

Midtvejsevaluering af Klinik for Almen Medicin i Lemvig

Organisering, ydelser og patientoplevelser



*Midtvejsevaluering af Klinik for Almen Medicin i Lemvig
– Organisering, ydelser og patientoplevelser*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-093-1

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301481

Finansiering: Region Midtjylland

VIVE

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

Lemvig er et af de områder i Danmark, hvor det er svært at tiltrække alment praktiserende læger. I 2019 oprettede Region Midtjylland derfor *Klinik for Almen Medicin* i Lemvig. Klinik for Almen Medicin er en ud af flere regionsejede klinikker i Danmark, som etableres på baggrund af en lægedækningsudfordring og med et samtidigt formål om at afprøve nye organiserings- og driftsformer, der kan styrke nærhed og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Region Midtjylland har indgået aftale med Sundheds- og Ældreministeriet om, at Klinik for Almen Medicin skal evalueres midtvejs og ved afslutning af klinikkens 6-årige driftsperiode. Region Midtjylland har lavet en aftale med VIVE om at udføre evalueringerne.

Med denne midtvejsevaluering belyser vi etableringen af Klinik for Almen Medicin og klinikkens udvikling i de første år. Evalueringen inkluderer perspektiver fra klinikkens personale, samarbejdspartnere og patienter, og ser ligeledes på udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi.

Vi håber, at midtvejsevalueringen kan bidrage til Region Midtjyllands fremadrettede overvejelser og beslutninger i relation til Klinik for Almen Medicin. Evalueringen er desuden den tredje af sin art, som VIVE laver. Derfor håber vi også, at evalueringen i samspil med de øvrige kan bidrage til en bredere forståelse af de mulige udfaldsrum for regionsklinikkers etablering og udvikling, samt til inspiration og læring på tværs af regionerne om udfordringer og muligheder i disse processer.

Evalueringen er udarbejdet af senioranalytiker i VIVE, Morten Bonde Klausen, og projektchef i VIVE, Martin Sandberg Buch.

Vi vil gerne rette en tak til Region Midtjylland for samarbejdet om evalueringen og særligt til personalet i Klinik for Almen Medicin for at stille op til interviews og være behjælpelig med den øvrige dataindsamling. Endelig vil vi takke de to eksterne reviewere, som har bidraget grundigt og konstruktivt til kvalitetssikring af rapporten.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

1	Indledning	11
1.1	Evalueringens formål og datagrundlag	11
1.2	Læsevejledning	13

2	Regionsklinikkens etablering og udvikling	14
2.1	Tidslinje	15
2.2	Bemanding og udskiftning	17
2.3	Daglig ledelse	18
2.4	Klinikkens drift og personalets arbejdsdeling	19
2.5	Udviklingsprojekter	22
2.6	Opsamling	25

3	Udvikling i klinikkens ydelser og økonomi	27
3.1	Regionsklinikkens patientpopulation og ydelser sammenholdt med Vestklyngen	27
3.2	Regionsklinikkens driftsomkostninger	34
3.3	Opsamling	37

4	Regionsklinikkens daglige organisering og patientrettede arbejde	39
4.1	Klinikkens dagsprogram	39
4.2	Samarbejdet med kommunen	43
4.3	Opsamling	48

5	Patienternes perspektiver på regionsklinikken	50
5.1	Overgangen til regionsklinikken	50
5.2	Patientoplevet kontinuitet i relation til læger og øvrigt personale	52
5.3	Patienttilfredsheden i regionsklinikken vs. Vestklyngen	55

5.4 Opsamling	61
<hr/>	
6 Konklusion og anbefalinger	62
6.1 Hovedkonklusioner	62
6.2 Diskussion og anbefalinger	63
<hr/>	
Litteratur	67
<hr/>	
Bilag 1 Evalueringens data og metoder	69
<hr/>	
Bilag 2 DanPEP-besvarelser	77
Spørgeskemaresultater fra praksisklinikken og DanPEP inklusive 'intet svar'- og 'ved ikke'-besvarelser	77

Hovedresultater

Mangel på alment praktiserende læger er en central udfordring i det danske sundhedsvæsen, som særligt mærkes i yderområderne. På den baggrund er der opstået nye klinikformer, hvor læger ansættes i klinikker, som ejes og drives af regionerne. Regionsklinikker er kommet af nød, men ses også som en mulighed for at afprøve nye samarbejdsformer mellem sundhedsvæsenets sektorer og for at nytænke driftsformen i almen praksis. Dette er også tilfældet i Lemvig, hvor Region Midtjylland i 2019 etablerede *Klinik for Almen Medicin*, som VIVE har fået til opgave at evaluere hhv. midtvejs i den aftalte projektperiode og ved afslutningen i 2024. Denne rapport udgør midtvejsevalueringen, som undersøger:

- Klinikken etablering og arbejdet med at bemande, lede og bygge en klinikdrift op fra bunden samt arbejdet med klinikken udviklingsprojekter
- Udviklingen i klinikken ydelser og økonomi
- Klinikken daglige patientrettede arbejde og patienternes oplevelser af at være tilknyttet regionsklinikken.

Evalueringens primære fund

Nedenfor opsummeres evalueringens vigtigste fund. En komplet sammenfatning og udfoldet version af evalueringens konklusion og anbefalinger findes i kapitel 6.

- **Ledelsesmæssig overgangsfase:** På evalueringstidspunktet består den daglige ledelse af et tværfagligt team i klinikken, som sparrer med en ekstern og erfaren almen mediciner. Modellen er midlertidig og opleves positivt, men samtidig fremstår et behov for en fast daglig leder til at sætte retning for klinikken udvikling og rammer for personalets opgavevaretagelse. Klinikken har umiddelbart efter evalueringen ansat en ny leder.
- **Behov for optimering af driften:** Teamledelsen ser et behov for at optimere klinikken drift og ressourceudnyttelse. Det gælder særligt i forhold til at udvikle rammer og kompetencer, så flere lægefaglige opgaver delegeres til øvrigt personale. Hertil kommer generel systematik og redskaber til overblik og reduktion af spildtid i det patientrettede arbejde. Optimeringen af driften er en langstrakt proces, som vurderes at tage op imod 2 år.

- **Udviklingsprojekter:** Regionsklinikens udviklingsfunktion har udmundet i forskellige typer forskningsprojekter, som indebærer indsatser i almen praksis og indsatser med et tværsektorielt fokus. Projekterne har i høj grad været drevet af den tidligere leder og fremstår relativt afkoblet fra personalet og udviklingen af klinikens drift.
- **Færre kontakter end PLO-praksis og ingen videokonsultationer:** Det samlede antal af kontakter pr. patient er lavere i regionsklinikken sammenlignet med PLO-praksis i området. Det afspejler sig dels i færre fremmødekonsultationer, hvor der er op til 25 % færre kontakter, men den tydeligste forskel ses i forhold til e-konsultationer og sygebesøg, hvor der er op til hhv. 85 % og 76 % færre kontakter. Det hører med til billedet, at regionsklinikken ikke laver videokonsultationer. De identificerede forskelle kan i nogen grad kobles til fund i evalueringens kvalitative analyser, men kan samlet set have baggrund i flere forskellige virkningsmekanismer, hvorfor der er ikke grundlag for at drage håndfaste konklusioner på dette punkt.

Konklusion

Klinik for Almen Medicin har skabt en almen praksis drift, hvor personalet oplever gode rammer og et godt arbejdsmiljø, og hvor patienter i overvejende grad – og trods personaleudskiftning – oplever kontinuitet og et højt serviceniveau. Klinikens daglige skema afspejler en 'almindelig' lægepraksis, og fraværet af ydelseshonorering er indtil videre ikke anvendt som anledning til at justere i dagligdagens organisering eller visitationen til de forskellige typer af konsultationer.

Midtvejsevalueringen rammer ned i en ledelsesmæssig overgangsfase, hvor klinikken står foran en langstrakt proces med at optimere drift og ressourceudnyttelse, herunder at udvikle kompetencer og rammer for øget delegering af lægefaglige opgaver. Arbejdet med at optimere driften fremstår relativt afkoblet fra de forsknings- og udviklingsprojekter, der har været iværksat, ligesom samarbejdet med kommunen ikke har været et stærkt fokuspunkt.

Regionsklinikken omkostninger til drift pr. borger ligger relativt tæt på gennemsnittet af Vestklyngens PLO-praksis med forskelle på hhv. 1,4 og 3,4 % i 2020-2021. Samtidig ses for alle konsultationstyper et væsentligt lavere antal kontakter pr. patient sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis i området. Dette er umiddelbart modsat det forventede, når det tages i betragtning, at regionsklinikken har en større andel af ældre med en høj sygelighedsgrad, som også typisk har flere kontakter i almen praksis. På den anden side har regionsklinikken væsentligt flere tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge, hvilket kan

være en forklaring på det lavere antal konsultationer pr. patient. Der er således flere mekanismer i spil, som har betydning for de identificerede forskelle, hvorfor det ikke er muligt at drage håndfaste konklusioner om årsager og virkninger.

Evalueringens patienter har generelt positive oplevelser af kontinuitet, inddragelse og sammenhæng i deres forløb. Derudover oplever de et højt serviceniveau i regionsklinikken med imødekommende og hjælpsomme sekretærer og dygtige sygeplejersker. Patienterne angiver, at de oplever ventetider på 2-4 uger på konsultationer i regionsklinikken, og flere peger på, at adgangen til tider med fordel kunne være hurtigere. Det fremgår dog også, at de interviewede patienter vægter personalets hjælpsomhed og relationen til en fast læge højere end tilgængelighed.

Resultaterne fra DanPEP-undersøgelsen (patienttilfredshedsundersøgelse) viser, at tilfredsheden er høj på tværs af de patienter, der er tilmeldt regionsklinikken, og de patienter, der er tilmeldt Vestklyngens PLO-klinikker. Regionsklinikkenes tilgængelighed vurderes mere kritisk af regionsklinikkenes patienter, hvilket flugter med, at klinikken har flere tilmeldte patienter pr. læge, samt færre konsultationer pr. patient. Det fremgår videre, at patienternes tilfredshed med de læger, de møder, er høj i både regionsklinikken og Vestklyngens PLO-praksis. De vigtigste parametre for patienternes tilfredshed er de samme for regionsklinikkenes og PLO-klinikkernes patienter. Endelig fremgår det, at de forhold, der vægtes højest (at lægerne udviser interesse og lytter aktivt, et højt informationsniveau i forhold til symptomer og behandling, samt at der er tid nok til konsultationen), også er de forhold, der vurderes mest positivt af både regionsklinikkenes og PLO-klinikkernes patienter.

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter

- Arbejdet hen imod større grad af uddelegering til det ikke-lægefaglige personale og optimering af klinikkenes drift fremstår som et centralt og nødvendigt fokuspunkt fremadrettet. Her kan der med fordel være opmærksomhed på uddelegering til både sygeplejersker og sekretærer. Der fremstår samtidig et behov for, at denne udvikling drives frem af én dagligt tilstedeværende leder, som med beslutningskraft og lederansvar sætter trykke og effektive rammer for de lægefaglige opgaver, der uddelegeres til øvrigt personale. Det fremstår i den forbindelse positivt, at der i foråret 2022 er rekrutteret en ny leder (almen mediciner) med fast tilstedeværelse i klinikken.

- I forlængelse af ovenstående fremstår det væsentligt, at udviklingen af rammerne for personalets opgaver sættes i system og nedfældes i instrukser, dels for at skabe klarhed, dels for at lette introduktion til evt. senere udskiftning af personale.
- Hvad angår udviklingsarbejdet, bør det overvejes, hvordan der fremadrettet kan skabes synergi til klinikkens interne udvikling, således at projekterne målrettes de udfordringer og muligheder, der er forbundet med at udvikle en effektiv drift med optimal ressourceudnyttelse. Et sådant udviklingsfokus kan bidrage med erfaringer om, hvordan man i yderområder kan organisere en effektiv klinikdrift under det vilkår, at lægerne er ansatte. Det fremstår også væsentligt, at de fremadrettede udviklingsprojekter gennemføres med en større involvering af klinikkens ansatte, end det hidtil har været tilfældet.
- Samarbejdet med kommunen om muligheder og rammer for adgang til lægefaglig sparring kan med fordel være et (fortsat) udviklingsfokus. Her fremstår det relevant, at udviklingsarbejdet tager afsæt i en gensidig forståelse mellem kommune og regionsklinik om de respektive behov og begrænsninger.
- Evalueringen giver ikke mulighed for entydigt at forklare de observerede forskelle i antallet af kontakter pr. patient sammenlignet med PLO-praksis i Vestklyngen. Det skyldes bl.a., at der kan være flere faktorer og mekanismer i spil: For det første har regionsklinikken flere patienter pr. lægekapacitet end gennemsnittet af Vestklyngens PLO-praksis. For det andet er regionsklinikken økonomi ikke afhængig af registrering af de afholdte kontakter på samme måde som en ydelseshonoreret PLO-klinik, ligesom der i regionsklinikken ikke er økonomiske incitament, der kan modarbejde at levere flere ydelser i samme fremmødekontakt. For det tredje peger regionsklinikken personale på, at kapacitetsudnyttelsen i en længere periode ikke har været optimal, og at der fortsat er behov for optimering. Det fremstår på denne baggrund som et vigtigt område for regionsklinikken at søge indblik i evt. årsager og forklaringer fremadrettet på det lavere antal kontakter pr. patient.
- Det anbefales at udnytte de muligheder, der kan være ved brug af videokonsultationer.

Fakta om evalueringens data og metode

Midtvejsevalueringen er baseret på følgende data og metoder:

- > Observationer i klinikken
- > Interviews med klinikkens personale, ledelse og relevante samarbejdspartnere (i alt 15 informanter) og et udvalg af klinikkens patienter (8 informanter)
- > En patienttilfredsheds-survey (DanPEP), der inkluderer sammenligning med klinikker i omkringliggende kommuner
- > Kvantitative data over udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi med sammenligning til PLO-praksis i omkringliggende kommuner.

1 Indledning

Mangel på praktiserende læger er en af de centrale udfordringer for det danske sundhedsvæsen. Udfordringen bliver ikke mindre i en tid hvor primærsektoren – herunder almen praksis – forventes at spille en central rolle i håndteringen af det demografiske pres på sundhedsvæsenet i form af flere ældre, multisyge borgere med kroniske sygdomme. Lægedækningsudfordringen viser sig særligt i nogle yderområder af Danmark, men også i nogle socialt belastede byområder, og selvom det er planlagt at øge antallet af uddannelsespladser, vil problemet blive større i de kommende år (Danske Regioner, 2018; Praktiserende Lægers Organisation, 2016).

Det er regionernes ansvar at sikre, at alle borgere har et alment medicinsk lægetilbud. Når alment praktiserende læger ikke kan afhænde deres praksis, og ydernummeret heller ikke overtages via en udbudsrunde, kan en region oprette en almen medicinsk klinik, som ejes og drives af regionen (regionsklinikker). Regionsklinikker er lovbestemt som midlertidige løsninger, der skal overgå til en overenskomstbaseret løsning, men regionerne kan søge om dispensation til at drive klinikkerne i en længere periode på op til seks år, hvor klinikken er undtaget fra at komme i udbud. Med til sådanne dispensationer hører, at regionerne udnytter den flerårige driftsperiode til innovation, herunder fx afprøvning nye organiserings-, samarbejds- og ansættelsesformer i både almen praksis og på tværs af sektorerne. Derudover hører det med, at klinikkerne skal evalueres.

1.1 Evalueringens formål og datagrundlag

Region Midtjylland har på ovenstående baggrund bestilt VIVE til at foretage en midtvejs- og slutevaluering af *Klinik for Almen Medicin* i Lemvig. Denne klinik blev oprettet som regionsklinik i 2019 med en 6-årig periode, og med 3.500 borgere fra Lemvig og omegn tilknyttet.

Dette er midtvejsevalueringen, hvor formålet er at:

- afdække organiseringen i regionsklinikken og de udfordringer og fremadrettede muligheder, der opleves, herunder også i relation til det samarbejdet med kommunen om patienternes behandling
- give viden om den patientoplevede kvalitet, og hvordan multisyge patienter oplever tilknytningen til klinikken i relation til fx kontinuitet, tilgængelighed og lægernes tovholderrolle

- belyse, hvordan patienternes brug klinikkens ydelser samt klinikkens økonomi udvikler sig sammenlignet med øvrige almen praksis klinikker i Lemvig og omkringliggende kommuner.

Midtvejsevalueringen er baseret på følgende data og metoder: *a)* observationer i klinikken *b)* interviews med klinikkens personale, ledelse og relevante samarbejdspartnere (i alt 15 informanter) og et udvalg af klinikkens patienter (8 informanter), *c)* en patienttilfredsheds-survey (DanPEP) inklusive sammenligning med klinikker i omkringliggende kommuner, *d)* kvantitative data over udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi med sammenligning til PLO-praksis i omkringliggende kommuner. Derudover er der løbende igennem evalueringens analyser inddraget viden og draget sammenligninger til andre undersøgelser af almen praksis (Buch, Navne, & Kjellberg, 2012; Buch et al., 2012; Fredslund et al. 2020; Grøn, Obel, & Bræmer, 2007; Hauge-Helgestad, Buch, & Rahbek, 2012; Kjellberg et al., 2008) samt VIVEs tilsvarende evalueringer af regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). De anvendte data og metoder er nærmere beskrevet i bilag 1.

Afgrænsning

Det skal bemærkes, at evalueringens kvantitative analyser er baseret på rent deskriptive fremstillinger af data. I metoden indgår således ingen kontrol for diverse baggrundsvariable. Det betyder bl.a., at evalueringen ikke ser på, hvordan og hvorvidt udviklingen i patienternes kontakter til regionsklinikken er forbundet med udviklingen i patienternes kontakter til det øvrige sundhedsvæsen. Dette vil blive et fokus i slutevalueringen.

1.2 Læsevejledning



Evalueringsens analyser er struktureret i følgende kapitler:

- 2 Klinikkens etablering og udvikling**, som samler op på centrale elementer i klinikkens etablering og udvikling, og belyser de oplevede udfordringer og muligheder i forhold til klinikkens bemanning, ledelse og det at bygge en klinikdrift op fra bunden. Hertil kommer et blik på arbejdet med klinikkens udviklingsprojekter.
- 3 Udvikling i klinikkens ydelser og økonomi**, som ser med kvantitative øjne på udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi sammenlignet med omkringliggende PLO-klinikker.
- 4 Regionsklinikken daglige organisering og patientrettede arbejde**, som ser nærmere på klinikkens daglige, patientrettede arbejde, herunder med fokus på klinikkens dagsskema og processerne fra patienternes henvendelse, til visitation og konsultationer samt et fokus på regionsklinikken samarbejde med kommunen.
- 5 Patienternes perspektiver på regionsklinikken** opsummerer oplevelser fra et udvalg af patienter, som har haft stort kontaktbehov med klinikken, og samler op på oplevelser af tilgængelighed, kontinuitet, inddragelse. Kapitlet sammenholder disse med svarene fra en bredere patientsurvey med patienter fra regionsklinikken og fra PLO-klinikker i samme og omkringliggende kommuner.
- 6 Konklusion og anbefalinger**, som samler op på evalueringens centrale fund, efterfulgt af en diskussion med anbefalinger og opmærksomhedspunkter, som kan tages med i overvejelser om klinikkens videre udvikling.

2 Regionsklinikken etablering og udvikling

Fakta om klinikken etablering og lokale kontekst

Klinik for Almen Medicin (herefter bare regionsklinikken) blev oprettet i Lemvig i september 2019. Regionsklinikken blev organiseret under en ledelse på Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering ved Regionshospitalet i Herning, som senere er flyttet til det nye Regionshospital Gødstrup.

Regionsklinikken blev ved oprettelsen placeret i midlertidige lokaler, men flyttede i efteråret 2020 i renoverede lokaler i Lemvig Sundhedshus, hvor der også er laboratorie og en række kommunale sundhedstilbud. Der bliver desuden etableret en akutklinik i sundhedshuset i løbet af 2022.

Klinikken blev som udgangspunkt normeret til fire fulde lægekapaciteter. I lyset af den generelle udfordring med at rekruttere læger til yderområdet – og dermed at dække alle fire kapaciteter fra etableringsdatoen – blev normeringen nedjusteret i klinikkenes første år til at omfatte to lægekapaciteter. De to resterende lægekapaciteter blev dækket af en udbudsklinik, som også ligger i Lemvig Sundhedshus.¹⁾ Hertil er normeret yderligere 0,3 lægekapacitet, øremærket til udviklingsprojekter. Klinikken er derudover bemandede med to sygeplejersker på fuld tid og to sekretærer på fuld tid.

For patienternes vedkommende har oprettelsen af regionsklinikken ikke i alle tilfælde betydet en direkte overgang fra PLO- til regionsklinik, idet nogle borgere i en mellemliggende periode har været tilmeldt udbudsklinikken i Lemvig. Borgerne, som var tilmeldt udbudsklinikken, fik besked fra Region Midtjylland om etablering af regionsklinikken, og blev givet mulighed for selv at vælge, om de ville tilmeldes udbudsklinikken eller regionsklinikken. Andre patienter har oplevet en direkte overgang fra PLO-klinik til regionsklinikken.

Note: 1) Denne udbudsklinik skal efter planen lukke pr. 1/9 2022, hvorefter regionsklinikken udvider til de oprindeligt planlagte fire lægekapaciteter.

Dette kapitel samler op på regionsklinikkens etablering og udviklingen af den interne organisering, herunder klinikkens bemanning, ledelse og centrale elementer i den interne drift. Derudover giver kapitlet et overblik og karakteristik af klinikkens udviklingsprojekter, og hvordan dette arbejde har været drevet. Der vil i alle temaer være fokus på oplevede udfordringer og fremadrettede muligheder for klinikkens videre udvikling.

2.1 Tidslinje

Tabel 2.1 nedenfor sammenfatter centrale dele i klinikkens udvikling i årene 2019-2022. De indeholdte dimensioner handler om klinikkens bemanning, den daglig ledelse, den interne arbejdsdeling (som er et centralt element i klinikens drift) og endeligt de udviklingsprojekter, som er blevet iværksat i løbet af klinikkens første år.

Tabel 2.1 Regionsklinikken udvikling i forhold til bemanning og udskiftning af personale, ledelse, daglig organisering og udviklingsprojekter

	2019	2020	2021	2022
Bemanning og udskiftning af personale	Klinikken bemannes omkring etableringen med to sygeplejersker to sekretærer på fuld tid. Klinikken er normeret til lægekapaciteter, og bemannes fra etablering med tre læger på deltid. Derudover normeres 0,3 lægekapacitet til udviklingsprojekterne.	I 2020 sker der to opsigelser og tre ansættelser af læger. Set på tværs har klinikken fire læger fordelt på to fuldtidsstillinger. Historik: Q1: En af lægerne opsiger sin stilling, og en ny ansættes. Q2: Ny læge ansættes, men opsiger sin stilling i Q4 Q3: Ny læge ansættes.	Q2: Læge stopper Q3: Sygeplejersker udskiftes, uden overlap og mulighed for overlevering af viden, erfaringer mellem sygeplejerskerne Q3: Ny læge ansættes.	
Ledelse af klinikken	Klinikken ledes af en almen mediciner med mange års praksiserfaring.	Q2: Leder sygemeldes, men fungerer stadig som leder på distancen.	Q1: Leder kommer retur på nedsat tid. Er i klinikken en dag om ugen Q4 (ultimo): Klinikken leder stopper helt.	Q1: Der oprettes en tværfaglig teamledelse i klinikken og tilknyttes en ekstern sparringspartner* til at rådgive om ledelse og organisering. Denne model er midlertidig. Q1: Der slås en ny stilling op som daglig leder af klinikken, som blev besat i Q2.
Intern arbejdsdeling	De ansatte og ledelse påbegynder proces med at fastlægge klinikken daglige organisering og herunder omfanget delegering af lægefaglige opgaver til øvrigt personale.	Den daglige organisering er præget af relativt lavt grad af uddelegering til sygeplejersker og personale.	Q3-Q4: Der sker et skifte hen imod højere grad af uddelegering til sygeplejersker og sekretærer.	Q1: Skiftet hen imod højere grad af uddelegering fortsætter bl.a. med fokus på, at ukomplicerede patienter kan gå til årskontrol hos sygeplejersker. Derudover fokus på at udvikle instrukser for klinikpersonalets opgaver.
Udviklingsprojekter		Polyfarmarci – medicingennemgang med farmaceuter Udvikling af arbejdsgange der understøtter FMK ajourføring	Fysioterapeut i almen praksis med henblik på at aflaste læger og minimere og kvalificere henvisninger Omlægning af blodtrykskontrol til webbaseret hjemmemonitorering	Omlægning af blodtrykskontrol til webbaseret hjemmemonitorering (fortsat)

Note: Q1-Q4 refererer til kvartaler. *Sparringspartneren er en almen mediciner med mange års praksiserfaring, som nu arbejder på et sygehus. Hvad angår udviklingsprojekterne, fremgår kun iværksatte projekter, ikke projekter under planlægning eller udformning.

Som det fremgår af tabellen, har bemanningen siden regionsklinikken etablering været sikret via fastansat personale, og der er ikke anvendt vikarer i klinikken første år. Det fremgår derudover, at der er sket udskiftning af størstedelen af personalet, ligesom klinikken daglige ledelse har været begrænset af sygdom og udskiftning. Den interne arbejdsdeling og graden af uddelegering til personalet har de første år været konservativ, men det seneste år er der sket et skifte i retning af mere uddelegering og mere formaliserede arbejds-gange. De efterfølgende afsnit uddyber disse udviklingsprocesser, og hvordan personalet aktuelt oplever og arbejder med dem.

2.2 Bemanning og udskiftning

Regionsklinikken har siden etablering været bemanded med fastansat personale, dvs. uden brug af vikarer. Brug af lægevikarer kan ellers let forekomme i klinikker, hvor læger er ansatte, herunder i regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021), og – ifølge personalets erfaringer – særligt i udbudsklinikker. Dog har der jf. Tabel 2.1 de første år været udskiftning blandt de fastansatte. På evalueringstidspunktet er der én af de oprindeligt ansatte læger, fortsat ansat i klinikken, mens der er sket komplet udskiftning på sygeplejerske- og sekretærsiden.

Nuværende sygeplejersker og sekretærer har i forbindelse med ansættelsen haft en oplevelse af at "måtte finde ud af tingene selv", hvorfor de også har savnet et introduktionsprogram til klinikken procedurer og arbejds-gange. Det har både handlet om praktiske forhold som eksempelvis funktioner i klinikken lægesystem og mere kliniske faglige aspekter, hvor sygeplejerskerne ikke i alle tilfælde har kunnet trække på deres tidligere erfaringer og har savnet klare retningslinjer og instrukser at støtte sig til.

De oplevede udfordringer kobles desuden sammen med, at udskiftningen af personalet har indebåret en periode på tre uger i efteråret 2021, hvor klinikken var uden sygeplejersker. Derved mistede man muligheden for, at de første sygeplejersker kunne overlevere informationer om såvel patienter som vaner, procedurer og status på opgaver i klinikken til de nyansatte. Der har således været et videnstab, som det har taget de nuværende sygeplejersker tid at samle op på. For sekretærerne har perioden uden sygeplejersker ligeledes været udfordrende, særligt fordi de i perioden ikke har haft mulighed for sparring med sygeplejersker omkring de henvendelser, der kommer fra patienterne.

De interviewede læger giver ikke udtryk for lignende udfordringer med opstart i klinikken. Deres oplevelse er, at deres lægefaglighed og praksiserfaring har

gjort det muligt at træde ind i klinikken og varetage konsultationer uden udfordringer. Lægernes begrundelser for at søge ansættelse i regionsklinikken matcher tidligere undersøgelser (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). For klinikkens yngre læger handler det om lyst til at bygge en klinikdrift op og opnå praksiserfaring uden at have bundet sig som ejerlæge, mens de erfarne læger tiltrækkes af muligheden for at "trappe ned" fra en fuldtidsejerlæge til deltidsansat læge i den sidste del af deres arbejdsliv. Lægerne knytter i den sammenhæng nogle generelle perspektiver på fordele og ulemper, de ser ved at blive ansat i en regionklinik frem for at være ejerlæge i en PLO-praksis. Fordelene er ifølge lægerne bl.a., at man uden ansvar for økonomi og personale har bedre mulighed for at koncentrere sig om det lægefaglige, og at man uden det samlede klinikansvar har bedre muligheder for at holde fri klokken 16. Ulemperne er ifølge lægerne (og som tidligere belyst i andre regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021)) bl.a., at man har ringe eller ingen indflydelse på ændringer i klinikkens drift, organisering mv., og at der uden klinikansvar ikke samme er tilskyndelse til at sikre en optimal drift og overordnet kvalitet. Det er derfor vigtigt at have en daglig ledelse med ansvar for at sikre dette, som udfoldet i det følgende.

2.3 Daglig ledelse

Som beskrevet i indledningen til kapitlet er det overordnede ledelsesansvar for regionsklinikken placeret på Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering som pt. hører til Regionshospital Gødstrup. Kort efter regionsklinikken etablering blev en af de daværende læger udpeget som lokal, daglig leder af klinikken. Lederen varetog bl.a. aftaler med regionen om klinikkens overordnede organisering, drift og løn, og var ligeledes indadtil daglig leder med fysisk tilstedeværelse tre dage om ugen. Lederen blev imidlertid sygemeldt medio 2020 frem til januar 2021, men varetog fortsat lederfunktion på distancen og i et tættere samarbejde med afdelingsledelsen på Socialmedicin og Rehabilitering. Regionsklinikken leder vendte tilbage i januar 2021 med mindre fysisk tilstedeværelse i klinikken, og ultimo 2021 gik lederen på pension.

På baggrund af kliniklederens ophør blev der i januar 2022 tilknyttet en læge med speciale i almen medicin og mange års praksiserfaring som ekstern faglig sparringspartner til de ansatte i klinikken. Sparringspartneren er placeret i Aarhus og har løbende møder med de ansatte om klinikkens interne organisering og afholder individuelle møder og MUS-samtaler. Sparringspartneren har ikke formelt ledelsesansvar for klinikken, men er en midlertidig løsning, som er tiltænkt at udfylde nogle af de funktioner, som klinikkens leder ville udfylde.

I forbindelse med at sparringspartneren blev ansat, blev der i klinikken etableret en lokal teamledelse i klinikken. Teamledelsen omfatter én af lægerne, en

af sygeplejerskerne og én af sekretærene. Teamledelsens funktion beskrives som "praktisk ledelse", der knytter sig til nogle af de praktiske og organisatoriske tiltag, som der aktuelt er i fokus i klinikken (og som uddybes i det følgende afsnit 2.4):

Vores funktion er ligesom praktisk ledelse, fx personalemøder, mødestrukturer, planlægge vores fokusområder, fx psykiatri, KOL-behandlingen, kommer patienterne til kontrollerne, og hvordan kan vi optimere det? Alt arbejdet med instrukser og vejledninger, kontrol af udstyr, og hvad er status på det? Den slags ting. (Sygeplejerske i regionsklinikken)

De ansatte fortæller at den eksterne sparringspartner er en kompetent og værdifuld støtte til teamledelsens arbejde, men peger samtidigt på, at de i den nuværende ledelsesmodel savner beslutningskraft, som hverken ligger i sparringspartnerens eller teamledelsens rolle, men som er nødvendig i bl.a. udviklingsprocesser, der arbejdes på for at optimere klinikken drift (og som beskrives i følgende afsnit 2.3). Endeligt peger de på, at den nuværende ledelsesmodel er begrænset til et praktisk fokus og ikke omfatter personaleledelse.

Det fremstår i den forbindelse positivt, at det umiddelbart efter evalueringens dataindsamling er lykkedes at ansætte en ny lægefaglig leder af klinikken, som skal have sin daglige gang i klinikken. Det fremgår videre, at den daglige leder har til opgave at løfte de fremadrettede udviklingsopgaver relateret til driften, såvel som udviklingen af det samlede praksisteam.

2.4 Klinikken drift og personalets arbejdsdeling

Det har siden klinikken etablering været hensigten at skabe en effektiv drift, hvor delegering af lægefaglige opgaver til sygeplejersker frigiver tid hos lægerne til at se de mere komplekse patienter. Delegering til personale i almen praksis sektoren er understøttet af de seneste overenskomster, som bl.a. i 2018 gav sygeplejersker mulighed for at varetage årskontroller selvstændigt hos ukomplicerede kronikere (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Delegering til praksispersonale er imidlertid ikke et simpelt anliggende. For det første afhænger meget af personalets kompetencer og erfaring, og derudover tid og engagement fra de involverede læger i forhold til oplæring og supervision. VIVEs tidligere undersøgelser har desuden belyst, hvordan det på tværs af praksisklinikker kan variere, i hvor stort omfang lægefaglige opgaver uddelegeres til personale – også imellem klinikker, som i forvejen har stort fokus på effektiv intern organisering via oplæring og delegering til praksispersonale (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021).

Kompleksiteten omkring brug af praksispersonale afspejler sig også i regionsklinikken, hvor den tidligere leder og ansatte er kommet med forskellige erfaringer med og syn på, i hvilken udstrækning lægefaglige opgaver kan/bør delegeres til øvrigt personale. Det har resulteret i, at klinikken i de første år har haft en lettere konservativ tilgang med en lavere grad af uddelegering sammenlignet med aktuelle anbefalinger. For eksempel har sygeplejerskerne i regionsklinikken kun varetaget de mindst fagligt krævende graviditets- og børneundersøgelser, ligesom de på kronikerområdet kun har varetaget de mindre 3-6 måneders kontroller, men ingen årskontroller. Regionsklinikken ansatte forbinder den relativt lave grad af uddelegering under opstarten med uhen-sigtsmæssig resurseudnyttelse, som illustreret i nedenstående citat:

... tingene har haltet, da sygeplejersker ikke måtte lave meget, der var ikke meget uddelegering. Til at begynde med var sygeplejerskerne ikke beskæftiget, og lægerne havde for meget, og i lang tid har det på den måde kørt dårligt, men det går da bedre nu (Læge i regionsklinikken).

Flere vurderer desuden, at den lave grad af uddelegering har været medvirkende årsag til personaleudskiftning, hvorfor faglige udfordringer og velfungerende arbejdsdelinger fremhæves som vigtige for såvel udnyttelsen af klinik-kens faglige ressourcer såvel som arbejdsglæde og mulighed for fastholdelse.

På vej mod øget uddelegering og optimering af driften

Klinikken ansatte forholder sig med afsæt i erfaringerne fra klinikken første år, positivt til, at der fra medio 2021 og frem er påbegyndt et arbejde hen imod højere grad af uddelegering til sygeplejerskerne og mere faste rammer for teamsamarbejdet i klinikken generelt set.

På evalueringstidspunktet har teamledelsen bl.a. fokus på kronikerbehandlingen, herunder at skabe overblik over de forskellige patientkategorier og af-dække, hvilke patienter med kroniske sygdomme, der kan gå til årskontrol hos sygeplejerskerne frem for hos lægerne. Oplæringen af sygeplejerskerne er i denne sammenhæng udfordret af, at lægerne kan have forskellige tilgange til oplæringen. Det fremgår også, at lægernes deltidsansættelse giver logistiske udfordringer i forhold til oplæring og overlevering af patienter til sygeplejerskerne. Ud over oplæring kræver arbejdet med øget delegering også udvikling af instrukser og klare rammer for sygeplejerskernes opgavevaretagelse. Sygeplejersker og sekretærer understreger i den sammenhæng ønsket om én dagligt tilstedeværende lægefaglig leder, som har ansvar og beslutningsret og dermed kan sætte sætter tydelige rammer for personalets opgavevaretagelse. Lægerne udtrykker ikke samme behov for ledelse og klare rammer, hvilket

bl.a. skal ses i lyset af, at de ikke selv skal overtage opgaver fra et andet kompetenceniveau. Lægerne fortæller derudover, at der også på klinikkniveau er behov for at sætte kronikerindsatsen i system, bl.a. via procedurer, der sikrer indkaldelse til kontroller.

I klinikkens samlede arbejdsdeling er der også delegeret kliniske opgaver til sekretærerne, herunder bl.a. vaccinationer, måling af blodtryk, EKG målinger, blodfortyndende behandling og behandling af urinvejsinfektioner. Det fremgår i den forbindelse, at der fortsat ses et potentiale for yderligere delegering af opgaver til sekretærene, i takt med at de øvrige arbejdsdelinger falder på plads – bl.a. fordi sekretærerne har erfaringer med yderligere opgaver via deres tidligere ansættelser i almen praksis. På tidspunktet for de gennemførte interviews var der dog ikke truffet beslutninger om dette.

Understøttende redskaber og systemer

Optimering af klinikkens drift handler også om at udvikle redskaber og systemer, som bidrager til overblik i de enkelte konsultationer og minimerer tid, der fx går med at fremsøge information og skrive notater. Lægerne fortæller her, at de har brugt meget tid på at udarbejde resumeer af patienternes sygdomsbillede ('flydenotater'), som giver lægen overblik og understøtter behandlingen i den enkelte konsultation og samtidig kan understøtte videndeling mellem læger og øvrigt personale. Dette arbejde er tidskrævende og svært at nå inden for rammerne af en konsultation, hvorfor det trækker ud med at komme igennem alle de tilmeldte patienter.

Tilsvarende arbejder sygeplejerskerne på at organisere klinikkens kliniske retningslinjer i over- og underkategorier, så de er lette at søge frem, når behovet er der i den enkelte patientkontakt. De tidligere sygeplejersker har stået for at indsamle retningslinjerne, men systematikken i deres organisering mangler, ligesom der stadig er enkelte retningslinjer, der mangler. Hertil kommer, at nogle retningslinjer mangler præcision for reelt at kunne understøtte sygeplejerskerne. Ud over retningslinjer er brugen af 'fraser' i lægesystemer i almen praksis et vigtigt praktisk redskab (Buch et al., 2012; Fredslund et al., 2020; Hauge-Helgestad, Buch, & Rahbek, 2012). Fraser er en standard tekst, som læger, sygeplejersker og sekretærer kan udarbejde og bruge i mange sammenhænge, i konsultationer, notater, henvisninger, mv. Fraser kan lette skrivearbejdet og samtidig fungere som tjeklister, der fx sikrer, at al relevant information om en patient skrives ned, ligesom de kan med til at strukturere konsultationer og gøre arbejdsgange ensartede. Sekretærerne har udviklet og bruger fraser i flere dele af deres arbejde. Sygeplejerskerne ser et potentiale for brug af fraser, men peger på, at det førnævnte arbejde med at sætte retningslinjer i system har første prioritet.

Arbejdet med at optimere driften via bl.a. øget uddelegering, oplæring af personale, overblik og systematik i kronikerbehandlingen samt arbejdet med de øvrige understøttende redskaber er omfattende og noget, som på evalueringstidspunktet stadig fylder i dagligdagen for personalet. Klinikens ansatte oplevede på interviewtidspunktet, at mængden af opgaver og tiltag, der er nødvendige for at optimere regionsklinikens drift, er stor og vanskelig at finde tid til i det daglige arbejde. En af klinikens erfarne læger vurderer med afsæt i sine tidligere erfaringer, at det vil tage op til et par år at udvikle regionsklinikens samlede drift til det optimale. Dette matcher tidligere undersøgelser, som viser, at arbejdet med øget uddelegering er en krævende men potentielt også udbytterig investering for en almen praksisklinik (Buch et al., 2012; Fredslund et al., 2020; Hauge-Helgestad, Buch, & Rahbek, 2012).

2.5 Udviklingsprojekter

Regionsklinikken er som beskrevet indledningsvist tiltænkt en rolle som platform for udvikling af bl.a. nye tværsektorielle samarbejdsformer og almen praksis drift og organisering. I forbindelse med Region Midtjyllands ansøgning om etablering af regionsklinikken blev der skitseret mulige, strategiske fokuspunkter for klinikens udviklingsarbejde, herunder særligt i forhold til et styrket tværsektorielt samarbejde med de kommunale funktioner samt den kommende akut-klinik i Lemvig Sundhedshus (Region Midtjylland, 2018). Derudover blev der nedsat en styregruppe med repræsentanter fra Lemvig Kommune og Region Midtjylland. Udviklingsarbejdet har således haft et strategisk afsæt, men der har samtidig været mulighed for tilpasning. Konkret har regionsklinikens indgået i styregruppe med ledelsen fra Hospitalsenhed Vest (nu Gødstrup) og drøftet projektideer og truffet beslutninger om, hvilke der skulle iværksættes, og hvordan de skulle ledes. Tabel 2.2 nedenfor viser en oversigt og kort beskrivelse af udviklingsprojekterne.

Tabel 2.2 Oversigt over udviklingsprojekter

Projekt	Beskrivelse
Projekter, der er iværksat	
1: Medicingennemgang ved farmaceut	<p>Projektet indebærer, at to af regionens farmaceuter sammen med regionsklinikens læger har gennemgået medicinen hos tungt medicinerede patienter med henblik på at se muligheder for nedtrapning samt identificere og håndtere risici for skadelige interaktioner mellem præparater.</p> <p>Status december 2021: 241 patienter med +10 lægemidler er gennemgået, og der er i gennemsnit lavet fire forslag til ændringer af medicinering pr. patient. Endvidere er der gennemført to undervisningsgange med tilsammen 35 deltagere fra hjemmesygeplejen i Lemvig Kommune.</p>

Projekt	Beskrivelse
2: FMK-ajourføring	Formålet er at udvikle og implementere arbejdsgange, hvorved regionsklinikken sikrer, at der ved den størst mulige andel af patienter sker en af ajourføring af det fælles medicinkort (FMK). Status september 2021: andelen af korrekt ajourførte medicinkort er steget fra ca. 20 % ved projektstart til 83 %. Gennemsnittet for øvrige lægepraksis i Lemvig er opgjort til ca. 40 %.
3: Tværfaglighed i almen praksis	Projektet indebar ansættelse af en fysioterapeut tre timer ugentlig på konsulentbasis til udredning af muskuloskeletale tilstande for at aflaste klinikens læger. Status december 2021: Intern erfaringsopsamling vurderer, at fysioterapeuten har reduceret antallet af henvisninger til specialiseret udredning, samt at indsatsen er omkostningseffektiv, hvis terapeutens tid udnyttes effektivt. Der har dog været udfordringer med for få henviste patienter i projektperioden, hvor det er et fremadrettet opmærksomhedspunkt.
Projekter under planlægning, udformning eller udsat	
4: Lægefaglig kombinationsstillinger	Hensigten har været at definere nye stillingstyper for læger med en delt ansættelse og opgavevaretagelse på tværs af regionsklinik, sygehusregi (et center for neurorehabilitering). Status december 2021: Projektet er sat i bero på ubestemt tid, da det regionale neurocenter har meddelt, at de ikke har mulighed for at indgå i en delstilling.
5: Regionsklinikken som uddannelsessted	Ansættelse af uddannelseslæge i klinikken har været udfordret af PLO-krav, og det er derfor besluttet i første omgang at ansætte en KBU-læge. En af klinikens læger gennemfører tutorlægekursus efterår 2021, hvorved de formelle krav er opfyldt. Status december 2021: Ansættelse af KBU-læge foregår inden for fastsatte frister to gange årligt, hvorfor der planlægges efter ansættelse i forår eller efterår 2022.
6: Omlægning af blodtryksskontrol til webbaseret hjemmemonitorering for stabile patienter	WEB-patient-baseret opfølgning af ukomplicerede, velmedicinerede blodtrykspatienter og diabetespatienter. Således skal borgeren kun ses i praksis én gang årligt. Projektet er en videreførelse af et tidligere projekt. I det aktuelle projekt er fokus på at afprøve en algoritme til lægen, som skal sikre, at lægen tager passende handling på de blodtryksmålinger, der modtages i klinikken fra borgerens hjem. Status november 2021: Projektet er under udvikling og forventes gennemført i løbet af 2022.
7: Årskontroller for KOL-patienter og model for sygeplejeopfølgning	Projektet har fokus på optimering af behandlingen af KOL-patienter regionsklinikken, herunder bedre brug af sygeplejersker og udnyttelse af klinikens farmakonom (ansat som sekretær). Status november 2021: Projektet er udsat, efter tovholder for projektet op-sagde sin stilling.
8: Nedbringelse af forebyggelige genindlæggelser.	En projektide under udformning, og hvor der aktuelt kortlægges relevante kommunale data til brug i projektet.
9. Samarbejde med Akutklinikken Lemvig	1. april 2022 åbner en akutklinik i Lemvig. Det er derfor aftalt at undersøge evt. muligheder for samarbejde mellem regions- og akutklinikens personale.

Kilde: Dokument fra Region Midtjylland med oversigt og status på udviklingsprojekter.

Det fremgår, at de igangsatte og planlagte udviklingsprojekter både knytter sig til indsatsen internt i almen praksis og aktiviteter, der indebærer et tværgående og tværsektorielt fokus. Hertil kommer ambitionen om at gøre regionsklinikken til et uddannelsessted, hvilket tidligere er lykkedes på Mors i projektet 'Nye Veje' (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021).

En anden overordnet betragtning er, at projekterne har karakter af forskning og udvikling af løsninger, som er orienteret mod almen praksis sektoren generelt samt det tværsektorielle felt og i mindre grad mod de specifikke forudsætninger og udfordringer, der har været forbundet med at etablere og optimere regionsklinikken drift. En af de interviewede læger fortæller i den sammenhæng, at vedkommende har betragtet arbejdet med at bygge en effektiv drift op i regionsklinikken som en anden form for udviklingsarbejde, og at muligheden for at medvirke til dette var et motiv for at søge ansættelse i regionsklinikken. Som de foregående afsnit, samt afsnit 4.1 viser, indebærer udviklingen og optimering af klinikken drift også en væsentlig indsats. Herved fremstår en skillelinje, hvor udviklingsprojekterne er relativt afkoblede fra de temaer omkring arbejdsdeling, kompetenceløft, instrukser som er i fokus i optimeringen af regionsklinikken drift. Undtagelsen herfra er projekt 9 vedr. KOL-behandling i regionsklinikken, som dog er udsat.

Udviklingsprojekterne har i overvejende grad været drevet af den tidligere lægefaglige leder, som har trukket på sit faglige netværk i forhold til at indhente de relevante samarbejdsparter og realisere projektideerne. Regionsklinikken øvrige personale har været inddraget, i det omfang det har været relevant eller nødvendigt i de enkelte projekter, eller for lægernes vedkommende alt efter om det har været et interesseområde. Det fremstår i den forbindelse som en generel pointe, at udviklingsarbejdet har været relativt afkoblet fra de ansatte, hvilket også må ses i lyset af det førnævnte forhold, at udviklingsprojekterne ikke har haft klinikken drift som fokus. De interviewede sygeplejersker har ikke været inddraget, og sekretærer har været begrænset inddraget som en understøttende funktion. Læger har været inddraget i varierende grad: Æn har aktivt deltaget i og understøttet et af projekterne, en anden har deltaget i medicinprojektet, hvor lægerne lavede medicingennemgange med farmaceuter, mens de to sidste læger slet ikke har medvirket. Variationen i lægernes medvirken kan skyldes forskelle i deres tidspunkter for ansættelser og dermed lejlighed til at medvirke i projekter, der kunne have deres interesse. Lægerne fremhæver dog samtidigt som en generel forklaring, at en travl hverdag som deltidsansat læge er et vanskeligt udgangspunkt for at deltage i udviklingsarbejde:

Man har ikke tid og overskud til projekter, når man kun er her to dage om ugen og selv har faste patienter. Det er minimalt, hvad man har tid til (Læge i regionsklinikken).

Deltidsansættelser kan, udover at begrænse lægers tid til udviklingsarbejde, også begrænse mulighederne for at være tilstede samme dag som evt. eksterne fagpersoner, der indgår i et projekt i klinikken.

Erfaringer fra VIVEs øvrige evalueringer på området peger på, at balancen mellem udvikling og daglig drift kan være vanskelig, og at man i den udviklingsambition, som følger med etableringen af regionsklinikker, også bør have

tålmodighed og forståelse for, at det er en krævende proces at bygge en ny klinikdrift op fra bunden (Buch et al., 2019). Disse balancer fremstår ikke som en udtalt udfordring i interviewene, hvilket formegentlig skyldes personalets begrænsede inddragelse, at udviklingsarbejdet ikke har været målrettet personalet og driften, og at projekterne ikke opleves som en "skal-opgave" af lægerne. Hertil kommer, at der er sat nogle rammer, som betyder, at udviklingsarbejdet ikke afhænger for meget af personalet. Blandt andet er der øremærket tid (0,3 lægestilling) til udviklingsarbejdet, som dermed ikke har skullet findes i driften. Derudover har det været muligt at aflønne eksterne (i forhold til regionen) fagpersoner, som indgår i eller varetager dele af projekterne.

2.6 Opsamling

- Regionsklinikken har siden etableringen i 2019 været bemanded med fastansat personale. Trods udskiftning af størstedelen af personale fremstår bemanningen stadig relativt stabil under opstartsperioden sammenlignet med tidligere undersøgte regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021), hvor bemanningen kan være præget af kortere lægevikariater.

Ledelsesmæssigt er klinikken på evalueringstidspunktet i en overgangsfase, som kommer efter en længere periode med ustabil ledelse. Den oprindelige daglige leder gik på pension ved udgangen af 2021 og blev midlertidigt erstattet med en tværfaglig teamledelse i klinikken, som får sparring fra en almen mediciner, der er tilknyttet klinikken. Sideløbende er der arbejdet på at ansætte en ny daglig lægelig leder med ansvar for klinikkens videre udvikling, hvilket også er lykkedes.

Hvad angår udviklingen af klinikkens drift fremgår det, at klinikken ikke er kommet så langt som planlagt, hvorfor der udestår et omfattende og vigtigt arbejde med at sikre optimal udnyttelse af klinikkens resurser. Arbejdet handler for det første om at øge uddelegeringen af lægefaglige opgaver til sygeplejerskerne, hvilket kræver oplæring og udvikling af instrukser og klare rammer for de delegerede opgaver. Hertil kommer systematik i og udvikling af flere andre understøttende redskaber til at skabe overblik og minimere spildtid i det patientrettede arbejde. Personalet (særligt sekretærer og sygeplejersker) ser frem til, at der kommer en fast dagligt tilstedeværende leder som – i samarbejde med personalet – kan sætte retning, træffe beslutninger og tage ansvar i disse udviklingsprocesser.

Udviklingsprojekterne har i høj grad været drevet af den tidligere leder, og overordnet set fremstår udviklingsarbejdet afkoblet fra praksisteamet og klinikkens drift. De interviewede læger peger på, at de som deltidsansatte i en

travl praksis har manglet tid og overskud til at medvirke i projekterne. Den begrænsede inddragelse af personalet hænger dog også sammen med, at flere projekter har haft karakter af forskning og udvikling af nye løsninger, snarere end et fokus på, hvordan man kan udvikle og optimere drift, arbejdsgange og internt samarbejde i denne specifikke klinik, hvor lægerne er ansatte.

3 Udvikling i klinikkens ydelser og økonomi

Formålet med dette kapitel er, at belyse udviklingen i regionsklinikkens ydelser og økonomi. Der ses først på karakteristika og udviklinger i regionsklinikkens patientpopulation og antallet af kontakter mellem patienterne og regionsklinikken. Dernæst på klinikkens økonomi, herunder drifts og etableringsomkostninger. I begge tilfælde drages sammenligninger til gennemsnittet for PLO-praksis i Vestklyngen, som omfatter Lemvig og de omkringliggende kommuner.¹

3.1 Regionsklinikkens patientpopulation og ydelser sammenholdt med Vestklyngen

3.1.1 Patientkarakteristika

Tabel 3.1 viser karakteristika for regionsklinikkens patienter, herunder fordelingen på alder, køn og sygelighed. Tabellen er baseret på data fra ultimo 2021. Tabellens to midterste kolonner vedrører regionsklinikken, mens venstre kolonne vedrører populationen af patienter, som er tilmeldt en PLO-praksis i Vestklyngen. Sammenligningen ser dermed ikke på praksisniveau, men på, hvordan regionsklinikkens patienter spejler sig i forhold til den samlede population af patienter, som er tilmeldt en PLO-praksis i Vestklyngen.

¹ Borgere tilmeldt udbudsklinikker indgår ikke i de data, der anvendes i evalueringen, da dette falder uden for evalueringens formål.

Tabel 3.1 Regionsklinikens patienter i 2021 sammenlignet med øvrig population i Vestklyngen

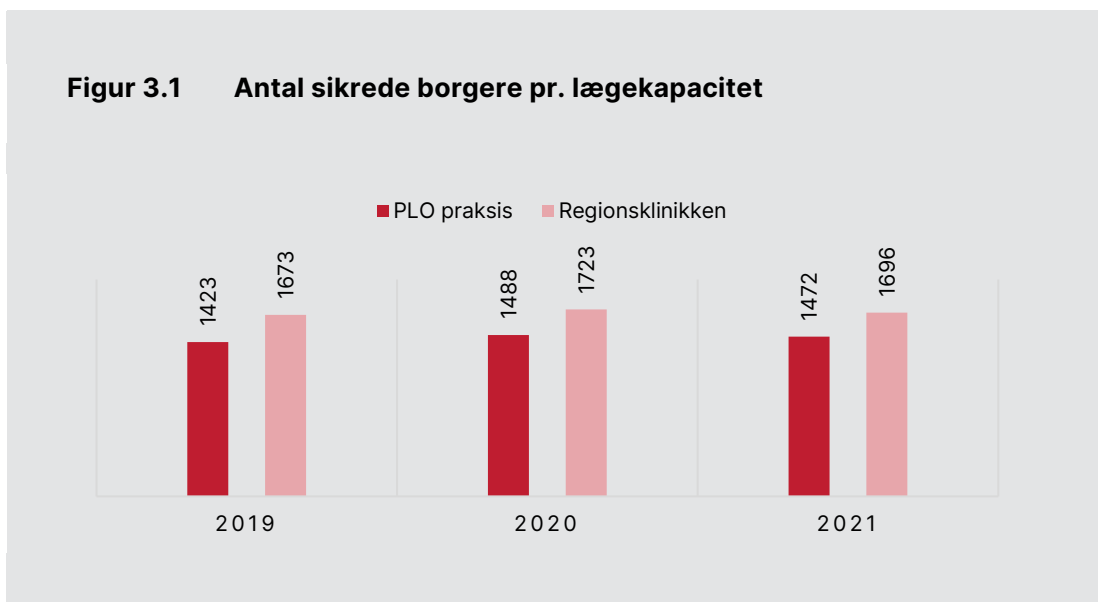
	Regionsklinikken	Regionsklinikken	Patienter i PLO-praksis
Patientpopulation	Antal	Sikrede pr. lægekapacitet	Sikrede pr. lægekapacitet
	3393	1696	1472
Aldersgrupper	Antal	Procent	Procent
0-24-årige	813	23,96	27,84
25-64-årige	1534	45,20	49,42
65+-årige	1046	30,83	22,74
Køn	Antal	Procent	Procent
Kvinder og piger	1791	53 %	50 %
Mænd og drenge	1602	47 %	50 %
Sygelighed	Antal	Procent	Procent
Let til middelsvær sygdom	440	12,95	11,75
Svær sygdom	86	2,52	1,94

Note: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE. Sygeligheden er baseret på Charlson komorbiditetsindeks.

Opgørelserne af køn og alder viser, at regionsklinikken har flere ældre patienter samt en højere andel af kvinder og piger sammenholdt med gennemsnittet af PLO-praksis i Vestklyngen. Endelig fremgår det, at regionsklinikens patienter har en højere sygelighed sammenlignet med PLO-gennemsnittet i Vestklyngen. Den højere andel af ældre og svært syge patienter hænger formentlig sammen med, at regionsklinikken har overtaget de fleste patienter fra læger, der er gået på pension efter at have været nedsat i området i mange år.

Tabellen viser også, at regionsklinikken sikrer 1.696 patienter et lægetilbud pr. lægekapacitet, mens det tilsvarende tal er 1.472 patienter pr. lægekapacitet for gennemsnittet af PLO-praksis. Omregnet til procent svarer dette til, at regionsklinikken har ca. 15 % flere tilmeldte patienter pr. fuldtidslægekapacitet sammenlignet med gennemsnittet af Vestklyngens PLO-praksis.

Figur 3.1 ser på udviklingen i antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet over tid i de tre år, regionsklinikken har eksisteret:



Kilde: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE.

Som det fremgår af Figur 3.1, er der i perioden 2019 – 2021 sket en lille stigning i antallet af tilmeldte patienter per. lægekapacitet i både regionsklinikken og Vestklyngens PLO-praksis. Det fremgår samtidig, at Regionsklinikken i hele perioden har haft 15-17 % flere tilmeldte patienter pr. lægekapacitet sammenholdt med gennemsnittet af PLO.

3.1.2 Patienternes sygelighed

Tabel 3.2 nedenfor ser nærmere på, hvordan sygdomsbyrden har udviklet sig i hhv. regionsklinikken og Vestklyngens PLO-praksis over tid:

Tabel 3.2 Patienternes sygelighed siden 2019 sammenlignet med Vestklyngens patienter

Sygelighed		2019	2020	2021
Regionsklinikken	Let til middelsvær	12,32 %	12,53 %	12,96 %
Regionsklinikken	Svær	2,18 %	2,36 %	2,52 %
PLO/Vestklyngen	Let til middelsvær	11,98 %	11,87 %	11,76 %
PLO/Vestklyngen	Svær	2,03 %	1,98 %	1,94 %

Note: Tabellen viser andelen af patienterne i Klinik for Almen Medicin, som har hhv. let til middelsvær sygdom og svær sygdom i årene 2019-2021. Der sammenlignes med den bredere populationer af patienter i Vestklyngen.

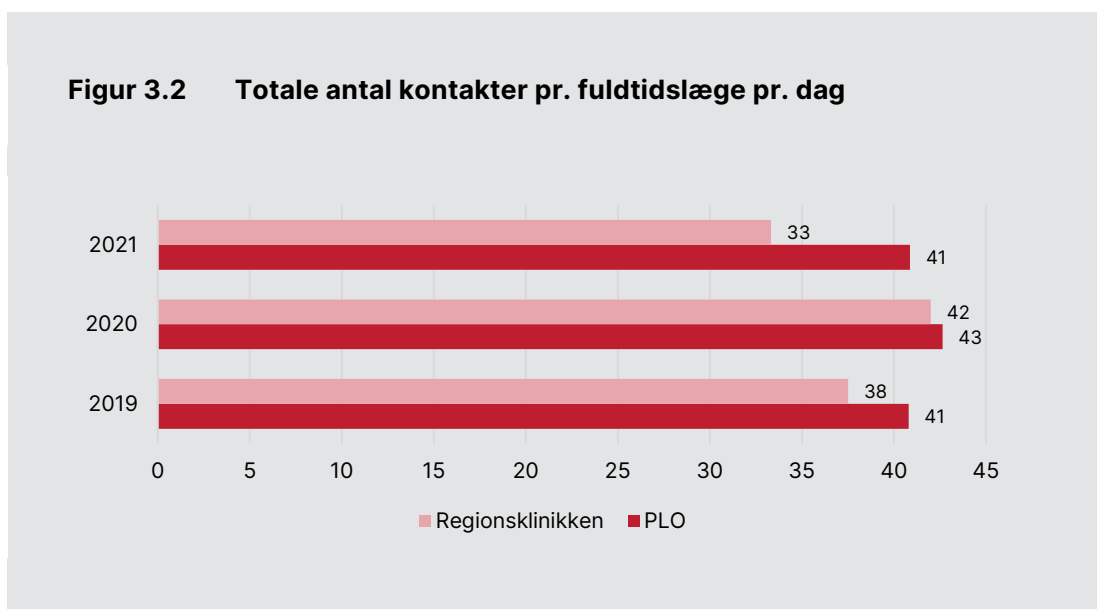
Kilde: Data fra Region Midtjylland.

Det fremgår her at regionsklinikken patienter i hele perioden har en lidt højere sygelighed end gennemsnittet af patienter i Vestklyngens PLO-praksis. Det fremgår videre, at sygeligheden er steget en smule i regionsklinikken, mens den er faldet en smule i Vestklyngens PLO-praksis. Men det skal i den forbindelse understreges, at udviklingen i forskelle er små og formegentlig skyldes det fornuftige forhold, at regionsklinikken overtager patientlister fra pensionerede læger med en højere andel af ældre patienter.

3.1.3 Udviklingen i regionsklinikken ydelser sammenlignet med PLO-praksis²

I dette afsnit ser overordnet på, hvordan regionsklinikken ydelser har udviklet sig over tid, og hvordan ydelsesmønstret ser ud sammenholdt med gennemsnittet af PLO-praksis i Vestklyngen. Analysen ser først på det samlede antal kontakter og dernæst isoleret på de forskellige typer af kontakter (fremmøde-konsultationer, telefonkonsultationer, e-mail-konsultationer og sygebesøg).

Figur 3.2 viser det samlede antal kontakter pr. fuldtidslæge pr. dag i regionsklinikken for årene 2019-2021. Der sammenlignes med borgere tilmeldt PLO-praksis.

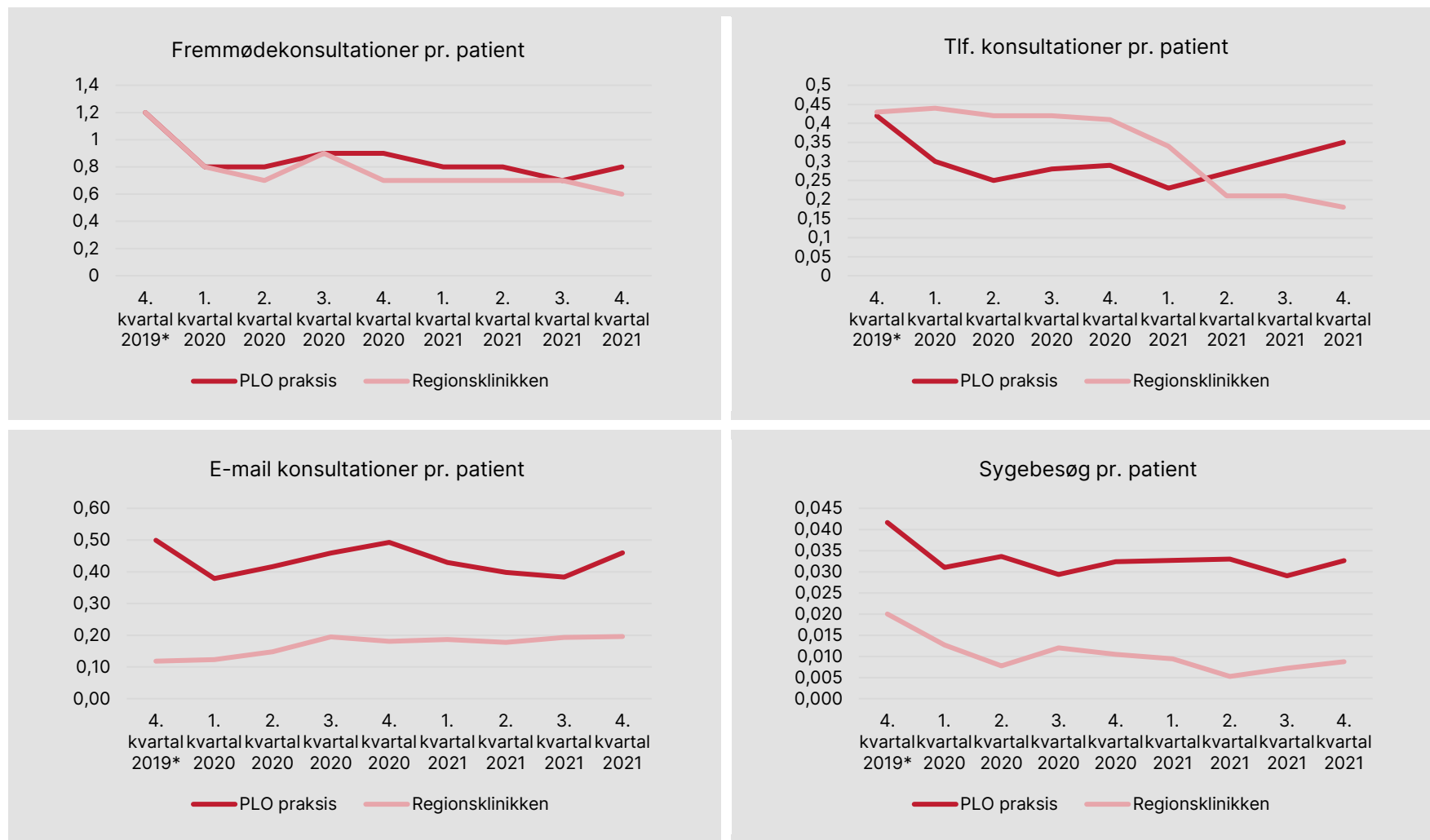


Kilde: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE.

² Der knytter sig et væsentligt forbehold til sammenligningerne, som bunder i, at regionsklinikken – i modsætning til PLO-klinikker – ikke er ydeshonoreret. Dermed har klinikken ikke et økonomisk incitament til at maksimere andelen af fremmødekontakter, samtidig med at der heller ikke er et incitament til grundig ydelsesregistrering (Gyrd-Hansen, 2012; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008). Opgørelserne og evt. bagved liggende forskelle skal derfor tolkes med stor forsigtighed.

Som det fremgår af figuren, er der for alle årene registreret færre kontakter i regionsklinikken pr. læge pr. dag sammenlignet med PLO. Da forskellen kan skyldes mange forskellige ting, er det relevant at se på forskellige typer af kontakter isoleret. I Figur 3.3 opgøres og sammenligner nogle af de forskellige typer af kontakter, der registreres i almen praksis. Videokonsultationer indgår dog ikke, da de ikke har været benyttet i regionsklinikken.

Figur 3.3 Kontakter og sygebesøg pr. tilmeldt patient i regionsklinikken sammenlignet med PLO-gennemsnit i Vestklyngen



Kilde: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE. Regionsklinikken laver ikke videokonsultationer, hvorfor disse ikke fremgår i figuren.

Hvis vi ser isoleret på fremmødekonsultationer, illustrerer Figur 3.3, at der både er parallelle bevægelser og forskelle i antallet af konsultationer pr. patient, hvor regionsklinikken i enkelte kvartaler har haft op til 25 % færre fremmødekonsultationer pr. patient. Dette bidrager til det samlede billede af færre kontakter pr. fuldtidslæge pr. dag, som vi ser i Figur 3.2.

Ser vi på telefonkonsultationer, fremgår det af Figur 3.3, at der frem til første kvartal i 2021 har været væsentligt flere konsultationer pr. patient i regionsklinikken sammenlignet med PLO-praksis. Herefter vender billedet med betydeligt flere telefonkonsultationer i PLO-praksis. Vi har ikke fundet nogle oplagte forklaringer på forskellene i telefonkonsultationer.

Det fremgår videre, at der i hele perioden laves markant færre (op til 76 %) e-mailkonsultationer pr. kvartal i regionsklinikken sammenlignet med patienter tilmeldt PLO-praksis. En af de interviewede i klinikken peger her på, at den tidligere leder ikke så stor værdi af e-konsultationer, men at det er et indsatsområde fremadrettet at gøre større brug heraf. Dette kan være en del af forklaringen på de relativt få e-konsultationer. Det er også bemærkelsesværdigt, at regionsklinikken laver betydeligt færre sygebesøg (op til 85 %) sammenlignet med patienterne tilmeldt PLO-praksis – særligt i lyset af, at regionsklinikken har en større andel af ældre med høj sygelighed (jf. Tabel 3.1), som ofte er den gruppe, der får sygebesøg (Praktiserende Lægers Organisation, 2016; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Oplevelsen af færre sygebesøg bekræftes af de kommunale informanter, mens lægerne i regionsklinikken vurderer, at der er forskellige tilgange blandt lægerne til sygebesøg, samt at klinikens fokus i høj grad er internt orienteret mod at optimere drift og nedbringe ventetider (jf. afsnit 2.4). En af lægerne fortæller i den forbindelse, at et sygebesøg svarer til cirka fem akutte konsultationer (hvilket er generelt gældende for både regionsklinikken og PLO-klinikker). Hvad angår kronikeromsorgen, harmonerer data med det genelle billede af færre kontakter pr. patient, idet der for KOL- og diabetespatienter ses færre kronikerydelser pr. patient sammenlignet med PLO-praksis.³

Der er ikke afdækket nogen entydige forklaringer på de observerede forskelle i de kvalitative interviews, og interviewdeltagernes perspektiver trækker i forskellige retninger. På den ene side peger sygeplejerskerne på, at de i regionsklinikken, til sammenligning med deres erfaring fra PLO-praksis, har friere rammer til at håndtere flere af de problemstillinger, patienterne henvender sig med i den samme 15-minutters konsultation (hvilket også blev observeret i regionsklinikkerne på Bornholm og Mors (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund,

³ Konkret ses 29 % og 43 % færre kronikerydelser pr. patient i regionsklinikken i 2020 og 2021. Det skal dog pointeres, at denne sammenligning ikke omfatter ydelser, der registreres som årsstatus/årskontrol (ydelseskode 0120), men alene dem, som registreres under de månedlige kronikerhonorar (ydelseskoder 013x), som blev indført ved overenskomsten for almen praksis i 2018 (Regionernes Løn- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2018). En del af forklaringen kan derfor skyldes variation i, hvordan ydelser til kronikere registreres.

& Højgaard, 2021)), og at dette skyldes fraværet af ydelseshonorering. På den anden side peger både sekretærer og læger på, at deres tilgang til booking af tider og konsultationsarbejdet ikke er forskelligt fra deres tidligere ansættelser i PLO-klinikker. Det fremgår i den forbindelse, at tilgangen til konsultationer ikke har været italesat som et fokus i udviklingen af klinikkens arbejdsgange, hvorfor det er naturligt at videreføre de dybt indgroede vaner fra mange års arbejde i almen praksis. Derudover lægger de interviewede læger vægt på, at de også i deres tidligere praksis først og fremmest var styret af indre, faglige værdier om at gøre det, der var meningsfuldt i den enkelte konsultation, frem for at være styret af ydre incitament om at maksimere klinikkens indtjening.

En anden betragtning på de observerede forskelle er, at regionsklinikken jf. Figur 3.1 har flere tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end PLO-praksis i Vestklyngen, hvilket logisk set vil trække opgørelserne i retning af færre antal kontakter pr. patient. Samtidig fremgår det af Figur 3.2, at regionsklinikken har færre kontakter pr. fuldtidslæge pr. dag. Sammenholdt med personalets udsagn om et behov for at optimere resurseudnyttelsen via øget uddelegering af opgaver til det ikke-lægelige personale (jf. afsnit 2.4) kan dette potentielt også afspejle, at de færre antal kontakter pr. patient kan hænge sammen med kapacitetsudnyttelsen i regionsklinikken.

Samlet set er der flere mekanismer, som kan have betydning for identificerede forskelle i kontakter pr. patient, og der kan derfor ikke drages håndfaste konklusioner om årsagerne.

3.2 Regionsklinikkenes driftsomkostninger⁴

Regionsklinikkenes løbende omkostninger til løn, øvrige personaleomkostninger og drift fremgår af nedenstående tabel for årene 2019 (september-december), 2020 og 2021, sammen med en opgørelse af de gennemsnitlige omkostninger pr. sikret patient for hhv. regionsklinikken og gennemsnittet af PLO-praksis i Vestklyngen.

⁴ Det fremgår af opgørelse tilsendt fra Region Midtjylland at der i forbindelse med åbningen af regionsklinikken har været etableringsomkostninger på i alt 841.759 kr. Disse omkostninger omfatter it-udstyr (hardware og software licenser), lægelige artikler, møbler og inventar, konsulentydelse ifm. etablering af lægesystem, annonceringer ved klinikkens åbning mv. Etableringsomkostningerne er ikke medtaget i opgørelserne af de løbende driftsomkostninger i dette afsnit.

Tabel 3.3 Driftsomkostninger og patientantal i Klinik for Almen Medicin 2019-2021

	2019 (sept.—dec.-)	2020	2021
Personaleomkostninger			
Løn	1.403.409	4.876.102	4.993.974
Administrativ bistand	100.000	337.500	277.000
Tjenesterejser og øvrige personaleomkostninger	5.057	27.789	63.374
Kurser	7.742	39.299	31.800
Øvrige driftsomkostninger			
Medicin og øvrige lægelige artikler	118.518	231.348	218.125
Materiale- og aktivitetsudgifter	32.609	27.790	24.608
Drift og vedligehold af it, medico-udstyr og alarm	1.885	161.799	137.849
Ejendomsudgifter og – vedligehold samt el	42.166	124.154	134.425
Anskaffelser af inventar og apparatur	838	99.276	47.231
Driftsomkostninger i alt	1.712.224	5.925.057	5.928.386
Antal sikrede borgere	3.346	3.447	3.393
Omkostninger pr. borger	512,-	1.719	1.747

Note: For at understøtte sammenlignelighed inkluderer opgørelserne ikke indtægter relateret til attestarbejde og vaccinationer. Det skyldes, at der ikke er adgang til disse oplysninger for PLO-praksis.

Tabel 3.3 viser, at udgifter til løn udgør den markant største omkostning i at drive regionsklinikken. Omregnet i procenter udgør lønudgifterne mellem 82-84 % af de samlede årlige omkostninger i 2019-2020. Derudover fremgår det, at omkostninger pr. borger i regionsklinikken i årene 2020-2021 var hhv. 1.719 kr. og 1.747 kr.

De enkelte udgiftsposter for regionsklinikken i Tabel 3.3 kan ikke sammenlignes med omkostningerne til PLO-klinikker, da disse ikke drives af regionen. Derfor præsenteres Region Midtjyllands udgifter til PLO-klinikker i Vestklyngen særskilt i Tabel 3.4 nedenfor.

Tabel 3.4 Samlede omkostninger og patientantal for PLO-klinikker i Vestklyngen

	2019 (sept.-dec.)	2020	2021
Ydelseshonorar	87.618.853	264.505.553	260.113.922
Basishonorar	41.586.838	125.632.370	128.555.003
Kronikerhonorar	10.512.644	31.565.732	35.086.452
Praksisomkostningshonorar	685.061	2.747.889	2.868.433
Kvalitetsklynger	2.613.498	1.696.185	1.261.801
Honorar for mødedeltagelse	9.344	27.880	
Tutorlæge	170.349		
Akkreditering	40.000		
Endelave		348.516	548.750
Kørsel		540	640
Andet		5.368	
Total	143.236.587	426.530.033	428.435.001
Antal sikrede borgere	241.873	251.430	253.575
Omkostninger pr. borger i PLO-praksis (gennemsnit i Vestklyngen)	592	1.696	1.690

Note: Tabellen inkluderer ikke Region Midtjyllands almen praksis-relaterede udgifter til: Fonden for Almen Praksis, Forbindsstoffer, Statens Seruminstitut (SSI), laboratorieanalyser for borgere i Region Midtjylland udført af andre virksomheder end SSI, Efteruddannelse af almen læger, Den regionale efteruddannelsespulje, Kvalitetsudviklingsudvalget. Udgifter til kvalitetsklynger er opgjort på klyngeniiveau. Udgiftsposten "Endelave" henviser til en praksis, som geografisk ligger uden for Vestklyngen men drives af en praksis i Vestklyngen.

Kilde: Opgørelsen og data i tabel 3.4 er leveret af Region Midtjylland

Set på tværs af Tabel 3.3 og Tabel 3.4 er det omkostninger pr. borger, som egner sig til sammenligning. Her viser tabellerne, at omkostningerne pr. borger i regionsklinikken i årene 2020-2021 ligger højere, men relativt tæt på det de gennemsnitlige omkostninger i Vestklyngens PLO-klinikker. Omkostninger pr. borger i regionsklinikken var 1.719 kr. i 2020 (jf. Tabel 3.3), mens de gennemsnitlige omkostninger pr. borger tilknyttet Vestklyngens PLO-klinikker var 1.696. kr. (jf. Tabel 3.4 Det svarer til, at omkostningerne pr. borger i regionsklinikken var 1,4 % højere end PLO-gennemsnittet. Omkostningerne i 2021 på 1.747 kr. var 3,4 % højere end PLO-gennemsnittet. En større forskel fremstår i tredje kvartal af 2019, hvor regionsklinikken omkostninger var 13,5 % lavere end PLO-gennemsnittet. De lavere omkostninger i denne periode kan hænge sammen med, at regionsklinikken først i januar 2020 havde rekrutteret de i alt fire læger, som skulle dække klinikken to normerede fuldtids lægestillinger.

I sammenligningen af omkostninger er der ikke taget højde for forskelle i alder, køn og sygdomsmønster mellem regionsklinikens patienter og den øvrige population i Vestklyngens PLO-klinikker.

Andre undersøgelser og erfaringsopsamlinger viser på den ene side, at det er omkostningstungt at drive midlertidige tilbud om lægedækning, hvorfor omkostningerne ofte er højere end PLO-gennemsnit, og på den anden side er der eksempler på (ligesom regionsklinikken i Lemvig), at en regionsklinik drives på et omkostningsniveau svarende til en gennemsnitlig PLO-klinik (Buch et al., 2019; Danske Regioner, 2018; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). I alle tilfælde gælder dog, at det er vanskeligt at opgøre og sammenligne de direkte driftsomkostninger. Det skyldes bl.a., at udgifterne kan opgøres på forskellige vis, og at det er vanskeligt at tage højde for de enkelte klinikkers forskellige forudsætninger for at drive klinik. Hertil kommer, at regionen har en række administrative omkostninger til styringen af praksissektoren generelt, som ikke er inkluderet i de direkte omkostninger (Bidstrup & Simonsen, 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). Endeligt er det væsentligt at minde om, at sammenligning af en enkelt klinik (regionsklinikken) med et gennemsnit af omkostninger på tværs af PLO-klinikker lader variationen i omkostningerne i PLO-klinikker ude af betragtning. Dermed står det ubelyst hen, hvordan regionsklinikken placerer sig i det spænd, der er i omkostninger pr. patient imellem enkelte PLO-klinikker.

3.3 Opsamling

- Det fremgår, at regionsklinikken har en lidt ældre patientpopulation med højere sygelighed, sammenlignet med gennemsnittet for PLO-praksis i Vestklyngen. Samtidig er kønsfordelingen i regionsklinikken karakteriseret ved en højere andel af kvinder sammenholdt med gennemsnittet af PLO-praksis. Disse forskelle skyldes formegentlig, at klinikken har overtaget de fleste patienter fra læger, der er gået på pension efter at have været nedsat i området i mange år – hvilket alt andet lige er forbundet med ældre patienter, som gennemsnitligt er mere syge.

Ser vi på udviklingen i regionsklinikens ydelser, har der været væsentligt færre af alle typer af kontakter pr. patient i årene 2019-2022, sammenlignet med gennemsnittet af Vestklyngens PLO-klinikker.

Når det kommer til fremmødekonsultationer, ses op til 25 % færre konsultationer pr. patient i regionsklinikken. De tydeligste forskelle ses ved sygebesøg og e-konsultationer, hvor der er op til hhv. 85 % og 76 % færre kontakter pr. patient i regionsklinikken sammenlignet med PLO-praksis. Interviewene giver ikke mulighed for at forklare de observerede forskelle entydigt. På en side oplever

klinikkens sygeplejersker større frihed til at behandle flere problemstillinger i deres konsultationer sammenlignet med deres tidligere ansættelser i PLO-klinikker, hvilket kan være en faktor, som mindsker antallet af fremmødekonsultationer. Men heroverfor fortæller klinikkens læger og sekretærer, at det patientrettede arbejde og prioriteringen mellem forskellige typer af konsultationer ikke adskiller sig fra, hvordan de har gjort tingene i deres tidligere arbejde i PLO-praksis. Samtidig fremgår det, at regionsklinikken – i modsætning til fx regionsklinikkerne på Bornholm og Mors (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021) – ikke har anvendt fraværet af ydelseshonorering som en anledning til at justere i praksisens dagsprogram eller fokusere målrettet på at klare alle patientens problemstillinger ved samme fremmøde, og derved mindske antallet af fremmødekonsultationer.

Mønsteret i praksisklinikkens ydelser og kontakter er umiddelbart modsat det forventede i forhold til de observerede forskelle i patienternes køn, alder og sygelighed, som alt andet lige kunne forventes at hænge sammen med et øget behov for ydelser i almen praksis jf. (Hansen, 2015; Praktiserende Lægers Organisation, 2016; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Et væsentligt forbehold for opgørelserne knytter sig dog til, at regionsklinikken ikke er ydelseshonoreret og derfor ikke har et økonomisk incitament til at registrere antal og typer af kontakter på samme detaljeniveau som en PLO-praksis (Gyrd-Hansen, 2012; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008). De observerede forskelle skal derfor tolkes med stor forsigtighed.

Ser vi på regionsklinikkens omkostninger, ligger omkostninger pr. patient relativt tæt på PLO-gennemsnit i årene 2019-2021. Omkostningerne i regionsklinikken er 1,4-3,4 % højere.

4 Regionsklinikkenes daglige organisering og patientrettede arbejde

Dette kapitel ser nærmere på klinikkenes daglige, patientrettede arbejde. Først med fokus på klinikkenes dagskema og processerne fra patienternes henvendelse til visitation og konsultationer. Dernæst med fokus på regionsklinikkenes samarbejde med kommunen.

4.1 Klinikkenes dagsprogram

Tabel 4.1 skitserer en dags forløb i regionsklinikken via skemaer for de to sekretærer, to sygeplejersker samt de to læger, som klinikken er bemannet med til dagligt.

Tabel 4.1 Regionsklinikkenes dagskema

Tid	Sekretær 1	Sekretær 2	Sygeplejerske 1	Sygeplejerske 2	Læge 1	Læge 2
8:00	Telefon	Telefon	Telefon	Telefon	Telefon	Telefon
-15						
-30						
-45			Konsultation	Laboratoriesvar	Konsultation	Konsultation
9:00						
-15				Konsultation		
-30						
-45						
10:00	Admin.	Admin.	Admin.	Admin.	Admin.	Admin.
-15	Telefon	Telefon	Konsultation	Konsultation	Konsultation	Konsultation
-30						
-45						
11:00						
-15						
-30			Laboratoriesvar			
-45					Admin.	Admin.
12:00	Frokost/ admin.	Frokost/ admin.	Frokost/ admin.	Frokost/ admin.	Frokost/ admin.	Frokost/ admin.
-15						

Tid	Sekretær 1	Sekretær 2	Sygeplejerske 1	Sygeplejerske 2	Læge 1	Læge 2
-30						
-45						
13:00	Telefon	Telefon	Konsultation	Konsultation	Konsultation + inkl. akuttider	Konsultation + inkl. akuttider
-15						
-30						
-45						
14:00	Admin.	Admin.				
-15						
-30						
-45						
15:00						
-15	Admin. + evt. tlf. til byvagt-læge	Admin. + evt. tlf. til byvagt-læge			Konsultation + evt. byvagt-læge	Konsultation + evt. byvagt-læge
-30			Admin.	Admin.		
-45						
16:00						

Kilde: Egen tilvirkning pba. oplysninger og materiale fra regionsklinikken.

Som de fremgår af skemaet, har klinikken åbent for telefonkonsultationer fra kl 8:00-8:30. Her har patienterne uvisiteret adgang til at tale med en læge eller sygeplejerske. I praksis strækker telefontiden sig til 8:45, da lægerne skal nå at afslutte de sidste patienter i telefonen. Patienterne vælger selv i telefonmenuen, hvilken sygeplejerske eller læge de vil tale med, og bliver sat i kø. Den åbne telefonkonsultation om morgenen er almindeligt for en lægepraksis, men der findes også klinikker, herunder regionsklinikker, hvor denne mulighed skåret fra, bl.a. på baggrund af erfaring med, at lægerne brugte for meget tid på henvendelser og spørgsmål, som kunne klares af sygeplejersker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021).

Efter den åbne telefontid har lægerne og sygeplejerskerne planlagte konsultationer af 15 minutters varighed frem til kl 12:00, dog afbrudt af et kvarters pause kl 10:00, som anvendes til at samle op på hængepartier og håndtere klinikens indbakke. Lægerne og en af sygeplejerskerne fortæller, at de i tidligere praksis har været vant til 10 minutters konsultationer, og at de 15 minutter, der afsættes i regionsklinikken giver bedre mulighed for at færdiggøre patienterne. Det afhænger dog altid af den konkrete patient, og for sygeplejerskernes vedkommende, i hvilken udstrækning det er nødvendigt at inddrage en af lægerne. Størstedelen af middagspausen fra kl 12-13 går med at samle op på patienter, notater mv., og typisk har de ansatte 20 minutter til frokost.

Akuttider placeres som udgangspunkt om eftermiddagen fra kl 13-15 og med 10 minutter afsat pr. patient frem for de 15 minutter, der afsættes til planlagte konsultationer. Sekretærene fortæller, at akutte behov for konsultation samme

dag ofte vælter dagsprogrammet, men at der ofte er tale om sub-akutte ting, som kan vente 1-2 dage. Lægerne indgår derudover i en bylægevagtsordning fra kl. 15-16.

Visitation og sekretæernes opgaver

Sekretæerne passer telefonen til kl 14:00, hvor de visiterer patienter til konsultationer hos sygeplejersker eller læger. Sekretæerne kan i de fleste tilfælde selv vurdere, om patienternes henvendelser kræver en tid hos sygeplejerske eller lægen, samt hvorvidt henvendelsen er (sub)akut. I tvivlstilfælde rådfører de sig typisk med en af sygeplejerskerne eller lægerne. Den ene sekretær er uddannet farmakonom og har erfaring fra et apotek. Denne faglighed udnyttes i "frontlinjen" i telefonen til receptfornyelser og information til patienterne om medicin. Sekretæerne varetager desuden en række kliniske opgaver, herunder vaccinationer, måling af blodtryk, EKG-scanninger, blodfortyndende behandling og behandling af urinvejsinfektioner. Sekretæerne beskriver deres rolle generelt som "den røde tråd" i klinikken, da de håndterer alle henvendelser og praktiske problemstillinger, og da de møder alle de patienter, der kommer i klinikken.

Sygeplejerskerne rolle og sparring med lægerne

Sygeplejerskerne opgaver omfatter bl.a. dele af kronikerbehandling, nogle børneundersøgelser, nogle graviditetsundersøgelser, derudover andre opgaver såsom vacciner, øreskylning, mv. Som beskrevet i afsnit 2.4, har regionsklinikken et fokus på at optimere driften via øget uddelegering af lægefaglige opgaver til sygeplejerskerne samt andre understøttende redskaber. En del af sygeplejerskernes tid går også på det forbedringsarbejde, som er målrettet klinikkens drift (beskrevet i afsnit 2.4).

Sygeplejerskerne i regionsklinikken oplever, at lægerne er imødekommende for løbende sparring omkring patienterne, om end mulighederne for sparring er begrænset af lægernes deltidsansættelser og travlhed, hvorfor spørgsmålene ofte samler sig til frokostpauserne, hvor lægerne ikke ser patienter. Foruden den løbende ad hoc-sparring får sygeplejerskerne supervision ved hver sin læge i klinikken. For den ene sygeplejerskerne er supervisionen fastlagt og kalendersat til to gange om ugen. For den andens vedkommende aftales supervision løbende uden en fast kadence. De forskellige rammer for supervision afspejler, at supervisionen ikke er en ledelsesbeslutning, der er implementeret ensartet og nedefter i klinikken, men nogle aftaler som sygeplejerskerne har indgået med lægerne på baggrund af en generel anbefaling om supervision fra klinikkens eksterne sparringspartner. Her kan også drages parallel til VIVES andre regionsklinikker, hvor netop lægefaglig supervision har været et ønske blandt sygeplejersker, men hvor rammerne med (deltids)ansatte læger og en

lægefaglig ledelse på distancen, ikke synes at understøtte dette (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021).

Lægernes arbejde med kontinuitet og administration

Lægerne oplever, at klinikken har en stor andel ældre og multisyge patienter, hvilket også bekræftes i opgørelsen af patientpopulationens alderssammensætning og sygelighed i Tabel 3.1. Regionsklinikken har haft som mål at skabe kontinuitet i læge-patient-relationerne. I regionsklinikken etableres de faste læge-patient-relationer på en løbende facon, hvor patienterne typisk knyttes til den læge, som de har deres første konsultation med. Til sammenligning viser andre af VIVEs undersøgelser, hvordan der i almen praksis klinikker, også i regionsklinikker, sker en mere regelstyret fordeling af borgere imellem de enkelte lægerne, fx på baggrund af fødselsmåned (Fredslund et al., 2020; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). Eftersom der har været udskiftning af lægerne, er klinikken stadig på evalueringstidspunktet i denne proces med at etablere faste læge-patient-relationer.

Der er afsat omtrent en time til administration i lægernes skema. Lægerne fortæller, at det varierer fra dag til dag, om de med disse rammer kan holde fri, når klinikken lukker, og i hvilken udstrækning der resterer hængepartier til efter kl 16. De sætter dog også en kontrast til deres erfaringer som ejerlæger, hvor arbejdsopgaverne bredte sig til aftener og weekender.

... som ansat vil man ikke tage arbejde med hjem i weekender. Det gjorde jeg i egen klinik, der kunne man fylde tiden ud i weekenderne. Men selvfølgelig arbejder man til kl. 17, hvis man ikke er færdig før, fx med sygebesøg, papirarbejde etc. (Læge 1)

Nogle gange bliver jeg ikke færdig, og så tager jeg computeren med og gør det færdigt senere. Men jeg har ikke natte- og aftenarbejde. Da jeg var yngre og havde egen praksis arbejdede jeg om natten, fx fiksedede attester osv. Det gør man ikke længere (Læge 2)

Den tid, som er afsat til lægernes administration, er betydeligt mindre end i andre regionsklinikker, som VIVE har evalueret, hvor der har været afsat 2-2,5 timer til lægernes administrationen. Denne forskel skal bl.a. ses i lyset af, at lægerne i de andre regionsklinikker ikke har telefontid om morgenen.

Opsamling

Samlet set afspejler regionsklinikken daglige program en almindelig PLO-lægepraksis (jf. henvisninger til vores tidligere undersøgelser), men adskiller sig

også fra andre regionsklinikker, som VIVE har evalueret. Det gælder bl.a. i forhold til, om lægerne har telefontid om morgenen for uvisiterede henvendelser, samt hvor meget tid der afsættes til administration. Mulighederne for at afsætte mere lægetid til administration afhænger formegentlig af klinikkens samlede arbejdsdeling, og hvor stor en del af det lægefaglige arbejde, der er delegeret til sygeplejerskerne. Her er regionsklinikken som beskrevet i afsnit 2.4 på vej mod øget uddelegering og optimering af resurseudnyttelsen, mens de andre regionsklinikker, som VIVE har evalueret, har været kendetegnet ved en høj grad af uddelegering af lægernes opgaver.

4.2 Samarbejdet med kommunen

Dette afsnit ser nærmere på regionsklinikkenes samarbejde med hjemmesygeplejen i Lemvig Kommune samt kommunens *Tryghedshotel*. Tryghedshotellet er et kommunalt plejetilbud med midlertidige sengepladser til borgere i Lemvig Kommune, som enten er for svage/syge til at være hjemme, men hvor der ikke er anledning til eller grundlag for en indlæggelse på sygehus, eller som ikke er klar til at blive udskrevet til eget hjem efter en indlæggelse. Regionsklinikkenes samarbejde med hjemmesygeplejen og Tryghedshotellet kredser primært om de svage ældre borgere, hvor der kan være behov for lægefaglig sparring. Kapitellet belyser de udfordringer og muligheder, der opleves i samarbejdet på tværs af regionsklinikken og i kommunen, samt hvordan og hvorvidt de kommunale informanter oplever forskelle i samarbejdet, sammenlignet med andre almen praksisklinikker.

4.2.1 Kommunikation om patienterne mellem kommune og regionsklinikken



Vi har for mange genindlæggelser, fordi der ikke er lagt en ordentlig plan B for, hvad vi gør, hvis det ikke lykkes med plan A.

Kommunal sygeplejerske 1

En stor del af samarbejdet handler om det videre forløb for svage borgere, der udskrives fra sygehus. Informanter fra kommunen peger her på, at samarbejdet har et vanskeligt udgangspunkt, idet borgerens egen læge og kommunens sygeplejersker ikke får samme information om borgeren fra sygehuset. Regi-

onsklinikken får den lægefaglige epikrise/udskrivningsrapport, mens kommunen får den sygeplejefaglige epikrise og evt. genoptræningsplaner. De kommunale informanter fra både hjemmesygeplejen og Tryghedshotellet peger på, at de har et stort behov for adgang til hurtig lægefaglig sparring med patientens egen læge efter udskrivelse, men at dette er et svagt punkt i samarbejdet, der kan forårsage genindlæggelser, som illustreret i nedenstående citat:

Vi har for mange genindlæggelser, fordi der ikke er lagt en ordentlig plan B for, hvad vi gør, hvis det ikke lykkes med plan A. Og vi kan jo ikke få dem (egen læge, red.) ud på akut besøg lige her og nu, når vi har brug for det. For eksempel lungesyge og hjertesyge patienter – der skal det gå hurtigt. Og så kommer de ind [på sygehuset] igen. Så hurtig adgang er et behov. (Kommunal sygeplejerske 1)

De oplevede udfordringer omkring genindlæggelser beskrives som et generelt problem i snitfladen til almen praksis, herunder også regionsklinikken. Problematikken kan dog også forstås i relation sygehusene, som igennem de senere år har haft fokus på tidlig udskrivning. Behovet for hurtig adgang til lægefaglig sparring opstår imidlertid ikke kun efter udskrivelser, men generelt, når de kommunale sygeplejersker bliver usikre på en borger, som er i eget hjem, eller som er indlagt på Tryghedshotellet fra eget hjem. Sygeplejerskerne fra Tryghedshotellet oplever i den sammenhæng forskel på mulighederne for at få lægerne på sygebesøg, sammenlignet med patienter, der er udskrevet fra sygehuset med en lægefaglig plan for det videre forløb, herunder om opfølgende hjemmebesøg fra patientens egen læge.

Det er lidt nemmere, når patienterne kommer ud fra sygehuset, for så er der nogen klare anbefalinger til, hvad egen læge skal gøre. Det betyder så, at de af vores patienter, der kommer hjemmefra nedprioriteres, fordi vi ikke har fået en lægefaglig plan og anbefaling om hjemmebesøg, så der har vi ikke et lige så stærkt "argument" så at sige til regionsklinikken for et sygebesøg (Kommunal sygeplejerske 1)

For de af Tryghedshotellets borgere, som kommer hjemmefra (og som af interviewpersonen anslås at udgøre 25 % af Tryghedshotellets borgere), oplever sygeplejerskerne derfor, at sygebesøgene udskydes. Derudover peger de på, at lægernes deltidsansættelse kan være et yderligere forsinkende led:

Det kan også være svært, når lægerne kun arbejder 2-3 dage om ugen, for så skrider tiderne, og det passer ikke med vores akutte behov. For eksempel hvis vi mangler et blodprøvesvar, så siger lægen fx "... dem får I, når jeg kommer tilbage i næste uge", og hvor vi siger, "kan du ikke give det videre til en kollega?" Og hvor de siger, "nej, det bliver for mange kokke". Og det er måske rigtig nok, men

det bliver jo alligevel på borgerens bekostning (Kommunal sygeplejerske 3).

Med deltidsansættelserne i regionsklinikken fremstår således en afvejning imellem på den ene side behovet i kommunen på hurtige svar og opfølgning og på den anden side lægernes fokus på tovholderrollen, hvilket indebærer, at ansvaret og overblikket over borgerens samlede forløb varetages af én af lægerne i regionsklinikken.

I regionsklinikken oplever personalet, at de ikke-akutte elementer i samarbejdet med kommunen er velfungerende. Det gælder ikke-akut-kommunikation samt overdragelse af opgaver til de kommunale sygeplejersker, såsom blodtryksmåling og sårbehandling. Udfordringen består i at imødekomme det kommunale behov for hurtig lægefaglig sparring. Den oplevede udfordring handler både om, at der kommer mange henvendelser fra kommunen, og at henvendelsernes kvalitet ikke altid er tilstrækkelig, hvilket er afspejlet i nedenstående citat.

... man kan risikere, at man sidder der hen på dagen, og så pludselig kommer der en korrespondance [fra kommunen], som godt kunne lyde lidt akut. Men man får først et varsel hen på dagen, og der er ikke nogen, der har ringet om det, det er lidt svært at gennemskue i en korrespondance, hvor alvorligt er det egentlig, og der er ikke noget telefon nummer på, hvem man skal ringe tilbage til. (Læge i regionsklinikken)

De oplevede udfordringer med at imødekomme et stort antal henvendelser, hvor flere har utilstrækkelig kvalitet, afspejler en generel udfordring i samarbejde med almen praksis og kommune, som også afdækket i andre undersøgelser (Buch et al., 2012). I denne sammenhæng har det givet regionsklinikken anledning til, at regionsklinikken er indgået i dialog med ledelsen af den kommunale hjemmesygepleje og trykshotellet med henblik på tydeliggøre nogle forudsætninger og krav til, hvordan henvendelser fra kommunal sygepleje skal foregå, hvis lægerne i klinikken skal kunne imødekomme kommunens behov for hurtig respons. Fra regionsklinikken er der lagt vægt på, at akutte henvendelser er en kompetence, der kun skal gives til de kommunale sygeplejersker. Derudover, at de kommunale sygeplejersker ved (sub)akut behov for lægefaglig respons både skal kontakte regionsklinikken pr. telefon og forklare situationen samt sende en korrespondance med al relevant information. Denne procedure kan imidlertid opleves som dobbeltarbejde i den kommunale hjemmesygepleje, hvilket afspejles i nedenstående citat:

Kan I få fat i en læge, når I oplever de her akutte situationer?

Nej, ikke altid. Jeg synes ofte, vi står i, at når man ringer, får man en sekretær. Og det er jo fint nok, men problemet er så bare, at når

man begynder at forklare den situation, man står i, så vil de gerne have, at man skriver en MedCom [korrespondance]. Og så bliver det dobbeltarbejde for mig. For normalvis har de op til 5 hverdage til at reagere, så udover at skrive korrespondancen er jeg også nødt til at ringe til lægen for at høre, "får I nu læst den her, og hvordan gør vi så nu?". Så det bliver en dobbeltarbejdsgang for mig at skal have fat i en læge. (Kommunal sygeplejerske 2)

Sygeplejersker fra Tryghedshotellet fortæller ligeledes, at de sjældent opnår telefonisk kontakt med læger fra regionsklinikken, men det fremgår også, at man i henvendelserne forsøger at balancere behovet for hurtig lægefaglig sparring med regionsklinikkenes behov og forudsætninger:

Vi kan angive på vores korrespondance, at de har "høj prioritet", hvilket jeg går ud fra, betyder, at de så bliver set samme dag. Og det gør de fleste af os. Jeg gør så også det, at jeg skriver hvad jeg har brug for svar på, og at jeg ringer i telefontiden. For så tænker jeg, at så har de mulighed for at sætte sig ind i tingene, uden at jeg bombarderer dem med spørgsmål. (Kommunal sygeplejerske 3)

Muligheden for i regionsklinikken at organisere sig ud af udfordringerne, fx ved at afsætte tid i dagsprogrammet til kommunale henvendelser, er heller ikke lige til, dels fordi der i forvejen er stor efterspørgsel på konsultationer, dels fordi tidspunkterne for de kommunale sygeplejerskers behov for telefonisk kontakt er uforudsigelige. Samtidig er der også en erkendelse af, at der i den videre dialog om samarbejdet er behov for en mere gensidig dialog om rammerne for det tværsektorielle samarbejde, og hvordan kommunikation kunne forbedres:

Men man skal bare huske på, at det her er ikke noget, vi har aftalt med dem [kommunen, red.], det er noget om, hvordan vi synes tingene skal være. Og man sidder på den anden side af bordet [i kommunen, red.], og synes noget andet. Vi har jo ikke siddet sammen, og snakket sammen om, hvordan vi tænker samarbejdet skal være. (Sygeplejersker i regionsklinikken).

Samlet set fremstår samarbejdet om (sub)akutte patienter mellem regionsklinikken og de kommunale funktioner stadig udfordret. Fra kommunens side er udfordringen, at adgangen til lægefaglig sparring er trang, og i regionsklinikken, at opkald og henvendelserne fra kommunen er mange og svære at imødekomme. Udfordringerne skal ses i lyset af regionsklinikkenes egen interne udvikling, som er og har været fokuseret på en betragtelig og nødvendig optimering af driften (beskrevet i afsnit 2.4) samtidig med et prioriteret fokus på at nedbringe ventetider på konsultationer. Samarbejdet med kommunen er i det lys et ud af flere større fokusområder for regionsklinikken. Sammenlignet med andre undersøgelser kan der på sigt være gode muligheder for – via en

regionsklinik – at udvikle samarbejde mellem almen praksis og kommune. Blandt andet fremgår det af andre undersøgelser, at den økonomiske styring af regionsklinikker, giver bedre muligheder for, at læger og ledelse i en almen praksis kan prioritere tværsektorielle møder med fokus på at udvikle samarbejdet (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021), og at det i andre regionsklinikker er lykkedes at etablere et samarbejde, hvor elektroniske korrespondancer fra kommunen besvares samme dag, og hvor der ringes tilbage hurtigst muligt (Buch et al., 2019). Samtidig er der eksempler på, hvordan udviklingsarbejdet i kontekst af en regionsklinik adresserer det problemfelt omkring kommunale aktørers adgang til lægefaglig sparring, som opleves i Lemvig, herunder fx 'videobaseret stuegang', hvor lægerne i en regionsklinik er på virtuelt sygebesøg på kommunale midlertidige pladser (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). I regionsklinikken i Lemvig har den tidligere lægefaglige leder i regionsklinikken ligeledes gjort takter i forhold til at tænke de kommunale aktører ind i udviklingsprojekter, konkret i udviklingsprojektet om medicingennemgang (se Tabel 2.2), med et fokus på at på overføre lægefaglig viden og kompetencer til de kommunale sygeplejersker. Dette blev positivt oplevet af de kommunale informanter, som på den baggrund udtrykker et fremadrettet ønske om en fast lægefaglig sparringspartner i regionsklinikken.

4.2.2 Oplevede forskelle mellem regionsklinikken og PLO

I interviewene med de kommunale informanter har vi spurgt ind til oplevede forskelle i samarbejdet med henholdsvis regionsklinikken og PLO-klinikker. Herunder i forhold til kommunikation og adgang til lægefaglig sparring. Omstændigheden på evalueringstidspunktet er dog, at lægedækningen i Lemvig Kommune i overvejende grad omfatter udbudsklinikker. De kommunale informanter udtrykker ikke konsistent en afgørende forskel mellem regionsklinikkerne og udbudsklinikkerne, men oplever en forskel mellem regionsklinikken og (de tidligere) PLO-klinikker.



Hvis de kender patienten godt, har de meget nemmere ved at svare og give os ro på.

Kommunal sygeplejerske 2

De oplevede forskelle mellem regionsklinikken og PLO-klinikker handler om sygebesøg, lægernes kendskab til patienterne og adgangen til lægefaglig sparring.

Når det kommer til sygebesøg, er der en oplevelse i den kommunale hjemme-sygepleje af, at læger i PLO-klinikker oftere kommer på sygebesøg hos borgeren, hvilket også afspejles i afsnit 3.1, hvor evalueringens data viser at, regionsklinikken laver betydeligt færre sygebesøg pr. patient sammenlignet med PLO-klinikker. De kommunale informanter peger på, at lægernes sygebesøg har stor værdi, idet kommunikation med lægen om den enkelte borger er særlig effektiv, når den foregår hjemme ved borgeren. De kommunale informanter peger også på, at lægernes kendskab til de enkelte patienter er væsentlig for at yde effektiv hjælp og sparring:

Hvis de kender patienten godt, har de meget nemmere ved at svare og give os ro på – fx ved at de kan fortælle om patientens habituelle tilstand, og hvilke undersøgelser der er lavet. (Kommunal sygeplejerske 2)

Det skal pointeres her, at de kommunale informanters oplevelser også er præget af samarbejdet med udbudsklinikkerne, og at de i interviewene kunne have svært ved konsistent og entydigt at skelne disse oplevelser fra oplevelsen af regionsklinikkenes læger. I sammenligning med PLO-klinikkerne oplever de kommunale informanter dog et generelt bedre patientkendskab. Dette kan, for regionsklinikkenes patienter, hænge naturligt sammen med, at de nuværende læger stadig er i en proces med at lære patienterne at kende og etablere faste læge-patient-relationer (jf. afsnit 4.1).

Når det kommer til kommunale sygeplejerskers adgang til lægefaglig sparring, oplever de en markant forskel mellem regionsklinikken og PLO-klinikker (dels en nuværende og tidligere PLO-klinikker).

Ja, der er stor forskel. Tilgængeligheden er langt bedre hos de traditionelle lægepraksisser, vi har tilbage, og så udbuds- og regionsklinikken. De traditionelle klinikker, der er altid en læge, der ringer tilbage. Og de kan også afbryde lægen, når det er akut. Adgangen i de traditionelle klinikker er bedre end i udbuds- og regionsklinikken. (Kommunal sygeplejerske 1)

4.3 Opsamling

- De ansatte oplever gode rammer og et godt arbejdsmiljø i deres daglige arbejde i regionsklinikken. Klinikkenes dagsprogram afspejler overordnet set en almindelig lægepraksis, men adskiller sig samtidig på visse punkter fra andre regionsklinikker, som VIVE har evalueret (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). Det gælder i forhold til patienternes uvisiterede adgang til en læge i telefontiden, som i andre regionsklinikker er skåret væk, bl.a.

på baggrund af erfaring med, at lægernes brugte for meget tid på henvendelser og spørgsmål, som kunne klares af sygeplejersker. Hertil kommer, at der i de andre regionsklinikker har været afsat mere tid til lægernes administration, i alt op til 2-2,5 timer (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021), mens der i regionsklinikken Lemvig er afsat i alt 1 time pr. læge. Endeligt ses forskelle, i forhold til hvordan der arbejdes med kontinuitet, hvor der i andre PLO- og regionsklinikker har været en regelstyret fordeling af borgerne på de enkelte læger (Fredslund et al., 2020; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021), mens de faste læge-patient-relationer i regionsklinikken etableres løbende, efterhånden som patienterne har deres første kontakter.

Hjemmesygeplejen og Lemvig Kommunes midlertidige aflastningspladser (*Tryghedshotellet*) udgør de væsentligste snitflader til kommunen, hvor samarbejdet primært har ældre, svage patienter som omdrejningspunkt. De planlagte elementer i samarbejdet opleves som velfungerende, mens der i (sub)akutte situationer opleves udfordringer på begge sider. Kommunens sygeplejersker udtrykker behov for hurtigere adgang til lægefaglig sparring, bl.a. for at undgå genindlæggelser, når de bliver usikre på enkelte patienter. I regionsklinikken er der en oplevelse af, at henvendelser fra kommunen er mange, og at kvaliteten af korrespondancer til tider er utilstrækkelig. Regionsklinikken har tidligere indgået i dialog med kommunen for at forbedre samarbejde og opstille kriterier for akutte kommunale henvendelser, som imødegår regionsklinikkenes forudsætninger.

De oplevede udfordringer på tværs af den kommunale sygepleje og regionsklinikken er også afdækket i andre undersøgelser (Buch et al., 2012) og fremstår i det lys ikke ualmindelige. Samtidig viser andre undersøgelser eksempler på, hvordan samarbejdet mellem kommunal sygepleje og regionsklinikker i højere grad lykkes i forhold til at indfri de forskellige behov for hurtig adgang til lægefaglig sparring og bedre kvalitet i henvendelser, samt hvordan der i kontekst af regionsklinikkers udviklingsarbejde skabes nye (teknologiske) løsninger til fordel for disse dele af det tværsektorielle samarbejde (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). Mere overordnet peger disse undersøgelser på, at regionsklinikker i højere grad end PLO-praksis skaber rammer for, at læger og øvrigt personale kan prioritere tid til tværsektoriel dialog om samarbejdet (Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021). Hvad angår regionsklinikken i Lemvig, skal klinikkenes forudsætninger for at imødekomme de kommunalt oplevede behov samt for at rette udviklingsfokus på samarbejdet med kommunen imidlertid ses i lyset af klinikkenes arbejde med at optimere den interne drift og arbejdsdeling (som beskrevet i afsnit 2.4). Fremadrettet fremstår det relevant med en tværsektoriel dialog, der styrer efter en gensidig forståelse af betingelser, behov og udfordringer mellem regionsklinik og kommunal praksis.

5 Patienternes perspektiver på regionsklinikken

Dette kapitel præsenterer patienternes perspektiver på og tilfredshed med regionsklinikken. Dels med afsæt i otte kvalitative interviews og dels med afsæt i den DanPEP-patienttilfredshedsundersøgelse, regionsklinikken har gennemført i foråret 2022. Regionsklinikken DanPEP-resultater sammenlignes med gennemsnittet for de PLO-praksis i Vestklyngen, der har deltaget i undersøgelsen, for at få en indikation af, hvorvidt patienternes perspektiver adskiller sig fra de øvrige praksis i området.

5.1 Overgangen til regionsklinikken

Ingen af de interviewede patienter giver udtryk for manglende information eller udtalte bekymringer i forbindelse med, at de blev tilmeldt regionsklinikken. Der er en generel erkendelse af – og ærgrelse over – at det er svært at tiltrække praktiserende læger til Lemvig og omegn, og derfor også en accept af, at det aktuelt er nødvendigt at etablere andre klinikformer. De fleste interviewpersoner har været glade for deres tidligere læger – og særligt den kontinuitet – de repræsenterede, men enkelte fortæller også, at de har været glade for skiftet. De to perspektiver er illustreret i de to nedenstående citater:

Jeg havde min gamle læge i 30 år og var meget glad for ham. Jeg har været så ked af at skifte, men der var jo ikke noget at gøre, fordi han skulle på pension. (Patient i 50'erne)

Jeg var ikke ked af at skulle et andet sted hen, for jeg var ikke så tilfreds med min gamle læge. Jeg oplevede ikke at blive taget seriøst og lyttet godt nok, når jeg var til konsultation. Er ikke en der overrender min læge, så når jeg kommer, er det, fordi der er noget. Jeg blev også flere gange bedt om at bestille ny tid hos min gamle læge, hvis jeg lige kom til at sige noget der lidt ud over det jeg henvendte mig med. (Patient i 60'erne)

Overgangen til regionsklinikken har for nogle patienter indebåret et skifte fra en PLO-praksis, hvor lægen gik på pension, mens andre patienter har nået at være tilknyttet en udbudsklinik i tiden, inden regionsklinikken blev oprettet.



Jeg nåede at være et år i udbudsklinikken, og det var ikke godt. Der var en ny læge hver gang og ingen form for kontinuitet.

Patient i 50'erne

Fire af de interviewede patienter har i en overgangsfase været i en udbudsklinik, og de fortæller samstemmende, at de aktivt valgte regionsklinikken til grundet oplevelser relateret til manglende kontinuitet og sproglige udfordringer i udbudsklinikken, som illustreret i nedenstående citater:

Jeg nåede at være et år i udbudsklinikken, og det var ikke godt. Der var en ny læge hver gang og ingen form for kontinuitet. Så jeg skyndte mig at skifte til regionsklinikken, så snart jeg fik chancen, og det har jeg været rigtigt glad for. (Patient i 50'erne).

I udbudsklinikken havde jeg en oplevelse af, ikke at have samme læge, og oplevelser af at blive misforstået af udenlandske læger. Min forventning til regionsklinikken var, at det nok også ville blive skiftende læger, men der er jeg blevet positivt overrasket. (Patient i 40'erne).

Udbudsklinikken var egentlig ok, men det var aldrig den samme læge. Altid forskellige læger. De var flinke og venlige, men du kunne begynde forfra hver gang med din historie. (Patient i 70'erne).

Mens de dårlige oplevelser i udbudsklinik har været bevæggrund for nogle patienters valg af regionsklinikken, er der andre patienter, som trods en generelt dårlig oplevelse i udbudsklinikken havde enkelte positive oplevelser med en specifik læge eller sygeplejerske, som de vidste, skulle flytte med til regionsklinikken. Dette var således også en bevæggrund for valg af regionsklinikken, som handler om enkeltstående positive erfaringer med specifikke læger, som patienterne derfor forsøger at følge.

Samme type bevæggrund optræder blandt de interviewede patienter, som kommer direkte fra en PLO-praksis og kunne vælge mellem udbudsklinik og regionsklinik, og hvor en sygeplejerske fra den lukkede PLO-praksis blev ansat i regionsklinikken.

5.2 Patientoplevelt kontinuitet i relation til læger og øvrigt personale

Det at have en fast læge, der kender ens situation og sygdomshistorik, udgør en grundlæggende værdi for almen praksis, som bl.a. sættes i forbindelse med høj patienttilfredshed og praksislægernes mulighed for at løfte deres rolle som gatekeepere for specialiseret behandling og som patientens tovholdere med høj kvalitet (Grøn, Obel, & Bræmer, 2007; Kjellberg et al., 2008). Praksisklinikkenes patienter er derfor blevet bedt om at vurdere, i hvilket omfang de har en fast læge, samt om de oplever, at lægerne og det øvrige personale i klinikken kender patienten og dennes sygdomshistorik.

Interviewene viser, at kontinuitet i læge-patientrelationen udgør et afgørende parameter i de multisyge patienternes oplevelse af kvalitet i regionsklinikken. Det afspejler sig også i førnævnte bevæggrunde for at vælge regionsklinikken til fordel for udbudsklinikker. Flere af de interviewede patienter lægger i den forbindelse vægt på, at de oplever en god kontinuitet i regionsklinikken, som matcher det, de havde i deres tidligere PLO-praksis:

Jeg er lidt oppe i alderen, fejler mange ting og har det ikke så godt med hukommelsen... Det, der for alvor betyder noget, er, at jeg [i regionsklinikken] har fået en fast læge, der hører mig og respekterer mig. Han er så god og giver altid en ny tid, når jeg er der. Han tager ansvar for mit forløb, hjælper med henvisninger og kender mig. Det er den der opfølgning, der er vigtig. Det giver mig tryghed, også fordi min hukommelse ikke er så god. (Patient A i 70'erne)

Jeg er så heldig, at jeg har haft en fast læge fra starten af, som er rigtig god. Jeg har haft en ulykke, som betyder, jeg har haft en del kontakt med klinikken, og så er det rigtig godt, det er en, der kender en. Det er fuldt på niveau med min gamle læge. (Patient i 60'erne)

Jeg har fået en fast læge, som er god, og som jeg stoler på. Han sætter sig godt ind i tingene og min baggrund. Det giver tryghed, og så er han rigtig nem at snakke med. (Patient B i 70'erne)

Udover at afspejle positive oplevelser af kontinuitet viser ovenstående udsagn også, hvorfor kontinuitet er vigtigt for disse patienter, bl.a. i forhold til tryghed, tillid, kendskab og oplevelsen af, at der er overblik over og bliver taget hånd om patientens samlede forløb. I interviewene er imidlertid også eksempler, som viser, at kontinuitet ikke er vigtigt for alle patienter. En ældre patient, som trods en tung sygdomshistorik, betragter sig selv som rask siger fx:

Jeg tror, jeg har været dernede [i regionsklinikken] tre gange. Jeg kom ikke ind til en bestemt læge. Der er flere læger dernede, men jeg har ikke en fast. Jeg har været ved to læger, og det har været meget godt. Jeg er tilfreds. (Patient i 80'erne)

Flere patienter skelner også mellem årsagen til, at de søger læge i relation til ønsket om kontinuitet. Det fremgår således – i tråd med tidligere undersøgelser (Grøn, Obel, & Bræmer, 2007) – at det ved henvendelser relateret til akut sygdom eller enkeltstående konsultationer for de fleste ikke er vigtigt at se en fast læge, som illustreret nedenfor:

Kontinuiteten har betydet meget for mig i mit tidligere sygdomsforløb ... men jeg har også været inde ved nogle af de andre læger med nogle småting, hvor der ikke var noget galt. Så man kan sige, jeg er ligeglad med, om det er den ene, den anden eller den tredje, der skal tjekke mig for halsbetændelse, men når jeg står i noget, der skal følges op på, så skal det være den samme, jeg skal til. (Patient i 40'erne)

Som beskrevet i afsnit 4.1 får patienterne i regionsklinikken ikke pr. automatik tildelt en fast læge, når de starter i klinikken. Kontinuiteten i den enkelte læge-patient relation etableres i stedet løbende, efterhånden som patienter har deres første konsultationer med lægerne. Når patienterne ringer ind, kan de desuden vælge i telefonmenuen, hvilken af lægerne de gerne vil booke en tid hos. Det kan betyde, at patienterne i et vist omfang også selv yder en indsats for at opnå kontinuitet, og at de kan nå at se forskellige læger:

Har du en fast læge i regionsklinikken?

Der er i hvert fald en, som jeg forsøger altid at komme i kontakt med – og det lykkes da for det meste. Jeg tror, jeg har været ved to-tre andre forskellige læger [i regionsklinikken]. Og den ene var sådan set ok, men den anden nægter jeg at komme til igen, hvis jeg bliver tilbudt det. Så var jeg nede ved en anden, som var ganske flink og god. Men når man har så mange skavanker som mig, så tager det jo en halv dag for en læge at sætte sig ordentligt ind i det hele. Derfor søger jeg den ene [samme] læge, og hans kemi står egentlig rimelig godt til min også. (Patient i 70'erne)

Undersøgelsen giver ikke anledning til at fremhæve særlige fordele eller ulemper ved den måde, som læge-patient-relationerne etableres i regionsklinikken, men viser blot – ved sammenligning med andre undersøgelser – at der kan være forskellige veje til at skabe kontinuitet i en klinik med flere læger. De andre veje kan bestå i, at klinikken fordeler listen af patienter imellem sig ud fra

nogle overordnede kriterier (Fredslund et al., 2020; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021).

Når det kommer til de enkelte konsultationer, beskriver de interviewede patienter, at det er vigtigt med en oplevelse af at blive inddraget, respekteret og lyttet til. Oplevelsen af inddragelse er for de fleste interviewede patienters vedkommende positive, som det fremgår af de tidligere patientudsagn. Det fremgår dog også, at de positive oplevelser af inddragelse er nært knyttet til den enkelte læge, og at enkelte patienter har oplevet konsultationer med en betydelig mangel på inddragelse samt anerkendelse af de problemstillinger, som de har beskrevet for lægen.

Tilgængelighed og imødekommenhed

De interviewede patienter oplever en høj grad imødekommenhed, når de kontakter eller møder op i regionsklinikken, og beskriver generelt et højt serviceniveau, til trods for at telefonkøen kan opleves lang:

Det tager lidt at komme igennem på telefonen, men det lykkes, og de er hjælpsomme i receptionen. Der er også meget, sekretærerne kan klare selv, og det er jo godt! (Patient i 50'erne)

Det tager noget tid at komme igennem på telefonen, men ikke svære at komme igennem end hos min egen læge. Alle, jeg er i kontakt med, er flinke og hjælpsomme. De er så søde! (Patient A i 60'erne)

Det er rart at komme ind ad døren. De er meget imødekommende, og der er diskrete rammer. Alle, jeg møder i klinikken, er også flinke og hjælpsomme. (Patient B i 60'erne)

... personalet er søde og smiler, når man snakker med dem. Også nemt at komme igennem på telefonen, og der er de hjælpsomme og søde. (Patient C i 60'erne)

Den oplevede ventetid på lægekonsultationer varierer mellem 2 og 4 uger. Flere patienter nævner, at denne ventetid kan være lang. Interviewene afspejler dog også, at oplevelsen af ventetid afhænger af, hvad patienterne har været vant til fra tidligere lægetilbud.

Ventetiden er cirka det samme som min gamle læge, så på den måde er jeg okay tilfreds. Kan ikke huske ventetid hos gammel læge, men måske lidt kortere. (Patient i 40'erne)

Ved min gamle læge kunne jeg få hurtigere tid. Det var meget nemmere, og der var aldrig så travlt inde ved ham. Mine diabeteskontroller er altid fastlagte, så det fungerer. Men skal jeg have en tid, hvis jeg synes, der er noget, så skal jeg have en akut tid, og der kan gå en uge. Og så bliver det anden læge. (Patient i 70'erne)

Derudover fremgår det, at flere patienter prioriterer at vente på at se deres faste og foretrukne læge i regionsklinikken:

Jeg kunne godt ønske mig at få tid hurtigere, men [min læge] er værd ventet på. Så det er ikke brok. Jeg er taknemmelig for det, jeg får. (Patient i 70'erne)

... jeg venter gerne en måned på at se [min faste læge], selvom det er lang tid. Jeg prioriterer det, for jeg stoler på ham. Jeg er tryk ved at gå derind og blive lyttet til. En måned er dog worst case... normalt er det måske 2-3 uger. (Patient i 40'erne)

Samlet set udtrykker patienterne, trods oplevede ventetider på 3-4 uger samt relativt kort telefontider med lange køer, overvejende tilfredshed med tilgængelighed og ventetider i regionsklinikken. Tilfredsheden er i sigens natur en subjektiv oplevelse, som bl.a. formes af patienternes forventninger samt erfaringer fra tidligere tilbud, og som også kan opvejes af høj grad af tilfredshed med den enkelte læge, som de gerne venter på at få en tid ved.

5.3 Patienttilfredsheden i regionsklinikken vs. Vestklyngen

Den generelle oplevelse af tilgængelighed og patienttilfredshed belyses i dette afsnit med afsæt i de DanPEP-spørgsmål, der på nationalt niveau bruges til at vurdere patienttilfredsheden i almen praksis samt til kvalitetsudvikling i de deltagende praksis⁵.

5.3.1 Patienternes vurdering af tilgængelighed

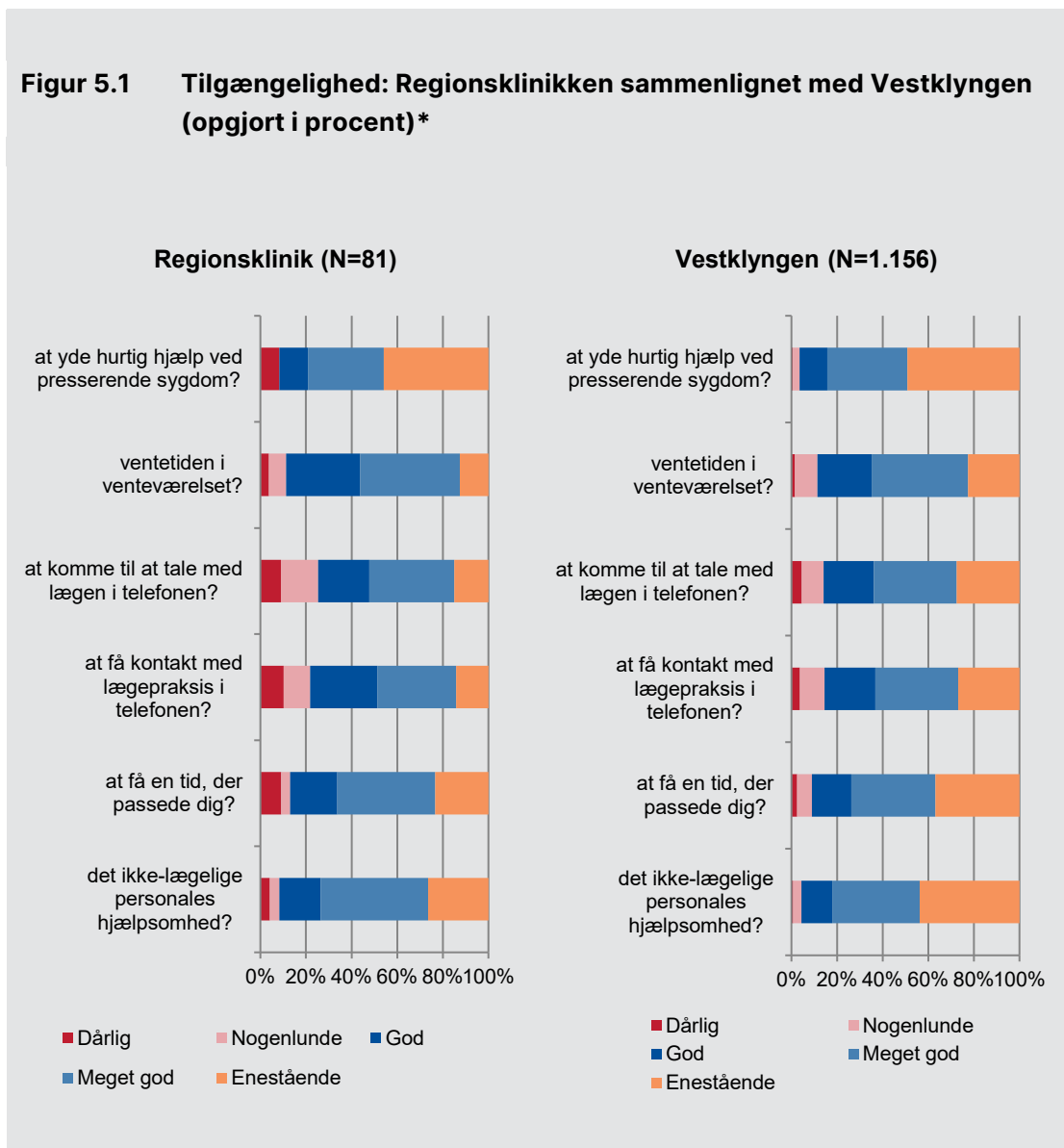
Figur 5.1 undersøger, hvordan regionsklinikken patienter vurderer klinikken tilgængelighed, samt om der er forskelle i vurderingerne sammenlignet med

⁵ DanPEP administreres af KiAP (Den Almen Medicinske Kvalitetsenhed). For mere information se: <https://kiap.dk/kiap/praksis/DanPEP.php>

de PLO-praksisser i Vestklyngen, der har deltaget i den seneste DanPEP-undersøgelse.

Opgørelserne viser overordnet, at begge respondentgrupper er tilfredse med tilgængeligheden i deres lægepraksis. Det fremgår dog også, at regionsklinikens patienter forholder sig mere kritisk til alle de undersøgte parametre sammenlignet med PLO-klinikkernes patienter. Denne tendens flugter med, at regionsklinikken har flere tilmeldte patienter og færre konsultationer pr. patient, sammenlignet med de øvrige praksis i Vestklyngen (jf. kapitel 3). Samtidig matcher tendensen de interviewede patienters oplevelse af at det kan være vanskeligt at komme i kontakt med regionsklinikken ligesom der kan være lang ventetid til lægekonsultation som gennemgået i afsnit 5.2.

Figur 5.1 Tilgængelighed: Regionsklinikken sammenlignet med Vestklyngen (opgjort i procent)*

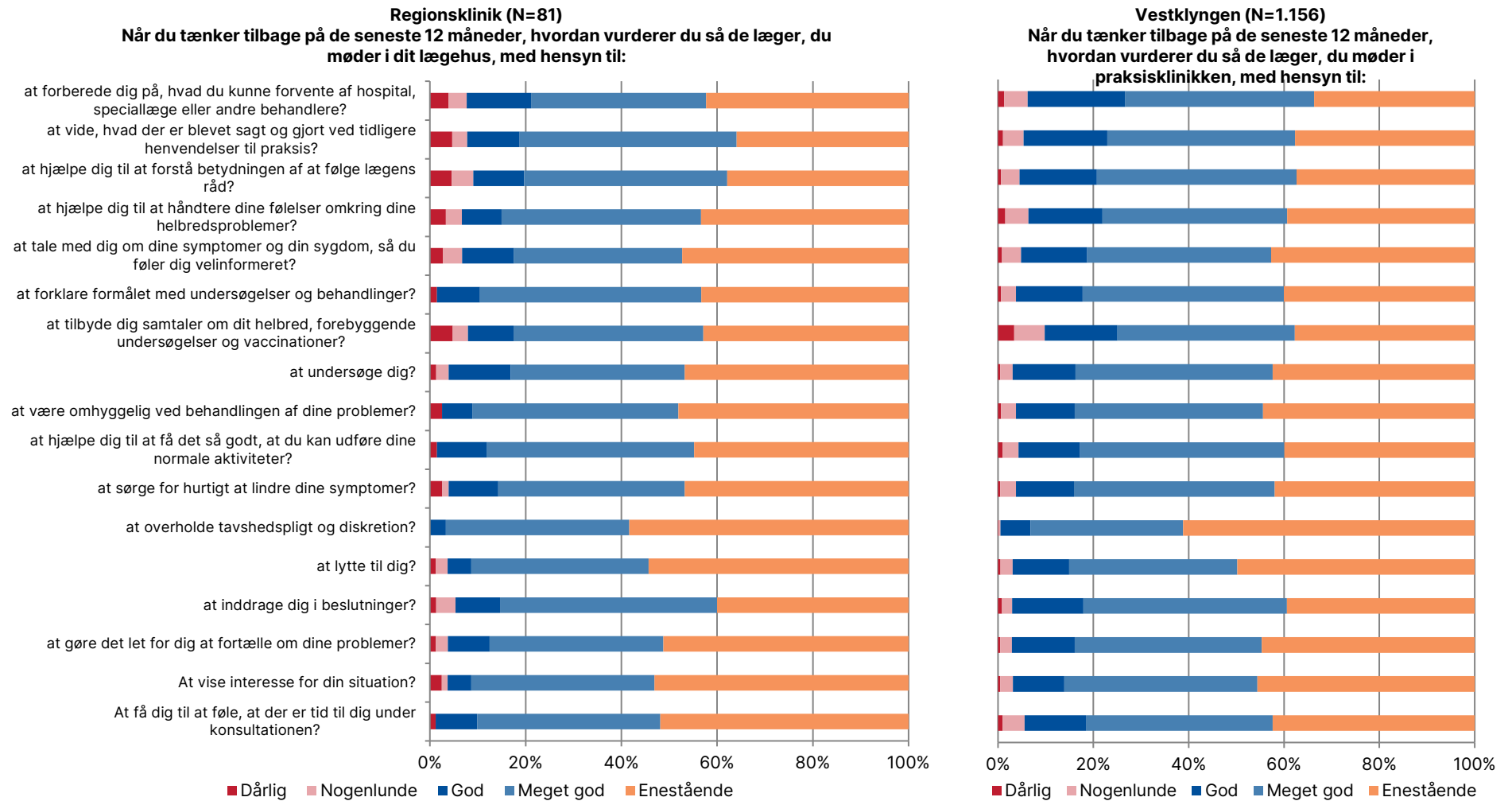


Note: DanPEP-data leveret af KiAP. * 'Ved ikke'-svar og 'intet svar' er sorteret fra. Tilsvarende figur inklusive 'ved ikke'-svar og 'intet svar' findes i bilag 2.

5.3.2 Patienternes vurdering af de praksislæger, de er i kontakt med

Figur 5.2 viser patienternes vurdering af de læger, de har været i kontakt med inden for de seneste 12 måneder. Til venstre i figuren ses praksisklinikken, og det aggregerede resultat for Vestklyngen står til højre i figuren.

Figur 5.2 Tilfredshed med praksislæger: Regionsklinikken sammenlignet med Vestklyngens PLO-klinikker, der har deltaget i undersøgelsen



Tilsvarende figur, hvor 'ved ikke' og 'intet svar' er medtaget, findes i bilag 2.

Figur 5.2 viser overordnet, at flertallet af patienter i begge opgørelser er tilfredse med de læger, de har været i kontakt med. Det gælder for alle svarkategorier, at mere end 70 % af patienterne svarer 'enestående' eller 'meget god', når de skal vurdere de læger, de har været i kontakt med.

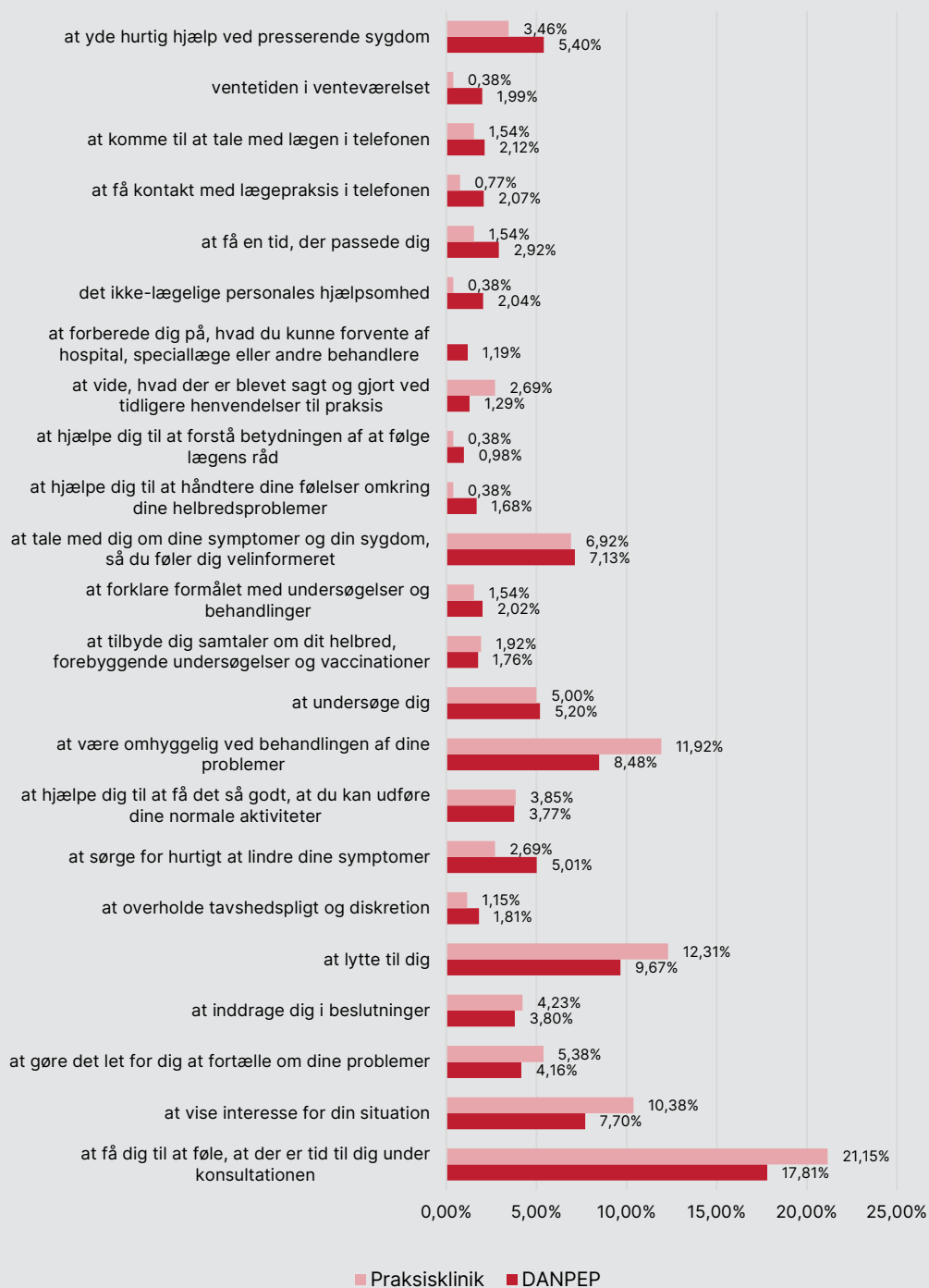
Det fremgår samtidig, at der er en tendens til både lidt flere negative og lidt flere positive svar blandt regionsklinikkens patienter, sammenlignet med øvrige praksis i Vestklyngen. Heroverfor er andelen af patienter, der anvender svarkategorien 'god', konsistent er en smule højere blandt PLO-klinikkernes patienter end blandt regionsklinikkens patienter.

Den mest positive kategori er for begge respondentgrupper lægernes overholdelse af tavshedspligt og diskretion. Tilsvarende ses, at lægens tilbud om forebyggende undersøgelser og vaccinationer, samtale om symptomer og sygdom, så patienten føler sig velinformeret, samt tilbud om forebyggende undersøgelser og vacciner er de tre kategorier, der vurderes mest kritisk af begge respondentgrupper. Det skal dog understreges, at andelen af negative besvarelser i ingen tilfælde overstiger 10 %.

I Figur 5.3 er respondenterne blevet bedt om at prioritere, hvilke tre af de listede udsagn, de finder vigtigst i kontakten til deres lægepraksis. Spørgsmålene er de samme som i Figur 5.1 og Figur 5.2, og formålet er at give de deltagende praksis et billede af patienternes prioriteter. Patienternes prioritering kan både være udtryk for, hvad de er særligt tilfredse med, og udtryk for forhold, hvor der er plads til forbedring.

Det fremgår også af figuren, at der er en del sammenfald mellem de to respondentgruppers prioriteringer, samt at begge grupper primært prioriterer ting, som foregår under selve konsultationen. For begge respondentgrupper er det således mest vigtigt, at lægen tager sig tid under konsultationen. Det næst vigtige for begge respondentgrupper er, at lægen er omhyggelig ved behandlingen af patientens problemer, mens det tredjevigtigste for begge grupper er, at lægen lytter til patienten.

Figur 5.3 Prioritering af lægekliniens ydelser (Regionsklinik vs. Vestklyngens PLO-klinikker)



Anm.: Procent er udregnet ud fra antal prioriteter i alt, dvs. ikke ud fra antal respondenter. Der var 260 prioriteter i regionsklinikken og 3.869 prioriteter i øvrige praksis i Vestklyngen.

Når respondenternes prioriteringer sammenlignes med svarfordelingerne i Figur 5.1 og Figur 5.2, ses det, at de prioriterede elementer hænger sammen med positive vurderinger, samt at ingen prioriteter hænger sammen med særligt kritiske vurderinger. Prioriteringerne skal derfor formentlig ses som et udtryk for forhold, der er vigtige, og som patienterne sætter pris på, frem for forhold, hvor der opleves et særligt forbedringspotentiale.

Det ses i øvrigt, at ingen af de spørgsmål i Figur 5.1, der relaterer sig til tilgængelighed, er prioriteret højt af regionsklinikkenes respondenter, hvilket indikerer, at andelen af kritiske svar i Figur 5.1 ikke er udtryk for et væsentligt oplevet problem. Dette understøttes også af, at de interviewede patienter generelt prioriterer kontinuitet og god kvalitet i relation til deres læge højere end tilgængeligheden på telefon og til konsultationer (jf. gennemgangen i afsnit 5.2).

5.4 Opsamling

- De interviewede patienter har generelt positive oplevelser af kontinuitet, inddragelse og sammenhæng i deres forløb og i de enkelte konsultationer. Generelt oplever de derudover et højt serviceniveau i regionsklinikken, med imødekomende og hjælpsomme sekretærer og dygtige sygeplejersker. Patienterne angiver, at de oplever ventetider på 2-4 uger på ikke akutte konsultationer, og flere af de interviewede patienter kunne ønske sig hurtigere adgang. Det fremgår dog også, at patienterne prioriterer kontinuitet og en god læge-patientrelation højere end ønsket om hurtige tider, når der ikke er tale om akutte problemstillinger.

Resultaterne fra DanPEP-undersøgelsen viser, at tilfredsheden er høj på tværs af de patienter, der er tilmeldt regionsklinikken, såvel som de patienter, der er tilmeldt Vestklyngens PLO-klinikker. Regionsklinikkenes tilgængelighed vurderes mere kritisk af regionsklinikkenes patienter, hvilket flugter med, at klinikken har flere tilmeldte patienter pr. læge samt færre konsultationer pr. patient. Patienternes tilfredshed og vurdering af klinikkenes læger er meget sammenlignelig på tværs af regionsklinikken og Vestklyngens PLO-praksisser. Det samme gælder patienternes prioritering af de vigtigste parametre for deres tilfredshed – som er de samme som for regionsklinikkenes og PLO-klinikkernes patienter. Endelig fremgår det, at de forhold, der vægtes højest, også er de forhold, der vurderes mest positivt.

6 Konklusion og anbefalinger

6.1 Hovedkonklusioner

Klinik for Almen Medicin har skabt en almen praksis-drift, hvor personalet oplever gode rammer og et godt arbejdsmiljø, og hvor patienter i overvejende grad oplever kontinuitet og et højt serviceniveau. Klinikken daglige skema afspejler en 'almindelig' lægepraksis, og fraværet af ydelseshonorering er indtil videre ikke anvendt som anledning til at justere i dagligdagens organisering eller visitationen til de forskellige typer af konsultationer.

Samtidig fremgår det, at der ligger en væsentlig fremadrettet opgave med at optimere udnyttelse af klinikken samlede resurser, bl.a. ved at optimere personalets arbejdsdeling og udvikle rammer for og understøttende redskaber til opgavevaretagelsen. Klinikken ansatte ser frem til, at der kommer en fast dagligt tilstedeværende leder som – i samarbejde med personalet – kan sætte retning, træffe beslutninger og tage ansvar i disse udviklingsprocesser.

Udviklingsarbejdet har siden etableringen i overvejende grad været drevet af klinikken tidligere leder og fremstår som følge af projekternes fokus relativt afkoblet fra klinikken daglige drift og personale. Samarbejdet med den kommunale sygepleje afspejler nogle udfordringer med behov for øget tilgængelighed samt tidspres og resurseknaphed på de respektive sider. Udfordringerne fremstår – ved sammenligning til andre undersøgelser – typiske for denne snitflade, men samtidigt med muligheder for at styrke samarbejdet.

Regionsklinikken omkostninger til drift pr. borger ligger relativt tæt på gennemsnittet af Vestklyngens PLO-praksis. Forskellen er 1,4-3,4 % i 2020-21. Samtidig ses for alle konsultationstyper et væsentligt lavere antal kontakter pr. patient sammenlignet med gennemsnittet af Vestklyngens PLO-praksis. Antal og typer af patientkontakter i regionsklinikken er på den ene side det modsatte af det forventede taget i betragtning, at klinikken har en større andel af tilmeldte kvinder, samt en ældre og mere syg patientpopulation sammenlignet med områdets PLO-praksis. På den anden side har regionsklinikken væsentligt flere tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge, hvilket kan være en forklaring på det lavere antal konsultationer pr. patient.

I de følgende afsnit følger vi op med betragtninger og anbefalinger i tilknytning til evalueringens overordnede fund.

6.2 Diskussion og anbefalinger

6.2.1 Klinikkenes ledelse, organisering og udviklingsarbejde

Det er lykkedes at bemane klinikken med fastansatte læger på deltid uden brug af lægevikarer. Selvom størstedelen af personalet er udskiftet, fremstår bemanningen dermed relativt stabil under opstartsperioden, sammenlignet med tidligere undersøgte regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021), hvor bemanningen har været præget af kortere lægevikariater. Den relativt stabile bemanning er formegentlig medvirkende til de positive oplevelser af kontinuitet blandt de interviewede patienter.

Anbefaling

Det anbefales, at der sættes et prioriteret og strategisk fokus på at optimere klinikkenes interne arbejdsdeling og samlede resurseudnyttelse. Det vil i den forbindelse være en væsentlig styrke, hvis der tilknyttes en dagligt tilstedeværende leder (almenmediciner) med ansvar for at udvikle den daglige drift såvel som et sammentømret praksisteam.

Ledelsesmæssigt har klinikkenes opstartsperiode været præget af ustabilitet, og på evalueringstidspunktet er klinikken i en overgangsfase. Overgangsfasen er sammenfaldende med, at klinikken står foran et omfattende arbejde med at optimere klinikkenes drift, bl.a. via en større grad af uddelegering til det ikke-lægefaglige personale. Vigtigheden af dette arbejde understreges af, at der i klinikkenes patientpopulation er en høj andel af ældre, multisyge patienter med stort kontaktbehov – det nødvendiggør kompetenceløft af sygeplejersker og

sekretærer, der sikrer, at lægernes tid fokuseres på de mange komplekse patienter. Dette er samtidigt en krævende organisatorisk proces, der indebærer oplæring, udvikling af instrukser, nye procedurer og arbejdsgange. Derfor er det også vigtigt, at udviklingen drives frem af én dagligt tilstedeværende leder, som med beslutningskraft og lederansvar sætter trygge og effektive rammer for de lægefaglige opgaver, der uddelegeres til øvrigt personale. I det lys er det positivt, at der umiddelbart efter evalueringen er rekrutteret en ny leder.

Flere af regionsklinikkenes udviklingsprojekter har karakter af forskningsprojekter, hvor problemdefinition ikke udspringer af regionsklinikkenes arbejde med at etablere og udvikle en daglig drift og arbejdsdeling, men hvor regionsklinikken snarere fungerer som casemateriale for projekterne. De interviewede læger angiver, at de har dårlig tid til at indgå i projekter, og der fremstår således en risiko for, at udviklingsprojekterne kan opleves som noget udefrakommende og forstyrrende. Dette kan umiddelbart give anledning til en strategi om at

Anbefaling

Det anbefales, at der i udvælgelsen af udviklingsprojekter anlægges et strategisk fokus, som i højere grad målrettes de udfordringer og muligheder, der opleves i regionsklinikken i forhold til at udvikle og effektivisere klinikkens organisering og drift. Endvidere anbefales en større involvering af klinikkens ansatte i de fremadrettede aktiviteter.

'afskærme' personale fra udviklingsarbejdet, men hvis projekterne ikke er tættere koblet til personalet, er der risiko for, at projekterne ikke bliver bæredygtige. På den baggrund er det relevant at overveje, hvordan der kan skabes en positiv synergi mellem drift og udviklingsarbejde – mere specifikt hvordan udviklingsarbejdet i højere grad målrettes de udfordringer og muligheder, som personalet oplever i arbejdet med at optimere driften og sikre optimal resurseudnyttelse. Her er det afgørende med

en daglig leder, som i tæt kobling med personale kan gøre udviklingsarbejdet til en fælles vision, sådan at projekterne opleves relevante af personalet og afstemte med de faser, klinikken er i i forhold til optimere driften og arbejdsdelingen. Et sådant udviklingsfokus har også bred relevans, da det kan bidrage med erfaringer om, hvordan man i yderområder kan udvikle og organisere en effektiv klinikdrift under det vilkår, at lægerne er ansatte.

Anbefaling

Lad samarbejdet med kommunen om muligheder og rammer for adgang til lægefaglig sparring være et (fortsat) udviklingsfokus, som tager afsæt i en gensidig forståelse mellem kommune og regionsklinikken om de respektive behov og begrænsninger.

Samarbejdet med den kommunale sygepleje er præget af forskellige behov og forudsætninger på tværs, som kan udfordre. De består i, at de kommunale sygeplejerskers har et behov for hurtig adgang til lægefaglig sparring, hvilket er vanskeligt at imødekomme i regionsklinikken, pga. tidspres og stor efterspørgsel blandt egne patienter. Regionsklinikken har tidligere indgået i dialog med kommunen med henblik på at tydeliggøre, hvordan kommunen via faste procedurer og præcision i de akutte kommunale henvendelser kan imødekomme regionsklinikken forudsætninger for hurtig lægefaglig respons.

6.2.2 Udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi

Antallet af kontakter pr. patient er lavere i regionsklinikken sammenlignet med PLO-praksis. Det afspejler sig dels i færre fremmødekonsultationer, hvor der er op til 25 % færre kontakter, dels i forhold til e-konsultationer og sygebesøg,

hvor der ses op til 76 % og 85 % færre kontakter pr. patient. Det hører også med til billedet, at regionsklinikken, i modsætning til flere PLO-praksisser i området, ikke laver videokonsultationer. De identificerede forskellene har delvise sammenhænge med de kvalitative analyser i evalueringen. Blandt andet fremgår det, at den tidligere leder "ikke har været glad" for e-konsultationer, hvilket muligvis kan forklare noget af forskellen. Forskellen i sygebesøg underbygges af de kommunale informanternes oplevelser. Mere generelt kan forskelle ses i lyset af, at regionsklinikken har et primært og prioriteret fokus på at nedbringe ventetider og optimere egen drift (jf. ovenstående afsnit 6.2.1 samt 2.4). Interviewene giver dog ikke mulighed for at forklare de observerede forskelle entydigt – heller ikke med henvisning til de forskellige incitamenter, der gælder for hhv. Regionsklinikker og PLO-praksis: På den side oplever klinikkens sygeplejersker større frihed til at behandle flere problemstillinger i deres konsultationer sammenlignet med deres tidligere ansættelser i PLO-klinikker, hvilket kan være en faktor, som mindsker antallet af fremmødekonsultationer. Men heroverfor fortæller klinikens læger og sekretærer, at det patientrettede arbejde og prioriteringen mellem forskellige typer af konsultationer ikke adskiller sig fra, hvordan de har gjort tingene i deres tidligere arbejde i PLO-praksis. Samtidig fremgår det, at regionsklinikken – i modsætning til andre regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen, Fredslund, & Højgaard, 2021) – ikke har anvendt fraværet af ydelseshonorering som en anledning til at justere i praksisens dagsprogram eller forsøge at mindske antallet af fremmødekonsultationer.

Anbefaling

Det fremstår relevant at søge indblik i evt. årsager og forklaringer på de observerede forskelle i antal kontakter pr. patient. Herunder også, hvorvidt forskellene kan henføres til den lokale registreringspraksis – da klinikkens økonomi ikke er afhængig af registrering af de afholdte kontakter på samme måde som en ydelseshonorert PLO-klinik.

Regionsklinikkenes omkostninger pr. patient ligger relativt tæt på PLO-gennemsnittet. Omkostningerne var 1,4 og 3,4 % højere i hhv. 2020 og 2021. Her er det væsentligt at have for øje, at regionsklinikken sammenlignes med et gennemsnit af PLO-klinikker. Dermed viser analysen ikke variationen i PLO-klinikkens omkostningsniveauer, og hvordan regionsklinikken placerer sig inden for et sådant spænd.

6.2.3 Patienternes perspektiver

De interviewede patienter har generelt positive oplevelser af kontinuitet, inddragelse og sammenhæng i deres forløb. Derudover oplever de et højt serviceniveau i regionsklinikken, med imødekommende og hjælpsomme sekretærer og dygtige sygeplejersker.

Anbefaling

Det anbefales at udforske og realisere potentialer i brugen af videokonsultationer bl.a. i forhold til at øge tilgængeligheden for patienter, der evt. bor langt fra klinikken. Erfaringen fra anden regionsklinik er, at ældre patienter gerne tager videokonsultationer i brug, og derudover at videokonsultationer (alt efter den tekniske løsning) også kan skabe fleksibilitet på lægesiden, idet konsultationerne kan gennemføres fra lægens hjem. 10

Patienterne angiver, at de oplever ventetider på 2-4 uger på konsultationer i regionsklinikken. Selvom ventetiderne er lange, og patienterne ønsker hurtigere adgang, giver ventetiden imidlertid ikke anledning til utilfredshed. De interviewede patienter er snarere taknemmelige for at have fået en fast læge, som de derfor gerne venter på.

Resultaterne fra DanPEP-undersøgelsen viser videre, at tilfredsheden er høj og sammenlignelig på tværs af de patienter, der er tilmeldt regionsklinikken, og de patienter, der er til-

meldt Vestklyngens PLO-klinikker. Det samme gælder patienternes prioritering af de vigtigste parametre for deres tilfredshed – som er de samme som for regionsklinikken og PLO-klinikkernes patienter. Endelig fremgår det, at de forhold, der vægtes højest (at lægerne udviser interesse og lytter aktivt, et højt informationsniveau i forhold til symptomer og behandling, samt at der er tid nok til konsultationen), også er de forhold, der vurderes mest positivt af både regionsklinikken og PLO-klinikkernes patienter.

Litteratur

- Bidstrup, C. R., & Simonsen, D. M. (2019). *Budget 2020: Notat om forskellige praksistyper: Regionsrådets budgetkonference den 17. og 18. september, 2019*. Aalborg: Region Nordjylland.
- Buch, M. S., Bojesen, A. B., Skytt, I., & Kjellberg, J. (2019). *Evaluering af praksisklinikken på Bornholms regionshospital: Midtvejsstatus på organisering, patientperspektiver og effekter*. København: VIVE.
- Buch, M. S., Hauge-Helgestad, A., Fredslund, E., Tybring, C. D., & Rahbek, A. E. (2012). *Proaktive lægehuse anno 2010: Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Buch, M. S., Navne, L. E., & Kjellberg, P. K. (2012). *Ny honorarstruktur i almen praksis: Casestudie af det lægelige arbejde i fire praksis før og efter en ny honorarstruktur*. København: KORA.
- Danske Regioner. (2018). *Regionale erfaringer med regions- og udbudsklinikker til drift af almen medicinske tilbud 2012-2018*. København: Danske Regioner.
- Fredslund, E. K., Larsen, A. T., Klausen, M. B., Topholm, E. H., & Rasmussen, H. K. (2020). *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*. København: VIVE.
- Grøn, L., Obel, J., & Bræmer, M. H. (2007). *Tovholder i praksis: En antropologisk undersøgelse af praktiserende lægers opfattelser af rollen som tovholder*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Gyrd-Hansen, D. (2012). *Litteraturgennemgang: Effekt af incitamenter på almen praksis*. København: KORA.
- Hansen, B. H. (2015). *Afdækning af almen praktiserende lægers patientkontakter i forskellige aldersgrupper*. København: Kommunernes Landsforening.
- Hauge-Helgestad, A., Buch, M. S., & Rahbek, A. E. (2012). *Proaktive lægehuse anno 2010: Individuelle beskrivelser af otte lægehuses vej mod en proaktiv kronikerbehandling*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P. K., Buch, M. S., Olsen, K. R., & Juhl, H. H. (2008). *Små og store lægehuse: Et komparativt casestudie*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Klausen, M. B., Fredslund, E., & Højgaard, B. (2021). *Midtvejsevaluering af Nye Veje – et tværsektorielt udviklingsprogram: Om hvordan Region Nordjylland og Morsø Kommune samarbejder om det nære sundhedsvæsen med afsæt i en regionsklinik*. København: VIVE.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2008). *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Praktiserende Lægers Organisation. (2016). *Patienternes aldersfordeling og betydning for antallet af kontakter i almen praksis. 21. november 2016. sagsnr. 2016 – 459*. København: Praktiserende Lægers Organisation.

Region Midtjylland. (2018). *Ansøgning om godkendelse af iværksættelse af forsøg og dispensation fra udbudsforpligtigheden: Sags nr.: 1-30-72-123-18*. Viborg: Region Midtjylland.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn, & Praktiserende Lægers Organisation. (2018). *Overenskomst om almen praksis 2018*. København: Praktiserende Lægers Organisation.

Sundheds- og Ældreministeriet. (2016). *Befolkningens kontakter til almen praksis*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.

Bilag 1 Evalueringens data og metoder

Evalueringen er baseret på skriftligt materiale, interview og observation, en spørgeskemabaseret patienttilfredshedsundersøgelse samt en gennemgang af deskriptive data over regionsklinikken ydelser og økonomi. De anvendte data og fremgangsmåder i evalueringens undersøgelser beskrives i dette bilag. Bilaget består af tre hovedafsnit, som beskriver:

- Kvalitative data og metoder, som indgår i evalueringens **organisationsanalyse**, herunder undersøgelsen af regionsklinikken etablering og udvikling (kapitel 2) og regionsklinikken daglige organisering og patientrettede arbejde (kapitel 4).
- Kvantitative data og metoder, som er benyttet til at belyse udviklingen i klinikken **ydelser og omkostninger** (kapitel 3)
- Kvalitative og kvantitative data, som er brugt i undersøgelsen af **patientoplevelser** (kapitel 5).

Organisationsanalyse

Organisationsanalysen er baseret på interview med ansvarlige ledere, læger og personale fra Regionsklinikken i Lemvig, observation og rundvisning i klinikken samt inddragelse af relevant skriftligt materiale omkring driften af klinikken. Hertil kommer gruppeinterviews med medarbejdere i hjemmesygeplejen samt Tryghedshotellet samarbejdspartnere fra Lemvig Kommune, som regionsklinikken arbejder sammen med.

Bilagstabel 1.1 Oversigt interviews, informanter og øvrige data i organisationsanalysen

Metode	Data/informanter
Observation i regionsklinikken	En dag med observation af og spørgsmål til sekretærenes, sygeplejerskernes og lægernes arbejder, herunder også enkelte konsultationer.
Interviews med fokus på regionsklinikken organisering, ledelse, udviklingsarbejdet og det tværsektorielle samarbejde. I alt 15 informanter fordelt på 8 interviews	<p>Medarbejdere i regionsklinikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppeinterview med 2 sygeplejersker og 2 sekretærer ▪ Gruppeinterview med 2 læger ▪ Telefoninterview med 1 læge. <p>Ledelse og understøttende funktioner til regionsklinikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interview med sparringspartneren til regionsklinikken, som er del af den midlertidige ledelse ▪ Interview med afdelingsledelse på Klinik for Socialmedicin og Rehabilitering, hvorunder regionsklinikken er organiseret. <p>Udviklingsprojekter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interview med forsker, der medvirker på projekt om medicin-gennemgange ▪ Interview med fysioterapeut ▪ Interview med forsker, der medvirker på projekt om hjemmeblodtryksmåling. <p>Kommunale informanter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppeinterview med 2 sygeplejersker fra Lemvig Kommunes hjemmepleje. Citeres som Kommunal sygeplejerske 1 og 2 hhv. ▪ Interview med 1 sygeplejerske fra Lemvig Kommunes <i>Tryghedshotel</i> (midlertidige aflastningspladser). Citeres som Kommunal sygeplejerske 3.
Skriftligt materiale	Dokument fra Region Midtjylland med oversigt over klinikken udviklingsprojekter Region Midtjyllands ansøgning til sundhedsministeriet, som beskriver baggrund og visioner for regionsklinikken.

Fokuspunkter i interviews med regionsklinikken personale

Interview med regionsklinikken sekretærer, sygeplejersker og læger har overordnet set fokuseret på:

- Perspektiver på ansættelsen i klinikken, herunder
 - Oplevelsen af opstart og ansættelse, motivation for at søge jobbet
 - Oplevelser af personaleudskiftning
 - Sammenligninger med tidligere erfaringer i PLO-praksis eller evt. udbudsklinikker, herunder fordele og ulemper

- Dagligdagens organisering og ledelse, herunder:
 - Gennemgang af dagsprogram og arbejdsdeling mellem sekretærer, sygeplejersker og læger
 - Daglig ledelse
 - Interne møder, løbende arbejde med kvalitetsudvikling, supervision
 - Inddragelse i evt. udviklingsarbejde
- Det patientrettede arbejde
 - Hvordan og hvorvidt der arbejdes med kontinuitet
 - Oplevede muligheder for overblik, viden og information i lægesystem om patienterne
- Oplevelser af tværsektorielt samarbejde
 - Afdækning af de primære snitflader i kommune og sygehusregi
 - Udfordringer og muligheder i det tværsektorielle samarbejde, kommunikation henvisninger, mv.

Fokus i interviews med ledelse og understøttende funktioner til regionsklinikken

Disse interviews har overordnet haft fokus på at kortlægge klinikkens udvikling i forhold til personaleudskiftning, lederskifte, rekruttering samt status på klinikkens udviklingsarbejde.

Fokus i interviews med eksterne deltagere i udviklingsprojekter

Formålet med disse interviews var at få eksempler på eksterne projektdeltageres perspektiv på og oplevelse af det udviklingsarbejde, der er foregået i regionsklinikken. Herunder hvordan udviklingsarbejdet har været drevet, af hvem, og i hvilken grad projekterne har indebåret inddragelse af klinikkens personale og patienter. Formålet har således ikke været at få en vurdering af resultaterne af de enkelte projekter, men snarere at belyse rammer, aktører og processer i regionsklinikken udviklingsarbejde.

Informanterne er rekrutteret af Region Midtjylland.

Interviews med kommunale informanter

De kommunale informanter er rekrutteret af regionsklinikken personale. Fokus i disse interviews har været på informanternes oplevelser af samarbejdet med

regionsklinikken sammenlignet med øvrig almen praksis-sektoren (herunder også udbudsklinikker), samt fremadrettede perspektiver, herunder:

- Oplevede muligheder for adgang til lægefaglig sparring
- Kvalitet i skriftlig kommunikation
- Viden om de patienter, der samarbejdes om
- Oplevelser af sygebesøg
- Evt. indsatser for at udvikle/forbedre samarbejde med regionsklinikken
- Fremadrettede perspektiver/anbefalinger med afsæt i hidtidige erfaringer.

Behandling af interviewdata

Alle interviews er blevet optaget og hovedpointer sammenfattet umiddelbart efter interviewet. Derudover er der lavet fyldige referater tæt på informanternes udsagn.

Sammenfatninger og referater er analyseret på tværs med fokus på at skabe overblik over de temaer, som fremgår af analysen. Lydfilerne er blevet gennemlyttet efter behov og med fokus på centrale passager samt med henblik på brug af citater.

Ydelser og omkostninger

Evalueringsens afdækning af regionsklinikkenes ydelser, patientkarakteristika og økonomi fremgår af kapitel 3. Samtlige data er leveret af Region Midtjylland.

Analysen omfatter data på klinikniveau fra regionsklinikken i Lemvig samt aggregerede data fra PLO-praksis i hele Vestklyngen, som omfatter følgende kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer. Der er bevidst fravalgt data fra udbudsklinikker, da ønsket har været at lave sammenligninger mellem regionsklinik og PLO-praksis.

Undersøgelsen er en deskriptiv fremstilling af data, som kommenteres og sammenholdes med fund fra de kvalitativt baserede analyser, hvor dette er relevant. I metoden indgår således ingen kontrol for diverse baggrundsvariable. Nedenfor fremgår de anvendte data.

Anvendte ydelsesdata

- Totale antal kontakter pr. patient
- Antal fremmødekonsultationer pr. patient
- E-konsultationer pr. patient
- Sygebesøg pr. patient.

De anvendte ydelsesdata er opgjort kvartalsvis for årene fra september 2019 – december 2021.

Data på patienter og patientkarakteristika

- Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge
- Patienternes køn, alder og sygelighed (de samme parametre, som indgår i beregningen af differentieret basishonorar til PLO-praksis).

De anvendte data er opgjort på årsbasis for årene 2019-2021

Data på drifts- og etableringsomkostninger

- Data inkluderer Region Midtjyllands egne opgørelser over udgifter til etablering og drift af regionsklinikken på årsbasis fra september 2019-december 2021.
- Klinikens indtægter fra attestarbejde, vaccinationer mv. er udeladt af evalueringens opgørelser.

Patientoplevelser

Undersøgelser af patientoplevelser fremgår i kapitel 5. Den patientoplevede kvalitet er her undersøgt med afsæt i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (DanPEP), der anvendes til at vurdere patienttilfredsheden i almen praksis. Endvidere er der gennemført individuelle interviews med otte multisyge patienter, som på grund af deres sygdomsbillede har et udvidet behov for udredning, behandling og opfølgning i regionsklinikken.

Spørgeskemaets datagrundlang

I forbindelse med evalueringen er regionsklinikken tilmeldt det DanPep-spørgeskema, der nationalt anvendes til at vurdere patienttilfredsheden i almen praksis. DanPEP er et valideret spørgeskema, der bl.a. fokuserer på tilgængelighed, kontinuitet og oplevet kvalitet. DanPep-undersøgelsen giver derved mulighed for at få indblik i patienttilfredsheden på et tidspunkt, hvor regionsklinikken har haft tid til at komme på plads med den daglige organisering samt mulighed for at sammenligne den patientoplevede kvalitet i regionsklinikken med øvrige tilmeldte praksisser i Vestklyngen.

Resultaterne fra DanPEP-undersøgelsen for hhv. Regionsklinikken og de øvrige PLO-praksis i Vestklyngen er leveret til VIVE af regionernes kvalitetsenhed KiAP, som står for at administrere DanPEP-undersøgelsen.

Det har ikke været muligt for KiAP at udregne svarprocenten, da enheden ikke har adgang til oplysninger om, hvor mange spørgeskemaer de deltagene praksis har udleveret til deres patienter. Men køns- og aldersfordelingen for Regionsklinikken og Vestklyngens øvrige PLO-praksis er angivet i tabellerne nedenfor:

Bilagstabel 1.2 Kønsfordeling respondenter PLO-praksis i Vestklyngen vs. Regionsklinikken Lemvig (angivet i procent)

	Kvinde	Mand	Uoplyst
PLO-klinikker	63,61	35,35	1,04
Regionsklinikken	64,20	35,80	0,00

Kilde: DanPEP-data leveret af KiAP.

Note: Samlet antal respondenter for PLO-praksis: 1156. Samlet antal respondenter Regionsklinikken: 81.

Som det fremgår, er der i begge undersøgelser flest kvinder, der har svaret, men i øvrigt er kønsfordelingen nogenlunde sammenlignelig. Bilagstabel 1.2 nedenfor viser til gengæld, at der er betydelige forskelle mellem aldersfordelingen i de to undersøgelser:

Bilagstabel 1.3 Aldersfordeling PLO-praksis Vestklyngen vs. Regionsklinikken Lemvig

	PLO-klinikker	Regionsklinikken
18-29 år	4,24 %	1,23 %
30-39 år	7,35 %	1,23 %
40-49 år	12,46 %	7,41 %
50-59 år	19,55 %	13,58 %
60-69 år	24,13 %	18,52 %
70-79 år	25,43 %	43,21 %
80-89 år	5,02 %	12,35 %
90-99 år	0,52 %	1,23 %
Uoplyst	1,30 %	1,23 %

Kilde: DanPEP-data leveret af KiAP.

Note: Samlet antal respondenter for PLO-praksis: 1156. Samlet antal respondenter Regionsklinikken: 81.

Det fremgår således, at respondenterne fra regionsklinikken er væsentligt ældre, sammenlignet med respondenterne fra Vestklyngens PLO-praksis. Den forskellige aldersfordeling og den manglende mulighed for at udregne svarprocenter betyder, at sammenligningen mellem Regionsklinikken og Vestklyngens PLO-praksis skal tolkes med forsigtighed. Resultaterne skal derfor først og fremmest ses som et pejlemærke for tilfredsheden blandt Regionsklinikken patienter.

Interviewundersøgelsens datagrundlag

I marts 2022 er der endvidere gennemført otte kvalitative interview med multisyge patienter, der har behov for tæt opfølgning på deres behandling. Interviewene er anvendt til at opnå indsigt i patienternes perspektiver på det at være tilmeldt en regionsklinik samt for at kunne forstå og nuancere de svarmønstre, der er afdækket i DanPEP-spørgeskemaet.

Bilagstabel 1.4 Karakteristik af de interviewede patienter

Alder	Køn	Særlige diagnoser
70'erne	Mand	Dårligt hjerte, KOL, urinsyreigt, prostatakraft, dårlig nyre
50'erne	Kvinde	Skader efter alvorlig ulykke, der kræver megen opfølgning
80'erne	Mand	Dårlig hjerte, blodpropper i lunger og blodfortyndende behandling, prostatakraft
60'erne	Kvinde	Dårlig hofte, diabetes type 2, knogleskørhed og forhøjet blodtryk
60'erne	Kvinde	Stress og depression
70'erne	Mand	Blodpropper i hjerte og hjerne, dårlig ryg, diabetes type 2
60'erne	Kvinde	Problemer med ryg og knæ, skulderskade, PTSD
40'erne	Kvinde	Dårlig ryg, gentagne sygemeldinger med stress

De deltagene patienter er rekrutteret af personale fra regionsklinikken, som også har udleveret skriftlig information om undersøgelsen og temaerne for interviews. Interviewene er afholdt over telefon og optaget elektronisk. Via gennemlytning af optagelserne er der udarbejdet et udførligt referat som afsæt for efterfølgende analyse og citater.

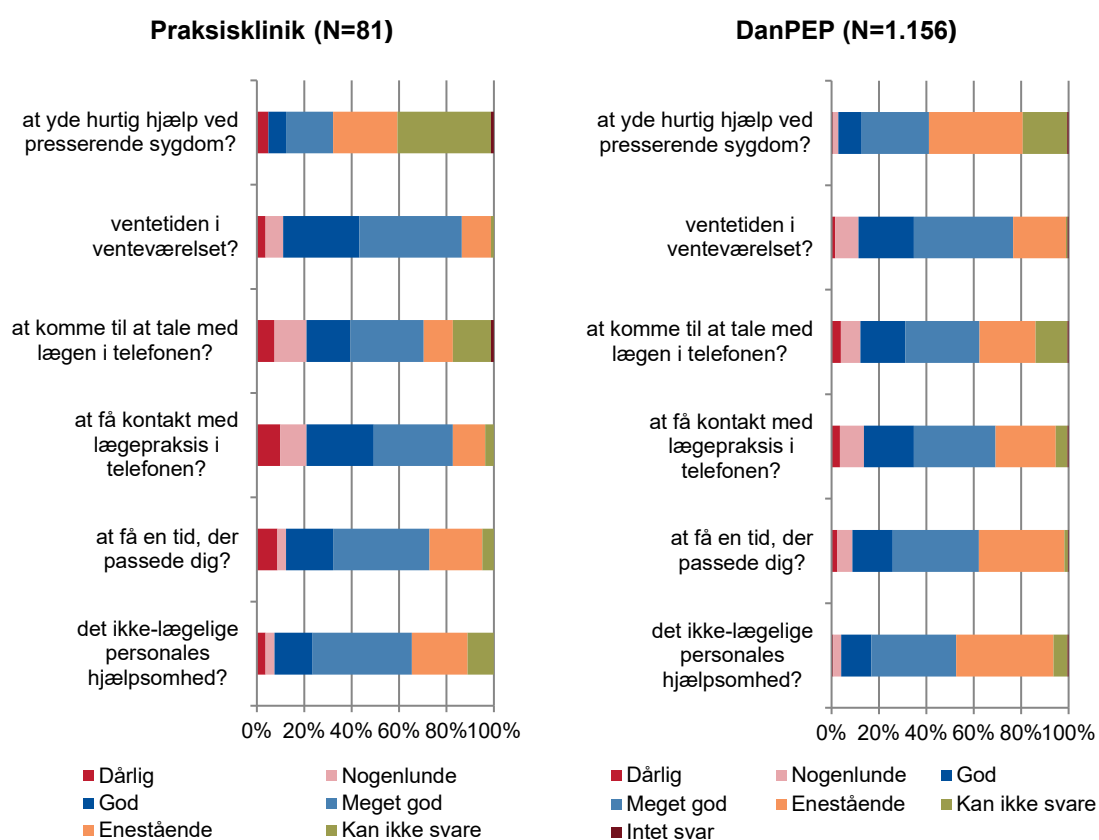
Temaer for interview er tilrettelagt, så de flugter med de overordnede kategorier i DanPEP-undersøgelsen, og knytter sig til:

- Oplevelsen af overgang fra PLO- eller udbudsklinik til regionsklinikken.
- Oplevelser af tilgængelighed og kontinuitet i relationen mellem patient og personale fra regionsklinikken
- Oplevelser lægebehandlingen i de enkelte konsultationer
- Lægens tovholderrolle og overblik over forløb og kontakter i sygehus og kommune
- Generel tilfredshed med regionsklinikkens tilbud.

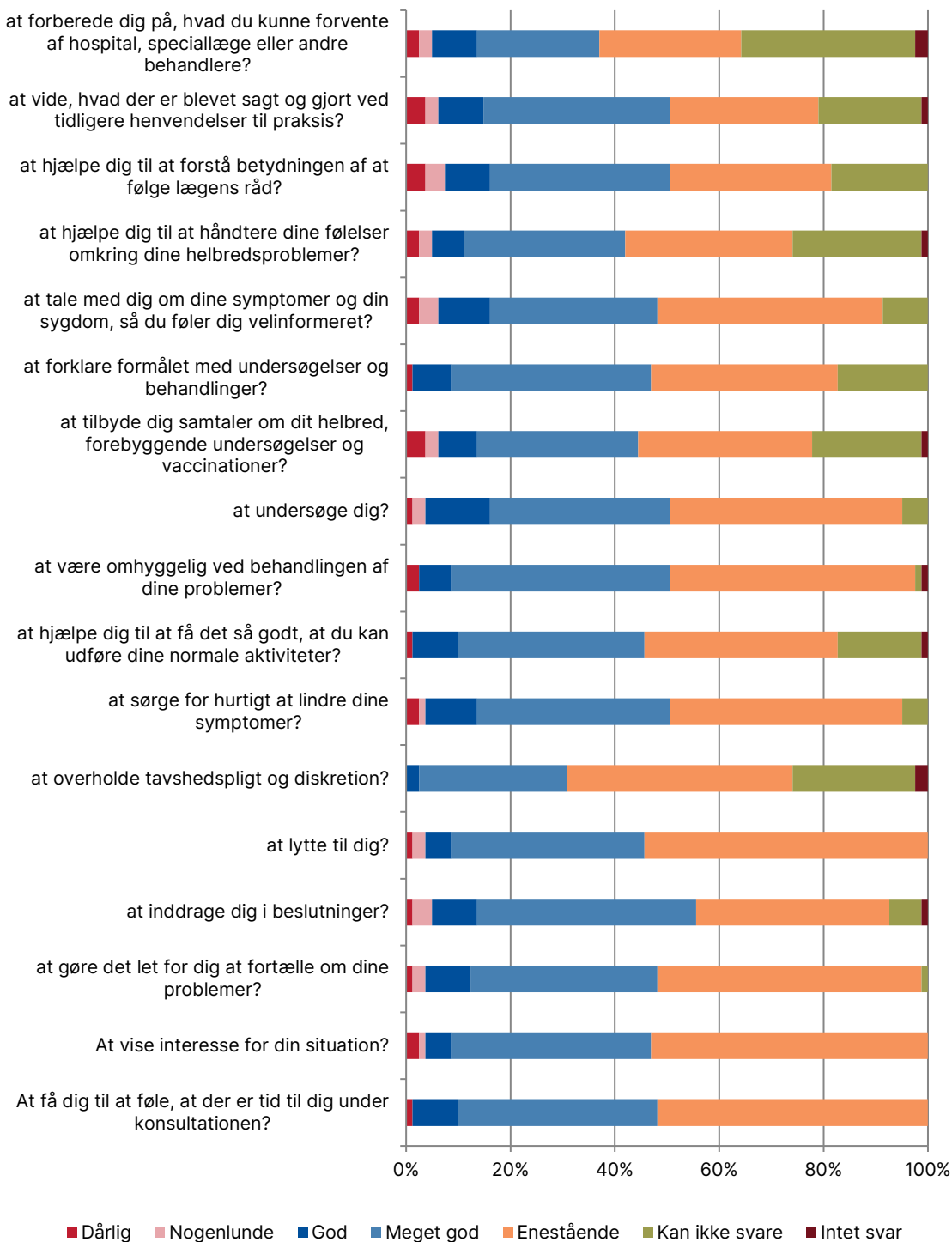
Bilag 2 DanPEP-besvarelser

Spørgeskemaresultater fra praksisklinikken og DanPEP inklusive 'intet svar'- og 'ved ikke'-besvarelser

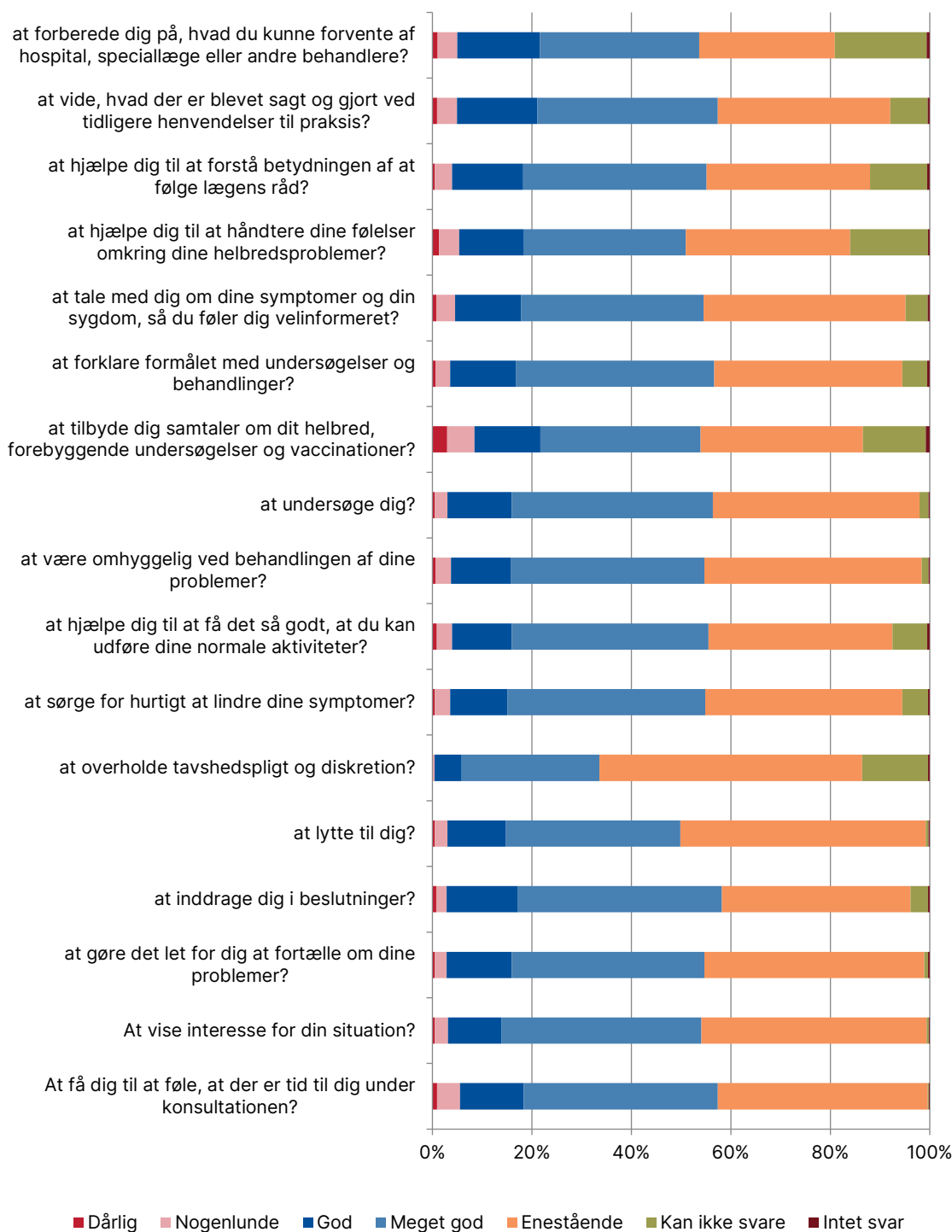
Bilagsfigur 2.1 Oplevet tilgængelighed: Praksisklinikken sammenlignet med øvrige praksis på Bornholm (opgjort i procent)



Bilagsfigur 2.2 Praksisklinik: Når du tænker tilbage på de seneste 12 måneder, hvordan vurderer du så de læger, du møder, med hensyn til (N=81):



Bilagsfigur 2.3 DanPEP: Når du tænker tilbage på de seneste 12 måneder, hvordan vurderer du så de læger, du møder, med hensyn til (N=1.156):



VIVÉ