

Kvalitetsklynger i almen praksis

En kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år



Marie Henriette Madsen, Morten Bonde Klausen, Marius Brostrøm Kousgaard, Maria Bundgaard, Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Mads Toft Kristensen, Pia Kürstein Kjellberg og Jens Søndergaard

*Kvalitetsklynger i almen praksis – En kvalitativ undersøgelse af
klyngernes første år*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-809-6

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301193

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

I overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner fra 2018 fremgår det, at kvalitetsudvikling i almen praksis skal tage afsæt i såkaldte kvalitetsklynger, defineret som mindre grupper af praktiserende læger, der sammen arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling. Siden da har langt de fleste praktiserende læger etableret sig i kvalitetsklynger og dannet sig de første erfaringer hermed.

Denne undersøgelse belyser etableringsprocessen i klyngerne, klyngemødernes indhold og arbejdsform samt de praktiserende lægers vurderinger af klyngearbejdet og dets indflydelse på egen praksis. Undersøgelsens empiriske fundament er kvalitative interview med praktiserende læger fra i alt 25 klynger og observationer af klyngemøder i 9 klynger. Undersøgelsen, som afrapporteres her, er en delundersøgelse i et større forskningsprojekt, som følger klynge-samarbejdet over tid, og som, med udgangspunkt i flere metodiske tilgange, søger at afdække forskellige aspekter af kvalitetsklyngerne i almen praksis. Forskningsprojektet er rekvireret af KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) og gennemføres i et samarbejde mellem VIVE og de fire Forskningsenheder for Almen Praksis.

Dataindsamling og analyser blev udført af chefanalytiker, ph.d. Marie Henriette Madsen og senioranalytiker, ph.d. Morten Bonde Klausen fra VIVE og seniorforsker, ph.d. Marius Brostrøm Kousgaard, ph.d.-studerende Maria Bundgaard, adjunkt, ph.d. Mads Toft Kristensen og post-doc., ph.d. Thorbjørn Hougaard Mikkelsen fra Forskningsenhederne for Almen Praksis. Materialet blev herefter sammenskrevet til rapporten af Marie Henriette Madsen, Morten Bonde Klausen og Marius Brostrøm Kousgaard. Forsknings- og analysechef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg fra VIVE og forskningsleder, ph.d. Jens Søndergaard fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense har stået for den interne faglige kvalitetssikring af rapporten.

VIVE og de fire Forskningsenheder for Almen Praksis ønsker at rette en stor tak til de klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer, som har bidraget med perspektiver på klyngearbejdet i interview, og som har været åbne for, at forskere kunne foretage observationer af klyngemøder. Vi ønsker også at rette tak til den følgegruppe med repræsentanter udpeget af PLO og Danske Regioner, der løbende har bidraget med værdifulde kommentarer til undersøgelsens design og indledende rapportudkast. Den endelige rapport er kvalitetssikret via eksternt review ved to faglige specialister på området for kvalitetsudvikling i almen praksis. De eksterne reviewere takkes også for deres relevante og konstruktive kommentarer til rapporten.

Pia Kürstein Kjellberg, forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

Jens Søndergaard, professor, forskningsleder for Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet

Susanne Reventlow, professor, forskningsleder for Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Københavns Universitet

Per Kallestrup, professor, forskningsleder for Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet

Janus Nikolaj Laust Thomsen, professor, forskningsleder for Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg, Aalborg Universitet

2020

Indhold

Sammenfatning.....	6
1 Indledning	12
1.1 De politiske rammer for klyngernes etablering	13
1.2 Undersøgelsens formål.....	16
1.3 Læsevejledning.....	16
2 Metode.....	18
2.1 Undersøgellesdesign	18
2.2 Dataindsamling	19
2.3 Analyse	22
3 Klyngernes etablering	23
3.1 Afsættet for klyngedannelsen	23
3.2 Etableringsprocessen	23
3.3 Klyngernes organisering	26
3.4 Håndtering af fremmøde og fravær	29
3.5 Opsamling.....	30
4 Klyngekoordinatorrollen	31
4.1 Klyngekoordinatorernes motivation til at påtage sig rollen	31
4.2 Klyngekoordinatorernes forskellige opgaver	32
4.3 Opsamling.....	34
5 Det kollektive kvalitetsarbejde	35
5.1 Klyngemødernes indhold og forløb.....	35
5.2 Dataunderstøttet kvalitetsarbejde på klyngemøderne	43
5.3 Klyngekoordinatorernes oplevelser af medlemmernes motivation og engagement	48
5.4 Opsamling.....	49
6 Implementering af ændringer i egen praksis	51
6.1 Ændringer i klinikken som følge af klyngesamarbejdet	51
6.2 Når klyngearbejdet giver anledning til praksisændringer – og når det ikke gør.....	52
6.3 Opsamling.....	54
7 Andre typer oplevede virkninger af klyngerne	55
7.1 Øget kendskab til kollegerne i lokalområdet.....	55
7.2 Nye relationer til kommunale aktører.....	56
7.3 Opsamling.....	57
8 De praktiserende lægers samlede vurdering af klyngemodellen	58
8.1 De indledende forventninger til kvalitetsklyngerne	58

8.2	De overordnede vurderinger efter de første erfaringer med kvalitetsklyngerne	59
8.3	Opsamling	61
9	Diskussion	62
9.1	Klyngernes første år – status og nye betingelser	62
9.2	Valgfrihed og lokale tilpasninger	62
9.3	Data og dataunderstøttelse	63
9.4	Kvalitetsklyngerne og deres omverden	64
9.5	Udbyttet af kvalitetsklynger i almen praksis	65
9.6	Undersøgelsens styrker og svagheder	66
10	Konklusion	68
	Litteratur	69
Bilag 1	Undersøgelse af klynger i almen praksis: det samlede forskningsdesign	71
Bilag 2	Supplerende information om rekrutteringsprocessen	73
Bilag 3	Emner i interviewene	74

Sammenfatning

I 2018 blev PLO og Danske Regioner som led i aftale om overenskomst for Almen Praksis enige om et program for kvalitetsudvikling i almen praksis, der baserede sig på, at de praktiserende læger etablerede sig i mindre grupper – såkaldte kvalitetsklynger – hvor de sammen kunne arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling. Klyngemodellen er en del af Det Nationale Kvalitetsprogram, som erstattede Den Danske Kvalitetsmodel. Den Danske Kvalitetsmodel var en akkrediteringsmodel, hvor de praktiserende læger skulle leve op til en række centralt definerede standarder. Denne model havde været genstand for stor kritik, idet mange praktiserende læger opfattede den som kontrollerende og bureaukratisk. I modsætning hertil betonedes overenskomstaftalen, at klynge-samarbejdet skulle holdes adskilt fra kontrolmekanismer for at sikre de bedste betingelser for en læringsorienteret kultur.

Klyngerne skulle organisere sig i selvvalgte grupper af praktiserende læger med en klyngekoordinator og eventuelt en klyngebestyrelse, som skulle stå for klyngernes faglige indhold og administration. Klyngerne fik stor frihed til at fastsætte en struktur for klyngemøder og til at bestemme, hvilke emner der skulle arbejdes med på klyngemøderne. Der var dog en forventning om, at klyngemøderne skulle tage udgangspunkt i datavisninger, fx af de enkelte klynge-medlemmers ydelses- eller ordinationsmønster relateret til et givent emne. Disse datavisninger skulle danne baggrund for en fælles faglig diskussion, erfaringsudveksling og inspiration til forbedringsmuligheder.

I sommeren 2019 var 98 % af de praktiserende læger i Danmark knyttet til en af de i alt 114 klynger. Samtidig med klyngernes etablering har der foregået et arbejde med at sikre et datagrundlag for klyngernes arbejde, udvikle kvalitetsindikatorer for almen medicin og videreudvikle en organisatorisk ramme for klyngernes samspil med det øvrige sundhedsvæsen, herunder de regionale kvalitetsenheder. Som en del af dette arbejde blev der desuden udarbejdet såkaldte klyngepakker, der i relation til et givent emne opsummerede faglige retningslinjer samt gav forslag til en mødestruktur og relevante data. Disse klyngepakker var udarbejdet som en hjælp til klyngerne og var frivillige at bruge.

Der blev fremlagt høje forventninger til klyngerne, fx i form af intern læring og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, men klyngekonceptet som model for datadrevet kvalitetsudvikling er kun sparsomt belyst.

Undersøgelsens metode og design

VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis har udviklet et forskningsdesign, der med brug af forskellige metoder skal give et både bredt og dybdegående indblik i det dataunderstøttede kvalitetsarbejde i klyngerne. Denne rapport omhandler første delundersøgelse i dette forskningsprojekt. Undersøgelsen har til formål at skabe viden om implementeringen af kvalitetsklynger i almen praksis, herunder om de muligheder, udfordringer og foreløbigt oplevede virkninger, der knytter sig til etableringen af klyngerne og kvalitetsarbejdet i de enkelte klynger.

Undersøgelsen har specifikt haft fokus på etablering af klyngerne i samspillet mellem klyngekoordinatorerne, de deltagende læger og de overordnede organisatoriske rammer, det kollektive kvalitetsarbejde i klyngerne samt klyngearbejdets betydning for implementering af ændringer i egen praksis.

Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis, som har foretaget to separate, men koordinerede dataindsamlinger, som efterfølgende er integreret i en fælles analyse.

Undersøgelsens datamateriale består af:

- Baggrundsinterview med repræsentanter fra PLO, Danske Regioner, KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) og regionale kvalitetsenheder
- Kvalitative interview med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer fra 15 klynger (i alt interview med 29 praktiserende læger)
- Et casestudie i 10 klynger bestående af observationer af klyngemøder og kvalitative interview med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i disse klynger (i alt interview med 46 praktiserende læger).

Baggrundsinterviewene havde til formål at få indsigt i konteksten omkring klyngernes tilblivelse og de centrale interessenters opmærksomhedspunkter i relation til klyngekonceptet. De *kvalitative interview i 15 klynger* havde til formål at sikre en bredde i undersøgelsen med hensyn til at afdække forskellige opfattelser af – og oplevelser med – klyngearbejdet og dets betydning. *Casestudiet* var designet med henblik på at opnå detaljeret viden om forholdene i en række udvalgte klynger, særligt med hensyn til klyngemødernes indhold, struktur og forløb. De kvalitative interview i 15 klynger og casestudiet supplerer således hinanden ved at sikre både bredde og dybde i undersøgelsen. Der er samlet set gennemført interview med 75 praktiserende læger, som har deltaget i klyngearbejdet som koordinatorer (25 i alt) eller ordinære medlemmer (50 i alt). Der er gennemført observationer af klyngemøder i 9 klynger (observation af klyngemøde i 1 klynge måtte aflyses grundet coronakrisen).

Undersøgelsens primære resultater

Klyngernes opstart og etablering

De praktiserende læger havde relativt frie hænder i etableringen af klyngerne, dog var der en anbefaling om, at klyngen mindst skulle dække ca. 30.000 patienter/borgere. Undersøgelsen viser, at afsættet for klyngedannelsen typisk har været allerede eksisterende grupperinger af praktiserende læger, især PLO-K (kommunale lægelaug). Af undersøgelsen fremgår det, at klyngekoordinatorerne har sat pris på den frihed, som blev givet i relation til klyngernes etablering og måder at arbejde på. Det har dog også været en udfordring for klyngekoordinatorer og klyngebestyrelse at definere en helt ny og lokal form for kollektivt kvalitetsarbejde.

Klyngernes organisering

Der identificeres tre modeller for fordelingen af ansvar og arbejdsopgaver i klyngerne. Den mest almindelige model er, at klyngekoordinatoren er den primære drivkraft i klyngerne, men der er også klynger, som benytter en model, hvor klyngebestyrelsen har en planlæggende og udførende rolle. Nogle få klynger har valgt en model, hvor klyngemedlemmerne inddrages på skift i planlægning og afholdelse af møderne. I alle klynger, som indgår i undersøgelsen, inddrog klyngekoordinatorer og -bestyrelser de øvrige klyngemedlemmer i drøftelser af både valg af emner til klyngemøderne, klyngens organisering og øvrige rammer for klyngesamarbejdet, men traf typisk de endelige beslutninger.

Klyngerne har i opstartsfasen prioriteret at lade klyngemøderne være et forum kun for praktiserende læger, dog med deltagelse fra uddannelseslæger i nogle klynger. Nogle af klyngerne gjorde sig overvejelser om inddragelse af praksispersonale ud fra en betragtning af, at denne

gruppe også bidrager væsentligt til kvaliteten i almen praksis. Ingen af de klynger, som indgår i undersøgelsen, havde endnu inddraget denne gruppe i klyngemøderne.

Klyngekoordinatorens rolle

Klyngekoordinatorerne har en central rolle, idet de har ansvaret for fremdriften i klyngerne og er kontaktperson til det omkringliggende sundhedsvæsen. Klyngekoordinatorerne havde overvejende påtaget sig rollen, fordi de ønskede at bidrage til et socialt og fagligt fællesskab. Nogle klyngekoordinatorer havde dog påtaget sig rollen, fordi ingen andre i klyngen ønskede den.

Klyngekoordinatorerne beskrev tre overordnede opgaver i deres funktion: 1) fastlæggelse af en lokal model for klyngearbejdet, 2) mødeplanlægning- og facilitering og administrative opgaver relateret til afregning af fakturaer og 3) aflæggelse af årsregnskab og afholdelse af generalforsamlinger i klyngen. Klyngekoordinatorerne havde forskellige forudsætninger for at påtage sig disse opgaver – herunder erfaring fra forskellige faglige eller politiske fora (fx PLO-K eller PLO-R¹), erfaring med mødefacilitering (fx fra en DGE²-gruppe) og undervisningserfaring. Udfordringerne i rollen som klyngekoordinator varierede derfor også afhængig af klyngekoordinatorernes forudsætninger. Nogle oplevede det som en udfordring at stille sig i spidsen for en gruppe kolleger, og andre beskrev det som udfordrende at definere klyngemødernes indhold.

Både KiAP og de regionale kvalitetsenheder har samtidig med klyngernes etablering udarbejdet materiale som støtte til afholdelse af klyngemøder i form af klyngepakker med forslag til bl.a. fagligt indhold, data og mødestruktur. Klyngerne har i forskelligt omfang gjort brug af disse pakker – nogle klyngekoordinatorer har set dem som en værdifuld støtte til mødeplanlægning og afholdelse, andre har brugt dem som en ud af mange måder at afholde klyngemøder på, og en lille gruppe har afholdt sig fra at bruge pakkerne ud fra en bekymring for, om det var en måde at styre almen praksis på.

Databaseret kvalitetsarbejde

Alle klyngerne, der indgik i undersøgelsen, havde gjort sig de første erfaringer med databaseret, kollektivt kvalitetsarbejde og benyttet kvantitative data på alle eller flere klyngemøder. I klyngerne fremgik forskellige tolkninger af, om klyngemøderne kan omhandle emner, som ikke er direkte kvantificerbare. I nogle klynger havde man fravalgt emner, der ellers var interesse for at arbejde med, fordi der ikke forelå data relateret til dette emne. I andre klynger havde man en mindre stringent holdning til, om data er et krav til klyngemøderne, og valgte mere frit ud fra klyngemedlemmernes interesser.

Klyngerne har benyttet sig af forskellige datakilder, herunder registre over ydelses- og ordinationsdata og forløbsplansmoduler. Her har de regionale kvalitetsenheder spillet en vigtig rolle i forhold til at bistå med datatræk, fremstilling og tolkning af data. Nogle klynger har også gjort brug af klyngemedlemmernes datatræk i egne lægesystemer, men er blevet udfordret af, at de praktiserende læger i en klynge bruger forskellige lægesystemer, og det har derfor ikke været muligt at udarbejde en fælles vejledning til datatræk. Der er dog udarbejdet vejledninger til udtræk af data fra de forskellige lægesystemer via klyngepakkerne.

¹ PLO-K: PLO-kommunalt. En forening af praktiserende læger i en kommune. Kaldes også af nogle for lægelæg. PLO-R: PLO-regionalt. Varetager de praktiserende lægers interesser inden for regionerne.

² DGE: Decentral gruppebaseret efteruddannelse. Grupper bestående af praktiserende læger, der går sammen og arbejder med udvalgte emner. En del af PLOs efteruddannelse. Kaldes også af nogle for 12-mandsforeninger,

I flere klynger har der vist sig en interesse for at arbejde med emner relateret til det kommunale samarbejde og dermed kommunale data. Det viser sig at være svært for den enkelte klyngekoordinator at skaffe sig overblik over mulighederne for at fremskaffe kommunale data, dog er der eksempler på kommuner, som aktivt har budt sig til i udviklingen af kommunale klyngepakker i samarbejde med klyngerne.

På klyngemøderne er data typisk præsenteret i en form, hvor de enkelte læger kan sammenligne sig med hinanden og med klyngen som helhed. Disse datafremstillinger bliver afsæt for diskussioner af, hvad der ligger bag eventuelle forskelle, hvordan de enkelte klinikker organiserer arbejdet i klinikken relateret til det pågældende emne, og hvordan man forholder sig til eventuelle gældende retningslinjer på området. I undersøgelsen gav de praktiserende læger overvejende udtryk for, at de anså disse datafremstillinger, kombineret med diskussion og erfaringsudveksling, som relevante. Diskussionerne omkring data var typisk præget af en nysgerrig og en undersøgende tilgang, og klyngemedlemmerne var generelt forsigtige med at fortolke variationer i data som udtryk for god eller mindre god praksis.

Nogle praktiserende læger påpegede, at den datadrevne tilgang har den begrænsning, at de relationelle aspekter og andre mere "bløde" kerneværdier ved lægegeringen ikke indfanges i data. Til gengæld indgik disse aspekter typisk i de diskussioner, som foregik på møderne med afsæt i data. Derudover påpegede nogle af de praktiserende læger, at fortolkningen af data til tider kan være vanskelig på grund af varierende praksiskontekster og i nogle tilfælde mangelfulde data. Dette forhold blev fremhævet som en udfordring for klyngekoordinatorerne, når diskussionerne på møderne kom til at handle mere om datavaliditet end om inspiration og erfaringsudveksling.

Eksterne aktører på klyngemøderne

Foruden datapræsentationer var oplæg fra eksterne aktører ofte en vigtig del af klyngemøderne. Analysen peger på tre typiske former for eksterne oplæg: 1) faglige oplæg fra speciallæger fra andre specialer, 2) oplæg fra regionale medicinkonsulenter, typisk med afsæt i en klyngepakke og 3) oplæg fra kommunale aktører, som fortæller om kommunens arbejde og perspektiver på samarbejdet mellem sektorerne.

Disse oplæg blev beskrevet som et vigtigt element på klyngemøderne, eftersom de var med til at kvalificere det faglige indhold, og eftersom budskaber fra disse oplæg ofte indgik direkte i klyngemedlemmernes efterfølgende diskussioner, og i nogle tilfælde blev et direkte afsæt for konkrete forandringer i klyngemedlemmernes egen praksis.

Oplevede virkninger af klyngesamarbejde

I undersøgelsen beskriver flere – men ikke alle – praktiserende læger, at klyngesamarbejdet har ført til konkrete, men typisk mindre forandringer i egne klinikker. Både fremviste data på klyngemøder i kombination med den efterfølgende diskussion med andre klyngemedlemmer samt oplægsholderes anbefalinger har været afsæt for at foretage forandringer. Forandringerne omhandlede bl.a. ændringer i arbejdsdelingen i klinikken, indførelse af nye procedurer for udskrivning af medicin samt øget eller reduceret brug af bestemte diagnostiske teknikker.

I de tilfælde, hvor et klyngemøde ikke inspirerede til ændringer i den enkelte klinik, skyldtes det både en vurdering af, at mødet ikke bidrog med noget nyt, og at det pågældende emne allerede var håndteret i klinikken. Nogle praktiserende læger gav desuden udtryk for, at tvivl om datagrundlagets tilstrækkelighed, og hvad der udgør grænseværdier for 'korrekt adfærd', var medvirkende til, at man var tilbageholdende med at foretage forandringer.

Undersøgelsen viser også, at det oplevede udbytte af klyngesamarbejdet ikke kun handler om de ændringer, som foretages i relation til det kliniske arbejde. Klyngesamarbejdet medvirker også til, at klyngemedlemmerne oplever at komme til at lære hinanden bedre at kende, hvilket blev opfattet som en gevinst i sig selv, men også blev beskrevet som en praktisk fordel, når der skal planlægges vagter, og de praktiserende læger skal dække ind for hinanden under sygdom.

Endelig viser undersøgelsen, at klyngerne i nogle tilfælde har bidraget til et øget kendskab til kommunerne. Nogle klynger har inviteret repræsentanter fra en kommune til en dialog om samarbejde eller til at gennemgå kommunale arbejdsgange og tilbud. Det har i enkelte klynger ført til udarbejdelse af faglige vejledninger til samarbejdspartnere i kommunen.

De praktiserende lægers overordnede vurdering af klyngekonceptet

Klyngemodellen opfattes overvejende positivt af de praktiserende læger interviewet til denne undersøgelse. Friheden til selv at bestemme, hvad der arbejdes med i klyngerne, blev især fremhævet som en fordel. Desuden fremhæves det som positivt, at klyngerne har været relationsopbyggende både internt (de praktiserende læger imellem) og eksternt, særligt i forhold til kommunale aktører.

Klyngerne fremhæves desuden for at udgøre et rum for faglige diskussioner og erfaringsudveksling, der enten supplerer eller erstatter andre fora til faglig udvikling fx DGE-grupper. Dog blev klyngemodellen også kritiseret af nogle praktiserende læger for at mangle en tydelig, fælles struktur for kvalitetsarbejdet og for at være for afhængig af enkeltpersoners (klyngekoordinatorernes) engagement. Desuden problematiserede nogle praktiserende læger, at praksispersonalet ikke har en mere fremtrædende rolle i klyngerne, da denne gruppe også har stor betydning for den kvalitet, der leveres i almen praksis.

Enkelte praktiserende læger stillede spørgsmål ved udbyttet af klyngearbejdet. Disse læger havde ikke en oplevelse af at kunne bruge det databaserede format til at udvikle deres egen praksis, eller gav udtryk for, at de allerede havde nogle gode strukturer for kvalitetsudviklingsarbejdet (fx jævnlige interne møder om kvalitet og brug af kvalitetscirklen), som klyngerne ikke bidrog yderligere til.

Opmærksomhedspunkter i en videre udvikling af klyngemodellen

På denne baggrund identificeres følgende opmærksomhedspunkter for en videre udvikling af klyngemodellen:

- Der bør være fortsat fokus på at fastholde de store frihedsgrader i klyngearbejdet, men også på, hvordan klyngekoordinatorerne kan understøttes i at lave gode møder med høj kvalitet i det faglige indhold.
- Det er væsentligt, at de data, som er til rådighed for klyngerne, på den ene side har en detaljeringsgrad og sammenlignelighed, som gør det muligt at udtrække læring, og på den anden side er tilpas afgrænsede til at kunne blive fremskaffet, præsenteret og forstået inden for rammerne af et klyngemøde.
- Det bør overvejes, om det skal præciseres, hvad der inden for rammerne af klyngemodellen menes med 'data' og 'datadrevet kvalitetsudvikling', bl.a. fordi dette kan have betydning for, hvilke emner klyngerne vælger at beskæftige sig med.
- Klyngernes potentiale som indgang til samarbejde på tværs af almen praksis og kommune kan styrkes ved at etablere en formel struktur, fx i form af en kontaktperson eller et

samarbejdsforum i kommunen og eventuelt også kommunale klyngepakker, hvor tilgængelige data allerede er identificeret.

- Der bør dog også være en opmærksomhed på at fastholde klyngerne som et internt forum for de praktiserende læger (evt. praksispersonale), hvor kvalitetsspørgsmål kan diskuteres i en tillidsfuld ramme.
- Der er behov for yderligere viden om, hvilke typer af udbytte klyngerne bidrager til, og ikke mindst, på hvilke måder klyngearbejdet påvirker de praktiserende læger.

1 Indledning

I overenskomsten for almen praksis for perioden 2018-2021 blev der indgået en aftale mellem PLO og regionernes Lønnings- og Takstnævn om et nyt program for kvalitetsudvikling i almen praksis. Den bærende idé i dette program var, at praktiserende læger skulle etablere et fagligt fællesskab for praktiserende læger inden for et geografisk område – såkaldte kvalitetsklynger.

Klyngemodellen er en del af den konkrete udmøntning af Det Nationale Kvalitetsprogram med otte nationale mål³, som erstattede Den Danske Kvalitetsmodel. Den Danske Kvalitetsmodel var en akkrediteringsmodel, hvor de praktiserende læger skulle leve op til en række centralt definerede standarder (IKAS 2018). Denne model blev af mange praktiserende læger opfattet som kontrollerende og bureaukratisk (Waldorff et al., 2016). I forlængelse heraf betonedes overenskomstaftalen, at klyngesamarbejdet skulle holdes adskilt fra kontrolmekanismer for at sikre de bedste betingelser for en læringsorienteret kultur. Det var desuden hensigten, at arbejdet i klyngerne skulle bygge videre på de erfaringer med datadrevet kvalitetsudvikling, der tidligere er gjort i samarbejdet mellem almen praksis og regionerne. Programmet afspejler dermed en udvikling, som også foregår i andre lande, heriblandt i Skotland, hvor kvalitet går fra at være styret via centralt definerede mål til at bero på et kvalitetsarbejde, der udvikles nedefra i selvstyrende faglige fællesskaber (Smith, 2017).

Selv om almen praksis har mange års erfaring med efteruddannelse i mindre grupper, er klyngekonceptet som model for datadrevet kvalitetsudvikling nyt i en dansk sammenhæng. Samtidig er den internationale litteratur om klynger (eng. 'practice clusters'), som koncept for kvalitetsudvikling i almen praksis, yderst sparsom. I Skotland og Wales arbejder man med modeller, der minder om den klyngestruktur, man har ønsket at implementere i Danmark. Den skotske model trækker bl.a. på erfaringer med kvalitetscirkler (Rohrbasser et al., 2018). Kvalitetscirkler er traditionelt noget mindre end de klynger, der er oprettet i Danmark, men de har også visse lighedspunkter med klyngerne (fx fokus på udvikling gennem refleksion over egen praksis, baseret på læring og erfaringsudveksling i grupper, høj grad af autonomi med hensyn til emnevalg og arbejdsprocesser). Studier af kvalitetscirkler viser bl.a., at praktiserende læger generelt er positive over for de kollektive læreprocesser, der kan hjælpe med at relatere evidens til daglig praksis (Rohrbasser et al., 2018). Der er dog store forskelle på, hvorvidt og i hvilken grad kvalitetscirkler leder til adfærdsforandringer (Ibid.). Dette stemmer overens med de generelle erfaringer fra interventionsforskningen i sundhedsvæsenet, som peger på, at der ofte er store forskelle på, hvordan koncepter for kvalitetsudvikling modtages og implementeres lokalt, og hvilke resultater der opnås (Grol et al., 2013). Der findes endnu ingen publicerede evalueringer af den skotske klyngemodel, men ifølge Gregor Smith, vicedirektør i det skotske Sundhedsministerium, har et systematisk arbejde med kvalitetsudvikling og læring med afsæt i klyngemodellen bl.a. medført et styrket samarbejde mellem praktiserende læger og plejehjem, som også omfatter en mere proaktiv behandlingstilgang (Smith, 2017). Der er dog ikke i skrivende stund publiceret undersøgelser af modellens virkninger i Skotland. I Wales blev en klyngemodel indført i 2014. En evalueringsrapport herfra peger på, at klyngemodellen har muliggjort visse lokale forbedringer, men at der også har været en række implementeringsudfordringer af administrativ karakter, og at brugen af patientdata ikke var udviklet tilstrækkeligt (Stanciu et al., 2018)⁴.

³ [Regionernes Lønnings- og Takstnævn \(2017\)](#)

⁴ Det fremgår dog ikke klart, hvilke forbedringer der er tale om, og barriererne er ikke ret godt beskrevet.

I en dansk kontekst har forventningerne til klyngernes betydning for intern læring og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen været store (Olesen, 2017; Fischer, 2017; Melbye, 2018; Bundgaard, 2018). Erfaringerne fra Skotland og Wales samt resultaterne fra forskningen i kvalitetscirkler indikerer, at der kan være et potentiale i klyngemodellen, men også at dens succes afhænger af, hvordan konceptet omsættes til konkret organisering og samarbejde blandt praktiserende læger, og hvordan den datadrevne kvalitetsindsats understøttes og udvikles.

Denne rapport omhandler én delundersøgelse i en større forskningsbaseret undersøgelse af klyngemodellen i almen praksis, som VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis (FEAP) gennemfører i samarbejde⁵. Fokus i denne delundersøgelse er at undersøge klyngernes etablering og de praktiserende lægers foreløbige erfaringer med klyngekonceptet.

1.1 De politiske rammer for klyngernes etablering

Visionen for det nye program for kvalitetsudvikling var jf. overenskomsten (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, § 93) følgende:

- *at arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger*
- *at kvalitetsarbejdet opleves som relevant og praksisnært*
- *at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik*
- *at kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.*

Målsætningen for programmet var: "at fremme og understøtte, at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling" (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, § 93). Programmet skulle tage udgangspunkt i fem projektspor (se afsnit 1.1.2), som til sammen skulle bidrage til opnåelse af denne målsætning. Hensigten var at bygge videre på de erfaringer, der allerede var i almen praksis i relation til datadrevet kvalitetsudvikling, og samarbejde mellem almen praksis og regionerne.

Som en del af kvalitetsprogrammet blev det besluttet at etablere et sekretariat, som skulle udgøre en fælles administrativ enhed mellem PLO og Danske Regioner. Dette sekretariat, Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), har til formål at fremme og understøtte etableringen af klyngerne og drive fem projektspor i relation til kvalitetsudvikling i almen praksis. Eksempelvis har KiAP til opgave at udvikle konkrete værktøjer til brug for klyngearbejdet, herunder administrative vejledninger og inspiration til det faglige klyngearbejde i form af fx tematiske klyngepakker, der beskriver gældende faglige retningslinjer og giver forslag til relevante datatræk. KiAP understøtter desuden kvalificering af tilgængelige data, så de er anvendelige for kvalitetsarbejdet generelt og bidrager bl.a. til udarbejdelsen af forløbsplaner for almen praksis. Kvalitetsprogrammet er organiseret med en bestyrelse og en styregruppe udpeget af PLO, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

1.1.1 Rammerne for klyngedannelse

Det var et væsentligt princip i overenskomstteksten om klyngedannelsen, at de praktiserende læger selv skulle etablere sig uden indblanding fra nationalt eller regionalt hold, men med mulighed for hjælp og støtte fra de regionale kvalitetsenheder (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, bilag 8). Succeskriteriet pr. 1. november

⁵ Se en oversigt over det samlede forskningsdesign i Bilag 1

var, at 80 % af de praktiserende læger var del af en klynge. Ifølge KiAPs opgørelser var der etableret 114 klynger på dette tidspunkt med deltagelse fra 3.275 praktiserende læger. Det svarer til 98 % af alle praktiserende læger i Danmark. Etablering af klyngerne skete hurtigere end forventet, og allerede i sommeren 2019 var 95 % af lægerne etableret i klynger⁶.

I overenskomstteksten blev det anbefalet, at klyngerne som minimum skulle omfatte 30.000 patienter, svarende til 16 til 20 læger i gennemsnit⁷. Ved etablering omfattede den gennemsnitlige klynge 29 læger og 48.000 patienter, men med betydelig variation, idet den mindste klynge bestod af 10 læger (17.000 patienter), og den største klynge bestod af 73 læger (110.000 patienter)⁸.

Den enkelte klynge skulle vælge en koordinator blandt de deltagende læger. Klyngekoordinatorens opgaver er ifølge overenskomsten at samle lægerne til møder i klyngen, fremskaffe og vise datagrundlag til drøftelser med henblik på kvalitetsudvikling, sikre fremdrift af klyngeindsatsen gennem løbende opfølgning og fungere som klyngens kontaktperson i det omkringliggende sundhedsvæsen (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, bilag 8). Klyngekoordinatorerne stod for at registrere klyngerne og blev altså udpeget samtidig med klyngedannelsen

Klyngerne fik ved registrering et opstartsbeløb på 10.000 kr. pr. lægekapacitet, og et årligt bidrag på 4,26 kr. pr. patient tilknyttet lægerne i klyngen til kvalitetsudvikling. Forudsætningen for at modtage disse beløb var, at der var afholdt en stiftende generalforsamling og formuleret et sæt vedtægter. Desuden skulle klyngen have oprettet et CVR-nummer og en bankkonto. De regionale kvalitetsenheder stod og står stadig for udbetalingen af klyngernes økonomiske midler. Efterfølgende tildelte Fonden for Almen Praksis yderligere midler til klyngernes og regionernes kvalitetsarbejde. Der blev i 2019 og 2020 udbetalt 2,16 kr. pr. patient og i 2021 0,47 kr. pr. patient som et supplerende tilskud fra overenskomstens parter.

1.1.2 Fem projektspor

De fem projektspor, som blev defineret i overenskomstaftalen fremgår af Boks 1.1. Da klyngerne kom i gang hurtigere end forventet, har disse projektspor fungeret samtidig med klyngernes etablering og første runde af klyngemøder. Leverancerne fra disse projektspor, fx i form af data og praktiske redskaber til brug for klyngerne, har derfor ikke alle været klar i takt med, at klyngerne skulle bruge dem.

Sporet 'Klyngedannelse' er afsluttet og har bestået af dels administrativ bistand til klyngerne ved etableringen – fx vejledninger til oprettelse af klyngerne hos Erhvervsstyrelsen med CVR-numre, NemKonti mv. skabeloner til vedtægter, kontrakt for klyngekoordinatorer mv.– dels faglig støtte til klyngerne, fx i form af inspirationsdage for klyngekoordinatorer og tematiske klyngepakker med forslag til relevante datavisninger og faglige diskussioner. Klyngerne begyndte allerede at etablere sig i foråret 2018, og på det tidspunkt var KiAP endnu ikke fuldt etableret. Derfor blev klyngerne i første omgang understøttet af et midlertidigt sekretariat bestående af medarbejdere fra både PLO og Danske Regioner, som var udlånt til kvalitetsprogrammet, og som hjalp klyngekoordinatorer og -bestyrelser med de administrative opgaver i forbindelse med klyngernes oprettelse. Det midlertidige sekretariat blev nedlagt med etableringen af KiAP.

⁶ Information fra interview med KiAPs ledelse, juni 2019.

⁷ Denne beregning var baseret på, at der pr. august 2017 var 1.700 patienter pr. praktiserende læge i gennemsnit og med en spredning på ca. 1.500-1.900 patienter pr. praktiserende læge. Det svarede til 16-20 praktiserende læge pr. klynge. (Praktiserende Lægers Organisation, 2020)

⁸ KiAP, 2020a

Boks 1.1 De fem projektspor

Datadrevet kvalitetsudvikling: Etablering af et datagrundlag, der understøtter klyngernes arbejde med kvalitet og dialogen med det øvrige sundhedsvæsen. Datagrundlaget for kvalitetsudviklingen skal kunne forbedre patientbehandlingen og datagrundlaget skal afspejle dette. Datagrundlaget skal på den ene side kunne understøtte den enkelte klinik i arbejdet med kvalitetsudvikling med udgangspunkt i egen patientpopulation, og på den anden side give mulighed for, at der kan ske udveksling af informationer mellem klyngen og samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen. Som led heri skal de juridiske forhold vedrørende behandling og udveksling af data kortlægges.

Udvikling af indikatorer for almen medicin: Etablering af kvalitetsindikatorer med afsæt i de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet samt almen medicinsk faglighed som grundlag for databaseret kvalitetsarbejde i almen praksis. Indikatorerne skal belyse de mange aspekter, der er i arbejdet med patientbehandlingen i almen praksis.

Klyngedannelse: Etablering af understøttende tiltag, som fremmer lægernes etablering af og deltagelse i klyngearbejdet. Dette projektspor har fokus på alt fra praktiske vejledninger til gode råd om, hvad det vil sige at arbejde sammen i klynger om kvalitet, samt arbejde med kvalitetsdata og forbedringsarbejde via brugen af data. Indsætterne skal ses i sammenhæng med elementer i det nationale kvalitetsprogram, herunder lærings- og kvalitetsteams

Regional organisering: Fastlægge rammerne for og forventninger til samspillet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen, herunder særligt de regionale kvalitetsenheder. Som en del af dette spor indgår at afdække den regionale kvalitets- og efteruddannelsesindsats, samt hvordan de eksisterende ordninger på områderne kan anvendes til fremadrettet også at facilitere samarbejdet mellem klynger og det øvrige sundhedsvæsen.

Fremtidig national organisering: Forberedelse af, hvordan programmets leverancer skal overgå til drift såvel regionalt som nationalt samt økonomien heri. Overgangen til drift kan både ske løbende i programmet og ved dets afslutning. Organiseringen skal sikre, at der også fremadrettet er en synergi mellem kvalitetsudvikling, forskning og efteruddannelse for almen praksis.

(Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, bilag 8)

Til de øvrige projektspor har der været knyttet arbejdsgrupper, som har arbejdet med udviklingen af konkrete løsninger. I projektsporet 'Datadrevet kvalitetsudvikling' er der eksempelvis blevet drøftet mere konkrete muligheder og løsninger, men også formelle rammer for leverancer af data til klyngearbejdet. Hele datadelen omkring klyngernes kvalitetsarbejde gav flere praktiske og formelle udfordringer bl.a. omkring formalia (GDPR) og andre juridiske forhold, men også tilgængelighed og operationaliserbarhed mv. Udviklingen af en ny version af dataprogrammet Ordiprax i Sundhedsdatastyrelsen, som skal kunne vise statistikker for de praktiserende lægers lægemiddelordinationer på både klinik- og klyngeniveau, er blevet forsinket ad flere omgange af tekniske udfordringer. Klyngerne har derfor ikke haft mulighed for selv at trække disse data for hele klyngen på en gang og har derfor enten været afhængig af, at hvert enkelt klyngemedlem trak egne data og sendte dem til klyngekoordinatoren, eller de regionale kvalitetsenheder, som har haft mulighed for at trække ordinationsdata på klyngeniveau.

I projektsporet 'Udvikling af indikatorer for almen medicin' har det været diskuteret, om man kunne definere emnespecifikke indikatorer med referencepunkter, som klyngerne kunne bruge til at sammenligne egne data med. Her nåede man frem til at arbejde med målepunkter, som er en mere bred målemetode med flere opgørelser. Et målepunkt kan fx være andel patienter med Type 2-diabetes med HbA1c over 58, dvs. en kvantitativ angivelse men uden et referencepunkt, der definerer en grænseværdi⁹. KiAP har udarbejdet flere klyngepakker, der giver

⁹ KiAP, 2020b

forslag til målepunkter relateret til et bestemt emne og med vejledninger til, hvordan data kan trækkes.

De sidste projektspor handler om den regionale organisering af kvalitetsarbejdet, herunder også samspillet med det øvrige sundhedsvæsen. De regionale kvalitetsenheder (Nord-KAP, Midt-Kraft, SydKIP, KAP-S og KAP-H) varetager en række opgaver i relation til kvalitet og efteruddannelse i almen praksis, men fik også ifølge overenskomsten en opgave med at understøtte klyngernes arbejde og bidrage til samspil med de øvrige aktiviteter i regionerne. I takt med, at klyngerne blev etableret og efterspurgte kvalitetsenhedernes hjælp, har de enkelte regioner udviklet egne klyngepakker, men tilbyder også hjælp til klyngerne i form af bistand til datatræk og datafortolkning (eksempelvis visninger af lægemiddeldata), hjælp til at facilitere møder, netværksmøder for klyngekoordinatorer i regionen m.m.¹⁰ De regionale kvalitetsenheder har udviklet deres støtte til klyngerne samtidig med, at klyngerne blev etableret og efterspurgte hjælp til at komme i gang med klyngearbejdet.

1.2 Undersøgelsens formål

Formålet med denne delundersøgelse er at skabe viden om implementeringen af kvalitetsklynger i almen praksis, herunder om de muligheder, udfordringer og foreløbigt oplevede virkninger, der knytter sig til etableringen af klyngerne og kvalitetsarbejdet inden for de enkelte klynger.

Undersøgelsen har fokuseret på følgende tre temaer:

- **Etablering af klyngerne i samspillet mellem klyngekoordinatorerne, de deltagende læger og de overordnede organisatoriske rammer:** Klyngekoordinatorens rolle, lægernes motivation og forventninger, brug af understøttende tiltag, betydningen af eksisterende faglige fællesskaber for klyngeopbygningen, beslutninger om arbejdsformen i klyngen og udfordringer for klyngeopbygningen.
- **Det kollektive kvalitetsarbejde i klyngerne:** Valg af temaer, indsatser og målsætninger, tilvejebringelse og brug af data, opfølgning på indsatser, samarbejde med den omgivende sundhedsvæsen (fx hospitaler, speciallægepraksis, kommuner) og udfordringer og muligheder i kvalitetsarbejdet.
- **Implementering i egen praksis:** Klyngearbejdets betydning for implementering af ændringer i egen praksis, praksispersonalets rolle i kvalitetsarbejdet og forhold, der fremmer eller hæmmer implementeringen af ideer fra klyngearbejdet i egen praksis.

Undersøgelsen er en kvalitativ undersøgelse, der både har haft til hensigt at indhente erfaringer med og vurderinger af klyngekonceptet fra et bredt udsnit af klynger i hele landet, og opnå dybdegående indsigt i den måde, klyngerne arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling. Undersøgelsen er baseret på en række baggrundsinterview, et casestudie blandt 10 udvalgte klynger og interview med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer fra i alt 25 klynger (se kapitel 2).

1.3 Læsevejledning

Den resterende del af rapporten er struktureret som følger:

¹⁰ Kilde: internt notat udarbejdet af KiAP og de regionale kvalitetsenheder.

I kapitel 2 gennemgås undersøgelsens metode, og der gives et overblik over det samlede empiriske materiale.

Kapitel 3 omhandler processen med at etablere de enkelte klynger, herunder hvordan klyngerne har valgt at organisere sig, og hvilke aftaler omkring klyngesamarbejdet deltagerne har lavet. Kapitlet giver indblik i de udfordringer, der opstod i den tidlige etableringsfase og i nogle af de overvejelser, der ligger bag de forskellige lokale, organisatoriske valg.

Kapitel 4 har fokus på klyngekoordinatorrollen og belyser de forskellige opgaver og udfordringer, der knytter sig til denne rolle.

Kapitel 5 omhandler det konkrete arbejde, der finder sted før og under klyngemøderne. Kapitlet beskriver den måde klyngemøder kan forløbe på, de konkrete emnevalg, og hvordan klyngerne fremskaffer og bruger data på møderne.

Kapitel 6 og 7 omhandler det oplevede udbytte af klyngesamarbejdet. Kapitel 6 gennemgår de konkrete ændringer, som praktiserende læger har foretaget som følge af klyngesamarbejdet, og kapitel 7 gennemgår andre typer af oplevet udbytte i form af øget kendskab til kolleger i nærområdet og nye relationer til kommunale aktører.

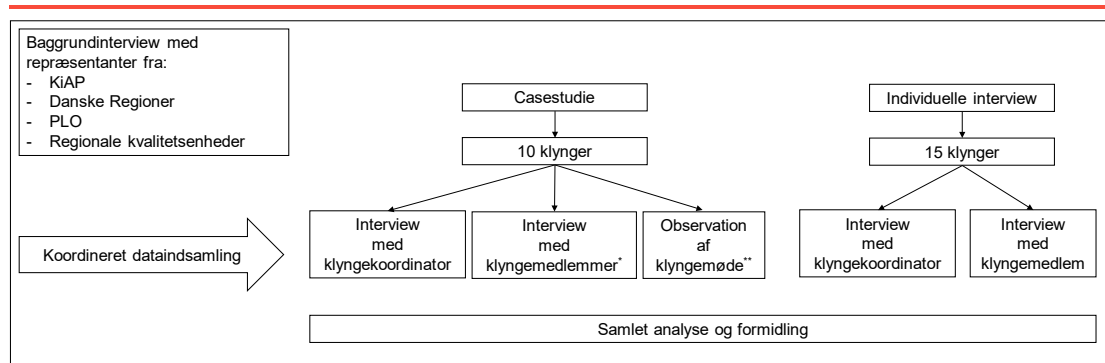
I kapitel 8 samles der op på de praktiserende lægers overordnede oplevelse af klyngemodellen, og hvordan modellen ses i forhold til andre uddannelses- og kvalitetsudviklingsaktiviteter i almen praksis.

I kapitel 9 diskuteres undersøgelsens resultater, og der afsluttes i kapitel 10 med en samlet konklusion, hvor der også fremhæves opmærksomhedspunkter til den videre udvikling af klyngekonceptet.

2 Metode

VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis har foretaget to separate men koordinerede dataindsamlinger, som efterfølgende er integreret i en samlet analyse. Disse dataindsamlinger, såvel som den fælles analysestrategi beskrives i det følgende.

Figur 2.1 Undersøgelsens delelementer og deres sammenhæng



Note: *Primært gruppeinterview, individuelle interview foretaget, når gruppeinterview ikke var muligt.

**Der blev kun gennemført observation af klyngemøder i 9 klynger, da klyngemødet i en klynge blev aflyst grundet Coronasituationen.

2.1 Undersøgelsesdesign

Undersøgelsen er baseret på et kvalitativt datamateriale bestående af:

- En række baggrundinterview
- Et casestudie i 10 klynger bestående af observationer af klyngemøder og kvalitative interview med klyngekoordinatorer (10 i alt) og klyngemedlemmer (36 i alt) i disse klynger
- Kvalitative interview med hhv. 15 klyngekoordinatorer og 14 klyngemedlemmer fra 15 klynger.

De tre tilgange til indsamling af data er valgt med fokus på, at den viden, de bidrager med, kan supplere hinanden. Baggrundinterviewene havde således til formål at opnå indsigt i klyngernes kontekst og væsentlige interessenters forventninger til klyngekonceptet. I casestudiet var fokus på at sikre en afdækning af perspektiver inden for den enkelte klynge, mens interviewene i de 15 klynger sikrer en bredere afdækning af klyngekoordinatorer og klyngemedlemmers individuelle perspektiver.

2.1.1 Baggrundinterview

Forud for interview med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer er der gennemført baggrundinterview med centrale nøglepersoner fra PLO, Danske Regioner og KiAP. Formålet med disse interview var at opnå en relevant kontekstforståelse i forhold til de opmærksomhedspunkter, som centrale aktører og interessegrupper har haft omkring klyngekonceptet, og hvordan de har oplevet etableringsfasen. Disse interview har givet input til emner og spørgsmål i de senere interview blandt klyngedeltagerne – både de kvalitative interview med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer fra 15 klynger og casestudiet i 10 klynger, jf. oversigten over dataindsamlinger ovenfor.

Vi har samtidig gennemført interview med repræsentanter for hver af de fem regionale kvalitetsenheder. Årsagen til dette er, at vi tidligt i undersøgelsen blev opmærksomme på de regionale kvalitetsenheders understøttende rolle bl.a. for klyngernes brug af data på klyngemøderne og i forhold til udviklingen af understøttende værktøjer (klyngepakker), som klyngerne kan bruge som inspiration til at gennemføre klyngemøder med udgangspunkt i bestemte faglige emner. De enkelte kvalitetsenheder har grebet denne opgave forskelligt an, afhængigt af både klyngernes efterspørgsel og allerede eksisterende muligheder. Derfor anså vi det for væsentligt at få et kendskab til disse enheders indsatser (og dermed klyngernes potentielt forskellige muligheder for hjælp og støtte) som en del af den samlede kontekstforståelse.

2.1.2 Casestudie i 10 klynger

Casestudiets formål var at opnå detaljeret viden om forholdene i en række udvalgte klynger særligt med hensyn til klyngemødernes indhold, struktur og forløb. Casestudiet baserer sig på observation af klyngemøder i de udvalgte klynger og interview med klyngekoordinatorer og ordinære klyngemedlemmer. Det var hensigten at gennemføre dataindsamling i to tidsforskudte runder, henholdsvis ved klyngernes opstart og cirka halvandet år efter klyngernes etablering. Denne undersøgelse baserer sig på første runde dataindsamling og har således haft fokus på disse klyngers opstart, og klyngemødernes forløb i en tidlig fase af klyngesamarbejdet.

2.1.3 Interview i 15 klynger

Der er foretaget interview med klyngekoordinatorer og praktiserende læger med henblik på at analysere individuelle erfaringer med klyngesamarbejdet. Herved indsamles et omfattende empirisk materiale med bred repræsentation af klynger og praktiserende læger, som vil give indsigt i klyngernes opstart og udvikling over tid, forskellige tilgange og udfordringer i rollen som klyngekoordinator og forskellige måder at organisere klyngesamarbejdet og arbejdet med kvalitetsudvikling.

2.2 Dataindsamling

Casestudiet i 10 klynger og interviewene i 15 klynger er gennemført parallelt af de to tilknyttede forskergrupper; VIVE har stået for dataindsamlingen i forbindelse med casestudiet og Forskningsenhederne for Almen Praksis har stået for dataindsamlingen i forbindelse med interviewene i de 15 klynger. Der er dog lagt vægt på, at udvælgelse af klynger og interviewpersoner er gennemført efter samme principper, og at interviewene er gennemført og analyseret på samme måder. Det følgende afsnit omhandler derfor – på nær observation af klyngemøder – dataindsamlingen i både casestudiet og interviewstudiet.

2.2.1 Udvalgelse og rekruttering af klynger og klyngekoordinatorer

Til udvælgelsen af klyngerne i undersøgelsen blev der benyttet en oversigt over alle de registrerede klynger med informationer om klyngernes regionale tilhørsforhold, størrelse (antal ydernumre, antal læger og antal patienter) og etableringsdato samt et kort med data om klyngernes registreringsadresse. Oversigten blev fremsendt af KiAP i maj 2019, dvs. før den endelige deadline for klyngeetablering, men på dette tidspunkt var der allerede registreret 109 klynger (ud af de 114 klynger, der var etableret 1. november 2019). Vi havde derfor et dækkende grundlag for at udvælge klynger med den ønskede variation.

Udvælgelsen af klyngerne havde til formål at sikre en variation på en række klyngekarakteristika, herunder regionalt tilhørsforhold, klyngestørrelse og geografi i forhold til land- og byområder¹¹. *Klyngestørrelse* kan opgøres på flere parametre, herunder antal patienter, antal læger og antal ydernumre. Eftersom undersøgelsen bl.a. har fokus på det kollektive kvalitetsarbejde på klyngemøderne, valgte vi at benytte antal læger og ydernumre som parametre for klyngernes størrelse ud fra en antagelse om, at antallet af deltagere på et klyngemøde kan have betydning for, hvordan klyngemøderne forløber og faciliteres. Klyngens *geografiske* placering blev vurderet på basis af den adresse, som klyngen er registreret med (ofte klyngekoordinatorens praksis).

Med afsæt i disse kriterier for variation udvalgte vi klynger, som blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Vi inviterede i første omgang koordinatorene fra disse klynger til et interview, og i forbindelse med casestudiet bad vi også koordinatorene undersøge, om deres klynge ville deltage i dette. I tilfælde af afslag eller manglende svar kontaktede vi en ny klyngekoordinator. En oversigt over antallet af inviterede klyngekoordinatorer/klynger samt antal afslag og eventuelle begrundelser ses i Bilag 2.

I alt indgik 25 klynger i undersøgelsen, hvoraf 10 indgik i casestudiet, mens informanter fra de øvrige klynger blev inkluderet for at sikre et bredt udsnit af individuelle perspektiver fra klyngekoordinatorer og -medlemmer i undersøgelsen. Klyngerne var jævnt fordelt på tværs af regionerne med 5 klynger fra hver region. Både klynger fra større byer, forstæder til større byer, større og mindre provinsbyer samt landområder er repræsenteret i undersøgelsen. Den største klynge i undersøgelsen inkluderede mere end 50 læger, mens den mindste inkluderede omkring 10 praktiserende læger. Alle klynger havde afholdt mindst to møder forud for interview og observationer.

2.2.2 Udvælgelse og rekruttering af klyngemedlemmer

Ved udvælgelse af klyngemedlemmer til interview tilstræbte vi variation i praksistype, køn og alder.

Til de interview, som *ikke* var en del af casestudiet, udvalgte vi – på baggrund af oversigter over, hvilke klinikker der hørte til de inkluderede klynger – klyngemedlemmer, som vi inviterede til at deltage. Planen var at rekruttere et medlem for hver af de 15 klynger (foruden koordinatoren), og vi endte med at rekruttere 14 medlemmer til interview¹².

Til de interview, som *var* en del af casestudiet, bistod koordinatoren med at foreslå informanter blandt klyngemedlemmer, der kunne sikre den ønskede variation. Her interviewede vi 3-6 klyngemedlemmer (foruden klyngekoordinator).

2.2.3 Interview: indhold og gennemførelse

Samlet set er der gennemført interview med 75 praktiserende læger, som har deltaget i klyngearbejdet som koordinatore eller ordinære medlemmer.

¹¹ I udvælgelsen af klynger blev der også udvalgt klynger, som var dannet (jf. etableringsdato) tidligt (dvs. i 2018) eller senere ud fra en hypotese om, at klynger, som blev etableret tidligt, kunne være mere motiverede for klyngearbejdet. Der var imidlertid en del udfordringer med den administrative registrering af klyngerne, og etableringsdatoen afspejler derfor ikke nødvendigvis klyngernes reelle opstart.

¹² I en klynge, hvor rekrutteringsprocessen trak ud, idet flere medlemmer ikke besvarede vores henvendelse, måtte rekrutteringsprocessen afbrydes på grund af coronakrisen.

De 29 interview med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer, som ikke var en del af case-studiet, blev gennemført som solointerview i klinikken (eller i enkelte tilfælde hjemme hos den pågældende læge).

Interviewene med klyngemedlemmer i casestudiet blev så vidt muligt gennemført som gruppe-interview umiddelbart efter klyngemøder, men blev efter behov suppleret med solointerview gennemført senere over telefon. I nogle klynger viste det sig nødvendigt at planlægge alle interview som solointerview, da det ikke var muligt at samle en gruppe af klyngemedlemmer på det samme tidspunkt. Her er interviewene enten gennemført telefonisk eller ved fremmøde i den enkelte praktiserende læges klinik.

Interviewene varede mellem 45 og 90 minutter.

Alle interview tog afsæt i en interviewguide med en række overordnede emner og underemner. Der blev udviklet én interviewguide til interview med klyngekoordinatorer og én til interview med ordinære klyngemedlemmer. Begge interviewguides var baseret på drøftelser mellem VIVE og FEAP samt på kommentarer fra projektets følgegruppe og på baggrundsinterviewene med nøglepersoner. De overordnede emner i interviewene fremgår i boks 2.1 nedenfor.

Boks 2.1 Overordnede emner behandlet i interview med klyngekoordinator og -medlemmer

- Klyngens etableringsproces og organisering
- Klyngekoordinatorrollen
- Mødernes form og indhold (inkl. deltagernes oplevelse heraf)
- Fremskaffelse og brug af data på møderne
- Eksterne aktørers rolle i forbindelse med møderne
- Medlemmernes engagement i klyngearbejdet
- Implementering af ændringer i egen praksis
- Andre oplevede konsekvenser af klyngearbejdet
- Generelle holdninger til – og vurderinger af – klyngekonceptet og klyngearbejdet.

I Bilag 3 findes en uddybende beskrivelse af de overordnede emner i interviewene. Alle interview blev optaget med henblik på efterfølgende transskribering og kodning.

2.2.4 Observationer af klyngemøder til casestudiet

Vi observerede ét klyngemøde i hver af de klynger, som indgik i casestudiet¹³. På møderne blev der taget noter med henblik på at afdække, hvordan møderne var tilrettelagt, hvilke emner der blev behandlet, hvilke data der blev taget i anvendelse, hvordan møderne blev ledet og faciliteret, hvorvidt der blev arbejdet i plenum og/eller grupper, hvordan data blev brugt på møderne, samt hvordan den fælles diskussion og refleksion omkring emne og data udspillede sig. Endelig var der fokus på, hvilken rolle eventuelle eksterne oplægsholdere havde på møderne.

¹³ I en klynge var vi dog nødt til at udskyde deltagelse i et klyngemøde, da det blev aflyst grundet coronakrisen. Der indgår derfor kun observationer fra ni klynger i denne undersøgelse.

I en klynge vil mødernes form og indhold sandsynligvis variere fra gang til gang, hvilket vi ikke har kunnet opfange ved observation af et enkelt møde pr. klynge. Til gengæld har vi i interviewene med klyngemedlemmer og klyngekoordinatorer spurgt mere bredt ind til, hvordan møderne forløber, samt hvilke emner og data der er blevet arbejdet med.

2.3 Analyse

I analysen af det indsamlede materiale er der på samme måde som i dataindsamlingen taget udgangspunkt i en fælles strategi, som muliggjorde, at hhv. casestudiet i de ti klynger og interviewene i de 15 klynger kom til at udgøre et samlet datamateriale.

Jævnfør undersøgelsens formål var vi interesserede i at undersøge klyngernes etableringsproces og de eventuelle udfordringer, som opstod i denne proces. Forsinkelsen i de understøttende rammer for klyngerne tilføjede et yderligere aspekt til denne del af analysen, idet klyngerne i højere grad end tiltænkt selv måtte finde på både administrative og faglige løsninger for klyngesamarbejdet. Derudover var vi interesserede i det konkrete arbejde, som knytter sig til klyngekonceptet både for klyngekoordinatorerne og for de ordinære medlemmer, herunder bl.a. datafremskaffelse, idet dette fremstår som et centralt element i den model, som blev beskrevet i overenskomsten. I det hele taget var 'data' et helt centralt fokus i analysen, herunder også en afdækning af, hvilke typer af data der kom i anvendelse, hvordan data blev brugt på klyngemøderne, og hvilke diskussioner samt individuelle refleksioner de anvendte data afstedkom. Endelig var vi interesserede i at undersøge lægernes vurdering af klyngekonceptet som helhed, og ikke mindst hvilken (om nogen) impact klyngesamarbejdet medførte.

Efter en første gennemlæsning af de transskriberede interview og observationsnoterne drøftede VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis de umiddelbare fund og definerede de emner, der fremstod centrale, og som er blevet genstand for nærmere analyse. Mens der indledningsvist var tale om en åben analytisk tilgang til materialet, tog den efterfølgende kodning af materialet afsæt i de på forhånd definerede emner, som de to interviewguides også var baseret på (se Bilag 3). På baggrund af det kodede materiale udarbejdede vi kondensater for de enkelte emner og underemner, hvilket skabte et overblik, der kunne bruges som udgangspunkt for yderligere drøftelser om, hvordan materialet skulle fortolkes og præsenteres i rapporten.

Observationsnoterne blev analyseret ud fra samme koder som interviewene.

Som det fremgår af ovenstående (afsnit 2.2.1 og 2.2.2), blev der lagt vægt på at inkludere klynger og klyngemedlemmer med forskellige karakteristika i undersøgelsen. Dette giver dog ingen garanti for, at de erfaringer og synspunkter, som udtrykkes af lægerne i undersøgelsen, er repræsentative for den samlede population af praktiserende læger i Danmark (se i øvrigt en diskussion af undersøgelsens styrker og svagheder i afsnit 9.6). I analysen og fremstillingen af de empiriske fund har der derfor været fokus på at udlede og præsentere variationen i de deltagende lægers perspektiver og erfaringer med klyngesamarbejdet og de deltagende klyngers organisering og arbejdsform. Samtidigt gives der i fremstillingen et indtryk af, hvor udbredte de forskellige synspunkter og erfaringer var i materialet.

3 Klyngernes etablering

Det følgende kapitel beskriver, hvordan klyngedannelsen overvejende tog afsæt i allerede eksisterende grupperinger blandt praktiserende læger, hvilke overvejelser der lå bag klyngernes vedtægter, og hvilke udfordringer der knyttede sig til klyngernes etablering.

3.1 Afsættet for klyngedannelsen

Næsten alle klyngerne i undersøgelsen udsprang af en PLO-K¹⁴ (af mange læger omtalt som et kommunalt lægelaug). Eftersom disse foreninger allerede var dannet og havde etableret en fast mødestruktur, var de et naturligt udgangspunkt for at etablere en klynge.

To af de klynger, der indgik i casestudiet, udsprang også af PLO-K, men udgjorde kun en delmængde af den oprindelige og relativt store gruppe af læger med tilknytning til en større by. I den ene PLO-K havde man udarbejdet et forslag til mindre grupperinger blandt foreningens medlemmer, som blev udgangspunkt for klyngen. Her havde opdelingen efter klyngekoordinatorernes vurdering taget udgangspunkt i at sikre en ligelig fordeling af praksistyper, læger i by- og landområder m.m. I den anden klynge var denne gruppering udarbejdet af PLO-K i samarbejde med den regionale kvalitetsenhed og bestod af en geografisk underopdeling af praktiserende læger i byen. En tredje af de deltagende klynger, som også udsprang af en PLO-K i en større by, havde derimod ikke valgt at dele sig, da de ikke ønskede at splitte – hvad klyngekoordinatorerne betegnede som – en allerede velfungerende gruppe.

En enkelt af klyngerne i undersøgelsen udsprang af en lokal efteruddannelsesgruppe, bestående af læger fra fem lægehuse inden for et geografisk afgrænset område. For at leve op til anbefalingen om, at en klynge skulle dække 30.000 patienter, havde de inviteret endnu et lægehus fra nærområdet med i klyngen.

3.2 Etableringsprocessen

Klyngemodellen udgør, som den er beskrevet i overenskomsten fra 2018, en relativt åben ramme med ganske få anbefalinger til størrelse, indhold og arbejdsmetode. De fleste klyngekoordinatorer beskrev det som udfordrende, at klyngen udgjorde et helt nyt koncept for samarbejde mellem praktiserende læger, hvor de selv skulle stå for at definere de grundlæggende rammer, fx klyngens organisering, fordeling af arbejdsopgaver, mødekadence og ikke mindst det faglige indhold på klyngemøderne. Beskrivelsen af etableringsfasen bærer i alle klynger præg af, at man har prøvet sig frem og fundet løsninger undervejs.

Det er en udfordring, fordi vi skal tænke det forfra, vi skal ligesom opfinde noget, der ikke har været opfundet, og det er jo sådan lidt og sætte sig ned med sin gruppe og sige "nu skal vi opfinde klyngearbejde, hvad søren skal det være?" (Klyngekoordinator)

Flere klyngekoordinatorer beskrev, hvordan de undervejs havde været udfordret i relation til at finde løsninger på helt lavpraktiske forhold, eksempelvis hvordan man gemmer klyngens fælles

¹⁴ PLO-K: Forening af praktiserende læger i en kommune, der formelt repræsenterer de praktiserende læger i det kommunalt lægelige samarbejde. <https://www.laeger.dk/plo-k-laegelaug>

dokumenter (fx vedtægter, invitationer til klyngemøder, adresselister m.m.) på en måde, så alle har adgang til dem.

Klyngekoordinatorerne har haft mulighed for at deltage i inspirationsdage og dermed lade sig inspirere og sammenligne klyngernes organisatoriske konstruktioner og faglige ambitionsniveauer. Klyngekoordinatorerne beskriver disse tilbud som inspirerende, men den grundlæggende struktur for hver enkelt klynge er udviklet lokalt¹⁵

3.2.1 Den administrative oprettelse af klyngerne

Klyngerne skulle som det første oprettes som forening¹⁶ og registreres hos SKAT, der skulle oprettes et CVR-nummer, en bankkonto og NemID-koder. Alle klyngekoordinatorerne nævner det administrative arbejde med at oprette klyngen som værende tidskrævende og frustrerende. Det midlertidige sekretariat for kvalitetsprogrammet (se afsnit 1.1) udarbejdede vejledninger, som klyngekoordinatorerne kunne følge, men da klyngerne som nævnt blev etableret hurtigere end forventet, så blev disse vejledninger udarbejdet i takt med, at behovene opstod¹⁷. For klyngekoordinatorerne medførte det, at de brugte meget tid på arbejdsopgaver, som lå langt fra deres faglighed, og som ikke interesserede dem:

(...) det var jo enormt besværligt, og der var enormt mange mails frem og tilbage, og SKAT, der skulle ringes op og nye NemID-koder og en bankkonto, der skulle åbnes – altså der var bare enormt mange benspænd. Det var ikke let, selvom de havde lavet en guide, man kunne følge. (...) Jeg tror måske jeg blev lidt overrasket over, hvor åndssvagt mange timer jeg brugte på noget hvor jeg tænkte: "Hvorfor er der ikke nogle, der sidder og gør det her, det er jo spild af min tid". (Klyngekoordinator)

På interviewtidspunktet var de fleste af de indledende administrative opgaver relateret til etablering overstået, og det administrative arbejde i klyngen bestod nu mest af det, som nogle klyngekoordinatorer kaldte 'almindeligt foreningsarbejde', fx håndtering af fakturaer, aflægge regnskab og afholde generalforsamlinger. I nogle klynger havde klyngekoordinatoren, belært af etableringsprocessen, valgt at uddelegere regnskabsrelaterede opgaver enten til et andet klyngemedlem eller til en sekretær, og kunne dermed koncentrere sig om den faglige del af klyngearbejdet.

3.2.2 Klyngens vedtægter og øvrige formelle rammer for klyngesamarbejdet

Klyngerne er som nævnt oprettet som foreninger og har udarbejdet et sæt af vedtægter, som er blevet godkendt på en stiftende generalforsamling. Klyngerne har via KiAP haft adgang til en standardskabelon for klyngens vedtægter, som de har kunnet tage udgangspunkt i og tilpasse lokalt. Her har klyngerne bl.a. kunne tage stilling til kriterier for eksklusion af klyngemedlemmer, der ikke overholder de forpligtelser, der er vedtaget for medlemmerne af klyngen. Blandt klyngerne var der eksempler på eksplicite krav til fremmøde og engagement som i eksemplet nedenfor.

¹⁵ Dette skal formentlig også ses i lyset af, at de fleste klynger nåede at blive etableret, inden KiAP fik organiseret de understøttende tiltag, fx inspirationsdage for klyngekoordinatorer.

¹⁶ Nærmere bestemt en "ikke-erhvervsdrivende" forening.

¹⁷ Jævnfør interview med medarbejder i det midlertidige sekretariat.

Der er krav om aktiv deltagelse, deling af data og mindst 50 % mødepligt til årets møder for alle medlemmer i klyngen. (Uddrag af klyngevedtægter)

I andre klynger har man valgt en mere forsigtig tilgang til spørgsmålet om klyngemedlemmernes deltagelse, idet man ikke har lagt sig fast på eksplicitte kriterier for fremmøde. I disse tilfælde er der i højere grad tale om en afventende strategi, hvor man som udgangspunkt forventer, at medlemmerne møder op og ser tiden an i forhold til, om der bliver brug for at definere og håndhæve et krav til fremmøde. I nogle af disse klynger blev fremmødet dog registreret. Variationerne i klyngernes håndtering af fravær fremgår af afsnit 3.4.

Ved etableringen af klyngen blev der også truffet beslutninger om, hvordan klyngens økonomiske midler skulle anvendes. Herunder skulle der tages stilling til, hvordan klyngekoordinatorerne og andre klyngemedlemmer med faste opgaver i relation til klyngen skulle honoreres. KiAP har udarbejdet en kontraktskabelon¹⁸, som klyngerne kan tage udgangspunkt i, men denne indeholder ikke en vejledning vedrørende det forventede tidsforbrug eller niveauet for aflønning. Dette har de enkelte klynger derfor været nødt til at fastsætte selv. Typisk er dette sket ved, at klyngekoordinatoren selv kom med et udspil, som er blevet diskuteret i klyngen. Enkelte klyngekoordinatorer gav udtryk for, at det var ubehageligt at skulle forhandle løn med deres kolleger:

Men jeg kunne godt have ønsket mig, man egentlig havde sendt et stykke papir, om man så må sige, "vi foreslår, I laver en forening sådan her, og når der bliver valgt en klyngekoordinator eller bestyrelse, så er vores forslag til løn sådan her". Det synes jeg havde gjort det lidt nemmere i starten. Og så havde det ikke været helt så træls og skulle sidde blandt kolleger og forhandle løn, det synes jeg egentlig er lidt træls, når man påtager sig et job, ingen vil have. Så havde man egentlig bare kunnet sige "vi tænker, det skal være sådan her". (Klyngekoordinator)

Set i bagklogskabens lys, vurderede nogle klyngekoordinatorer, at det havde været mere hensigtsmæssigt, hvis klyngen havde vedtaget et lønniveau ved klyngens etablering, og før klyngekoordinatoren var valgt. I praksis var lønspørgsmålet først dukket op senere i forløbet og derved blevet en mere direkte forhandling mellem den enkelte klyngekoordinator og klyngens øvrige medlemmer. Heraf følger tilsyneladende også nogen variation i både honorarstørrelser og honorartyper. Af interviewmaterialet fremgår det eksempelvis, at én klyngekoordinator modtager en timesats svarende til den overenskomstfastsatte takst for praktiserende læger, mens en anden klyngekoordinator får en lidt højere timesats svarende til den, som er forhandlet for plejehjems-læger. I en tredje klynge ønskede klyngekoordinatoren ikke at bruge tid på at registrere timer og fik derfor et fast årligt honorar. Endelig var der en klyngekoordinator, som havde frabedt sig at modtage et honorar, da det ville få betydning for vedkommendes personlige skattefradrag.

I den indledende fase har klyngerne også defineret specifikke arbejdsopgaver, tidsforbrug og honorarsatser for andre klyngemedlemmer med faste arbejdsopgaver i klyngen – typisk klyngebestyrelsen eller andre ansatte til at udføre konkrete opgaver (fx regnskab eller opgaver i forbindelse med planlægning af klyngemøderne). Endelig fremgår det af interviewene, at der er udarbejdet en række aftaler for samarbejdet i klyngen, herunder hvordan de praktiserende læger giver samtykke til, at der må indhentes data til brug for klyngemøderne, og om hver enkelt kliniks data forbliver anonyme under klyngemøderne, eller om deltagerne undervejs på mødet løsner på anonymiteten. Nogle klynger havde desuden lavet specifikke aftaler for, hvor

¹⁸ <https://kiap.dk/kiap/klynger/klyngeadministration.php#skabeloner>, maj 2020

meget forberedelse der kunne pålægges det enkelte klyngemedlem. En klynge havde eksempelvis vedtaget, at medlemmerne maksimalt kunne forventes at bruge en halv til en hel time på dataforberedelse, mens en anden klynge havde vedtaget, at det alene var klyngekoordinatorens opgave at fremskaffe data. Interview og observationer af klyngemøder peger på, at denne type aftaler var til løbende forhandling i klyngerne.

3.3 Klyngernes organisering

Klyngerne har valgt forskellige måder at organisere sig på og forskellige måder at inddrage andre typer af aktører i klyngernes arbejde. Alle klynger har valgt minimum én klyngekoordinator, som angivet i overenskomsten. Derudover er der i mange klynger også valgt en bestyrelse. Klyngerne har desuden valgt forskellige modeller for de øvrige klyngemedlemmers rolle. På baggrund af interviewene er der identificeret tre overordnede modeller for klyngernes organisering og herunder den valgte ansvars- og arbejdsdeling i klyngerne. I Tabel 3.1 ses en oversigt over disse modeller.

Tabel 3.1 Tre modeller for ansvars- og arbejdsdeling i klyngerne

Klyngekoordinatoren er den primære arbejdskraft	Klyngebestyrelsen har en aktiv og arbejdende rolle	Klyngemedlemmer skiftes til at planlægge og lede møderne
<p>Klyngekoordinatoren står for det meste arbejde i relation til klyngen.</p> <p>Der er typisk en mindre bestyrelse, som klyngekoordinatoren drøfter fx emnevalg eller økonomiske prioriteringer med.</p> <p>Der kan også være ansat en sekretær, der bistår med praktiske opgaver, fx booking af mødefaciliteter og administration af tilmeldinger til møderne.</p>	<p>Klyngekoordinatoren og klyngebestyrelsen er alle udførende og indgår mere eller mindre på lige fod i beslutninger om emnevalg, oplægsholdere, økonomiske prioriteringer m.m.</p> <p>Der kan være tale om en fast arbejdsdeling, hvor bestyrelsesmedlemmer har det primære ansvar for fx mødebooking, indhentning af data og mødeledelse.</p>	<p>Klyngekoordinatoren har primært en rolle som bindeled mellem klyngen og klyngens omverden (fx modtager af klyngerelaterede mails, og deltagelse i inspirationsdage for klyngekoordinatorer m.m.).</p> <p>Klyngemedlemmer deler planlægningen af møderne mellem sig og står på skift for at indhente data, booke eventuelle oplægsholdere og lede møderne.</p> <p>Enkelte opgaver kan være uddelegeret som et fast ansvarsområde til klyngemedlemmer, fx rollen som kasserer.</p>

3.3.1 Klyngekoordinatorens roller og ansvar

I langt de fleste klynger var der kun én klyngekoordinator. I enkelte klynger var der dog valgt to klyngekoordinatorer eksempelvis stillet det som en betingelse for at påtage sig opgaven, at de kunne dele posten. De begrundede bl.a. dette krav med, at de stod i spidsen for en stor klynge og dermed også en stor økonomi, og at dette var et ansvar, som de foretrak ikke at stå med alene. Desuden gav de udtryk for en ambitiøs tilgang til klyngearbejdet, og anså det som en fordel at have en kollega at sparre med om emnevalg og retning for klyngens arbejde (se mere om klyngekoordinatorens rolle i Kapitel 4).

I flere klynger var klyngekoordinator(-en/-erne) den primære drivkraft i klyngerne og stod både for de administrative opgaver, fremskaffelse af data, planlægning af klyngemøder og mødeledelse. I andre klynger delte klyngekoordinatoren disse opgaver med klyngebestyrelsen eller klyngemedlemmerne. Variationer over disse to modeller var de mest udbredte i det empiriske materiale bag denne undersøgelse. I en enkelt klynge var der valgt en rotationsordning, hvor både klyngekoordinator og klyngebestyrelse skulle udskiftes efter en årrække. Rationalet var

at få engageret så mange af klyngens medlemmer som muligt frem for kun at lade én person være den primære drivkraft.

3.3.2 Klyngebestyrelsens rolle og ansvar

I KiAPs vejledning til klyngernes etablering rådes klyngerne til at overveje, hvilke opgaver klyngekoordinatoren skal have, hvad der kan uddelegeres til andre klyngemedlemmer, og om det eventuelt skal prioriteres at knytte en sekretær til klyngen, som kan hjælpe med eksempelvis regnskab eller planlægningsopgaver¹⁹. Langt de fleste klynger, som indgår i undersøgelsen, havde nedsat en bestyrelse, som på forskellig vis støttede op om klyngekoordinatoren og varetog forskellige opgaver relateret til klyngearbejdet. I nogle klynger var der aftalt en meget klar arbejdsdeling, hvor bestyrelsesmedlemmer eksempelvis havde ansvaret for booking af lokaler til klyngemøderne eller for at tilvejebringe og fremstille data til klyngemøderne. I andre klynger var bestyrelsen primært involveret i at tegne de overordnede rammer for klyngesamarbejdet, fx med hensyn til valg af emner til klyngemøderne. Den konkrete arbejdsdeling i bestyrelsen fik naturligvis betydning for klyngekoordinatorernes rolle.

Uanset modellen for opgavefordeling beskrev flere klyngekoordinatorer bestyrelsen som vigtig både med hensyn til sparring og inspiration og med hensyn til at have nogen at dele ansvaret med i relation til det faglige fokus og de økonomiske dispositioner:

Vi har valgt at lave en bestyrelse af fire, så vi er seks²⁰. (...) Og dem er vi rigtig glade for, vi bruger dem til sparring og til gode ideer. Også fordi når man laver sådan et nyt projekt [klyngen, red.], så har man brug for backup, og vi har jo fire forskellige klinikker i byen [via bestyrelsen, red.], som jo er med til og bestemme, så vi kan aldrig få skudt i skoene, at vi [klyngekoordinatorerne, red.] har bestemt noget helt alene. (Klyngekoordinator)

I andre klynger har man valgt ikke at nedsætte en bestyrelse men til gengæld aftalt, at klyngekoordinatoren kan trække på klyngens medlemmer til ad hoc-opgaver.

3.3.3 Klyngemedlemmernes rolle og ansvar

I alle klyngerne havde klyngemedlemmerne været inddraget i diskussioner af emnevalg, typisk ved en fælles brainstorm på den stiftende generalforsamling og i nogle klynger også på efterfølgende møder. Dog giver interviewene indtryk af, at det ofte er klyngekoordinatorerne, eventuelt i samarbejde med klyngebestyrelsen, der træffer de endelige beslutninger om valg af emner på baggrund af forslagene fra medlemmerne. Klyngemedlemmer er også blevet inddraget i beslutninger vedrørende de overordnede linjer for mødeafholdelse (fx mødetidspunkt- og sted), evt. krav til fremmøde samt brugen af klyngernes økonomi. Disse spørgsmål er typisk også blevet drøftet ved klyngernes stiftende generalforsamling, og planen var som regel, at tage dem op igen løbende – typisk på klyngernes årlige generalforsamlinger. Flere klynger har desuden haft en udvidet debat om klyngens arbejdsform, herunder hvor meget forberedelse man kunne forlange af klyngemedlemmerne forud for klyngemøderne, og en fælles diskussion af klyngemedlemmernes forventninger og ønsker til klyngerne. I en klynge havde man eksempelvis brugt et helt klyngemøde til en refleksion over de erfaringer, man havde gjort sig på de første klyngemøder, og på denne baggrund lavet en justeret plan for klyngens videre arbejde. I andre klynger gav de hidtidige erfaringer med klyngearbejdet anledning til mindre omfattende

¹⁹ KiAP, 2019

²⁰ I den pågældende klynge er der to klyngekoordinatorer.

drøftelser om rammer og indhold fremadrettet – eksempelvis om et fagligt emne skulle gentages med henblik på at se, om klyngemedlemmerne ændrede adfærd, eller om møderne fremadrettet skulle flyttes til lokaler med bedre it-faciliteter.

I nogle klynger havde man benyttet sig af, at visse klyngemedlemmer havde en særlig viden på et område, og fx bedt dem om at give et fagligt oplæg, indhente og fremlægge data eller facilitere en gruppesamtale på et klyngemøde. På et af de observerede klyngemøder holdt et klyngemedlem fx oplæg om de fysiologiske virkningsmekanismer ved brug af smertestillende medicin samt anbefalinger til og risici ved brug af forskellige typer af smertestillende medicin. På et andet møde præsenterede et klyngemedlem klyngens ordinationsdata for antibiotika i kombination med en fremlæggelse af nationale mål for antibiotikaforbrug og nyeste retningslinjer.

I et par klynger skiftedes medlemmerne til at planlægge møderne. I praksis meldte to til tre klyngemedlemmer sig til at planlægge et møde om et emne, som klyngen i fællesskab havde valgt. Dette indebar både at lægge en plan for mødet, at tilvejebringe data og eventuelt invitere oplægsholdere. Klyngekoordinatoren i denne klynge fungerede i højere grad som et administrativt og koordinerende bindeled mellem klyngen og eksterne samarbejdspartnere end i de andre klynger, hvor klyngekoordinatorerne også havde en organiserende og planlæggende rolle.

3.3.4 Inddragelse af uddannelseslæger og praksispersonale

Interviewene tyder på, at der i etableringsfasen generelt har været en opmærksomhed på at få skabt et tillidsfuldt forhold imellem klyngens medlemmer, som kunne understøtte en åbenhed i de faglige drøftelser på klyngemøderne. Derfor var holdningen generelt, at klyngerne primært er et forum for de praktiserende læger. Dog har man i flere klynger valgt at lade uddannelseslæger deltage i klyngens møder i håb om, at klyngerne som fagligt og kollegialt forum kan bidrage til, at yngre læger finder det mere attraktivt at søge en praksis i det pågældende område. En enkelt klynge havde desuden valgt at udvide klyngen med ansatte læger både i traditionelle klinikker og i udbuds-, licens- og regionsklinikker – dvs. læger, som ikke normalt ville indgå i fx PLO-K. – ud fra et argument om, at kvaliteten bør løftes på samme måde uanset organisatorisk model²¹.

Ingen af de klynger, som indgår i undersøgelsen, havde valgt at inddrage praksispersonalet på klyngemøderne. I nogle klynger argumenteres der for dette fravalg ud fra ønsket om at sikre et lukket forum, hvor de enkelte lægers/klinikkers data og praksis kan fremlægges og drøftes åbent med fagfæller. I andre klynger vurderede man, at antallet af deltagere på møderne ville blive for stort, og at forholdet mellem antal deltagere fra store og små klinikker ville blive skævt, hvis praksispersonalet deltog. Andre klyngekoordinatorer så imidlertid mere positivt på muligheden for på sigt at inddrage personalet mere. En klyngekoordinator argumenterede eksempelvis for, at personalet i almen praksis generelt spiller en stadig større rolle, hvorfor det er oplagt at inddrage dem, så klyngemøderne også understøtter erfaringsudveksling mellem praksispersonale. En anden klynge havde planer om at afholde et møde om "velvære i praksis", hvilket blev anset for at være et eksempel på et emne, hvor personalets deltagelse kunne være relevant. Endelig luftede en klyngekoordinator en ide om at lave parallelle møder for praksispersonalet, hvor de eksempelvis kunne blive undervist i et emne relateret til emnet på lægernes møde.

²¹ Dette er imidlertid en sjælden model ifølge PLO-repræsentanter i undersøgelsens følgegruppe.

3.4 Håndtering af fremmøde og fravær

I overenskomsten var der lagt op til, at praktiserende læger, som ikke indgik i en klynge, skulle akkrediteres i stedet²², men uden specifikke krav til klyngemedlemmers fremmøde. Det var derfor op til klyngerne selv at definere krav til fremmøde og eventuelle sanktioner ved manglende fremmøde. Klyngekoordinatorerne beskrev alle fremmødet på klyngemøderne som højt. Nogle klyngekoordinatorer, og også flere klyngemedlemmer, fremhævede det som en fordel, at klyngesamarbejdet havde karakter af at være obligatorisk. Observationerne fra klyngemøderne gav også indtryk af, at der var disciplin med hensyn til at melde afbud til møderne, idet nogle klyngekoordinatorer indledte klyngemødet med at ridse op, hvem der havde meldt afbud, og i nogle tilfælde også havde placeret klyngemedlemmerne i mindre grupper som del af mødeplanlægningen. På grund af det foreløbigt høje fremmøde i mange af klyngerne blev håndtering af manglende fremmøde generelt ikke betragtet som en akut men snarere som en potentiel udfordring. Alligevel fremhævede flere klyngekoordinatorer det, som en vanskelig betingelse for deres rolle, at der på den ene side er et krav om, at man deltager aktivt i en klynge, og at det på den anden side ikke er defineret, hvad 'aktiv deltagelse' er:

*Ja, jeg har holdt afkrydsning for at se (...) altså der er som sagt ikke rigtig nogen konsekvenser, eller det er svært at sige, hvad konsekvensen så skal være, og jeg har også spurgt, hvad skal være kravet for, at man er deltagende, og det har vi ikke rigtig fået defineret, men der står i vores vedtægter, at på vores generalforsamling kan man tage op, om nogle skal ekskluderes på grund af, at de ikke har været med.
(Klyngekoordinator)*

Klyngekoordinatorerne gav udtryk for, at de oftest betragtede udeblivelser blandt klyngens medlemmer som rimelige, fx fordi det pågældende klyngemedlem var på ferie, i vagt eller syg. Enkelte klyngekoordinatorer fortalte dog om nogle få medlemmer, som konsekvent udeblev, og i disse tilfælde blev det beskrevet som en konkret udfordring at håndtere.

Selvom det ikke var et specifikt krav til klyngekoordinatorerne, så blev der i flere af klyngerne, som indgår i denne undersøgelse, foretaget en registrering af klyngemedlemmernes fremmøde. Nogle klyngekoordinatorer havde valgt fremmøderegistrering ud fra en betragtning om, at der kunne opstå utilfredshed blandt de medlemmer, der deltager fast, hvis man tillader, at nogle "kører på frihjul". I nogle klynger havde fremmøderegistrering da også været et krav fra klyngemedlemmer, som netop ønskede at undgå dette. Fremmøderegistrering handlede imidlertid ikke kun om at registrere, om klyngemedlemmer lever op til de fastsatte krav til fremmøde, og dermed om der var belæg for eventuelt at ekskludere dem fra klyngen. Enkelte klyngekoordinatorer så registrering af fremmøde som en mulighed for at blive opmærksom på dem, som ikke deltager. Denne information kunne give anledning til at undersøge årsagerne til manglende fremmøde og drage omsorg og hjælpe vedkommende på vej frem for at true med sanktioner. Andre argumenterede for, at fremmøde afspejler interessen for det, der arbejdes med i klyngen, og at fremmøderegistrering dermed kunne bruges som en indikator for, om klyngearbejdet var tilstrækkeligt interessant.

²² I overenskomsten for almen praksis fra 2018 var det aftalt, at klinikker, som ikke indgik i en klynge pr. 1. november 2019, skulle gennemgå en akkrediteringsproces, hvis der var volumenmæssig basis for dette. Hvis der derimod kun var få klinikker, som ikke var tilknyttet en klynge, skulle situationen genovervejes. Efter at det viste sig, at langt de fleste klinikker er blevet tilknyttet en klynge, kom der i foråret 2020 en ny aftale til høring hos de regionale kvalitetssenheder med forventning om en udrulning i sommeren 2020. Aftalen går ud på, at de enkelte praktiserende læger/klinikker, som ikke indgår i en klynge, skal modtage besøg af en kvalitetskonsulent og efter nærmere aftale gennemgå en kvalitetssikringsproces med afsæt i en klyngepakke eller lignende dataafsæt.

Nogle klyngekoordinatorer havde helt frabedt sig at skulle kontrollere, om klyngemedlemmerne deltog i møderne, fordi de ikke ønskede at være den, der skulle tage stilling til eventuelle sanktioner ved manglende fremmøde. Én klyngekoordinator argumenterede for, at pligten til at deltage i klyngemøder alene må påhvile det enkelte klyngemedlem, og at det derfor ikke kunne være klyngekoordinatorernes opgave at kontrollere fremmøde. Desuden ønskede denne koordinator ikke at ødelægge et ellers godt forhold til sine nærmeste kolleger ved at påtage sig rollen som den, der afgjorde om enkeltpersoners fremmøde var tilstrækkeligt. En anden klyngekoordinator, som også havde frabedt sig at kontrollere fremmøde, fremhævede en større personlig motivation i at sørge for, at møderne var relevante og værd at deltage i for klyngemedlemmerne:

Skal vi have en eller anden form for registrering af, om folk kommer eller ej? Og det blev vi enige om, at det skulle vi ikke, vi ville ikke – og det var meget mig (...) hvor jeg sagde "jeg vil ikke sidde som koordinator for at skulle være politimand". Hvis jeg skulle det, ville jeg ikke registrere, om folk kom eller ej, vi måtte lave klyngearbejdet så spændende, at man fik lyst til og være med. (Klyngekoordinator)

Uanset om klyngerne havde valgt at registrere fremmøde eller ej, var klyngekoordinatorerne motiverede af at bidrage til faglig udvikling og erfaringsudveksling og ikke af at kontrollere deres kolleger (som også beskrevet i afsnit 4.1).

3.5 Opsamling

PLO-K eller andre eksisterende grupperinger af praktiserende læger har været afsættet for klyngedannelse i langt de fleste klynger i undersøgelsen. I etableringsfasen har klyngerne prioriteret at lade klyngemøderne være et forum kun for praktiserende læger, dog med deltagelse fra uddannelseslæger i nogle klynger. Klyngerne gjorde sig forskellige overvejelser omkring inddragelse af praksispersonale, men ingen af klyngerne i undersøgelsen havde endnu inddraget denne gruppe i klyngemøderne. Kriterier for klyngemedlemmers fremmøde samt honorering af klyngekoordinatorernes og klyngebestyrelsesmedlemmers indsats udgør desuden væsentlige dele af de formelle aftaler, som blev forhandlet internt i klyngerne i forbindelse med deres etablering. Resultaterne af disse forhandlinger lader til at variere på tværs af klyngerne og være afhængig af både klyngekoordinatorer og klyngemedlemmers præferencer.

Blandt undersøgelsens klynger fandtes tre modeller for fordeling af ansvar og arbejdsopgaver. I den model, der tilsyneladende er mest almindelig, er klyngekoordinatoren den primære drivkraft i klyngerne. Flere klynger benytter sig af en model, hvor klyngebestyrelsen også har en planlæggende og udførende rolle, mens få klynger har valgt en model, hvor klyngemedlemmerne inddrages på skift i planlægning og afholdelse af møderne.

Det har været en udfordring for klyngekoordinatorer og klyngebestyrelse at omsætte de overordnede ideer og rammer til en helt ny og lokal form for kollektivt kvalitetsarbejde. Samtidig beskrives de mere administrative opgaver, relateret til oprettelsen af klyngen, som udfordrende og ikke mindst tidskrævende.

4 Klyngekoordinatorrollen

I forrige kapitel er klyngekoordinatorrollen allerede beskrevet med udgangspunkt i klyngernes øvrige organisering. Dette kapitel omhandler klyngekoordinatorernes egne beskrivelser af deres rolle samt deres overvejelser omkring, hvad der kræves i rollen.

4.1 Klyngekoordinatorernes motivation til at påtage sig rollen

Af interviewene fremgår det, at motivationen for at påtage sig klyngekoordinatorrollen især udsprang af en positiv indstilling til klyngeideen som især skyldtes muligheden for selvbestemmelse (bl.a. i forhold til valg af fagligt indhold) og muligheden for at styrke et fagligt fællesskab. I flere klynger var klyngekoordinatoren allerede aktiv, eksempelvis som lokal repræsentant i regionalt PLO-arbejde (PLO-R) eller som formand for en lokal PLO-K. I andre klynger var klyngekoordinatorerne ikke engagerede på anden vis i politiske eller faglige sammenhænge. Blandt denne gruppe klyngekoordinatorer fortalte nogle, at de også var motiverede af at kunne bidrage til udvikling af almen praksis men ikke nødvendigvis i en fagpolitisk sammenhæng. For dem havde klyngemodellen åbnet en mulighed for at kunne bidrage til lokal faglig og social udvikling:

Altså, det er jo spændende ting, så hvis man nu ikke lige var fagpolitisk, den der stod op for det, så er det jo netop det her med, at det er en faglig udvikling (...) det er fagligt vi skulle udvikle os selv. Og det var frivilligt og i høj grad også det med, at vi selv kunne bestemme rent faktisk. Det er jo helt fantastisk. (Klyngekoordinator)

I relation til muligheden for at bidrage til en faglig udvikling nævnte flere klyngekoordinatorer den økonomiske ramme for klyngearbejdet som en motiverende faktor. Klyngens økonomi blev således opfattet som et godt udgangspunkt for at planlægge møder med et fagligt højt niveau, bl.a. fordi økonomien tillader, at man kan honorere de inviterede oplægsholdere:

For eksempel sådan en som [en navngiven oplægsholder, red.] tror jeg ikke, lægelaugene ville have haft økonomi til at købe ind til en undervisning (...). Det er jo fedt, at man jo netop kan få det, man gerne vil have og bruge nogle penge på det. (...) jeg synes også, der er en frihed i klyngen til og lave nogle bevægelser ude, som man ikke kunne før. (Klyngekoordinator)

Desuden var honoreringen af deres egen arbejdsindsats også en forudsætning for, at nogle af koordinatorerne havde påtaget sig rollen. Enkelte klyngekoordinatorer var desuden motiveret af muligheden for at få en høj grad af indflydelse på klyngens arbejde, eller af at de i klyngen kunne videreføre og videreudvikle en personlig interesse, fx for organisations- og kvalitetsudvikling, undervisning og facilitering eller samarbejde med andre aktører i sundhedsvæsenet. I den forbindelse havde enkelte også følt, at det var 'deres tur' til at bidrage til professionens organisatoriske arbejde.

I alle klynger havde der kun været én kandidat til posten som klyngekoordinator, og dem, der viste en interesse for at etablere klyngen, havde derfor fået opgaven. Nogle klyngekoordinatorer begrundede således også deres valg om at stille op som klyngekoordinator med, at ingen andre havde meldt sig, og for enkelte var dette den primære begrundelse. Et eksempel på dette var en klyngekoordinator, som også var formand for det kommunale lægelaug, som havde påtaget sig opgaven med at etablere klyngen. I takt med klyngens etablering var det

dog intentionen at overdrage klyngekoordinatorposten til en anden med større interesse i kvalitetsarbejdet:

Det er jo ikke, fordi jeg er modstander af kvalitetsarbejde, men det tænder mig bare ikke helt vildt. Jeg synes, det er spændende at arbejde med mine kolleger i en organisatorisk sammenhæng, og det er også derfor, jeg (...) træder tilbage, lige så snart vi har fået konsolideret det her. Så træder jeg tilbage som [klyngekoordinator, red.], måske helt ud af bestyrelsen. Men så er det født. (Klyngekoordinator)

Andre klyngekoordinatorer så også klyngekoordinatorrollen som midlertidig men ud fra andre begrundelser, herunder at udskiftning på posten kunne bringe ny inspiration ind i klyngen, eller at det er et tidskrævende arbejde, som man kun kan påtage sig i en begrænset årrække.

4.2 Klyngekoordinatorernes forskellige opgaver

Klyngekoordinatorrollen indebærer mange forskellige opgaver. Disse præsenteres i det følgende under tre overordnede kategorier. Afhængig af den organisatoriske konstruktion i klyngerne og mulighederne for at inddrage andre i planlægning og udførelse af klyngemøderne samt praktiske og administrative opgaver havde disse opgaver forskellig tyngde blandt de enkelte klyngekoordinatorer.

4.2.1 Fastlæggelse af en lokal model for klyngesamarbejdet

Som tidligere nævnt har der i etableringsfasen været fokus på at 'opfinde' lokale klyngemodeller inden for de relativt frie rammer for klyngearbejdet og den deraf følgende mulighed for at tilpasse klyngernes organisering og arbejdsform til medlemmerne. Der har eksempelvis været fokus på at tilrettelægge møderne, så de passer bedst muligt til den specifikke gruppe af læger, med hensyn til deres ønsker og muligheder vedrørende forberedelse forud for møderne, mødekadence samt muligheden for at lægge møder i forbindelse med andre møder, fx i PLO-K.

Klyngemedlemmerne har været inddraget i drøftelser af disse forhold, men klyngekoordinatorer beskrev i interviewene, hvordan de har set det som deres opgave at sammenfatte klyngemedlemmernes præferencer og udmønte det i en model, som ville få størst mulig opbakning. Dette uanset klyngekoordinatorens egne ambitioner, og nogle klyngekoordinatorer gav i interviewene udtryk for, at de havde foretrukket en anden model, end den de endte med at foreslå, fx med mulighed for at kræve mere forberedelse af klyngens medlemmer. En klyngekoordinator kaldte i interviewet sig selv for 'klyngemodulator' og henviste dermed til en opfattelse af, at en vigtig opgave i klyngens første år havde været at tilpasse klyngemodellen specifikt til klyngens medlemmer:

På en eller anden måde er det mig, der skal prøve at få det mulige frem. (Klyngekoordinator)

Interviewene tyder på, at det er en proces, der fortsætter i takt med, at klyngerne oparbejder erfaringer med forskellige måder at arbejde på.

Valg af emner til klyngemøderne indgår også som en del af klyngekoordinatorernes opgaver. Forslag til emnevalg blev typisk drøftet med klyngemedlemmerne, og herefter har klyngekoordinator (og eventuelt bestyrelsen) truffet beslutning om, hvilke emner der skulle indgå på klyngemøderne.

Nogle af klyngekoordinatorerne havde ikke i forvejen en ledende eller koordinerende rolle blandt klyngens medlemmer, og for dem var det en proces at etablere sig som den ledende person på klyngemøderne og generelt i relation til vigtige beslutninger i klyngen. Der ligger således en autoritet i rollen, som det har været nødvendigt at tage på sig:

Og så tror jeg også, jeg er blevet meget bedre til at sige "ja, men altså det er mig, der laver arbejdet sammen med bestyrelsen, så det er også mig, der bestemmer, hvordan det bliver". Jeg tror måske, jeg er blevet lidt mindre "åh jamen, hvad nu hvis de ikke kan lide det?". Det var jeg i starten "hvad nu hvis de synes, det er noget møg?". Så må de jo selv lave det. Jeg tror, at jeg er blevet sådan lidt mere rolig i positionen [som klyngekoordinator, red.]. Der er ikke andre, der melder sig, så derfor er det også mig, der svinger taktstokken. (Klyngekoordinator)

Andre klyngekoordinatorer beskrev i relation hertil, at de havde lagt vægt på en forventningsafstemning med resten af klyngen, hvor de afgrænsede deres rolle til at være styrende for mødernes forløb. Til gengæld ønskede klyngekoordinatorerne typisk ikke at påtage sig en ekspertrolle i forhold til de specifikke emner, der blev behandlet på møderne.

4.2.2 Mødeplanlægning og mødeledelse

De fleste af klyngekoordinatorerne beskrev mødeplanlægning og mødeledelse som en af deres kerneopgaver. Mødeledelse blev opfattet som en forudsætning for, at møderne bliver et forum for læring og erfaringsudveksling, og som klyngemedlemmerne oplever at få noget ud af. Klyngekoordinatorerne havde derfor fokus på at sikre, at alle klyngemedlemmer får taletid, og at mødet er planlagt på en måde, så flest mulige kommer til at engagere sig i de faglige samtaler på møderne. Flere beskrev også, at de oplevede et behov for at styre møderne og skære igennem, hvis der 'går snak i den', og nogle bevæger sig ud på et sidespor i forhold til dagens emne. Derfor var mødeledelse en opgave, som de fleste klyngekoordinatorerne lagde stor vægt på, og som både blev tænkt ind i planlægningen af møderne, og i måden man som mødeleder rammesatte mødets delelementer. Flere benyttede sig således af gruppearbejde for at sikre, at alle medlemmer fik en mulighed for at komme til orde (eller ikke kunne indtage en passiv rolle), og nogle klyngekoordinatorer havde også fokus på at fremlægge egne data i plenum som en måde at åbne for en tillidsfuld snak om data.

Nogle klyngekoordinatorer havde erfaring med mødeledelse og havde modtaget undervisning i mødefacilitering (fx via deltagelse i en DGE-gruppe²³) eller havde undervisningserfaring, som de kunne trække på. For andre var mødeledelse nyt og en opgave, de havde fået erfaring med undervejs og bl.a. fået yderligere ideer til på de inspirationsdage for klyngekoordinatorer, som KiAP havde arrangeret. Enkelte klyngekoordinatorer gav udtryk for, at det var svært både at være mødeleder og deltage i de faglige diskussioner, og at de derfor var afhængige af, at en kollega hjalp dem med at samle op på hovedpointer fra mødet efterfølgende. Desuden benyttede nogle klyngekoordinatorer sig også af at invitere andre med som mødeledere, fx bestyrelsesmedlemmer eller eksterne oplægsholdere (fx regionale lægemiddelkonsulenter²⁴). Enkelte klyngekoordinatorer så ikke mødefacilitering som deres primære opgave men lagde mere vægt på rollen som administrator. I nogle få klynger skiftedes man, som nævnt i afsnit 3.3, til at udføre opgaven som mødeleder og -facilitator.

²³ DGE: Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse

²⁴ Kaldes også medicinkonsulenter i nogle regioner

Som en del af mødeplanlægningen indgår også tilvejebringelse af data, booking af lokaler, madbestilling og eventuel invitation af eksterne oplægsholdere. Disse delopgaver havde nogle klyngekoordinatorer også uddelegeret til andre.

4.2.3 Administration og økonomi

Klyngekoordinatorerne havde også en række opgaver relateret til administration af klyngen. Efter det indledende arbejde med at oprette klyngerne bestod dette arbejde især af afregning af fakturaer, udarbejdelse af årsregnskab samt afholdelse af generalforsamlinger. I flere tilfælde blev nogle af disse opgaver uddelegeret til andre klyngemedlemmer eller en tilknyttet sekretær.

Prioritering og brug af klyngens økonomiske midler var dog fortsat en del af klyngekoordinatorens opgaver. Det relativt store økonomiske råderum, gav på den ene side både en værdsat frihed og en mulighed for at invitere kvalificerede oplægsholdere med til møderne. På den anden side gav ansvaret for disse midler også anledning til eftertanke hos enkelte klyngekoordinatorer, eftersom det både stillede dem til ansvar for den brede offentlighed og over for deres kolleger, som direkte skulle have gavn af klyngernes midler:

*Men jeg har det der med, at man bruger folks tid og deres kursuspenge i gåseøjne.
Det er sgu lidt ansvarsfuldt egentlig. (Klyngekoordinator)*

Enkelte klyngekoordinatorer gav desuden udtryk for en forundring over, at der ikke var flere retningslinjer knyttet til brug af klyngens økonomiske midler, og hvad der er rimeligt at bruge pengene på. Derfor understregede de, at de gjorde sig umage med at lave regnskab for klyngens forbrug og søge godkendelse blandt klyngens medlemmer eller i klyngens bestyrelse ved brug af større beløb.

4.3 Opsamling

Klyngekoordinatorerne har en vigtig rolle som dem, der skal samle klyngemedlemmerne, sikre fremdrift i klyngerne og fungere som kontaktperson til det omkringliggende sundhedsvæsen. De interviewede klyngekoordinatorer var primært motiverede af muligheden for at bidrage til et socialt og fagligt fællesskab, om end nogle også påtog sig rollen, fordi ingen andre ønskede den. Desuden var der en oplevelse af, at den økonomiske ramme gav mulighed for at planlægge møder af høj faglig kvalitet.

Interviewene peger på, at klyngekoordinatorerne varetager tre overordnede typer af opgaver: 1) fastlæggelse af en lokal model for klyngearbejdet, 2) mødeplanlægning og 3) ledelse og administrative opgaver. Klyngekoordinatorerne har forskellige forudsætninger for at udfylde rollen, og det var derfor forskelligt, i hvilket omfang de enkelte klyngekoordinatorer oplevede rollen som udfordrende. Inspirationsdage for klyngekoordinatorer har bidraget med ideer til både mødeledelse og -facilitering samt måder at organisere klyngearbejdet på, og samtidig beskriver nogle klyngekoordinatorer, at de over tid har fundet sig til rette i rollen som primær drivkraft i klyngen. Flere klyngekoordinatorer har uddelegeret det administrative arbejde og dele af den praktiske planlægning af klyngemøderne til fx en sekretær eller et medlem af klyngebestyrelsen.

5 Det kollektive kvalitetsarbejde

Klyngerne havde gennemført to eller flere klyngemøder, da undersøgelsens dataindsamling fandt sted. De havde derfor alle gjort sig erfaringer med kollektivt kvalitetsarbejde på klyngemøderne. Dette kapitel indledes med en gennemgang af klyngemødernes indhold og forløb, herunder hvilke emner og data klyngerne har arbejdet med på klyngemøderne. Dernæst følger et afsnit, som specifikt handler om brug af data på klyngemøderne, herunder hvordan der arbejdes med data på møderne, og de oplevede fordele og udfordringer ved det kollektive, data-drevne kvalitetsarbejde. Til slut i kapitlet beskrives det, hvordan klyngemedlemmernes engagement opfattes i lyset af fremmøde og deltagelse i de faglige diskussioner på møderne.

5.1 Klyngemødernes indhold og forløb

Tabel 5.1 viser en oversigt over emnevalg, brug af klyngepakker og data samt bidrag fra eksterne aktører for de ti klynger, som indgår i casestudiet. Tabellen giver et indblik i, hvilke emner klyngerne har valgt at arbejde med på klyngemøderne hidtil, hvilke data klyngerne har anvendt, og om der har deltaget eksterne aktører på klyngemøderne. Det er angivet i parentes, når emnerne er baseret på en klyngepakke fra KiAP eller en regional kvalitetsenhed. Der er taget udgangspunkt i de 10 klynger, som indgår i casestudiet, da det er i disse klynger, at der er opnået det mest indgående kendskab til mødernes forløb og indhold, men interviewene med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i de øvrige 15 klynger underbygger det mønster, som præsenteres i tabellen.

5.1.1 Emnevalg

Tabel 5.1 viser, at klyngerne har afholdt et varierende antal møder på undersøgelsestidspunktet, hvilket både skyldes forskel i klyngernes etableringsdato og forskel i klyngernes mødekadence. Af tabellen ses det ligeledes, at der er variation i klyngernes valg af emner, men at der også er emner, som går igen i flere af klyngerne. Flere klynger har eksempelvis arbejdet med antibiotikaforbrug (bredt eller specifikt i forhold til øjenbetændelse eller urinvejsinfektioner), CRP²⁵-målinger, smertebehandling (NSAID²⁶ eller opioider), henvisningsmønstre (til kommune, praktiserende speciallæger eller hospital), attestarbejde samt KOL (diagnostik, behandling og intern organisering). Derudover har nogle klynger arbejdet med ledelse og organisering i almen praksis og arbejdsglæde. Emnerne skifter typisk fra møde til møde, om end der også er enkelte eksempler på, at det samme emne (fx KOL eller smertestillende medicin) er behandlet fra forskellige vinkler over flere møder eller over et helt år. Det fremgår også af Tabel 5.1, at klyngepakker fra både KiAP og de regionale kvalitetsenheder er blevet brugt i de fleste af klyngerne.

Emnevalget afspejler, som tidligere beskrevet (afsnit 4.2), typisk en fælles drøftelse i klyngerne, og efterfølgende overvejelser foretaget af klyngekoordinatoren og klyngebestyrelsen. Nogle emner, fx ordination af morfin, er blevet betragtet som "mere følsomme" end andre, og i flere tilfælde har man bevidst valgt "mindre farlige" emner i opstartsfasen, hvor der har været fokus på at opbygge tillid mellem klyngens medlemmer.

²⁵ CRP: C-reaktivt protein. Stiger bl.a. ved betændelsestilstande i kroppen, fx infektioner.

²⁶ NSAID: Non-steroidal Anti-Inflammatory Drug. En gruppe lægemidler med betændelsesdæmpende, smertestillende og febernedsættende virkning. Bruges bl.a. til lidelser i muskel- og knoglesystemet.

Interviewene peger på, at der bag de endelige emnevalg ligger en række overvejelser, bl.a. om hvordan klyngen bedst kom i gang med klyngearbejdet. Eksempelvis foretrak nogle klyngekoordinatorer at gøre brug af de klyngepakker, som er gjort tilgængelige via KiAP eller de regionale kvalitetsenheder, for at sikre at emnerne var nogenlunde håndterbare:

Altså i starten, det var meget flydende for os: hvad er det her for noget? Hvad skal vi? Hvad skal vi ikke? (...) Og det der med selv at skulle definere: hvad er indhold, og hvad er kvalitet? Det der med at bede en læge om selv at definere det, det er ikke altid lige nemt. Så det [klyngepakkerne, red.] var sådan en meget håndgribelig måde at komme i gang på, med nogle emner, som egentligt var rimelige relevante.
(Klyngekoordinator)

Andre klyngekoordinatorer beskrev, hvordan de havde forsøgt at eksperimentere med mange forskellige mødeformer – fx møder, hvor der kun var deltagelse fra klyngens medlemmer, møder, hvor der indgik oplæg fra en ekstern oplægsholder, og møder, hvor de gjorde brug af en klyngepakke – med henblik på at skabe det bredest mulige erfaringsgrundlag for det videre arbejde i klyngerne.

Nogle klynger har ikke benyttet sig af klyngepakker. Blandt disse klynger var der enkelte, der havde fravalgt klyngepakker, fordi de tolkede dem som en form for ekstern styring, der brød med klyngens lokale selvbestemmelse. Tre ud af ti klynger, som indgår i casestudierne, har derfor foretrukket selvvalgte emner frem for klyngepakker. I interviewene med repræsentanter for de regionale kvalitetsenheder fremgik det, at der har været fokus på at udvikle klyngepakkerne på baggrund af klyngernes efterspørgsel for ikke at signalere, at der fra centralt hold er holdninger til, hvilke emner der bør prioriteres. Ikke desto mindre har det i enkelte klynger været holdningen, at man gør sig til genstand for ekstern styring, hvis man tager forhåndsdefinerede klyngepakker i brug.

Tabel 5.1 Oversigt over emnevalg, anvendte data og deltagelse fra eksterne aktører

Klynge	Møde 1	Møde 2	Møde 3	Møde 4	Møde 5
1	Inspirationsbesøg i tre af klyngens praksisser og erfaringsudvekslinger om organisering og arbejdsglæde Ingen data Ingen ekstern aktør	Bevægelseskader: Hvordan håndteres pt., der kommer fx med arbejdsskader i skuldre? Ingen data Eksterne aktører: En idrætsmedicin og en ortopædkirurg	Antibiotikaforbrug ved urinvejsinfektioner (regional klyngepakke) Data: ordinationsdata trukket af lægemiddelkonsulent Eksterne aktører: fagligt oplæg om retningslinjer, gennemgang af klyngens ordinationsdata	Organisation og ledelse i praksis Ekstern aktør: facilitering og oplæg fra ekstern oplægsholder (NB: endnu ikke afholdt på interviwtidspunkt)	
2	Ørelidelser hos børn Data: fra klyngemedlemmer – forbrug af trykmålinger i øret Ekstern aktør: Lokal ørelæge	Morfikaforbrug Data på forskelle i ordinationsmønstre trukket med hjælp fra regional kvalitetsenhed Ekstern aktør: person fra Styrelsen for Patientsikkerhed om nye regler for morfikaordination	Elektroniske forløbsplaner Ingen data Ekstern aktør: regional datakonsulent med oplæg om, hvordan forløbsplaner oprettes og kan bruges	Psykisk syge misbrugere Ingen data Eksterne aktører: kommunal misbrugskonsulent og en psykiater med oplæg om behandling af denne patientgruppe	Patienter med hjertesvigt Data: sammenligninger ml. klinikker på forbrug af to typer medicin (NOAK og Maravan) Ekstern aktør: overlæge med oplæg om patienter med hjertesvigt behandling og medicintyper
3	Antibiotikaforbrug Data: ordinationsdata for klyngens klinikker trukket med hjælp fra regional kvalitetsenhed Ingen ekstern aktør	KOL (1/2) med fokus på erfaringsdeling i forhold til bl.a. guidelines, arbejdsdeling og logistik i klinikkerne Ingen data , men klyngemedlemmer fremlagde egne vejledninger og måder at organisere sig Ingen ekstern aktør , men oplæg om forløbsplaner	KOL (2/2) behandling Data: sammenligning af forbrug af div. farmaka i sygdomsgruppen Ekstern aktør: hospitalslæge med ansvar for KOL i området.	Statusmøde: opsamling og diskussion af målet med klyngen, af arbejdsform og principper for klynge-samarbejdet Ingen data Eksterne aktører: regional organisationskonsulent	NSAID Data: ordinationsdata for klyngens klinikker Ingen ekstern aktør men oplæg fra klyngemedlem om indikationer for og risici ved brug af NSAID
4	Intro til Ordiprax+ Ingen data Ekstern aktør: Skype-forbindelse til person i Sundhedsdatastyrelsen samt besøg af regional datakonsulent	CRP (KiAP klyngepakke) Data: ydelsesdata for klyngens klinikker Ingen ekstern aktør	NSAID (KiAP klyngepakke) Ordinationsdata trukket af klyngemedlemmer via Ordiprax. Ingen ekstern aktør	KOL Diagnostik (KiAPs klyngepakke) Data på antal patienter med KOL, kliniske værdier og risikogruppe trukket af klyngemedlemmer via egne forløbsplansmoduler. Ingen ekstern aktør	
5	Henvisninger til kommunale sundhedstilbud Data på antal henvisninger til kommunale sundhedstilbud på klinikniveau indhentet via koordinators netværk i kommunen	Henvisninger til speciallæge Data: speciallægehenvisninger trukket af klyngemedlemmerne selv Ingen ekstern aktør			
6	KOL (1/2): Organisering og brug af praksispersonale Data: antal patienter med KOL, antal lungefunktionsapparater, antal lungefunktionsmålinger, antal henvi-	KOL (2/2): Samme emne og data som møde 1.	Smertebehandling (Reg. KP.): Data på udskrivning af NSAID Oplæg fra regional konsulent, som også er læge i klyngen med afsæt i videoer med konsultation med smertepatienter		

Klynge	Møde 1	Møde 2	Møde 3	Møde 4	Møde 5
	ninger til kommunale rehabiliterings-tilbud. Derudover fokus på arbejdsdeling i klinikken. Ingen ekstern aktør				
7	Antibiotika (klyngepakke) Data: det fremgår af interviewmaterialet, at der blev anvendt data, men ikke hvilke Ekstern aktør: præsentation af klyngepakke af regional lægemiddelkonsulent	Spirometri (KOL) klyngepakke fra Region Syd Data: sammenligninger af klinikkers ydelsesdata på alm. og udvidet spirometri Ekstern aktør: praksiskonsulent fra Region Syd	Angst Data: anvendelse af samtaleterapi og test, ordination af setralin Ekstern aktør: privatpraktiserende psykiater fra nærområdet holder oplæg om symptomer på angst og testmetoder		
8	Hjerteinsufficiens Data: ingen data, snak om organisering og håndtering af kontroller Ingen ekstern aktør , men oplæg fra introlæge i en af de deltagende praksisser	Attestarbejde: tidsforbrug og arbejds gange Data: klyngemedlemmers tidsforbrug på attestarbejde. Data indsamlet af klyngemedlemmerne selv Ingen ekstern aktør	Antibiotika og CRP-forbrug: reflektion over mulige sammenhænge og forklaringer Data fra klinikkerne på forbrug af antibiotika og CRP (målinger af infektionstal) trukket af regional kvalitetsenhed Ingen ekstern aktør , men oplæg og datagennemgang fra klynge-medlemmer		
9	Antibiotikaforbrug (KiAP klyngepakke)	Lægernes brug af hjemmebesøg iht. regional ydelsesaftale. For eksempel opfølgning efter udskrivelse og terminalbesøg Data: ydelseskoder for diverse typer hjemmebesøg	Alkoholmisbrug: håndtering af pt. med alkoholmisbrug Data: udskrivning af "Campral", som er et alternativ til antabus Ekstern aktør: besøg af kommunal misbrugskonsulent	Opioider: hvilke typer passer til hvilke situationer? Data: udskrivninger af div. Opioider Ekstern aktør: overlæge fra Universitetshospital med viden om diverse opioider	Lægeattester: udfyldning af lægeattester rekvireret af kommunen. Data: kommunale data på antal lægeattester og antal, hvor svarfrist har været overskredet. Ekstern aktør: oplæg fra en tidligere konsulent ved lægeforeningens attestudvalg.
10	CRP i almen praksis (regional klyngepakke) Data fremskaffet af regional kvalitetskonsulent med sammenligninger af antal CRP ml. klinikkerne	Antibiotika (regional klyngepakke) Data på klinikernes ordination af diverse antibiotika fremskaffet af regional kvalitetskonsulent Ekstern aktør: mikrobiolog med oplæg om antibiotika og resistens	PPI – medicinering af patienter med for meget mavesyre (regional klyngepakke) Data på klinikernes brug af diverse medikamenter fremskaffet af regional kvalitetskonsulent	[Planlagt] Udskrivning af recepter i praksis – en af klinikkerne præsenterer erfaringer med at effektivisere ift. skrankebestilling, telefonbestilling og genbestilling.	[Planlagt] "Organisatorisk velvære" – ekstern konsulent med oplæg om praksisorganisering og -opbygning. Med deltagelse af praksispersonale.

