frem. Fejlen skyldes *ikke*, at der ikke er foretaget diagnosekodning på alle patienterne, men at nuværende system ikke kan genkende diagnosekodningen på de patienter, der stammer fra den tidligere nabopraksis. Når lægerne vil søge klinikens diabetes- og KOL-patienter frem, får de kun data fra de patienter, der er registreret i den oprindelige solopraksis, men alligevel er lægerne ikke sikre på, at de får retvisende data. Lægerne er stadig i kontakt med systemudbyderen for at få rettet fejlene til.

Ordiprax og nationale guidelines – indsats over for afhængighedsskabende medicin

Lægerne anser patienter, der får afhængighedsskabende medicin, som en vigtig kronikergruppe at arbejde med. Her fremhæver lægerne systemet Ordiprax som et relevant redskab til at få overblik over og sammenligne klinikkens medicinudskrivning med andre praksisser i regionen. I arbejdet med den enkelte patient, som får afhængighedsskabende medicin, fremhæver lægerne Sundhedsstyrelsens vejledninger, som fortæller, hvornår man som læge skal bruge og ikke bruge medicinen. Lægerne fortæller, at vejledningerne er gode og meningsfulde, men også lange og derfor svære at bruge i dagligdagen. Vejledningerne er dog vigtige, ikke kun som lægefagligt redskab, men også som rygdækning over for patienter, som føler, at medicinen er deres ret, når de først en gang har fået den på recept, men hvor det lægefaglige perspektiv tilsiger, at patienten skal stoppe medicinen. Eftersom klinikken stadig er relativt ny, har lægerne ikke haft ordentligt grundlag for at vurdere via Ordiprax, om klinikkens medicinforbrug er stigende eller faldende.

Individuel casebeskrivelse af P7

P7 er en kompagniskabspraksis med 5 læger, 3 sygeplejersker, 1 bioanalytiker, 2 sekretærer og 2-3 uddannelseslæger. Praksis ligger i en landsby i en nyistandsat bygning. To af lægerne har været i klinikken i over 14 år, mens de tre øvrige kompagnoner er kommet til i det seneste år. De 3 sygeplejersker har været ansat i praksissen i over 10 år. Patientpopulationen rummer ifølge lægerne en stor andel af ældre borgere, hvoraf mange har kroniske sygdomme. Læger og sygeplejersker i denne praksis har i over et årti arbejdet med at etablere og udvikle en systematisk kronikerindsats til patienter med diabetes og KOL, samt hjertepatienter, og det

fremhæves, at overenskomsten over årene har været med til at skabe dette fokus. Ved istandsættelsen af lægehuset var der også fokus på at skabe gode muligheder for at tilse kronikere, eksempelvis med et rum til lungefunktionsundersøgelser.

Arbejdsdelingen i kompagniskabspraksissen understøttes af manualer

Der er en høj grad af uddelegering fra lægerne til de 3 sygeplejersker. Desuden er arbejdet fordelt mellem sygeplejerskerne, således at en sygeplejerske tager sig af alle KOL-patienter, og en anden tager sig af alle diabetes-patienter, mens den tredje arbejder på tværs af kronikerområdet. Arbejdsdelingen er nedfældet i instrukser baseret bl.a. på DSAM-guidelines. Instrukserne er for personalet tilfredsstillende og giver en frihed, idet personalet selv kan orientere sig, og fordi arbejdsdelingen "*efterhånden sidder på ryggen*". Uddelegeringen af arbejdsopgaver i forhold til patienter med kroniske sygdomme sker, når det er relateret til ukomplicerede patienter. Er der tale om komplicerede patienter, der er multisyge, kommer patienten omkring lægen. En læge fortæller, at der er få kronikerforløb, der kan varetages af sygeplejerskerne alene. Lægerne giver udtryk for, at patientkontinuitet er en kerneydelse i praksis, som giver kvalitet i arbejdet og vækker tillid hos patienten. Imidlertid er der også plads til at organisere kronikerbehandlingen efter, hvad patienten har lyst til.

Uddannelseslægerne spiller en lille rolle i kronikerforløbene. Det skyldes dels, at komplicerede kronikere ofte går ved en fast læge, dels at patienten ikke ønsker, at uddannelseslægen er med, og dels at uddannelseslægen typisk kun er i praksis et år. Det kan dog lykkes, hvis en kroniker opspores omkring den tid, hvor uddannelseslægen starter, hvormed uddannelseslægen kan følge patienten et år.

Sygeplejersken er tovholder på kronikerforløbene

Sygeplejerskerne fungerer som tovholdere for kronikerforløbene og udfører samtidig en række kliniske opgaver. Den nuværende arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker har taget tid at udvikle, og sygeplejerskerne måtte i sin tid overbevise lægerne om, at de besad evnerne til rent faktisk at tage større ansvar på kronikerområdet, herunder fx i forbindelse med udredning af KOL-patienter, hvor en af sygeplejerskerne har stærke kompetencer.

Når det drejer sig om patienter med ukomplicerede, kroniske sygdomme, er sygeplejerskerne i stand til at udrede patienten, igangsætte behandling og iværksætte opfølgning, med bekræftelse fra lægen. Sygeplejersken med ansvar for patienter med KOL har desuden fået kompetence til at udrede patienter, der henvender sig med lungerelaterede symptomer. Mens læger har formel kompetence til diagnosticering, er det altså sygeplejersker, som udfører udredningen. Efterfølgende er det også sygeplejersken, der booker tid til næste årskontrol, for at holde patienten i forløb. Sygeplejerskerne beskriver i den forbindelse sig selv som "*eksperterne*" på kronikergrupper, og fortæller, at lægerne til tider kommer til dem for at sparre omkring, hvilke undersøgelser og behandlingsforløb der er relevante. Lægerne vil gerne, at sygeplejerskerne foretager opfølgningen på årskontrollen, hvilket sygeplejerskerne også vil og gør til tider, men det er svært at finde tid til det blandt deres andre kliniske opgaver. Lægerne fortæller, at hvis de selv skulle lave alle forundersøgelser og kontroller, så ville de umuligt have tid til samtlige patienter. Både læger og patienter er trygge ved sygeplejerskerne, fordi kronikerforløbene er velorganiserede, og fordi sygeplejerskerne har mange års erfaring.

Til en start følges kronikerne tæt, men sidenhen skal de kontrolleres sjældnere

En patient med en kronisk lidelse vil typisk blive fulgt tæt i den første tid, blandt andet fordi patienten skal føle sig tryk, og medicinen skal køres i stilling. Ved diabetes handler det om, at nogle patienter skal have kolesterol- og blodtrykssænkende medicin samtidigt for at passe på

patientens blodkar. Ved KOL følges patienterne også tæt den første tid, således at de opnår den bedst mulige lungefunktion med medicinen. Når patienterne således er under behandling, skal de kontrolleres sjældnere. Det kan for nogle patienter være skræmmende, fordi de er bange for, om de kan mestre deres sygdom. Typisk vil patienter med KOL kun gå til årskontrol og ikke blive indkaldt hvert kvartal og halvårligt, med mindre de har andre sygdomme samtidig.

Personalet ønsker kun at se patienten sjældent, hvis vedkommende er velreguleret. Derfor har patienter skullet vænne sig til at være mere alene med deres sygdom. Det udspringer fra et ønske om at optimere lægehusets interne effektivitet. Sygeplejerskerne har således øvet sig i, at de eksempelvis ikke behøver at se en blodtrykspatient fire gange årligt.

Opsporing af kronikere foregår i det daglige arbejde

Lægerne fortæller, at opsporingen af patienter med kroniske sygdomme sker i forbindelse med, at patienten selv henvender sig til klinikken. Tilbagevendende lungeinfektioner og lungebetændelse samt hoste hos en ryger kan være tegn på KOL, og urinvejsinfektioner kan være tegn på diabetes. Lægerne mener, at de laver en del opsporing i det skjulte, og de patienter, som har kroniske lidelser, bliver årligt undersøgt for, om der også skulle være andre sygdomme.

Behandling og kontrol af kronikere sker i praksis, i eget hjem og på plejehjem

Lægepraksissen behandler og kontrollerer også kronikere uden for egen praksis. Det sker hos patienter med KOL og diabetes i eget hjem og på plejehjem. Nogle patienter er qua deres sygdom meget immobile og kan således ikke komme ind til lægehuset. I de tilfælde planlægger sygeplejerskerne hjemmebesøg i patientens hjem eller på plejehjem. Alt efter hvor kompliceret en sygdom patienten har, vil sygeplejersken i samarbejde med lægen lave løbende kontrol eller årskontrol af patienten. Arbejdsgangsmaterialerne er de samme i og uden for lægehuset.

Fastholdelse af kronikere ved medicinfornyelse

Som en fast del af forundersøgelsen sørger sygeplejerne for at booke tid til næste årskontrol. Dette er en vigtig del af den faste rutine i forhold til at sikre, at patienterne fastholdes i forløb, – initiativet til at booke årskontrol overlades ikke til patienten. Sekretæren er opmærksom på, at en del patienter genbestiller medicin uden at have været til kontrol. Disse patienter fanges ind til konsultation i forhold til at afgøre, hvorvidt medicinen fortsat er passende, eller om der skal gives ny/mere/mindre medicin. Derved kan patientens genbestilling af medicin bruges som et fastholdelsesredskab. En sygeplejerske fortæller også, medicinen til en patient med KOL ved opstart kun er pakket til 30 dage, således patienten er nødt til at komme ind, inden medicinen er brugt, så lungefunktionen kan kontrolleres og medicinen eventuelt justeres.

Formalisering af arbejdsgange i kronikerindsatsen

Foruden manualer som arbejdsredskab til lægepraksissens arbejdsgange understøttes kronikerforløbet af fraser, journalnotater, kronikerpakker.

Fraser er en fortrykt standardtekst, som opregner, hvad patienten skal spørges til ved en kontrol. Brugen af fraser er med til at strukturere konsultationer og sikre stringens på tværs af personale og patienter, således at der bliver gjort det samme af og for alle. Fraser bliver understøttet af et journalnotat, som ofte revideres, så det hele tiden er tydeligt blandt personalet, hvor patienten er i sit forløb. Derudover gøres der brug af kronikerpakker, der indeholder de undersøgelser, en patient skal have, og hvad der er relevant ved en opfølgning. Som eksempel

nævnes en blodprøvepakke. Kronikerpakkerne er overordnet tilpasset komplicerede og ukomplicerede patienter.

Kronikerforløbet understøttes ind til videre ikke af forløbsplaner. Læger og personale er bevidste om forløbsplanerne, men har svært ved at se gevinsterne. Lægerne har en oplevelse af, at *"det er noget, de skal udfylde, hvilket de gør, fordi nogen kigger dem over skulderen"*, men det er ikke deres oplevelse, at patienterne gør brug af forløbsplanerne. Lægerne ser ikke forløbsplanerne som et relevant redskab, da de, sammenlignet deres eksisterende arbejdsredskaber, ikke bidrager med noget ekstraordinært til at holde overblik over kronikerforløbene. Dog tror lægerne, at de på sigt kan drage nytte af de data, der er i forløbsplanerne. Det kræver, mener lægerne, at forløbsplanerne skal have været i gang et år, før der er tilstrækkeligt med data til, at det er relevant at beskæftige sig med. To gange tidligere har praksissen brugt datatræk til systematisk gennemgang af alle diabetes og KOL-patienter uden registreret diagnose med henblik på at sikre, at alle er i behandlingsforløb.

God adgang til sparring, men begrænset adgang til specialiserede kurser

Sparring mellem læger og sygeplejersker foregår løst og ad hoc. Der er også netop indført supervision, som sygeplejerskerne kan få hos lægerne ved behov. I det daglige arbejde har sygeplejerskerne altid mulighed for at banke på døren, og hvis der er andet, de er usikre omkring, kan de skrive en notits i journalen, og så sender lægerne en plan retur for patienten. Primært er det dog sparring omkring konkrete patienter, som sygeplejerskerne har mest brug for og gavn af.

Lægerne udtrykker, at de *"i al beskedenhed gør det godt"* og er fagligt opdaterede i kronikerbehandling. Alle ansatte deltager i systematiske efteruddannelseskurser på både det somatiske og psykiatriske område, og lægehuset har også afholdt aftenmøder omkring diabetes og KOL. Lægerne anser også sygeplejerskernes erfaringer som en vigtig faktor i kronikerindsatsen. Som ny sygeplejerske skal man lære at tolke nationale guidelines på kronikerområdet, men *"det har de allerede styr på"*. Sygeplejerskerne fortæller selv, at de kurser, der bliver udbudt nu, er for basale til deres niveau. De oplever, at der generelt mangler kurser for de specialiserede sygeplejersker, som har været på kronikerområdet i mange år. KOL-sygeplejersken peger dog på, at kurser udbudt fra den respiratoriske lægemiddelindustri er mere specialiserede og matcher de garvede sygeplejerskers niveau.

Brobygning til kommunale tilbud

Det opleves svært for personalet at brobygge til kommunale tilbud. Tidligere har lægehuset haft gruppebaserede uddannelsesforløb for patienter med kroniske lidelser, med en tilknyttet diætist og diabetessygeplejerske. Det var succesfuldt, men stoppede igen. En læge nævner, at sådanne indsatser jo ikke er noget, man bliver belønnet for. Lægerne oplever, at de tilsvarende kommunale tilbud, som fx et diabetikerforløb, foregår langt væk fra patienten. Det udgør for nogle patienter en barriere, da det kan være vanskeligt for nogle patienter at deltage, hvis det er 20 km fra deres bopæl.

Henvielse til sygehuset

Lægerne har let ved at henvise patienter til sygehuset, hvis deres sygdom er kompliceret. Læger og personale har et skema over forskellige patient-risikogrupper på KOL og diabetes, og bruger disse til at afgøre, hvornår patienten bør tilses af speciallæger på et ambulatorie. Patienterne henvises således til sygehuset, når der ikke er tilstrækkelig sygdomskontrol. Den eneste udfordring kan være, at patienter i et forløb på sygehuset gerne vil have taget blod hos egen læge på grund af patientens afstand til sygehuset, men det må lægerne ifølge dem selv

ikke tilbyde, når først behandlingen foregår på ambulatoriet. Lægerne har ikke overblik over, hvor mange patienter de har henvist, men er overbevidst om, at det kun er få.

Individuel casebeskrivelse af P8

P8 ligger i en storby. Klinikken har udviklet sig fra en solopraksis med en af de nuværende ejerlæger, over en samarbejdspraksis med to ejerlæger til siden 2018 et kompagniskab med fem ejerlæger. Klinikens lægekapacitet gør det muligt til at fritstille én læge fire dage om ugen, som besvarer e-mails, har korrespondancer med kommunen og foretager hjemmebesøg.

Personalet består af to sekretærer, to SOSU-assistenten, en jordemoder og en sygeplejerske samt to uddannelseslæger.

Klinikken har en patientpopulation på omkring 9.100 patienter. Lægernes oplevelse er, at populationen er blevet tungere i takt med, at praksissen er vokset. Tidligere var det primært børnefamilier og velfungerende, 'raske' patienter. Nu består populationen ifølge lægerne af mange ældre, mange kronikere, flere af anden etnisk herkomst og flere socialt udsatte borgergrupper. KOL- og diabetespatienter udgør ifølge lægerne ikke en stor andel af den samlede population, men alligevel er det den patientgruppe, der fylder mest i klinikken, fordi det er "*dem, vi ser heroppe*", fortæller en af lægerne.

Øget uddelegering til personalet

I kronikerindsatsen varetager sygeplejersken og den ene SOSU-assistent de samme opgaver. Det gælder blodprøve, EKG, lungefunktionsundersøgelse, gennemgang af KRAM-faktorer, livsstilssamtaler om blandt andet rygestop og kost samt forløbsplaner på diabetespatienter. Lægen fortæller, at de inden for det seneste år har arbejdet på at uddelegere stadig flere af de kronikerrelaterede opgaver til personalet. Arbejdet har bl.a. været motiveret af overenskomstens fokus på at flytte kronikerbehandling fra ambulans regi til almen praksis samt et ønske om at bruge ressourcer optimalt. Tidligere varetog sygeplejersken og den ene af de to SOSU-assistenten forundersøgelser til alle kontroller samt opfølgende konsultation ved 3- og 6 måneders-kontroller. I løbet af de seneste to år er arbejdsdelingen udviklet, således at personalet nu også varetager konsultationer ved årskontroller med patientens prøvesvar og behandlingsplan. Det er dog kun for de 'ikke-komplekse' diabetespatienter, det gælder.

Arbejdet med at uddelegere har været omfattende, fortæller lægen. Da klinikken har deltaget i et udviklingsprojekt om diabetespatienter, fandt de det mest oplagt at øge uddelegeringen af denne patientgruppe først. Derfor er indsatsen for KOL-patienter ikke uddelegeret i samme grad. Andre årsager til det er, at flere af KOL-patienter i forvejen har forundersøgelse samt opfølgning hos praksispersonalet, samt at de ofte har færre kontroller, hvorfor lægerne ikke vurderer behovet for yderligere uddelegering som lige så stort som for diabetespatienterne.

I forbindelse med dette projekt lavede lægerne en gennemgang af hele diabetespopulationen og foretog en kategorisering af hver enkelt patient i kategorierne kompleks/ikke-kompleks. Derudover laver de hjælpenotater i de enkelte patienternes journal, som praksispersonalet kan støtte sig til. SOSU-assistenten giver udtryk for, at hjælpenotaterne er en stor hjælp. Personalet oplever det som meningsfuldt, at lægerne ikke bruger tid på ukomplicerede og velregulerede patienter.

For cirka et år siden lavede klinikken i fællesskab et arbejdsflow-diagram for kronikerindsatsen, men angiver, at den trænger til at blive opdateret. Arbejdsdelingen er derudover ikke understøttet i generelle instrukser, men til gengæld af de førnævnte patientspecifikke hjælpenotater i journalen til sygeplejersken og SOSU-assistenten. Praksispersonalet har ikke umiddelbart ønsket om generelle instrukser, og henviser til, at lægerne kender dem og deres kompetencer, og at de har gode muligheder for at konferere med en læge i tvivlstilfælde.

Kompetenceudvikling og interne videndelingsmøder

Ifølge lægerne er uddelegeringen i høj grad gjort mulig dels af gennemgangen af diabetespatienter dels af intern sparring og ekstern kompetenceudvikling. Sparringen foregår både dagligt og på videndelingsmøder hver anden uge. Hvor videndelingsmøderne tidligere foregik mere ad hoc bliver de nu skemalagt grundet den øgede uddelegering. På videndelingsmøderne kan sygeplejersken og SOSU-assistenten konferere med en læge. Samtidig har klinikken en administrationslæge, som er til rådighed for spørgsmål og sparring i løbet af dagen. Det medfører, at personalet kan undgå at afbryde konsultationer.

På videndelingsmøderne er der også undervisning fra en læge eller uddannelseslæge samt eksterne undervisere. Derudover har personalet mulighed for at tage kurser. SOSU-assistenten fremhæver et PLO-kursus om diabetes og insulinopstart samt kurser ved Steno Diabetes Center. For hende er de mest brugbare kurser kendetegnet ved god sygdomslære og instruks i, hvordan man tager fat om de svære patienter, hvor det ikke går som forventet.

Uddelegering gør det nemmere at være læge

Lægerne fortæller, at de via uddelegering af opgaver til personale dels får mere velregulerede patienter, dels får frigivet mere tid til andre elementer af patientens behandling. Lægerne oplever sygeplejersken og SOSU-assistenten som meget sikre og *"lidt skarpere end os"*, når det kommer til det diagnosefokuserede arbejde i forundersøgelser og kontrollerne. En af lægerne beskriver dette som en basal forskel mellem lægers og sygeplejerskers faglighed, og at denne forskel gør opgavedelingen meningsfuld. Praksispersonalet trives med at skulle forholde sig regelret til tal, prøver og målinger, hvilket ifølge lægen giver bedre regulerede patienter, hvis man kigger diagnosespecifikt på de rent kliniske parametre. Omvendt trives de ikke med usikkerhed, hvis en diabetespatients blodsukker fx ikke bliver bedre – hvor skal kræfterne så lægges? Sådanne vurderinger trives lægerne med. Når de opfølgende samtaler er forberedt af personalet, får lægen frigivet tid til at anlægge et 'helikopterblik' på patienten og tale om andre ting, der også kan være relevante for læge eller patient at vende. Lægerne oplever personalets høje kompetenceniveau som en lettelse for deres arbejde og udtrykker, at det med uddelegeringen er *"blevet nemmere at være læge"*.

Uddelegering kræver tilvænning og kontinuitet

Selvom uddelegeringen har gjort det nemmere at være læge, kræver det tilvænning for læger såvel som patienter. Lægerne fortæller, at de har svært ved at *"give patienterne fra sig"*, og at nogle af deres patienter skal overtales til, at deres årskontrol nu foregår ved sygeplejersken eller SOSU-assistenten. De oplever, at patienterne, når de først har sagt farvel, accepterer, at behandlingen af deres diabetes eller KOL primært foregår med praksispersonalet. Det afspejler et behov for kontinuitet hos både læge og patient, hvorfor patienterne har en fast SOSU-assistent eller sygeplejersken, hvorved kontinuiteten ikke mistes, men flyttes til SOSU-assistent/sygeplejerske.

Lægekapa­citet giver mulighed for udkørende funktioner

Lægernes mener, at de altid har *"haft godt fat i"* deres kronikere, men peger samtidig på, at de i løbet af de seneste år er blevet bedre til at håndtere kronikere, hvilket skyldes stor kapacitet i form af meget personale og dermed også kompetencer. Lægekapa­citeten giver mulighed for, at lægerne hver dag på skift varetager udkørende funktioner med mange opfølgende sygebe­ søg og opfølgninger på indlæggelser. En af lægerne giver et konkret eksempel, hvor de i sam­ arbejde med det kommunale akutteam forebyggede en indlæggelse. I eksemplet blev lægen kontaktet af en hjemmesygeplejerske, som vurderede patienten som delirøs, men var usikker på, om det havde en somatisk årsag. Det vil ifølge lægen almindeligvis kræve en indlæggelse at afklare dette. Lægen fik i stedet det kommunale akutteam til at undersøge patienten og fandt, at der ikke var en somatisk årsag til patientens delirøse tilstand. Dermed løste situationen sig uden en indlæggelse. På den måde bidrager klinikkens lægefaglige kapacitet og tilsvarende organisering til samarbejdet med det kommunale akutteam.

Forløbsplaner er ikke et meningsfuldt redskab

Læger og personale anser ikke forløbsplaner som et meningsfuldt redskab for hverken læge eller patient. Lægerne fortæller, at forløbsplanerne ikke bidrager til deres arbejde eller giver et bedre overblik, og derudover indebærer det dobbeltregistrering for sygeplejersken og SOSU-assistenten. Lægerne ser dog et potentiale i at få nogle data retur på baggrund af ind­ rapporteringerne, som kan erstatte de mere håndholdte gennemgange, de p.t. foretager ved at trække lister baseret på diagnosekodning i journalsystemet.

Både læger og personale erfarer, at meget få patienter er interesserede i forløbsplanerne, og de tvivler på, om patienterne kigger på planerne derhjemme. Oplevelsen er, at patienten ikke har behov for at kunne se en graf over sygdommens udvikling. SOSU-assistenten vurderer, at det både kan skyldes, at patienten ikke har it-kompetencer, samt at det er demotiverende, hvis udviklingen i sygdommen er negativ, fx for KOL-patienter, der oplever at grafen for lungefunk­ tionen går nedad. Hvis patienten ikke kigger på planerne hjemmefra, ser personalet ikke meget formål med at udfylde dem.

P8 nyder godt af sparring med endokrinologer på sygehus og Center for Diabetes

Lægerne vurderer, at de henviser relativt få KOL- og diabetespatienter til sygehus. Det er pri­ mært akutte KOL-patienter og meget få diabetespatienter. Lægen kan erindre to patienter med diabetes, som er blevet henvist, hvoraf den ene var en nyopdaget patient med type 2-diabetes og den anden en type 1,5. Lægerne peger på, at en årsag til de få henvisninger er et projekt om diabetespatienter, som klinikken deltager i. Projektet giver gode muligheder for sparring med en endokrinolog på et endokrinologisk ambulatorium.

Herudover er der, fortæller SOSU-assistenten, mulighed for at kontakte sygeplejersker i Center for Diabetes for sparring. Klinikken har et godt samarbejde med centret, der er et kommunalt tilbud, som tilbyder forskellige kurser og rådgivning til patienter med type 2-diabetes. Det ople­ ves som et godt tilbud af personalet, og omkring 20 % af klinikkens diabetespatienter benytter sig af tilbuddet, hvilket ifølge den ene læge er højt sammenlignet med andre klinikker. KOL- patienter henvises til rehabilitering i et kommunalt sundhedscenter med fokus på motion og vejrtrækningsøvelser, og ifølge SOSU-assisten benytter en stor del sig af tilbuddet,

Motivation er den største udfordring

Læger og personale oplever det som en stor udfordring at motivere kronikere til livsstilsæn­ dringer. Årsagerne til KOL og diabetes er ofte mangeårige vaner og en livsstil, som er svær at

ændre på. "Hvis vi bare kunne få dem til at holde op med at ryge", siger en af lægerne. Motivation beskriver lægen som en uforudsigelig og "sjov størrelse", hvor patienter pludselig efter 20 konsultationer med snak om rygestop, stopper med at ryge, måske fordi nogle specifikke hændelser i patientens liv netop dér har skabt en motivation.

Fra kontroller til mulighedssamtaler

Klinikken prøver en anden tilgang til multisyge kronikere, hvor de forsøger at slå kontroller sammen og i højere grad at inddrage patienten ved fx at spørge: "Hvor meget fylder din diabetes?" Ifølge lægerne kan den enkelte kroniske lidelse ofte vise sig at fylde meget lidt sammenlignet med fx ondt i knæet eller ensomhed, når man spørger patienten. Tilgangen gør det muligt at fokusere på, hvad det er vigtigt for patienten, at lægen prioriterer i behandlingen, hvilket samtidig øger patientens motivation for behandlingen. Lægerne oplever imidlertid et krydspres i denne tilgang til behandlingen af kronikere, idet der på den ene side har krav og tjeklister, der skal udfyldes, mens der på den anden side står patienten, som måske har nogle andre behov, som gør, at en årskontrol, der fokuserer på den enkelte diagnose, ikke opleves som meningsfuld. Derfor arbejder klinikken på at ændre tankegangen og sprogbrugen, således at en 'årskontrol' i stedet bliver en 'mulighedssamtale', hvor det ud fra et holistisk blik på patienten og med inddragelse af patientens ønsker afklares, hvad den bedste behandlingsmulighed er.

Manglende forebyggelsesmuligheder for udsatte med prædiabetes

Lægerne peger på manglende kommunale forebyggelsestilbud til prædiabetikere som en udfordring, de finder "helt grotesk". Det gælder særligt gruppen af misbrugere samt patienter med skizofreni, der bliver overvægtige på grund af antipsykotisk medicin, er rygere og har en skadelig livsstil kombineret med dårlig egenomsorg og få ressourcer, fortæller lægerne. De oplever denne gruppe som de mest somatisk syge og samtidig de dårligst behandlede. Derfor ser lægerne et stort behov for målrettede forebyggelsestilbud til denne patientgruppe, som ifølge lægerne enten har eller er i stor risiko for at udvikle diabetes. Pointen er således, at diagnosen bliver 'adgangsbillet' til de kommunale tilbud, mens der er borgere, der (endnu) ikke har diagnosen, som har allermest behov.

Individuel casebeskrivelse af P9

Dette kompagniskab ligger i en mindre provinsby med et stort landdistrikt som optageområde. Patientpopulationen rummer ifølge lægerne både yngre og ældre familier, og heriblandt fylder et stort antal ældre, multisyge kronikere meget i lægernes og personalets arbejdsdag. Lægehuset ligger i stort etplans-byggeri med faste konsultationsrum til hver sygeplejerske, rum til bioanalytikerens prøvetagninger og et stort venteområde til patienter. Lægehuset har også skadestuefunktion og varetager ifølge lægerne en del akutte kontakter, som typisk ville ligge ved hos sygehusets skadestue, fx øjenskader og sår.

Lægehuset har haft KOL som interesseområde i flere år, hvilket bl.a. afspejler sig ved, at sygeplejerskerne er begyndt at varetage KOL-årskontroller, uden at denne opgaveglidning har indebåret nævneværdig oplæring eller organisatorisk forandring.

Læge og sygeplejerske arbejder i faste behandlerteams

En af de interviewede læger tiltrådte som ejer i 2006 og fortæller, at der dengang var blandede holdninger blandt klinikkens læger i forhold til hvorvidt kronikerbehandlingen skulle systematiseres med kontroller og forebyggende indsatser. Siden da er klinikkens kronikerbehandling

udviklet hen imod en systematisk tilgang med stadig mere forfinede instrukser for kronikerkontroller og arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale. I dag er kronikerbehandlingen struktureret således, at hver kroniker er fast tilknyttet et behandlerteam bestående af en læge og sygeplejerske i lægehuset. Læger og personale bruger 'flydenotater' – notater som 'flyder oven på' den øvrige historik af notater i den enkelte patients journal. Af flydenotaterne fremgår det bl.a., hvilken læge og sygeplejerske den enkelte patient er tilknyttet, samt hvilke kroniske diagnoser patienten skal til kontrol for og hvornår. Flydenotaterne fremhæves som en vigtig funktion i forhold til at sikre fælles overblik over de kroniske patienter og minde om tider til årskontrol

Medicinstuderende fra universitetet laver kliniske forundersøgelser

Bioanalytikerne laver blodprøver og EKG'er forud for alle kronikerkontroller. Som noget særligt har klinikken ansat 8 medicinstuderende, som arbejder på skift hver dag i ugens løb og hjælper bioanalytikeren med disse prøver. De medicinstuderendes arbejde udføres under tæt supervision af bioanalytikeren, og arbejdsmængden med blodprøver og EKG'er er fordelt cirka ligeligt mellem bioanalytikerne og de medicinstuderende. En af lægerne fortæller, at ansættelsen af de medicinstuderende dels er omkostningseffektivt, dels en strategi for at skabe en tidlig interesse for almen praksis blandt de studerende – med mulighed for at de i fremtiden vil se netop denne praksis som attraktiv karrieremulighed.

De erfarne sygeplejersker har overtaget KOL-årskontroller

Sygeplejerskerne varetager selvstændigt konsultationen ved kvartals- og halvårskontroller på både KOL og diabetes. Derudover har sygeplejerskerne for nylig overtaget årskontrollen for KOL-patienter. En af lægerne fortæller, at udelegeringen af KOL-årskontrol ikke har indbefattet en større indsats i forhold til ekstra oplæring af sygeplejerskerne eller forandrede arbejdsgange i klinikken. Det skyldes, at sygeplejerskerne de seneste fem til seks år i forvejen har lavet meget grundige og omfattende forundersøgelser inklusive forslag til behandlingsplan og medicinering, som lægerne dernæst har effektueret. Lægen tilføjer, at sygeplejerskerne er blevet så dygtige, at de ofte er bedre end lægerne selv til at tolke resultater af LFU. Uddelegeringen af KOL-årskontrol har derfor snarere været en ændring i formaliteterne, end det har været en ny indsats, der skulle udvikles i praksis. En af lægerne tilføjer, at uddelegeringen af årskontrollen er foranlediget af bedre ressourceudnyttelse, herunder at det så vidt muligt skal være sygeplejersker, der opretter og arbejder med de nye forløbsplaner. Årskontroller for diabetikere varetages stadig af lægerne.

Sygeplejerske-patient-kontinuitet

Lægerne i P9 peger på, at uddelegering af årskontrol ikke skaber udfordringer i forhold til kontinuiteten i læge-patient-forholdet. De fremhæver, at det i forvejen er sygeplejerskerne, der har varetaget størstedelen af arbejdet og patientkontakten i forbindelse med forundersøgelser til KOL-årskontroller, og at der i stedet for læge-patient-kontinuitet opstår en sygeplejerske-patient-kontinuitet. Derudover peger lægerne på, at KOL-patienterne, eftersom flere af dem er multisyge, ses af lægen i forbindelse med andre diagnoser. Endelig fremhæves det, at organiseringen med faste behandlerteams sikrer et kontinuerligt blik på patienten fra samme sygeplejerske og læge.

Grænser for uddelegering

På trods af et erfarent praksispersonale er der stadig kronikeropgaver, som kan være svære at uddelegere. Lægerne fremhæver hypertension som et område, hvor de igennem flere år har arbejdet på at lave klare instrukser til sygeplejerskerne for medicinering, men hvor det stadig

ofte ender med, at patienterne får tid hos både sygeplejerske og læge. I interviewet med sygeplejerskerne fremhæves hypertension vel at mærke som en af de mindst komplicerede diagnoser at varetage, grundet de detaljerede instrukser. Men lægerne nævner stadig eksempler, hvor medicineringen har været uhensigtsmæssig. Udfordringen er ifølge lægerne, at blodtryksmålinger sjældent giver et entydigt svar på, hvorvidt patienten skal have mere blodfortyndende medicin eller ej, og hvilken medicin patienten i givet fald skal have. På den ene side kan der være kliniske retningslinjer, som dikterer, at der skal skrues op for medicin. På den anden side er der vurderingen af 'den hele' patient, som måske har flere andre diagnoser, og hvor det kan være risikabelt at skrue op for medicinen. Lægen forklarer, at sygeplejerskerne grundlæggende har det bedst med at følge regler i behandling frem for egne vurderinger, og at de i tilfælde som dette vil finde det tryggest at skrue op for medicinen, hvis de skulle varetage behandlingen selv. Som oftest sker det dog, at sygeplejersken spørger lægen, og at patientens hypertension ender med ikke at være uddelegeret. Samtidig erkender lægerne, at opgaveglidning er en proces, som kræver lægernes tålmodighed, idet praksispersonalet spørger mange gange om det samme for at opbygge den nødvendige tillid til egne evner.

Forløbsplaner har åbnet nye muligheder for datatræk

Det er kun i begrænset omfang, at lægehuset er begyndt at arbejde med forløbsplaner. Men lægerne fremhæver, at der med forløbsplanerne er kommet nye muligheder for at lave statistiske datatræk på deres KOL- og diabetespatienter, hvilket de nyder godt af. Lægerne fortæller, at de siden lukningen af DAK-E og Datafangst-modulet for fem år siden haft dårlige muligheder for at lave dataudtræk til målrettede indsatser. De er til gengæld glade for, at de via de nye forløbsplaner for KOL og diabetes nu (igen) begynder at kunne trække data på disse patientgrupper. I forhold til de fremadrettede muligheder i forløbsplanerne nævner en af lægerne, at hun regner med, at hun *"får meget mere ud af det, fordi man kan også få dem [de patienter, red.] frem, som udebliver fra årskontrol, samt stratificere for risiko, og generelt bare lave bedre kvalitetssikring"*.

Lægerne uddyber, at det i princippet er muligt for dem at trække en lang række statistiske data til målrettede indsatser via deres eget journalsystem, men at det er betydeligt mere tungt og tidskrævende, og at data ikke er ligeså valide som de data, der trækkes via forløbsplan-modulet. Denne bemærkning skal også ses i lyset af, at en af klinikkens sekretærer, som har arbejdet i klinikken i over 15 år, har en særlig funktion som *"den, der trækker data"*. Dermed synes omstændeligheden ved at lave dataudtræk fra klinikkens system ikke at skyldes, at der mangler en medarbejder, som er dedikeret til noget sådant 'dataarbejde'.

Svært multisyge er en udfordring at systematisere

Blandt klinikkens patienter er der ifølge lægerne mange svært multisyge med fx fem til seks kroniske diagnoser. Det kan fx være patienter, der har KOL og tidlige blodprop i hjertet og apopleksi samt hypertension og diabetes. For disse patienter kan det være svært at lave en systematisk indsats baseret på enkelte diagnoser, ligesom for de øvrige kronikere. Det ville indebære mange kontrolbesøg for patienten, hvilket udfordrer de tilgængelige lægefaglige ressourcer, samt mange konsultationer, hvor der kun ses på enkelt diagnoser frem for på helheden. Sidstnævnte indebærer risikoen for, at virkningen af patientens samlede medicinering ikke får tilstrækkelig kritisk opmærksomhed, fortæller lægerne. De forsøger på ovennævnte baggrund at slå årskontrollerne sammen, således at patienter med fem til seks diagnoser kommer til to store årlige kontroller – en om foråret og en om efteråret. Lægen ser det dog som en udfordring, at der ikke er en formel kategori for fx 'multisygdoms-årskontrol' med bedre tid til at se på helheden.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD