

# Proaktive lægehuse anno 2010

Individuelle beskrivelser af otte lægehuses vej  
mod en proaktiv kronikerbehandling

Amalie Hauge-Helgestad · Martin Sandberg Buch · Anja Elkjær Rahbek

PUBLIKATION JANUAR 2012

DSI

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)



Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut  
Dampfærgevej 27-29  
Postboks 2595  
2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00  
Fax +45 35 29 84 99  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-675-4 (elektronisk version)  
Projekt 2751

Design og opsætning: DSI og MONTAGEbureauet



## Forord

Denne rapport er nummer to af de to produkter, som tilsammen formidler resultaterne af Dansk Sundhedsinstituts undersøgelse af proaktive lægepraksis anno 2010. Der er også udarbejdet en publikation, som analyserer på tværs af de otte casebeskrivelser, der er samlet i denne rapport.

Nærværende rapport indeholder en detaljeret beskrivelse af hver af de otte lægepraksis, der indgår i DSI's undersøgelse af proaktive lægehuse. Formålet med beskrivelserne er at give praktiserende læger mulighed for at få et detaljeret indblik i, hvordan udviklingen mod en proaktiv kronikerbehandling, der deles med klinisk personale, er grebet an i de enkelte praksis.

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

Dansk Sundhedsinstitut ønsker at takke de læger, der har deltaget i undersøgelsen. Vi ønsker også at takke Danske Regioner for deres bevilling til projektet. Praktiserende læge Lars Rytter skal have tak for sparring til projektdesign og udvikling af interviewguides. Karen Nørskov Toke, udviklingschef for praksisenheden i Region Hovedstaden, og Jørgen

Peter Ærthøj, praktiserende læge og koordinator for Nord-Kap enheden i Region Nordjylland, skal have tak for hjælpen med at udvælge de lægehuse, der har deltaget i undersøgelsen. Endelig skal seniorkonsulent Liselotte Grønvald fra Praktiserende Lægers Organisation have tak for konstruktive kommentarer på 1. udkast af rapporten.

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

*Jes Søgaard*  
*Direktør, professor*  
*Dansk Sundhedsinstitut*

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Introduktion til casebeskrivelserne</b> .....	<b>5</b>
1.1 Casebeskrivelsernes opbygning .....	5
<b>2. Lægehus H1: Drivkraften er høj faglig stolthed</b> .....	<b>6</b>
2.1 Fra 2005-2010: Fra sjælsrystelse til overskud .....	6
2.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	9
<b>3. Lægehus H2: Struktur har givet os ro</b> .....	<b>12</b>
3.1 Fra 2005-2010: Fra frustration til ro .....	12
3.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	15
<b>4. Lægehus H3: Hviler på laurbærrene efter stor udvikling</b> .....	<b>18</b>
4.1 Fra 2005-2010: Fra knaldhytte til palads .....	18
4.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	21
<b>5. Lægehus H4: Behandlingen er systematiseret og uddelegeret</b> .....	<b>23</b>
5.1 Fra 2005-2010: Behandlingen systematiseres .....	23
5.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	26
<b>6. Lægehus N5: Sygeplejersken er afgørende for udviklingen</b> .....	<b>28</b>
6.1 Fra 2005-2010: Personalet får en større rolle .....	28
6.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	30
<b>7. Lægehus N6: Mere personale og et større lægehus gør det muligt at arbejde proaktivt</b> .	<b>33</b>
7.1 Fra 2003-2010: Mere personale, større lokaler og flere patienter .....	33
7.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	36
<b>8. Lægehus N7: Bedre kvalitet til samme penge</b> .....	<b>39</b>
8.1 Udviklingsproces fra 2005-2010: Fra kaos til stjernestatus .....	39
8.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	42
<b>9. Lægehus N8: Vi har mange udviklingsmuligheder foran os</b> .....	<b>44</b>
9.1 Fra 2005-2010: Tre ryk i den ønskede retning .....	44
9.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010 .....	47

# 1

## Introduktion til casebeskrivelserne

---

### 1.1 Casebeskrivelsernes opbygning

Hver casebeskrivelse består af to beskrivende afsnit: 1) Praksissens udvikling af deres kronikerbehandling fra 2005-2010 og 2) praksissens nuværende organisering af deres kronikerbehandling.

#### 1.1.1 Praksissens udviklingshistorie fra 2005-2010

Dette afsnit fokuserer på, hvad der har sat gang i den enkelte praksis udvikling. Alle casebeskrivelser starter med en kort intro og en figur, der illustrerer praksissens udvikling. Figuren indeholder dels de milepæle, som lægerne har præsenteret via interview, dels faktuelle oplysninger, der viser, hvordan praksissens personaleresourcer, lokaler og antallet af tilmeldte patienter har udviklet sig over tid.

Med udgangspunkt i figuren følger en beskrivelse af, hvad lægerne har gjort for at gøre deres behandling mere proaktiv, og deres vurdering af hvor langt de er nået. Vi gennemgår udviklingen kronologisk og beskriver de mest cen-

trale milepæle og udfordringer, som det enkelte lægehus har fremhævet under interview. Desuden præsenterer vi lægernes vurdering af, hvad det betyder for deres praksis at have omlagt – eller være i gang med at omlægge – deres kronikerbehandling.

#### 1.1.2 Praksissens kronikerbehandling 2010

Den anden del af casebeskrivelsen udfolder i detaljer den enkelte praksis' organisering af kronikerbehandlingen, som den er i dag. Afsnittet beskriver, hvordan praksissen arbejder med opsporing, hvordan den enkelte patients behandlingsforløb organiseres, hvordan der følges op på patienter, som udebliver fra planlagte kontroller, samt hvornår og hvordan lægerne bruger henvisninger som led i behandlingen. Endelig indeholder afsnittet en beskrivelse af praksissens kvalitetsarbejde i relation til faglig opdatering og udvikling af kronikerbehandlingen samt monitorering af deres patientpopulation. ■

## 2 Lægehus H1: Drivkraften er høj faglig stolthed

For lægehuset H1 er det et sammenfald af begivenheder omkring 2007, der for alvor sætter gang i udviklingen af deres kronikerindsats. Under interviewet fortæller lægerne, at deres praksis længe *har haft ry for at gøre det godt*. Da en af ejerlægerne siger op i 2007, betyder det – udover en *ridse i selvpfattelsen* – at deres patienter bliver fritstillede og derfor aktivt skal vælge H1 til som praksis. Lægerne husker, hvordan det var:

*“Det føltes, som om vi skulle til eksamen. Vi havde et halvt år, hvor vi følte os som hunde i et spil kegler.”*

Lægerne får dog vendt det, de kalder en "sjælsrystelse" til noget positivt og bruger anledningen til få implementeret de initiativer, som allerede var udviklet og lå klar til brug.

Det, som driver lægerne fra H1 til at udvikle deres behandling af kroniske sygdomme, er *den gode gamle lægeholdning om at hjælpe sine nærmeste* og et højt fagligt ambitionsniveau:

*“Vi gør det jo også for vores egen skyld. Jeg har altid vidst, at jeg skulle arbejde i en praksis, som var god. Jeg har stået mange gange på sygehuset og hørt “ja ja, de kommer jo bare ude fra almen praksis!”, og sådan skal det ikke være i min praksis! Så her er en høj faglig stolthed.”*

### 2.1 Fra 2005-2010: Fra sjælsrystelse til overskud

Den første grundlæggende milepæl i H1's udvikling mod en systematisk og proaktiv kronikerbehandling var, da de begyndte at diagnosekode deres patienter og konsultationer.



Ejerlæger: 5 (2 som delepraksis)  
Uddannelseslæger: 1-2  
Sygeplejersker: 3  
Sekretærer: 2  
Patienter: 6.200

Lægehuset udgøres af 5 sammenlagte lejligheder over det lokale indkøbscenter i en forstad til København.

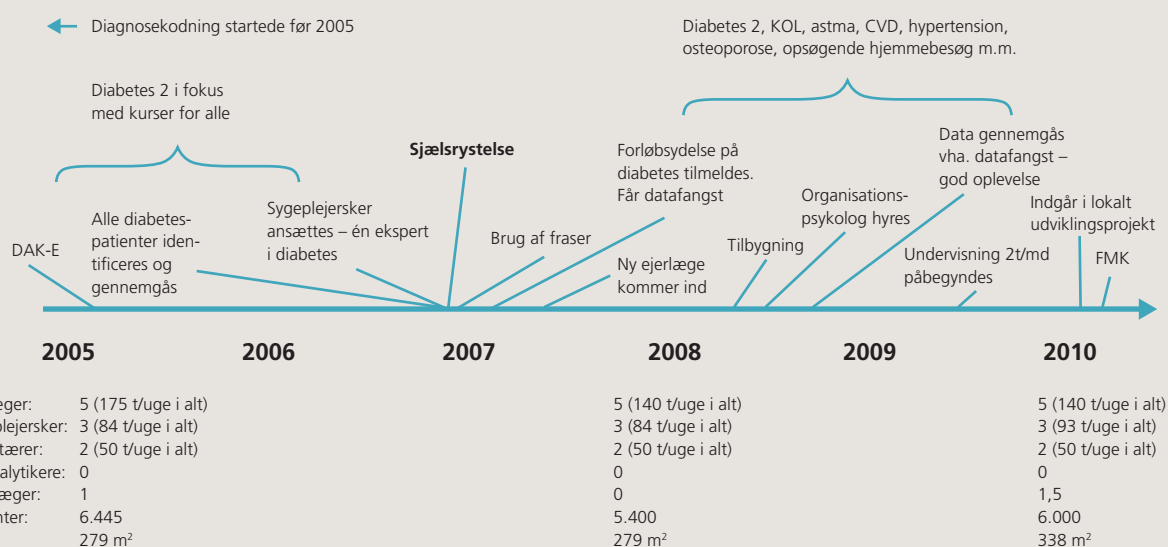
Fra 2005 til 2006 havde lægehuset meget fokus på diabetes type 2. Det fokus kom sig af, at en af ejerlægerne fra H1 i 2005 blev ansat som praksiskonsulent i DAK-E, hvor han blev en del af det miljø, der arbejder med datafangst:

*“Han fik hurtigt italesat type 2 diabetes. Den kronikerdiagnose fik vi hurtigt fokus på. Der kom også fokus på samarbejde mellem almen praksis og sygehusene på det område, og både sygeplejerskerne og vi var på rigtig mange kurser, så det hele summede af type 2 diabetes.”*

Hele lægehuset var på den måde involveret i at udvikle diabetesbehandlingen. Alligevel lykkedes det dem ikke for alvor at få sat udviklingen i gang:

*“Der skete bare ingenting! Vi talte så meget om, at vi skulle have styr på det, og patienterne fik foldere, og vi ville rigtig gerne. Men intet skete, og det var meget mærkeligt.”*

Figur H1.1: Lægehus H1's udvikling



Efter nogle års stilstand kom lægehusets 'sjælsrystelse' i 2007, og endelig lykkedes det dem at få gennemført en række tiltag, som de beskriver som afgørende for etableringen af den behandling af kroniske sygdomme, de har i dag.

For det første ansatte de en ny sygeplejerske, som havde stor erfaring med diabetesbehandling. Hun kunne bygge videre på det arbejde, en af ejerlægerne allerede havde været i gang med, nemlig at tælle alle diabetespatienter og tjekke, om de havde den rigtige diagnose. Lægerne fortæller, at sygeplejerskerne var – og er – rigtig gode til det systematiske arbejde.

*"De er så pligtopfyldende, og de vil rigtig gerne have de bolde, vi kaster op, ned på jorden og få at vide, hvordan tingene skal være."*

Samtidig med at der ansættes en ny sygeplejerske, indgår lægehuset i et kommunalt pilotprojekt om diabetes og KOL, og det er også med til at styrke især deres diabetesbehandling.

Lægerne fra H1 fortæller for det andet, at et andet afgørende skridt i deres udvikling var, at de tilmeldte sig forløbsydelsen i 2007:

*"Forløbsydelsen vedrører jo kun type 2 diabetes, men hvis man diagnosekoder mere end 70 % af sine henvisninger, så får man adgang til mange ting! Dengang betød det, at vi kunne flytte os fra diabetes til hypertension, KOL, CVD, osteoporose, børnevaccinationer og meget mere. Vi kunne bruge oceaner tid på at kigge i det program og se, hvordan vores patienter klarer sig!"*

Lægehuset brugte på den måde datafangst til at udvide systemiseringen af deres behandling, så den ikke kun omfattede diabetes, men også en række andre kroniske sygdomme. Til hver sygdom blev et makkerpar bestående en sygeplejerske og en læge ansvarlige for at udvikle en frase, som blandt andet skulle sørge for, at behandlingen følger DSAM's anbefalinger og huske lægerne og sygeplejerskerne på at diagnosekode, sådan at de fortsat kan monitorere og kvalitetssikre deres behandling.

I 2007 fik klinikken en ny ejerlæge, da en af kompagnonerne sagde op. Den nye ejerlæge havde tidligere været vikar i klinikken, men ville gerne indgå som ejerlæge, fordi klinikken havde den faglige tyngde og det engagement, hun ledte efter. Under interviewet beskriver lægerne dette skift som en milepæl for udviklingen, dels fordi det som beskrevet rystede lægerne, at kompagnonen ikke længere ville være i praksis, og dels fordi den nye læge trådte ind i klinikken med frisk energi og masser af ideer.

I starten af 2008 fik lægerne lavet en tilbygning til klinikken på 59 m<sup>2</sup>. Formålet var lave flere konsultationsrum og at skabe bedre plads til uddannelseslæger og praksispersonale. Samtidig fik lægehuset flere patienter. I starten af 2008 var antallet af tilmeldte patienter faldet fra 6.445 (år 2005) til

5.400, fordi ca. 1.600 af klinikkens patienter (svarende til et ydernummer) i forbindelse med kompagnonens fratrædelse blev 'fritstillet'. Det blev dog ikke mere end 700 patienter, der ikke tilmeldte sig igen, og allerede i 2010 har klinikken 6.200 tilmeldte patienter.

2007-2008 var på den måde en periode præget af forandring og nye tiltag, og lægerne fortæller, at der var alt for mange bolde i luften til, at de kunne nå at gribe dem alle sammen. For at få styr på arbejdsgangen i den udvidede klinik hyrede de en organisationspsykolog. En af lægerne fortæller:



*"Det blev en milepæl i vores forandring. [...] Hun tog vare på os. Hun fik sat ord på vores mange ressourcer, men fandt ud af, at sådan som vi havde indrettet os, kunne det ikke lade sig gøre. Og det var så dér, vores personale sagde, at de gerne ville arbejde en time mere om måneden. Og hun [organisationspsykologen] sagde også, at vi skulle lave skemalagt undervisning en gang om måneden i to timer."*

Helt konkret holdt organisationspsykologen en workshop, hvor både læger og al personale skulle deltage. Her blev rollefordelingen beskrevet i detaljer og diskuteret:

*"Vi lavede et stort 'brownpaper' – jeg tror det fyldte seks meter. Det hængte vi op på væggen. Så skrev vi de forskellige personer på og gik rundt med post-it's med de forskellige opgaver. Både de administrative og faglige. Jeg skulle skrive, hvad jeg synes, de andre skulle lave og omvendt. På den måde fik vi for eksempel synliggjort, at den ene kompagnon lavede alt for meget administrativt. Det fik vi så flyttet rundt på."*

På den måde blev lægerne og det øvrige personale bevidste om den førhen 'tavse' arbejdsdeling. Det gjorde dem i stand til at organisere sig på en måde, så de kunne nå de ting, de ville.

### 2.1.1 Det gik let: Brugen af hjælpemidler som datafangst og Det Fælles Medicinkort (FMK)

Lægerne i H1 har været rigtig glade for de nye værktøjer, de har introduceret i klinikken i løbet af omlægningen af deres kronikerbehandling. Det mest centrale værktøj er i den forbindelse datafangst. Den kompagnon, som var medlem af DAK-E, sørgede for, at klinikken blev tilmeldt datafangst, og at hans kollegaer blev introduceret til brugen af det.

Her fortæller en af ejerlægerne om første gang, hun så lægehusets tal opgjort ved hjælp af datafangst:

*"Det var en begivenhed, jeg aldrig glemmer. Vi havde brugt så lang tid på at forberede det, og da vi så alle vores data*

*på skærmen: Det var dæleme en fed oplevelse! Vi kunne se alt på én gang! Dét følte vi, at vi fik løn for vores arbejde! Og dét har drevet os lige siden, så vi laver den konsekvente kodning og arbejder med fraserne."*

For lægerne i lægehus H1 var det et afgørende skridt i udviklingen af deres kronikerbehandling, at de indførte datafangst. Dels fordi det gjorde det muligt for dem at drage nytte af det arbejde, de havde lagt i diagnosekodningen, og dels fordi det gjorde det muligt at få øje på de områder, hvor de haltedede bagefter.

I 2009-2010 deltog lægehuset desuden i et lokalt udviklingsprojekt, som var en forlængelse af det pilotprojekt, de tidligere havde deltaget i (jf. foregående afsnit). Formålet med projektet var at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens kronisk syge patienter og at udvikle samarbejdet mellem de alment praktiserende læger og sygehusene i kommunen. En af deres sygeplejersker deltog som projektleder i projektet og fik orlov fra klinikken. Lægerne fortæller, at deltagelsen i projektet gjorde, at de fik yderligere fokus på kronikerbehandlingen.

Udover datafangst og arbejdet med fraserne deltager lægehus H1 i udviklingen af det Fælles Medicinkort (FMK). Det nævner de som et afgørende 'teknisk' skridt i retning mod at kunne arbejde proaktivt med behandlingen af patienter med kroniske sygdomme. De beskriver FMK som:

*"... et fantastisk værktøj. Jeg kan se, hvad patienten har fået af sygehuset og af speciallæger. Det har hjulpet os rigtig meget, at vi gik med i det projekt."*

Lægerne beskriver FMK som det foreløbigt sidste skridt, de har taget for at gøre deres kronikerindsats bedre.

### 2.1.2 Udfordring: Det tager tid at arbejde proaktivt

Lægerne nævner dog også, at det har været en udfordring at få den nye arbejdsgang med de mange nye rutiner op at køre: *Det har ikke været let – ting tager tid.* Derfor har lægerne helt konkret valgt at afsætte en ekstra time pr. måned til faglig udvikling. Det er sket ved, at alle læger og ansatte er gået en time op i tid, samtidig med at en times konsultationstid er konverteret til mødetid.

De proaktive rutiner, der skal følges, betyder også, at arbejdsdagen bliver mindre fleksibel, fordi fraserne udfylder konsultationstiden:

*"Tiden er der ikke blevet mere af; du skal jo udfylde en frase på 12 spørgsmål. De får en halv time – og det er jo meget. Det er ikke nemt. Man må tydeliggøre, at det er diabetes i dag og ikke knæ. Nogle gange springer jeg også over nogle af de der spørgsmål, fordi patienten ikke lige kan eller vil. Der er meget registrering, og der bliver ikke mindre at lave og lære."*

I forhold til de positive konsekvenser, som den nye struktur på kronikerbehandlingen giver, vurderer lægerne dog, at den

ekstra tid, de må bruge på indtastninger og på at følge skemaer, er godt givet ud.

### 2.1.3 Status: Vi er nået rigtig langt

Lægerne er stolte af de resultater, de har opnået inden for de sidste fem år, men det betyder ikke, at de er færdige:

*"Vi er nået rigtig langt. Organisationspsykologen sagde, at hun aldrig havde oplevet, at nogen havde handlet på deres beslutninger på den måde før. Vi havde lavet alt det, vi havde sagt til hende, vi ville. Så det er rigtig godt. Men nu må vi se; nu går to af vores sekretærer på pension i januar, og så kommer der to nye unge, som formentlig kan noget mere, og så laver vi processen igen og måske prøver at flytte noget mere."*

Lægehusets behandling af de største kroniske sygdomme ligger i dag i faste rammer, der sikrer patienterne et systematisk og proaktivt forløb.

En udfordring undervejs i udviklingen har været at bibeholde kvaliteten i behandlingen af de sygdomme, der ikke fylder så meget i dagligdagen, fordi de risikerer at stå i skyggen af de tre store: diabetes, KOL og hypertension. Lægerne fortæller blandt andet, at deres astmabehandling før 2005 var det vedvarende behandlingsforløb, som kørte bedst, men at det kom *til at sejle lidt* som følge af det store fokus på nye diagnoser. Lægerne vurderer dog, at astmabehandlingen i dag er ved at have *restitueret*.

Status for lægerne i dag er, at behandlingen af de kroniske sygdomme samlet set er blevet lagt i gode rammer og kører godt. Dog oplever lægerne, at KOL-behandlingen giver dem nogle udfordringer, som de gode rammer ikke kan løse.

*"Problemet er, at vi ved, at vi har mange KOL-patienter. Og vi giver dem alle tid til lungefunktionsundersøgelser, men de aflyser. Derfor fanger vi ikke vores KOL. Jo, vi forsøger, men de vil ikke fanges. Det er noget helt andet med diabetes og hypertension. KOL det er lavstatus. Det er udfordringen. Vi må sige til patienterne, at det er en okay sygdom: "Vi vil gerne hjælpe dig med at trække vejret bedst muligt. At du har valgt at ryge, det er okay." Det er svært for patienterne at forstå vigtigheden af, at vi laver årskontrol og gerne vil følge deres lungefunktion. Så det kører jo rigtig godt, men problemet er, at patienterne er svære at fange og svære at fastholde i forløb."*

### 2.1.4 Vurdering: Konsekvenserne af at have en proaktiv behandling

Lægerne fra H1 vurderer, at uddelegeringen af opgaver til personalet og den nye struktur på kronikerbehandlingen har en række konsekvenser for deres arbejde og behandling i klinikken. Her fremhæver vi tre centrale konsekvenser: 1) Bedre kontrollerede patienter, 2) at lægehusets henvisningsmønster er forandret, og 3) at lægerne yder mere og bedre, samtidig med at de arbejder mindre.



### Bedre kontrollerede patienter

Det lægerne nævner som den største forskel på lægehusets behandling, som den ser ud i dag sammenlignet med i 2005, er, at de har bedre styr på, hvordan og hvor tit deres patienter bliver kontrolleret. Det skyldes primært, at de er begyndt at bruge datafangst til at lave systematiske og populationsbaserede kvalitetstjek af deres behandling. Lægerne har altid fuldt DSAM's vejledninger, men tidligere vidste de ikke, hvor gode de var:

*"Dem der gerne ville gå her og kom af sig selv, de blev behandlet godt. De andre ... [trækker på skuldrene] tjah... Og det er det, datafangst kan vise os mere om: Den der opsøgende adfærd, vi har nu, der får vi dem til at komme. Den sidste opgørelse siger, at 14 patienter glemte deres tid det sidste halve år. 12 af dem kom efter at have fået brev. Og det aner jeg ikke noget om, hvordan var i 2005!"*

### Strukturen giver overskud, men kræver tid

Den systematik, som lægerne har opnået i behandlingen af kroniske sygdomme, betyder også, at de har mere overskud: Jo mere struktur i hverdagen, jo mere kan vi overskue selv. Strukturen har de opnået gennem arbejdet med fraser og kodning:



*"Det at have adgang til data og fraserne sikrer os, at de oplysninger, der skal kodes ind, bliver det. Vi vil gerne være så rationelle som muligt. Det har også været en stor gevinst for vores uddannelseslæger. Det har givet en systematik og ensartethed, så det har været nemmere at være her."*

### Færre akutte og flere forebyggende henvisninger

Lægerne har som en tredje konsekvens ændret deres henvisningsmønster, sådan at de stort set aldrig henviser deres kronikerpatienter akut, men til gengæld har flere forebyggende henvisninger.

De færre akutte henvisninger skyldes to ting: For det første at lægerne har fået så godt styr på kronikerbehandlingen, at det er sjældent, at patienterne kommer ind med noget akut. Med diabetes som eksempel fortæller lægerne desuden, at de synes, at deres behandling er ligeså god som på det lokale sygehus' diabetesafdeling, og at de nu kun henviser, hvis den diabeteskyndige sygeplejerske i sjældne tilfælde siger, at de skal. For det andet skyldes de færre akutte henvisninger, at lægerne har mere overskud: *Er man stresset, så ryger der flere henvisninger af sted – fordi vi magter mindre.*

På den anden side har omlægningen til en mere proaktiv behandling betydet en fase med flere henvisninger end

normalt. Her eksemplificerer lægerne med KOL-behandlingen: *"I forhold til henvisninger på KOL: Der er flere patienter, vi har haft oppe på [et sygehus], hvis vi har været i tvivl, for at få spirometri eller røntgen eller en vurdering. Vi gjorde alle KOL-patienter op – og så er der rigtig mange, som faktisk ikke har KOL. Og det må lungeklinikken jo hjælpe med at afklare. Derfor har vi haft mange henvisninger på KOL det sidste års tid, indtil nu, hvor vi har fundet ud af, hvad vi kan selv."*

### Flere og bedre ydelser samtidig med en kortere arbejdsuge

Desuden mener lægerne, at de yder mere. Det skyldes, at det jo har givet mange flere konsultationer, når patienterne skal have fire kontroller. Desuden medfører den proaktive tilgang, at der dukker nye ydelser op:

*"Det at få stillet kronisk sygdom er en livslang proces. Det betyder, at nogle patienter har haft blodtryksapparat med hjem – og hvis det så er nødvendigt, så får de rådgivning om livsstilsforandringer og så videre. Så der er dannet nogle nye ydelser, som vi ikke har haft tidligere. Det at arbejde med kronikere skaber nye blomster, der skal varetages."*

Lægehuset laver altså flere ydelser, selv om lægerne – som det fremgår af figur H1.1. – gennemsnitligt arbejder 35 timer mindre, end de gjorde i 2005. Til gengæld arbejder sygeplejerskerne ni timer mere om ugen, ligesom lægerne gør større brug af uddannelseslæger. Disse ændringer i timetallene indikerer, at der er sket en opgaveoverdragelse fra ejerlæger til andet personale, som gør det muligt for lægerne at have en kortere arbejdsuge, samtidig med at de vurderer, at patienterne får en bedre behandling.

## 2.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra N9 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### 2.2.1 Tidlig opsporing: Udfordringen er at nå dem, der har brug for det

Lægehus H1 arbejder med tidlig opsporing i forbindelse med helbredstjek, ved øget sandsynlighed for komorbiditet, eller hvis patienten er overvægtig eller ryger. Den tidlige opsporing består i at spørge ind til patientens livsstil og supplere med relevante kliniske prøver. Lægehuset har dog ingen fælles og faste procedurer for, hvordan den enkelte læge gør. Lægernes vurdering af kernen i arbejdet med opsporing er:

*"Det er ganske almindelig lægeadfærd. Når jeg ser patienten, så tænker jeg over, om der kan være noget. Og nej. Der*

*vil fraser ikke være en hjælp. Jeg magter ikke at opspore med flere sedler, patienten har jo i forvejen taget diverse tests på nettet.”*

Lægerne har en oplevelse af, at en øget bevidsthed om sygdom i samfundet gør, at folk – udover at tage tests på nettet – oftere går til lægen uden symptomer for at være på den sikre side. De læger, som deltager i interviewet, har lidt forskellige holdninger til, hvorvidt den her bølge med opsporing og forebyggende tiltag er gavnlig. Den yngste læge, som deltog i interviewet nævner, at:



*“Vi kan jo lave et helbredstjek, når der kommer en 40-årig ryger. Nu har vi lavet en samlet ‘helbredsblodprøve-pakke’, som de får taget, inden de får en halv time hos sygeplejersken. Der får de gennemgået alt. Så vi er gået mere med på den bølge med opsporing.”*

Hvortil den anden læge (som er en del ældre) siger:

*“Jeg er ikke helt gået med på den bølge endnu. Der er kommet en antagelse om, at man kan måle og veje sig til alt. Og så kommer det meget bag på folk, når de så senere fejler noget, når de nu var blevet undersøgt. Jeg vil ikke bare tage et blodtryk uden samtale. De skal svare på: ‘Er der gener, vi skal være opmærksomme på? Vil du lave forandringer?’ Og så sætter vi noget i gang og følger op på det bagefter – for at få sat motivationshjulet i gang. Men jeg har da også givet lidt op. I min ideelle verden gør man ikke sådan, men hvis patienter skal holdes på et effektivt omkostningsniveau, må lægen også være passende imødekommende – altså ikke for afvisende: ‘Hvad vil du bruge den undersøgelse til?’. Men hvis lægen ikke vil, så vil patienten måske bare bruge sin sundhedsforsikring.”*

Den sidste læge beskriver altså et dilemma i forhold til, hvorvidt patienterne skal have adgang til helbredsundersøgelser, når de efterspørger det, selv om de ikke nødvendigvis har nogle symptomer eller vilje til at forandre noget. Hun ender med at argumentere for, at lægen måske alligevel bør lave helbredstjekket, blandt andet fordi patienten måske ellers vil bruge sin sundhedsforsikring.

De to læger er enige om, at økonomi kommer til at spille en rolle i forhold til, hvad den konkrete beslutning bliver, og argumenterer, at *når vi har de her sygeplejersker, så kan vi jo lige så godt gøre det*. På den anden side er de også enige om, at de opsporende helbredsundersøgelser sjældent er til stor nytte, fordi det *ofte er ressourcepersoner, der henvender sig*, hvor det i virkeligheden er de *ressourcesvage* patienter, der kunne have brug for dem.

Når lægerne forsøger at opspore en kronisk sygdom tidligt, kan det for eksempel være, hvis patienten kommer i forbindelse med noget andet, de vil have undersøgt. Her er lægerne opmærksomme på, om patienterne har nogle risikosymptomer.



*“Det er ikke svært at se, om det er en ryger. Så spørger vi til, om de overvejer at holde med at ryge. Og hvis de vejer for meget, spørger vi til, om de har sukkersyge i familien. Så det bliver tit en parentes i en konsultation, som handler om noget andet: ‘Vil du også have målt dit kolesterol og sukker?’”*

### 2.2.2 Forløb til kroniske patienter

Når en patient er blevet diagnosticeret med en kronisk sygdom, igangsættes et fast forløb. Forløbet starter med en samtale hos lægen, som handler om, hvad det betyder at have en kronisk sygdom, og hvordan patientens indsats bør være. Opstartssamtalen er struktureret af en fast frase til hver sygdom, som sikrer, at der lægges en etårig plan for patientens behandlingsforløb i praksis, samt de livsstilsændringer som anbefales. Planen varer i udgangspunktet frem til næste årskontrol, og antallet af kontroller fastlægges efter patientens sygdomsbillede og en samlet vurdering af behovet for opfølgning og vejledning.

Planen indeholder plads til kvantitative registreringer som blodprøver, vægt og andre fakta, og kvalitative som hvorvidt patienten er motiveret til rygestop eller kostomlægning. For de fleste sygdomme er det sådan, at lægerne står for årskontrollen og sygeplejerskerne for de øvrige kontroller. Årskontrollerne ligger i den måned, patienten har fødselsdag, så både lægerne og patienterne kan huske det.

Arbejdsdelingen gør, at sygeplejerskerne har mest at gøre med de kroniske patienter, og lægerne fortæller, at det har forandret deres arbejdsdag og givet dem en mere superviserende rolle i forhold til sygeplejersken.

*“Det er vigtigt, vi ikke afviser sygeplejerskerne – de skal være trygge. Hvis de spørger, er det nok, fordi at de er usikre, og ikke bare fordi de burde have vidst det. Nu hvor vi har flere opgaver hos sygeplejersker, så går det meste af timen midt på dagen med at følge op på patienter. Det administrative er rykket til eftermiddagen. Der er en forventning om at svare på spørgsmål, inden jeg går hjem.”*

Hvis en patient ikke dukker op til sine kontroller, skriver sekretærerne i første omgang et brev til patienten. Men de går ikke hver måned ind og tjekker, om alle patienterne er mødt op. Hvis patienten på trods af brevet ikke møder til kontrollen, kan lægerne skrive i journalen, at *patienten har et compliance-problem*. Desuden har lægehuset deltaget i et pilot-

projekt omkring FMK, som har givet dem mulighed for at kunne holde øje med patientens medicinforbrug.

### 2.2.3 Henvisning: Når vi ikke kan skrue mere på knapperne

Lægerne fortæller, at når de engang imellem må henvise en patient med en kronisk sygdom til ambulatorium eller speciallæge, er det oftest, fordi sygdommen ikke er under kontrol.

*“Det skyldes, at vi må give op. Med de knapper, vi har at skrue på, kan vi ikke skrue mere. Hvis deres tal ikke er i orden, eller for eksempel hvis KOL-patienterne er blevet så dårlige, at de skal have ilt.”*

Lægerne fortæller, at henvisning af patienter med kronisk sygdom ikke udgør et pres for viderehenvisning, fordi patienterne foretrækker at komme i klinikken frem for på hospitalet eller andre steder. Udfordringen er derfor snarere, at lægerne ofte har patienter i klinikken, som egentlig var 'sendt videre'. Det drejer sig blandt andet om patienter, som ikke dukker op på for eksempel ambulatoriet, eller som ambulatoriet heller ikke opnår resultater med. Selv om det ikke er optimalt, er lægerne glade for, at denne patientgruppe kommer i deres klinik, fordi det trods alt er bedre, end at vedkommende forsvinder helt ud af systemet.

### 2.2.4 Kvalitetsarbejde og uddannelse udgør fundamentet for kronikerindsatsen for H1

Som tidligere nævnt er datafangst et omdrejningspunkt for H1's overvågning af kvaliteten af lægehusets behandling. Kvalitetsarbejdet er organiseret sådan, at det er det samme team, som er ansvarlig for praksisens faglige opdatering på bestemte diagnoser, som også er ansvarlig for kvalitetsmonitoreringen:



*“En læge og sygeplejerske – og nogle gange sekretær – er teamet. De laver udtræk fra datafangst og laver kvalitetssikring – på den måde deler vi ansvaret ud, og sådan ansvarliggør vi også sygeplejerskerne.”*

Teamet gennemgår tallene hvert halve år. Her finder de blandt andet patienter, hvis tal ikke er gode nok. Når det sker, gives der besked til den relevante læge, og så er det hans eller hendes ansvar at rydde op og få tjekket, at alt er målt som det skal, og alle relevante prøver er taget.

*“Når diabetessygeplejersken har kørt kvalitetsvurderingen på diabetes, så får vi det jo at vide, for hun lægger kvalitetstallene ud. Det at være tovholder på diabetes betyder ikke, at det kun er dem, der har de patienter, så hvis de finder nogle*

*tal, der ikke ligger, hvor de skal, så lægger de beskeder ind til alle om, at nogle patienter ikke ter sig, som de skal. Og det er så mit ansvar at følge op.”*

Lægerne taler gerne med hinanden eller sygeplejerskerne om hvilke tiltag, der så skal sættes i gang: *Hvad siger du til jeg gør sådan eller sådan? Vi taler meget om det.*

Lægehuset H1 bruger også datafangst til at se, om de er gode nok til at opspore kroniske sygdomme. En læge giver et eksempel på hvordan:

*“Når der bliver lavet datafangst på KOL og sådan nogen ting, hvordan kan vi så blive bedre til at fange dem? Vi skal ligge på en 10-15 % her [i området], og vi ligger på en 7-8 %. Så vi har ikke fået dem fanget ordentligt. Når vi kigger i registreringen i datafangst, så mangler vi at kunne skrive 'er tilbudt, ønsker ikke'.”*

Teamene er også ansvarlige for at undervise kollegaerne i deres sygdom og for at holde dem opdaterede om de nyeste anbefalinger og vejledninger, for at gennemgå medicin og for at lave udkast til og revurderinger af klinikens fraser på sygdommen. Hver måned er der undervisning i klinikken for læger, uddannelseslæger og sygeplejersker, og her fremlægger et team en præsentation af deres sygdom og eventuelle nye tiltag på området. Lægerne fortæller, at de får rigtig meget ud af undervisningen:

*“Der er så meget forskelligt på vores undervisning. Akutberedskab, benzodiazepiner, diabetespatienters medicin, p-piller, overenskomst, hjemmesider, hypertension, akupunktur – vores undervisning er alt, der er relevant. Alle kan byde ind. Det er fedt, at det er pillet ud af personalemøde – der er rigeligt på de møder i forvejen.”*

Lægerne er glade for den måde, undervisningen er organiseret på, men prøver at få listet noget af det over på uddannelseslægerne, sådan at de også får noget undervisnings-erfaring.

Lægerne i lægehus H1 prioriterer at have mange systemer omkring deres arbejde med kvalitet, og de bruger ret mange ressourcer på det, fordi de mener, at *god kvalitet tager tid.* ■

# 3 Lægehus H2: Struktur har givet os ro

På fem år er kronikerbehandlingen i praksis H2 gået fra at være *frustrerende* til at være præget af ro og overskud. Lægerne illustrerer med udgangspunkt i diabetes, hvorfor de er gået i gang:

*“Vi var frustrerede over, at vi ikke havde styr nok på vores diabetespatienter. Der var for mange, der ikke levede op til ‘the golden standard’. Vi var især frustrerede over, at vi ikke kunne se, hvor godt det gik!”*

For at få styr på deres kronisk syge patienter udarbejdede de standardiserede forløb og fraser og begyndte at bruge datafangst. De tog udgangspunkt i diabetes og bredte sig derefter til KOL, hypertension og depression. Den struktur, de har oparbejdet, gør, at de kan yde en bedre behandling og har medført en hverdag der – sammenlignet med tiden før 2005 – er *rolig og stress-fri*.

## 3.1 Fra 2005-2010: Fra frustration til ro

Det første lægerne nævner, da vi spørger dem, hvad der har været afgørende for deres udvikling, er at de i 2005 ansatte en sygeplejerske, som er rigtig god til diabetes. Hun *interesserede sig for det og engagerede sig i det*, og lægerne fortæller, at ansættelsen af hende er en vigtig milepæl i deres udvikling.

En anden grund til, at udviklingen tog fart i 2005, var, at en af de læger, der deltager i interviewet, trådte ind i klinikken som ejerlæge og afløste en af de gamle læger. Det bragte nye kræfter til klinikken og gjorde det meget nemmere at lave forandringer.

Den næste centrale milepæl, lægerne nævner, er, at de i 2006-2007 begyndte at bruge datafangst. Datafangst blev afgørende for klinikens udvikling, fordi det giver dem mu-



Ejerlæger: 3  
Uddannelseslæger: 1-2  
Sygeplejersker: 2  
Sekretærer: 2  
Patienter: 6.000

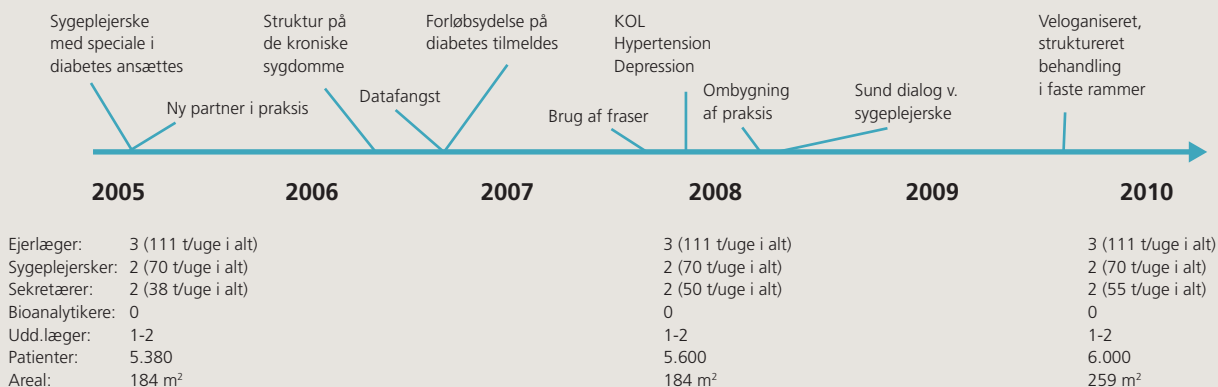
*Et lyst hus i to etager, som er renoveret og udvidet i 2008 for at skabe mere plads. Ligger i en provinsby i Region Hovedstaden.*

lighed for at danne sig et overblik over deres patienter og deres behandling. Derfor har lægerne ikke længere den frustration, der motiverede dem til at gå i gang med at systematisere deres kronikerbehandling.

I samme periode blev lægerne enige om, at de ville udvikle en *helt fast måde at kontrollere de kroniske patienter og registrere behandlingen på*. Derfor udviklede de i 2007 detaljerede fraser, som angiver, hvor tit patienten skal til kontrol, og hvilke prøver der skal tages. I 2008 havde de udover diabetes indført fast struktur for hypertension, depression og KOL. Selv om strukturen er indført, kører behandlingen af KOL og depression ikke helt ligeså systematisk som med diabetes, blandt andet fordi lægerne har sværere ved at fange patienterne.

Lægerne fortæller, at der til hver sygdom er knyttet en sygeplejerske, som er specialiseret i den. Lægerne har altså subspecialiseret deres sygeplejersker, der spiller en stor rolle for udviklingen i behandlingen af kroniske sygdomme og opfølgningen på de diagnosticerede patienter.

Figur H2.1: Lægehus H2's udvikling



I 2008 fik lægerne en tilbygning til deres klinik, som gjorde det muligt for dem at lave plads til de nye arbejdsgange. De udvidede de deres praksis med 75 m<sup>2</sup> i 2008. Lægerne fortæller:

*“Der er kommet flere konsultationslokaler. Før var der fem, nu har vi otte lokaler. Sygeplejerskerne har hver deres, så kan bygge en base op. Nu har de deres egne computere, og lægger forskellige ting op der – for eksempel som de kan vise patienterne. Så de fysiske rammer har da bestemt været afgørende.”*

De nye lokaler giver sygeplejerskerne mulighed for at have selvstændige konsultationer – et forhold som er helt centralt for, at den nye arbejdsdeling kan fungere. Det gjorde det også muligt for dem at give deres uddannelseslæger bedre faciliteter.

Udover at de ansatte får mere plads kommer tilbygningen også patienterne til gavn. Den giver for eksempel:

*“Mulighed for videreudredning af sukkersygepatienter – altså glukoseudredning. I det gamle venteværelse var der nok kun plads til 12, så når det var akut, blev de sendt til sygehuset. Nu kan vi klare hele udredningen selv, fordi der er plads til dem.”*

Det er, som det fremgår, ikke kun de fysiske rammer, der er ændret for at imødekomme praksisens proaktive tilgang til kronikerbehandlingen. Det er også den type opgaver, sygeplejerskerne varetager, der er nye.

### 3.1.1 Forandring: Nye opgaver til praksis og flere opgaver til sygeplejerskerne

Lægerne fortæller, at en af de store forandringer, som udviklingen af deres kronikerbehandling har medført, er en ændret opgavefordeling mellem læge og sygeplejerske. Det har både krævet omstilling hos lægerne, sygeplejerskerne og patienterne, men lægerne vurderer, at ændringerne ikke er gået ud over kvaliteten. Tværtimod er deres erfaring, at de patienter, der indrulleres hos sygeplejerskerne, opnår et bedre resultat, end de patienter der insisterer på at blive hos lægen. Lægerne bruger diabetes som eksempel:



*“Vi kan se, at de sukkersygepatienter, der kører allerbedst, det er dem, der kører hos sygeplejersken. Dem der kører dårligst, det er dem, der tror, de får den bedste behandling hos lægen og ikke vil ind hos sygeplejerskerne.”*

Ifølge lægerne er sygeplejerskerne i det hele taget *meget bedre til de strukturerede forløb*. Hvor lægerne er *al for flinke* og lader sig styre af klinisk set irrelevante ting, som er *hunden død og så videre*, er sygeplejerskerne bedre til at holde fokus og stabilisere patienterne.

I praksis H2 oplever lægerne, at sygeplejerskens øgede ansvar ikke kun kommer patienterne til gode, men også skaber større arbejdsglæde hos sygeplejerskerne.

*“Det [kronikerkontrollerne] er noget, sygeplejerskerne går op i. Det er utroligt vigtigt for de medarbejdere, du har ansat, at de går op i deres job. Men også at de tager teten – så de kan mærke, at de er med til at flytte noget fremad og ikke bare tager blodprøver; at de kan påvirke deres arbejdsliv og samtidig kan gøre en forskel for patienten. Det er jo derfor, vi blev sygeplejersker og læger.”*

En af de ting, sygeplejerskerne står for, er at køre Sund Dialog. Sund Dialog er et samtaleværktøj til brug i almen praksis ved forebyggelsesinterventioner. Fordi sygeplejerskerne har fået deres egne konsultationsrum, har de plads til at *man sætter sig ind i 20 minutter og har en samtale*. Det nævner lægerne også som et centralt led i deres praksis' udvikling.

Lægerne ser nu de kronisk syge patienter fast én gang om året – udover de gange, hvor de måtte komme i forbindelse med andre ting. Vi spørger, om det har været en svær omstilling for dem:

*“Nej, egentlig ikke. Vi har været indstillede på det. Og også sygeplejerskerne har været opsatte på det. Især én har været optændt af en hellig ild for at få det til at køre.”*

Det er kun nogle få, som nægter at slippe lægen. En af lægerne giver et typisk eksempel:



*“Nogle af dem fra [en by i nærheden] vil kun se mig. De vil ikke køre helt herud 'bare' for en sygeplejerske. Jeg har for eksempel sådan en travl advokat, han mener ikke, at han behøver at blive kontrolleret, og han er kørt sur på vores sygeplejerske, så ham må jeg tage.”*

I den slags særlige tilfælde varetager lægen alle kontroller i forsøg på at få etableret en alliance med patienten: *Hellere det, end at de ingen kontroller får*.

### 3.1.2 Ny tovholderrolle til lægen

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

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

*“Tidligere havde vi alle patienterne lige foran os. Men nu er sygeplejersken også et led. Og vi kan have flere sygeplejersker, så derfor kan vi have mange flere patienter i faste forløb [tegner figur H2.2]. Vi har fået bedre overblik over vores patienter. Man kan ikke overskue 250 patienter som enkeltmand. Men nu kan vi. Vi har bedre overblik over vores patienter. Og ellers knokler man også sig selv ihjel.”*

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

### 3.1.3 Det nye indtastningsarbejde kræver tilvænnning men ikke mere tid

De systematiske kontroller og faste registrering af patientdata betyder, at lægerne nu skal lave en del indtastningsarbejde, som de ikke tidligere behøvede. Det har ligesom den nye arbejdsdeling krævet oparbejdelse af nogle nye rutiner.



*“Det er bare med at få udfyldt de der ting og få lavet de der pop-op-skærme. Og det skal vi gøre lige efter [konsultationen], man kan ikke lade det ligge, så glemmer man det. Du skal diagnosekode med det samme.”*

Lægerne fortæller, at når bare man husker at indtaste koderne lige efter konsultationen, så husker man det, og det kommer ikke til at fylde så meget. Deres it-system har i perioder gjort, at de ikke kunne taste alt ind, men med tiden har de fået it-systemet i orden og gjort indtastningen til en del af deres rutine. Lægerne fortæller, at når man først har vænnet sig til det, er det ikke specielt tidskrævende.

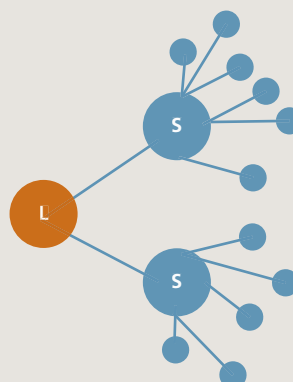
*“Vi bruger ikke meget tid på det. Måske hvis man sofistikerer diagnosekoderne meget, så kan det tage mere tid. Skal det hedde hoste eller vejrtrækningsbesvær? Men jeg synes ikke det tager mere tid.”*

### 3.1.4 Status: Grundstrukturen er fundet, og den skal udbredes til flere områder

Lægerne er glade for, at de er nået rigtig langt i forhold til deres overordnede målsætning, som er:

*“Vi har en vision om at give os tid til de sygeste. At de får den rigtige behandling, og vi bruger mest tid på dem. I forhold til kronikere er det vigtigt, at de ikke bare går og er halvbehand-*

Figur H2.2: Lægernes nye tovholderrolle



*lede. Og så skal vi også følge de anbefalede standarder. Og bruge datafangst til at se, om vi ligger der, hvor vi bør ligge.”*

Status for lægehus H2 er nu, at de i deres hverdag kan mærke, at de standardiserede forløb og faste kontroller hos sygeplejerskerne gør, at de kan leve op til deres målsætning. Det, de primært mangler nu, er at udbrede den faste grundstruktur til flere af de kroniske sygdomme. Derudover vil de gerne være bedre til at fange deres KOL-patienter, og de vil gerne i gang med systematisk opfølgning på patienter hjertekarsygdomme.

Lægerne har desuden et par andre små projekter, de gerne vil i gang med: Blandt andet at udnytte, at en af deres sekretærer er bioanalytiker, og at starte nogle nye it-tiltag op, som blandt andet går ud på at opgradere deres system, så de kan modtage røntgenbilleder digitalt.

### 3.1.5 Lægernes vurdering af udbyttet ved at arbejde proaktivt

Lægerne fra praksis H2 er meget positive omkring udbyttet af de forandringer, de har gennemført i behandlingen deres kronisk syge patienter. Her opsummerer vi de mest centrale forandringer. De er, at lægerne har fået en 1) mere struktureret arbejdsdag, de kan lave 2) flere ydelser og se flere patienter, og de laver 3) færre akutte henvisninger.

#### Mere struktureret arbejdsdag

Lægerne fortæller, at de yder bedre og mere, fordi deres tid bliver udnyttet mere effektivt med den nye struktur. Lægernes dag bliver struktureret af sekretæren.

*“Hun gennemgår vores kalendere, så der er tid til pauser og til det akutte. Det værste er, hvis det hele er booket op, når man kommer. Struktur giver ro. Den tager stressen.”*

Arbejdsdagen er også blevet mere forudsigelig. *For eksempel med årskontroller – det er fastlagt, hvad der skal gøres. Overblikket og strukturen gør, at lægerne kan lave et bedre stykke arbejde.*

### Flere ydelser og flere patienter

Lægernes dag er stadig *fyldt op*, men de føler sig ikke presede som før og har tid og overskud til at tage sig af patienten:

*“Inden strukturen på kronikerne, tænkte jeg ‘Hvad er det for noget? Lad mig få patienten skippet videre’. Nu har vi mere overskud til at have fokus på det enkelte problem.”*

Uddelegeringen og de flere konsultationsrum har desuden gjort, at de alligevel har kunnet tage *mange flere patienter*. Og samtidig med, at de har fået flere patienter, er det stadig muligt at få en akut tid samme dag og en almindelig tid inden for en uge, så den forbedrede kronikerindsats går altså ikke udover klinikkens øvrige patienter.

### Færre akutte henvisninger

Lægerne er også blevet i stand til at behandle patienter, de tidligere ville have henvist. Her bruger en af lægerne diabetesområdet som eksempel:



*“Vi er blevet meget mere sikre. Vi har opstartet insulin blandt andet. Vi er ikke bange for at starte noget medicin op. Hvis vi er i tvivl, så ringer vi til diabetesambulatoriet. Vi har påtaget os mange flere opgaver – også opsøgende hjemmebesøg.”*

Lægerne forklarer, hvordan de både kan yde mere og henvise mindre med den nye struktur:

*“Når det er struktureret, har man mere fokus på, hvor problemer kan være, inden det dukker op som noget, der skal henvises. Vi kan søge på data og have fokus på, hvor vi skal sætte ind, så det hele ikke virker kaotisk, og vi bare sender videre. Jo bedre struktureret vores praksis er, og jo mere vi sparrer med hinanden inde i huset, jo færre henvisninger.”*

## 3.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra N9 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### 3.2.1 Opsporing: Ét risikosymptom og vi tager hele pakken

Lægerne fra H2 vil gerne blive mere systematiske omkring arbejdet med tidlig opsporing. De fastlægger i samarbejde, hvordan de vil arbejde med tidlig opsporing ved at støtte sig til blandt andet IRF<sup>1</sup>-kurser og DSAM's vejledninger.

Lægerne undersøger proaktivt for kroniske sygdomme ved helbredstjek. Det kan både være, hvis patienten beder om det, eller noget lægen foreslår, hvis en patient kommer med *uspecifikke klager*; hvis der er *risikosymptomer*, som for eksempel rygning, eller hvis de er *usunde eller tidligere har været indlagt*. Hvis patienten præsenterer noget, der opfattes som en risikofaktor, så tager lægerne en blodprøvepakke, som de har sammensat med henblik på opsporing af kroniske sygdomme:



*“Vi har lavet en blodprøvepakke, hvor vi kan tjekke af, hvad vi skal måle og tage. Så tager sygeplejerskerne prøver, og de kommer så til os bagefter og får svar. Det bruger vi også som opsporing.”*

Lægerne arbejder også med at opspore kroniske sygdomme i situationer, hvor patienten kommer i forbindelse med noget helt andet. Her giver de et eksempel på, hvordan de kunne finde på at gribe det an, hvis en overvægtig patient kom til en standard konsultation.

*“Vi tjekker dem, også selv om de bare kommer med øret. Så siger vi ‘Jørgen, det er sørme da også længe siden, du har fået tjekket det der sukker...’. Det prøver vi at gøre en gang om året.”*

Lægerne spørger også ind til livsstilsdata i forbindelse med tidlig opsporing. De vil gerne være bedre til også at registrere. Den ene læge fortæller: *“Vi registrerer ved diabetes og skriver også, om folk ryger.”* Og den anden læge supplerer: *“Vi får ikke alt registreret. Men vi forsøger at veje og lave BMI hver gang og skrive ind.”*

Lægerne er enige om, at de vil blive bedre til at tjekke og registrere livsstilsfaktorer som en fast del af en kontrol eller et helbredstjek. Dog er de også enige om, at det vil være en udfordring.

*“Det er svært at få gjort i praksis. Hvis vi strukturerede det, tror jeg dog også, at det kunne lade sig gøre: ‘Alle der skal have lavet blodprøve, de skal også vejes’. Så ved man, at så-dan er det bare. Så ville sygeplejerskerne vide, at de havde ansvaret for det. Det kunne man sagtens putte ind.”*

### 3.2.2 Forløb: De faste forløb styres af fraser

Lægerne bruger deres diabetesbehandling til at eksemplificere, hvordan de faste forløb er struktureret:

*“Sygeplejersken har diabeteskontrol tre gange om året, og så har vi en årskontrol. Og vi har til alle kontroller en frase, vi*

<sup>1</sup> Institut for Rationel Farmakoterapi

*ligger ind, så vi alle kan huske, hvad der skal gøres de forskellige gange.”*

Til årskontrollen beskriver frasen en række opgaver, lægen skal varetage.

*“Vi samler op på de prøver, der er lavet – det er en udvidet kontrol. Og når alle data er inde, så vi kan gå ind direkte og fokusere på, hvad der er gået op og ned. Vægt, sukker, kolesterol. Så der er fokus på sygdommen. Og så har vi valgt at lægge ind, at vi ved årskontrol – fordi vi synes, der skal foregå noget lægeligt – vi laver også fodstatus. Vi risikostratificerer også og udfylder diabetesforløbsydelsen.”*

Derudover bruger lægerne også årskontrollen til at beslutte, hvordan planen for den næste tid skal være. *Er der fokus på vægt, sukker? Så vi bestemmer sammen med patienten, hvad der skal fokuseres på de næste tre måneder.* Når det er aftalt og det hele skrevet ind i fraserne, giver lægen stafetten videre til sygeplejersken.

Frasen har udover at strukturere behandlingen også den funktion, at patienterne *bliver trygge, fordi de ved, hvad der skal ske.* Hvis en patient udebliver fra årskontrollen eller kvartalskontrollerne, skriver lægerne eller sygeplejerskerne det ind i journalen, og hvis de udebliver i en længere periode, kan lægerne *godt finde på at ringe til dem.*

Lægerne udvikler løbende fraserne. Det gælder både indhold, men også formen:

*“Det skal kunne stå på en lille ramme, så man ikke skal til at scrolle ned. Hvis det vigtigste for eksempel står til slut, og frasen er for lang til, at du kan nå den på den tid, du har, så får du jo et problem med kvaliteten...”*

### **3.2.3 De kroniske patienter viderehenvises, når forløbet ikke fungerer i klinikken**

Lægerne fortæller, at den primære grund til, at de må henviser kronisk syge patienter, er, at de ikke kan styre dem i klinikken. *Hvis vi har udtømt vores muligheder.* I andre tilfælde kan en henvisning skyldes, lægerne *ikke kan få en strategi op at køre.* Når lægerne ikke kan få en strategi op at køre med patienten, kan det have en række årsager, men *oftest skyldes det, at patienten ikke kommer, eller ikke vil følge vores råd.*

### **3.2.4 Kvalitetsarbejde: Monitorering er indtil videre sygeplejerskens område**

Lægehuset H2 bruger datafangst til løbende at vurdere kvaliteten af deres behandling. Lægerne fortæller, at det indtil videre er sygeplejersken, der står for kvalitetsarbejdet.

*“Vi gør det ikke så struktureret sammen. Sygeplejersken afsætter tid til at gå patienterne igennem. Vi har aftalt, at jeg også skal ind og se nogle af dem. Men jeg har ikke nået det så meget. Jeg har ellers fået lagt datafangst ind på min hjemmecomputer, men...”*

Lægen fortæller, at hun lige nu har for travlt til at sætte sig ind i det systematiske arbejde med kvalitet, fordi klinikken har haft en *enorm tilvækst af patienter.* Lægen uddyber, hvordan sygeplejersken arbejder med kvaliteten:



*“Hun har nogle eftermiddage, hvor hun går patienterne igennem og tager dem, som ligger over. Vi har for eksempel fokuseret på blodtryksværdierne og fundet de patienter, der ligger over standard og indkaldt dem, så vi kan regulere deres behandling.”*

*“Hun tjekker det igennem, og så giver hun besked til os – enten har hun dem selv næste gang, eller også har vi. Vi bruger det for at optimere og opjustere vores behandling, så den bliver bedst mulig. Der er flere fokusområder, men vi har valgt at fokusere på høje blodtryk og taget dem op. Vi finder dem, ser på hvem de følges af og indkalder dem til næste kontrol.”*

Sygeplejersken giver lægerne besked om de patienter, de skal være opmærksomme på ved hjælp af *svømmenotater.* Svømmenotater er beskeder, der popper op, næste gang lægen åbner patientens journal. Hvis det er sygeplejersken selv, der skal stå for næste kontrol, vil hun typisk kalde en af dem ind, så de kan få styr på tallene.

Lægerne nævner, at det også på kvalitetsområdet er diabetesbehandlingen der kører bedst – primært fordi den sygeplejerske, der er ansvarlig, har så meget erfaring med diabetes:

*“Det er specielt den ene sygeplejerske, der er rigtig god til det. Vi vil gerne have, at de kan det samme, så de begge kan klare det. Men den anden sygeplejerske klarer så KOL og hypertension. Det er hendes bedste områder. Hun går så også patienterne igennem.”*

Udover datafangst bruger lægehuset også deres § 100 opgørelser til at vurdere, hvordan deres behandling kører:

*“Vi følger også § 100 opgørelsen og ser på, om der er noget, vi kan gøre bedre. For eksempel i forhold til hudlæger. – Så prøver vi at stramme os lidt op og bruge hinanden. Vi vil videst muligt have patienterne selv. Vi tager det op en gang om året, når den kommer. Og går også nogle gange tilbage og ser. Vi går den igennem med hensyn til de forskellige undersøgelser vi laver.”*

Lægerne bruger en del ressourcer på at sikre og forbedre kvaliteten af deres behandling, men giver udtryk for, at de gerne ville blive bedre til at prioritere tid til kvalitetsarbejdet.



### 3.2.5 Møder, uddannelse og kurser

Lægerne fra H2 deltager i en række møder og faglige sammenhænge, som hjælper dem med at udvikle organisationen omkring deres kronikerbehandling samt til at få den daglige arbejdsdeling til at fungere.

I klinikken holder de møder på forskellige 'niveauer', hvor hvert niveau har en særlig funktion. For det første er der den daglige sparring. *Der tager vi de akutte ting.* Der er ikke tale om planlagte møder, men mere løbende sparring i løbet af en normal arbejdsdag. Det næste niveau er det ugentlige møde, som er en halv eller en hel time.

*“Og den ene gang om ugen, så sætter vi os så ned en halv til en hel time. Den ene halve time med sygeplejerskerne og den anden halve med lægerne – hvor vi tager problempatienter op eller andre ting man er stødt på. Sådan en konference.”*

Én gang om måneden bruger lægehuset en eftermiddag på at have *uddannelsesdag*. Lægerne og personalet aftaler i starten af året, hvad de gerne vil have taget op på uddannelsesdagene. For nogle uger siden havde de hypertension og KOL. Lægerne fortæller, hvordan det typisk foregår, når en kronisk sygdom bliver taget op på uddannelsesdagen:

*“En af os laver et oplæg, og så kan vi sætte uddannelseslægen til at læse op på noget. Og så laver vi et oplæg til fraserne – og diskuterer vi igennem, hvad skal vi tage med, behandlingsdirektiver, hvordan man griber det an. Vi gennemgår standarder og fraser på sygdommen, hvis der er nogen i forvejen. Og så bliver de så godkendt og lægges ud.”*

Lægerne fremhæver også praksisbesøg som en ordning, de bruger til faglig udvikling.



*“Vi har været i Holland, hvor vi har set, hvordan de gør. Så vi har prøvet at hente fra nogle, som ved noget om det. Det er en rigtig god inspiration. Sygeplejerskerne og [en af ejerlægerne] har også selv undervist.”*

En sidste ting, lægerne nævner, er, at en af deres kolleger er praksiskonsulent, og at det også *bringer meget fagligt tilbage til klinikken.* ■

# 4 Lægehus H3: Hviler på laurbærerne efter stor udvikling

Opførelsen af et nyt og større lægehus har været altafgørende for udviklingen af praksis H3's kronikerbehandling. I 2005 var lægerne frustrerede, fordi de manglede plads og derfor ikke kunne organisere deres praksis, som de gerne ville: I moderne lokaler og med meget praksispersonale.

De fortæller, hvordan det hele startede: *Først lå ideen til vores nye praksis først i støbeskeen. Så byggede vi. Og så eksploderede det hele!* Anledningen til at sætte byggeriet i gang opstod, *da nogle af de gamle cirkusheste gik på pension. Så blev håndbremsen sluppet og der var ikke noget, der hed plejer længere.*

## 4.1 Fra 2005-2010: Fra knaldhytte til palads

Dette afsnit skitserer de centrale tiltag, lægerne nævner som relevante for den udvikling, de har været igennem. Derefter fremhæves to udfordringer, som lægerne har oplevet under udviklingen, nemlig 1) at påtage sig en ny, mere distanceret rolle over for patienten og 2) at håndtere det ledelsesansvar, der følger med at ansætte praksispersonale. Til sidst beskriver vi, hvordan lægehusets udviklingsstatus er nu.

Lægerne fra H3 fortæller, at deres behandling af kronisk syge er langt bedre organiseret i 2010 end den var i 2005. De har altid fulgt DSAM's vejledninger, men dengang havde de ikke stratificeret deres patienter eller struktureret behandlingen ordentligt. Det skyldtes ifølge lægerne, at de manglede plads.

*"Vi boede i en lille knaldhytte på 220 m<sup>2</sup>, og derfor havde vi ikke noget at gøre det i. Vi manglede pladsen til at skabe rammerne for det og havde simpelthen ikke nok reoler til at sætte det i system."*



Ejerlæger: 5  
Uddannelseslæger: 2  
Sygeplejersker: 4  
Sekretærer: 2 (heraf 1 bogholder)  
Bioanalytikere: 2  
Patienter: 7.729

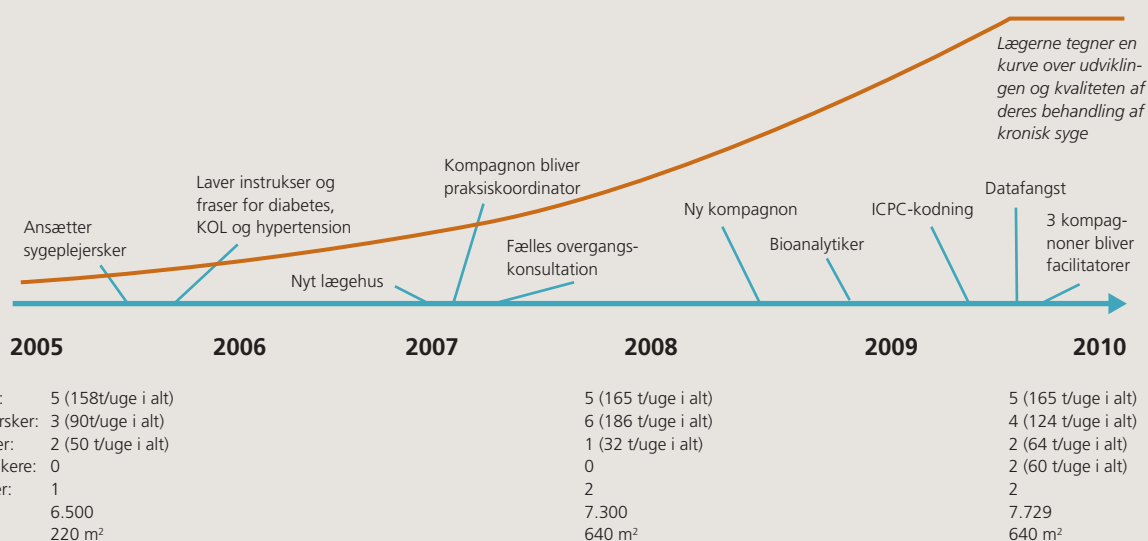
*Lægehuset er stort, lyst og nybygget med moderne faciliteter. Det ligger i en landsby i Region Hovedstaden.*

I 2006 begyndte lægerne at *line up* til en proaktiv kronikerbehandling. De ansatte sygeplejersker og lavede instrukser, *men kunne fortsat ikke bruge det, fordi der manglede plads.* De startede med at lave instrukser til de mest basale sygdomme, *de store hjørnesten*, men har nu bredt det ud:

*"Diabetes var det første. Så kom KOL, hypertension, D-vitamin, fedme. Jeg tror vi har en 10-12 instrukser nu. Nu er jeg ved at lave med inkontinens og den slags."*

I 2007 stod deres nye hus endelig klar. Lægerne fortæller, at der *skete et ryk*, og at de kunne begynde at se flere kronisk syge patienter og ansætte mere personale. Samme år blev en af ejerlægerne praksiskoordinator, og på den måde fik han *fingerne helt ned i kronikermode-losen*. Han vidste derfor, hvilke muligheder der var – og er i dag – og hvad der kan betale sig. De fortæller, at han løbende har *bombarderet*

Figur H3.1: Lægehus H3's udvikling



*kompanionerne med ideer, og at det har betydet meget for den behandling, de har i dag.*

I 2009 ansatte lægerne den første af to bioanalytikere. Det betyder, at sygeplejerskerne i dag tager sig af konsultationer og samtaler, mens bioanalytikerne understøtter kronikerindsatsen med prøvetagning, spirometri o.l. Lægerne oplever bioanalytikerne som en kæmpe gevinst: *Der var ikke noget, der var for stort eller småt. De gjorde det bare. Meget ressourcefulde personer.*

I 2009 startede der også en bogholder i lægehuset. Bogholderen *fungerer pt. som sekretær, men skal være praksismanager på sigt.* Hun er *vældig kvik* og tager sig af mange administrative basisting, så lægerne kan *koncentrere sig om deres.*

Lægerne har i starten af 2010 tilmeldt sig datafangst og er i samme omgang begyndt at ICPC-kode deres behandlinger. De fortæller, at det er gået overraskende let at kode, fordi sygeplejerskerne og bioanalytikerne bare var *super kvikke.* Lægerne har endnu ikke fået den nytte af datafangst, de forventer, fordi de ikke har kodet så længe. Men de er oppe på at have kodet 92 % af deres ydelser, og *det er supergodt og har været et kæmpe kvalitetsløft.*

I 2010 er tre af lægerne fra H3 desuden blevet ansat som facilitatorer på et projekt, der skal udvikle almen praksis kronikerbehandling i Region H. Lægerne fortæller, at stillingen går ud på, at de skal støtte praktiserende læger i at optimere deres kronikerbehandling på alle planer, *ved ansættelse af personale, organisering, faglige ting og meget mere.* Lægerne forventer derfor, at deres erfaringer fra projektet vil styrke deres egen kronikerbehandling yderligere.

#### **4.1.1 Udfordring: At påtage sig en ny, mere overordnet rolle til patienten**

Lægerne nævner overgangen til deres nye rolle, hvor de har større afstand til patienterne, som en udfordring både for dem selv og patienterne. Det har taget tid for patienterne at *lære*, at de skal ind til en sygeplejerske i stedet for en læge. Det har også været svært for lægerne at vænne sig til, at de ikke længere skulle se deres faste patienter.

Vi spørger lægerne, om alle patienterne nu ser sygeplejersken ved kontrollerne. De forklarer:

*“Det er svært at sige. Der kan være en angstpatient, som også har diabetes. Eller nogen som er så komplicerede, at de endnu ikke kan skubbes over. Men jeg tænker også hele tiden: Er det mit eget behov, eller er det patientens? Jeg skal hele tiden lige minde mig om det. Og tit er det jo også mit eget behov, og jeg må indse, at “okay, jeg behøver altså ikke at se ham”.”*

Med tiden er det blevet nemmere for lægerne at være i deres nye rolle, hvor de typisk kun ser de kroniske patienter til årskontrollen. Årskontrollen holder lægerne til gengæld fast på. Den ene læge mener, at det er et godt spørgsmål, hvorfor de egentlig gør det, og vurderer, at det måske skyldes lægens personlige behov for at *få fingrene ned i bolledejen.* Den

anden læge mener derimod, at det ikke kan være anderledes, fordi lægen stadig *kan noget andet end sygeplejersken: Det er jo indsatsområdet. Det er ikke bare blodtrykket, vi tager! Så ville vi jo ikke kunne kalde det et lægehus mere!*

Lægerne fortæller, at de i H3 brugte forskellige *kneb* for at vænne patienterne til den nye organisering. Selv om de fleste patienter nu er glade for at komme hos sygeplejersken og har én, de kalder *“min sygeplejerske”*, tog det nemlig noget tid at vænne dem til det: *“Skal jeg bare ind til sygeplejersken?”*, var manges holdning, husker lægerne. Derfor talte lægerne og sygeplejerskerne sammen og indførte nogle tiltag, som skulle vænne patienterne til at komme hos sygeplejersken.

Blandt andet besluttede de at indføre et permanent seddelsystem, hvor patienten kunne se, når han eller hun skulle ind hos sygeplejersken. Formålet var at gøre det tydeligt og fast, hvad sygeplejerskernes rolle var – og fortsat er. Derudover har de indført en *fælles konsultation*, hvor både sygeplejerske og læge deltager og sammen fortæller patienten, hvordan deres forløb ville komme til at hænge sammen og hvorfor.

I forbindelse med fælleskonsultationerne oplever lægerne overenskomsten som en barriere, fordi de kun kan tage et konsultationshonorar pr. fremmøde, som patienten har i lægehuset. Selv om fælleskonsultationerne af denne årsag er en klar underskudsforretning, mener lægerne, at konsultationerne har været omkostningerne værd, fordi de har haft stor succes med at få patienterne overdraget til sygeplejersken. Det er således meget få patienter, som foretrækker at komme hos lægerne og nogle gange *snyder*: Det, der typisk sker, er, at de pågældende patienter får en tid hos sygeplejersken, men ringer og aflyser og får en anden tid hos lægen.

#### **4.1.2 Udfordring: Det ledelsesansvar der kommer med mere personale**

For lægerne i H3 har den ledelsesopgave, der følger med ansvaret for en klinik med meget personale, medført nogle udfordringer. Blandt andet har det været uvant for lægerne at være nogens leder og holde styr på personalerelaterede spørgsmål:

“

*“Vi har en meget stor personalegruppe. Der var i starten noget fnidder, vi ikke kunne finde ud af. Nu har vi fået ryddet op. Nogle er stoppet. Én er fyret. Nu er vi ved at være dér, hvor vi gerne vil være. Det er svært at finde fodfæste: Hvornår skal vi gribe ind? Det har været et kæmpesvært ledesspørgsmål – vi var ikke helt gearede til det.”*

For at løse problemerne, arrangerede lægerne to hele dage med en erhvervspsykolog, som især skulle hjælpe dem til at blive bedre til at kommunikere.

Udover at håndtere en stor personalegruppe har det også været en udfordring at være et ledelseskollektiv på fem personer, der gerne ville lede *med én stemme*, fortæller lægerne:

*"I forhold til ledelse: Vi er jo fem ledere, og det er rigtig mange. Det kan være svært. I den tid jeg har været her, er vi blevet meget bedre til at være enige om det, vi melder ud. Vi er meget bevidste om at diskutere det i ledergruppen, inden vi melder noget ud."*

Helt konkret har lægerne derfor indført et *formøde til det månedlige husmøde* for at afklare lægernes fælles holdning til de spørgsmål og emner, der skal op på husmødet. I klinikken er de også begyndt at have noget, de kalder *Frokostnyt*. Her skriver de om eventuelle ændringer, og alle har pligt til at orientere sig i Frokostnyt.

Praksismanageren, altså den nuværende bogholder, laver også et månedsbrev, der sammenfatter de beslutninger og ændringer, der er truffet. Endelig mener lægerne, at de generelt er *blevet bedre til at evaluere løbende*, sådan at de sikrer feedback på, hvordan nye tiltag opleves af personalet.

#### 4.1.3 Status: Det er nu, skuden sejler, men det har krævet en massiv indsats

I dag har lægerne stort set den klinik, de drømte om for fem år siden: De har fået et tidssvarende hus med god plads; de har implementeret fast strukturerede forløb til deres kroniske patienter, og de har fået ansat det praksispersonale, de har brug for. Lægerne fortæller om forløbet:

*"Det har været et stort og hårdt arbejde. Vi drømte jo om det hele om natten. Det er først nu, skuden sejler. Lige nu handler det mere om at slibe hjørner af. Vi er jo fem meget dynamiske mennesker, så vi finder jo hele tiden på noget nyt. Vi er et godt stykke henne af vejen. Det giver os da noget stolthed. Det er rart. Og når sygeplejerskerne er på kursus og hører "nå, du kommer ude fra det store lægehus i [den landsby lægehuset ligger i]?" ... Det er da meget fedt!"*

Lægerne er først begyndt at høste nu af alt det hårde arbejde, de har været igennem, fordi:



*"Instrukserne og de faste forløb gør jo ikke folk raske med det samme. Det skal jo lige ind at køre, så de får en generel bedre livsprognose."*

Lægerne ser derfor frem til en periode, hvor der ikke skal ske så mange nye ting. De fortæller, at de *har haft meget turbulens* og nu glæder sig til at *hvile lidt på laurbærerne*. Lægerne tænker, at ikke mindst sygeplejerskerne har brug for en pause, for *det er jo os, der sætter meget i gang, men det er nye opgaver for sygeplejerskerne*.

#### 4.1.4 Lægernes vurdering af udbyttet ved at arbejde proaktivt

Lægerne fortæller, den nye struktur på mange måder påvirker deres hverdag positivt. Her opsummerer vi fire af de konsekvenser, systematiseringen af kronikerbehandlingen og uddelegeringen af arbejdsopgaver til praksispersonalet har for lægehus H3: 1) en rolig og struktureret arbejdsdag, 2) lægernes ydelses- og henvisningsmønster bliver ensartet, 3) mere ro og større kapacitet giver færre henvisninger, og 4) den større kapacitet gør det muligt at lave flere ydelser.

##### En rolig og struktureret arbejdsdag

For det første har lægerne fået en rolig og mere overskuelig arbejdsdag. Det er en meget central konsekvens for lægerne, fordi det giver dem større arbejdsglæde og overskud til at lave et bedre stykke arbejde:

*"Jeg synes, vi har en meget mild dag. Vi har hele tiden lavet meget, men der er kommet mere styr på det. Der er en overskuelighed, når man ved, hvad der sker, og så er der mindre stress og mere arbejdsglæde, og det giver flere velbehandlede, glade patienter."*

Den nye struktur og rolige arbejdsdag kræver dog også en indsats, fortæller lægerne. De skal lave mere tastearbejde på grund af datafangst og fortæller, at der *hele tiden er noget, der popper op på computeren og forlanger, at vi gør ting*. Lægerne har oplevet, at overgangen til den systematiske arbejdsform har været en *ordentlig mundfuld*, men føler en stor belønning i den rolige arbejdsdag, de til gengæld har fået.

Lægerne i H3 fortæller således, at de altid er færdige med patienterne, når konsultationen lukker og er klar til at gå en halv time efter. Det giver dem en stor trykthed at vide, at det er styr på deres arbejdsdag, og de får en følelse af, at de selv er i kontrol og *ikke bliver rendt over ende af patienter, der bare melder sig ved skranken*.

##### Lægernes ydelses- og henvisningsmønster bliver ensartet

For det andet vurderer lægerne, at den nye struktur har gjort, at deres ydelses- og henvisningsmønster er mere ensartet. Ensartningen gør det nemmere for patienten og sygeplejersken, fordi de får enslydende udmeldinger, og for lægerne betyder det, at de ved, at hele lægehuset yder en behandling af høj kvalitet.

Desuden gør det den enkelte behandling lettere, fordi *man ikke skal tænke forfra, hver gang man har en patient*. Når man følger de standardiserede forløb, *kan vi læger lige slå hjernen lidt fra*, fordi de ikke selv behøver at skulle huske, hvilke blodprøver og undersøgelser der skal laves.

##### Mere ro og større kapacitet giver færre henvisninger

Den strukturerede tilgang har for det tredje medført, at lægerne henviser færre patienter til ambulatorium eller speciallæge. Det har altid været et princip i lægehus H3, at de helst henviste

så lidt som muligt, fordi de gerne ville *klare tingene selv*, og de kan mærke, at den nye struktur har hjulpet dem til at opretholde det princip. Lægerne vurderer således, at den ændrede tilgang til kronikerbehandlingen betyder færre henvisninger:



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

Lægernes større kapacitet og sygeplejerskernes kvalifikationer har også gjort, at lægehuset nu selv kan lave en række ydelser, som de før var nødt til at henvise for at få lavet. For eksempel fortæller de, at de stort set ikke henviser nogen med diabetes type 2 og selv starter insulin op.

#### **Den bedre kronikerbehandling giver mulighed for at lave flere ydelser**

For det fjerde er lægerne blevet i stand til at yde mere. Det hænger sammen med, at den behandling, deres kronikere får, er blevet bedre.

*“Alle de kroniske i ambulatoriet, de er udfaset og kører nu hos os. Vi har fået mulighed for at se flere. Men vi ved ikke præcis hvor mange, vi har overtaget.”*

Den bedre behandling gør også, at lægerne får mere tid, fordi der er færre akutte patienter. For eksempel fortæller lægerne, at da deres KOL-patienter ikke var velbehandlede, kom de jo væltende ind som akutte, men i dag, hvor de er velkontrollerede, kommer de kun hos lægen til årskontrollen, og ellers klarer sygeplejersken dem. Den ekstra kapacitet, lægerne på den måde har fået, har de brugt til at tage flere patienter ind. De fortæller, at de siden 2005 har kunnet optage ca. 200 patienter mere om året, fordi deres kapacitet er øget. Lægerne forudser også, at de kommer til at bruge noget af deres kapacitet på den næste flodbølge af kronikergrupper som D-vitamin, osteoporose og så videre.

Lægerne tjener også flere penge, fordi lægehuset laver flere ydelser og har overtaget en del patienter fra sygehuse. De siger, at *indtjeningen, omsætningen og ydelserne er steget* og tilføjer, at *de til gengæld også har en ordentlig vare at tilbyde patienterne.*

## **4.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010**

Dette afsnit beskriver hvordan lægerne fra N9 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### **4.2.1 Tidlig opsporing: Skal man have retningslinjer eller ‘tænke selv’?**

Lægerne i H3 har hver især nogle rutiner for, hvordan de arbejder med tidlig opsporing, men de vil gerne blive bedre til det.

I lægehuset registrerer de konsekvent livsstilsdata, som for eksempel om patienten ryger, på forsiden af patientens journal. De informationer, de registrerer, bruger de blandt andet til det tidlige opsporingsarbejde. Hvis en patient ryger, siger lægerne *hops! Skulle du ikke have dig en lungefunktionsundersøgelse?*

Hver af de store kroniske sygdomme har et makkerpar bestående af en læge og en sygeplejerske, som skal sørge for, at alle i lægehuset er opdaterede omkring, hvordan sygdommen kan opspores tidligt, og hvordan den bedst behandles.

Lægehuset er som tidligere nævnt *lige kommet op at køre med datafangst*. De har store forventninger til datafangst om, at det kan forbedre deres opsporingsarbejde. Lægerne er dog ikke helt enige om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at sætte den tidlige opsporing i system. En af lægerne giver udtryk for, at det kun kan gå få langsomt at lave retningslinjer og systemer for tidlig opsporing, mens den anden argumenterer for, at *man ikke altid skal have retningslinjer. Man SKAL altså også tænke selv!*

### **4.2.2 Forløb: Patienterne stratificeres, og forløbene er systematiske**

Når en patient er blevet diagnosticeret med en kronisk sygdom i lægehus H3, tilrettelægger lægerne et forløb for patienten med udgangspunkt i klinikkens vejledninger. De fleste kroniske patienter skal til sygeplejekontrol 0-3 gange om året og til årskontrol hos lægen én gang om året. Antallet af sygeplejekontroller afhænger af, hvor kompleks patienten er, samt hvor fremskreden sygdommen er.

Der er afsat et kvarter til konsultationerne hos både lægen og sygeplejerskerne. I særlige tilfælde kan kontrollen være en halv time; det gælder for eksempel den første gang, patienten er til rygestopkursus. Årskontrollerne er også sat til en halv time, fordi *man skal meget igennem og danne sig et overblik.*

H3's arbejde med kroniske sygdomme er både struktureret via instrukser og fraser, som hver har sin egen funktion. Lægerne giver et eksempel:

*“I forhold til sukkersyge, der har vi en frase, der siger, at vi til første samtale skal fortælle: Hvad er sukkersyge? Hvornår har man det? Hvordan følger vi dem? Så er der instruksen. Den handler om, hvordan vi stratificerer dem. Det er let, det handler om kost og motion. Alt afhængig af hvor syge de er, så skal de følges i den og den grad med fokus på det og det.”*

Når lægerne har fastlagt, hvordan forløbet for den enkelte patient skal være, overgår patienten til sygeplejersken. Hver gang en ny patient skal overgå til sygeplejersken, arrangerer lægerne en fælleskonsultation, ligesom de gjorde i starten,

da patienterne skulle overgå til sygeplejersken. Formålet er fortsat at *sende et signal til patienten om, at de trygt kan fortsætte hos sygeplejersken.*

Hvis en patient ikke dukker op til de aftalte læge- eller sygeplejekontroller, gør lægerne indtil videre ikke noget. De forklarer, at de først for nylig har fundet ud af, at det er tilladt at være opsøgende i forhold til udeblevne patienter. Lægerne har en plan om, at de vil bruge datafangst til at danne sig et overblik over, hvem der ikke kommer, så snart de får data nok ind i systemet. Lægerne oplever nemlig, at *det typisk er de sårbare patienter uden netværk, de psykiske patienter, eller dem uden forståelse for sygdommen, der bliver væk.* Dem vil lægerne meget gerne have fat i, og derfor er den opsøgende indsats noget, de *har meget lyst til at gå i gang med.*

#### **4.2.3 Henvisning: Vi sætter en enorm ære i at klare patienten selv**

Lægerne fortæller igen, at de så vidt muligt undgår at henvise de kroniske patienter, fordi de sætter en enorm ære i at klare det selv.

*“Jeg havde en henvisning i går. Der kan sikkert ikke gøres meget ved det, men det var bare lige for at få hende tjekket. Men “ih altså – skal hun godt nok af sted?”. Det kommer faglig stolthed med i spillet. Men de henvises selvfølgelig, hvis de behøver; hvis det er relevant.”*

Når de endelig henviser en kronisk syg patient til sygehus eller speciallæge, er det oftest, fordi patienten er svær at kontrollere. For eksempel *en, hvor man ikke kan få blodtrykket ned, og man har forsøgt alt. Eller en diabetespatient som ikke fatter, at han ikke må drikke fem øl og spise en masse fedt.*

Lægerne fortæller, at de i sådan nogle tilfælde kan bruge henvisningen til at få patienten til at følge deres eget forløb: *Hvis det er en rigtig overlæge, som står overfor pa-*

*tienten i hvid kittel, og som ikke er dødtræt af at kigge på ham, så tager patienten det alvorligt og kommer her tilbage igen, og så kører det.*

En anden årsag kan være, at patienten lider af flere kroniske sygdomme på én gang. Det klarer lægerne langt hen ad vejen selv, men fortæller, at de godt kan finde på at bede en anden om at se på det, hvis det bliver for kompliceret. Inden de sender patienten videre, vil de dog typisk *bruge hinanden* og for eksempel holde en *minikonference* for at se, om en af de andre i klinikken måske har et svar.

#### **4.2.4 Kvalitetsarbejde og uddannelse**

Den primære grund til, at lægerne fra H3 har tilmeldt sig datafangst, er for at *få et kvalitetstjek* af deres behandling. Deres plan er, at en sygeplejerske skal sidde én dag om måneden og tjekke patientgrupperne igennem og finde de patienter, der ikke er velkontrollerede.

På nuværende tidspunkt kvalitetstjekker det makkerpar, der er ansvarlig for en sygdom, lægehusets behandling af den sygdom. Det gør de hvert halve år. Indtil videre har tjekket primært bestået i at sørge for, at fraser og instrukser lever op til de nyeste anbefalinger fra blandt andet DSAM, Dansk Hypertensionsselskab og Diabetesforeningen. Når datafangst kommer til at køre, vil en populationsbaseret gennemgang blive en central del af kvalitetstjekket.

Lægerne lægger også vægt på, at alle i huset er fagligt opdaterede og prioriterer derfor faglig udvikling og sparring højt. Hver fjortende dag er der undervisning for læger og sygeplejersker. Lægernes nyeste tiltag er, at alle sygeplejerskerne får en halv times supervision. De kan selv bestemme, om de vil bruge det hos en læge, eller om de for eksempel hellere vil lave selvstudie i en patient. På den måde sikrer lægerne sig, at sygeplejerskerne udvikler sig fagligt, samtidig med at de plejer deres egne faglige interesser og på den måde får større glæde ved sygeplejearbejdet. ■

# 5 Lægehus H4: Behandlingen er systematiseret og uddelegeret

I lægehus H4 fortæller lægerne, at der var to årsager til, at de gik i gang med at udvikle deres kronikerbehandling: dels oplevede de en offentlig forventning om, at almen praksis skal sætte behandlingen i system og uddelegere flere opgaver til praksispersonalet, dels fik lægehuset flere patienter og blev nødt til at effektivisere.

Siden 2005 har lægerne derfor arbejdet mod at etablere en proaktiv kronikerbehandling. Det har betydet, at deres behandling er blevet mere systematisk. Udover det har forandringen dog ikke haft den store betydning, fortæller lægerne.

*“Det er hverken sjovere eller mindre sjovt, eller besværligere eller mindre besværligt. Det er bare blevet meget mere systematiseret.”*

Lægerne vurderer, at de yder mere nu. Om det skyldes omlægningen af deres behandling, er de dog usikre på. De vurderer, at det ligeså meget hænger sammen med *tidens ånd*, at der er flere kronikere, og at tærsklen for, hvornår man opsøger lægen, er blevet lavere.

## 5.1 Fra 2005-2010: Behandlingen systematiseres

I 2005 havde lægehus H4 ikke nogle faste forløb for, hvordan deres kronisk syge patienter skulle behandles. Det var i højere grad op til den enkelte læge at planlægge behandlingen. Lægerne fortæller, at de dengang hyppigere så de samme kronikere og *formentlig havde lidt færre kronikere end i dag*. De havde allerede dengang en sygeplejerske ansat, men *hun blev kun brugt nærmest som laborant og tog blodprøver og gjorde ikke meget mere*.



Ejerlæger: 3  
Uddannelseslæger: 1  
Sygeplejersker: 3  
Sekretærer: 1  
Patienter: 4.119

*Lægehuset har til huse i nybyggede lokaler (fra 2003) i en provinsby i Region Hovedstaden.*

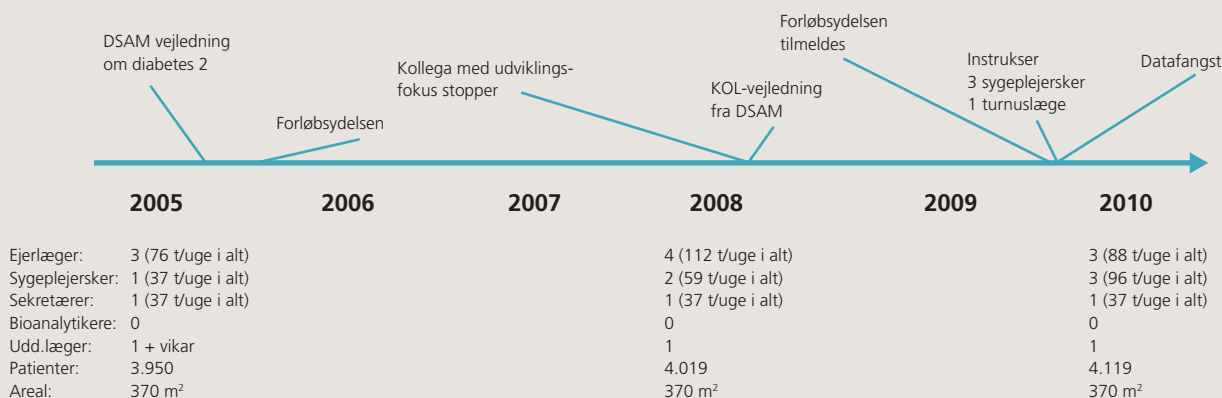
I løbet af 2005 fik de imidlertid fokus på kronikerindsatsen. En ejerlæge (som ikke længere er i klinikken) blev inspireret af DSAM's diabetesvejledning og ønskede, at klinikken skulle udvikle sin kronikerbehandling i henhold til anbefalingerne.

*“Hun indkaldte os og sagde, at hun synes, vi skulle gøre noget. Hun satte ord på, hvor vi skulle hen, fortæller lægerne.”*

Diabetes kom på den måde til at være den første diagnose, lægerne fik systematiseret. Siden er der udviklet lignende forløb for hypertension og iskæmisk hjertesygdom, men det er diabetesbehandlingen, der kører bedst. Lægerne nævner også DSAM's vejledning for KOL fra 2008 som en milepæl, men det er først i løbet af 2010, de er begyndt med at udvikle faste KOL-forløb.

Den ændring, der har haft størst betydning for lægehusets nuværende kronikerbehandling, skete i 2008: Den ejerlæge, som havde været udviklingskatalysator og sat fokus på kronikerindsatsen, stoppede (lægen arbejdede to dage om ugen i klinikken) og blev erstattet af to sygeplejer-

Figur H4.1: Lægehus H4's udvikling



sker. I stedet for at finde en ny ejerlæge ville de tilbageværende ejerlæger *prøve at se, hvordan det var at være tre læger*, dels fordi de ønskede at gøre praksissen mere rentabel, dels fordi de ønskede at imødekomme omgivelsernes ønske om at uddelegere flere opgaver til praksispersonale. Praksis gik på den måde fra at have fire læger til at have tre, og fra at have en sygeplejerske til at have tre.

Den ændrede bemanding muliggjorde en væsentligt mere uddelegeret kronikerbehandling. Uddelegeringen blev båret af detaljerede instrukser over de kroniske behandlingsforløb og nedskrevne arbejdsfordelinger mellem læger og sygeplejersker. Dette gav sygeplejerskerne en større rolle og mere ansvar for behandlingen, men resulterede også i, at den oprindelige sygeplejerske sagde op, fordi hun *havde svært ved det ekstra ansvar, der blev lagt ud til sygeplejerskerne*. Lægerne ansatte efterfølgende en ny sygeplejerske, sådan at de i dag fortsat har tre sygeplejersker.

Selv om sygeplejerskerne har været helt centrale i forhold til at få den nye arbejdsdeling implementeret, er det hele vejen lægerne selv, der har været primus motor for udviklingen. Lægerne fortæller, at sygeplejerskerne ikke var – og fortsat ikke er – så erfarne inden for bestemte områder, at de kan stå for udviklingen af behandlingsforløb til bestemte sygdomme.

Den sidste milepæl, lægerne nævner som central, er, at de siden sommeren 2010 er tilmeldt datafangst og forløbsydelsen. Det skyldes *et ønske om at få overblik* og udsigten til at kunne monitorere et bredt spektrum af diagnoser. Lægerne er dog endnu ikke kommet rigtigt i gang med at bruge datafangst.

### 5.1.1 Udfordring: At få taget sig selv i nakken

Lægerne i H4 synes, at det er svært at få taget sig sammen til at gå i gang med de projekter, de har sat sig for. Faktorer som *dovenskab og magelighed gør*, at projekter en gang imellem bliver skubbet. De understreger, at *det kræver disciplin at bryde sine vaner, hver gang man skal lave en omvæltning*. En gang imellem bliver lægerne så gjort opmærksomme på, hvor de halter bagefter:

*“Nu var Mads her for eksempel i dag. Han er lægemiddelkonsulent. Han tog fat i os: “Bruger I det her datafangst? Gør I sådan og sådan? Har I kigget på det?” Og vi måtte sige: “Nej det har vi ikke.”*”

I lægernes hverdag er *der er meget at se til, og kniber med energi og tid*, derfor får de ikke altid gjort det, de ellers gerne ville.

Til gengæld har lægehuset en stor interesse for kvalitetsarbejde, der motiverer dem til at gennemføre forandringer. To af lægerne arbejder nemlig ved siden af klinikken med kvalitetsudvikling af almen praksis. Lægerne fortæller, at det gør, at *man får mange informationer om ting, man kan gøre, og man tænker mere over kvalitet, fordi man synes, det er sjovt*.

### 5.1.2 Udfordring: Ny chefrolle

En anden udfordring, som lægerne har oplevet i overgangen til en systemiseret kronikerbehandling, er den nye chefrolle. Lægerne har fået et større og mere tydeligt chefsansvar, fordi praksispersonalet og deres opgaver er vokset, og det medfører nogle problematikker, de ikke er vant til:

*“Til at starte med var vi fem læger og ingen ansatte. Nu er vi tre ledere og fire ansatte. Det bliver en anden virksomhed, når man har flere ansatte end chefer. Jeg føler mig mere som ‘chef’ nu. Hvad snakker man som – snakker man som kollega eller som chef? Når man er tre sygeplejersker, så skal man også sørge for, at de bliver behandlet ens. De skal behandles som lige gode, selv om de ikke er lige gode til det hele.”*

Lægerne kan også mærke, at der er sket et skift i forhold til, hvordan personalet ser deres egen rolle i praksis:



*“De nye ansatte er måske også lidt mere moderne ansatte. Vores gamle sygeplejerske gjorde mere, som der blev sagt, og der kom ikke så meget feedback på. Man ku’ stort set ikke mærke hun var der. Vores nye giver også tilbage og kræver også.”*

Lægerne fortæller, at det er en svær udfordring at påtage sig den nye chefrolle. De har haft en del overvejelser om, hvad det egentlig betyder for dem og for deres praksis, og hvordan de skulle håndtere det. De mener dog, at de efter nogle års arbejde har fået styr på det.

### 5.1.3 Det gik let: At uddelegere arbejdsopgaver til sygeplejerskerne

En ting, som er gået overraskende let for lægerne i H4, er uddelegering af opgaver til sygeplejerskerne. Det fungerer rigtigt godt med de instrukser, lægerne har lavet, og sygeplejerskerne er både gode til at følge vejledningerne og til at tage sig af opgaver, som ikke er skrevet ned. Sygeplejerskerne spiller også en aktiv rolle i forhold til at oplære hinanden.

Patienterne har også været positive over for uddelegeringen, selv om den for mange patienter har betydet, at de ser sygeplejersken mere end lægen. Lægerne fortæller, at de *ikke har hørt brok; det er gået fint*. Vi beder lægerne uddybe, hvordan de har båret sig ad med at få den nye ordning implementeret så problemfrit:

Læge 1: *“Det gjorde vi bare!”*

Læge 2: *“Ja. Eller vi havde planlagt en overgangskonsultation, hvor sygeplejersken, der skulle overtage patienten, var med én gang. Men det fik vi ikke gjort. Det gled lidt ud... Men så har man jo selvfølgelig sagt det til patienten, inden det var sådan, det blev.”*



Lægerne mener, at det er, fordi patienterne stadig kommer i det samme hus, og fordi sygeplejerskerne og lægerne har mulighed for at tale sammen, hvis der opstår problemer. Lægerne fortæller, at de har brugt den relation, de i forvejen havde til patienten til noget positivt og ikke set den som noget, de ville miste med den nye struktur:

*“Det kan godt være, det bliver anderledes om ti år, når man har fået nye patienter ind. Meget bygger stadig på vores gamle kendskab til patienten, og hvis man har en god relation til patienten, så behøver man ikke at se dem så tit for at holde det ved lige. Med tiden bliver det måske en anderledes udfordring, hvis vi ikke på forhånd kender patienten.”*

Efter overgangsfasen, hvor mange patienter skulle til skifte fra at gå til kontrol hos lægerne til at gå hos sygeplejerskerne, lavede lægerne en patientevaluering. Her fik de bekræftet, at patienterne var positive over for forandringen. *Der var ikke mange, der var utilfredse med det. Det var tilsyneladende accepteret.*

#### 5.1.4 Status: Nu skal vi i gang med datafangst og KOL

Da vi spørger lægerne, om de har nået deres målsætning for deres kronikerbehandling, eller om de stadig har nogle ting, de gerne vil opnå, svarer de:

*“Vi har ideer, men ikke konkrete planer. En af vore kollegaer er syg med stress, og det har hun været siden september, og det sætter lidt en dæmper på, hvor meget vi kan gå i gang med. Nu har vi efterhånden fået så mange data fra datafangst, som man kunne kigge på, og det er ikke rigtig sket endnu... Så det vil vi gerne i gang med. Og KOL! KOL kunne godt være en ny målsætning.”*

*“KOL-patienterne vil vi gerne have ind mindst en gang om året til en kontrol. De her patienter [diabetes], de får en tid tre måneder eller et halvt år frem hos sygeplejersken. Det får KOL-patienterne ikke endnu. KOL-patienter er vi først startet på her i efteråret, og vores ambition er, at de kommer til mindst en årlig kontrol.”*

Lægerne vil også gerne forbedre deres indsats over for nogle af de andre store kronikergrupper. For eksempel fortæller de: *Vi kunne jo godt stratificere vores sukkersygepatienter. Vi behandler dem stort set ens, uanset om det er lav risiko eller ej.*

#### 5.1.5 Vurdering: Systematiseringen er den største forskel

For lægerne i H4 har den nye systematik og større inddragelse af sygeplejerskerne ikke betydet så meget for lægernes hverdag, men de vurderer, at deres behandling er blevet bedre. Her uddyber vi fire af de centrale konsekvenser, som lægerne fremhæver under interviewet: 1) Opgaveoverdragelsen til sygeplejerskerne giver aflastning og frigiver tid, 2) lægehuset laver flere ydelser og har flere patienter, 3) de har

bedre behandlede patienter, og 4) lægerne oplever, at kronikerne fylder mere, men at de til gengæld får regelmæssige og ensartede kontroller.

#### Opgaveoverdragelse til sygeplejerskerne giver aflastning og frigiver tid

Lægerne mener, at de har fået mere tid til relevante lægegaver, efter sygeplejerskerne har fået mere ansvar og flere arbejdsopgaver.

*“Nogle opgaver ligger mere naturligt hos sygeplejerskerne – og for eksempel kostvejledning, det synes jeg er kedeligt og en dårlig måde at udnytte min begrænsede tid på.”*

Den anden læge supplerer med, at *det aflaster meget, at sygeplejerskerne tager kronikerne*. Begge fortæller, at arbejdsdelingen frigiver tid som for eksempel bruges til akutte patienter og administrative opgaver. På trods af aflastningen har lægerne ikke fået mere tid eller overskud, for *samtidig med systematiseringen er der jo blevet mere at se til. Og vi er blevet ældre*, forklarer den ene læge.

#### Flere ydelser og flere patienter

I 2008 går lægerne imidlertid også fra at være fire til at være tre læger, samtidig med at de får 100 patienter mere tilmeldt. Adspurgt vurderer lægerne også, at de yder mere.



*“Ja, vi har jo fået flere patienter ind og flere kontroller, så derfor yder vi vel mere. Og jeg forventer, det bliver endnu mere. Det er i tidens ånd. Der bliver mere at lave. Og ting fra sygehuset bliver lagt over til os.”*

Lægerne har også fået bekræftet i § 100, at de yder mere i forhold til deres lokale kollegaer, end de gjorde tidligere.

*“Nu ligger vi lidt over, før lå vi under. Det er nok, fordi vi har ansat sygeplejersker: Der er kommet flere tider, og vi har stort set ikke ventetid.”*

#### Bedre behandlede patienter

Patienterne bliver også plejet bedre med den nye struktur, fortæller lægerne. Sygdommene bliver *kontrolleret bedre, og patienterne er behandlet efter retningslinjerne*. En af lægerne fremhæver også, at den nye behandlingsform er mere motiverende for patienterne, fordi den gør det muligt for dem selv at få overblik over deres behandling og deres sygdoms udvikling, hvilket gør nogle af dem *interesserede i at gøre noget mere selv*.

Den anden læge fremhæver dog, at han ikke mener, at man bør stirre sig blind på patienternes tal og prøver: *Spørgsmålet burde jo være: Har de fået et bedre liv? Det kan man ikke måle på tal!*

### **Kronikerne fylder mere, men får regelmæssige og ensartede kontroller**

Lægernes oplevelse er, at kronikerne er kommet til at fylde mere i dag, end de gjorde for fem år siden. De *fylder hele kalenderen*, fortæller lægerne. Grunden til, at de fylder mere, er, at lægerne er blevet mere fokuserede på dem og er opmærksomme på at lave de regelmæssige kontroller.

*“Hver tredje eller fjerde patient er jo kroniker nu! Jeg føler, de fylder meget mere, end det gjorde for nogle år siden. Jeg synes, jeg ser mange flere kronikere i dag. De fylder en del. Men det er jo, fordi vi gør det på en fast måde: Der foreligger nogle blodprøver og nogle resultater og undersøgelser, som vi så taler med patienten om og så lægger en plan ud fra.”*

Selv om den systematiske tilgang tager mere tid, synes lægerne, at det er en god måde at gøre det på, og de føler ikke, at kronikerindsatsen er en *særlig energisluger*. De nævner også, at lægehuset er begyndt at yde mere ensartet internt, efter de er begyndt at arbejde efter instrukserne. *Og det er også bedst for patienten*, understreger de: *Patienten bliver jo forvirret, hvis en læge eller sygeplejersker siger det ene og en anden noget andet.*

## **5.2 Organisering af kronikerbehandling 2010**

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra N9 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### **5.2.1 Tidlig opsporing: Et område med mange dilemmaer**

Lægerne fra H4 svarer *både ja og nej*, da vi spørger dem, om de arbejder med tidlig opsporing. De forklarer, at de gør det på forskellige måder: Gennem de faste kontroller i kronikerforløbene, ved helbredsundersøgelse og gennem tilbud om lungefunktionsundersøgelse til rygere.

Lægerne er ikke helt enige om, hvordan man bør arbejde med opsporing. Her diskuterer de, om det er hensigtsmæssigt at systematisere den tidlige opsporing af kroniske sygdomme.

Læge 1: *“Det kommer an på ambitionen. Hvis ambitionen er at finde så mange som muligt, og hvis det må koste hvad det vil, så kunne man gøre det. Men hvis ambitionen er at hjælpe dem, der gerne vil hjælpes... Jeg er ikke meget for systematisk screening! Det er imod mine grænser for, hvad der er etisk og moralsk.”*

Læge 2: *“Synes du først, de skal ha' gjort noget, når de er blevet syge?”*

Læge 1: *“Ja, men jeg mener også, at folk er blevet informeret.”*

Læge 2: *“Jeg synes det er meget vigtigt at spørge dem. Ryger du? Hvad med alkohol? Og det er også inde i frasen. Det gør jeg meget ud af.”*

Som det fremgår, har lægerne ikke en fælles og standardiseret tilgang til arbejdet med opsporing. De lægger også begge vægt på, at der skal være en naturlig anledning til, at man begynder at spørge, og understreger, at *hvis man kommer med ondt i ryggen, så er det ikke en anledning*. De fortæller dog begge, at *hvis der er en passende anledning til det, så prøver de*. Begge læger tilbyder også helbredstjek, for eksempel *hvis patienten er disponeret for hjertekar eller er ryger eller overvægtig*.

Hvis patienten selv opfordrer til et tjek, *er det ikke helt systematisk, hvordan de blive spurgt*. Under interviewet taler lægerne sig dog frem til, at de *nok gør det nogenlunde ens*. Ved helbredstjekkene finder lægerne *ofte nogle med forhøjet blodtryk* og bruger anledningen til at *give patienterne nogle gode råd*, fordi de tænker, at det også er *det patienten kommer for*.

Lægerne spørger ind til livsstilsfaktorer såsom rygning og vægt i forbindelse med helbredstjek og ved de planlagte kontroller, men skriver det ikke systematisk ned. Kun ved årskontrollerne bliver det altid skrevet ned og er med i fraserne. En af lægerne forklarer, at de aldrig har sat det som et mål for eksempel at vide, om alle de kroniske patienter ryger. Derudover mangler lægerne en måde at registrere livsstilsdata: *Rent teknisk – hvor skal vi gøre det? Så har man skrevet ryger, men så er de holdt op*. Den ene læge mener, at det er *svært at registrere noget, som er så dynamisk*. Det har lægen følt som en barriere i forhold til opsporingsarbejdet.

### **5.2.2 Forløb: Almen praksis kan ikke være patienternes mor!**

Når en patient er blevet diagnosticeret med en kronisk sygdom, har H4 nogle faste forløb, som patienten skal følge på en række sygdomme.

Hvor det kører bedst, bruger lægerne diabetes til at illustrere, hvordan forløbene er organiseret. Det første, der sker, når diagnosen er stillet, er, at lægerne *laver indholdet af en årskontrol og giver dem en diabetesvejledning*. Derefter kommer patienten hos sygeplejersken tre gange om året og til en årskontrol hos lægen. Sygeplejerskerne er ikke subspecialiserede, men behandler alle tre alle de kroniske diagnoser. Når patienten har været til kontrol, *får de samtidig en ny tid, hver gang tre måneder frem*.

Blodtrykspatienter kommer tilsvarende hver tredje måned, og patienter med iskæmisk hjertesygdom kommer hvert halve år og får målt deres kolesterol. Lægerne tager *selvfølgelig* hensyn til andre faktorer end de kliniske, når de skal planlægge et forløb, blandt andet *patientens personlighed*. Lægerne fortæller, at det i nogle tilfælde kan det være nødvendigt at se patienten hyppigere end de fire gange om året, og andre gange kan det være nødvendigt at få hjemmesygeplejen til at dosere patientens medicin.

Vi spørger lægerne, hvad de gør, hvis en patient ikke dukker op til kontrollerne. Lægerne fortæller, at *mange af dem bliver fanget ved receptfornyelse*. Så kan de spørge *"Hvorfor har du ikke været til kontrol?"*, men hvis patienten ikke ønsker at komme, mener lægerne ikke, at det er deres rolle at opsøge dem. De fortæller også, at det er svært at holde motivationen ved lige, hvis det er den samme patient, der hele tiden udebliver.

*"Vi forventer, at de selv laver en ny aftale. Det er ikke nødvendigvis et bevidst fravalg, de laver. ... Dem har vi mulighed for at fange med datafangst. Jeg har længe været af den holdning, at vi meget gerne vil hjælpe dem, hvis de kommer, men at jeg ikke vil være mor for dem. Det er ikke vores opgave."*

Samtidig forventer lægerne dog, at de med tiden må gøre op med den indstilling:



*"Samfundets forventninger til os ændrer sig. Og man skal jo have sin private holdning adskilt fra det, der forventes fagligt, mener lægerne."*

### 5.2.3 Henvisning: Der hvor det ikke lykkes

Når lægerne i H4 henviser deres kronisk syge patienter til sygehus eller speciallæge, skyldes det, at behandlingen ikke går, som den skal:



*"Hvis der er nogle ting, man ikke har styr på. Hvis man har prøvet alt, og det ikke lykkes. Så man mangler noget ekspertise eller hjælp til en bedre regulering."*

Inden lægerne henviser, vil de dog, så vidt det er muligt, *konferere med sygehus- eller speciallæger for at få et godt råd*. Lægerne fortæller, at det er let lige at *ringe og sige hej og sætte dem ind i problematikken*. En sjælden gang i mellem henviser lægerne, fordi patienten selv ønsker det. Det gælder dog sjældent for de kroniske patienter.

Der er dog undtagelser. Den ene er, at diabetespatienter bliver henvist til fodlæge og øjenlæge en gang om året. Det er de altid blevet, men i kraft af, at lægehuset har flere kroniske patienter end tidligere og flere til regelmæssig kontrol, vurderer de, at de nok sender flere patienter til den slags proaktive undersøgelser nu. Den anden undtagelse er, at KOL-patienterne bliver henvist til sygehuset for at få lavet røntgenundersøgelse, som indgår i udredningen.

Lægerne oplever ofte, at patienter, som de har henvist til et forløb på sygehuset, kommer tilbage. Det er egentlig

ikke et problem, forklarer lægerne, for *når man får løst problemet, kan patienterne jo ligeså godt komme i praksis*. Dem, som udebliver fra kontrollerne på ambulatoriet, *fanger de også tit i praksis – det er dem som gerne vil tage medicin, men som ikke vil til kontrol*. Lægerne vurderer derfor, at de patienter, som *kommer tilbage* fra den sekundære sektor, får en ligeså god behandling i praksis, som de ellers ville have fået.

### 5.2.4 Kvalitetsarbejde: Vi har et ønske om at gå i gang

Lægerne fra H4 har en plan om at bruge datafangst til at arbejde med kvaliteten af deres behandling. De tilmeldte sig datafangst i 2010, *men har ikke gjort noget ved det*. Vi har ikke siddet og kigget i rapporten – *men vi har jo også lige fået det*. Grunden til, at de har tilmeldt sig datafangst, er:

*"Så vi kan se, hvem der ikke er ordentligt reguleret. Vi har jo de patienter, hvor vi har sat navn på, hvilken sygeplejerske og læge de kommer hos. Det kunne godt være, at man kunne delegerede ud, hvis man fandt en patient, som ikke var godt reguleret, og så skulle den ansvarlige tage sig af den."*

Selv om de ikke arbejder populationsbaseret med kvalitet, har lægerne på andre måder haft fokus på at forbedre kvaliteten.

*"Nu får vi spurgt om det hele og protokollerer det. Vi gennemgår deres medicinlister; vi anbefaler dem undersøgelser. Det hele bliver journalført i systematisk form."*

De sørger også for, at deres instrukser bliver udviklet. Indtil videre har de været revideret én gang. Lægerne fortæller, at det var, fordi:

*"... der kom ny viden, og at formen ikke var god nok. Den var for teoretisk og for lidt praktisk. Vi skulle diskutere, hvem der gjorde hvad – altså opgavefordelingen mellem os og sygeplejerskerne. Nu har vi fået beskrevet, hvem der gør hvad til kontrollerne: hvad er lægens og hvad er sygeplejerskens del? [...] Efter revisionen har vi oplevet, at arbejdsdelingen fungerer bedre og hjælper os og sygeplejerskerne til at lave en bedre behandling."* ■

# 6 Lægehus N5: Sygeplejersken er afgørende for udviklingen

I praksis N5 er det ansættelsen af den første sygeplejerske, der har gjort den største forskel på lægehusets kronikerbehandling. Sygeplejersken blev ansat, fordi lægerne var pressede igennem en længere periode. Derfor ledte de efter én, som kunne lette deres arbejde. De fortæller, at da de blev tilbudt at få en sygeplejerske ind i klinikken, var det et tilbud, der var umuligt at sige nej til. Sygeplejersken har nemlig mange års erfaring fra et børneambulatorium, hvor hun havde ansvar for diabetesbehandling, og lægerne vidste, at hun var god. Derfor:

*“Blev sygeplejersken ansat i 2005-6. Hun fik hurtigt ansvaret for at køre diabetesbehandlingen, og nu kører hun dem med det hele herude, og det gør hun fuldstændig perfekt. Jeg tror, vi har de bedst regulerede patienter i Danmark. Det må vi godt prale af.”*

## 6.1 Fra 2005-2010: Personalet får en større rolle

Lægerne fortæller, at deres kronikerbehandling altid har kørt fint, men at det tidligere var den enkelte læge, der individuelt passede patienten og planlagde dennes behandling. I 2005 oplevede lægerne dog, at:

*“Vi var meget pressede i 2005. Vi havde mange patienter, og behovet for at gøre noget steg. Det var en nødvendighed, at vi omlagde behandlingen. [...] Og vi blev da også bombarderet udefra omkring, hvad vi skulle, og hvad vi skulle huske på. Og midt i det var vores patienter, og der skulle vi prøve at navigere i det uden at drukne.”*

Derfor besluttede lægerne at tilpasse kronikerbehandlingen til de nye forventninger og de flere patienter. I den forbin-



Ejerlæger: 3  
Uddannelseslæger: 1  
Sygeplejersker: 1  
Sekretærer: 3  
Bioanalytikere: 1  
Patienter: 5.800

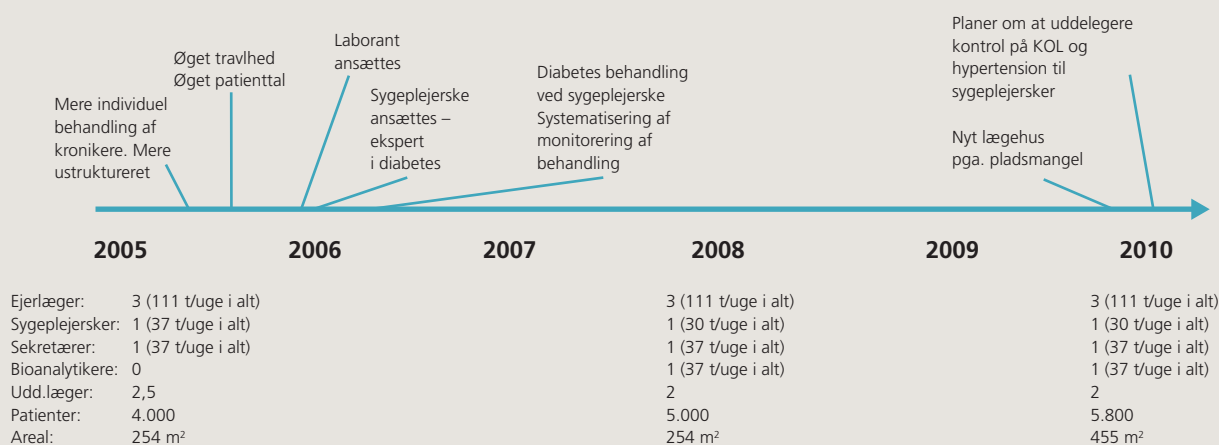
*Lægehuset er nybygget med moderne faciliteter. Det ligger i en landsby i Region Nordjylland.*

delse lænede de sig op ad den kliniske vejledning fra DSAM om type 2 diabetes, og da sygeplejersken, som lægerne kalder en *rigtig ildsjæl*, blev ansat:

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

Sygeplejersken spillede altså en stor rolle for den omlægning, der er sket af diabetesbehandlingen, fordi hun introducerede den praksis, hun var vant til at følge på sygehuset i praksissen. Siden da har lægerne løbende rettet skemaerne til, fordi de *hele tiden bliver bedre og bedre*. I 2006 ansatte lægerne også en laborant, som qua de prøver, der er blevet lettigængelige, har styrket lægehusets opsøgende og opfølgende arbejde i forhold til kronisk sygdom.

Figur N5.1: Lægehus N5's udvikling



Den næste milepæl, som lægerne fremhæver, er deres nye lægehus, som de er flyttet ind i i 2010. Lægehuset er et væsentligt skridt i deres udvikling, fordi det var umuligt for dem at organisere deres arbejde, som de gerne ville i det gamle hus, hvor der var så lidt plads, at *vi blev nødt til at holde fri på skift for at kunne være der. Det duede ikke.* Det nye lægehus – hvor der er egne rum til alle ansatte og plads til en ekstra sygeplejerske – giver til gengæld mulighed for at bruge praksispersonalet på den måde og i det omfang, lægerne ønsker.

### 6.1.1 Uddelegering af opgaver til personale: Intet problem!

Sygeplejersken har været helt central for lægehus N5's udvikling, og lægerne fortæller enstemmigt, at de på intet tidspunkt har haft problemer med at uddelegere opgaver. Det skyldes for det første, at:

*“Vi er tætte på hende, og vi går igennem alle patienterne årligt og tjekker det hele. Vi har meget fint styr på det. Vi har fået at vide fra sygehuset, at vi næsten kører sukkersygepatienter for hårdt, så gode tal har de. Så det... Det er kun fint!”*

Og for det andet, at:



*“Vi stoler på vores personale og har en god oplevelse med at stole på dem, så det er svært at finde en negativ ting ved den her aflastning. Hvis vi følte, at vi skulle tjekke op på, om alt blev gjort ordentligt, ville det blive stressende. Så det er meget personafhængigt.”*

### 6.1.2 Udfordring: At få styr på KOL-patienterne

Lægerne er først i 2010 begyndt at sætte eksplicit fokus på KOL-patienter. I den forbindelse oplever de, at:

Læge 1: *“De er ikke lette at finde, og de synes ikke, de har et problem. Fordi man hoster lidt, synes man ikke, det er sygdom. Så de er svære at indfange. Diabetes er mere anerkendt sygdom, den har man respekt for som patient.”*

Læge 2: *“KOL er ikke en hitsygdom. Der er ikke prestige i at have fået KOL, fordi man selv har røget – i forhold til at få sukkersyge. KOL man selv skyld i. Og det gør det svært. Rygere er bestemt ikke syge. Det er i hvert fald ikke røgen, der gør noget.”*

Lægerne fortæller, at de *sagtens kan organisere forløbene ligeså godt som de andre*, men at forskellen er, at KOL-patienterne ikke kommer: *Hvis vi har fået aftalt en lungefunktion, så bliver de bare væk.* Lægerne er ellers meget op-

mærksomme på at opspore KOL-patienterne, *men at få dem til at komme igen om lungerne? Det er svært*, understreger lægerne.

Lægerne forklarer, at det desuden er svært at formidle alvorligheden af KOL til patienterne. De har ikke det samme 'bevismateriale', som de har ved andre sygdomme:



*“Ved diabetikeren har vi nogle faste tal at gå ud fra – det samme ved hypertension. Sådan er det ikke med KOL, og selv om vi laver lungefunktionstest, der viser nedsat lungefunktion, har KOL-patienterne ofte ikke erkendelsen af, at der kan være noget galt.”*

Lægerne vil derfor gerne *finde en ny måde at få KOL-patienterne ind i folden på* og vurderer, at det bliver et langt sejt træk at få til at lykkes. Patienternes holdning til sygdommen og behandlingen er i den forbindelse den største udfordring, men det er også en udfordring, at lægehusets nuværende sygeplejerske mangler kompetencer på andre områder end diabetes. Derfor håber lægerne, at de kan genskabe succesen fra diabetesområdet ved at finde en ekstra sygeplejerske med kompetencer, der kan understøtte deres målsætninger for at systematisere og uddelegere KOL- og hypertensionsbehandlingen yderligere.

### 6.1.3 Status: Vil gerne uddelegere mere til personale

Lægerne fra N5 beskriver, hvad de har arbejdet frem mod i de sidste års tid: *Vi ville gerne have gode, rare rammer og et hus, der fungerer til det, vi skal*, med de nye krav – plads til sygeplejersker og laboratorium. Det har de fået med deres nye lægehus i 2010.

På kronikerområdet er deres overordnede målsætning at opspore patienterne tidligt og kontrollere dem. Som det fremgår, er de tilfredse med deres diabetesbehandling, men vil gerne være mere systematiske omkring andre kroniske sygdomme. Især KOL, men også hypertension.

Lægerne vil også gerne være bedre til at uddelegere opgaver til sygeplejersken. Det er noget, de på nuværende tidspunkt fokus på, og som de derfor har tegnet ind på tidslinjen.

### 6.1.4 Vurdering: Hvad får de ud af at arbejde proaktivt?

Lægerne fortæller, at har fået rigtig meget ud af at systematisere deres kronikerbehandling og uddelegere opgaver til sygeplejersken. Lægerne nævner en negativ konsekvens ved udviklingen, nemlig at de *mister noget af følingen* med de kroniske sygdomme. Til gengæld nævner de som positive konsekvenser, at lægerne har en god fornemmelse af, at deres indsats er god, at de er i stand til at yde mere, at de hen-

viser mindre, samt at indtjeningen i deres praksis er øget. Disse forhold uddybes i de følgende afsnit.

### Mister føling med sygdommen

Den eneste negative konsekvens ved den proaktive behandling er, at lægerne ikke har den samme føling med sygdommene længere. Den ene læge fortæller:



Læge 1: "Jeg ikke kan behandle sukkersygepatienter længere – man har ikke så meget finger på pulsen i forhold til, hvad der sker."

Hurtigt tilføjer han dog, at *det har sygeplejersken så til gengæld i høj grad*. Lægerne vurderer, at sygeplejerskens skarpe blik på diabetes suppleret med lægens bredere vurdering er en god kombination. Lægerne har nemlig en bredere uddannelse og har stadig en vigtig rolle i forhold til at holde øje med komorbiditet og patientens overordnede helbred.

### En god fornemmelse af at gøre det godt

Lægerne fortæller, at sygeplejersken og laboranten har gjort deres arbejdsdag roligere og mere spændende, fordi der er en række opgaver, som lægerne ikke længere skal tænke på. Det:

Læge 1: "Giver en fornemmelse af, at man ikke så let glemmer noget. En trykkelig fornemmelse."

Læge 2: "Jeg føler også, at det bliver gjort rigtig godt. Og det har jeg det godt med."

Læge 3: "Jeg synes det er rart, at nogle kan klare nogle ting, jeg ikke synes er så spændende, som for eksempel kost- og rygесamtaler, og teknikken ved blodsuktermåling. Så kan jeg lave noget andet."

### Lægehuset yder mere, samtidig med at lægernes arbejdsbyrde er uændret

Sygeplejersken har overtaget en række kronikeropgaver fra lægerne, og det betyder, at der *bliver frigjort tid til andre ting*. Det er positivt, for lægerne har *rigtig meget andet at give sig til*. Lægerne vurderer samtidig, at de arbejder ligeså meget i dag som for fem år siden: *Det samme i omfang, vi laver bare noget andet*. På den måde yder lægehuset som samlet enhed mere, idet lægerne har fyldt den tid op, de før brugte på kronikerbehandling, med andre opgaver.

Adspurgt vurderer lægerne, at de godt kunne yde endnu mere, hvis de fik mere hjælpepersonale – især sygeplejersker. Indtil videre synes de dog selv, at de yder rigtig meget, og de har også set i § 100-opgørelsen, at de udfører flere ydelser end gennemsnittet i forhold til især laboratoriedydelser.

### Færre akutte og flere proaktive henvisninger

På kronikerområdet klarer lægerne det meste selv og henviser sjældent. Lægerne fortæller, at deres henvisningsmønster har ændret sig, siden de fik sygeplejersken og systematikken i deres diabetesbehandling:



*Det er i dag yderst sjældent, at vi henviser diabetespatienter akut. Vi henviser stort set ikke nogen. Vi klarer det måske endda bedre end sygehuset, fordi vi ser patienterne fast.*

Til gengæld laver lægerne langt flere proaktive henvisninger af for eksempel diabetespatienter, fordi de følger DSAM's vejledninger. Derfor vurderer lægerne, at:

*"... hvis man laver statistik, vil man nok se, at nogle typer henvisninger er steget over de sidste fem år, fordi det er blevet teknisk muligt – og fordi det er blevet et fagligt krav."*

### Den proaktive tilgang kan betale sig økonomisk

Adspurgt fortæller lægerne, at den proaktive tilgang på flere måder kan betale sig økonomisk både for dem selv som praksis og overordnet på samfundsniveau. Lægerne fortæller, at de ikke ville have omlagt deres kronikerbehandling, hvis det ikke kunne betale sig økonomisk:

*"Vi har jo et overordnet mål: Det her skal køre som en forretning. Vi lever af det. Og vi ansætter og uddelegerer ikke bare for sjov skyld. Økonomien skal hænge sammen. Vi får jo ingen penge forærende."*

Samtidig er lægerne sikre på, at patienterne fremadrettet vil få færre komplikationer som følge af lægehusets proaktive behandling, hvorfor den ekstra indsats i praksissektoren vil være en gevinst for sundhedsvæsenet som helhed.

## 6.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2011

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra H2 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### 6.2.1 Tidlig opsporing: Vores patienter skal ikke reduceres til en journalforside

Lægerne mener, at ens holdning til tidlig opsporing hænger tæt sammen med, hvordan man gerne vil være som læge. En af lægerne uddyber, at de i N5 har det *lidt skidt med at få patienten reduceret til en journalforside*, hvilket de synes, der vil være fare for, hvis man følger for mange standardiserede

tjeklister og per automatik spørger til livsstilsdata. Lægerne vil *ikke lave mennesker til statistik*, og synes desuden, at *det er vigtigere at bruge tid på at tale med patienten og bevare nærheden*. Rent praktisk forestiller lægerne sig også, at *sådan en registrering ikke ville være nem at følge op på*, og at den ville *kræve for meget i en travl hverdag*. De forklarer, at de har nok at gøre med de basale ting, og synes det er *lidt overdrevet* at lave detaljerede retningslinker for alting.

Lægerne arbejder altså individuelt med tidlig opsporing og har ikke noget fælles system. Alligevel vurderer de, at deres tilgang er relativt ensartet:

*“Det er på grund af traditionen for, hvordan man gør tingene. Når vi har boet sammen i så mange år, så bliver det også mere ens.”*

Lægerne arbejder med tidlig opsporing, når de spotter klare faresignaler ved patienten, eller hvis patienten selv beder om et helbredstjek:

*“Når patienterne kommer ind af døren, skal man lige tænke over, om der kan ligge noget andet bag. [...] For eksempel hvis de sidder med en pakke Cecil i lommen og hoster, så prøver vi at tale med dem om det og stille afklarende spørgsmål. Eller hvis de er røde i hovedet, kan vi godt finde på at tage blodtryk. Ja, vi tjekker dem med blodtryk og blodprøver.”*

Ved mistanke vil lægerne typisk tage nogle blodprøver. Her er de imidlertid løbet ind i en barriere. De har nemlig prøvet, at ‘sygesikringen’ kommer efter dem, fordi deres laborant laver for mange prøver. Derfor holder lægerne i dag øje med, hvor mange ydelser de bestiller hos laboranten, fordi de ikke ønsker at skulle forklare deres ydelsesmønster overfor andre.

### 6.2.2 Forløb: Diabetesbehandlingen er standardiseret – med plads til undtagelser

Når en patient har fået konstateret en kronisk sygdom, har lægerne fra N5 et nogenlunde fast system for, hvordan forløbet skal køre, dvs. for *hvornår patienterne skal til kontrol, og hvilke prøver der skal tages*.

Forløbene omkring diabetes type 2 kører på nuværende tidspunkt bedst, dels fordi det er sygeplejerskens kompetenceområde, dels fordi det er det forløb, der har kørt længst. Diabetespatienterne kommer til tre kontroller om året hos sygeplejersken og til én årskontrol hos lægen. Selv om forløbene i udgangspunktet er standardiseret, lægger lægerne dog vægt på, der skal kunne tages særlige hensyn til den enkelte patient. Derfor sker det ind imellem, at patienten kommer til kvartalskontrol hos en læge, men i reglen ligger kontrollerne fast hos sygeplejersken.

Ved kontrollerne følger lægen og sygeplejersken det samme standardiserede skema for at sikre, at alt bliver gjort. Skemaet er i papirform, og data tages ikke ind elektronisk. Når patienterne går fra en kontrol, *får de en ny tid med*, for

så er patienten klar over, hvem han eller hun skal ind til næste gang, og *der er ikke nogen vaklen i geleddet*, fortæller lægerne.

Hvis en patient ikke dukker op til kontroller, gør lægerne som oftest ikke noget. De sender ikke breve eller ringer til patienten, fordi deres indstilling er, at det *må være i patientens interesse, at det går godt*. Lægerne vil gerne hjælpe, *men ansvaret ligger altså hos personen selv*, understreger de. En af lægerne forklarer, at de siger *principielt nej*, fordi:

*“Vi må ikke drive opsøgende virksomhed, så dem kan vi ikke gøre noget ved. Det er et frit land vi lever i, folk må selv bestemme, om de kommer eller ej.”*

Hvor diabetesbehandlingen er forholdsvis standardiseret, er det anderledes med KOL og hjertekarsygdomme. Lægehuset har endnu ikke noget fast forløb til KOL-patienter, men forsøger at få patienter med hypertension og hjertekarsygdomme ind i et forløb med fire faste kontroller, men der er endnu ikke et fast indhold for de kontroller, som det er tilfældet for diabetespatienterne.

### 6.2.3 Henvisninger: Vi laver det meste selv!

Lægerne henviser sjældent de kroniske patienter. En af lægerne fortæller: *“De kroniske patienter er så meget en del af vores hverdag, at vi ikke tænker, de hører til andre steder.”* Hvis det endelig sker, at de henviser en kronisk syg, vil det typisk være i forbindelse med, at der er opstået noget akut, eller hvis der er nogle undersøgelser, lægerne ikke kan lave selv.



*“Jeg kan godt finde på at sende en patient på sygehuset, hvis jeg ikke kan styre blodtrykket. Men så ved jeg også, at de bliver de sendt tilbage hurtigt efter speciallægevurdering; de får ikke lov til at gå i længere tid i et sygehuseambulatorium, det får de ikke lov til.”*

Lægerne har ikke meget til overs for sygehusets behandling af kroniske patienter, og derfor beholder de oftest patienterne selv eller ringer til sygehuset for at få et råd frem for at henvise patienten.

En patient kan også blive henvist af grunde, som ikke er direkte relateret til den kroniske sygdom. Det kan være, hvis patienten er uden for pædagogisk rækkevidde – så henviser vi dem nogen gange for at få trukket en streg i sandet, eller hvis patienten selv kræver at blive henvist, selv om det dog sjældent er tilfældet for de kroniske patienter. Som lægernes videre overvejelser om, hvornår de vælger at viderehenvise illustrerer:

Læge 1: *“Vi vil ikke slås med dem om – vi skal have fred.”*

Læge 2: *"Hvis ikke der er en grund, så henviser jeg dem saft-suseme ikke. Der skal være en grund."*

Læge 1: *"Jeg noterer i henvisningen, hvis det er fordi patienten ønsker en henvisning."*

Læge 3: *"De sjældne gange, vi gør det, ender det som en enkelt omgang, og så får patienten at vide, at det kan vi godt klare ude ved os fremover. Det skaber en afklaring, og det er fint nok. Det kan gøre det lettere at komme videre, hvis der mangler forståelse om, hvad det handler om, eller hvis man er kørt fast."*

Lægerne fortæller, at deres samarbejdspartnere – altså lægerne på sygehusene eller speciallægerne – har forståelse for, at lægerne en sjælden gang henviser udelukkende efter patientens ønske. Dog understreger lægerne, at det bestemt ikke er noget, de gør som standard.

#### **6.2.4 Kvalitet handler om daglig sparring og en tæt relation til patienterne**

Lægerne i N5 fortæller, at de gældende vejledninger for blandt andet diabetes, hypertension og KOL er omsat til papirskeemaer, der strukturerer deres forløb. Kvalitetssikring i øvrigt sker via faglig opdatering på eksterne kurser (især til sygeplejersken) og via den daglige sparring imellem læger og personale. Lægerne fortæller, at husets mødestruktur langt hen ad vejen imødekommer deres behov for sparring og faglig opdatering:

*"Vi [lægerne] mødes fire gange om året til de faglige møder, men ellers mødes vi to gange om dagen til pauser, hvor vi jo snakker. Men det er systemiseret til fire gange om året. Og derudover har vi personalemøder."*

En af lægerne tilføjer, at så mange er vi jo ikke, så der er masser af tid til daglig sparring. De understreger, at deres tid bruges med patienten, og at de sjældent sidder:

*"... og holder møder og diskuterer ting ud over hvad der kan klares over kaffen eller over frokosten, [...] fordi vi har alt for lidt tid, hvis vi samtidig skal gøre vores arbejde ordentligt."*

Årsagen til, at lægerne har valgt at basere deres registrering i papirskemaer, er:

*"Vi ville have lavet vores eget skema, som kunne følge med den elektroniske patientjournal. Vi ville gerne have fleksibilitet og mulighed for at kunne det, vi gerne ville. Vi ville gerne kunne lave vores eget skema, som kunne følge patientens elektroniske journal, men det kan man ikke. Men der er ingen tvivl om, at hvis vi kunne lave et skema inde i det system, vi brugte i forvejen, så havde vi da valgt det."*

Papirskeemaerne imødekommer således lægernes specifikke ønsker, men de betyder også, at:

Læge 1: *"Vi fører ikke statistik, men vi tænker meget over, om vi når de mål med dem, som diverse vejledninger siger, vi skal. Det er noget vi tager op på møder, men vi har det ikke systemiseret."*

Læge 2: *"Så diskuterer vi de enkelte patienter – om der er noget, der skal tages op, og hvordan det kører. Det kan være en generel snak om, hvor vores sukkersygepatienter skal ligge nu, eller én der har været på et kursus, hvor vi så skal høre lidt om det. Så diskuterer vi det."*

Adspurgt fortæller lægerne, at de ikke vil have nytte af at blive tilmeldt datafangst. Lægerne mener dels, at det vil gå ud over kontakten til patienterne i selve konsultationen, dels at datafangstmodulet vil være for tidskrævende. Den yngste af lægerne nævner dog under interviewet, at det ville være fint at kunne lave statistik og sammenligne sig med andre praksis, men samlet set er det ikke noget, lægerne savner. De har derfor ingen planer om at ændre på deres eksisterende praksis. ■



# 7 Lægehus N6: Mere personale og et større lægehus gør det muligt at arbejde proaktivt

Siden 1999 har lægerne fra N6 arbejdet målrettet på at strukturere og forbedre deres kronikerbehandling. Som led i den proces har de bygget et nyt lægehus, som er over dobbelt så stort som det gamle, og de har udvidet deres praksispersonale markant, hvilket har gjort dem i stand til at have mange flere patienter.

I dag arbejder N6 ud fra en model, hvor hver sygeplejerske er subspecialiseret i en af de store, kroniske sygdomme. De fleste kronikeropgaver er uddelegeret til sygeplejerskerne, og der er sat god tid af til hver sygeplejekontrol. Både sygeplejersker, læger og patienter oplever, at denne organisering har givet indsatsen et væsentligt kvalitetsløft.

## 7.1 Fra 2003-2010: Mere personale, større lokaler og flere patienter

I marts 2003 ansætter lægerne den første sygeplejerske, sygeplejerske S<sup>2</sup>. Lægerne fortæller, at sygeplejerske S arbejdede på intensivafdelingen på det lokale sygehus. Lægerne har kendt sygeplejerske S siden 1999, hvor hun i en periode var udlånt til lægehuset med henblik på at finde hjertepatienter i lægehusets journalsystem og risikostratificere dem ved hjælp af programmet Precard. Da sygeplejerske S blev ansat i 2003, var det således for at fortsætte det kvalitetsarbejde på kronikerområdet, som hun havde været en del af siden 1999.

Sygeplejerske S' ansættelse har været altafgørende for N6's kronikerbehandling, og i dag fungerer hun mindst som afdelingssygeplejerske i klinikken. Før sygeplejerske S kom, havde lægerne meget dårligere overblik over patienternes

**!**

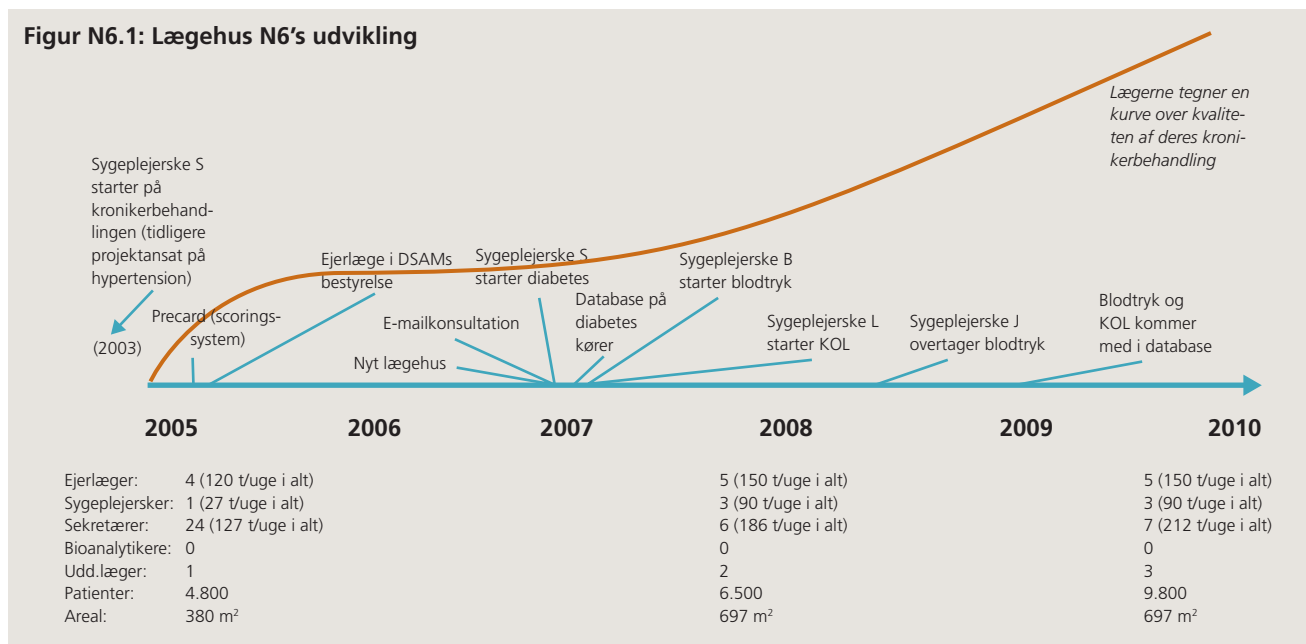
Ejerlæger: 5  
Uddannelseslæger: 3  
Sygeplejersker: 3  
Sekretærer: 7  
Patienter: 9.800

Lyst nybygget hus med moderne faciliteter. Ligger i provinsby i Region Nordjylland.

behandling. Konkret er det sygeplejerske S, der har hjulpet med at systematisere indsatsen over for KOL, diabetes og risikostratificering af hjertekarsygdomme, og det er også hende, der har udviklet klinikens kvalitetssikringsprogram ProQ, som bruges til at holde styr på de store kroniske sygdomme.

ProQ er et kvalitetssikringsprogram, som sygeplejerske S har udviklet over flere år. Programmet sikrer, at sygeplejerskerne yder den samme "vare" hver gang. Det sikrer, at man kommer omkring alle spørgsmål i vejledningen hver gang, og at der er styr på alle data. Programmet er vokset trinvist, så det i dag er et web-baseret program med statistikfaciliteter og automatisk overvågning, der dels gør lægehuset opmærksom på patienter, som udebliver, og dels danner et 'scoreboard', som er synligt for lægerne, når en patient henvender sig af anden årsag. Her kan lægen hurtigt orientere

Figur N6.1: Lægehus N6's udvikling



<sup>2</sup> Vi kalder hende sygeplejerske S for at bevare hendes anonymitet, men samtidig indikere, at lægerne bruger hendes fornavn, når de taler om hende. Det samme gælder de øvrige sygeplejersker L, B og J.

sig i, hvordan de vigtigste parametre hos den enkelte patient står aktuelt.

Første version af ProQ var udviklet primo 2005 for KOL-patienter. Samme år deltog lægehuset i kvalitetssikringsprojektet KVASSIMODO, hvor sygeplejerske S udnyttede programmet til at levere patienter til projektet. I 2006 var diabetesprogrammet indført, og i 2007 blev et program udviklet til rygestop taget i brug.

Lægehuset var i 2007 med i et projekt med to lokale farmaceuter, hvor man testede sukkersygepatienter over for, hvilken medicin der blev udskrevet til patienterne, og hvilken medicin de indløste på apoteket (PEM-kontrol). Endvidere blev testet, om DSAM's vejledninger blev fulgt, og endelig blev der lavet statistik på de kliniske værdier. Man fandt, at der var fin overensstemmelse mellem lægehusets behandling og de aktuelle faglige vejledninger, ligesom patienterne tog den rigtige medicin i de ordinerede doser. Statistikken faldt også meget fint ud, og konklusionen var, at lægehuset var på rette vej. Dog var en stor del af diabetikerne ikke registreret i diabetesdatabasen, fordi de fortsat gik til kontrol hos lægerne. Deltagelsen i projektet gav derfor en klar opmuntring til at intensivere arbejdet med at få sygeplejersker til at overtage kronikerbehandlingen.

En anden milepæl var i 2005, da en af ejerlægerne trådte ind i DSAM's bestyrelse. Her blev lægen en del af diskussionerne om *kronikere i almen praksis, og hvordan man kunne organisere personale i forhold til det*. Dette gav inspiration, som understøttede lægehusets igangværende arbejde med at styrke kronikerbehandlingen ved hjælp af praksispersonale.

I takt med at lægerne fik fokus på indsatsen over for kronikere, får lægerne i 2007 bygget et nyt lægehus. Det nye, store lægehus understøttede deres målsætning om at give praksispersonalet en større rolle og flere arbejdsopgaver. Tidligere havde pladsen været en *fysisk barriere* for at ansætte flere sygeplejersker, og den ene sygeplejerske, de havde, *arbejdede i et rum, Arbejdstilsynet ikke ville have været glade for*. Udvidelsen af lægehuset var en stor investering, men gav lægerne plads til at organisere den kronikerbehandling, de ville.

Lægerne udvidede inden for de næste år praksispersonalet og de lægelige ressourcer markant. To nye sygeplejersker blev ansat og subspecialiseret i henholdsvis blodtryks- og KOL-behandling. På den måde fik de etableret den model, de fortsat arbejder efter, hvor hver af de tre største kroniske sygdomme har en sygeplejerske tilknyttet. De optog også endnu en ejerlæge i praksis, fordi de fik mange nye patienter og havde brug for mere lægeaflastning. Samtidig fik lægehuset efterhånden tildelt flere uddannelseslæger af amtet/regionen. På sekretærsiden blev der ansat to nye sekretærer til at tage sig af det administrative arbejde, der steg, i takt med at klinikken fik flere patienter og flere ansatte. Lægehusets samlede bemanding var således vokset fra på 10 personer i 2005 til 16 personer i slutningen af 2007.

2005 blev også det år, hvor lægehuset optimerede sin diabetesbehandling. Igen med sygeplejerske S som primus motor, idet hun introducerede det nye diabetesprogram, som tog højde for DSAM's vejledninger.

Et andet tiltag, som lægerne gjorde i 2007 for at imødekomme patienterne og frigøre tid til de rigtigt syge patienter, var at indføre e-mailkonsultation. E-mailkonsultationen gør det muligt for patienterne at få svar på deres spørgsmål uden at skulle vente i telefon kø. Lægerne oplever, at e-mailkonsultationerne hjælper dem til at udnytte telefontiden mere optimalt.

I 2010 ansatte lægerne endnu en sekretær, sådan at der nu er 10 ansatte som praksispersonale, fem ejerlæger og tre uddannelseslæger. Lægerne har oplevet det relativt uproblematisk at udvide praksispersonalet så markant og integrere sygeplejerskerne og sekretærerne i klinikken arbejde.

### 7.1.1 Uddelegering påvirker relationerne mellem læger, sygeplejersker og patienter

Alt i alt lægger lægerne ikke skjul på, at det både hos dem selv, hos sygeplejerskerne og patienterne har krævet noget tid og energi at vænne sig til de nye roller. De er dog enige om, at arbejdsfordelingen og rutinerne nu kører rigtigt godt, og at samarbejdet i det hele taget kører, som det skal. Det skyldes først og fremmest, at det er lykkedes lægerne at håndtere følgende problemstillinger, som er fulgt med den nye organisation:

#### Patienten har ikke den samme familielæge som tidligere

I kraft af at lægerne har uddelegeret en lang række opgaver med kronikerbehandlingen til sygeplejersker, får både lægerne og sygeplejerskerne nye roller og et andet forhold til patienterne. Vi spørger lægerne om, hvad de mener om den nye rolle, de har fået:



*“Vi er ikke den samme familielæge, som vi var tidligere. Vi kender ikke patienterne ligeså godt som før. Så lidt af det går tabt.”*

Hurtigt tilføjer en af de andre læger dog, at tabet er meget lille i forhold til det, de vinder.

*“Det man vinder er, at sygeplejerskerne er bedre til at følge retningslinjer og laver bedre kontroller. Hos mig starter vi systematisk, men man kan let ende et andet sted. Hvis patienten eksempelvis er inde hos mig med KOL, så skal de også lige spørge om fire andre ting. Hos sygeplejersken ved de, at de kommer ind på grund af lungerne. Så der er flere ting, der gør, at det er smartere sygeplejersken gør det.”*

Den nye struktur har også betydning for, hvordan patienten oplever at komme i klinikken. De ser lægen sjældnere, end de var vant til, og er oftere til kontrol hos sygeplejersken. Vi spørger lægerne om, hvordan patienterne har oplevet den udvikling. De fortæller, at:



“... mange kan ikke forstå, at de ikke skal ses af lægen. Især de ældre. Nogen har vi også måttet beholde længere, end vi ville. Nogle tror, at de får en dårligere behandling, hvis de ikke kommer ind til lægen, og det skal de jo lige finde ud af. De fleste er overdraget til sygeplejersken nu.”

Lægerne fortæller samtidig, at de har organiseret kronikeropfølgningen på en måde, der skal minimere patientens oplevelse af, at den traditionelle familielægerolle tabes: For det første får patienten altid tilbudt en ny tid hos lægen, hvis der er andre problemer end dem, som sygeplejersken kan tage sig af ved kontrollerne. For det andet er der afsat 20 minutter til sygeplejerskernes kontroller. Derved har de mere tid end lægerne, der kun har ti minutter til almindelige konsultationer. Dette er et bevidst valg, som dels skal give patienten en oplevelse af, at der er god tid til behandlingen og til at stille spørgsmål, dels give sygeplejersken mulighed for at lave en grundig kontrol.

Samtidig er der plads til undtagelser, hvor patienterne fortsat går til kontrol hos lægen. Det kan for eksempel være, hvis patienten er 95 år. Så vurderer lægerne, at det er for meget at lave om på. En af lægerne giver et andet eksempel: *Jeg har en patient, som er 100 % sikker på, at det er mig som person, der holder ham i live.* Endelig er der mulighed for at lægerne vælger at beholde patienten, hvis han eller hun er for dårligt reguleret, fordi det er en for stor opgave for sygeplejersken. Alt i alt vurderer lægerne, at omkring 90 % af kronikerne går hos sygeplejerskerne og er glade for det:

Læge 1: *“Hvis ikke de var glade for det, så ville de jo bare bestille tid hos os andre. Jeg tror da, de fleste er utrolig glade for at gå hos sygeplejersken.”*

Læge 2: *“Jeg har spurgt en masse patienter og kun fået god respons. Det kan godt være, at [sygeplejerske S] er utrolig dygtig, men jeg har ikke oplevet, at nogen har været utilfreds med de andre heller. Overhovedet.”*

Læge 3: *“Men de oplever jo også, at de får mere tid. Så det går hurtigt op for dem, at de får en anden og god behandling hos sygeplejersken.”*

### Læger og sygeplejerskers relation ændres, fordi sygeplejerskerne bliver eksperter

Sygeplejerskernes større rolle påvirker også samarbejdet med lægerne. En af lægerne fortæller, hvad det betyder, at syge-

plejerskerne er blevet eksperter på de kroniske sygdomme – for eksempel på diabetesområdet.

*“Det er fint, nu hvor de er samarbejdspartnere. Jeg ved ikke, om de er dygtigere end mig, men vi matcher på deres kompetenceområder. De ser flere diabetespatienter, og derfor ved de jo mere, end jeg gør. Så vi får rigtig rigtig gode sparringspartnere. De skulle vænne sig til at få så gode spidskompetencer, og det har jeg også skullet finde ud af.”*

Lægerne understreger, at grunden til, at det er gået let at arbejde med den nye arbejdsdeling, er, at de har så erfarne og dygtige sygeplejersker, som de har stor tillid til. *Vi ville være meget mere inde over, hvis det var nyuddannede sygeplejersker.* Lægerne har også god føling med sygeplejerskernes behandling, fordi sygeplejerskerne kommer og spørger, hvis de er i tvivl om noget.

### Der opstår et øget behov for sparring, når sygeplejerskerne er i tvivl

Det kræver på den måde også en stor indsats fra lægerne at støtte sygeplejersker og uddannelseslæger i deres arbejde, og der er ofte mange afbrydelser på en dag. Lægerne er enige om, at afbrydelserne er et *stressmoment*, og at det kræver noget tilvænning at finde ud af, hvor grænsen går. Dog understreger de, at de på den anden side sparer en ti minutters konsultation, hver gang de svarer på et spørgsmål, og at det på den måde sagtens kan betale sig.

Lægerne var til at begynde med nervøse for, hvordan personalegruppen ville fungere sammen, når de blev så mange. De frygtede, at sekretærerne ville se de nye sygeplejersker som konkurrenter, da de begyndte at ansætte dem i 2003. Her var det dog praktisk, fortæller de, at *[sygeplejerske S] i forvejen var kendt via sine projekter i praksis, så sekretærerne kendte hende i forvejen, og det gik let.*

Som tidligere omtalt fungerer *[sygeplejerske S]* mindst som en *afdelingssygeplejerske*, og hun spiller en stor rolle i forhold til at hjælpe nyansatte tilrette i klinikken. Derfor oplever lægerne også, at det er det gået *enormt let at få nye ansatte til at falde til i huset.*

### 7.1.2 Status: Behandlingen er forbedret, men der er stadig meget at hente

Behandlingen af de kronisk syge patienter fungerer langt bedre nu for lægehus N6, end den gjorde i 1999. *Behandlingen er systematiseret efter alle retningslinjer*, og det fungerer rigtig godt med de subspecialiserede sygeplejersker. Det betyder dog ikke, at lægerne har tænkt sig at hvile på laurbærene:

*“Nej da. Vi skal jo stadig finde de uopdagede diabetikere, som vi ved, går rundt derude. Det gør sygeplejerskerne jo ikke. Der er jo masser af patienter, de ikke ser. Hvis man kommer med en nedgroet negl, kommer man jo ikke ind til en sygeplejerske. Vi prøver især at blive bedre til at finde rygere med KOL.”*

Lægerne mener også, at de i fremtiden vil ansætte endnu mere personale. Det skyldes, at de gerne vil sætte flere sygdomme i system, for eksempel demens og depression. Dette kræver imidlertid flere konsultationsrum og mere personale. Derfor tør lægerne på interviewtidspunktet *ikke at gå i gang*, før de har set den nye overenskomst.

### 7.1.3 Konsekvenser af at arbejde proaktivt med kronikerbehandlingen

Lægerne oplever, at de får meget ud af at have systematiseret og uddelegeret kronikerbehandlingen. Det gælder både i forhold til kvaliteten af den kroniske behandling og i forhold til muligheden for at introducere nye ydelser. Her opsummerer vi de mest centrale forandringer: 1) Behandlingens kvalitet er steget markant, 2) lægehuset laver flere ydelser og har flere patienter. De laver 3) færre henvisninger og har 4) mere tid til dem, der har mest brug for det.

#### Behandlingens kvalitet er steget markant

Lægerne er enige om, at kvaliteten af deres kronikerbehandling er steget kraftigt i løbet af de sidste fem år. Som illustration tegner en af lægerne den opadgående kurve på tidslinjen og forklarer:



*“Kvaliteten af vores behandling bliver bedre og bedre. Og den stopper ikke. Vi skal også have demens. Men den går jævnt opad. Jeg føler også, at jeg bliver en dygtigere læge.”*

#### Flere ydelser og flere patienter

Lægerne vurderer også, at lægehuset laver langt flere ydelser som følge af udviklingen. Adspurgt fortæller en af lægerne, at han mener, at antallet af ydelser *er eksploderet* i de sidste fem år. Den anden læge supplerer og fortæller, at den nye struktur gør det muligt *at overkomme langt flere patienter*. Lægerne giver et eksempel på, hvorfor de kan yde så meget:

*“Vi ligger i top fem eller otte i Region N over dem, der laver flest lungefunktioner. Vi har jo også et helt lungeambulatorium, og vi har to døgnblodtryksmålere. Og to almindelige lungefunktionsmålere. Den mulighed giver os selvfølgelig rigtig mange laboratorieydelser på kronikerområdet.”*

Lægerne vurderer, at de har fået mere kapacitet, efter at sygeplejerskerne har overtaget mange af de kronikerrelaterede opgaver. Lægerne har valgt at bruge den øgede kapacitet til at tage mange flere patienter ind. De er således gået fra at have 4.800 patienter i 2005 til at have 9.800 patienter i 2010, selv om de kun er én ejerlæge mere.

#### Færre henvisninger

Adspurgt mener lægerne også, at antallet af henvisninger er *minimeret*; det er meget sjældent, de henviser kroniske patienter ud af huset. Det skyldes blandt andet, at lægerne er *blevet meget mere sikre*. Lægerne fortæller, at de ikke er bange for at starte medicin op, og hvis de er i tvivl om noget, så ringer de til for eksempel diabetesambulatoriet og spørger i stedet for at henvise.

#### Mere tid til dem, der har mest brug for det

Lægernes arbejdsdag er ikke blevet lettere i dag, end den var i 2005, men den er blevet anderledes. Sygeplejerskerne har overtaget en lang række kronikeropgaver, og derfor er der frigjort tid, hvor lægerne kan koncentrere sig om diagnostisering og udredning af sygdomme. Dette giver en fornuftig arbejdsdag, hvor lægerne bruger deres tid på de patienter, der har mest brug for det, samtidig med at det understøtter LEON-princippet internt i lægehuset.

## 7.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra N6 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### 7.2.1 Tidlig opsporing: Skal det være lægekunst, eller skal man følge et skema?

Lægerne fra N6 har mange tanker om det tidlige opsporingsarbejde. Her fremlægger vi først deres forskellige holdninger til, hvordan man skal arbejde med tidlig opsporing; derefter nogle af de konkrete ordninger, de har afprøvet, og til sidst deres syn på hvordan opsporingsarbejdet er skævt fordelt mellem stærke og svage patienter.

Lægerne i N6 har ikke en fælles formuleret strategi for, hvordan de arbejder med tidlig opsporing. Én læge foretrækker 'lægekunst', mens en anden hellere vil bruge standardiserede skemaer, som sygeplejerskerne skal udfylde. I løbet af interviewet viser det sig dog, at de ikke er så uenige endda.

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

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

Også læge 2 peger dog på, at det kan være problematisk at bruge skemaer til arbejdet med opsporing. Problemet ligger i, at det vil afholde nogle patienter fra at komme hos lægen, hvis det bliver en standardiseret struktur frem for lægens fin-

gerspidsførmelse, der bestemmer, hvornår og hvordan opsporingen skal foregå:

*“Hvis jeg brugte skemaer og indkaldte patienterne til standardiserede tjek, ville dem, der er bange for at blive syge, ikke komme. Men hvis én har brækket håndleddet og kommer ind med det, og jeg så spørger, om vi ikke skal lave en [opsporende] undersøgelse, så går de nok med til det. Hvis de fik brev om kontrol og screening, så ville de nok ikke.”*

En af de andre læger tilføjer, at det nok kun vil være 15-20 %, der ikke ville komme, hvis de blev indkaldt til en opsporende undersøgelse, men at *det nok ville være udebliverne, som var vigtigst at fange*. Lægen fortæller, at da hun var ung og entusiastisk, spurgte hun patienten ind til alt. Nu har hendes erfaring imidlertid lært hende, at hvis en patient for eksempel er meget overvægtig, så skal man overveje at vente til næste gang med at nævne opsporende undersøgelser, for ellers kommer patienten måske slet ikke igen. På samme måde: *hvis patienten er blevet banket, er det nok ikke nu, du skal spørge, om hun ryger.*

Lægerne diskuterer sig på den måde frem til, at hvis fuldstændig skemalagt opsporing er det ene yderpunkt og fuldkommen fri 'lægekunst' det andet, så får man som læge de bedste resultater ved at befinde sig et sted derimellem.

Lægerne fortæller om nogle af de forskellige tiltag til tidlig opsporing, de tidligere har brugt, og som de arbejder med nu. Engang tog lægerne blodprøver på alle overvægtige for at se, hvor mange de kunne 'fange' på den måde. Det var en grundig, men ressourcetrækkende måde at arbejde med tidlig opsporing på, og det er de holdt op med, fordi de efterfølgende har vurderet, at ressourcerne ikke modsvarede de sundhedsmæssige gevinster.

Nu har lægerne ikke længere fælles måder at arbejde på, men det betyder ikke, at de ikke hver især arbejder systematisk. Her giver en af lægerne et eksempel på, hvordan hun altid tilgår en mulig opsporing af KOL:

*“Hvis jeg har en patient, der er ryger, så laver jeg altid en tid til lungefunktion fem uger efter og giver dem en tid med i hånden. Når de så kommer til deres tid og har hostet i fem uger, så er de motiverede for at blive undersøgt. På den måde fanger jeg en del KOL-patienter.”*

Lægerne har også en stor fladskærm installeret i venteværelset, som de blandt andet bruger til at oplyse deres patienter om muligheden for at få lavet opsporende undersøgelser. Her annoncerer lægerne for eksempel, at alle rygere over 40 år kan få lavet en lungefunktionsundersøgelse, jf. DSAM's anbefalinger.

Lægerne er meget opmærksomme på, at der er stor forskel på, hvordan og hvor tidligt stærke og svage patienter bliver opsporet. De er frustrerede over, at deres arbejde ikke er demokratisk fordelt i samfundet og ville gerne blive bedre til at nå de svage:



*“Vi er kede af ikke at fange dem fra de lavere sociale grupper, fordi de ikke dukker op, også selv om man laver opsporende tjek på biblioteker eller arbejdspladser, hvor de laveste grupper naturligvis ikke fandtes.”*

Også helbredstjekkene i klinikken er skævt fordelt, fortæller lægerne. De ressourcestærke patienter efterspørger jævnligt helbredstjek, selv om de ikke umiddelbart fejler noget, hvilket aldrig er tilfældet for de ressourcetsvage. Lægerne finder dog sjældent noget ved helbredstjekkene og er derfor ikke overbeviste om, hvor gavnlige de egentlig er.

Når lægerne laver helbredstjek, følger [lægerne] de videnskabelige selskabers retningslinjer – de har lavet udkast til screening af folk, der ikke umiddelbart fejler noget. De har dog nogle overvejelser om, hvor gavnlige den slags 'screenende' helbredstjek egentlig er. En af lægerne mener, at det kan give en falsk tryghed, hvor den anden mener, at det er god udnyttelse af lægens kompetencer:

Læge 1: *“Screening og screening – næste uge har han kræftknude i tyktarmen, den burde vi da også screene for! Vi kan jo blive ved! Og så bliver patienten måske utilfreds med, at han fejler noget, når han er blevet tjekket. Derfor er det bedre at se på hele patienten. Kig på, hvad er mest sandsynligt.”*

Læge 2: *“Jeg synes, det er godt, at praktiserende læger screener befolkningen. Det har været overset af politikerne, at vi har den her evne. Vi har et klinisk blik, så vi kan fange patienten.”*

Generelt har lægerne svært ved at se, hvordan de skulle opspore kroniske sygdomme tidligere, fordi de allerede har stort fokus på det. De fortæller også, at forbedringen af den tidlige opsporing af kroniske sygdomme ikke optager dem ligeså meget som opsporingen af kræftpatienter og brugen af direkte henvisning til kræftpakker.

### 7.2.2 Forløb: Standardiserede og med sygeplejerske tilknyttet

Lægerne har et fast system for, hvordan behandlingen af de største kroniske sygdomme skal køre. Ved de fleste sygdomme ser patienten sygeplejersken til tre kontroller om året og lægen til en større årskontrol.

Forløbene er organiseret sådan, at diabetes, KOL, blodtryk og iskæmisk hjertesygdom hver har tilknyttet en sygeplejerske, som er hovedansvarlig. De følger DSAM's anbefalinger og har ikke selv lavet skriftlige instrukser til sygdommene, for i N6 laver de *aldrig skriftlige instrukser, fordi der ikke er nogen grund til at gentage det, der allerede ligger som retningslinjer*. Lægerne har det sådan, at sygeplejerskerne selv har ansvar for, at behandlingen kører

ordentligt, men at de selvfølgelig altid kan komme og spørge.

Lægerne er ikke subspecialiserede, men de har særlige faglige interesseområder, hvor de har dygtiggjort sig, og bliver derfor brugt forskelligt af sygeplejerskerne. En af lægerne fortæller for eksempel, at diabetessygeplejersken oftest kommer ind til ham, fordi han har særlig stor viden om diabetes.

Vi spørger lægerne, hvad der sker, når en patient udebliver fra sin kontrol. De fortæller, at den slags opfølgning primært er sygeplejerskernes ansvar, fordi de ikke vil bruge for mange lægeressourcer på det. Når patienter udebliver eller melder afbud, vil lægehusets kvalitetsprogram opdage det og give besked om det i form af en liste, som kommer frem, når programmet aktiveres næste morgen. Sygeplejersker eller sekretærer kontakter derefter patienterne for at aftale en ny tid.

Tidligere har lægerne oplevet, at der var en kultur om, at det ikke er lægens eller lægehusets ansvar, om patienten kom. Det var deres eget ansvar. Den kultur kan lægerne dog se, er ved at ændre sig – blandt andet fordi det ikke længere står i overenskomsten, at de ikke må være opsøgende. *Nu skal vi jo til at være opfølgende omkring kronikere, så mon ikke det breder sig*, vurderer en af lægerne. Lægerne har dog svært ved at se, hvordan det skulle lade sig gøre for dem som læger at følge op på de patienter, der ikke kommer. Til gengæld mener de, at der er gode perspektiver i den systematiske opfølgning, som praksispersonalet står for.

Lægerne understreger, at de – selvom de følger standardiserede forløb – altid supplerer det opfølgende arbejde med deres fingerspidsfornemmelse til at vurdere, om der er brug for individuel tilpasning.

### 7.2.3 Henvisning: Vi henviser næsten aldrig de kronisk syge

Lægerne fra N6 fortæller, at de meget sjældent henviser deres kroniske patienter til sygehus eller speciallæge. Der er ingen speciallæger i området, fortæller lægerne, så hvis de endelig henviser, er det til sygehus. I forhold til kroniske patienter vurderer lægerne dog, at den behandling, de kan give, er lige så god, som den patienten kunne få på sygehuset.

*“Det er i høj grad sygeplejersker, der kører ambulatorierne på sygehuset. Så får man ikke så meget ud af at sende dem derop; så laver vi arbejdet lige så godt hernede. Selvfølgelig henviser vi, hvis vi ikke kan klare det, men vi går langt i at behandle selv.”*

Desuden kan sygeplejerskerne i klinikken lave det samme arbejde som sygeplejerskerne på sygehuset, fordi de har det samme udstyr og også bruger DSAM's vejledninger, fortæller lægerne.

Faktisk mener lægerne, at man måske godt kan tale om, at der er lidt konkurrence mellem ambulatoriet og almen praksis. Lægerne tænker tit, når de ser udskrifter fra ambulatoriekontrollerne: *“Hvorfor er den her patient ikke bare sendt tilbage til almen praksis?”* Lægerne synes nemlig selv, at kronikerbehandlingen kører godt.

Når lægerne endelig henviser, kan det være ved mistanke om kræft – det sker ofte med KOL-patienter, som henvises til et røntgen af thorax. Det kan også være ved organsvigt, hvor for eksempel nyre- eller levertallene bliver meget skæve, eller hvis patienten skal have noget meget dyr medicin, som gør, at lægerne vil være sikre på, at indikationen er korrekt, eller når der er tale om medicin, som lægerne ikke selv kan ordinere.

### 7.2.4 Kvalitetsarbejde

Lægehuset N6 har i mange år arbejdet med deres egen kvalitetssikringsprogram for sygeplejersker, som de er utroligt glade for, og dette arbejde vil fortsætte. Samtidig vil lægehuset tilslutte sig datafangstsystemet, som ikke kan sammenlignes med deres eget sygeplejerskeprogram.

De har siden 2005 brugt deres kvalitetsprogram til at overvåge KOL-behandlingen, diabetesbehandlingen siden 2006, og siden 2007 har de også brugt et særskilt rygestopmodul. Konkret foregår arbejdet med kvalitet sådan, at den sygeplejerske, der er ansvarlig for den kroniske sygdom, holder øje med patientens tal og generelle tilstand. *Hvis tallene eller deres helbred bliver dårligere, så kommer [sygeplejersken] selv og siger “Nu skrider det, hvad gør vi?”*. Det vil oftest resultere i, at patienten får en samtale ved lægen, hvor de aftaler, om patienten skal skifte medicin eller supplerende behandling. Fordi lægehuset løbende følger op på de patienter, der ikke møder op, har lægehuset ikke en årlig gennemgang af deres patienter med henblik på at følge, om de har ‘mistet’ nogen undervejs. De fortæller, at de har stor viden om *kvalitetscirkler, standarder og kvalitetsarbejde*, men at *det er en af de ting, der forsvinder i det daglige arbejde*.

Lægerne tilslutter sig derfor primært datafangst, fordi det er en del af den nye overenskomst, men de ser frem til muligheden for at sammenligne egne kliniske resultater med andre praksis. ■

# 8 Lægehus N7: Bedre kvalitet til samme penge

En række sammenfaldende begivenheder fra 2006 og 2008 betyder, at der er sket en kæmpe udvikling af kronikerbehandlingen i lægehus N7. Lægerne fortæller således at, de er *gået fra komplet kaos til stor succes*.

Blandt de faktorer, der har skubbet på udviklingen, er: udskiftning af ejerlæger, ansættelse af mere praksispersonale, et stort arbejdspress, som ledte til sygdom, og lægernes oplevelse af et generelt pres fra offentligheden om at effektivisere af kronikerbehandlingen.

## 8.1 Fra 2005-2010: Fra kaos til stjernestatus

Lægehus N7's kronikerbehandling var i 2005 præget af kaos, fortæller lægerne under interviewet. De udførte spontane kontroller, og der var ikke tale om en systematisk kronikeromsorg. Lægerne havde også dengang hver især et højt ambitionsniveau, men de var stressede, og deres arbejde var ikke koordineret og sammenhængende. I løbet af de næste fem år skete der dog en række ændringer, som betyder, at lægerne både har fået styr på deres praksis og deres behandling, selv om det stadig kniber med tiden.

Den første milepæl, som lægerne fremhæver, er 2006, hvor en ældre kompagnon sælger sit ydernummer til en yngre læge. Den yngre læge deltager i interviewet, og hendes ældre kollega fortæller under interviewet, at den unge læge *har et stort logistisk talent*, og at klinikken *har fået meget mere orden på det hele takket være hende*. Den yngre læge har nemlig sat fokus på organiseringen og udviklingen af lægehusets kronikerindsats, og hun fortæller selv, at hun lægger meget stor vægt på tidlig opsporing af kroniske sygdomme og på kvalitetsarbejde.



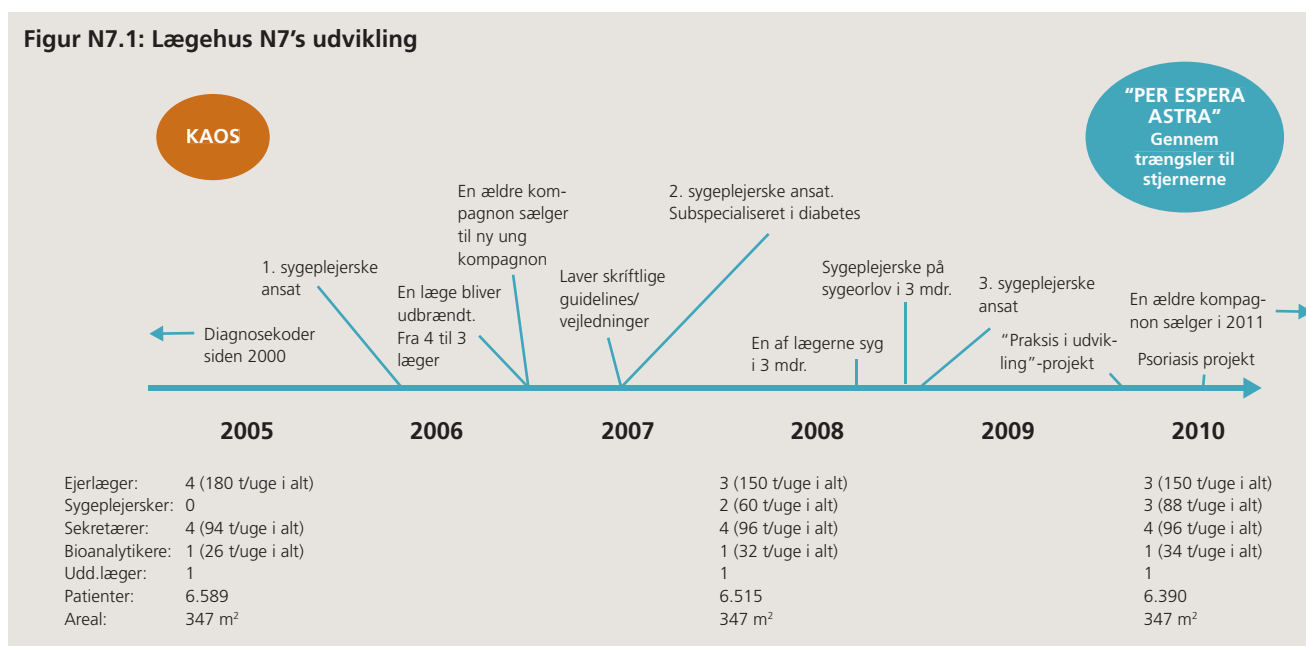
Ejerlæger: 3  
Uddannelseslæger: 1  
Sygeplejersker: 3  
Sekretærer: 4  
Bioanalytikere: 1  
Patienter: 6.390

*Landpraksis bygget i 1980'erne. Lægerne i Region Nordjylland planlægger at flytte til stort lægehus med andre læger, fysioterapeuter, psykologer mm.*

Fundamentet for at tage fat i kronikerbehandlingen var godt, fordi lægehuset havde ICPC-diagnosekodet lige siden år 2000. Lægerne understreger, at kodningen fortsat er et centralt redskab for deres arbejde med kronikerne, og at *de praksis, der har problemer i forhold til kronikerbehandling, er dem, som ikke har kodet deres patienter*. I 2007 lavede lægerne skriftlige vejledninger over de største kronikersygdomme, og det nævner de som en anden central milepæl i udviklingen.

Derudover har den periode, hvor lægerne har udviklet kronikerbehandlingen, været karakteriseret ved to store udfordringer: 1) Ansættelsen af mere praksispersonale og uddelegeringen af opgaver til dem og 2) stress, sygdom og for meget arbejde. De næste to afsnit beskriver de to udfordringer.

Figur N7.1: Lægehus N7's udvikling



### 8.1.1 Udfordring: At ansætte, oplære og uddelegere opgaver til praksispersonalet

Lægerne oplevede fra ca. 2005-2006, at *tidens trend* var at ansætte mere praksispersonale. De havde allerede før 2005 ansat en laborant, men mente, at yderligere praksispersonale ville være godt i den travle klinik, hvor arbejdspresset var stort.

Inden lægerne ansatte laboranten, var de var splittede imellem, om de skulle ansætte en laborant eller en sygeplejerske. De valgte laboranten, fordi de mente, at det ville være mest ressourcebesparende for dem på det tidspunkt. I 2006 blev den første sygeplejerske, sygeplejerske L, så ansat med henblik på at overtage en bred vifte opgaver relateret til kronisk sygdom:

*"Hun fik ansvaret for astma, KOL, blodtryk, sukkersyge og også for fedme, vægtkontroller og rygestopkurser – så det var mange opgaver til hende."*

Lægerne oplevede dog, at det var svært at få kørt sygeplejerske L ind, og lægerne så det som et *sejt år*, fordi de var nødt til at bruge *rigtig mange ressourcer* på at oplære sygeplejerske L grundigt. Under interviewet reflekterer lægerne over, hvad de kunne have gjort bedre:

*"Vi nok skulle have været mere specifikke og omhyggelige med bedre definerede krav under ansættelsessamtalen, for det er ressourcekrævende at oplære en sygeplejerske helt fra bunden af. Man skal vælge sygeplejersken med stor omhu inden for det speciale, man gerne ville have hende kørt ind over."*

Lettere gik det i 2007 med sygeplejerske B, som havde 25 års erfaring fra et diabetesambulatorium. Sygeplejerske B overtog hurtigt sygeplejerske L's opgaver inden for diabetes, blodtryk og fedme, samtidig med at hun var et stort plus for diabetesbehandlingen. Udover at have mere erfaring var sygeplejerske B også af en anden natur end [sygeplejerske L]; hun gør bare tingene lige så stille, men meget grundigt. Lægerne fortæller, at det netop var den form for aflastning, de havde brug for i 2007, hvor de kun var tre læger til 6.500 patienter, fordi deres fjerde kollega blev førtidspensionist på grund en kombination af stress og arbejdspress.

Den tredje og foreløbig sidste sygeplejerske (H) blev ansat i 2008. Fastansættelsen af sygeplejerske H var lidt af en tilfældighed. Lægerne kendte hende i forvejen (fordi hun var ledende hjemmesygeplejerske i området) og kontaktede hende, da de hørte, at hun sagde sit job op. De aftalte, at hun i en midlertidig periode skulle lave influenzavaccinationer i klinikken. Lægerne fandt dog hurtigt ud af, at de godt kunne bruge tre faste sygeplejersker, fordi der var så travlt i klinikken. Sygeplejerske H startede med at tage sig af patienter med hjerteinsufficiens. *Det fik hun en briefing om og nogle skemaer*, fortæller lægerne, og efterfølgende blev hun specialiseret i blodtryk, osteoporose og kolesterol.

Rekrutteringen og oplæringen af sygeplejerskerne var ét skridt; at uddele opgaver til dem det næste. Lægerne fortæller om dette, at overgangen til delekontroller til at starte med var en stor kamel at sluge for patienterne og stadig er det for nogle. Samtidig har især den ældste kompagnon (som ikke deltager i interviewet) beholdt mange patienter, fordi han har svært ved at uddelegere. Derfor forventer de, at der bliver mange patienter med kroniske sygdomme, der skal køres ind hos sygeplejerskerne, når kompagnonen går på pension i 2011.

De to læger, der deltager i interviewet, oplevede det også som en udfordring at uddelegere. En af dem uddyber her hvorfor:

*"Fordi man er ansvarsbevidst. Hvis man skal tage ansvaret for behandlingen, så vil man gerne være den, der justerer medicinen, og have siddet overfor patienten og snakket med ham. Men man bliver nødt til at have tillid til sygeplejerskerne. Derfor har vi også et fagligt møde to timer hver måned med sygeplejerskerne, hvor vi forsøger at kvalitetssikre vores behandling og få den opdateret til det sidste nye."*

Den anden læge supplerer med, at det også er svært at give slip på opgaverne, *fordi det er ens liv og opfattelse af sig selv som læge og menneske, det handler om*. Selve den relation, lægen har til patienten, bliver nemlig en anden, uddyber lægerne: *Man mister nok lidt familielægerollen, hvor man kender fru Hansen*. Til gengæld, tilføjer lægerne med det samme, *får man det tifold tilbage i kvalitet, så det er det hele værd*. I følgende citat uddyber lægerne sygeplejerskernes bidrag til kronikerbehandlingen:

Læge 1: *"Sygeplejerskerne er meget bedre til at satse på 'end-points-behandling'. At patienternes tal altså skal bankes ned. Vi kunne finde på at sige 'jo, det går jo nok fru Jensen', men de siger 'nej, fru Jensen, det går ikke. Du skal ned'! Og de handler omgående og øger medicinen."*

Læge 2: *"Sygeplejerskerne er også gode til at følge skemaerne, hvor lægerne er lidt mere 'lad os nu se'. Sygeplejerskerne følger altid vejledningerne."*

Læge 2: *"De trækker heller ikke tiden ud, som vi andre [lægerne] gør."*

Læge 1: *"Sygeplejersken har afsat mere tid, og hun er så dygtig og har så meget erfaring. Vi andre kunne ikke gøre det samme, som hun kan."*

Selv om det har krævet tilvænning fra såvel lægernes som patienternes side, er lægerne fra N7 nu helt trygge ved at lade sygeplejerskerne varetage deres opgaver. Som det fremgår, mener lægerne også, at kvaliteten af lægehusets kronikerbehandling er blevet bedre, efter sygeplejerskerne har overtaget mange af kontrollerne.



### 8.1.2 Udfordring: Stress, sygdom og for meget arbejde

Den anden centrale udfordring for lægehus N6 har været stress, sygdom og arbejdspress, som har påvirket mange af lægernes beslutninger i løbet af de sidste fem år. Især perioden fra 2006 til 2009 var præget af meget sygdom: en ejerlæge der blev udbrændt, en anden ejerlæge var sygemeldt i tre måneder på grund af en hofteoperation, og en sygeplejerske var på plejeorlov i tre måneder for at pleje sin syge datter. Det omfattende fravær betød, at lægerne blev forskrækkede over, hvor meget tryk der var på, og virkelig måtte køre på pumperne. I samme periode blev lægernes arbejdsuge også længere. I 2005 arbejdede lægerne ca. 45 timer om ugen, men i løbet af de næste par år steg den til 50 timer om ugen, hvor den fortsat ligger.

I 2009 deltog lægehuset i projekt 'Praksis i udvikling', som blev arrangeret af Nordkap. Projektet havde til formål at kortlægge praksissens udviklingspotentiale og facilitere et udviklingsforløb med henblik på at styrke praksissen på udvalgte områder. Til det formål blev der gennemført en helhedsvurdering af klinikken, som blandt andet viste, at alle havde stor tilfredshed med dagligdagen og arbejdsmiljøet, men problemet var, at *alle i klinikken var stressede*. Stressen hang især sammen med, at både læger og receptionister hele tiden blev afbrudt. For at løse det problem indførte lægehuset i fællesskab flere ændringer i arbejdsgangene. For eksempel lavede de en regel om, at man skulle skrive gule sedler til hinanden i stedet for at afbryde, og de afsatte et tidsrum hver dag til at tage sig af de ekstra problemer, som ofte var årsager til afbrydelserne i løbet af dagen.

Selv om lægerne tydeligt har fokus på det høje arbejdspress i deres klinik og prøver at gøre noget ved det, er der fare for, at det fremover kan blive endnu mere presset. Når den ældre kollega går på pension i 2011 har de nemlig ingen til at afløse ham. Til den tid vil de derfor blive to ejerlæger i en praksis med omkring 6.400 patienter tilmeldt, og *det bliver ikke sjovt*, forudser lægerne. De vurderer nemlig, at de heller ikke har mulighed for at uddelegere mere til sygeplejerskerne på kronikerområdet, fordi sygeplejerskerne allerede har overtaget alle de opgaver, de kan.

### 8.1.3 Status: Det kan ikke blive meget bedre

Lægerne siger, at de er gået 'gennem trængsler til stjernerne'. Dermed mener de, at de har arbejdet rigtig hårdt og været utroligt pressede, men at deres kronikerbehandling i dag ikke kan blive meget bedre. Lægerne evaluerer således deres udvikling og resultat meget positivt:



*"Det kører på skinner. Det sygeplejerskerne kan tage, det har de taget. Vi indkalder vores patienter til årskontroller, vi tager blodprøver efter bestemte standardskemaer og så videre. Så jeg kan ikke forestille mig, at det kan blive meget bedre. Men man kan selvfølgelig finde på nye projekter."*

Det eneste lægerne mangler, før deres vision er helt opfyldt, er et større lægehus. De beskriver, at de ikke har plads nok, som det er nu, fordi de har en *grotesk situation med meget personale, for få læger, for mange patienter og for lidt plads til, at vikarer kan komme og hjælpe*. Derfor arbejder lægerne i øjeblikket på at flytte i et større lægehus, hvor der både er andre praksis, fysioterapeuter og psykologer.

### 8.1.4 Vurdering: Den proaktive behandling betaler sig økonomisk og giver bedre kvalitet

Dette afsnit opsummerer tre centrale konsekvenser, den proaktive kronikerbehandling har haft for lægehuset: 1) En forbedret behandling, som betyder færre akut syge kronikere og færre akutte henvisninger, 2) større kapacitet til at lave flere ydelser, og 3) samme indtjening som før; omlægningen har ikke kostet dem noget.

#### Forbedret behandling mindsker antallet af akutte konsultationer og viderehenvisninger

Den nye tilgang til kronikerbehandlingen har for det første betydet, at lægerne kan se, at kronikerne får det bedre. Helt konkret kan lægerne mærke, at der bliver færre KOL-patienter, der henvender sig med akutte problemer, og der er ingen hypertonicere, der kommer akut. Lægerne kan endnu ikke se, om de får færre patienter med blodprop, for det har de ikke kørt den nye behandling længe nok til, men over de sidste fire år kan de *i hvert fald se en bedring*.

Lægerne oplever også et fald i antallet af akutte indlæggelser, fordi patienterne har fået det bedre.

*"Om fem år har vi forhåbentlig ingen akutte patienter på grund af dårlig behandlet kronisk sygdom, fordi de bliver så velbehandlede ... Vi kan tydeligt se bedring ved vores kontroller, og det er utrolig sjældent, de for eksempel skal have amputeringer."*

På samme måde bliver færre patienter henvist akut. For eksempel er der stort set ingen, der bliver henvist med akut nyreinsufficiens, hvilket jævnligt skete tidligere. Omvendt har de systematiske kontroller betydet flere proaktive henvisninger:

*"... vi laver mange flere henvisninger af diabetespatienter til fodterapeut og øjenlæge. Så der har vi flere henvisninger. Men det er jo anbefalet fra både offentlig og faglig side. Og så hindrer det jo tidlig blindhed og fodsår."*

#### Kapacitet til at lave flere ydelser

For det andet fortæller lægerne, at uddelegering af kronikerkontrollerne til sygeplejerskerne ikke kun har medført bedre ydelser – det har også givet mulighed for at lave flere ydelser.

Lægerne fortæller, at uddelegeringen af opgaver til praksispersonalet har øget lægehusets kapacitet og givet lægerne et frirum, som de har brugt til at behandle flere patienter.

*“Der kom jo automatisk flere patienter til os, da den ene læge røg fra [i 2007]. Vi overtog jo al hans arbejde. Det blev dels muligt, fordi vores unge kompagnon gav os ideer og udviklede os, men vi var også simpelthen tvunget af omstændighederne [til at behandle flere patienter], fordi vi gik fra at være fire til at være tre læger.”*

Hvis de fortsat havde været fire læger i klinikken, vurderer lægerne, at de hver kunne have holdt en halv fridag om ugen og på den måde måske holde lidt længere i praksis, for det tærer på én med al det arbejde [50 timer om ugen].

Lægerne mærkede især tidligt i forløbet den kæmpe store aflastning, som uddelegeringen af opgaver til sygeplejerskerne gav dem: *Alle de nemme patienter røg jo af listen*, fortæller lægerne. Nu er det ‘rum’, som aflastningen gav dem, imidlertid fyldt op med flere patienter, og den gennemsnitlige konsultation er blevet mere kompleks:

*“Det er de syge og komplekse vi ser – dem som kræver mere tid. Jeg bruger mere og mere tid, det går ikke bare med en hurtig konsultation. Det er blevet de psykologiske, de socialt belastede, de gamle; de som ikke bare kan puttes i en kronikerkasse. Det er virkelig sejt.”*

På den måde er lægernes hverdag ikke blevet lettere, men de har fået mere tid til at se de svære patienter. Samlet set vurderer lægerne derfor, at de yder langt mere på kronikerområdet i 2010 end de gjorde i 2005.

### Samme indtjening som før

For det tredje er det relevant, at den store forbedring af de kroniske patienters helbred og forøgelsen af praksissens kapacitet ikke har kostet lægerne noget. En af lægerne fortæller:



*“Det giver bedre kvalitet for samme penge. Nogle praksis er bange for at sætte yderligere personale ind, men det skal de ikke være bange for. Personalet tjener sig selv ind, og så får man oveni glæden ved at se, at ens patienter bliver bedre kontrolleret.”*

Lægerne siger derfor under interviewet, at de gerne vil anbefale andre lægehuse at gøre det samme. Hvis andre vil i gang med udviklingen, er lægernes råd at beregne, hvor meget en sygeplejerske skal lave for at tjene sig selv ind. Derudover skal lægehusene sikre sig, at de ansætter den rigtige sygeplejerske og har gode vejledninger klar, som hun kan følge. Som et lille ‘men’ nævner lægerne, at man skal være klar til at miste den helt tætte relation til patienten. Hvis man har disse ting på plads, forsikrer lægerne til gengæld, at omlægningen vil medføre en langt bedre behandling – uden at koste ekstra.

## 8.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra N9 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### 8.2.1 Tidlig opsporing: Vi gør en kæmpe indsats for at fange dem tidligt

Lægerne lægger en *kæmpe indsats i at fange patienterne tidligt*, blandt andet fordi det virkelig er noget, der står den yngste kompagnons hjerte nær. Lægerne registrerer derfor patientens rygestatus, højde og vægt i et ‘svømmenotat’, der står forrest i patientens journal.

Lægerne arbejder med tidlig opsporing af kroniske sygdomme på forskellige niveauer. Det første niveau er, hvis patienten selv kommer og efterspørger en undersøgelse. Det kan både være et almindeligt helbredstjek, hvor lægerne en gang imellem finder nogle kroniske sygdomme, eller det kan være en lungefunktionsundersøgelse. Lægerne har permanent et skilt i venteværelset, hvor der står, at hvis man er ryger over 40 år, kan man få en lungefunktionsundersøgelse hos sygeplejersken.

For det andet kan opsporingen ske i forbindelse med andre undersøgelser. Det kan for eksempel være ved demensudredning eller stofskiftelidelser, hvor lægerne altid måler blodsukkeret og på den måde opsporer mange nye diabetespatienter. Når patienter skal have kørekort, undersøger lægerne dem samtidig for diabetes. Derudover er det en fast del af årskontrollerne, at de kronisk syge bliver tjekket for andre kroniske sygdomme.

For det tredje opfordrer lægerne patienterne til en undersøgelse, hvis lægerne vurderer, at patienten er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom:

*“Hvis én kommer med øvre luftvejsinfektion, så spørger vi selvfølgelig, om de ryger, og så får de tilbud om en lungefunktionsundersøgelse og tilbud om rygestopkursus.”*

Lægerne fortæller, at det er en balancegang, hvornår de spørger patienten direkte, om vedkommende for eksempel ryger. Adspurgt giver den ene læge det eksempel, at hvis en mand, som er ryger og over 40 år, kommer ind med en forstuvet ankel, så spørger de ikke, om han vil have testet sine lunger, for det er at gå for meget *ind i hans privatsfære*.

### 8.2.2 Forløb: Sygeplejerskerne kører dem med hård hånd

Lægehus N6 har meget faste rutiner for behandlingen af deres kronikere. Lige når de er diagnosticeret, bliver de sendt til en samtale hos lægen, hvor de får *en stor løftet pegefinger* og får at vide, at det er meget vigtigt, at de går til sygeplejekontrollerne. Her understreger lægerne også, at formålet er, at de kan gribe ind, før komplikationerne opstår.

Alle kontroller – inklusiv årskontrollen – foregår hos sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne har som tidligere beskrevet ansvar for én eller flere kroniske sygdomme hver. De arbejder efter skriftlige *guidelines*, som lægerne har lavet ved at forkorte DSAM's vejledninger. Lægerne fortæller, at deres praksis, så vidt de ved, er den eneste i området, hvor kronikere kun går til planlagte kontroller hos sygeplejersken. Adspurgt forklarer en af lægerne hvorfor:

*“Det er simpelthen, fordi vores sygeplejersker er så gode til at holde fast i kontrollerne, og det er dem, der er tovholdere. Principielt har vi jo ansvar i fællesskab, og lægerne kommer ind og laver deres objektive undersøgelse og vurdering, når det er nødvendigt. Alt hvad sygeplejerskerne gør, bliver godkendt af lægen – konsultationsnotater og ordinationer. Sygeplejerskerne har mere tid, og de er så dygtige og har så meget erfaring. På grund af tidsmangel kunne vi andre ikke gøre det lige så godt.”*

Forløbene er planlagt sådan, at diabetikerne kommer hver tredje måned til en 15-minutters konsultation og en gang om året til en årskontrol, som varer 30 minutter. Patienter med forhøjet blodtryk, KOL eller astma kommer til kontrol hvert halve år, hvor den ene kontrol så er en årskontrol. Årskontrollen bliver brugt til at tjekke for komorbiditet. Blandt andet får diabetespatienter målt blodtrykket i benene på indikation, og KOL-patienter bliver screenet for osteoporose.

Selv om tidsintervallet mellem kontrollerne i udgangspunktet er fastlagt, regulerer sygeplejersken det også, hvis det er nødvendigt:

*“Hvis patienterne bliver dårligere, så skal de komme oftere. Så kan de komme en gang om måneden. Men hvis det går rigtig godt, så skal de ikke ubetinget kontrolleres og bruge deres tid på det, for at vi kan få nogle penge i kassen.”*

Hvis patienterne udebliver fra deres kontroller, sender sygeplejerskerne indkaldelser årligt. Hver fredag har sygeplejerskerne 20 minutter, som er øremærket til udsendelse af indkaldelser. Lægehuset har en database, som de bruger til at trække en liste over udeblevne patienter, og så skal sygeplejerskerne sende ti breve ud ugentligt og starte forfra med en ny liste, når de er færdige. Lægerne har i den forbindelse talt om, om de burde sætte en grænse for, hvor længe de bliver ved med at indkalde folk, *for det er jo folks eget valg, om de vil komme*. Desuden bruger de mange penge til porto på det. De har dog ikke nogle konkrete planer om at ændre deres rutine med at sende flere indkaldelser til patienten.

### 8.2.3 Henvisning: Kun når vi i sjældne tilfælde bliver nødt til det

Lægerne fra N6 og deres sygeplejersker henviser kun kroniske patienter, hvis behandlingen er ude af kurs, eller hvis retningslinjerne kræver det. Lægerne synes dog sjældent, at behandlingen af kronikerne kommer ud af kurs. En af lægerne uddyber:

*“Hvis vi henviser én med sukkersyge, så er det, fordi behandlingen ikke fungerer, og så bliver de henvist til diabetesambulatoriet. Men så har vi prøvet alt, hvad vi kan. Men det er godt nok få, vi må henvise. Måske hvad der kan tælles på to hænder på et år. Det er bedre her end inde på ambulatoriet, men så har vi da i det mindste givet dem en chance mere.”*

Når lægerne henviser i henhold til retningslinjerne, drejer det sig blandt andet om sygdomme, der kræver en henvisning for at blive diagnosticeret. For eksempel kræver det en ekkokardiografi at diagnosticere hjerteinsufficiens, så der henviser lægerne en del patienter med henblik på tidlig opsporing. Desuden laver lægerne som beskrevet en række forebyggende henvisninger til blandt andet fodterapeut og øjenlæge.

Lægehusets *fremragende laboratorium* og laborant gør desuden, at de kan lave alle prøver selv, og derfor henviser de aldrig til centrallaboratoriet for at få taget prøver.

I meget sjældne tilfælde henviser lægerne af ikke-medicinske grunde. Det kan for eksempel være, hvis *man ikke kan sammen på det personlige plan*. Lægerne er dog er enige om, at der skal meget til, før patienten får en henvisning, for de *vil helst ikke af med dem*.

### 8.2.4 Kvalitet og undervisning

Lægehuset N7 arbejder grundigt og systematisk med kvaliteten af deres behandling. Udgangspunktet for deres kvalitetsarbejde er diagnosekodning og elektroniske profiler over de store kroniske sygdomme. *Det fungerer lidt på samme måde som datafangst. Sygeplejerskerne kommer til hver kontrol omkring alle spørgsmål og emner*. Fordi sygeplejerskerne på den måde altid taster alt ind, *er vi alle sammen opdaterede og kan følge udviklingen for hver patient*.

Lægerne bruger også deres it-system til at lave statistik. Det er ifølge lægerne *utroligt nemt*, de skal bare trykke på en knap, så får de alle patienter ud med en bestemt lidelse. Lægerne har også alle livsstilsdata tilgængelige i databasen, så når de for eksempel har givet en patient diagnosen *tobaksmisbrug*, kan de søge på, hvor mange patienter de har, der er rygere, samt hvilke tilbud og ydelser de har fået. Lægerne er tilfredse med det nuværende system, men de forventer at overgå til datafangst – hvis der kommer en overenskomst, der understøtter det økonomisk.

Udover databearbejdet er en vigtig del af kvalitetsarbejdet for lægerne i N7 at sørge for, at sygeplejerskerne laver et godt stykke arbejde. Blandt andet herfor holder lægerne en gang om måneden et to timers fagligt møde med sygeplejerskerne. Møderne handler om *organisering og mest om kronikerbehandlingen*, og formålet er at *kvalitetssikre vores behandling og få den opdateret med den sidste nye viden*.

Lægerne vurderer, at *jo mere efteruddannelse vi og personalet har, jo mere viden får vi i lægehuset, og jo mere mod har man til at komme i gang*. En af lægerne påpeger: *Så længe det ikke kræver specielt dyrt udstyr, og når bare der er tid, lyst og efteruddannelse nok, så er der ikke meget, vi ikke kan klare her i almen praksis.* ■

# 9 Lægehus N8: Vi har mange udviklingsmuligheder foran os

For lægerne i N8 er der sket tre store ryk i udviklingen af deres kronikerbehandling. Det første ryk var, at de ansatte en sygeplejerske, det næste at en ny ejerlæge trådte til, og det foreløbigt sidste at de netop er tilmeldt datafangst.

Lægerne fortæller, at det har været en udfordring for dem at komme i gang med udviklingen. Dels har de manglet tid, dels har de manglet nogen eller noget til at give dem et skub. Derfor er de endnu ikke nået så langt, som de gerne ville.

I dag er de dog i fuld gang med at systematisere og forbedre deres behandling og har konkrete planer for, hvad de vil gøre fremadrettet – herunder at bygge et nyt lægehus med plads til nyt personale.

## 9.1 Fra 2005-2010: Tre ryk i den ønskede retning

Lægerne markerer de store ryk i deres udviklingskurve med dobbeltstreger, som det ses af den rødbrune linje. Det første ryk skete i 2008, da deres første og fortsat eneste sygeplejerske blev ansat. Inden sygeplejersken blev ansat, havde lægerne ikke haft noget særligt fokus på de kronisk syge patienter:

*"I det første års tid eller to [fra 2005-2006], ja, der hengik kronikeren sådan lidt på lige fod med alle de andre, uden at der var sådan en specifik opmærksomhed på kronikerbehandlingen."*

I 2006 og begyndelsen af 2007 blev det imidlertid klart for lægerne, at de ville i gang med en udvikling. En tidligere ejerlæge gik på pension, *han var en gammel hanelefant, som gjorde det umuligt at lave forandring*, og derfor fik lægerne



Ejerlæger: 4  
Uddannelseslæger: 1  
Sygeplejersker: 1  
Sekretærer: 2  
Patienter: 5.000

*Et ældre lægehus, som lægerne gerne vil udvide for at få plads til mere personale. Ligger i provinsby i Region Nordjylland.*

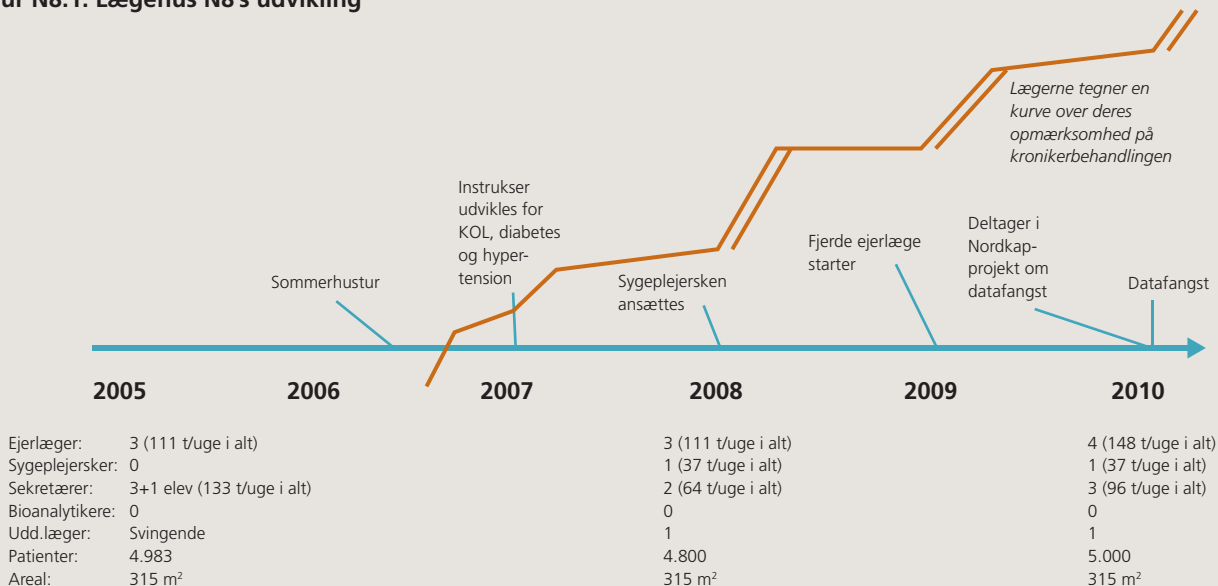
mulighed for at tale om deres udvikling. *Vi tog i sommerhus og frøs helt vildt og fik snakket virkelig alvorligt.* Lægerne blev enige om: *Nu skal det være.*

Lægernes beslutning om at sætte gang i en udvikling skete sideløbende med det, lægerne oplevede som *et stigende krav i samfundet om, at der skulle gøres noget på kronikerområdet*, og samtidig med at DSAM udsendte nye vejledninger. Lægerne fortæller:



*"Når et højere organ som DSAM laver vejledninger, vil vi ikke have skudt i skoene, at vi ikke gør det optimale. Vejledningerne har derfor været en stærk motivationsfaktor."*

Figur N8.1: Lægehus N8's udvikling



Da lægerne kom hjem fra sommerhus, begyndte de at lave instrukser for kronikerbehandlingen. De fortæller, at instrukserne havde to formål. Det ene formål var ensretning og kvalitetssikring af behandlingen; en udarbejdelse af praksisens politik på kronikerområdet:



*“Vi var tre forskellige læger, som gjorde tingene forskelligt. Hvis man arbejder ens, er det nemmere at udveksle patienter med hinanden, og vi er også mere sikre på kvaliteten af det, vi gør, når behandlingen er gennemtænkt og formuleret.”*

Det andet formål var en forøvelse til ansættelsen af sygeplejersken.

*“For at være i stand til at fortælle sygeplejersken, hvad det er, vi forventer af hende, så bliver vi også nødt til at vide, hvad det er, vi kan forvente af hinanden og af behandlingen.”*

Da sygeplejersken så blev ansat i 2008, var det et mægtigt løft. Sygeplejersken overtog lidt af kronikerbehandlingen, og det første ryk i udviklingen fandt sted. Lægerne fortæller dog, at de havde ønsket et lidt større ryk:

*“Vi havde gerne set en stejlere udvikling. Vores sygeplejerske er formentlig ikke helt så veluddannet på området, som vi gerne vil have hende endnu. Men det er jo sådan noget, som vi så småt arbejder på hen ad vejen.”*

Det gav også et løft socialt, da sygeplejersken blev ansat. Alle i lægehuset begyndte at tale mere sammen til hverdag og kom på den måde også til at tale mere om kvaliteten af deres kronikerbehandling.

I 2009 kom den fjerde ejerlæge til. Hun blev hurtigt udnævnt som kvalitetschef og fik blandt andet sat yderligere fokus på at systematisere kronikerbehandlingen. Derfor beskriver lægerne det som det andet store ryk, at hun kommer til.

Det sidste ryk er netop igangsat: Lægerne er tilmeldt datafangst. Selve den dag, vi interviewede lægerne, fik de systemet installeret, så de nu er klar til at gå i gang. Lægehuset deltager pt. i et projekt om introduktion af datafangst, som er arrangeret af Region Nordjyllands kvalitetsenhed Nordkap. Lægerne er meget glade for den faciliterede introduktion, og de har store forventninger til den fremadrettede brug af datafangst i forhold til at kvalitetssikre deres kronikerindsats.

### 9.1.1 Læger og patienter skal vænne sig til den nye arbejdsdeling

Lægerne har et ønske om at ansætte flere sygeplejersker og uddelegere flere arbejdsopgaver. Det skyldes, at de er glade

for den sygeplejerske, de allerede har ansat. Samtidig erkender lægerne dog, at det er en udfordring for dem at vænne sig selv og patienterne til, at sygeplejersken er blevet ansvarlig for nogle af de kronikerrelaterede opgaver.

Lægerne fortæller videre, at sygeplejersken er meget dygtig til at varetage de opgaver, hun skal. Først og fremmest fordi hun er:

*“... forbistret god til at gøre det, hun får besked på, mens vi må erkende, at vi i højere grad er rigtigt gode til at dispensere for reglerne.”*

Lægerne har de seneste år brugt en del energi på at diskutere forskellige måder at behandle på, og ser både instrukserne og sygeplejerskens gode evne til at følge skemaer og gøre, som man har aftalt, som en løftestang for den ensartning og forbedring af behandlingen, som de ønsker.

Lægerne lægger vægt på, at de har stor tillid til sygeplejersken, og at de er glade for, at hun løbende kontrollerer sig selv ved at spørge. Alligevel får lægerne ikke brugt sygeplejersken så meget, som de kunne tænke sig. Adspurgt uddyber en af lægerne, hvorfor det forholder sig sådan:

*“Patienterne føler et ejerskab til mig, og det gælder også den anden vej rundt: ‘Fru Hansen er da meget sød, kan hun ikke komme ind til mig?’. Men det handler jo også om, at hun er nem og det er hyggeligt, så hende har jeg svært ved at sige farvel til. Så der er en hel del, som stadig skal siges farvel til. Og sygeplejersken har derfor ikke nok at lave. Vi er for emsige med vores patienter.”*

Udover at det er en udfordring for lægerne selv, oplever de også, at patienterne stritter lidt imod, når de skal ind til sygeplejersken. Her nævner lægerne nogle af årsagerne til, at patienterne foretrækker lægen:

Læge 1: *“Vores patienter er for dårligt opdragede. Vores by er et sted med mange veluddannede og mange læger, så patienterne ved, hvad de vil have. Og vi får det også at høre; de vil ind til lægen.”*

Læge 2: *“Hvis de har gået hos [den ene ejerlæge] i 25 år, så skal der noget til, før de vil ned til den ‘hende den bitte pige [sygeplejersken]’: ‘Hun er sød, men kan hun nu også det med blodtryk?’ Det tager tid at lære patienterne – eller aflære dem, hvordan det skal være. Det accepterer de ikke bare.”*

Lægerne fortæller, at de prøver at forklare patienterne, at næste gang skal de altså ned til sygeplejersken. Alligevel oplever de, at patienterne finder på undskyldninger for at komme hos lægen. Så får de lige ondt i storetåen, og så kunne vi måske lige så godt tage blodtrykket. Lægerne understreger dog, at det er dem selv, der bærer hovedansvaret for at få den nye arbejdsdeling med sygeplejersken til at fungere, og at de pt. er for dårlige til at sætte grænser og uddelegere.

### 9.1.2 Udfordring: Tid! Hvornår skal vi have tid til at sætte det hele i gang?

En stor udfordring for lægerne i N8 er at finde tid til at udvikle og systematisere deres kronikerbehandling. De vil rigtig gerne og har mange konkrete ideer til, hvad de burde gøre, men meget af det drukner i daglige gøremål:

*“Vi skal prioritere kronikerbehandlingen og finde tid til at sætte os ned og lave ikke-patientarbejde. I princippet kan man jo bare gøre det og sætte tid af, men jeg synes, det er svært. Igen: hvordan får man ført det ud i hverdagen, når den er så fyldt? Det er ikke, fordi vi ikke vil have kvalitet og forbedring, men patienterne fylder bare den tand mere. Så det er både tid og overskud til at få sat det i rammer, vi mangler. Vi er et rigtig godt lægehus og gode til at få ideer. Men vi mangler én, der får det sat i værk og samler det.”*

Et eksempel på en plan, der gang på gang er blevet udsat på grund af tidsmangel, er opførelsen af et nyt lægehus. Lægerne fortæller, at planerne begyndte i år 2000. Nu regner de dog med, at det kommer i gang i 2011 – blandt andet fordi den nye ejerlæge har fået skrevet ind i sin kontrakt, at lægehuset skal bygges inden tre år.

Lægerne er ærgerlige over, at de ikke får sat tid af til blandt andet at udvikle kronikerbehandlingen. De tænker nemlig tilbage på sommerhusturen, der satte udviklingen i gang, og siger: *Man kan jo se, at der virkelig kommer noget ud af det, når vi først tager noget tid sammen.* Konkret vil de gerne sætte sig ned og diskutere, hvad de gør rigtigt og forkert, om nogle patienter får forkert medicin, og hvordan de kunne bruge sygeplejersken bedre, og hvor mange patienter hun egentlig kunne have.

I forlængelse af lægernes overvejelser spørger vi, om de undervejs i udviklingen – eller nu – har overvejet at bruge nogle former for ekstern hjælp eller støtte til at komme videre i processen. De svarer:

Læge 1: *“Nej. Eller vi har diskuteret de der praksiskonsulenter, der kommer og hjælper. Men det vil vi ikke. Vi tror stadig på, at vi godt kan gøre det selv. Jeg prøver – så jeg hedder så også heksen – at føre ideerne til dørs. Men man er nødt til at være lidt heks.”*

Læge 2: *“Vi har ikke diskuteret, om der var en, der skulle komme og kigge os over skulderen. Men jeg vil heller ikke have Leo eller Jørgen Peter [kvalitetskonsulenter fra Nordkap] til at komme ned og kigge mig over skulderen! Vi havde overvejet det i forhold til samarbejdsrelationer, der kunne blive kigget på, men det er længe siden. Men jeg tror godt, vi kan selv, for vi har fået en ‘god heks’.”*

Som det fremgår af citaterne, vurderer lægerne, at det er en god idé med sparring fra kollegaer, men samtidig ønsker de ikke at blive set over skulderen af nogen, der kan opfattes som overordnede. Senere i interviewet fortæller lægerne endvide-

re, at der er ansat praksiskonsulenter, *der skal komme ud og diskutere, hvordan man sætter kronikerindsatsen i gang.* Lægerne har takket ja til tilbuddet om sparring, men har endnu ikke haft besøg af konsulenterne, men de håber, at besøget kan give brugbare tips og ideer til den udvikling, de ønsker.

### 9.1.3 Status: Vi har helt klart udviklingsmuligheder

Status for lægerne fra N8 er, at de er i gang med en proces, som strækker sig nogle år ud i fremtiden. Som gennemgået er der taget tre vigtige ryk i forhold til kronikerbehandlingen, som allerede gør, at lægerne har en *god fornemmelse af, at der er styr på tingene* sammenlignet med dengang, de startede. Lægerne vurderer således, at de i dag følger vejledningerne, og at de – i modsætning til tidligere – kan have god samvittighed over deres indsats.

Lægerne ser helt klare udviklingsmuligheder for sig selv og deres praksis. Først og fremmest i forhold til at få et nyt lægehus med plads til mere personale, men også i forhold til at udnytte den nuværende sygeplejerske bedre. Lægerne forventer også, at introduktionen af sygeplejersker hænger tæt sammen med overskud til udvikling, i takt med at de bliver bedre til at overdrage opgaver til sygeplejersker. Dette er derfor en vigtig fremadrettet udviklingsopgave.

Lægerne forventer også, at der stadig er områder, hvor klarere instrukser til sygeplejersken kan effektivisere samarbejdet. For eksempel har de i dag ikke en *helt klar instruks for opstart og indkøring af medicin til hypertensionspatienter.* Det betyder, at sygeplejersken konfererer med lægerne, hver gang hun skal starte en hypertensionspatient op. Lægerne har pt. ingen køreplan for ønsket om at effektivisere hypertensionsbehandlingen, men de er overbevidste om, at det vil være en god idé – blandt andet fordi de kender til praksis, hvor øvelsen er lykkedes.

### 9.1.4 Lægernes vurdering: Hvad får de ud af at arbejde proaktivt?

Lægerne i N8 er godt i gang, men langt fra færdige med at udvikle deres kronikerindsats i den retning, de ønsker. Derfor oplever de endnu ikke de store forandringer i deres hverdag. De har til gengæld store forventninger til deres eget og patienternes udbytte, hvis det lykkes at skabe de rammer om kronikerindsatsen, som de ønsker. Forventningerne, som knytter sig til a) bedre behandling, b) ændret brug af sygehuse og sygeplejersker, c) flere, men mere fokuserede konsultationer og d) en lettere arbejdsdag, opsummeres i dette afsnit.

#### Bedre behandling

En mere systematisk tilgang til kronikerbehandling betyder ifølge lægerne, at *der er større sikkerhed for at gøre det rigtigt.* Lægerne er også sikre på, at den systematiske kronikerbehandling på længere sigt vil betyde, at *der vil være færre unge mennesker, der falder om, færre blodpropper, og færre der lider af hjertekarsygdomme.*

Lægerne vurderer også, at de, som allerede er diagnosticeret med kroniske sygdomme, vil få et bedre helbred.

Blandt andet forventer lægerne, at der vil være et bedre fokus på deres sygdom, når patienter overgår til sygeplejersken, fordi *kontrollerne vil ikke blive forurenede af andre problemer*. Samtidig forventer lægerne, at de kronisk syge i højere grad vil blive 'fanget', inden der opstår alvorlige problemer, fordi de bliver flugtet meget tættere end tidligere.

### Et mere planlagt henvisningsmønster

Adspurgt vurderer lægerne også, at det vil betyde færre indlæggelser og færre ikke-planlagte henvisninger, hvis intentionen om, *at patienten skal være godt grundbehandlet*, lykkes. Selv om lægerne vurderer, at den systematiske tilgang vil betyde færre akutte henvisninger, er de dog ikke sikre på, at deres samlede henvisningsantal vil falde:

*"Vi får jo måske flere henvisninger, fordi det kræves, at patienterne skal til tjek ved øjenlæge og fodlæge, og det står i instruksen."*

### Flere, men mere fokuserede konsultationer

Lægerne er *ret sikre* på, at de allerede laver flere ydelser, end før de gik i gang med udviklingen af kronikerbehandlingen, og at det mønster vil blive forstærket i fremtiden:

*"For når en kroniker kommer hos os, så kan de jo have fem andre ting, der også lige kan blive tjekket. Hvis de kommer hos sygeplejersken, vil de ikke få kigget på de fem ting, så der vil der blive bestilt en ny tid hos os."*

### Vi forventer at få en lettere arbejdsdag

Adspurgt fortæller lægerne, at de endnu ikke har fået en lettere arbejdsdag, selv om sygeplejersken aflaster dem. Tværtimod oplever de, at deres konsultationer bliver tungere, i takt med at de mest simple patienter overgår til sygeplejersken, *for fru Hansen med blodtrykket kommer ikke længere hos os*, forklarer en af lægerne. Lægerne regner til gengæld med, at det vil frigive noget tid, når de får flere sygeplejersker og *opdraget patienterne bedre*.

## 9.2 Organisering af kronikerbehandlingen 2010

Dette afsnit beskriver, hvordan lægerne fra N8 har organiseret deres kronikerbehandling i dag. Der er fokus på a) tidlig opsporing, b) organiseringen af kronikeropfølgningen, c) hvornår og hvorfor patienterne viderehenvises og d) arbejdet med kvalitetsudvikling.

### 9.2.1 Tidlig opsporing: Når vi får flere sygeplejersker, så skal vi være proaktive

Overordnet mener lægerne ikke, at de er aktivt udfarende i forhold til at invitere folk ind til helbredsundersøgelser o.l., og de er ikke sikre på, om en sådan tilgang er hensigtsmæssig for patienterne og sundhedsvæsenet. Lægerne forbinder i højere grad tidlig opsporing med noget, der er integreret i de lange forløb, de har med patienterne.

For eksempel har de tidligere forsøgt sig med at registrere, om patienterne er rygere ved at spørge om det i forbindelse med almindelige konsultationer. Erfaringen er dog, at det ikke blev gjort systematisk, samt at det er svært at bruge registreringerne proaktivt, *selv om det står på forsiden af journalen*. Lægerne forventer dog, at datafangst vil muliggøre en mere systematisk registrering af livsstilsdata, som for eksempel kan anvendes til at tilbyde alle rygere over 40 år en lungefunktionsundersøgelse.

Et andet eksempel på, hvordan lægerne arbejder med tidlig opsporing, tager udgangspunkt i type 2 diabetes: De regionale lægemiddelkonsulenter fra Nordkap enheden har på et af deres besøg gjort opmærksom på, at praksis N8 ikke har fundet alle de diabetikere, de statistisk set burde have. Derfor er lægerne i dag blevet mere opmærksomme på at tjekke blodsukkeret på deres patienter:

*"Vi har nu besluttet, at hvis der er grund til at tage en blodprøve på folk, så er der også grund til at tage et blodsukker."*

### 9.2.2 Forløbssamarbejde med sygeplejersken

Lægerne fra N8 har organiseret forløbene for type 2 diabetes, KOL og hypertension, sådan at patienterne skal gå til tre årlige kontroller hos sygeplejersken og én årlig kontrol til lægen. Sygeplejerskens opgaver er:



*"At tage samtaler, instruere, informere om kost og rygning, tjekke at de tager medicin. Derudover forbereder hun næste konsultation og årskontrollen til os. De her opgaver ligger klar."*

Lægerne fortæller, at forløbene er beskrevet nøje i instrukser, som *sygeplejersken er rigtig god til at følge*. Selv om arbejdsdelingen er *aftalt og det, der kan skematiseres, er skematiseret*, har lægerne dog fortsat svært ved at slippe patienterne helt. For eksempel vurderer lægerne, at der formentlig er meget få kroniske patienter, som ikke har oplevet, at lægerne, under en almindelig konsultation der har handlet om noget helt andet, *lige har tjekket op på den kroniske sygdom*.

Lægernes grundholdning er imidlertid, at kronikerforløbene skal køre så standardiseret som muligt, og at det skal være en aktiv beslutning, hvis lægen vælger at fravige det aftalte forløb. Tidligere havde lægerne for vane altid at tilpasse forløbene lidt af den ene eller anden grund, men sådan skal det ikke være længere. Lægerne understreger dog, at de faste forløb ikke passer til alle patienter: Derfor skal der – både for patientens og sygeplejerskens skyld – være plads til at afvige standardforløbet. Lægerne fortæller, at det oftest er ved henholdsvis de mest vanskelige og de mest velregulerede patienter, at de vælger at afvige standardforløbet. For de særligt vanskelige patienter (dem der ikke er motiverede/i stand til at følge et forløb eller til at gøre noget ved deres sygdom):

*“... kan det godt ske, at opgaven bliver for hård for en sygeplejerske, som måske ikke lige kan finde ud af at fravige fra, at patientens tal formodentlig ikke kommer derned, hvor de skal. Der accepterer vi som læger, at vi må stille nogle delmål. Så er vi tilfredse, hvis vi kan få en alliance med patienten, der gør, at vi ser ham nogenlunde jævnlige. Det er bedre, at han bare kommer hvert halve år, end at han bare synes, at vi er dumme og helt udebliver.”*

For de mest velregulerede patienter (dem der har god compliance og når de værdier, de skal) sker det til gengæld, at lægerne fraviger det standardiserede forløb, fordi de har *det dårligt med at indkalde dem*, når der aldrig er noget. I disse tilfælde aftales det nogle gange, at patienten kun kommer til den årlige store kontrol hos lægen.

Hvis en patient udebliver fra sine kontroller, bliver de oftest påmindet via brev, men hvis patienten ikke reagerer på brevet, gøres der ikke yderligere. Igen kan der dog i særlige tilfælde være undtagelser. For eksempel har den ene læge en meget svær sukkersygepatient, som hun ringer til, hver gang det er ved at være tid til en undersøgelse. Det gør lægen kun, fordi hun kan se, at det gør en forskel for patienten. For fremtiden regner de dog med, at udsendelsen af påmindelser vil ske oftere og mere systematisk på grund af de muligheder, der ligger i datafangst:

*“Pt. er det ikke sådan, at [sygeplejersken] går ind og siger: ‘Han udeblev og det er anden gang, så han er altså ikke kontrolleret’. Men det er det, jeg tænker med datafangst: At man systematisk kan fange dem, som ikke kommer, for så kommer de ud med røde streger. Men det har vi ikke haft mulighed for med vores gamle system.”*

### 9.2.3 Henvisning: Når vi giver op

I N8 henviser lægerne kun de kroniske patienter, når de må give op og ikke selv kan få behandlingen til at køre ordentligt. Tidligere henviste de systematisk diabetespatienter, der skulle opstartes i insulin, men nu gør de det selv i samarbejde med sygeplejersken. Det samme gælder for KOL-patienterne, hvor lægerne ikke henviser lige så ofte, fordi der *efterhånden er ret godt styr på dem*.

Lægerne i fortæller i øvrigt, at de i meget lille omfang laver henvisninger, der ikke er objektivt fagligt begrundede. Når det sker, er det endvidere ikke til kronisk syge patienter, fordi denne patientgruppe sjældent aktivt efterspørger henvisninger i relation til deres kroniske sygdom.

Lægerne fortæller i interviewet om to forhold, der kan få dem til at lave henvisninger, der ikke er snævert klinisk begrundede. Det drejer sig for det første om, når lægerne er kørt fast med en patient og har brug for at få vedkommende til at forstå, at han eller hun ikke er syg. Det giver mulighed for at sige: *Prøv at høre, du fejler ikke noget. Vi må snakke om, hvad der ellers sker i dit liv, der gør ondt.*

For det andet får nogle patienter en henvisning, hvis de lægger et særligt pres på lægen. Som eksempel fortæller den

ene læge, at hun har haft en lille dreng med astma. Hun kunne egentlig sagtens selv varetage behandlingen, men forældrene pressede på, og hun valgte at tænke *fair nok* og henvise til en børnelæge for at berolige forældrene.

### 9.2.4 Kvalitet: Vi forventer at datafangst vil give os et stort løft

Lægerne har som tidligere beskrevet netop installeret datafangst, og de glæder sig til at gå i gang med at forbedre kvaliteten af deres behandling. Lægehuset har fået fokus på kvalitet efter den sidste ejerlæge – ‘kvalitetschefen’ kom til. Hun har nemlig påtaget sig ansvaret for at holde praksis til ilden, når det kommer til kronikerbehandling og kvalitetsudvikling.

Det har blandt andet betydet, at lægehuset har deltaget i et par af medicinalindustriens projekter, som skulle forbedre kvaliteten på forskellige områder. Det var dog uden held – som her illustreret med et projekt, der handlede om at gennemgå patienter med astma for at se, om de fik den bedst mulige behandling. Patienterne blev identificeret og inviteret til et tjek i klinikken med det resultat, at:

*“Der kom to ud af 40 herved. Og så tænkte jeg lidt, at det ikke skal være for min skyld, de skal komme. Så gad jeg egentlig ikke... men jeg kan se en mulighed med datafangst for at styre de patienter, som skal komme, frem for dem der ikke har brug for det.”*

Derfor vil lægehuset fremadrettet satse på datafangst, fordi de synes det er *et fantastisk redskab til at kunne optimere behandlingen*. Lægerne forventer, at datafangst vil give dem overblik over deres patienter og gøre dem opmærksomme på situationer, hvor behandlingen ikke kører som den skal. Da lægerne i forvejen har ICPC-kodet i fem år, er de klar til at gå i gang.

I forbindelse med implementeringen af datafangst deltager lægerne i et kursus arrangeret af Nordkap. Det betyder, at de bliver honoreret for den tid, de bruger på at få datafangst til at køre, og at de har mulighed for at ringe direkte og få it-support. Det ser de som en stor hjælp, selv om de ville have introduceret datafangst, uanset om projektet havde været der eller ej.

Grunden til at lægerne har været relativt længe om at vælge datafangst, handler blandt andet om *kultur*. I lægernes kultur er man meget imod, at nogen skal kigge én over skulderen, og der har været myter om, at det netop var formålet med datafangst. Myterne handlede om, at regionerne ville bruge datafangst til at kontrollere, om lægerne *behandlede rigtigt og måske honorere dem mindre, der ikke gjorde*. Lægerne mener, at det for at få aflivet myterne er vigtigt, at man er åben og snakker om, hvad det egentlige formål med datafangst er, og om det kan betale sig økonomisk. ■