5.1.2 Klyngemødernes forløb

De observerede klyngemøder varede mellem 40 minutter²⁷ og 3 timer, de fleste dog mellem 1,5 og 2 timer. Hertil kom ofte et efterfølgende socialt arrangement typisk med middag. I nogle tilfælde er klyngemøder afholdt i sammenhæng med de faste møder i den lokale PLO-K.

Møderne varierer i form og indhold men består i hovedtræk typisk af en introduktion til mødets emne, fx i form af et undervisningslignende fagligt oplæg, en præsentation af klyngens data med relation til det pågældende emne og en fælles diskussion af disse data enten i mindre grupper og/eller i plenum. I boks Boks 5.1 gengives forløbet fra tre observerede klyngemøder, som følger grundstrukturen for et typisk klyngemøde, men som adskiller sig i forhold til, hvordan data er fremskaffet, hvorvidt der er eksterne aktører involveret, og i givet fald om den eksterne aktør kun bidrager med et oplæg (eksempel 2) eller også er mødefacilitator (eksempel 3).

Boks 5.1 Tre eksempler på klyngemøder

Klyngemøde, eksempel 1 (uden deltagelse af ekstern aktør)

Tema: KOL diagnostik med afsæt i KiAPs klyngepakke,

Data: fremskaffet af klyngemedlemmer via forløbsplansmodul og på basis af vejledning udsendt af klyngesekretær

Ikke noget eksternt oplæg.

Forløb:

- **Plenumsession**, hvor klyngekoordinatoren præsenterer data med afsæt i KiAPs klyngepakke om KOL-diagnostik. Klyngens praksis sammenlignes i søjlediagrammer på slideshow, bl.a. i forhold til KOL-prævalens, forløbsplaner og lungefunktionsundersøgelser. Plenumsessionen giver anledning til spørgsmål og diskussionspunkter, og klyngekoordinator er facilitator.
- **Gruppearbejde** i 20 minutter, hvor klyngemedlemmer diskuterer en række arbejdsspørgsmål, som er defineret i klyngepakken. Spørgsmålene vedrører opsporing, diagnosticering af KOL samt brug af forløbsplaner.
- **Kort plenumsession** faciliteret af klyngekoordinator, hvor der samles op på gruppearbejdet, og hvor der opstår erfaringsudveksling og diskussion
- **Gruppearbejde** i 35 min., igen med afsæt i arbejdsspørgsmål fra klyngepakken
- **Plenumsession** faciliteret af klyngekoordinator med opsamling på gruppearbejdet, fælles diskussion og åben evaluering af klyngemødets forløb.

Fælles middag

²⁷ En samlet varighed på 40 minutter for det pågældende klyngemøde var usædvanligt kort tid og blev kun observeret i en enkelt klynge. Klyngemødet fulgte efter et møde i den lokale PLO-K. Mødet inkluderede datapræsentation og gruppediskussioner, men ikke et fagligt oplæg, og det emne, som blev behandlet på mødet, eller den måde som mødet blev struktureret på, lagde tilsyneladende ikke op til længerevarende faglige diskussioner.

Boks 5.1 Tre eksempler på klyngemøder

Klyngemøde, eksempel 2 (deltagelse af ekstern aktør)

Tema: Patienter med hjertesvigt

Data: sammenligning af forbrug på to typer medicin til patienter med hjertesvigt (Maravan og NOAK), fremskaffet med hjælp fra regional kvalitetsenhed

Oplæg ved overlæge fra sygehus og specialist i behandling af hertesvigtpatienter

Forløb

- **Eksternt oplæg** ved sygehuslæge om hjertesvigt, herunder om opsporing, initial behandling før sygehusbehandling og vedligeholdelse af behandling efter sygehusbehandling. Der opstår mange spørgsmål fra salen bl.a. om screening for hjertesvigt og henvisning til sygehus.
- **Kort pause**
- **Eksternt oplæg (fortsat)** med gennemgang af en længere række medecintyper til patientgruppen og spørgsmål fra salen. Det eksterne oplæg går over tid.
- **Datasammenligning** på papirer, som deles ud til klyngemedlemmer, og hvor de kan sammenligne eget forbrug af hjertemedicin med de øvrige klinikker i klyngen. Diskussionen om data bliver kort, da det eksterne oplæg gik over tid.

Fælles middag

Klyngemøde, eksempel 3 (deltagelse af eksterne aktører)

Tema: urinvejsinfektioner

Data: datapakke baseret på en klyngepakke og fremskaffet af eksterne oplægsholdere og facilitatorer

Eksternt faciliteret af to lægemiddelkonsulenter fra regional kvalitetsenhed

Forløb

- **Eksternt oplæg fra lægemiddelkonsulenterne** om fakta og anbefalinger vedrørende urinvejsinfektion. Der kommer spørgsmål og kommentarer fra salen om erfaringer med brug af de forskellige typer medicin, der præsenteres.
- **Databaseret gruppearbejde:** klyngemedlemmer får kuvert med ordinationsdata på fire præparater og patienters aldersfordeling i egen klinik sammenlignet med de øvrige klinikker i klyngen. Der diskuteres og erfaringsudveksles om ordination af forskellige præparater i forskellige patientcases, samt hvad best practice kan være i forhold til at nedbringe forbruget af antibiotika.
- **Plenumsession**, hvor grupperne på skift præsenterer og diskuterer deres bud på best practice, og hvor lægemiddelkonsulenterne faciliterer og deltager i diskussionen. Lægemiddelkonsulenterne afrunder med opfordring til at følge udvikling i antibiotikaforbrug og forklarer, hvordan dette kan gøres via (det gamle) Ordiprax.

Fælles middag

Faglige oplæg

Der var ikke faglige oplæg på alle de observerede klyngemøder, men som Tabel 5.1 illustrerer, var det et delelement, som de fleste klynger havde ladet indgå på et eller flere klyngemøder. Nogle faglige oplæg havde en undervisningslignende karakter med gennemgang af sygdommes fysiologi og symptomer samt af diagnostik, behandling og de nyeste kliniske retningslinjer. Andre oplæg var mindre medicinske i deres indhold og mindre undervisningsprægede, som fx

oplæg om, hvordan en given patientgruppe blev håndteret i det kommunale system. I interviewene fremstår de forskellige oplæg som et væsentligt element i forhold til at forme indholdet i de efterfølgende drøftelser på møderne, og på de observerede møder gav de eksterne oplæg ofte anledning til mange spørgsmål fra klyngemedlemmerne samt livlige plenumdiskussioner. Selv de oplæg, som nogle klyngemedlemmer oplevede som værende af lavere faglig kvalitet, blev værdsat som et input udefra, som klyngemedlemmerne brugte som afsæt for de videre diskussioner.

Data og datapræsentation

Data blev typisk præsenteret i anonymiseret form. I nogle klynger blev alle klyngemedlemmers data præsenteret samlet men med en bogstavkode, som kun klyngekoordinatoren var bekendt med. Klyngemedlemmerne var kun bekendt med deres egen kode, som de enten havde modtaget i deres e-Boks forud for mødet eller fik udleveret i en kuvert under mødet. Data blev også præsenteret i form af mere individuelle opgørelser, hvor hvert klyngemedlem fik udleveret en kuvert med egne data sammenlignet med fx regionsgennemsnittet og klyngens gennemsnit. Enkelte klynger arbejdede uden anonymiserede datapræsentationer, og i andre klynger blev det diskuteret, om man skulle gå væk fra den anonymiserede form.

Det var imidlertid ikke alle klyngemøder, som inkluderede kvantitative data (se Tabel 5.1). Flere klynger havde arbejdet med emner, hvor der ikke var oplagte datamuligheder, såsom håndtering af patienter med arbejdsskader i skuldre samt organisation og ledelse i praksis. Variationen i klyngernes brug af data afspejler bl.a. fortolkningen af kravet i overenskomsten om dataunderstøttet kvalitetsarbejde foretaget i den enkelte klynge. Én klynge havde eksempelvis udelukket emner, som klyngen ellers anså for relevante, men som ikke kunne måles og understøttes af kvantitative data. I denne klynge var alle de valgte emner således understøttet med målbare data. Modsat gav andre klyngekoordinatorer udtryk for det synspunkt, at kravet om dataunderstøttelse ikke skal begrænse klyngen i at arbejde med "blødere" eller svært målbare emner. Der er imidlertid ingen klynger i det samlede materiale, som helt har afstået fra at bruge kvantitative data eller ikke har fundet det relevant.

De praktiserende lægers diskussion af data

Diskussion af klyngens data indgik på de fleste møder som et centralt element. Flere klyngekoordinatorer nævnte gruppearbejde som en bevidst strategi i mødeplanlægningen, fordi de vurderede, at diskussionerne om egne data var nemmere at tage i mindre grupper, og i højere grad aktiverede medlemmer, som ellers forekom passive eller mindre engagerede på klyngemøderne. Det varierede imidlertid, hvordan og hvorvidt de enkelte klynger arbejdede med at rammesætte diskussionerne. På nogle af de observerede klyngemøder foregik datavisning og diskussion eksempelvis udelukkende i plenum, hvor medlemmerne "skød fra hoften" uden en særlig struktur på diskussionen. I andre klyngemøder vekslede diskussionen mellem åbne plenumsessioner og gruppesessioner med afsæt i prædefinerede arbejdsspørgsmål, beskrevet i en klyngepakke, af en ekstern oplægsholder eller af klyngekoordinatoren. Som nævnt i kapitel 4, har klyngekoordinatorerne forskellige baggrunde, og nogle klyngekoordinatorer er uddannede i mødefacilitering eller har erfaring med at undervise. Flere klyngekoordinatorer fortalte, at de gjorde brug af disse kompetencer i deres funktion som mødeplanlægger og mødeleder, og observationerne af klyngemøderne, og interviewene med klyngekoordinatorer og -medlemmer peger umiddelbart på, at møder med strukturerede og gruppeinddelte diskussioner i højere grad finder sted i de klynger, hvor klyngekoordinatorer (eller eventuelt anden mødeleder) har særlige erfaringer eller kompetencer som facilitator eller underviser. På baggrund af interviewene er det dog ikke muligt at udlede, om klyngemedlemmerne foretrak den ene eller den

anden model. Medlemmer fra klynger, som primært anvendte plenumdiskussioner, gav en positiv vurdering af diskussionsformen i deres klynge, og det samme gjaldt for klyngemedlemmer fra klynger, hvor diskussionen blev faciliteret og struktureret via gruppearbejde og arbejds-spørgsmål.

5.1.3 Eksterne aktørers bidrag på møderne

Som det fremgår af Tabel 5.1 benyttede klyngerne ofte eksterne aktører som oplægsholdere på møderne. Eksempelvis har speciallæger fra sygehusene og praktiserende speciallæger bidraget med viden om brug af bestemte typer medicin eller brugen af bestemte undersøgelser, mens kommunale fagpersoner har fortalt om, hvordan de arbejder, og hvilke forventninger de har til de praktiserende læger. Desuden har nogle klynger udnyttet muligheden for at invitere regionale lægemiddelkonsulenter²⁸, som med udgangspunkt i en klyngepakke både har bidraget med et fagligt oplæg, datapræsentation og i flere tilfælde også facilitering af den efterfølgende diskussion. Tabel 5.2 viser en oversigt over eksterne aktører, som ifølge de interviewede klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer har deltaget i klyngemøderne, og deres bidrag på klyngemøderne.

Tabel 5.2 Eksterne aktører og deres bidrag på klyngemøderne

Regionale lægemiddel-konsulenter	Speciallæger eller andre faglige eksperter	Kommunale aktører
<p>Typisk udgangspunkt i en regional klyngepakke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fremlæggelse af klyngens data inden for det givne emne* - Gennemgang af gældende retningslinjer. <p>Eventuelt mødefacilitering</p> <p>*Har typisk selv været involveret i at udvælge data og fremstille dem i grafer, diagrammer m.m.</p>	<p>Typisk et fagligt oplæg (tavleundervisning):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gennemgang af den sygdom eller sygdomsgruppe, som er emnet for mødet - Gennemgang af gældende retningslinjer ift. undersøgelser og behandling og nyeste viden om begge. - Anbefalinger af undersøgelser og behandling. <p>Eventuelt en dialog med klyngens medlemmer om samarbejdsflader, hvis der er tale om en lokal/regional aktør.</p> <p>Typisk <u>ikke</u> mødefacilitering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Præsentation af arbejdsgange i kommunen - Gensidig forventningsafstemning blandt praktiserende læger og repræsentant fra kommunen - Præsentation af patientrettede tilbud i kommunen, som de praktiserende læger kan henvise til eller gøre brug af. <p>Efterfølgende deltagelse i fælles drøftelse af fx fremtidigt samarbejde.</p> <p>Typisk <u>ikke</u> mødefacilitering.</p>

Kilde: Tabel udarbejdet på baggrund af interview og observationer i de 25 klynger, der indgår i undersøgelsen.

Ud over de typer af eksterne aktører, som fremgår af tabellen, overvejede nogle klynger også at invitere organisations- eller ledelseskonsulenter til at bidrage med oplæg relateret til arbejdsglæde og arbejdsrelateret stress samt organisering af praksis.

Som allerede beskrevet, blev oplæg fra eksterne oplægsholdere generelt opfattet som et positivt bidrag til de efterfølgende diskussioner. På nogle af de observerede møder blev det imidlertid også tydeligt, at eksterne oplæg nogle gange udfordrede klyngekoordinatorernes mødeledelse i forhold til at sikre, at der også blev tid til at sammenligne og diskutere klyngens egne data. I disse tilfælde har medlemmer ønsket mere tid på klyngemødet til den databaserede diskussion, frem for at tiden går med faglige oplæg i plenum, om end begge aktiviteter opleves

²⁸ En mulighed, som eksisterer i nogle, men ikke alle regioner.

som værdifulde. I andre klynger beskrev klyngekoordinatoren ligeledes, at det i enkelte tilfælde havde været svært at styre tiden i relation til den eksterne oplægsholder.

5.2 Dataunderstøttet kvalitetsarbejde på klyngemøderne

Brugen af data i kvalitetsarbejdet er en hjørnesten i klyngemodellen, og som beskrevet har brug af data også været et væsentligt element på langt de fleste klyngemøder. I dette afsnit vil der derfor være fokus på klyngernes brug af data og erfaringer med at arbejde med data.

5.2.1 Fremskaffelse af data

Som Tabel 5.1 viser, er der på mange af klyngemøderne anvendt kvantitative data. Ofte har der været tale om data, som kan trækkes via eksisterende registre, herunder ordinations- eller ydelsesdata. Fremskaffelsen af data til klyngemøderne påhviler hovedsageligt klyngekoordinatoren eller evt. et bestyrelsesmedlem. Der er dog eksempler på, at klyngemedlemmerne får til opgave at trække eller producere data som forberedelse til mødet, eksempelvis vedrørende tidsforbrug på attestarbejde, trykmålinger i øret og henvisninger til speciallæger. Klyngemøder, som er baseret på medlemmernes egen fremskaffelse af data, kan indebære udfordringer for klyngekoordinator i forhold til at sikre indberetning fra medlemmerne forud for mødet. En klyngekoordinator fortalte eksempelvis:

... jeg har stået, hvor jeg skulle præsentere data fra 12 klinikker, men der kun var fire, der har indberettet. Men de [resterende læger, red.] møder så op på mødet og har deres data med. Men det gør det bare ualmindelig svært at få inkorporeret i sammenhængen. (Klyngekoordinator)

Denne klyngekoordinators erfaring havde ansporet til en beslutning om, at klyngens data fremadrettet enten skulle kunne trækkes centralt (fx via regional kvalitetsenhed) for at gøre data-trækket uafhængigt af indsatsen fra klyngens medlemmer, eller at der skulle fremsendes en skabelon til de enkelte medlemmer for, hvordan data kunne trækkes i deres specifikke journalsystem. Andre klyngekoordinatorer pegede på, at det er en udfordring at lave fælles vejledninger til datatræk, idet lægerne arbejder i forskellige journalsystemer. En undtagelse²⁹ herfra var data relateret til KOL- og diabetespatienter, hvor lægerne kan benytte det nye forløbsplansmodul til at trække data på samme vis, uafhængigt af hvilket journalsystem de bruger. I en klynge havde klyngekoordinatoren selv sendt en vejledning til klyngemedlemmerne, der beskrev, hvordan data skulle trækkes fra dette modul. Desuden kan den enkelte praksis selv tilgå de regionale ydelsesstatistikker via sundhed.dk³⁰, og i en klynge havde medlemmerne selv trukket data til emnet speciallægehenvvisninger, mens medlemmerne i en anden klynge selv havde trukket ydelsesdata til emnet infektionsmålinger.

Hjælp fra regionale kvalitetsenheder til datafremskaffelse og datapræsentation

Flere klyngekoordinatorer gav udtryk for, at de ikke havde overblik over, hvilke data der findes, og hvordan forskellige data kan belyse den problemstilling, som de ønskede at arbejde med på et klyngemøde. En klyngekoordinator beskrev eksempelvis, hvordan lægerne i klyngen var

²⁹ Der er også udarbejdet klyngepakker, hvor der fremgår vejledninger til datatræk i egne lægesystemer. Udfordringerne refereret ovenfor relaterer sig til klyngemøder tilrettelagt af klyngekoordinator/-bestyrelse uden brug af klyngepakker.

³⁰ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/administration/afregning/ydelsesmoenster-2019/>

blevet enige om emner, som de anså for vigtige, men hvor det viste sig svært at skaffe data, der kunne belyse emnet:

(...) den her frustration nogle gange over, at man har et emne, som man anser for vigtigt, men det kan være svært at fremskaffe nogle data, som kan være med til at beskrive det. (Klyngekoordinator)

Udfordringer med at skaffe data var særligt fremtrædende, når det drejede sig om emner relateret til det kommunale samarbejde, hvor indgangen til eventuelle data ikke var så klar som på det regionale område (hvor den regionale kvalitetsenhed kunne yde støtte).

Klyngekoordinatorer på tværs af alle regioner fremhævede, at de regionale kvalitetsenheder spillede en vigtig rolle i forhold til at bistå klyngerne med datatræk. Det gælder både i forbindelse med regionale klyngepakker og med selvvalgte emner, hvor kvalitetsenhederne har været til rådighed i en tæt dialog. Flere klyngekoordinatorer beskrev, hvordan det ikke alene er datatrækket, de får hjælp til, men også visualisering af data samt hjælp til, hvordan data kan fortolkes (og ikke fortolkes) forud for klyngemødet. Dette harmonerer med udsagn fra repræsentanterne fra de regionale kvalitetsenheder, som fortalte, at de ser det som en vigtig opgave at være i dialog med klyngekoordinatorerne om, hvilke data der er til rådighed, og hvordan de kan præsenteres og fortolkes. De regionale kvalitetsenheder har selv valgt strategi og praksis for, hvordan klyngerne skal understøttes, hvilket har resulteret i visse variationer. For eksempel er det kun i nogle regioner, at der er mulighed for, at en regional lægemiddelkonsulent kan bookes til et klyngemøde som del af en regional klyngepakke. Lægemiddelkonsulenten holder da både et fagligt oplæg, varetager datatræk og præsentation af relevante data og fungerer som facilitator af mødet.

Kommunale data og klyngepakker

I flere klynger gav både klyngekoordinator og klyngemedlemmer udtryk for en interesse i at arbejde med emner, som vedrører snitfladen mellem almen praksis og kommunerne. Det gælder fx emner som henvisninger til kommunale sundhedstilbud, samarbejde med kommunale misbrugskonsulenter og arbejdet med lægeattester rekvireret af kommunen.

Nogle klyngekoordinatorer gav udtryk for, at der var store udfordringer i at fremskaffe kommunale data, herunder at finde frem til de relevante personer og indgå aftaler om fremskaffelse af data. En klyngekoordinator efterlyste derfor specifikt en kommunal kontaktperson med kendskab til klyngesamarbejdet, som kunne være behjælpelig med fremskaffelse af data eller henvise klyngekoordinatoren til de relevante personer.

I enkelte klynger fortalte klyngekoordinatorerne, at kommunen havde taget initiativ til udvikling af klyngepakker baseret på kommunale data. En af disse koordinatore, som også havde en aktiv rolle i den lokale PLO-K, fortalte, hvordan kommunen havde udvist stor interesse i at stille kommunens data til rådighed for klyngesamarbejdet, hvilket indtil videre havde mundet ud i forslag til to kommunale klyngepakker³¹. En anden klyngekoordinator fortalte, at kommunen havde inviteret alle klyngekoordinatorer inden for kommunegrænsen til et møde omkring, hvilke (kommunale) datapakker der kunne være relevante at arbejde med i klyngerne.

³¹ Konkret er der foreslået to kommunale klyngepakker, hvoraf en vedrører brugen af korrespondancer med kommunale fagpersoner, herunder korrespondancer med sundhedsplejersken ved afslutning af børneundersøgelser, eller korrespondancer ved udeblivelse fra vacciner. En anden vedrører brugen af hjemmesygeplejersker til dosering af medicin i forhold til brugen af dosisdispensering.

5.2.2 Anvendelse af data på klyngemøderne

Både på de observerede klyngemøder og ifølge klyngemedlemmers egne beskrivelser gav de præsenterede data typisk anledning til at diskutere, hvad der kan forklare forskelle mellem de enkelte klinikker. Det fremgik af flere interview, at der i klyngerne herskede en grundlæggende tillid medlemmerne imellem og et fokus på, at datasammenligningerne sker med et formål om fælles læring og ikke for at kontrollere og udstille den enkelte klinik. Tilliden blev af både klyngemedlemmer og -koordinatore fremhævet som en central forudsætning for, at klyngesamarbejdet kan føre til læring og faglig udvikling. I nogle klynger var den gensidige tillid, ifølge medlemmerne kommet hurtigt og nærmest af sig selv, bl.a. fordi klyngerne i mange tilfælde byggede videre på allerede eksisterende fællesskaber. Samtidig var der eksempler på, at klyngekoordinatoren aktivt søgte at fremelske en tillidsfuld og læringsorienteret kultur, fx under en præsentation af data, hvor koordinatoren mindede om, at *"... meningen med alt det her er, at vi skal lære af hinanden."* (Klyngekoordinator til et klyngemøde). Andre klyngekoordinatore beskrev i interviewene, hvordan de forsøgte at gå foran som et godt eksempel for at skabe en åben og tillidsfuld tilgang til diskussionen af data:

... jeg har i hvert fald forsøgt at være forgangseksempel. Jeg fortæller alle mine dårlige vaner "jeg gør det der, og det er helt forkert, jeg ved det godt", og når man tør gøre det, så får man også noget andet tilbage. Så er der også nogle andre, der siger "gud! Det gør jeg også", og så er det ikke så pinligt... [...] Så det der med at turde at eksponere sig selv og fortælle om egne dårlige vaner, det giver sådan en tillid i denne her klynge. (Klyngekoordinator)

Som allerede beskrevet blev data ofte præsenteret i anonymiseret form, men på de observerede klyngemøder blev koblingen mellem individuelle data og klyngens medlemmer "afsløret" før eller siden. På nogle af de observerede klyngemøder var det tydeligt, at anonymiseringen bremsede diskussionen, fx fordi klyngemedlemmerne blev optagede af at gætte på, hvordan de selv lå, eller fordi de havde svært ved at generere hypoteser om årsagerne til forskelle mellem klinikkerne, fordi de manglede oplysninger, som kunne bidrage til en forklaring (fx om ydernummeret er karakteriseret ved at varetage mange gamle eller unge patienter, børnefamilier, kronikere, misbrugere osv.). Flere interview pegede på, at mange af de praktiserende læger ikke var så bekymrede for en større åbenhed omkring de enkelte klinikers data på møderne. Dog var der også nogle koordinatore og medlemmer, der berettede, at de havde oplevet medlemmer, som valgte at holde deres data for sig selv.

Datasammenligning opleves positivt

Klyngemedlemmerne havde generelt positive erfaringer med at sammenligne og diskutere data på møderne, og oplevede det som et frugtbart udgangspunkt for erfaringsudveksling og refleksion over forskellige praksisvaner og patientpopulationer. Det afspejler sig fx i nedenstående citater:

... det, synes jeg, er sjovt, fordi så kan du se "gud nej, ligger vores klinik højt i udskrivningen af den type medicin, og naboklinikken ligger lavt, og hvorfor det? ... Hvad gør de, som er anderledes i forhold til os?". Især da vi havde om morfin og benzodiazepiner, det var da ret interessant at se de der forskelle. Og hvad med dem, som var de hårde negle og holdt virkelig igen med det, hvordan gjorde de det? Så lærte man noget af hinanden, og det var måske også det, der var den egentlige ide med klyngesamarbejde. (Klyngemedlem)

... jeg synes også, vi har haft nogle gode diskussioner om, hvorfor forbruget varierer. Man kan se, jamen her ligger det meget forskelligt fra det ene ydernummer til det andet. [...] fx da vi havde om antibiotika, så kan det jo godt være, man har en eller anden særlig patient, der får noget meget specielt antibiotika, så man ligger højt i det. Det giver en god refleksion, synes jeg. (Klyngemedlem).

I et interview beskrev et klyngemedlem desuden, at hun ofte havde konkrete patienter i tanker under disse diskussioner og derfor også kunne bruge diskussionerne til at få konkret inspiration til egen praksis. Dette mere konkrete udbytte sammenlignende hun med kurser, hvor udbyttet typisk var af mere generel karakter og sværere at omsætte til egen praksis.

Ovenstående citater afspejler en generel tendens på klyngemøderne, hvor diskussion af data primært var nysgerrig og undersøgende frem for dømmende. Klyngemedlemmerne var generelt meget opmærksomme på at tolke variationer i klinikkernes data med forsigtighed, frem for umiddelbart at aflæse dem som udtryk for god eller dårlig praksis:

... det er en kæmpe øjenåbner for os, i hvert fald for mig, det her med, at vi kan være så forskellige på noget, hvor vi tror, vi gør tingene rimelig ens [data vedr. psykometriske tests, red.]. [...] Og så kan man så sige: hvor ligger det rigtige? Er der noget, der er rigtigt? Hele den der diskussion, synes jeg, er spændende. (Klyngemedlem)

På de observerede klyngemøder var der en del eksempler på, at man søgte svar på de observerede forskelle, enten i teser om forskellige patientpopulationer eller forskellige præferencer for behandlingsvalg. Således blev forskellene ikke tolket som udtryk for god/dårlig praksis, selv om nogle klyngemedlemmer pegede på, at det kan virke betryggende at finde ud af, at "man ikke ligger helt skævt i forhold til nogle andre".

Både interviewene og de observerede klyngemøder viser dog også, at der på nogle klyngemøder var et mere eksplicit fokus på, at ikke al klinisk adfærd er lige god. Som tidligere beskrevet indeholdt de faglige oplæg på klyngemøderne ofte en gennemgang af retningslinjer og oplægsholderes anbefalinger til god klinisk praksis på et givent område. Desuden lagde nogle emner – fx antibiotikaforbrug – mere direkte op til, at diskussionen blev mere normativ, idet både klyngemedlemmer og oplægsholdere i relation til dette emne kunne udtrykke sig tydeligt for en forsigtig tilgang til at udskrive antibiotika, og for at især smalspektret antibiotika er at foretrække. Der var imidlertid også flere eksempler på, at forskelle mellem klyngemedlemmers data blev en anledning til at diskutere, hvornår/hvorfor man følger eller afviger fra retningslinjer, og hvordan man agerer i rollen som praktiserende læge i situationer, hvor der ofte er flere forskellige hensyn at tage. På et klyngemøde diskuterede en gruppe fx balancen mellem at minimere brug af smertestillende og afhængighedsskabende medicin hos deres patienter og samtidig tage individuelle hensyn, fx til meget smerteplagede patienter.

Selvom ensretning generelt ikke blev set som det primære formål med klyngerne, var der nogle klyngemedlemmer, som vurderede, at diskussionerne omkring klinikkernes data har potentiale til at mindske (uhensigtsmæssige) praksisvariationer:

Det styrker det der med, at vi jo gerne skal ensrette lidt den måde, vi griber tingene an på i almen praksis. Vi har jo bestemt nogle forskellige vejledninger eller retningslinjer inden for forskellige emner, men det er jo stadigvæk fuldstændig frivilligt, om man går ind og læser dem, og man følger dem. Som det er nu, kan man jo sidde med sin egen lille ide om, hvordan man gør tingene og så gøre det uden

de store konsekvenser i praksis. Og det er tiden virkelig løbet lidt fra. (Klyngemedlem)

Hvor ovenstående citat afspejler en positiv vurdering af klyngesamarbejdets potentiale til at skabe forandringer i klinikkerne, var der ikke eksempler på, at de enkelte klynger havde fulgt op på, om arbejdet i klyngerne med emner som antibiotika, CRP eller morfin havde ført til forandringer i den kliniske praksis. Dette kan være et udtryk for, at klyngesamarbejdet stadig befinder sig i et tidligt stadie. Flere klyngekoordinatorer nævnte planer om at følge op på tidligere behandlede emner med henblik på at spore forandringer på klyngeniveau, dog uden at give udtryk for overvejelser omkring eksplicite og forpligtende målsætninger for kollektive forandringer i klyngen.

5.2.3 Udfordringer med tolkning af data

Næsten alle lægerne var positive over for ideen om at bruge data som udgangspunkt for faglig diskussion og erfaringsudveksling. Det fremgik dog også af interviewene, at tolkningen af data var forbundet med udfordringer. Nogle af disse udfordringer gik på tværs af emner og handlede fx om, at data sjældent var justeret for forskelle i de enkelte klinikkers patientpopulationer, og at det kunne være svært at afgøre for den enkelte klinik, hvor de 'burde' ligge i forhold til gennemsnittet. Et af de interviewede klyngemedlemmer karakteriserede eksempelvis sin egen patientpopulation som værende meget ung og i højere grad bestående af børnefamilier sammenlignet med klyngens andre klinikker. Hun beskrev, hvordan hun havde haft svært ved at vurdere, om hun ordinerede antibiotika på et passende niveau i forhold til denne specifikke patientgruppe på trods af, at hun lå lavere end de fleste andre i klyngen. Nogle klyngemedlemmer problematiserede desuden, at volumen i de data, som knytter sig til klyngemedlemmerne er for lille til at tolke på afvigelser mellem medlemmerne og udsving i enkelte medlemmers data. I en klynge havde de opdaget, at en klinik afveg med 60 % fra klyngens gennemsnit, men at denne afvigelse var baseret på fire patienter. Derudover knyttede der sig mere specifikke fortolkningsudfordringer til konkrete emner, herunder fx hvis data på udskrivning af medicin kun viser én type medicin og dermed potentielt slører, om klinikker, der udskriver lidt, til gengæld udskriver meget af en alternativ type medicin, som også kan have betydelige bivirkninger (fx NSAID vs. opioider).

Endelig var der enkelte klyngemedlemmer, som problematiserede kvaliteten af data og muligheden for at lave fejlforklaringer. Der var således enkelte klynger, som havde arbejdet med data, der viste sig at være så dårlige, at de var uanvendelige som udgangspunkt for en diskussion af årsager til variation mellem klinikkerne. Det var eksempelvis tilfældet i en klynge, hvor data på klinikkernes lægeattester (bl.a. antal og svartider til kommunen) omfattede de sidste 11 år men uden mulighed for at følge udviklingen over tid.

Udfordringer for klyngekoordinators præsentation af data

Også klyngekoordinatorer beskrev, hvordan de kunne blive udfordret af de fortolkningsmæssige aspekter ved brugen af data. Enkelte klyngekoordinatorer fandt det således svært at styre diskussionen, når klyngemedlemmer i en plenumsession påpegede diverse validitetsproblemer eller mulige faldgruber i fortolkningen af data. Disse klyngekoordinatorer savnede i den forbindelse styrkede kompetencer til at kunne identificere oplagte fejltolkninger eller mulige fejlkilder i de enkelte datasæt. En klyngekoordinator gav udtryk for, at han havde haft behov for at være relativt velforberedt til møderne og på forhånd have gjort sig tanker om, hvad data viser, og hvad der kan forklare variationer mellem klinikkerne:

(...) sådan noget med at kunne gennemskue, hvad betyder det så, de her søjler, jeg har fået lavet? Altså jeg kan jo godt se, at der måske er en klinik, der har lavet halvt så mange, som den anden klinik af en eller anden ydelse, men hvad betyder det så egentlig lige? Og gennemskue systemet – hvorfor hænger det sådan sammen?
(Klyngekoordinator)

Hensigten var ikke at komme med et endeligt svar men at have en forståelse for de data, der præsenteres, og have en større tryghed i forhold til at kunne guide klyngemedlemmerne i fortolkningen af data. Flere klyngekoordinatorer havde haft stor glæde af kvalitetskonsulenter og lægemiddelkonsulenter fra de regionale kvalitetsenheder, som de havde været i dialog med i forbindelse med rekvirering af data, og som i enkelte tilfælde havde hjulpet dem med at præsentere data og udpege opmærksomhedspunkter i forhold til, hvordan data kunne fortolkes.

Relationelle egenskaber indfanges ikke i data

Ud over fortolkningsrelaterede udfordringer ved den dataunderstøttede tilgang til klyngearbejdet, pegede nogle læger også på, at de relationelle egenskaber, som er centrale i rollen som praktiserende læge, ikke lader sig opgøre i data:

... men hvad der udgør en god praktiserende læge, det kan vi jo aldrig trække data på. Og det synes jeg bare, man må acceptere. En god praktiserende læge, det er den, der har en rigtig god relation til patienterne og tager sig af dem og gør alle mulige ting for dem, som du ikke kan måle og veje, men det synes jeg bare, man selv må stå for. (Klyngemedlem)

Trods denne begrænsning ved de typisk anvendte data fortalte klyngedeltagerne også, at snakken om data ofte bliver en døråbner for bredere erfaringsdeling, herunder både om organisatoriske eller driftsmæssige forhold og de "blødere" og ikke kvantificerbare aspekter ved lægegerningen:

... når man snakker om, hvorfor vi ser forskellige ud [i data, red.], jamen så er der pludselig nogle, der har 30 % flere ældre patienter, som er mere syge og skal bruge mere tid og får mere antibiotika, eller mere smertestillende, og så kommer man automatisk ind og snakker om, jamen, hvordan griber man så den patientgruppe an i forhold til en ung patient? Og så kommer der lidt af det her kvalitative ... Det er ting, som er svære at måle og veje på, men som man må snakke om og fortælle hinanden om, og som også har værdi. (Klyngekoordinator)

Diskussioner med afsæt i kvantitative data førte således mange steder hen og udelukkede ikke berøring med andre aspekter af praksis end dem, der konkret var blevet præsenteret data på. Derudover pegede klyngemedlemmerne generelt på, at klyngemøderne gav mulighed for at sparre med hinanden på uformel vis i kaffepauser mv. om andre typer problemstillinger end dem, der var på dagsordenen til mødet.

5.3 Klyngekoordinatorernes oplevelser af medlemmernes motivation og engagement

Klyngemodellen er baseret på – og afhængig af – at klyngemedlemmerne møder op og engagerer sig aktivt på klyngemøderne. Det er beskrevet i tidligere afsnit, hvordan de enkelte klyngers mødestruktur og mødeform er tilpasset klyngens medlemmer og de forventninger til klyn-

gemøderne, som man har diskuteret i en tidlig fase. Flere klyngekoordinatorer beskrev imidlertid, at de alligevel ikke havde taget det for givet, at deres kolleger i klyngen ville engagere sig i klyngesamarbejdet.

Generelt oplevede klyngekoordinatorerne god opbakning og engagement på klyngemøderne, om end nogle oplevede forskelle med hensyn til, hvor aktive medlemmerne var på møderne, hvor meget arbejde de ville acceptere som forberedelse til møderne, og hvor positive de var over for klyngekonceptet:

. . . det [medlemmernes engagement, red.] har været overvældende. Der er selvfølgelig altid nogle, der synes "det der klynge, hvad er nu det for noget?" ... Men jeg synes faktisk, de fleste har haft ja-hat på og har deltaget aktivt. (Klyngekoordinator)

Nogle klyngekoordinatorer mente, at engagementet opstod, fordi klyngemodellen blev opfattet som en model med stor frihed til selv at vælge emner, og hvor der var tid til at diskutere faglige spørgsmål med kolleger.

Klyngekoordinatorerne var generelt opmærksomme på at fremme og bevare motivation og engagement blandt klyngens medlemmer. Det er allerede beskrevet (afsnit 5.1.2), hvordan flere klyngekoordinatorer planlagde arbejde i mindre grupper på klyngemøderne som en metode til at aktivere alle klyngens medlemmer. Opmærksomheden på at starte med de mindst kontroversielle emner og forsøg med forskellige mødeformer indgik også som del af klyngekoordinatorernes overvejelser i forhold til at fastholde klyngemedlemmernes velvilje over for konceptet.

5.4 Opsamling

Alle klynger, der indgår i undersøgelsen, havde gjort sig de første erfaringer med databaseret, kollektivt kvalitetsarbejde. Alle klynger havde benyttet kvantitative data, men der er også eksempler på valg af ikke-quantificerede emner. I den forbindelse ses en variation i forhold til, hvor stringent klyngerne har tolket brugen af kvantitative data som et krav til klyngesamarbejdet.

Det er i de fleste tilfælde klyngekoordinators ansvar at fremskaffe data, men påhviler i nogle tilfælde også de enkelte medlemmer. Brugen af forskellige lægesystemer fremstår i den forbindelse som en udfordring i forhold til at udarbejde fælles vejledninger for medlemmernes datatræk. Dog har klyngerne benyttet andre datakilder, som fungerer ens på tværs af klinikker, herunder regionsstatistikker, forløbsplansmoduler og ordinationsdata. De regionale kvalitetsenheder spiller en vigtig rolle i forhold til at bistå med at trække data samt i nogle tilfælde med fortolkning af data. I flere klynger er der interesse for at arbejde med kommunale data og emner. Mens det kan være svært for den enkelte klyngekoordinator at skaffe sig overblik over mulighederne for at fremskaffe kommunale data, er der eksempler på kommuner, som aktivt har budt sig til i udviklingen af kommunale klyngepakker i samarbejde med klyngerne.

De praktiserende læger ser positivt på sammenligning og diskussion af data på klyngemøderne og oplever, at disse aktiviteter er relevante og bidrager til frugtbare diskussioner og konkret erfaringsudveksling. Generelt er diskussionerne omkring data præget af en nysgerrig og en undersøgende frem for en dømmende tilgang. Således er klyngemedlemmerne generelt forsigtige med at fortolke variationer i data som udtryk for god eller mindre god praksis. Nogle læger påpeger dog også, at de datadrevne møder kan have visse begrænsninger, idet mere "bløde", relationelle kvalitetsaspekter ikke indfanges i data. Derudover kan fortolkningen af data

til tider være vanskelig på grund af varierende praksiskontekster og mangel på understøttende data, hvilket kan udfordre klyngekoordinatoren i mødelederrollen under datadiskussionerne og gøre det sværere at drage faste konklusioner.

Foruden data er oplæg fra eksterne aktører ofte vigtige med hensyn til give møderne form og indhold. Analysen peger på tre typiske former for eksterne oplæg: 1) faglige oplæg fra speciallæger fra andre specialer, 2) oplæg fra regionale kvalitetskonsulenter, typisk med afsæt i en klyngepakke og 3) oplæg fra kommunale aktører, som fortæller om kommunens arbejde og perspektiver på samarbejdet mellem sektorerne.

Set fra klyngekoordinatorernes perspektiv er medlemmernes engagement altovervejende positivt. Dog kan der også konstateres visse forskelle mellem klyngerne med hensyn til medlemmernes engagementet fx i forhold til holdninger til forberedelse.

6 Oplevede virkninger af klyngerne: Implementering af ændringer i egen praksis

Som nævnt i indledningen er et af de primære formål med klyngekonceptet at inspirere og understøtte en praksisnær udvikling af den faglige kvalitet. Denne undersøgelse er foretaget, da klyngerne endnu var i en opstartsfasen, og ændringer som følge af klyngearbejdet er ikke nødvendigvis at forvente på dette tidspunkt. I interviewene spurgte vi imidlertid informanterne, om deres deltagelse på klyngemøderne allerede på dette tidspunkt havde givet anledning til konkrete ændringer i deres egen klinik. Eksempler på disse ændringer og de praktiserende lægers egne vurderinger af, hvornår et klyngemøde medfører forandringer, præsenteres i dette kapitel.

6.1 Ændringer i klinikken som følge af klyngesamarbejdet

Lidt over halvdelen af lægerne kunne pege på, at de havde foretaget en eller to konkrete ændringer i egen praksis som følge af klyngearbejdet, enkelte lidt flere. Der var generelt ikke tale om omfattende forandringer i klinikken, men om mindre ændringer eller justeringer af praksis på nogle afgrænsede indsatsområder. En række eksempler på forskellige typer af ændringer kan ses i Tabel 6.1.

Tabel 6.1 Eksempler på ændringer foretaget som følge af klyngesamarbejdet

Patienterne skal nu som hovedregel møde op i klinikken, hvis de skal have udskrevet afhængighedsskabende medicin
Ny instruks, så patienter på morfin møder op hver måned for at se på mulighederne for at nedtrappe
Øget krav til fremmøde i klinikken for patienter, der får sovepiller, så alle skal hente det hos sygeplejersken
Skriver færre steroider ud til patienter med KOL og nedtrapper hos de patienter, som allerede får steroider
Mindre brug af tramadol (smertestillende præparat) til fordel for alternativer
Ændret instruks vedrørende NSAID, så det sikres, at lægen altid er inde over recepterne
Ændre forebyggende behandling efter apopleksi jf. anbefalingerne til nyt 1. valgs præparat. Ved apopleksibehandling prøver lægerne at skifte til Clopidogrel i forbindelse med årskontrol
Patienter med osteoporose får kun udskrevet bisfosfonat til et år ad gangen og skal have det fornyet ved fremmøde, hvor der tages stilling til fortsat behandling
Mere systematisk opsøgning i forbindelse med influenzavaccination: Orienterer nu patienterne tidligere på sæsonen og ringer til risikopatienter og opfordrer dem til at få vaccinen
Tager på flere opsøgende hjemmebesøg efter at have sat fokus på patienter med behov for dette
Ny rutine, så der altid foretages en tympanometri (trykmåling af øret) i forbindelse med børneundersøgelsen
Ændret arbejdsgang for patienter med KOL: Sygeplejersken opretter forløbsplanen ved årskontrollen, så lægen efterfølgende kan gennemgå den
Mindre justeringer i skulderundersøgelsen
Ny instruks til – og undervisning af – personalet vedrørende håndtering af henvendelser om mistanke om urinvejsinfektion
Ny instruks for samtaler med patienter om øjenbetændelse
Kører flere lægebesøg
Hyppigere kontrol af patienter i behandling med blodfortyndende medicin
Ny instruks for, hvornår patienter skal DEXA-scannes (for osteoporose)
For osteoporose er instruks ændret, så der mindst en gang om året bliver taget nyrefunktion

En del af ændringerne omhandlede brugen af lægemidler (fx afhængighedsskabende medicin eller antibiotika), og her var der ofte tale om indførelse af nye (skærpede) procedurer for udskrivning og fornyelse eller om ændringer i valg af bestemte præparater. Der var også flere eksempler på ændringer, som vedrørte andre aspekter af arbejdet i praksis end brug af lægemidler. Dette kunne være ændringer i arbejdsfordelingen ved håndtering af patienter med kroniske sygdomme, eller ændringer i hvornår og hvordan en given undersøgelse blev udført.

6.2 Når klyngearbejdet giver anledning til praksisændringer – og når det ikke gør

Når lægerne besluttede sig for at foretage ændringer i deres praksis som følge af deltagelse på et klyngemøde, kunne det skyldes flere forhold. I nogle tilfælde var det primært, fordi sammenligningen med andres data havde indikeret, at noget muligvis kunne gøres lidt bedre i egen klinik. Andre gange var det især erfaringsudvekslingen med kollegerne på møderne, der fungerede som inspiration til at ændre praksis, og nogle gange var det en kombination af egne data og andres data og erfaringer:

Jeg var overrasket over en af klinikkerne, der kunne nå så høj en vaccinationsprocent for influenza, som der var en, der gjorde. Det var virkelig godt. Det må jeg sige. Stor respekt for det [latter, red.]. Men det var organisationen, det var det, jeg kunne høre. (Klyngekoordinator)

Der var dog også eksempler på, at beslutninger om at ændre praksis alene blev taget på baggrund af anbefalinger fra en af de eksterne oplægsholdere og ikke på baggrund af overvejelser og diskussioner omkring egne data:

Helt konkret så bad [oplægsholderen, som var en øre-næse-hals-læge, red.] os om at lave det, der hedder en tympanometri – sådan en trykmåling på børn i to til treårsalderen – for at tjekke, at deres hørelse er så optimal som muligt. Og det har vi ikke været konsekvente med. Vi har gjort det, hvis vi har syntes, at der har været en grund til at gøre det. Så der har vi faktisk nu prøvet at ændre retningslinjer og sige, at enten ved to- eller treårsalderen, altså nu samler vi dem op, ikke! Så der laver vi simpelthen en tympanometri i tillæg til børneundersøgelsen. (Klyngemedlem)

I nogle tilfælde beskrev lægerne beslutningen om at foretage ændringer som et resultat af, at de var blevet overraskede over at opdage, at der var noget, som kørte mindre godt, end de havde antaget. I andre tilfælde var der tale om ændringer, som lægerne i forvejen havde overvejet, men ikke fået implementeret, og her havde deltagelsen på klyngemødet så givet ”det sidste skub”, så implementeringen af ændringen var blevet prioriteret efterfølgende i klinikken:

... dosering af antibiotika, behandlingsvarighed og sådan noget. Det er jo i princippet ting, man kan finde selv alle mulige steder. Men når man så får fokus på det til sådan et møde, så bliver det rykket lidt op i hierarkiet. (Klyngemedlem)

For den enkelte læge/klinik var det dog ikke alle klyngemøder, der gav anledning til konkrete ændringer, og en del af informanterne havde foreløbigt ikke ændret noget i deres klinik i relation til klyngearbejdet eller kun foretaget mindre justeringer. Det var således ikke altid, at den enkelte læge vurderede, at de præsenterede data, retningslinjer eller erfaringer fra andre klinikker indikerede, at der var behov for ændringer i egen praksis:

... vedrørende det her møde om brug af smertestillende, der lå vores praksis i den laveste tredjedel, så der har jeg taget det med hjem, at vores ordinationsmønster er i orden, og det har jo ikke ændret praksis, men det har ligesom understreget, at vores brug af smertestillende er rigtig. (Klyngekoordinator)

I nogle tilfælde havde lægen/klinikken allerede i anden sammenhæng i tiden op til klyngemødet arbejdet målrettet med samme emne, som var på programmet i klyngen, og i så fald var det pågældende klyngemødes bidrag til udviklingsarbejdet i klinikken ofte begrænset:

Interviewer: Men det kan sikkert også være lidt forskelligt fra klinik til klinik, hvad der giver noget?

Klyngemedlem: Det er det. Og hvornår har man sidst lige været på kursus, og hvor langt er man for eksempel kommet med de der forløbsplaner. Vi havde [allerede haft, red.] en ude fra regionen, en it-medarbejder [...] Hvor hun satte os rigtig godt ind i forløbsplanerne. Så derfor var vi jo rigtig godt i gang med dem... Så derfor vil det jo være individuelt, hvad der vil give mest til den enkelte klinik.

Et andet forhold, der af nogle læger blev anset for at sætte begrænsninger på det udviklingsmæssige udbytte af klyngemøderne, var, at problemerne med at fortolke data kunne gøre, at det kan være svært at finde ud af, om der reelt var brug for at foretage ændringer i egen klinik:

Vi ved jo ikke, hvad der er rigtigt. Så det er svært at... altså ud fra data kan vi jo ikke sige, at det er dem, der ligger over det her niveau, de gør det rigtigt. Og dem, der ligger under det her, de gør det forkert. Vi ved jo ikke, hvor rigtigt og forkert ligger henne, og vi kender jo ikke alle de baggrunde, der kan være for, at man ligger, som man gør. (Klyngekoordinator)

I visse tilfælde, hvor de tilgængelige data på mødet var utilstrækkelige, valgte lægerne at undersøge deres egne journaldata nærmere, inden de iværksatte eventuelle forandringer i klinikken. Dette kunne kræve en del ekstra arbejde. For eksempel var en klinik blevet overrasket over de data for antallet af patienter på antipsykotika, der blev præsenteret på klyngemødet, hvilket havde fået klinikken til at iværksætte en nærmere granskning med hjælp fra en uddannelseslæge:

Fordi den liste, vi fik fra lægemiddelenheden, kunne man simpelthen ikke få udspecificeret godt nok. Så det har været rigtig meget med at slå patienterne op. Detektivarbejde at sidde og kigge journalerne igennem, og se om de overhovedet stadigvæk fik det her. Eller hvor de var startet henne. Så det er i hvert fald et krævende arbejde. (Klyngekoordinator)

I forhold til at overføre viden og inspiration fra klyngemøderne til egen klinik var der også læger, som fremhævede, at det kunne være en udfordring at afse tid til at indføre nye tiltag i en travl arbejdsdag:

Hvis man skal gøre det, skal man gøre det lige efter mødet, ellers bliver det hverdag og rutine med det samme igen. (Klyngemedlem)

Endvidere fortalte enkelte læger, at det kunne være en udfordring at implementere de mere restriktive procedurer for udskrivning af afhængighedsskabende medicin på grund af modstand fra nogle af patienterne:

Det er rigtigt svært, fordi du implementerer noget, som er, sådan sat på spidsen, dit behov. Det er ikke sikkert patienten synes... [...] De synes bare, det er skønt, hvis man kunne få en recept og så ikke spekulere mere på det [...] Hvor man kan sige, at vi mødes nogle gange lidt nemmere på midten med en blodtryksskontrol. (Klynge-medlem)

Mangel på tid og modstand fra patienter fremstod dog generelt ikke som markante implementeringsbarrierer i vores data – måske fordi de ændringer, der søges indført i klinikken, er nogle, som lægerne selv har valgt ud fra en vurdering af, at de er meningsfulde og overkommelige.

6.3 Opsamling

Lægerne i undersøgelsen beskriver flere eksempler på, at klyngesamarbejdet har ført til konkrete, men typisk mindre forandringer, i flere af klyngedeltagernes egne klinikker. Afsættet for at foretage ændringer, som følge af et klyngemøde, var både data fremvist på klyngemødet, som kunne pege på et behov for forandring i den enkelte klinik, eller at de praktiserende læger inspirerede hinanden til nye procedurer eller nye måder at organisere sig på. Oplægsholderes anbefalinger ansporede også i nogle tilfælde til at foretage ændringer.

Når et klyngemøde ikke inspirerede til forandringer i den enkelte klinik skyldtes det typisk, at den enkelte læge vurderede, at mødet ikke bidrog med noget nyt, og at det pågældende emne allerede var håndteret tilfredsstillende i klinikken. Desuden kunne tvivl om datagrundlagets gyldighed eller fraværet af grænseværdier for 'korrekt adfærd' gøre det svært at vurdere, om der var et reelt behov for at foretage forandringer.

7 Oplevede virkninger af klyngerne: nye relationer til kolleger og kommuner

Ud over, at deltagelsen i klyngerne kunne bidrage med faglig inspiration til at reflektere over egen praksis og eventuelt implementere visse ændringer i klinikken, viste interviewene med lægerne, at de også oplevede andre og mere relationelle fordele ved klyngerne.

7.1 Øget kendskab til kollegerne i lokalområdet

Selv om klyngemøderne primært havde fokus på faglige oplæg og drøftelser, så fremhævede mange af lægerne i undersøgelsen det som en gevinst, at klyngemøderne havde medvirket til at skabe nye kollegiale relationer mellem deltagerne. Deltagelse på møderne betød således, at mange havde fået et bedre kendskab til deres kolleger i lokalområdet. Man lærte både kollegerne bedre at kende under de faglige samtaler i grupperne og ved at snakke sammen, efter det formelle møde var slut, eventuelt i forbindelse med en efterfølgende middag. Dette relationelle aspekt blev af flere læger betragtet som et vigtigt udbytte ved klyngearbejdet, som for flere havde været overraskende:

Jeg har været vildt positiv overrasket over, hvad det har gjort ved vores fællesskab som lokale læger. Altså vores sociale kapital, kunne man sige, den er øget betydeligt. Det er meget interessant, så vi kommer til at kende hinanden bedre, fordi vi mødes oftere og vi spiser sammen, og der bliver snakket i krogene. Førhen var det [sådan, red.], at man mødtes til en generalforsamling, og man kunne næsten ikke komme hurtigt nok ud ad døren. Og man mødtes til nogle vagtplansmøder, som var forfærdeligt kedelige [...] [når, red.] vi mødes med jævne mellemrum [i klyngen, red.], så snakker vi om nogle andre ting. Så får vi snakket om: "hov, hvad nu med det her andet problem, der er? Hvad med plejehjemslægerne? Og hvad med det med de her kontrolbesøg? Og hvordan har folk klaret akkreditering?" ... Det har vi jo rigtig meget brug for – at sparre med hinanden... så det gør, at jeg godt gider det og synes, at det er fedt og melder mig til og kommer og alt sådan noget. (Klyngemedlem)

Bedre kendskab til kollegerne og følelsen af at være en del af et større fagligt fællesskab kunne både anses for en kvalitet i sig selv, der kunne virke motiverende, og som en praktisk fordel i forbindelse med ferieplanlægning og sygdom i klinikken eller ved ad hoc-kontakter:

Det gør bare, at det er nemmere at passe patienterne for hinanden, og det er nemmere at lægge en fornuftig plan omkring ferier og sådan nogle ting. Hvis vi ser patienter fra de andre, så man også ved – primært er der også bare mere respekt for nogle, man har ansigt på, nogle man kender, så man ved, at de er nogle gode mennesker, når der kommer en eller anden [patient, red.] her og siger noget dårligt om en af de andre, fordi nu er de skiftet hertil. Jeg ville jo aldrig gå med på den snak, men at man så kan sige, "ej, jeg kender hende godt. Hun er faktisk okay" eller et eller andet i den stil. Selvfølgelig, det er jo meget personligt, hvordan man har det med det, men jeg synes, det er rart at vide, hvem de andre er... jeg vil heller ikke være bleg for at ringe til dem og spørge dem om et eller andet, hvis det var, at jeg fik brug for det, fordi jeg ved, hvem der er. (Klyngemedlem)

Nogle af klyngemedlemmerne anså det i den forbindelse som en fordel, at klyngemøderne var mere eller mindre obligatoriske, fordi dette betød, at der også kom nogle af de læger, som de ellers ikke mødte.

7.2 Nye relationer til kommunale aktører

Generelt så klyngekoordinatorerne et stort potentiale i klyngerne i forhold til at forbedre samarbejdet med kommunerne. På tidspunktet for undersøgelsen var det kun et mindretal af klyngerne i undersøgelsen (6 klynger ud af de i alt 25 klynger, der indgår i undersøgelsen), som havde erfaringer med at invitere aktører fra kommunen ud som oplægsholdere til klyngemøder. Flere andre klynger havde planer om dette, og enkelte klynger havde allerede taget konkrete initiativer til indsatser rettet mod kommunen (selv om der ikke havde været repræsentanter for kommunen til de pågældende møder i klyngen).

I de klynger, som havde erfaringer med oplægsholdere fra kommunerne, pegede lægerne ofte på, at inddragelsen af kommunale fagpersoner (fx misbrugskonsulenter, jobkonsulenter, sundhedsplejersker) havde haft en værdi i forhold til at få indblik i de kommunale arbejdsområder, som mange af patienter fra almen praksis har berøring med. Nogle oplevede, at dette gav dem en bedre forståelse af, hvorfor kommunen handlede, som den gjorde i bestemte situationer (fx vedrørende attester), og i visse tilfælde kunne denne viden bruges i kommunikationen med kommunen (med hensyn til, hvem man skulle henvende sig til, og hvordan man skulle formulere sig i forhold til den kommunale sagsbehandling). Samtidig gav klyngen også kommunen en god mulighed for at orientere lægerne om de forskellige kommunale tilbud:

Der var da i hvert fald en god procentdel [af lægerne på mødet, red.], der faktisk overhovedet ikke anede, at det [kommunens smertekursus, red.] eksisterede [...] Og de [kommunale repræsentanter, red.]... sagde, at de havde faktisk nogle gange svært ved at få fyldt holdene op [...] så de kunne sagtens tage flere henvisninger. (Klyngemedlem)

Ud over møder, hvor det primære udbytte havde været at øge klyngemedlemmers viden om kommunale tilbud og arbejdsprocesser, var der enkelte eksempler på, at klyngemøder havde udmøntet sig i konkrete initiativer i relation til kommunen (selv om der ikke havde været repræsentanter for kommunen til de pågældende møder). I en klynge havde et møde om øjenbetændelse resulteret i, at klyngen havde udarbejdet en faglig vejledning til kommunen om øjenbetændelse og sygemelding af børn, som kommunen havde været behjælpelig med at distribuere videre til dens børneinstitutioner og sundhedsfaglige personale. Begge de interviewede læger fra denne klynge oplevede, at vejledningen havde betydet, at der havde været færre henvendelser i praksis med akut øjenbetændelse. Og selv om dette ikke kunne dokumenteres på interviewtidspunktet, viste forløbet for lægerne, at klyngerne gav nogle nye muligheder for almen praksis i relation til kommunerne:

... vi har opdaget, at vi har stor gennemslagskraft i kommunen. Vi kan virkelig ændre noget. Det opdagede vi med Kloramfenikol og Fucithalmic [midler mod øjenbetændelse, red.]. Det flytter virkelig noget i kommunen. (Klyngekoordinator)

På samme vis var der i to andre klynger iværksat konkrete tiltag for – sammen med kommunen – at styrke indsatsen for at reducere antibiotikaforbruget i plejesektoren, idet man havde udarbejdet retningslinjer for, hvordan kommunens plejepersonale bør agere i forbindelse med mistanke om urinvejsinfektioner.

I mange af de klynger, som endnu ikke havde haft kontakt til kommunen, var koordinatorene også interesserede i at bruge klyngen til at udvikle det tværsektorielle samarbejde. Men som tidligere nævnt forklarede nogle koordinatorene, at man i begyndelsen havde valgt at fokusere på at få klyngen etableret og fundet en god arbejdsform, inden man inviterede kommunen med til klyngemøderne. En klyngekoordinator fremhævede, at hensynet til mødeformen var særligt vigtigt i forhold til en ekstern aktør som kommunen, da der kunne være nogle uenigheder, som ville komme frem på møderne:

Vi skal lige finde formen på mødet, fordi det skal jo ikke være sådan, at, 'jamen du siger at... og det skal du lade være med'. Sådan skal et møde jo ikke være. Når vi inviterer nogen, så skal det jo være med respekt for hinanden, ikke. Så den form diskuterer vi jo i bestyrelsen, hvordan vi gør det. (Klyngekoordinator)

I relation til dette fortalte en læge fra en anden klynge, at der på et klyngemøde med repræsentanter fra kommunens jobcenter havde været en 'heftig dialog', idet flere af lægerne i klyngen var utilfredse med kommunens måde at kommunikere med almen praksis på omkring at- tester. Den pågældende læge oplevede, at jobkonsulenterne havde taget godt imod kritikken, men hun var i tvivl om, hvorvidt de reelt havde mulighed for at ændre på noget i de pågældende administrative processer.

7.3 Opsamling

Det oplevede udbytte af klyngesamarbejdet handler ikke kun om de ændringer, som foretages i relation til det kliniske arbejde i egen praksis. Klyngesamarbejdet medvirker også til, at klyngemedlemmerne lærer hinanden at kende – noget som i sig selv opleves som en gevinst blandt mange af de interviewede læger, og som også kan være en praktisk fordel, når der skal planlægges vagter, og når de praktiserende læger skal dække ind for hinanden under sygdom.

Et øget kendskab til kommunerne fremhæves også som et potentielt væsentligt udbytte af klyngesamarbejdet, idet man kan invitere kommunale repræsentanter til en dialog om samarbejde og/eller til at gennemgå kommunale arbejds gange og tilbud. Enkelte klynger har udarbejdet faglige vejledninger til samarbejdspartnere i kommunen. De foreløbige erfaringer med at inddrage kommunerne på klyngemøderne er relativt positive, men inddragelse af kommunen på klyngemøder rejser også nogle væsentlige spørgsmål vedrørende planlægning og facilitering af møderne.

8 De praktiserende lægers samlede vurdering af klyngemodellen

De foregående kapitler har beskæftiget sig med klyngemodellens enkeltdele, herunder de praktiserende lægers vurderinger heraf. Dette kapitel skal læses som en opsamling på de praktiserede lægers samlede vurdering af klyngemodellen, hvori der også indgår de indledende forventninger til kvalitetsklyngerne og en vurdering af klyngerne set i sammenhæng med andre tiltag til kvalitetsudvikling i almen praksis.

8.1 De indledende forventninger til kvalitetsklyngerne

De fleste af de praktiserende læger i undersøgelsen havde været positive i deres indstilling til klyngerne på forhånd. Nogle af lægerne fremhævede funderingen i overenskomsten som en fordel, da dette var med til at gøre klyngerne til et forpligtende forum for kvalitetsarbejdet med mulighed for at trække nogle af de læger til, som normalt ikke deltager i de mødefora, der allerede eksisterede (fx PLO-K):

Dengang tænkte jeg, at det var en rigtig god måde at få nogle af de læger, som vi normalt ikke ser til vores lægelaugsmøder, med i noget samarbejde. Det har jo kørt i årevis, men der er altid nogle, der bliver væk fra de frivillige ting. Og der kan man blive lidt bekymret for dels hvorfor de bliver væk, men også hvad – altså, så har man ikke mulighed for at diskutere noget som helst fagligt med den gruppe læger, der aldrig deltager i den slags. Det, tænkte jeg, var en god ide. Selvom det er med tvang, kan der godt komme noget godt ud af det. (Klyngemedlem)

Desuden fremhævede nogle af de interviewede læger klyngerne som en videreudvikling af allerede kendte fora, såsom PLO-K og 12-mandsforeninger, hvor faglige oplæg og diskussioner blandt en mindre gruppe af kolleger allerede var prøvet af. I tillæg hertil fremstod klyngemodellen som et brud med akkrediteringskonceptet i Den Danske Kvalitetsmodel, hvor de emner, som de praktiserende læger skulle arbejde med, var defineret på forhånd. Klyngemodellen tillod med andre ord, at de praktiserende læger selv valgte, hvad de skulle arbejde med, og det blev af mange af de interviewede læger opfattet som positivt. Blandt de læger, som var positive fra begyndelsen, var der dog nogle, som udtrykte en bekymring for, at klyngemodellen var endnu et tiltag i rækken af initiativer til udvikling af almen praksis, som hurtigt ville blive nedlagt igen og erstattet af noget andet. Dette ville ifølge disse læger være demotiverende, og der var derfor et ønske om, at klyngemodellen fik tid til at udvikle sig.

Andre læger gav udtryk for, at de til at begynde med havde været mere afventende eller skeptiske i deres indstilling til klyngemodellen. Noget skepsis bundede i, at klyngekonceptet blev oplevet som diffust, og at det derfor var svært at gennemskue, hvad det indebar. Andre havde oplevet det som endnu en opgave, der blev påtvunget almen praksis, og enkelte mente ikke, at der var tilstrækkeligt med evidens til at indføre klyngerne på landsplan uden et foregående pilotprojekt. Endelig var der nogle få af lægerne, som nærrede skepsis til klyngekonceptet, fordi de fortolkede det som en ny måde at kontrollere almen praksis på fra centralt hold. De frygtede således, at der på sigt ville blive indført mere kontrol med – og overvågning af – klyngernes arbejde, og at eventuelle variationer mellem klinikkerne, som blev kortlagt undervejs i arbejdet, kunne blive brugt politisk imod almen praksis. Denne skepsis var typisk ikke rettet mod klyn-

gekonceptet i sig selv men mod den politiske kontekst, som klyngerne indgår i. Konkret fortolkede nogle af de praktiserende læger klyngemodellen i lyset af konflikten i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 2013 og en deraf følgende generel skepsis over for indblanding i almen praksis fra centralt hold.

8.2 De overordnede vurderinger efter de første erfaringer med kvalitetsklyngerne

Langt de fleste af lægerne i undersøgelsen (såvel koordinatorene som almindelige medlemmer) var, som det fremgår af de øvrige kapitler, positive i deres vurdering af klyngerne på baggrund af deres foreløbige erfaringer. Flere af dem, som var skeptiske fra start, er desuden blevet mere positive med tiden.

De positive vurderinger af klyngerne blev begrundet med flere forhold, hvoraf flere allerede er berørt i de tidligere kapitler. For det første, at klyngerne havde frihed til selv at vælge, hvilke emner der arbejdes med. Dette blev opfattet som motiverende og som afgørende for, at der blev sat fokus på fagligt relevante emner:

Det, der er allerbedst, det er, at vi kan gøre det, vi nu har brug for. (Klyngekoordinator)

For det andet blev det fremhævet, at klyngerne skabte et rum for at reflektere over egne data, samtidig med at man kunne udveksle erfaringer med sine kolleger med udgangspunkt i bestemte emner og data, dvs. på en relativt fokuseret måde. Dette gav, som beskrevet i afsnit 5.2 mulighed for 'aha'-oplevelser og for at få inspiration til at udvikle sin praksis på bestemte områder:

Det jeg mener med et refleksionsrum, det er, at man sidder og kigger subjektivt på sig selv og har en opfattelse, og så får man en tilbagemelding, som faktisk peger i en anden retning. [...] så opdager du nogle ting, som skubber lidt på selvopfattelsen. Og så kan man jo vælge, om man ville gøre noget med det eller ej... Og det, tror jeg, er det allervigtigste ved klyngen. (Klyngekoordinator)

For det tredje fremhævede nogle af deltagerne, at der var et stort potentiale i klyngerne med hensyn til at forbedre det tværsektorielle samarbejde med kommunerne (se Kapitel 7).

Endelig oplevede mange af lægerne det som en vigtig sidegevinst, at klyngerne havde styrket det lokale sammenhold blandt de praktiserende læger (se Kapitel 7). For nogle havde dette været en overraskelse, som havde været med til at ændre deres vurdering af klyngerne i en mere positiv retning.

Flere af fordelene ved klyngerne relateret til selvbestemmelse og faglig relevans blev af mange informanter fremhævet som noget, der stod i kontrast til den akkreditering, som klyngerne havde erstattet, og som mange havde negative holdninger til. Enkelte informanter så dog mere klyngerne som en naturlig efterfølger til akkreditering: Hvor akkrediteringen havde angivet nogle rammer for en øget systematik i praksis, kunne man nu arbejde videre med de mere faglige aspekter.

Der var dog også kritiske røster blandt de interviewede læger. Enkelte mente således, at klyngerne var et dårligere koncept for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling end akkrediteringen. De

oplevede, at arbejdet i klyngerne var mindre struktureret og mere afhængigt af enkelte ildsjæle. Desuden fremhævede de, at klyngemøderne ikke inddrager praksispersonalet på samme måde som akkrediteringen gjorde:

Den der kvalitetsakse med personalet, den mangler der massivt. Og det tror jeg ikke kan rummes inden for de rammer, der er sat for klyngerne. (Klyngekoordinator)

I nogle af klyngerne havde man drøftet, hvorvidt det var muligt at inddrage personalet mere, men generelt lod holdningen til at være, at det var vigtigt først at få klyngemøderne etableret som et fagligt forum for lægerne.

Generelt var lægerne tilfredse med det faglige (og sociale) udbytte af klyngemøderne, men der var nogle, som stillede spørgsmål ved, om der ville komme tilstrækkeligt meget kvalitetsudvikling ud af klyngearbejdet. Disse læger havde foreløbigt ikke oplevet at kunne bruge det databaserede format til at udvikle deres egen praksis. Nogle mente, at deres klinik allerede havde nogle gode strukturer for kvalitetsudviklingsarbejdet (med jævnlige møder og brug af kvalitetscirklen), og at klyngen havde svært ved at nå det samme niveau, fordi man skulle have alle med.

Nogle læger udtalte, at tidsforbruget kunne være en udfordring, selv om de alt i alt var tilfredse med deltagelsen i klyngen. Direkte negative virkninger ved arbejdet i klyngerne fyldte ikke i lægernes oplevelse:

Man kunne fylde sin kalender med fyraftensmøder, altså to tre dage om ugen, nærmest, altså det er jo fuldstændig vildt, hvad der er oveni almindelig arbejdstid i forvejen. Så altså... det er jo ikke sådan, at man ikke tænker, en gang imellem, "ah jeg kunne godt lige undvære at skal bruge de næste fem timer på et klyngemøde". (Klyngemedlem)

I relation til spørgsmålet om tidsforbrug bad vi også informanterne vurdere, om klyngerne havde påvirket deres deltagelse i andre faglige fællesskaber, særligt DGE-grupper/12-mandsforeninger. Generelt beskrev lægerne, at de opretholdt nogenlunde samme aktivitetsniveau i andre faglige fora. Lægerne beskrev således, at der var stor forskel på klyngerne og DGE-grupperne/12-mandsforeninger, og at de derfor godt kunne eksistere side om side. Hvor klyngen mest havde fokus på den databaserede kvalitetsudvikling var DGE-gruppen/12-mandsforeningen et mindre og mere intimt forum, hvor deltagerne ofte havde kendt hinanden gennem mange år, og hvor der både kunne drøftes faglighed, ledelse og drift samt personlig trivsel. Der var informanter, som ikke syntes, at deres DGE-gruppe/12-mandsforening fungerende tilstrækkeligt godt, der fortalte, at de havde forladt denne gruppe eller neddroset deres engagement til fordel for klyngedeltagelsen:

Jeg synes, læringspotentialet i klyngerne er langt større. Jeg forlod tolvmandsgruppen igen, fordi det begyndte egentligt bare at køre i ring. (Klyngekoordinator)

Samlet set tyder interviewene således på, at klyngedannelsen generelt ikke har haft negativ indflydelse på lægernes engagement i de velfungerende DGE-grupper/12-mandsforeninger, men at klyngedannelsen godt kan reducere engagementet i de mindre velfungerende DGE-grupper/12-mandsforeninger.

8.3 Opsamling

Klyngemodellen blev overvejende opfattet positivt af de praktiserende læger i undersøgelsen både forud for klyngernes etablering, og efter at man havde gjort sig de første erfaringer med klyngerne. En af de fordele, som fremhæves både før og efter klyngernes etablering, er friheden til selv at bestemme, hvilke emner der skal arbejdes med i klyngerne. Desuden beskriver lægerne det som en styrke ved klyngerne, at de skaber et fagligt rum for refleksioner over udviklingsmuligheder i egen praksis – et refleksionsrum, der supplerer (eller for norges vedkommende erstatter) andre fora til faglig udvikling, især DGE-grupper/12-mandsforeninger.

Samtidig peges på, at klyngerne var med til at styrke relationerne mellem de praktiserende læger i lokalområdet. Endvidere blev det beskrevet, at klyngerne potentielt kunne danne basis for et forbedret samarbejde med kommunerne.

Dog kritiseres klyngemodellen også af nogle for at mangle struktur og være for afhængig af enkeltpersoners (klyngekoordinatorernes) engagement. Desuden problematiserede nogle læger, at praksispersonalet ikke har en mere fremtrædende rolle i klyngerne, da denne gruppe også har stor betydning for den kvalitet, der leveres i almen praksis.

9 Diskussion

Denne rapport omhandler klyngernes første år. Disse første år har inkluderet etablering af klyngerne og igangsættelse af klyngesamarbejdet, og klyngerne har dannet sig de første erfaringer med det databaserede, kollektive klyngearbejde.

Rapporten viser overordnet, at der blandt de praktiserende læger er stor opbakning til klyngekonceptet, friheden til at vælge egne emner og den databaserede tilgang til kvalitetsudvikling. Kvalitetsarbejdet giver anledning til refleksion og erfaringsudveksling og kan også anspore til konkrete forandringer i egen praksis. Rapporten viser også, at klyngekoordinatorerne spiller en central rolle som tovholdere for – og facilitatorer af – klyngesamarbejdet.

De følgende afsnit samler op på undersøgelsens resultater, og diskuterer herunder styrker og opmærksomhedspunkter, som der fremadrettet kan tages med i overvejelserne om klyngernes videre udvikling.

9.1 Klyngernes første år – status og nye betingelser

Ifølge overenskomsten for almen praksis fra 2018 var fristen for klyngernes dannelse i november 2019. I den forbindelse skulle der også etableres et sekretariat for kvalitetsudvikling i almen praksis, KiAP, sammen med et kvalitetsprogram for almen praksis, som var struktureret med udgangspunkt i fem programspor (se afsnit 1.1.2). Klyngerne kom hurtigere fra start end forventet af overenskomstens parter, og de nuværende klynger inkluderer 98 % af landets praktiserende læger.

Den hurtige etablering betød, at dele af den infrastruktur, som skulle understøtte klyngernes arbejde blev udviklet og implementeret samtidig med klyngernes etablering. Som del af kvalitetsprogrammet skulle der fx ske en videreudvikling af statistikværktøjet Ordiprax (Ordiprax+), der skulle give de praktiserende læger et bedre overblik over lægemiddelordinationer og understøtte det datadrevne kvalitetsarbejde i klynger, idet klyngerne selv skulle have mulighed for at hente data og lave sammenligninger på tværs af klinikkerne i klyngen. Desuden skulle der udvikles indikatorer for kvalitet i almen praksis inden for de otte nationale kvalitetsmål samt udarbejdes klyngepakker. Dette udviklingsarbejde har fundet sted samtidig med, at klyngerne begyndte at afholde møder, og projektsporenes leverancer er ikke i alle tilfælde færdigudviklede og tilgængelige for klyngerne; KiAP og de regionale kvalitetsenheder har udarbejdet et antal klyngepakker, men Ordiprax+ samt udviklingen af kvalitetsindikatorer blev forsinket. Derfor har klyngerne gjort brug af regionernes kvalitetsenheder, som på forskellig vis har bidraget med datatræk og fortolkning af data samt udviklet egne klyngepakker. I nogle klynger har der været et ønske om mere hjælp til at komme i gang, men det ses samtidig også af denne undersøgelse, at klyngerne er lykkedes med at komme i gang med det kollektive kvalitetsarbejde ved også selv at identificere emner og tilgængelige data og afprøve forskellige mødeformer.

9.2 Valgfrihed og lokale tilpasninger

Klyngemodellen er karakteriseret ved stor valgfrihed i de enkelte klynger, eftersom der ikke på forhånd var defineret emner, som de praktiserende læger *skulle* arbejde med. Klyngemedlemmerne har naturligt forskellige interesser, men det lader til at være gennemgående, at klyngemodellen opfattes som en mulighed for at arbejde med emner, der optager de praktiserende

læger, og som kan omsættes til klinisk eller organisatorisk praksis i de enkelte klinikker. Desuden viser undersøgelsen, at man i klyngerne har valgt en struktur for klyngerne, som er tilpasset klyngemedlemmernes behov og interesser. Valgfriheden betyder således også, at der vil være variation i, hvor mange møder der afholdes, hvilke emner der behandles, og hvordan data fortolkes.

Friheden til selv at vælge, hvilke emner der behandles på klyngemøderne, og hvordan møderne struktureres, fremhæves i denne undersøgelse som en fordel af både klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer. Klyngemodellen står i kontrast til den tidligere kvalitetsmodel, baseret på akkreditering, hvor de praktiserende læger skulle arbejde efter samme standardsæt og samme struktur – og hvor der blandt mange læger var en oplevelse af, at modellens hovedformål var ekstern kontrol frem for intern læring (Waldorff et al., 2016). Klyngekoordinatorer beskrev desuden valgfriheden (kombineret med en økonomisk mulighed for at planlægge møder med højt fagligt indhold), som motiverende og som en medvirkende årsag til, at de har meldt sig som ansvarlige for klyngen. Klyngekoordinatorerne har haft forskellige forudsætninger for at påtage sig rollen og har derfor også haft forskellige behov for støtte. Valgfriheden har været en udfordring for nogle klyngekoordinatorer, fordi klyngernes arbejdsform skulle defineres helt fra grunden. Klyngepakkerne, som er udarbejdet af KiAP og de regionale kvalitetsenheder, har været et væsentligt støtteredskab i nogle klynger, mens de i andre har fungeret som et supplement til egne ideer til mødernes indhold og struktur. I nogle klynger har man dog ønsket at begrænse brugen af klyngepakker, fordi man har været bekymret for, om klyngepakkerne kunne udgøre et forsøg på at styre almen praksis i en bestemt retning. Samlet set peger undersøgelsen på, at den positive oplevelse af klyngekonceptet, som beskrives af de praktiserende læger i denne undersøgelse, både relaterer sig til den store valgfrihed og muligheden for støtte til at lave gode møder med et passende fagligt indhold.

9.3 Data og dataunderstøttelse

Klyngedeltagerne udtrykker i overvejende grad begejstring for det databaserede kvalitetsarbejde. Det at sammenligne data på ordinationer og ydelser og fortolke årsager til variationer i klinikkerne imellem har været en døråbner for fælles refleksion og konkret erfaringsudveksling omkring såvel driftsmæssige som lægefaglige aspekter af klyngedeltagernes praksis.

Diskussionerne om data har generelt været præget af en undersøgende frem for en dømmende tilgang. Det betyder, at variationer i klinikernes data ikke er blevet aflæst direkte som udtryk for god eller dårlig praksis, men tolket forsigtigt med bevidstheden om bagvedliggende forklaringer i datagrundlaget samt nysgerrighed på forskelle i klinikernes patientpopulationer og behandlingspræferencer. Den undersøgende tilgang har dog ikke udelukket, at nogle klyngedeltagere i forbindelse med diskussionen af bestemte emner (særligt vedrørende udskrivning af antibiotika) har givet udtryk for deres opfattelse af, hvad der er den mest hensigtsmæssige kliniske adfærd.

Mens fortolkningen af datavariationer i mange tilfælde danner afsæt for refleksioner og erfaringsudveksling i klyngerne, fremgår det også, at kvaliteten af data (særligt i forhold til de muligheder data giver for at sammenligne egen klinik med andre klinikker) kan være en udfordring for den enkelte med hensyn til at blive klogere på egen praksis – eksempelvis når data ikke er justerede for betydelige forskelle i klinikernes patientpopulationer. Andre eksempler på fortolkningsmæssige udfordringer er, når variationer, der fremstår store i relative tal, viser sig at

være små, når der ses på absolutte antal patientcases. Eller når sammenligninger af ordinationsdata går specifikt på én medicintype uden at inkludere alternativer, hvormed det sløres, hvordan et lavt forbrug af én type medicin kan hænge sammen med et højt forbrug af et alternativ.

Her peger undersøgelsen på, at det er en balancegang for klyngerne at fremskaffe et datagrundlag, som på den ene side er detaljeret og sammenligneligt nok til at uddrage læring, og på den anden side er tilpas afgrænset til at kunne blive fremskaffet, præsenteret, forstået og diskuteret inden for rammerne af et klyngemøde.

Nogle praktiserende læger i undersøgelsen fremlagde kritiske synspunkter på selve konceptet om databaseret kvalitetsarbejde, idet de mente, at konceptet begrænser (uden dog helt at udelukke) et fokus på de blødere, patient-relationelle aspekter, som er centrale i lægegerningen, men som ikke kan indfanges ved brug af data fra journaler og andre registre. Her skal det tilføjes, at undersøgelsen viser, at der er forskel på, hvorvidt klyngerne tolker det som et krav, at kvalitetsarbejdet skal baseres på kvantitative data, eller om der også kan arbejdes med blødere emner, som ikke nødvendigvis er dataunderstøttede. I klynger, hvor man opfatter det som et krav, at der bruges kvantitative data, betyder det, at feltet af mulige emner for klyngens kvalitetsarbejde indsnævres til områder, som der kan fremskaffes relevante data på. Der fremstår således et opmærksomhedspunkt fremadrettet med hensyn til, hvordan 'datadrevet kvalitetsudvikling' fortolkes, og hvordan og hvorvidt det evt. begrænser andre væsentlige emner, som klyngerne kunne være interesserede i at beskæftige sig med.

9.4 Kvalitetsklyngerne og deres omverden

Generelt fremhævede lægerne klyngernes lokale forankring som noget positivt, der både bidrager til kendskabet mellem de praktiserende læger inden for et geografisk afgrænset område, og til at denne gruppe læger kan agere som en enhed i dialogen med eksterne samarbejdspartnere som fx kommunen.

Kvalitetsklyngerne og det samlede kvalitetsprogram for almen praksis vedrører således ikke bare de praktiserende læger, men også samarbejdspartnere i regioner og kommuner. Undersøgelsen viser, at der har været en interesse for også at bruge klyngemøderne til at behandle emner, som vedrører samarbejdet med kommuner. Ud over at invitere kommunale aktører til møderne med henblik på at beskrive kommunale arbejdsgange og forventninger til de praktiserende læger, fx i relation til attestarbejde, så er der i afsnit 5.2.1 beskrevet eksempler på klynger, der har været i kontakt med kommuner om fremskaffelse af kommunale data. Der er både eksempler på klyngekoordinatorer, der har taget kontakt til kommuner, og på kommuner, der har taget initiativ til at kontakte klynger med henblik på at bringe en kommunal vinkel og kommunale data ind i klyngesamarbejdet. Disse eksempler kan tolkes som spæde tegn på, at klyngestrukturen kan bidrage til at udvikle samarbejdet mellem kommuner og almen praksis. Dog lader det ikke til, at klyngestrukturen i alle tilfælde er en tilstrækkelig ramme for dette samarbejde. I eksemplerne med de kommunalt initierede kontakter skete dette således som del af de allerede eksisterende strukturer (i form af faste møder mellem PLO-K og kommunen), og i nogle af de kontakter, som var initieret af en klynge, opstod der udfordringer i forhold til at identificere, hvilke data kommunen havde, og hvem i kommunen der kunne skaffe dem. Det peger på, at klyngernes potentiale som indgang til samarbejde på tværs af almen praksis og kommuner kan styrkes ved at etablere en formel struktur i kommunen (fx i form af en kontaktperson) og eventuelt også ved udarbejdelse af kommunale klyngepakker, hvor tilgængelige

data allerede er identificeret. Samtidig kan det dog også bemærkes, at klyngerne i undersøgelsen fremhæves for at udgøre et trygt forum for de praktiserende læger, hvor de kan diskutere mere eller mindre følsomme emner, og at man i nogle klynger har været forsigtige med at åbne for meget op for eksterne deltagere på klyngemøderne (fx oplægsholdere). Her peger undersøgelsen således på endnu en balancegang i klyngekonceptet, som der bør være opmærksomhed på i den videre udviklingsproces, nemlig klyngerne som basis for erfaringsudveksling og læring i en mindre gruppe af praktiserende læger, og klyngerne som basis for eksternt samarbejde.

Undersøgelsen viser også, at der for mange klyngers vedkommende er skabt et godt samarbejde med de regionale kvalitetsenheder om både mødefacilitering, datatræk og datafortolkning. De regionale kvalitetsenheder kan, hvis klyngerne ønsker det, bidrage både til mødernes indhold og struktur i de enkelte klynger, og har med tiden også udarbejdet klyngepakker for udvalgte emner, som klyngerne har haft mulighed for at gøre brug af. Selvom de regionale kvalitetsenheder er organiseret lidt forskelligt, så lader det til, at klyngerne har gjort brug af de regionale kvalitetsenheder på samme måde, nemlig ved at trække på de tilgængelige ressourcer i form af data og kompetencer til at trække og bearbejde data. Enkelte praktiserende læger i denne undersøgelse gav dog udtryk for en bekymring for, om klyngemodellen (ligesom den tidligere nævnte akkrediteringsmodel) indebærer en risiko for øget ekstern kontrol via kravet til klyngerne om at bruge data, og muligheden for at udstikke retningslinjer for almen praksis via klyngepakkerne. I nogle klynger har man derfor været tilbageholdende med at gøre brug af klyngepakker både fra KiAP og regionerne, men i langt de fleste klynger, har man opfattet de regionale kvalitetsenheder som en medspiller for klyngerne.

9.5 Udbyttet af kvalitetsklynger i almen praksis

Selv om denne undersøgelse ikke havde til formål at måle effekten af de praktiserende lægers deltagelse i klyngesamarbejdet (fx via indikatorer for god klinisk praksis eller patienters sygdomsudvikling), var vi interesserede i at undersøge klyngemodellens potentiale med hensyn til at påvirke de praktiserende læger til at foretage ændringer i deres kliniske arbejde, i klinikens organisering og i de praktiserende lægers samarbejde med andre aktører. Undersøgelsen viser, at klyngemodellen har et potentiale til dette, eftersom der blandt de interviewede læger både er eksempler på, at klyngemøder har inspireret til nye arbejdsgange i klinikken, til nye instrukser for kliniske procedurer, brug af bestemte medicinske præparater og uddannelses tiltag rettet mod praksispersonalet. Desuden kan oplevelserne af et tættere kendskab til andre læger i klyngen og til kommunale aktører og kommunale tilbud ses som typer af udbytte, der ikke direkte medvirker til forandringer i de enkelte klinikker, men som de praktiserende læger ser et potentiale i, fx i forhold til muligheden for at styrke samarbejdet på tværs af sektorer. På linje med andre studier af initiativer til udvikling af kvaliteten i almen praksis viser denne undersøgelse således, at der er en relativt stor bredde i mulige udfald som følge af klyngesamarbejdet (Kousgaard et al., 2019). Denne undersøgelse udgør én delundersøgelse i et større forskningsprojekt se Bilag 1, hvor andre og senere delundersøgelser vil have mere eksplicit fokus på spørgsmålet om udbyttet af klyngerne. Rapporten giver et indtryk af, hvilke typer af udbytte der kan være relevante at undersøge nærmere, og resultaterne vil fungere som input til de kommende undersøgelser.

Studier af akkreditering tyder på, at forhåndsindstillingen blandt sundhedsprofessionelle har betydning for, hvordan de engagerer sig i akkrediteringsarbejdet, og om de oplever et menings-

fuldt udbytte af dette arbejde, samt hvordan akkrediteringsarbejdet påvirker deres arbejds- glæde (Hinchcliff et al., 2013; Madsen & Wadmann, 2019; Pedersen et al., 2018). I det lys peger undersøgelsens resultater på, at klyngerne har en fordel, fordi de som udgangspunkt er blevet opfattet positivt af mange praktiserende læger. Dette udgør således et godt grundlag for klyngemodellens potentielle bidrag til kvalitetsudvikling i almen praksis. Denne velvilje er dog formentlig ikke tilstrækkeligt til at sikre, at klyngerne i fremtiden bliver en succes som model for kvalitetsudviklingen. Som nævnt i rapportens indledning, viser forskningen i kvalitetscirkler – en metode til kvalitetsudvikling, som bygger på flere af de samme elementer som kvalitetsklyn- gerne – at de praktiserende læger var positive over for at indgå i kollektive læreprocesser og for at reflektere over, hvordan evidens kan omsættes til en klinisk praksis, men at virkningerne med hensyn til adfærdsforandringer varierer. Andre studier har vist, at den organisatoriske kontekst har betydning for, hvilke forandringer der finder sted, som følge af et kvalitetsudvik- lingsinitiativ (Madsen & Wadmann, 2019; Pomey et al., 2010). Udgangspunktet for forandring kan med andre ord være meget forskelligt, og dermed kan der også blive forskelle på, hvordan klyngesamarbejdet vil påvirke de enkelte klinikker. Denne undersøgelse peger fx på, at måden, hvorpå datavariation i klyngerne fortolkes (fx i relation til de enkelte klinikers patientpopulation), spiller en rolle for den enkelte læges vurdering af, om det er relevant at foretage forandringer i egen klinik. Kommende undersøgelser af virkningerne af klyngesamarbejdet vil formentlig også vise variation med hensyn til omfanget og typen af forandringer, der gennemføres blandt de praktiserende læger, og det er derfor væsentligt, at der også er fokus på mekanismerne bag de forandringer, som klyngerne afstedkommer.

9.6 Undersøgelsens styrker og svagheder

Denne undersøgelse er baseret på kvalitative interview med klyngekoordinatorer og -medlem- mer i 25 klynger samt observation af klyngemøder i 9 klynger. Dette materiale har givet indsigt i forskellige holdninger til og vurderinger af klyngekonceptet samt i det konkrete arbejde, der finder sted i klyngerne, og som har fundet sted i forbindelse med etableringen af klyngerne. Der er altså tale om en undersøgelse, som har søgt detaljeret information om klyngernes etab- lering, organisering, mødeform og mødeindhold samt det oplevede udbytte af at deltage i en klynge og engagere sig i det arbejde, der udføres her.

Dataindsamlingen til denne undersøgelse sluttede i februar 2020, og undersøgelsen vedrører klyngernes første år. Undersøgelsen udgør et nedslag i klyngearbejdet på et tidspunkt, hvor etableringsfasen havde fyldt en del. Denne del af klyngernes historik er i en dansk kontekst overståede kapitler. Her tjener rapporten som en dokumentation af det arbejde og de udfor- dringer, som fandt sted i denne fase. De udvalgte klynger havde desuden afholdt mindst to, men i flere tilfælde fire til seks klyngemøder. Klyngerne har derfor også i denne periode nået at danne sig erfaringer med at afholde klyngemøder, arbejde med data og indgå i fælles re- fleksioner om, hvad der udgør god kvalitet i almen praksis inden for udvalgte områder. Resul- taterne fra denne del af undersøgelsen peger både på en række styrker ved klyngerne samt på nogle opmærksomhedspunkter i forhold til den videre udvikling af klyngekonceptet. Samti- dig udgør undersøgelsen et afsæt for de øvrige undersøgelser, der indgår i det samlede forsk- ningsprojekt (se Bilag 1), som vil have fokus på bl.a. holdninger til klyngearbejdet blandt den brede population af praktiserende læger i Danmark, erfaringerne med klyngearbejdet over tid samt klyngesamarbejdets virkninger.

Undersøgelsens kvalitative karakter betød, at vi i selektionen af klynger og informanter ikke tilstræbte repræsentativitet i den forstand, at de inkluderede klynger og informanter skulle afspejle de tilsvarende populationer på landsplan. Klyngerne og de interviewede læger er dog udvalgt med henblik på at opnå en vis geografisk repræsentativitet og med henblik på at opnå en høj grad af variation med hensyn til klyngestørrelse, da disse forhold muligvis kunne påvirke klyngernes etablering og arbejde. Hvad angår de enkelte læger (klyngekoordinatorer og ordinære medlemmer), blev disse udvalgt med henblik på at opnå variation med hensyn til praksistyper, køn og anciennitet. Vi har imidlertid ikke haft forhåndskendskab til lægernes a priori holdninger til klyngesamarbejdet, der, som nævnt ovenfor, kan have betydning for den måde, praktiserende læger modtager nye initiativer til kvalitetsudvikling på. En undersøgelse som denne, hvor deltagelse er frivillig og baseret på lægernes umiddelbare reaktion på en forespørgsel, rejser naturligt spørgsmålet, om undersøgelsen alene bliver baseret på udsagn fra dem, som i forvejen er positivt stemt over for klyngemodellen. Vi har med vores udvælgelseskriterier forsøgt at rekruttere klynger, som kan have forskellige forudsætninger for etablering og samarbejde, men det udgør ingen garanti for variation i positive eller kritiske perspektiver på klyngesamarbejdet. De klynger og læger, som afviste at deltage i undersøgelsen, begrundede ikke deres afvisning med skepsis over for klyngerne (se bilag 2). Desuden var der blandt de interviewede læger enkelte, som indledningsvist havde været skeptiske over for klyngemodellen, men senere var blevet mere positivt stemte i takt med, at de havde fået praktisk erfaring med klyngearbejdet. Dog var der (jf. Bilag 2) flere klyngemedlemmer, som ikke besvarede vores henvendelser, og hvis begrundelser for ikke at deltage, vi derfor ikke har kendskab til. Den planlagte spørgeskemaundersøgelse, som udgør en af de tre delundersøgelser i forskningsprojektet (se Bilag 1), vil formentlig kunne kaste lys over, hvordan praktiserende læger mere generelt forholder sig til klyngemodellen. Spørgeskemaet udsendes og besvares først i sommeren 2020 og kan derfor ikke informere denne specifikke undersøgelse, men vil informere og supplere en opfølgende kvalitativ undersøgelse af klyngearbejdet samt en registerundersøgelse, der skal fokusere på forandringer i almen praksis som følge af klyngearbejdet.

10 Konklusion

Klyngerne er kommet godt fra start og opleves overvejende som et positivt tiltag, der skaber mulighed for faglige drøftelser, individuelle refleksioner og erfaringsudveksling. Friheden til selv at vælge emner og mødeform fremhæves som motiverende af de fleste, selv om det også kan opleves som en udfordring selv at skulle definere og organisere det nye arbejde med kollektiv og datadrevet kvalitetsudvikling.

Klyngemøderne udgør et fortroligt rum for refleksion og brug af data kan bidrage til en nysgerrig og ikke-dømmende faglig diskussion af forskellene mellem de praktiserende læger. Datadreven kvalitetsudvikling er dog udfordrende, når data skal indhentes fra de praktiserende lægers egne datasystemer, og når data giver anledning til længere diskussioner om validitet og/eller fortolkningsmuligheder. Dette stiller også krav til klyngekoordinatoren, som skal have et overblik over data og datas mulige begrænsninger samt kunne navigere i og styre eventuelle diskussioner om brugbarheden af data.

Klyngerne viser et potentiale som bindeled mellem almen praksis og samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen. Samarbejdet med regionerne har typisk været relateret til brug af den støtte, som de regionale kvalitetseenheder har stillet til rådighed i form af hjælp til datatræk og i form af klyngepakker. Der ses dog også en interesse for et samarbejde mellem klynger og kommuner. Dette samarbejde kan imidlertid blive udfordret af, at kommunerne ikke har en fælles indgang for klyngerne, hvorfra fx data kan rekvireres.

Klyngerne lader til at have et potentiale for at inspirere lægerne til at foretage ændringer i klinikken, hvad angår diagnostik og behandling samt organisering af arbejdet. Dertil kommer en oplevelse af tættere kendskab til andre læger i klyngen og til kommunale aktører og kommunale tilbud som andre typer af udbytte af klyngerne.

I undersøgelsen identificeres følgende opmærksomhedspunkter for en videre udvikling af klyngemodellen:

- Der bør være fortsat fokus på at fastholde de store frihedsgrader i klyngearbejdet, men også på, hvordan klyngekoordinatorerne kan understøttes i at lave gode møder med høj kvalitet i det faglige indhold.
- Det er væsentligt, at de data, som er til rådighed for klyngerne, på den ene side har en detaljeringsgrad og sammenlignelighed, som gør det muligt at udtrække læring, og på den anden side er tilpas afgrænsede til at kunne blive fremskaffet, præsenteret og forstået inden for rammerne af et klyngemøde.
- Det bør overvejes, om det skal præciseres, hvad der inden for rammerne af klyngemodellen menes med 'data' og 'datadrevet kvalitetsudvikling', bl.a. fordi dette kan have betydning for, hvilke emner klyngerne vælger at beskæftige sig med.
- Klyngernes potentiale som indgang til samarbejde på tværs af almen praksis og kommune kan styrkes ved at etablere en formel struktur, fx i form af en kontaktperson eller et samarbejdsforum i kommunen og eventuelt også kommunale klyngepakker, hvor tilgængelige data allerede er identificeret.
- Der bør dog også være opmærksomhed på at fastholde klyngerne som et internt forum for de praktiserende læger (evt. praksispersonale), hvor kvalitetsspørgsmål kan diskuteres i en tillidsfuld ramme.
- Der er behov for yderligere viden om, hvilke typer af udbytte klyngerne bidrager til, og ikke mindst på hvorledes klyngearbejdet påvirker de praktiserende lægers virke i egen praksis.

Litteratur

- Bundgaard, B. (2018). *Klynger skal booste kvalitet i almen praksis*. Tilgået d. 30-07-2018 på: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/klynger-skal-booste-kvaliteten-i-almen-praksis>
- Fischer, N.F. (2017). *PLO-formand håber nyt klyngesamarbejde vil tiltrække yngre læger*. Tilgået d. 30-07-2018 på: <https://dagensmedicin.dk/plo-formand-haaber-kvalitetsarbejde-overenskomst-tiltraekker-yngre-laeger/>
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (red.) (2013). *Improving patient care: The Implementation of Change in Health Care*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Hinchcliff, R., Greenfield, D., Westbrook, J.I., Pawsey, M., Mumford, V. & Braithwaite, J. (2013). Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-9.
- IKAS (2018). *Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis. 1. version, 4. udgave*. Aarhus: IKAS – Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.
- KiAP (2019). *Guide til klyngestart: Kom godt i gang med klyngerne*. Odense: KiAP – Kvalitet i Almen Praksis.
- KiAP (2020a). *Klyngestatistik og klyngekort*. Tilgået på: <https://kiap.dk/kiap/klynger/om.php>
- KiAP (2020b). *Klyngepakke: Type 2 diabetes: Behandling og kvalitet*. Odense: KiAP – Kvalitet i Almen Praksis.
- Kousgaard, M.B., Thorsen, T. & Due, T.D. (2019). Experiences of accreditation impact in general practice – a qualitative study among general practitioners and their staff. *BMC Family Practice*, 20(146), 1-13.
- Madsen, M.H. & Wadmann, S. (2019). *Forankring af akkreditering i speciallægepraksis: Et kvalitativt casestudie*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Melbye, T. (2018). *Nu kan de praktiserende læger formelt indgå i klynger*. Tilgået d. 30-07-2018 på: <https://dagensmedicin.dk/nu-kan-de-praktiserende-laeger-formelt-indgaa-i-klynger/>
- Olesen, F. (2017). *Aftale om klyngedannelse i ny PLO-aftale kan styrke det nære sundhedsvæsen*. Tilgået d. 30-07-2018 på: <https://kommunalsundhed.dk/aftale-klyngedannelse-ny-plo-aftale-kan-styrke-naere-sundhedsvaesen>
- Pedersen, L., Andersen, M., Jensen, U., Waldorff, F. & Jacobsen, C. (2018). Can external interventions crowd in intrinsic motivation? A cluster randomised field experiment on mandatory accreditation of general practice in Denmark. *Social Science & Medicine*, 211(2018), 224-233.
- Pomey, M.P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, D. & Contandopoulos, A.-P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process in Canadian healthcare organization. *Implementation Science*, 5(31), 1-14.

- Praktiserende Lægers Organisation (2020). *PLO faktaark*. København: PLO – Praktiserende Lægers Organisation.
- Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2017). *Aftale om almen praksis*. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation.
- Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation (2018). *Overenskomst om almen praksis*. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation.
- Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K. & Wong, G. (2018). Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae - A scoping review. *PLoS One*, 13(12), 1-19.
- Scottish Government (2017). *Improving together: A National Framework for Quality and GP Clusters in Scotland*. Edinburgh: Scottish Government.
- Smith, G. (2017). *Oplæg på debatmøde om klynger i almen praksis, Folkemødet Bornholm 2017*. Tilgået på: <https://www.youtube.com/watch?v=1oBkMhXQc4Y&app=desktop>
- Smith, G., Mercher, S.W., Gillies, J.C.M. & McDevitt, A. (2017). Improving together: a new qualitative framework for GP clusters in Scotland. *British Journal of General Practice*, 67(660), 294-295.
- Stanciu, M.A., Law, R.J., Parsonage, R., Hendry, M., Pasterfield, D., Hiscock, J., Williams, N. & Wilkinson, C. (2018). *Development and first application of the Primary Care Clusters Assessment (PCCA) in Wales*. Bangor: North Wales Centre for Primary Care Research, Bangor University.
- Waldorff, F., Nicolasdottir, D., Kousgaard, M., Reventlow, S., Søndergaard, J., Thorsen, T., Andersen, M., Pedersen, L., Bisgaard, L., Hutter, C. & Bro, F. (2016). Almost half of the Danish general practitioners have negative a priori attitudes towards a mandatory accreditation programme. *Danish Medical Journal*, 63(9), 1-5.

Bilag 1 Undersøgelse af klynger i almen praksis: det samlede forskningsdesign

Der findes meget lidt viden fra almen praksis om processen med at arbejde med kvalitet i fagfællesskaber, som dem klyngerne lægger op til. Parterne bag overenskomsten, dvs. PLO og Danske Regioner, har derfor ønsket, at der blev knyttet forskning til klyngemodellen med henblik på at opnå indsigt i klyngearbejdet.

VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis udarbejdede på opdrag fra KiAPs bestyrelse og følgegruppe et forskningsdesign, der skal give et konkret og dybdegående indblik i, hvordan klyngemodellen implementeres, og i hvilket omfang den bidrager til at understøtte kvalitetsudvikling i almen praksis, og hvilke effekter af klyngernes arbejde, der kan observeres på relevante parametre.

Det overordnede formål med forskningsprojektet er at skabe detaljeret viden om implementeringen af kvalitetsklynger i almen praksis, herunder de muligheder, udfordringer og effekter, der knytter sig til opstarten af klyngerne og kvalitetsarbejdet inden for de enkelte klynger.

Projektet vil således bidrage med forskningsbaseret viden om, hvordan klyngerne (i deres første leveår) kommer til at fungere som ramme for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Denne viden kan bruges som del af grundlaget for at vurdere behovet for eventuelle justeringer af programmet.

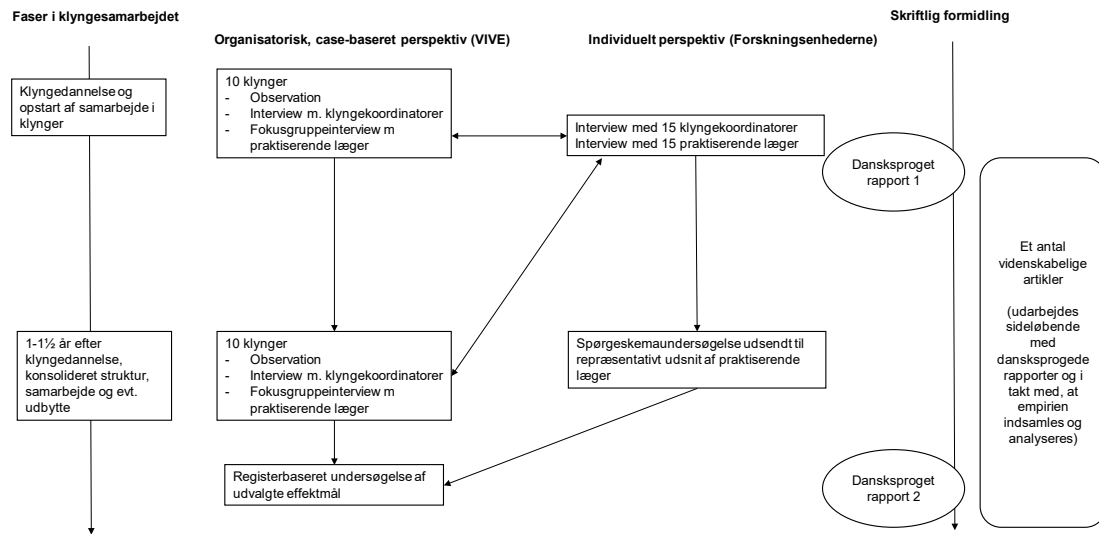
Projektet gennemføres i tre dele:

1. Kvalitativ undersøgelse af klyngernes opstart, samarbejdet i klyngerne og erfaringer med at oversætte ideer fra klyngearbejdet til klinikken. Den kvalitative undersøgelse gennemføres ad to omgange: umiddelbart efter klyngernes opstart (resultaterne præsenteret i denne rapport) og igen efter 1-1½ år.
2. Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om praktiserende lægers erfaringer med klyngearbejdet og sammenhænge mellem lægernes individuelle karakteristika og organisering i klyngerne.
3. Registerbaserede studier af effekten af klyngernes kvalitetsarbejde baseret på relevante mål for forandringer i klyngerne.

De tre delundersøgelser udgør selvstændige arbejdspakker men med fokus på at udvikle delundersøgelserne i samspil med hinanden og med gensidig brug af den viden, der produceres inden for hver af delundersøgelserne. Studiedesignet er udarbejdet, så de enkelte delundersøgelser supplerer og bygger oven på hinanden, og derfor gennemføres de enkelte delundersøgelser på forskellige tidspunkter over en fireårig periode (2019-2022).

Det samlede forskningsdesign og de indbyrdes relationer mellem delundersøgelserne er illustreret i Bilagsfigur 1.1 nedenfor.

Bilagsfigur 1.1 Undersøgelsens overordnede design



Kilde: VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis

Bilag 2 Supplerende information om rekrutteringsprocessen

Interviewundersøgelsen

Klyngekoordinatører	Hvor mange henvendte vi os til?	Hvor mange afviste at deltage?	Eventuelle begrundelser	Hvor mange besvarede ikke henvendelsen?
I alt	18	3	En havde ikke tid En fortalte, at klyngen havde haft for få møder til, at det gav mening at deltage i undersøgelsen En gav ikke en begrundelse	0

Klyngemedlemmer	Hvor mange henvendte vi os til?	Hvor mange afviste at deltage?	Eventuelle begrundelser	Hvor mange besvarede ikke henvendelsen?
I alt	31	7	Fire havde ikke tid. En var syg. En ønskede ikke at deltage. En var det ikke relevant for, da vedkommende ikke havde deltaget i de to klyngeomøder, der havde været afholdt i klyngen.	10

Casestudiet

	Hvor mange henvendte vi os til?	Hvor mange afviste at deltage?	Eventuelle begrundelser	Hvor mange besvarede ikke henvendelsen?
I alt	12	2	Klyngekoordinatoren havde drøftet invitationen med klyngen og meldte tilbage, at de var så tidligt i etableringsfasen, at de vurderede det som præmaturligt at invitere forskere med til klyngeomøder, vel vidende at etableringsprocessen var en del af undersøgelsens fokus. Klyngekoordinatoren havde drøftet invitationen med klyngens bestyrelse og begrundede afslaget med mange opgaver i relation til klyngeetablering og manglende tid til at medvirke i interview	0

Bilag 3 Emner i interviewene

Overordnede emner	Indhold/underemner	Kommentar
Klyngens etableringsproces og organisering	Forløbet, herunder registrering, valg af klyngekoordinator, klyngens eventuelle udspring fra andre faglige netværk, beslutninger om klyngens organisering og arbejdsform, Mødefrekvens, bestyrelse, arbejdsdeling, diverse vedtægter.	Spørgsmål under dette emne blev primært stillet til klyngekoordinator, men nogle spørgsmål blev også stillet til medlemmer (fx mht. inddragelse i beslutninger om arbejdsform og emnevalg)
Klyngekoordinatorrollen	Motivation og baggrund for at blive koordinator, ansvarsområder og opgaver i klyngen, udfordringer og muligheder i arbejdet samt evt. behov for støtte og ønsker til kompetenceudvikling	Spørgsmål under dette emne blev kun stillet til klyngekoordinator
Mødernes form og indhold	Mødernes typiske forløb, mødeemner, oplevelser af emnernes relevans, fordele og ulemper ved plenum sessioner og gruppearbejde	Spørgsmål under dette emne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer
Fremskaffelse og brug af data i forbindelse med møderne	Erfaringer med fremskaffelse og brug af data på møderne, præsentation, tolkning, anonymitet, variationer, oplevelsen af drøftelser om data på møderne, evt. opfølgning, muligheder og begrænsninger ved databaserede klyngemøder	Spørgsmål under dette emne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer
Eksterne aktører på møderne og ekstern support	Hvilken rolle har eksterne aktører spillet på møderne som oplægsholdere, hvordan har regionale kvalitetsenheder, KiAP, PLO ydet support?	Spørgsmål om de eksterne aktørers bidrag på møderne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer, mens spørgsmål om support primært blev stillet til klyngekoordinatorer
Klyngemedlemmernes engagement	Motivation for deltagelse, fremmøde, engagementet på møderne, villighed til at dele data	Spørgsmål under dette emne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer
Implementering i egen praksis	Hvorvidt og hvordan deltagerne har foretaget ændringer i egen klinik på baggrund af klyngemøderne samt evt. udfordringer herved, personalets rolle	Spørgsmål under dette emne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer
Andre oplevede konsekvenser af klyngedeltagelsen	Relationer til kolleger, samarbejde med eksterne aktører, evt. overlap med andre faglige netværk som DGE-grupper og PLO-K	Spørgsmål under dette emne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer
Holdninger til - og vurderinger af klyngekonceptet og klyngemøderne	Positive og negative konsekvenser ved klyngerne (fx betydning for generel arbejdsglæde og trivsel), ønsker og forventninger til klyngesamarbejdet fremadrettet	Spørgsmål under dette emne blev stillet til både klyngekoordinator og medlemmer

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD