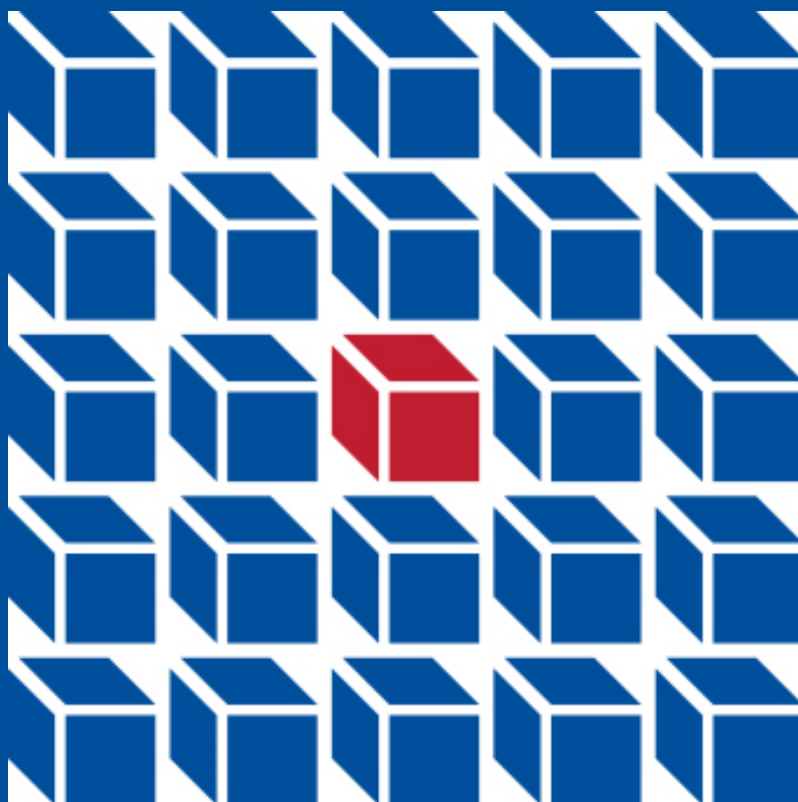


Kvalitetsklynger i almen praksis

Klyngernes organisering, arbejde og udbytte



Marie Henriette Madsen, Morten Bonde Klausen, Marius Brostrøm Kousgaard,
Eskild Klausen Fredslund, Maria Bundgaard, Dorte Ejg Jarbøl, Jakob Kjellberg,
Pia Kürstein Kjellberg og Jens Søndergaard

VIVÉ

*Kvalitetsklynger i almen praksis – Klyngernes organisering,
arbejde og udbytte*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-050-4

Projekt: 301193

Finansiering: KiAP (Kvalitet i Almen Praksis)

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Siden 2018 har praktiserende læger været organiseret i såkaldte kvalitetsklynger, hvor de i mindre grupper har arbejdet med kvalitetsudvikling inden for selvvalgte emner. De praktiserende læger er aktuelt organiseret i 114 klynger, der i de seneste fire år har dannet sig erfaringer med klyngearbejdet og udbyttet heraf. Denne undersøgelse belyser klyngernes organisering og de fordele og udfordringer, der knytter sig til forskellige dele af klyngemodellen, samt de praktiserende lægers vurderinger af klyngearbejdet og dets indflydelse på egen praksis.

Undersøgelsen består af fire delundersøgelser – en interviewundersøgelse, en case-undersøgelse, en spørgeskemaundersøgelse og en registerundersøgelse – som er gennemført på forskellige tidspunkter i klyngernes levetid. Forskningsprojektet er rekvireret af KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) og er gennemført i et samarbejde mellem VIVE og de fire Forskningsenheder for Almen Praksis.

Undersøgelsens design, dataindsamling og analyser er udført af chefanalytiker, ph.d. Marie Henriette Madsen, senioranalytiker, ph.d. Morten Bonde Klausen, senioranalytiker, ph.d. Eskild Klausen Fredslund, professor Jakob Kjellberg og projektchef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg fra VIVE samt seniorforsker, ph.d. Marius Brostrøm Kousgaard, ph.d.-studerende Maria Bundgaard, professor, ph.d. Dorte Ejg Jarbøl og professor, ph.d. Jens Søndergaard fra Forskningsenhederne for Almen Praksis. Forsknings- og analysechef, Mickael Bech fra VIVE og forskningsleder, professor og ph.d. Jens Søndergaard fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og i Esbjerg har stået for den interne faglige kvalitetssikring af rapporten.

VIVE og de fire Forskningsenheder for Almen Praksis ønsker at rette en stor tak til de praktiserende læger, som har bidraget til undersøgelsen i interviews og med spørgeskemabesvarelser, og til de klynger, der har stillet sig til rådighed for nærmere undersøgelse. En følgegruppe med repræsentanter udpeget af PLO og Danske Regioner takkes også for at bidrage med værdifulde kommentarer til undersøgelsens design, foreløbige fund og første rapportudkast. Endelig rettes en tak til de to eksterne reviewere, som har bidraget med relevante og konstruktive kommentarer til rapporten.

Mickael Bech, forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

Jens Søndergaard, professor, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og Esbjerg, Syddansk Universitet

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

Per Kallestrup, professor, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet

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

Indhold

Hovedresultater	5
1 Indledning.....	9
1.1 Undersøgelsens formål	10
1.2 Undersøgelsens design og delanalyser	10
1.3 Læsevejledning	12
2 Kvalitetsklynger i almen praksis	13
3 Kvalitativ case-undersøgelse i udvalgte klynger.....	16
3.1 Case-undersøgelsens metode og materiale	17
3.2 Klyngernes karakteristika.....	20
3.3 Klyngemødernes indhold og struktur.....	26
3.4 Klyngearbejdets betydning for kvalitetsudvikling.....	32
3.5 De praktiserende lægers perspektiver på klyngerne i fremtiden.....	36
3.6 Sammenfatning og diskussion af case-undersøgelsens resultater	37
4 Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse	40
4.1 Spørgeskemaundersøgelsens metode og materiale	40
4.2 Resultater.....	45
4.3 Sammenfatning og diskussion af spørgeskemaundersøgelsens resultater	54
5 Registeranalyse af klyngernes betydning for adfærdsændringer på udvalgte områder	56
5.1 Registerundersøgelsens metode og materiale	56
5.2 Udviklingen i udvalgte udfaldsmål som følge af klyngearbejdet.....	60
5.3 Sammenfatning og diskussion af registerundersøgelsens resultater.....	68
6 Sammenfatning og diskussion af resultater på tværs af delundersøgelserne	70
6.1 Klyngernes organisering.....	70
6.2 Udbyttet af klyngerne.....	71
6.3 Klyngearbejdets vigtigste virkemidler.....	74
6.4 Klyngen som afsæt for kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.....	76
Bilag 1 Oversigt over interviews og observationer foretaget i udvalgte klynger.....	81
Bilag 2 Spørgeskema.....	84

Hovedresultater

Med overenskomsten for praktiserende læger fra 2018 blev en ny kvalitetsmodel for almen praksis igangsat. Som del af denne model skulle praktiserende læger omfattes af overenskomsten organisere sig i grupper – såkaldte kvalitetsklynger – og sammen arbejde med kvalitetsudvikling inden for emner, de selv havde mulighed for at vælge, og med udgangspunkt i egne data. Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) har bedt VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis undersøge, 1) hvordan de praktiserende læger har arbejdet med at etablere, organisere og drive kvalitetsklyngerne, 2) hvilke udfordringer og muligheder ved klyngesamarbejdet internt og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen der opstår, og 3) hvilket udbytte af klyngedeltagelsen de praktiserende læger oplever, og hvilke effekter af klyngerne der kan udledes.

Klyngemodellen i almen praksis

Målsætningen for kvalitetsprogrammet for almen praksis var: "... at fremme og understøtte, at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling" (RLTN & PLO, 2018).

Klyngerne blev etableret i løbet af 2018, og aktuelt er der 114 klynger med deltagelse af praktiserende læger (29 i gennemsnit), der praktiserer inden for et geografisk område. Klyngerne har udpeget en klyngekoordinator, som er klyngens kontaktperson og desuden er ansvarlig for klyngernes arbejde, dog med mulighed for at uddelegere dette arbejde til andre klyngemedlemmer.

Der er få krav til klyngerne, og i overenskomstens beskrivelse af klyngerne bliver der bl.a. lagt vægt på, at klyngerne selv udvælger emner at arbejde med, og at den enkelte klynge har metodefrihed i arbejdet med kvalitetsforbedringer inden for de pågældende emner (RLTN & PLO, 2018; 2022). Der er dog etableret mulighed for, at klyngerne kan søge hjælp til fx datatræk og -præsentation til brug på klyngemøderne, og der er udviklet mødeskabeloner – såkaldte klyngepakker – med udgangspunkt i en række emner, som klyngerne frit kan tage i anvendelse.

En undersøgelse af kvalitetsklyngernes etablering viser, at de første år blev brugt på at omsætte de overordnede ideer og relativt frie rammer for klyngerne, som var beskrevet i overenskomsten, til lokale modeller for klyngernes organisering og arbejde. Desuden var den første periode præget af, at klyngerne eksperimenterede med forskellige mødeformer og typer af emner, som kunne behandles på klyngemøderne (Madsen et al., 2020).

Resultater

Klyngernes organisering

Klyngerne har fundet sig til rette i nogle grundlæggende organisatoriske strukturer, der særligt kommer til udtryk i forskellige klyngekoordinatorroller¹. Undersøgelsen giver ikke anledning til at fremhæve en specifik model for klyngernes organisering, men mulighed for, at klyngekoordinatoren kan dele arbejdsbyrde og ansvar for klyngerne, er en fordel.

¹ En klyngekoordinator er en praktiserende læge, som er udnævnt som ansvarlig for klyngen.

Dels er klyngekoordinatorrollen tidskrævende, dels er det en sårbar struktur, hvis ansvar og erfaring med rollen alene hviler på én person.

Der kan være et potentiale i at inddrage praksispersonale i klyngearbejde inden for emner, hvor uddelegering fra læger til personale finder sted. Det er imidlertid kun få klynger, der har inviteret personalet med, og der mangler konkrete praktiske løsninger på, hvordan praksispersonalet kan inddrages i klyngearbejdet.

Udbytte og effekt af klyngearbejdet

De praktiserende læger oplever forskellige typer af udbytte ved klyngemodellen, herunder faglig netværksdannelse, kollegial og databaseret erfaringsudveksling og refleksion over egen praksis. Ændringer i klinisk praksis viser sig i konkrete og klart afgrænsede områder, fx relateret til udskrivning af bestemte typer af medicin og specifik patientbehandling. 30 % af de praktiserende læger, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, oplever et højt udbytte, 40 % har svaret, at de oplever et moderat udbytte, og 30 % at de oplever et lavt eller intet udbytte af at deltage i klyngearbejdet.

Da klyngerne selv vælger, hvilke emner de skal arbejde med, og med hvilke metoder, så er det ikke forventeligt, at de praktiserende læger oplever et ensartet udbytte på tværs af klyngerne. Desuden mødes klyngerne typisk 2-4 gange om året og til møder af 2-3 timers varighed, hvilket begrænser klyngernes påvirkning af den enkelte praktiserende læge. Endelig er det op til den enkelte læge at afgøre, om og hvordan klyngemøderne skal omsættes i egen klinik, hvilket også vil medvirke til et uens udbytte på tværs af landets praktiserende læger.

Klyngearbejdets virkemidler

Mødernes faglige relevans og høje kvalitet fremhæves som helt grundlæggende for de praktiserende lægers fortsatte motivation til at deltage i klyngearbejdet. Klyngearbejdet kan tilrettelægges med brug af forskellige virkemidler. Undersøgelsen giver anledning til at fremhæve følgende som særligt betydningsfuldt for de praktiserende lægers udbytte:

- Brug af **data** på klyngemøderne bidrager med indsigt i de praktiserende lægers egen adfærd sammenlignet med andre læger i klyngen og er med til at åbne en samtale om forskellige tilgange til patientbehandling.
- Brug af **klyngepakker** på klyngemøderne bidrager til tilrettelæggelse af møderne og kvalitet i form af relevante data og faglig opdatering. Klyngepakkerne er desuden et afgørende bidrag til nogle klyngekoordinatorers arbejde, idet deres tidsforbrug reduceres, samtidig med at de tilbydes en sikkerhed for et møde med en vis faglig kvalitet.
- **Fælles drøftelser** enten i plenum eller i mindre gruppearbejde på klyngemøderne giver mulighed for konkret inspiration til nye måder at gribe arbejdet an på.

Endelig fremhæves det i denne undersøgelse, at klyngernes muligheder for selv at tilrettelægge klyngernes arbejde udgør en væsentlig værdi for de praktiserende læger, om end der også er et behov for støtte, fx i form af hjælp til datatræk og klyngepakker.

Klyngen som afsæt for kvalitetsudvikling på tværs af aktører og sektorer

Der er gode muligheder for at bruge kvalitetsklynger som afsæt for kvalitetsudvikling i et tværsektorielt samarbejde. De praktiserende læger er positivt stemt for klyngemøder med ekstern deltagelse, og undersøgelsen viser eksempler på, hvordan møder med fokus på tværsektorielt samarbejde opleves som lærerigt for både praktiserende læger og fx kommunale aktører. Set fra et kommunalt synspunkt er det desuden en fordel, at klyngerne giver mulighed for at komme i dialog med alle praktiserede læger inden for et geografisk område.

Konklusion

Klyngerne vurderes positivt af de praktiserende læger på grund af muligheden for autonomi og for at tage afsæt i emner, der er praksisnære og opleves som relevante i den specifikke klynge. Der er tale om en fleksibel model, som kan tilpasses den enkelte klynge.

Klyngerne bidrager til øget viden om og inspiration til, hvordan man kan tilrettelægge behandling og organisere praksis. Klyngerne lader til at kunne påvirke de praktiserende lægers faglige praksis inden for afgrænsede områder og med begrænsede effektstørrelser. Klyngerne har bidraget til at styrke relationerne internt blandt klyngemedlemmerne. I forhold til eksterne aktører – særligt kommunerne – ses der også eksempler på større gensidigt kendskab inden for afgrænsede områder.

Det datadrevne kvalitetsarbejde forbindes med væsentlige fordele. Det bidrager som et middel til indsigt i egen praksis, til at rejse spørgsmål til egen praksis i sammenligningen med andre og til at åbne samtaler om forskellige tilgange til patientbehandling.

Opmærksomhedspunkter for klyngernes videre udvikling:

- Klyngekoordinatorerne udgør en hjørnesten i klyngemodellen. Det er derfor vigtigt fortsat at understøtte klyngekoordinatorerne i deres arbejde, fx via klyngepakkerne eller med hjælp til praktisk arbejde, så koordinatorrollen forbliver attraktiv. Dette gælder ikke mindst i samarbejdet med eksterne aktører.
- Der mangler konkrete praktiske løsninger på, hvordan praksispersonalet kan inddrages, hvis potentialet i at inddrage praksispersonalet i klyngearbejdet skal udforskes yderligere.
- Klyngemøderne foregår typisk som fyraftensmøder afholdt 3-4 gange om året, hvilket sætter grænser for, hvor meget tid man kan bruge på klyngemøderne, og dermed, hvor meget man kan nå. Det er et forhold, som sætter grænser for, hvor meget man kan forvente, at klyngemodellen påvirker kvalitetsudviklingen i almen praksis.
- I den enkelte klynge kan der være store forskelle på medlemmernes ønsker og behov i klyngearbejdet og deres motivation for at deltage i dette. Denne heterogenitet blandt medlemmerne stiller krav til klyngekoordinatorerne om tilpasning til forskelligartede ønsker, behov, dagsordener og understreger behovet for, at klyngekoordinatorerne har mulighed for at søge inspiration og støtte til forskellige måder at tilrettelægge klyngearbejdet på.

- Klyngerne sætter selv dagsordenen for møderne – også når det kommer til emner, der involverer eksterne parter. Det er derfor en væsentlig præmis for eksternt samarbejde, at det sker med udgangspunkt i klyngernes prioriteringer og interesser. Klyngerne er ikke nødvendigvis et forum, hvor kommuner og hospitalers behov/ønsker kan behandles. Til gengæld er det et forum, hvor de praktiserende læger selv inviterer til dialog om et afgrænset emne/område, hvor de ser et potentiale for forbedring.
- Eksterne aktørers adgang til de enkelte klynger i praksis afhænger af den enkelte koordinators tid, prioriteringer og overskud til at tage stilling til eksterne henvendelser. Der er ofte betydelige overlap mellem klyngerne og de kommunale læge-laug, både hvad angår medlemskreds og emner, som behandles i de to fora. Det er ikke nødvendigvis et problem, men det er værd at overveje, hvordan de to fora skal fungere side om side.

En undersøgelse i fire dele

Undersøgelsen består af fire delundersøgelser, der er gennemført i perioden 2019-2022:

- En interviewundersøgelse gennemført ca. et år efter klyngernes etablering (2019/20). Her blev foretaget interviews med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i 15 klynger (29 praktiserende læger i alt).
- En case-undersøgelse af udvalgte klynger. Denne delundersøgelse er gennemført i to runder:
 - Første runde blev gennemført i 2019/2020 samtidig med interviewundersøgelsen og inkluderede interviews med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i 9 klynger (46 praktiserende læger i alt), observation af klyngemøder i 9 klynger og interviews med repræsentanter fra de regionale kvalitetsenheder.
 - Anden runde blev gennemført i 2021/2022 og inkluderede interviews med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i de samme klynger (34 praktiserende læger i alt). Denne runde inkluderede også observationer af klyngemøder og interviews med samarbejdspartnere i relevante kommuner.
- En landsækkende spørgeskemaundersøgelse med besvarelse fra 1.219 praktiserende læger om klyngernes karakteristika og oplevet udbytte af klyngearbejdet.
- En registerundersøgelse af sammenhængen mellem klyngernes arbejde med udvalgte emner og relaterede adfærdsændringer i form af udskrivningspraksis.

1 Indledning

Kvalitetsklynger i almen praksis blev introduceret som en del af overenskomsten for almen praksis indgået mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i 2018. Praktiserende læger skulle organisere sig i grupper (mindst 16-20 læger) inden for et geografisk område og med udgangspunkt i udvalgte emner "... arbejde med kvaliteten af behandlingen af patienter i deres optageområde internt i klyngen og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen" (RLTN & PLO, 2018, s. 45).

Den danske klyngemodell er både i en dansk og international kontekst en ny ramme om kvalitetsudvikling i almen praksis. I Danmark afløste klyngemodellen den tidligere akkrediteringsmodel, som blev opfattet som unødigt kontrollerende og med kvalitetsstandarder, der ikke blev opfattet som relevante i daglig klinisk praksis (Waldorff et al., 2016). Klyngemodellen adskiller sig herfra ved at lægge op til, at de praktiserende læger selv vælger, hvilke emner de vil arbejde med og også har mulighed for selv at tilrettelægge, hvordan de vil arbejde med de pågældende emner. I de seneste 20-30 år er der gennemført en omfattende mængde af forskning i indsatser, der har haft til formål at forbedre kvaliteten i almen praksis. Viden herfra peger på, at implementeringen af denne type indsatser udfordres, hvis der opstår bekymring for, at professionel autonomi og tilliden til professionelt arbejde reduceres (Lau et al., 2016). Omvendt kan muligheden for at tilpasse indsatsen til sundhedsprofessionelles behov og præferencer have en positiv effekt på implementeringen af en indsats (Lau et al., 2016). Kvalitetsklyngernes mulighed for at tilpasse det interne kvalitetsarbejde til lægers lokale behov er således en potentiel styrke, om end det til gengæld stiller krav til de praktiserende lægers indsats og i klyngearbejdet.

Idéen om kvalitetsklynger er inspireret af såkaldte 'quality circles' (Rohrbasser et al., 2017b) og 'small group based learning' (Zaher & Ratnapalan, 2012), som er karakteriseret ved, at en mindre gruppe af læger sammen faciliterer læring og deler erfaringer med og reflekterer over konkrete problemer i egen praksis². Erfaringer med 'quality circles' peger på, at de kan medvirke til kvalitetsforbedringer på områder som medicinudskrivning, valg af diagnostiske test og indrapportering af utilsigtede hændelser. Der er imidlertid også studier, som ingen effekt finder, hvilket kan tyde på, at de konkrete metoder, der tages i anvendelse af læger i de enkelte grupper, har betydning. Eksempelvis peger studier på, at peer reviews, audit og feedback bidrager positivt til adfærdsforandringer (Rohrbasser et al., 2017b). Tilsvarende har studier af 'small group based learning' vist en effekt på valg af diagnostiske tests og medicinudskrivning – og viser også, at det har stor betydning, at én blandt gruppen af læger har facilitatorkompetencer og kan lede gruppen (Zaher & Ratnapalan, 2012). Kvalitetsklynger svarende til den danske model bliver også afprøvet i Skotland og Wales (Rohrbasser et al., 2017a; Stanciu et al., 2018). En undersøgelse gennemført 2 år efter introduktionen af de skotske klynger (GP clusters) viser, at de praktiserende læger havde fundet en mødeform, hvor de kunne mødes regelmæssigt, og at de havde etableret en god og respektfuld dialog med hinanden. Der var dog kun en mindre gruppe af de praktiserende læger, som oplevede et udbytte af at deltage

² Dog er der flere læger pr. gruppe og et mere eksplicit fokus på en databaseret tilgang i den danske model.

i klyngerne (både metoder til kvalitetsudvikling og konkrete forbedring i patientbehandling) (Mercer, Gillies, & Fitzpatrick, 2020). En anden undersøgelse peger på, at de enkelte klynger varierer i relation til den administrative støtte, de har adgang til, hvilke kompetencer lederne af klyngerne har, og hvorvidt de har adgang til og gør brug af data på møderne, og at dette kan have stor betydning for, hvordan klyngerne kommer til at påvirke til kvalitetsforbedringer (Huang et al., 2021). En evalueringsrapport fra Wales peger på, at klyngemodellen i de første år medførte enkelte lokale forbedringer, men at der også har været implementeringsudfordringer, og at muligheden for at gøre brug af patientdata ikke var udviklet tilstrækkeligt (Stanciu et al., 2018).

Ovenstående erfaringer med tiltag svarende til de danske kvalitetsklynger peger på, at der er et potentiale i kvalitetsklyngerne som metode til kvalitetsudvikling i almen praksis. Den eksisterende viden om klyngernes implementering, virkemåde og udbytte er imidlertid sparsom, ikke mindst i en dansk kontekst. Parterne bag overenskomsten mellem de Praktiserede Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner (DaR) ønskede derfor, at der blev knyttet følgeforskning til klyngemodellen.

Denne rapport præsenterer de samlede resultater af et forskningsprojekt gennemført i perioden 2019-2022 af VIVE og Forskningsenhederne i Almen Praksis.

1.1 Undersøgelsens formål

Det overordnede formål med forskningsprojektet var at give et konkret og dybdegående indblik i, hvordan klyngemodellen implementeres, hvordan den bidrager til at understøtte kvalitetsudvikling i almen praksis både internt og i relation til eksternt samarbejde, og hvilke virkninger af klyngernes arbejde, der kan observeres på relevante parametre.

Herunder har der været fokus på:

- a) arbejdet med at etablere, organisere og drive kvalitetsklynger i almen praksis
- b) udfordringer og muligheder ved klyngesamarbejdet internt og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- c) de praktiserende lægers udbytte af klyngedeltagelsen og effekterne af klyngerne på udvalgte mål.

Forskningsprojektet bidrager således med viden om, hvordan klyngerne har fungeret som ramme for kvalitetsudviklingen i almen praksis i de første leveår. Denne viden kan bruges som del af grundlaget for at vurdere behovet for eventuelle justeringer af programmet.

1.2 Undersøgelsens design og delanalyser

VIVE og Forskningsenhederne for Almen Praksis udarbejdede et forskningsdesign, der tilsammen skulle dække undersøgelsens formål. I undersøgelsesdesignet blev der lagt vægt på at sammensætte metoder, der både kunne belyse de praktiserende lægers egne erfaringer med klyngerne og effekter på objektive mål, og metoder, der kunne give

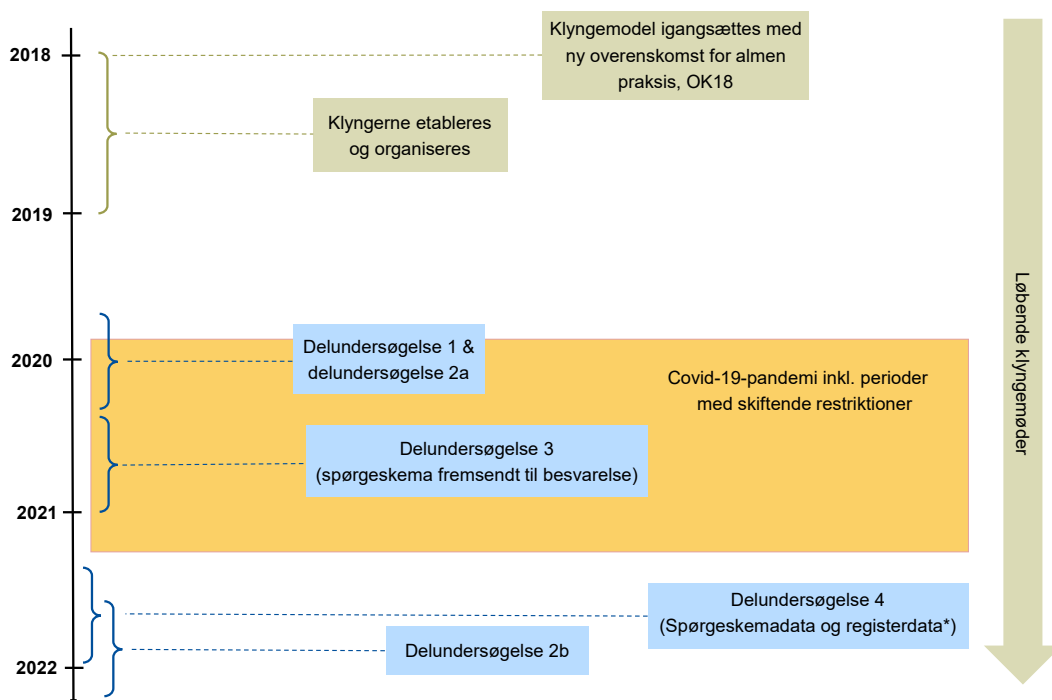
detaljeret viden om klyngernes organisering og arbejde samt belyse udbredelsen i forskellige måder at organisere sig og arbejde i klyngerne. Undersøgelhedsdesignet tog udgangspunkt i fire delundersøgelser:

- En kvalitativ undersøgelse af klyngernes opstart, samarbejdet i klyngerne og erfaringer med at oversætte idéer fra klyngearbejdet til klinikken. Den kvalitative undersøgelse var tilrettelagt som to delundersøgelser:
 - Delundersøgelse 1: Interviews med klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer i 15 klynger umiddelbart efter klyngernes opstart
 - Delundersøgelse 2: En case-undersøgelse i 10 klynger (interviews og observation af klyngemøder). Denne delundersøgelse er gennemført ad to omgange: umiddelbart efter klyngernes opstart a) og igen efter 2 år b).
- En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse (delundersøgelse 3) om praktiserende lægers erfaringer med klyngearbejdet.
- Et registerbaseret studie (delundersøgelse 4) af påvirkningen af klyngernes arbejde på udvalgte mål for forandringer.

De fire delundersøgelser er blevet gennemført som selvstændige undersøgelser på forskellige tidspunkter over en 3-årig periode (2019-2021), men med fokus på, at den viden, der blev produceret i de første delundersøgelser, har bidraget til tilrettelæggelsen af de næste delundersøgelser.

De fire delundersøgelsers empiriske nedslagspunkter på en tidslinje fra klyngerens etablering til forskningsprojektets afslutning er illustreret i Figur 1.1.

Figur 1.1 Det samlede forskningsdesign



Note: * I registerundersøgelsen anvendes data fra 2015-marts 2020.

Delundersøgelse 1 og 2a blev gennemført 2019/2020, hvor klyngerne havde haft mindst 1 år til at etablere sig og danne sig de første erfaringer med klyngearbejdet. Resultaterne fra disse delundersøgelser er afrapporteret i en VIVE-rapport i sommeren 2020 (Madsen et al., 2020) og bidrog desuden med viden til udviklingen af det landsdækkende spørgeskema (delundersøgelse 3), som blev udsendt til praktiserende læger i 2021. Viden fra delundersøgelse 1 og 2a blev desuden anvendt som udgangspunkt for at udvælge effektmål i delundersøgelse 4. Endelig indgår spørgeskemabesvarelsenerne i delundersøgelse 4, hvor registerdata kobles med viden fra spørgeskemabesvarelsenerne om emnevalg i klyngerne. Forskningsprojektet blev afsluttet med en opfølgende dataindsamling som led i delundersøgelse 2, hvor de udvalgte klynger blev genbesøgt med henblik på at indsamle de videre erfaringer med klyngearbejdet.

1.3 Læsevejledning

I denne rapport samles hovedresultaterne fra delundersøgelse 2b, 3 og 4. Resultaterne fra delundersøgelserne præsenteres i særskilte kapitler i denne rapport og sammenfattes i slutningen af rapporten i en fælles konklusion.

I kapitel 2 beskrives kvalitetsklyngernes formål og grundlæggende økonomiske og administrative rammer.

I de efterfølgende tre kapitler fremgår resultaterne fra de tre delundersøgelser. Her fremgår også nærmere beskrivelser af de anvendte metoder og datamateriale i de enkelte delundersøgelser.

I kapitel 3 præsenteres resultaterne af delundersøgelse 2b med fokus på klyngernes organisering, klyngemødernes indhold og struktur samt de enkelte praktiserende lægers oplevelse af udbyttet af klyngearbejdet.

I kapitel 4 præsenteres resultaterne af delundersøgelse 3 med fokus på klyngernes karakteristika, de praktiserende lægers oplevede udbytte af klyngearbejdet og associationer mellem klyngekarakteristika og oplevet udbytte.

I kapitel 5 præsenteres resultaterne af delundersøgelse 4 og beskriver ændringer i praktiserende lægers udskrivningsadfærd relateret til henholdsvis antibiotika og afhængighedsskabende medicin som følge af at arbejde med disse emner i klyngerne.

Kapitel 6 sammenfatter resultaterne fra de tre delundersøgelser og peger på udfordringer og opmærksomhedspunkter i det videre arbejde med at udvikle klyngernes organisation og kvalitetsarbejde.

2 Kvalitetsklynger i almen praksis

Kvalitetsklyngerne indgår som en del af et samlet program for kvalitetsudvikling, der blev defineret med overenskomsten mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation i 2018. Visionen for det nye program for kvalitetsudvikling var, jf. overenskomsten (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, § 93), følgende:³

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

Målsætningen for programmet var: "... at fremme og understøtte, at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling" (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2018, § 93).

De praktiserende læger havde – på nær enkelte økonomiske og administrative rammer for klyngerne beskrevet i Boks 2.1 – frie hænder til at etablere klyngerne. I overenskomsten blev det dog anbefalet, at klyngerne som minimum skulle omfatte 30.000 patienter, svarende til 16-20 læger i gennemsnit. I dag er der etableret 114 klynger med deltagelse af 29 praktiserende læger i gennemsnit (svarende til ca. 48.000 patienter), men med betydelig variation⁴.

Ifølge overenskomsten (RLTN & PLO, 2018, s. 114) skulle arbejdet i klyngerne omfatte tre felter:

- a) Kvalitetsarbejde, som læger i klyngen selv udvælger og initierer med henblik på at skabe kvalitetsforbedringer
- b) Kvalitetsarbejde relateret til nationale mål/-indikatorer med relevans for almen praksis
- c) Kvalitetsarbejde foranlediget lokalt, herunder på tværs af sektorgrænser.

Til at understøtte klyngernes arbejde blev der etableret et sekretariat, som udgør en fælles administrativ enhed mellem PLO og Danske Regioner. Dette sekretariat, Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), har bl.a. til opgave at udvikle konkrete værktøjer til brug for klyngearbejdet, herunder administrative vejledninger og inspiration til det faglige klyngearbejde i form af fx tematiske klyngepakker, der beskriver gældende faglige retningslinjer og giver forslag til relevante datatræk. KiAP understøtter desuden kvalificering af tilgængelige data, herunder også udvikling af dataprogrammet Ordiprax+ med henblik på, at

³ I den nye overenskomst for almen praksis (RLTN & PLO, 2022) fremgår det, at der er enighed om at fortsætte det datadrevne kvalitetsarbejde i klyngerne ud fra samme visioner som beskrevet i den tidligere overenskomst.

⁴ <https://kiap.dk/kiap/klynge/om/om.php>, den 5. april 2022.

klyngerne kan trække statistik for de praktiserende lægers lægemiddelordinationer på både klinik- og klyngeniveau. Desuden har de regionale kvalitetsenheder spillet en væsentlig rolle i at støtte klyngerne de første år. Forsinkelser i udviklingen af Ordiprax+ betød fx, at klyngerne ikke selv havde mulighed for at trække disse data for hele klyngen på én gang og har i stedet fået hjælp fra kvalitetsenhederne, som har mulighed for at trække og fortolke ordinationsdata på klyngeniveau. Desuden har de regionale kvalitetsenheder udviklet egne klyngepakker og tilbudt hjælp til klyngerne i form af mødefacilitering og dannelse af netværk for klyngekoordinatorer i regionen.

Boks 2.1 Klyngernes økonomiske og administrative rammer

Organisering:

Klyngerne er defineret som et professionelt fællesskab af praktiserende læger og består af læger inden for et geografisk område. Den enkelte klynge udpeger selv en koordinator blandt klyngens medlemmer. Klyngekoordinatorens opgaver er ifølge overenskomsten at samle lægerne til møder i klyngen, fremskaffe og vise datagrundlag til drøftelser med henblik på kvalitetsudvikling, sikre fremdrift af klyngeindsatsen gennem løbende opfølgning og fungere som klyngens kontaktperson i det omkringliggende sundhedsvæsen (RLTN & PLO, 2018). Klyngekoordinatorerne stod for at registrere klyngerne og blev altså udpeget samtidig med klynge-dannelsen.

Klyngen kan vælge at invitere praksispersonale og ansatte læger, men deltagelse i klyngens aktiviteter er kun obligatoriske for læger omfattet af overenskomsten mellem DaR og PLO. Ligeledes kan læger ansat i regions- og udbudsklinikker indgå i en klynge, hvis klyngen selv inviterer til det (RLTN & PLO, 2022, s. 72).

Økonomi:

Klyngerne fik ved registrering et opstartsbeløb på 10.000 kr. pr. lægekapacitet og et årligt bidrag på 4,26 kr. pr. patient tilknyttet lægerne i klyngen til kvalitetsudvikling. Forudsætningen for at modtage disse beløb var, at der var afholdt en stiftende generalforsamling og formuleret et sæt vedtægter. Desuden skulle klyngen have oprettet et CVR-nr. og en bankkonto.

De regionale kvalitetsenheder stod og står stadig for udbetalingen af klyngernes økonomiske midler. Efterfølgende tildelte Fonden for Almen Praksis yderligere midler til klyngernes og regionernes kvalitetsarbejde. Der blev i 2019 og 2020 udbetalt 2,16 kr. pr. patient og i 2021 0,47 kr. pr. patient som et supplerende tilskud fra overenskomstens parter.

I overenskomsten fra 2022 er det besluttet, at tildelingen af midler til klyngerne reduceres med henholdsvis 75 %, 50 % og 25 % i overenskomstperioden.

Det er ikke fremsat eksplicitte krav til, hvad klyngens økonomiske midler skal bruges til ud over udgifter til 'mødeafholdelse, mødelokale og forplejning' (RLTN & PLO, 2018, s. 104) samt klyngekoordinatorens honorar, som klyngen selv fastsætter.

Fortsættes...

Boks 2.2 Klyngernes økonomiske og administrative rammer (fortsat)

Krav og sanktioner:

Målsætningen var, at alle praktiserende læger skulle etablere sig i klynger (RLTN & PLO, 2018, s. 91). Selvom dette var frivilligt, så var det i overenskomsten aftalt, at klinikker, som ikke indgik i en klynge pr. 1. november 2019, skulle gennemgå en akkrediteringsproces, hvis der var volumenmæssig basis for det⁵. Der er dog ikke formuleret nogen eksplicitte krav til klyngemedlemmerne om, hvordan man præcist bør deltage i klyngearbejdet, herunder krav til fremmøde, engagement på møderne og det videre arbejde med kvalitetsudvikling i egen klinik inden for de emner, som er behandlet på klyngemøderne.

Det er desuden en væsentlig del af klyngemodellen, at kvalitetsarbejdet skal være "... drevet af ønsket om at blive bedre. Selve arbejdet i klyngerne sker derfor adskilt fra kontrol og sanktionsforanstaltninger" (RLTN & PLO, 2022, s. 113). Det fremhæves desuden, at den enkelte klynge har metodefrihed i arbejdet med at forbedre kvaliteten inden for de emner, de selv vælger.

Den første del af denne undersøgelse viste, at klyngernes første år blev brugt på at omsætte de overordnede idéer og relativt frie rammer for klyngerne, som var beskrevet i overenskomsten, til lokale modeller for klyngernes organisering og arbejde (Madsen et al., 2020). Desuden var den første periode præget af, at klyngerne eksperimenterede med forskellige mødeformer og typer af emner, som kunne behandles på klyngemøderne. De ovenfor nævnte støttemuligheder til klyngerne (fx muligheder for datatræk og klyngepakker) blev implementeret samtidig med klyngernes etablering og blev gjort tilgængelige, i takt med at både klynger, KiAP og de regionale kvalitetsenheder fik defineret behovene for hjælp og støtte (Madsen et al., 2020). Siden da er der udviklet en bred vifte af klyngepakker, hvor også datamulighederne er udvidet til fx at kunne inkludere spørgeskemabesvarelser, og der synes også at være et udvidet fokus i relation til emnevalg fra primært at omhandle klinisk praksis til også at omhandle fx kommunalt samarbejde og de praktiserende lægers trivsel⁶. Under covid-19-pandemien var der lange perioder, hvor det ikke var muligt at afholde fysiske møder. Nogle klynger afholdt i stedet virtuelle møder, mens andre valgte at sætte klyngearbejdet på pause, indtil fremmøderestriktionerne blev hævet. Således har der været et element af 'genetablering' af klyngearbejdet i 2021, om end den grundlæggende organisering og erfaring med klyngearbejdet ikke skulle etableres på ny.

⁵ Langt de fleste praktiserende læger er blevet tilknyttet en klynge. I foråret 2020 blev det aftalt med de regionale kvalitetsenheder, at de enkelte praktiserende læger/klinikker, som ikke indgår i en klynge, skal modtage besøg af en kvalitetskonsulent og efter nærmere aftale gennemgå en kvalitetssikringsproces med afsæt i en klyngepakke eller lignende dataafsæt

⁶ <https://kiap.dk/kiap/klynge/klyngekoordinator/klyngepakker/klyngepakker.php>, den 8. april 2022.

3 Kvalitativ case-undersøgelse i udvalgte klynger

Forfattere: Marie Henriette Madsen og Morten Bonde Klausen

Delundersøgelse 2 er en kvalitativ case-undersøgelse foretaget i udvalgte klynger. Delundersøgelsens overordnede sigte var sammen med delundersøgelse 1 at tilvejebringe viden om fordele og ulemper ved klyngearbejdet, og hvilke aspekter af klyngesamarbejdet der opleves som fremmende eller hæmmende for læring og kvalitetsudvikling. Følgende fokuspunkter var udgangspunktet for dataindsamlingen i disse delundersøgelser:

1. **Etablering af klyngerne i samspillet mellem klyngekoordinatorerne, de delta-gende læger og de overordnede organisatoriske rammer:** Klyngekoordinatorens rolle; lægernes motivation og forventninger; brug af understøttende tiltag; betydningen af eksisterende faglige fællesskaber for klyngedannelsen; beslutninger om arbejdsformen i klyngen; udfordringer for klyngedannelsen.
2. **Det kollektive kvalitetsarbejde i klyngerne:** Valg af temaer, indsatser og målsætninger; tilvejebringelse og brug af data; opfølgning på indsatser; samarbejde med det omgivende sundhedsvæsen (fx hospitaler, speciallægepraksis, kommuner); udfordringer og muligheder i kvalitetsarbejdet (fx ledelse, motivation, kompetencer, datatilgængelighed, ressourcer/tid, uenigheder).
3. **Implementering i egen praksis:** De enkelte praksis' arbejde med det valgte indsatsområde i tiden mellem klyngemøderne; oversættelse af idéer fra klyngerne til konkrete forandringer i klinikken; praksispersonalets rolle i kvalitetsarbejdet; forhold, der fremmer eller hæmmer implementeringen af idéer fra klyngearbejdet i egen praksis; vurderinger af klyngearbejdets relevans og brugbarhed i forhold til kvalitetsudvikling i praksis.
4. **Fremadrettede perspektiver på klyngerne:** Vurderinger af, hvad der har betydning, for at klyngemodellen kan bestå som en relevant model for kvalitetsudvikling i almen praksis.

Dette kapitel vedrører primært resultaterne fra delundersøgelse 2b, som er den anden del af case-undersøgelsen (se Figur 1.1). Her er de 10 klynger genbesøgt med henblik på at indsamle erfaringer med at organisere og arbejde i klyngerne ca. 3 år efter deres etablering. Resultaterne af første del af case-undersøgelsen (delundersøgelse 2a) kan læses i forskningsprojektets første afrapportering (Madsen et al., 2020). Den første afrapportering havde særligt fokus på etableringen af klyngerne (punkt 1), de første erfaringer med kollektivt kvalitetsarbejde (punkt 2) og implementering i egen praksis (punkt 3). I dette kapitel er der overlappende fund i relation til første afrapportering, men der følges op på klyngernes videre erfaringer med det kollektive kvalitetsarbejde og implementering i egen praksis. Hertil kommer et fokus på fremadrettede perspektiver på klyngerne (punkt 4).

3.1 Case-undersøgelsens metode og materiale

Denne delundersøgelse er tilrettelagt som et casestudie, hvor der ved undersøgelsens start blev udvalgt 10 klynger til nærmere undersøgelse. Denne delundersøgelse bestod af interviews med klyngekoordinator(er) og klyngemedlemmer i de udvalgte klynger, observation af klyngemøder og enkelte interviews med samarbejdspartnere til klyngerne i region og kommune. Dataindsamlingen i relation til de udvalgte klynger er gennemført ad to omgange henholdsvis ved klyngernes opstart og igen efter ca. 2 år.

3.1.1 Udvalgelse og invitation af klynger til undersøgelsen

Udvælgelsen af klynger havde til formål at sikre variation i klyngernes størrelse, i klyngernes geografiske tilknytning og i datoen for klyngernes etablering (se Tabel 3.1). Der blev taget udgangspunkt i en oversigt over klyngerne fremsendt af KiAP i maj 2019⁷.

Tabel 3.1 Udvalgelseskriterier

Udvælgelseskriterier	
Klyngestørrelse	<p>Klyngestørrelse blev valgt som udvælgelseskriterie ud fra en hypotese om, at henholdsvis store og små klynger kunne opleve forskellige betingelser for klyngesamarbejdet, fx forskellige betingelser for at opbygge tillid blandt klyngens medlemmer og forskel i, hvordan klyngemøderne kan planlægges og faciliteres.</p> <p>Klyngernes størrelse spænder fra 10-73 læger og med et gennemsnit på 29 læger pr. klynge. Klyngerne blev udvalgt, så de tilsammen dækker dette spænd, dog uden at medtage klynger, der befandt sig i yderpunkterne af skalaen og derved ville være let genkendelige.</p>
Geografi	<p>Argumentet for at bruge klyngens geografiske placering (typisk defineret ved adresse på klyngekoordinatorens praksis) var, at betingelserne for at være praktiserende læge, herunder patientgrundlag og samarbejde med andre sektorer, varierer på tværs af landet. Dermed er der potentielt også variation i, hvad der kan være relevant at arbejde med i klyngerne, og hvordan de kan tilrettelægge arbejdet. Der har desuden fra klyngernes start været mulighed for, at klyngerne kunne bruge de regionale kvalitetsenheder som ressource i tilrettelæggelsen af klyngemøder. Eftersom kvalitetsenhederne er forankret i forskellige politiske og organisatoriske rammer, kunne der potentielt også være forskellige rammer for klyngerne i forhold til at søge hjælp og støtte her.</p> <p>Der blev valgt klynger, som fordelte sig ligeligt på tværs af de fem regioner, og der blev desuden tilstræbt en fordeling af klynger knyttet til henholdsvis større og mindre byer/landområder i hver region.</p>
Etableringsdato	<p>I udvælgelsen blev der også valgt klynger, som var dannet tidligt eller sent, jf. den officielle etableringsdato. Tidlig klyngedannelse definerede vi som etableringsdato i 2018, og sen(ere) klyngedannelse definerede vi som etableringsdato herefter. Hypotesen var, at klynger, som blev etableret tidligt, kunne være mere motiverede for klyngearbejdet. Der var imidlertid en del udfordringer med den administrative registrering af klyngerne, og etableringsdatoen afspejler derfor ikke nødvendigvis klyngernes reelle opstart.</p>

Med afsæt i ovenstående kriterier udvalgte vi 10 klynger, som blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Vi kontaktede i første omgang klyngekoordinatorerne fra de 10 klynger, hvoraf nogle ønskede at afklare klyngens deltagelse med de øvrige klyngemedlemmer, mens andre på egen hånd eller med klyngens bestyrelse afgjorde, om klyngen kunne deltage. To klynger afslog at deltage, og klyngekoordinatorerne begrundede det med, at klyngerne var i gang med at etablere sig, finde arbejdsformen og opbygge tillid i gruppen

⁷ Oversigten over klyngerne blev fremsendt før den endelige deadline for klyngernes etablering, men på dette tidspunkt var størstedelen af klyngerne etableret (109 ud af 114). KiAP og forskningsgruppen vurderede derfor, at der var tilstrækkeligt grundlag for at udvælge klynger med den ønskede variation.

af praktiserende læger, og at de derfor vurderede, at det var for tidligt at involvere sig i et forskningsprojekt. Én klyngekoordinator meldte aldrig tilbage på invitationen. I tilfælde af afslag eller manglende svar kontaktede vi klyngekoordinatoren for endnu en klynge med samme karakteristika.

10 klynger indgik i delundersøgelsens første empiri-indsamling, men ved anden runde empiri-indsamling meldte en af klyngerne sig ud. Begrundelsen var, at klyngekoordinatortrollen i denne klynge gik på tur mellem klyngemedlemmerne, og at den nye klyngekoordinator ikke havde ressourcer til både at etablere sig i sin nye rolle og indgå i interviews. Desuden vurderede klyngekoordinatoren, at klyngen havde brug for ro til at etablere sig efter nedlukning i forbindelse med corona-pandemien. Derfor deltog kun 9 klynger i anden empiriindsamling.

3.1.2 Dataindsamling: interview og observation

I alle klynger er der foretaget interviews med klyngekoordinator(er) og klyngemedlemmer (dvs. praktiserende læger i klyngerne) samt foretaget observation af et møde i hver klynge. Denne fremgangsmåde har været gældende i både delundersøgelse 2a og 2b. I Bilag 1 ses en oversigt over interviews og observationer foretaget i relation til de udvalgte klynger i de to runder af empiri-indsamlingen. Første empiri-indsamling fandt sted i efteråret 2019, mens anden empiri-indsamling fandt sted i efteråret 2021.

Interviewene er foretaget enten som solointerviews eller gruppeinterviews – enten ved fysisk fremmøde, telefonisk eller via en videoforbindelse. Særligt i anden runde blev interviewene gennemført enten via telefon eller video, da fysisk fremmøde i denne periode var udfordret af covid-19-pandemien. I anden interviewrunde blev der som udgangspunkt taget kontakt til de samme klyngemedlemmer, som deltog i første interviewrunde. Alle interviews fulgte en interviewguide tilpasset henholdsvis klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer. Interviewene varede 45-60 minutter, blev optaget på bånd og efterfølgende skrevet ud.

Vi vurderer, at det har haft stor betydning for deltagelsen i interviews ved anden empiri-indsamling, at både klyngerne som helhed og de praktiserende læger har stået i en særlig situation efter covid-19-pandemien. Overskuddet til at deltage i en undersøgelse som denne har været begrænset, og flere praktiserende læger svarede enten ikke på de invitationer, der blev sendt, eller svarede tilbage, at de ikke ønskede at deltage. Få begrundede deres afslag, men enkelte angav tidspres som årsag. Det er således en mulighed, at de praktiserende læger, der har deltaget i interviews i anden empiri-indsamling, er læger med et særligt overskud eller en særlig motivation for at bidrage med perspektiver på klyngerne og klyngernes videre udvikling.

De 9 observerede klyngemøder blev valgt ud fra, hvilke møder der blev afholdt inden for perioden for empiri-indsamlingen, og der er således ikke taget stilling til, hvilke emner der skulle behandles på de enkelte møder. Kapitlets forfattere har deltaget ved fysisk fremmøde på møderne (og i et enkelt tilfælde som deltager i et videomøde) og dermed haft lejlighed til at observere mødeform (fx oplæg, datavisning, gruppearbejde), hvilke ressourcer, fx i form af klyngepakker og data, der var i brug, om og hvordan eksterne deltagere blev inddraget, og hvilke diskussioner, der opstod mellem klyngemedlemmerne. Desuden har det været muligt at observere, hvilke andre formål klyngemøderne

har haft, fx social omgang med andre læger og afholdelse af møder i de kommunale lægelaug (PLO-K) i forlængelse af klyngemøderne. I de tilfælde, hvor interviewene har fundet sted efter klyngemøderne, har det også været muligt at bruge de observerede møder som en fælles reference, hvor begivenheder og udsagn fra møderne er blevet bragt i spil i interviewsituationen.

Der er desuden foretaget et interview med en kommunal aktør, der havde deltaget i et klyngemøde med fokus på samarbejdet mellem almen praksis og kommunen.

3.1.3 Analytiske snit

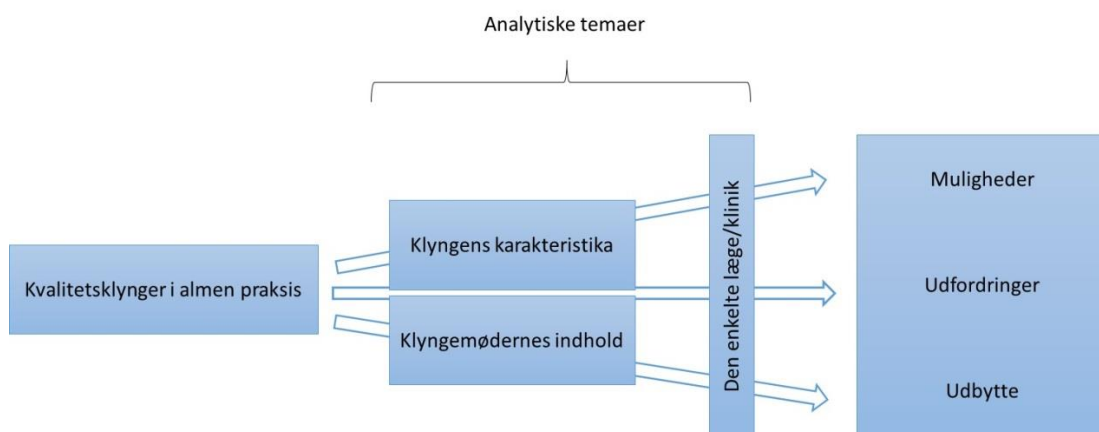
Analysen er struktureret ud fra en tematisk model, som kobler de praktiserende lægers oplevede udfordringer, muligheder og udbytte med tre centrale temaer relateret til klyngemodellen:

1. **Klyngernes overordnede karakteristika og organisering:** Hvordan forbindes overordnede karakteristika i klyngernes organisering med bestemte muligheder og udfordringer?
2. **Klyngemødernes indhold og form:** Hvordan forbindes de enkelte klyngemøder og deres indhold med bestemte typer udfordringer, muligheder og gevinster?
3. **Forhold ved den enkelte læge/klinik:** Hvordan har individuelle forhold ved den enkelte læge eller klinik betydning for oplevelser af udbytte, samt hvordan/hvorvidt klyngesamarbejdet foranlediger forandringer i den enkelte klinik?

For alle fokuspunkter ser analysen på oplevede udfordringer, muligheder og gevinster.

Den analytiske model er skitseret i Figur 3.1.

Figur 3.1 Overordnet model for analysen



Note: De tre analytiske temaer (klyngekaraktistika, mødernes indhold og forhold ved den enkelte læge/klinik) er baseret på samme empiriske grundlag, dvs. primært interviews med enkelte læger (klyngemedlemmer eller klyngekoordinatorer) og observationer af klyngemøder. Dette afspejles i figuren ved, at fokus på klyngekaraktistika og mødernes indhold er belyst igennem de enkelte lægers udsagn.

Første analyseniveau: Klyngernes karakteristika

Dette analytiske tema omhandler overordnede, strukturelle aspekter ved klynger, dvs. klyngernes størrelse, organisering (fordeling af roller og ansvar for møder), hvordan klyngerne er geografisk afgrænset i forhold til kommunerne, klyngernes relation til kommunale lægelaug, hvorvidt klyngen er en videreførelse af eksisterende netværk, samt hvordan og hvorvidt klyngestrukturen kan inkludere praksispersonale.

Andet analyseniveau: Klyngemøderne

Dette analytiske tema omhandler de konkrete klyngemøder, herunder de forberedende faser med valg af emner og indhentning af data til de enkelte møder, oplevede gevinster og udfordringer og muligheder ved brugen af data, brugen af klyngepakker og endelig brugen af eksterne aktører på klyngemøderne.

Tredje analyseniveau: Den enkelte læge/klinik

Dette analytiske tema omhandler aspekter ved den enkelte læge/klinik, herunder klinikform (solo/kompagniskab), deltagelse i andre faglige netværk (fx DGE-grupper og 12-mandsforeninger) og allerede etablerede procedurer for kvalitetsudvikling.

Som afrunding på analysen sammenfatter vi informanternes overvejelser om, hvad der er vigtigt for, at klyngerne kan bestå som en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, samt hvad de fremadrettede perspektiver og muligheder er for klyngerne som afsæt for kvalitetsudvikling.

3.2 Klyngernes karakteristika

I forskningsprojektets første del (delundersøgelse 1 og 2a – se Figur 1.1) fandt vi, at klyngerne i den første fase havde brugt tid på etablering (fx oprettelse af klyngen som forening), beskrivelse af klyngens vedtægter (fx regler for fremmøde og aflønning af klyngekoordinatorer) og udarbejdede lokale modeller for klyngernes organisering. Klyngerne blev etableret hurtigere end forventet, og fandt hver især deres egen form tilpasset klyngekoordinator og klyngemedlemmers behov og energi (Madsen et al., 2020).

I denne delundersøgelse genfinder vi de samme grundlæggende strukturer, og kun i enkelte klynger er der foretaget ændringer, fx i form af udskiftning af klyngekoordinatoren eller ændret ansvarsfordeling blandt klyngens medlemmer. I dette afsnit beskriver vi muligheder og udfordringer ved forskellige delelementer af klyngernes måde at organisere sig på og strukturelle karakteristika i form af klyngens størrelse og geografiske spænd.

3.2.1 Klyngen som organisation

Klyngernes organisering handler grundlæggende om, hvordan klyngekoordinatorrollen forvaltes på forskellige måder på tværs af de udvalgte klynger. Klyngekoordinatorerne præsenterer forskellige måder at uddelegere og dele arbejdet med andre, idet nogle har påtaget sig langt de fleste opgaver både af administrativ og faglig art, og andre uddelegerer opgaver til andre enten i klyngebestyrelsen, blandt klyngens medlemmer eller til en sekretær knyttet til klyngen. På den måde kan klyngernes organisering karakteriseres

som mere eller mindre kompleks og med klyngekoordinatoren som en mere eller mindre central figur:

- **Struktur med central koordinator:** Klyngekoordinatoren udfører de fleste opgaver i klyngen, eventuelt undtaget de administrative/praktiske opgaver, og træffer de fleste beslutninger om klyngemødernes indhold og form.
- **Teamstruktur:** Klyngekoordinatoren deler ansvar og opgaver med en klyngebestyrelse eller eventuelt en anden klyngekoordinator.
- **Struktur med arbejdsdeling:** Klyngekoordinatoren har en administrativ og koordinerende rolle, men klyngemødernes planlægning og faglige indhold uddelegeres til klyngemedlemmer, som skiftes til at planlægge klyngemøder. Valg af emne for klyngemøder kan være baseret på en kollektiv beslutning i klyngen eller en beslutning foretaget af dem, der er ansvarlige for mødet).

Klyngekoordinatorerne fremhævede også, at den konkrete organisering af klyngen var et udtryk for, hvad der var muligt ved klyngens etablering, og hvad den enkelte klyngekoordinator havde mulighed for at byde ind med. Der er foretaget mindre ændringer i de enkelte klynger mellem de to runder for empiriindsamling – i en klynge var der valgt en ny klyngekoordinator, og i en anden klyngevar ansvars- og arbejdsdelingen justeret, så klyngen nu er inddelt i mindre grupper af læger, der på skift har ansvaret for at arrangere klyngemøderne.

Det generelle billede er, at klyngerne har fundet sig til rette i en form, som fungerer for klyngen og for klyngekoordinatorerne. Alligevel knytter der sig forskellige udfordringer og muligheder til de forskellige organisationsformer, som særligt manifesterer sig i relation til rollen som klyngekoordinator.

3.2.2 Klyngekoordinatorens forskellige roller og ansvarsområder

Klyngekoordinatoren er i sagens natur afgørende for mødeafholdelse og konkretisering af indholdet på møderne – og også vigtig i relation til fortsat at sikre motivationen blandt de andre medlemmer af klyngen og som bindeled mellem klyngen og eksterne aktører, som klyngen samarbejder med (fx KiAP og regionale kvalitetsenheder). Selvom klyngernes organisering afspejler en tilpasning til lokale forhold og præferencer, og der ikke er tale om meget store forskelle klyngerne imellem, så kan der være inspiration at hente i de erfaringer, der er gjort på tværs af organiseringstyper.

Blandt de klyngekoordinatorer, som er alene om ansvaret (*struktur med central koordinator*) peges der ikke på egentlige fordele. Tværtimod giver disse klyngekoordinatorer udtryk for, at det er en sårbar konstruktion, fordi det hele afhænger af motivation og kompetencer hos en enkelt person. Nedenfor eksemplificeres det med de ændrede betingelser for at afholde møder under covid-19-pandemien:

Jeg synes, der er et grundlæggende problem i, at ledelsen af klyngerne er noget skrøbelig. Nu her for eksempel med corona, hvor man pludselig kun havde mulighed for at mødes virtuelt, der må jeg indrømme ... det var ikke lige det, jeg synes, var så sjovt – at lave virtuelle klyngemøder. Og det er måske i virkeligheden heller ikke det, jeg er så god til. Og derfor, hvis man havde en

lidt mere stærk ledelsesstruktur, havde vi måske ikke aflyst, men fået lavet nogle gode virtuelle klynger. (Klyngekoordinator)

Andre problematiserede, at der potentielt kan gå meget tabt ved skift af klyngekoordinator, når hele erfaringen med at drive en klynge og planlægge klyngemøder hænger på én person.

Endelig reflekterede en klyngekoordinator over, at fornemmelsen for, hvad der optager klyngens medlemmer og opleves som relevante emner at tage op, er mere begrænset i de klynger, hvor klyngekoordinatoren er alene om ansvaret:

(...) sådan rent fingeren på pulsen-agtigt, der kunne jeg have behov for assistance. (...) Når vi sidder til nogle af de her møder, (...) så er der en tredjedel, der er meget fremme i skoene og vil det hele og er: "Nu skal vi også sådan, og nu skal vi også sådan, og lad os nu komme i gang". Og så er der den sidste tredjedel, som sidder med hænderne over kors og er tilbagelænet i stolen. Og det her med at vælge en retning, som sådan passer alle nogenlunde godt, det synes jeg kan være svært. (Klyngekoordinator)

Fordelene ved den struktur, hvor ansvar og opgaver er delt mellem flere klyngekoordinatorer eller mellem en klyngekoordinator og en klyngebestyrelse (*teamstruktur*) er bl.a., at det i højere grad kan spejle den heterogenitet, som præger den samlede gruppe af læger i klyngerne. Ved at være flere om at træffe beslutninger i forhold til klyngernes form og indhold opleves der en større sikkerhed for, at man får valgt et indhold, der er relevant for flest mulige klyngemedlemmer og får ramt et niveau for forberedelse, mødelængde m.m., hvor alle kan være med – ikke mindst i klynger, som dækker store geografiske afstande eller flere kommuner. Mere generelt er der hos nogle klyngekoordinatorer opstået en erkendelse af, at de med faste sparringspartnere kan lave bedre møder, fordi én fx er god til mødeplanlægning, og en anden er bedre til mødefacilitering. Endelig oplever nogle klyngekoordinatorer, at de selv har udbytte af at indgå i et team – både socialt og fagligt – fordi det giver mulighed for at drøfte de faglige emner med nogle kolleger, inden man tager emnerne op på et klyngemøde.

I de klynger, hvor ansvaret er mere bredt fordelt (*struktur med arbejdsdeling*), og klyngekoordinatoren primært har en administrativ og koordinerende rolle, oplever klyngekoordinatorerne det som en fordel, at man her engagerer hele klyngen, og at alle klyngemedlemmer får lov til at vælge emner, de synes er relevante og aktuelle, og skal stå til ansvar for mødernes kvalitet. Det betyder naturligvis, at rollen som klyngekoordinator er mindre tidskrævende, end hvis man skal indgå i planlægningen af alle møder. Dog præsenterer der sig andre opgaver for klyngekoordinatoren i disse klynger, idet den viden, de tager med sig hjem fra klyngekoordinatorkurser/-træf, skal videreformidles til klyngemedlemmer, fx om de tilbud der er stillet til rådighed for klyngerne i form af klyngepakker, støtte fra KiAP og regionale kvalitetsenheder samt tilbud om at gøre brug af eksterne konsulenter:

Det er jo så dér, jeg prøver – sammen med min bestyrelse – at holde mig ajour (...). Selvom vi ikke er inde og bestemme en hel masse, når de andre [planlægger], så er vi stadig med, hvis der er et problem og prøver at løse det. (...) For

eksempel da jeg henvendte mig til den første [planlægnings]gruppe], der var det så mig, der foreslog (...): "Det kunne være den her pakke og den her pakke, og det kunne være det her, som jeg ville foreslå. Men det er selvfølgelig op til jer". (Klyngekoordinator)

Desuden åbner strukturen med en bred ansvarsfordeling også op for diskussioner af, hvad der udgør de 'faste rammer' for klyngemøderne – eksempelvis om det er inden for rammerne kun at planlægge undervisning uden også at inkludere gruppediskussioner med udgangspunkt i egne data.

I den første del af forskningsprojektet blev der identificeret tre hovedområder, som klyngekoordinatorerne beskæftigede sig med, da klyngerne skulle etableres (Madsen et al., 2020). Disse opgaver var relateret til organisering af klyngen (fx valg af struktur for ansvars- og arbejdsdeling), mødeplanlægning- og afholdelse samt administrative opgaver. I interviewene foretaget til denne delundersøgelse beskrev klyngekoordinatorerne, hvordan deres primære arbejde var mødeplanlægning og -afholdelse, om end administration og økonomi fortsat udgør en uomgængelig del af rollen. Særligt i klynger med en central koordinator reflekterede klyngekoordinatorer over, om de reelt havde nok tid til at udvikle det faglige indhold til klyngerne. Eksempelvis beskrev en klyngekoordinator en motivation relateret til at være 'faglig spydspids', men oplevede, at meget tid gik med praktisk planlægning omkring klyngemøderne (fx at booke mødelokaler og oplægsholdere). Klyngekoordinatorer i klynger med teamstruktur eller arbejdsdeling syntes i højere grad at have fundet en balance mellem deres egen motivation og egne ønsker til rollen, og muligheden for at uddelegere opgaver til klyngens bestyrelse eller en sekretær ansat til at varetage nogle af de praktiske opgaver.

Uanset hvilken type klyngekoordinatorrolle, der er tale om, så giver klyngekoordinatorerne udtryk for, at det er en opgave, der tager tid, når man ønsker at lave gode møder af høj kvalitet, hvilket klyngekoordinatorerne generelt udtrykker ambitioner om.

3.2.3 Praksispersonale

Praksispersonale spiller en stadig større rolle i almen praksis, i takt med at lægefaglige opgaver uddelegeres til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter mv. I det lys betragtede flere klyngekoordinatorer det som relevant at inddrage praksispersonalet i klyngearbejdet, dels med henblik på at skabe erfaringsudveksling mellem klinikkernes personale, dels for at praksispersonalet mere direkte kan medvirke til at oversætte og implementere tiltag, idéer og opmærksomhedspunkter fra klyngemøderne til den enkelte kliniks praksis. Ingen af de klynger, der indgår i denne delundersøgelse, havde imidlertid haft praksispersonalet med på klyngens møder. På tværs af interviewene fremgik følgende barrierer for praksispersonalets deltagelse på klyngemøder:

- **Forskelle på hvordan klinikkerne i samme klynge bruger praksispersonale.** Nogle klyngekoordinatorer pegede på, at der er betydelige forskelle på, hvordan de enkelte klinikker bruger praksispersonale, og i hvor høj grad der delegeres lægefaglige opgaver til personalet. Det vil således også variere, i hvilken udstrækning personalet ville spille en rolle i at implementere nye tiltag fra klyngemøder. Det blev således fremhævet, at det kan være svært for lægerne i en klynge at

blive enige om at inddrage personale på møderne, idet lægerne ikke vil have samme interesse i det.

- **Fortrolighed på klyngemøderne:** Nogle læger pegede desuden på, at klyngemøderne udgør et fortroligt rum for lægerne, som er værd at bevare overfor både eget og andre klinikers personale.
- **Praktiske barrierer:** Særligt i de store klynger pegede interviewpersonerne på en praktisk barriere bestående i, at antallet af mødedeltagere vil blive meget stort, hvis personalet skulle deltage i møder. For alle klynger gælder det desuden, at lægerne (for hvem møderne er obligatoriske) enten skulle bede personalet om enten at deltage frivilligt, udbetale løn for deltagelse eller finde en anden løsning.

Der synes at være større villighed til at lade uddannelseslæger deltage i klyngemøderne, da det anses for at være en måde at introducere denne gruppe til et fagligt fællesskab. Dette ses også i delundersøgelse 3 (se kapitel 4).

3.2.4 Klyngernes størrelse og geografiske spænd

Der ses en relativt stor forskel i klyngernes størrelse både på landsplan og mellem de klynger, der indgår i denne undersøgelse. Størrelsen på klyngerne i denne case-undersøgelse spænder fra omkring 15 til mere end 50 klyngemedlemmer⁸.

Interviewene foretaget til den første delundersøgelse pegede på, at klyngerne blev etableret med udgangspunkt i overvejelser om geografiske afgrænsninger (typisk kommunegrænser) frem for overvejelser om klyngernes størrelse. I denne delundersøgelse problematiserer enkelte klyngemedlemmer deres klynges størrelse, når de vurderer, at det kan være svært at etablere et grundigt kendskab og en tillidsfuld relation til de andre klyngemedlemmer i en stor klynge. Nedenstående citat stammer fra et interview med et klyngemedlem fra en af de største klynger i undersøgelsen:

Jeg synes, den [klyngen] er lidt for stor. [...] man tør måske ikke at være så åben. (...) ja, jeg ved det ikke, man lærer ikke rigtig hinanden at kende. Man taler med dem, man plejer at tale med. (Klyngemedlem)

Dette klyngemedlem giver desuden udtryk for en oplevelse af, at klyngens størrelse giver mulighed for, at klyngemedlemmer kan gemme sig i mængden og undgå at deltage i en refleksion omkring egen praksis (og egne data) inden for det emne, som er på dagsordenen til et klyngemøde. Samme argumentation genfindes imidlertid også hos et klyngemedlem fra en af de mindste klynger, som sammenlignede klyngen med egen DGE-gruppe, som både er mindre i størrelse og består af selvvalgte kolleger. Denne læge oplevede at få mindre ud af klyngen både fagligt og socialt sammenlignet med DGE-gruppen:

Der [i efteruddannelsesgrupper] sidder du jo sammen med nogle kolleger, som du har valgt at sidde og bruge tid med. Det er jo der, hvor man får et meget nært forhold til dine kollegaer – og både de gode nyheder og de svære nyheder, man kan dele, man kan få støtte i svære tider. Og man får et fællesskab og kan glæde sig til at møde hinanden igen. I efteruddannelsesgruppen er der

⁸ Se desuden kapitel 4.

jo mine bedste lægevenner. (...) man får ikke den samme sociale styrke ud af klyngerne, som man gør med efteruddannelsesgrupper. Og det betyder rigtig meget for læring, og så i det hele taget, så kan et smågruppebaseret koncept rigtig meget i forhold til de større grupper. Der må man også sige, at når man når op på de 20 mennesker, så er det ikke smågruppebaseret læring længere. Så der taber man de kvaliteter, som smågruppebaseret læring har.
(Klyngemedlem)

Der er imidlertid også klyngemedlemmer fra de samme klynger, som ikke ser klyngens størrelse som et problem, men i stedet enten vurderer, at det er en passende størrelse i forhold til at lære de andre medlemmer at kende og indgå i konkret sparring om hinandens praksis, eller at klyngens størrelse håndteres via klyngemødernes struktur, hvor der er afsat tid til drøftelser i mindre grupper. Således er det ikke klyngens størrelse alene, men også individuelle præferencer, der har betydning for lægernes vurdering af klynge-størrelse.

Boks 3.1 Opsamling på klyngernes overordnede karakteristika og organisering

Modeller for klyngeorganisering

Klyngerne har etableret sig i nogle grundlæggende organisatoriske strukturer, som varierer i forhold til, i hvilken udstrækning klyngekoordinatoren arbejde er delegeret ud. Der kan skelnes mellem:

- a) Struktur med en central koordinator, som udfører fleste opgaver og træffer beslutninger om mødernes indhold og form
- b) Teamstruktur, hvor opgave og ansvar deles med en bestyrelse eller supplerede koordinator
- c) Struktur med arbejdsdeling, hvor klyngemedlemmer skiftes til at planlægge møderne og det faglige indhold, mens klyngekoordinatorens rolle er rent administrativ.

Der kan ikke fremhæves én specifik model for klyngernes organisering, men der ses ingen umiddelbare fordele ved strukturer, hvor klyngekoordinatoren er alene om opgaven. De seneste års fokus på at udvikle klyngepakker og muligheden for at få støtte til at finde og præsentere data er afgørende for, at nogle klyngekoordinatorer kan magte opgaven.

Inddragelse af praksispersonale

Ingen af de medvirkende klynger har haft praksispersonale med på klyngemøderne, men flere klyngekoordinatorer ser potentialer, bl.a. i forhold til, at praksispersonalet kan erfaringsudveksle på tværs af klinikker samt understøtte praktisk implementering af idéer på klyngemøderne. Der fremstår dog også nogle barrierer for personalets deltagelse. Det handler om: a) forskelle på, hvordan klinikkerne bruger eget personale, b) om praksispersonalets deltagelse kan bryde lægernes fortrolige rum, c) en række praktiske barrierer.

Klyngernes størrelse og geografi

Klyngerne er i høj grad etableret ud fra geografiske afvejninger (typisk kommunegrænser), og klyngernes størrelse målt på antal medlemmer varierer derfor betydeligt. Interview med klyngemedlemmerne peger ikke i en entydig retning af vurderede fordele/ulemper ved klynge-størrelser – det er i høj grad afgjort af individuelle præferencer.

3.3 Klyngemødernes indhold og struktur

Dette afsnit omhandler klyngemødernes indhold og struktur i de udvalgte klynger samt de praktiserende lægers vurdering heraf set fra både klyngekoordinatorernes og klyngemedlemmernes perspektiv.

3.3.1 Valg af emner

I perioden mellem første og anden runde af dataindsamling var klyngerne udfordret af covid-19-pandemien, som i perioder satte en stopper for klyngemøder med fysisk fremmøde. Nogle klynger har afholdt virtuelle klyngemøder, og andre har ikke holdt møder i de perioder, hvor virtuelle møder var den eneste mulighed. I alle tilfælde blev de planer, der var lagt for klyngemøderne, løbende revideret i takt med pandemiens udvikling og udmeldinger om skiftende restriktioner. Flere klynger havde fx planlagt at følge op på emner, som havde været behandlet på tidligere møder, men havde været nødt til at udskyde dette til senere. Nogle klynger valgte eksplicit at adressere, hvordan klyngemedlemmerne havde haft det under covid-19-epidemien, og hvordan de havde tacklet de nye betingelser at arbejde under, mens andre klynger forsøgte at holde fast i den faglige udvikling inden for andre emner.

Både klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer fremhævede, at emnevalget er en afgørende faktor for, at klyngerne kan vedblive med at være et relevant forum at deltage i. Det er imidlertid ikke entydigt, hvad der opleves som relevant blandt de interviewede læger. Nogle klyngemedlemmer argumenterede for, at der i valg af emner skal indgå overvejelser om, hvor almindeligt forekommende det emne, man arbejder med, er. Klyngemøderne kan være en god måde at skabe opmærksomhed omkring lidelser, som er alvorlige, men man sjældent støder på i almen praksis⁹. Det er dog også vigtigt, at der bliver arbejdet med emner, som adresserer det, der fylder mest i hverdagen, hvis det skal forblive relevant at deltage i klyngemøderne. Implementering af nye ydelser blev også fremhævet som emner, der var relevante at tage op på klyngemøder, fordi det alligevel er noget, alle skal i gang med at implementere, og der er mulighed for at trække på andres gode idéer og erfaringer:

... det [at arbejde med nye typer af ydelser skrevet ind i overenskomsten] synes jeg da, er helt relevant, for der vil være mange, hvor at vi alle står foran en udviklingsopgave. Og så kan vi lige så godt alle sammen hjælpe hinanden med at tænke tanker. Og igen, så vil der være nogen, der allerede har udviklet et eller andet, og (...) det er nogle dygtige mennesker, og de brænder for det. Så der er ikke grund til, at vi alle sammen sidder og fedter med det samme, hvis vi alligevel alle sammen skal til at udvikle noget, så synes jeg, det er oplagt. For der er jo som regel også i overenskomsten (...) tænkt ind, at de gerne vil have os til at løfte en bestemt opgave. Og det kræver den der forberedelse og tænke gennem arbejdsgange, for os er det jo meget arbejdsgangene, der betyder, om en opgave bliver løftet. (Klyngemedlem)

⁹ For eksempel meningitis, kødædende bakterier (som var en aktuell dagsorden i interviewperioden) eller graviditetsdiabetes.

Også her er der tale om en balancegang, da der blandt de interviewede klyngemedlemmer også var nogle, der håbede, at klyngemøderne kunne være et forum, hvor man kunne diskutere emner, som ikke nødvendigvis har en relation til konkrete ydelser, eksterne krav til almen praksis eller nye udviklingsopgaver, men har en mere principiel karakter, fx hvordan man så sin egen rolle som læge i almen praksis.

Behovet for at behandle andre typer emner viste sig i anden delundersøgelse, hvor flere klynger havde arbejdet med trivsel. Dette afspejler formentlig både et behov for at adressere "blødere" temaer, og konkret at en ny klyngepakke med fokus på trivsel gjorde dette muligt.

3.3.2 Data anvendt på klyngemøderne

Det fremgik af forskningsprojektets første dele (delundersøgelse 1 og 2a, se Figur 1.1) at forventningen om, at klyngearbejdet skulle være datadrevet, blev fortolket forskelligt i de enkelte klynger, og at dette også påvirkede valget af emner til klyngemøderne. I de klynger, hvor man anså data for at være et krav i klyngearbejdet, var man begrænset til de emner, det var muligt at trække data på, mens man i andre klynger valgte emner mere frit (Madsen et al., 2020). Denne delundersøgelse viser, at der stadig er forskellige fortolkninger af kravet om data. Der er således både klynger, som helt afviste at bruge data i de tilfælde, hvor de ikke fandt det meningsfuldt, og klynger, hvor man anså data for at være en nødvendighed. I sidstnævnte gruppe af klynger argumenterede klyngekoordinatorer for, at data bl.a. sikrer, at klyngerne ikke kun bliver vidensformidling (fx som de kurser, som praktiserende læger fortsat deltager i) eller løs snak inden for et emne, men kommer til at handle om konkret adfærd hos klyngemedlemmerne. Der er dog observeret klyngemøder, hvor de data, der blev fremlagt, helt åbent blev præsenteret som 'de bedst mulige' i forhold til det emne, som var på dagordenen ud fra en forståelse af, at der skal være data til alle klyngemøder. Det beskrev nogle klyngemedlemmer imidlertid som demotiverende, fordi disse data ikke præcist nok relaterede sig til det pågældende emne og derfor mere virkede som en formssag frem for en metode til at starte en faglig diskussion.

I de 9 case-klynger indgår data fortsat som en væsentlig del af klyngearbejdet og som et element, som både klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer har positive erfaringer med. De anvendte data er typisk ordinationsdata, ydelsesdata og henvisningsdata, men der er også eksempler på brug af survey-data i forbindelse med emner som fx trivsel. Når inddragelse af data virker godt, så handler det ifølge informanterne om, at data giver et indblik i deres egen personlige praksis. Indblik i egne data kan give overraskende erkendelser af, hvor lægerne ligger i forhold til andre eller i forhold til, hvad de selv troede. Det giver anledning til refleksion over egen praksis – om der er noget, der kan eller skal ændres – og en nysgerrighed over for, hvad andre læger gør, siden deres data viser andre mønstre. I nogle tilfælde bidrager data også til, at den enkelte læge "bare" bliver bekræftet i at "gøre det rigtige", hvilket som oftest handler om, hvorvidt man ligger nær klyngen eller regionens gennemsnit. De positive erfaringer med data kom bl.a. til udtryk på denne måde:

Og jo, det må jeg sige, det [inddragelse af data] har betydning. At man får lavet de der opslag og lavet sammenligningen også anonymt, hvor man kan sige: "Okay, [] det ser ret fornuftigt ud. Og ja, jeg har et meget lavt antibiotikaforbrug, og det var også det, jeg forestillede mig. Og alligevel ligger jeg for lavt

under de andre, eller er der noget, jeg overser?”. Så jo, jeg må indrømme, at det er faktisk meget godt. (Klyngemedlem)

Jeg synes, at det, at der er data... det sætter sådan lidt brændstof til mødet eller diskussionerne. Man er ligesom lidt mere involveret i, "hvordan ser mine data ud, og hvorfor kunne de ikke være bedre?”. Og så kan man sige, at så bliver interessen – altså det er lige en ekstra krog til diskussionen, ikke. (Klyngemedlem)

Lægerne beskriver samtidig, at data sjældent giver entydige svar på, hvad der er rigtigt og forkert, og at værdien i brugen af data kollektivt på møderne i lige så høj grad handler om, at det skaber et mere klart samtalegrundlag for den kollegiale erfaringsudveksling og drøftelser af "... hvad er det, vi gør, og hvad giver mening". (Klyngemedlem).

Det er samtidig tydeligt, at brugen af data kan være udfordrende. Nogle udfordringer handler om fremskaffelse af data og forberedelse forud for et klyngemøde. Disse udfordringer varierer med de konkrete emner og datatyper, der vælges, og hvorvidt fremskaffelse af data er understøttet af klyngepakker. De regionale kvalitetsenheder fremstår i den forbindelse som en væsentlig understøttende funktion for klyngerne. Udfordringerne handler også om brugen af data på møderne, hvor den faglige diskussion kan lide last, hvis diskussionen i stedet kommer til at handle om mulige fejlkilder i data eller om tekniske/praktiske aspekter i brugen af data. Det kom fx til udtryk således:

... sidste gang handlede det meget om, hvordan vi kunne lære at trække data ud omkring vores diabetespatienter via forløbsplanen. Og noget af det var okay, men de data gav bare ikke særlig god mening, fordi der var mange fejlkilder, man skulle tage højde for i forhold til dataene. Det var sådan noget med, at så kom type-1 diabetikere med, og så skulle man først lige ind og justere det, for at man så kunne trække det ud bagefter. [...] Det er fint nok at lære det, men at bruge 2 timer på det, det er meget. (Klyngemedlem)

En gang i mellem så bliver det til en diskussion, om de her data nu også er korrekte. [...] Og så kan man jo sige, at det er meget godt, men samtalen skal selvfølgelig munde ud i, hvordan vi gør det bedre. Og hvordan får vi – for patienterne – data til at se bedre ud? (Klyngemedlem)

En sidste udfordring relateret til data handler om klyngekoordinatorens rolle som den, der ofte står i front og præsenterer data på et møde og rammesætter diskussionen. For det første kan det være en krævende opgave at forberede og præsentere data på en god måde. Her fandt klyngekoordinatorerne dog hjælp dels i klyngepakkerne og i særdeleshed hos de regionale kvalitetskonsulenter eller lægemiddelkonsulenter, som kunne hjælpe med at præsentere data visuelt og klæde klyngekoordinatoren på til at forklare for klyngen, hvordan disse data skulle fortolkes, og hvilke usikkerheder og eventuelle fejlkilder der kunne være i data. Denne form for understøttelse i dataformidling adresserer en udfordring, som flere klyngekoordinatorer nævnte, nemlig at det kunne være svært at "stå på mål" for data og holde diskussionen til det faglige, når medlemmer af klyngen stillede kritiske spørgsmål til datas validitet og brugbarhed.

3.3.3 Klyngepakker

Klyngepakker udgør et vigtigt redskab for klyngekoordinatorerne i flere klynger. Klyngepakkerne udgør en tilgængelig og velfungerende skabelon for klyngemødet, idet de ofte indeholder både en struktur for mødet, en skitse til et fagligt oplæg og en guide til, hvilke data der er relevante at trække, og hvordan de gøres tilgængelige i forbindelse med klyngemødet. Siden klyngernes start er der udviklet mange klyngepakker både i regi af KiAP og i de regionale kvalitetsenheder, hvilket flere klyngekoordinatorer fremhævede som positivt og en betydelig forbedring i forhold til tiden under klyngernes etablering. Opgaven med at planlægge klyngemøderne er med en klyngepakke i hånden knap så stor, og brug af en klyngepakke betyder at planlægningen nemmere kan uddelegeres til andre klynge-medlemmer.

Klyngekoordinatorerne beskrev forskellige tilgange til at bruge klyngepakkerne. I en klynge havde klyngens bestyrelse besluttet kun at bruge klyngepakker som udgangspunkt for klyngemøderne, og valg af emner i denne klynge var derfor betinget af, at der fandtes relevante klyngepakker¹⁰. I andre klynger havde klyngekoordinatorerne mere blandede overvejelser om brugen af klyngepakker, bl.a. da de så en fare for, at møderne blev for standardiserede og ikke tilpasset de specifikke interesser, udfordringer eller lokale forhold, som gør sig gældende blandt klyngens medlemmer:

Jeg synes egentlig, der er super mange fine produkter (...) Det er sådan meget fint, men der er noget med – det kan sommetider være svært med 'plug and play', for det er svært helt at have ejerskab i det. (Klyngekoordinator)

I tråd hermed var nogle klyngekoordinatorer opmærksomme på, om klyngepakkerne – med deres udspring fra KiAP og regionale kvalitetsenheder – kommer til at sætte en agenda i klyngerne, som andre har defineret. Hos dem var budskabet imidlertid ikke, at klyngepakker er en dårlig løsning, men mere en opfordring til, at udviklingen af klyngepakker også tager udgangspunkt i de behov, som udspringer direkte fra klyngerne. Det stiller så til gengæld krav til klyngerne – særligt klyngekoordinatorerne – om at indgå i dialog med deres lokale kvalitetsenheder om deres idéer til klyngepakker og stille sig til rådighed for at afprøve udkast til nye klyngepakker.

For nogle klyngekoordinatorer er klyngepakkerne således afgørende for, om de kan magte opgaven med at planlægge og gennemføre møder. Andre klyngekoordinatorer giver udtryk for et større overskud til at tage fat på emner, hvor der ikke i forvejen er en klyngepakke, eller til at indarbejde elementer i klyngemøderne, der rækker ud over den standardiserede form, som klyngepakkerne tilbyder, fx ved at invitere lokale samarbejdspartnere til at holde oplæg eller diskutere samarbejdsflader inden for et bestemt emne.

Klyngemedlemmerne præsenterede ikke lige så klare holdninger til klyngepakkerne, men gav til gengæld udtryk for, at veltilrettelagte møder er vigtigt for, om de oplever at få noget ud af klyngearbejdet. Der var flere eksempler på, at klyngepakker blev opfattet som medvirkende til gode møder, og for de medlemmer, som selv er med til at planlægge møder, er det en let tilgængelig hjælp. Enkelte gav dog også eksempler på møder med udgangspunkt

¹⁰ På klyngens generalforsamling blev emnevalg lagt ud til drøftelse mellem klyngens medlemmer, men de endelige valg blev først truffet, efter at klyngebestyrelsen havde sikret sig, at der fandtes klyngepakker, som kunne dække de emner, der var interesse for (observationsnoter fra klyngemøde).

i klyngepakker, hvor de havde savnet bedre data eller et indhold, der var lidt mindre standardiseret – specifikt nævnte disse læger, at de foretrak at få faglige budskaber fremlagt af en regional lægemiddelkonsulent eller en lokal samarbejdspartner snarere end via en video, som var en del af en klyngepakke.

3.3.4 Klyngemøder med ekstern deltagelse

Både i første og anden del af case-undersøgelsen ses eksempler på, at klyngemøderne indebærer deltagelse fra ekstern side. De eksterne aktører kan være speciallæger fra sygehuse, repræsentanter fra kommune eller konsulenter fra regionale kvalitetsenheder eller andre konsulenter fx med viden om trivsel i almen praksis.

Mødeformen med eksterne aktører kan variere ligesom andre møder i klyngerne, men i den indsamlede empiri fremstår den typiske form som oplæg fra en speciallæge (fra praktiserende speciallæge eller sygehuslæge) eller en kommunal repræsentant med efterfølgende dialog med klyngemedlemmerne. I andre tilfælde var formen mere dynamisk, vekselvirkende og involverende med en blanding af oplæg og gruppearbejde med spørgsmål og cases.

På tværs af første og anden delundersøgelse har vi identificeret tre typer af ekstern deltagelse:

1. Deltagelse af ekstern konsulent, der fokuserer på organisatoriske og trivselsmæssige aspekter i almen praksis.
2. Deltagelse af specialister, typisk fra sygehuse, med oplæg om bestemte sygdomme samt diagnostik og behandling relateret hertil. En undervisningsform med overvejende fokus på, hvordan de praktiserende læger kan forbedre diagnostik og behandling af bestemte patientgrupper i egen praksis.
3. Deltagelse af repræsentanter fra sygehus/kommune med fokus på tværsektorielt samarbejde om bestemte patienter/borgere eller bestemte processer.

Jævnfør de tre punkter varierer det for det første, hvorvidt møderne med ekstern deltagelse har fokus på det tværsektorielle samarbejde med kommune eller sygehus (punkt 3), eller om fokus er på aspekter, der alene vedrører almen praksis (punkt 1-2). For det andet varierer det, om de møder, der fokuserer internt på almen praksis (punkt 1-2), har fokus på kliniske/lægefaglige elementer (punkt 2), eller på organisatoriske/trivselsmæssige elementer (punkt 1). De tre typer møder er imidlertid ikke gensidigt udeklukkende, men kan delvist overlappe – fx blev der observeret et møde, der primært handlede om undervisning i behandling/medicinering af patienter med hjerteflimmer, men hvor den efterfølgende dialog kom ind på det tværsektorielle samarbejde om henvisning af disse patienter til sygehuset.

De interviewede klyngemedlemmer og klyngekoordinatorer havde generelt positive oplevelser med brugen af eksterne aktører og så det som naturligt, at klyngemøderne kunne veksle mellem at fungere som lukkede møder i lægefaglige netværk og som møder, der åbner sig for omverdenen, bl.a. med fokus på at styrke det tværsektorielle sam-

arbejde. Samtidig var det vigtigt for både klyngekoordinatorer og medlemmer, at eksterne aktørers deltagelse på klyngemøderne bliver aktivt tilpasset og drevet af klyngernes interesse og lokale dagsorden.

I tre af de observerede klynger var der eksempler på møder med kommunen om forskellige temaer, herunder lægeattester og tværsektorielt samarbejde om børn med PPR. Disse møder med kommunen blev betragtet positivt som en måde at styrke kendskabet og tilliden gensidigt på tværs af sektorer. Det kom bl.a. til udtryk i sådan en klynge, der havde afholdt et klyngemøde om attester med kommunen:

Helt lavpraktisk, så fik man jo nogle ansigter på nogle af dem, der sidder [i kommunen, red.]. [...] de forklarede, hvordan det var delt op derinde, og hvordan de gjorde med forløb. Og hvis der var nogle ting, vi var uenige i, så måtte vi gerne skrive eller ringe direkte til dem. Det gav bare muligheden for et lidt bedre samarbejde. Og at forstå hinandens hverdag. Jeg tror da også, de fik mulighed for at forstå, hvorfor vi nogle gange bliver vrede over de attester, de bad om, altså [griner]. Eller omvendt at vi forstod, hvorfor de bad om de her attester, som vi måske synes var åndssvage. Så det gav noget bedre forståelse for hinanden. (Klyngemedlem)

Flere informanter pegede imidlertid også på, at klyngemøder med ekstern deltagelse og tværsektorielt fokus kan være mere krævende at arrangere sammenlignet med klyngemøder baseret på klyngepakker, der kun vedrører aspekter i almen praksis. Dette kom særligt til udtryk i en klynge, som havde arrangeret et klyngemøde, der blev faciliteret af tre kommunale repræsentanter fra PPR og havde fokus på det tværsektorielle samarbejde om sårbare børn og familier. Mødet bestod af en blanding af plenum-oplæg og gruppearbejde med afsæt i en case om en sårbar familie. Klyngemødet var forberedt i samarbejde med et klyngemedlem og de kommunale aktører, hvilket havde indbefattet et par formøder.

Flere af de interviewede læger så også fremadrettet et potentiale i – i endnu højere grad – at bruge klyngerne som afsæt til tværsektorielt samarbejde. Nogle læger pegede bl.a. på fordelene i, at klyngerne giver en ramme for at definere de tværsektorielle udfordringer, som opleves lokalt af en bredere skare af praktiserende læger, frem for at det er den enkelte læge, som går i dialog med kommunen. I forhold til forudsætningerne og perspektiverne i denne slags møder fremstår det som en væsentlig faktor, hvorvidt en klynge er defineret ved en kommunegrænse og således samler alle læger i én kommune, eller om klyngen udgør en delmængde af lægerne i en kommune (som det fx er tilfældet i storbykommuner). Repræsentanterne fra kommunen i det førnævnte eksempel så det som en klar fordel at kunne nå alle lægerne i en klynge på et klyngemøde. Tidligere havde de kørt rundt på besøg til de enkelte læger. Samtidig pointerede de, at klyngerne og klyngemøderne kan fungere fint som bred dialog med lægerne, men at konkretiseringen af aftalerne skal ske med enkelte repræsentanter fra klyngen. Dette spejler sig også tilbage i klyngerne, hvor det blev fremhævet, at klyngerne fungerer godt til en fælles kollegial og faglig drøftelse af et område, som man i fællesskab kan gå videre med i en dialog med kommunen.

Endelig blev det fremhævet som væsentligt fra klyngernes perspektiv, at eksterne relationer dyrkes på klyngernes præmisser med afsæt i klyngernes selvbestemmelse. Det fremstår samtidig vigtigt for såvel klynger som den videre udvikling af klyngepakker, at der er en bevidsthed om, hvorvidt eksterne gæster skal bidrage på undervisningsfacon med fokus på lægefaglige eller organisatoriske elementer i almen praksis, eller om eksterne gæster bruges i en dialogisk facon med fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Boks 3.2 Opsamling på klyngemødernes indhold og struktur

Valg af emner: Klyngernes frihed til at vælge emner, der opleves relevante i kvalitetsarbejdet, ses som en stor fordel, samtidig med at der blandt klyngemedlemmer er forskellige betragtninger på relevanskriterier.

Brug af data på klyngemøderne opleves positivt som et middel til indsigt i og refleksion over egen praksis og til at åbne samtaler om forskellige tilgange til patientbehandling. Data kan imidlertid være en barriere for den faglige samtale, fx hvis de bliver genstand for diskussion af datakvalitet. Der ses desuden forskel i, hvordan og hvorvidt klyngerne fortolker brugen af data som et krav i kvalitetsarbejdet, der udelukker andre, "blødere" emner.

De regionale kvalitetsenheder fremstår som en afgørende hjælp til oplevede udfordringer med fremskaffelse af data og til klyngekoordinatorernes arbejde med at præsentere data for klyngemedlemmerne.

Klyngepakker udgør et vigtigt redskab, som aflaster klyngekoordinatorernes arbejde betydeligt og bidrager til veltilrettelagte møder. Klyngepakker gør det desuden lettere at delegerede mødeforberedelse ud til klyngemedlemmer. Nogle klynger bruger klyngepakker til alle møder, andre har en selektiv tilgang med nøje fokus på, om tilgængelige klyngepakker harmonerer med klyngens egne lokale interesser.

Eksterne aktører: Nogle klynger har haft eksterne aktører på et eller flere klyngemøder. Eksterne aktører kan fx være konsulenter med fokus på organisatoriske/trivselsmæssige aspekter i praksis, speciallæger, der underviser i sygdomme/medicinering og samarbejdspartnere fra kommune til dialog om det tværsektorielle samarbejde.

Det opleves som naturligt, at klyngerne kan veksle mellem lukkede lægefaglige fora og fora, der åbner sig for omverdenen, bl.a. med fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde. Der ses ligeledes et fremadrettet potentiale for endnu højere grad af tværsektoriel involvering. Samtidig fremstår det væsentligt, at eksterne relationer dyrkes på klyngernes præmisser.

3.4 Klyngearbejdets betydning for kvalitetsudvikling

Dette afsnit ser nærmere på de enkelte lægers oplevede udbytte af klyngesamarbejdet. Først med fokus på, hvilke forskellige typer af udbytte lægerne overordnet beskriver, samt hvilke forhold der hos den enkelte læge/klinik kan have betydning for det oplevede udbytte. Dernæst med fokus på, hvordan og hvorvidt klyngesamarbejdet foranlediger forandringer i egen praksis.

3.4.1 Forskellige typer af udbytte

På tværs af interviewene fremgår det, at lægerne grundlæggende er positivt stemte over for klyngerne som model for kvalitetsudvikling. Kombinationen af at arbejde databaseret med selvvalgte emner i lokale faglige fællesskaber blev i interviewene forbundet med

forskellige typer af udbytte. Vi har i denne delundersøgelse identificeret fire overordnede typer af udbytte:

- Klyngerne har en netværksskabende funktion, hvor der både er mulighed for at lære de andre klyngemedlemmer bedre at kende og få et bedre kendskab til samarbejdspartnere særligt i kommunerne.
- Klyngerne har et fagligt udbytte som følge af de databaserede drøftelser og den kollegiale erfaringsudveksling på møderne. De praktiserende læger angiver her, at et udbytte både kan bestå i at blive bekræftet i, at man "gør det rigtige", eller at man bliver inspireret til at gøre noget nyt.
- Klyngemøder kan give opdateret faglig viden, fx om 'best practice' inden for et bestemt område, eller viden om handlemuligheder, fx i relation til tværsektorielt samarbejde.
- Klyngemøderne kan føre til konkrete forandringer i egen praksis, herunder ændrede udskrivningsmønstre og organisatoriske ændringer, fx uddelegering af opgaver til praksispersonale.

Dette fund harmonerer med fundene fra forskningsprojektets første delundersøgelser (Madsen et al., 2020). Flere af de interviewede i denne delundersøgelse nævnte dog, at der ikke har været gennemført så mange klyngemøder på grund af covid-19-pandemien, og det har påvirket omfanget af ændringer som følge af klyngearbejdet.

Der var imidlertid også praktiserende læger, som gav udtryk for, at de fik begrænset udbytte af at deltage i klyngearbejdet. Nedenstående forhold synes særligt at gøre sig gældende for, hvorvidt og hvordan lægerne oplevede udbytte af klyngemodellen:

- **Den enkelte læges deltagelse i andre lægefaglige netværk:** Flere af de interviewede læger var i forvejen medlem af andre lægefaglige netværk, særligt 12-mandsforeninger og DGE-grupper. Heriblandt havde nogle en oplevelse af overlap mellem 12-mandsforeningerne og klyngerne, og at det faglige og kollegiale udbytte af klyngesamarbejdet i forvejen var opnået i et andet forum. Andre læger beskrev en mere tydelig afgrænsning mellem 12-mandsforeninger og klyngesamarbejdet, således at 12-mandsforeninger indfrie et behov for kollegial sparring om svære emner i et mindre og mere fortroligt forum, mens klyngen var et større forum for kvalitetsudvikling. Hvordan 12-mandsforeninger overlapper med og har betydning for den enkelte læges oplevede udbytte af klyngesamarbejdet, synes således at være meget kontekstafhængigt. Desuden vurderede flere læger, at klyngerne var det primære sociale og faglige netværk blandt de yngre læger, og at de yngre læger i klyngen derfor i højere grad vægtede et socialt, kollegialt og fortrolighedsmæssigt udbytte af klyngerne.
- **Eksisterende praksis for kvalitetsudvikling i den enkelte klinik:** Enkelte læger oplevede, at de i klyngesamarbejdet primært bidrog til at løfte andre klinikkers kvalitetsudvikling uden selv at få et nævneværdigt udbytte. Disse læger pegede på, at de i forvejen (inden klyngesamarbejdet) havde et stærkt fokus på at holde sig fagligt opdateret via kursusaktiviteter og på at prioritere løbende kvalitetsudvikling i egen klinik.

3.4.2 Fra klyngemøde til implementering i egen praksis

Flere af de interviewede læger både i denne delundersøgelse og den første del af forskningsprojektet (Madsen et al., 2020) kunne beskrive eksempler på, hvordan klyngemøderne havde ført til implementering af konkrete forandringer i egen praksis. Her var ofte tale om mindre ændringer såsom nye procedurer for udskrivning og fornyelse af medicin eller beslutninger om ikke at ordinere bestemte præparater. Klyngemøderne kunne på forskellig vis være anledning til, at lægerne implementerede sådanne forandringer. For det første kunne lægerne blive overraskede over egen praksis i en datasammenligning med andre læger i klyngen og derfor se behov for forandring; for det andet kunne forandringen ske på baggrund af anbefaling fra en ekstern specialist, der deltog på klyngemødet, og for det tredje var der tilfælde, hvor lægerne i en klinik i forvejen havde planlagt at arbejde med den konkrete implementering, og klyngemødet blev anledningen til at føre forandringerne ud i livet.

Flere af de interviewede læger pegede på, at der på klyngemøderne også behandles bredere og mere komplekse emner, som er vanskeligere at oversætte til direkte implementering, herunder bl.a. læge-patient-relationen ved særligt komplekse, sårbare patienter samt organisatoriske, ledelsesmæssige og arbejdsmiljømæssige aspekter i almen praksis. Kontrasten mellem emner, der var henholdsvis lette og svære at implementere, blev bl.a. beskrevet således:

... medicin, det er nemt at implementere. NSAID, antibiotika og den slags. Det er nemt at få ind. Men når man kommer ind på de der svært målbare ting som de psykiske lidelser især. Det er svært. De sårbare patienter. De psykiske lidelser og den slags, de mere sådan sociale ting, som også er en del af vores arbejde. Det er meget svært at få noget materiale ud af det [på et klyngemøde, red.], som du kan gå hjem og lave om til din klinik. (Klyngemedlem)

Lægerne sondrede således imellem klyngemøder, hvor de faglige drøftelser er konkrete, og hvor den praktiserende læge kan gå direkte hjem i egen praksis og lave en forandring, fx hvilke typer medicin lægerne bør ordinere i specifikke situationer, og klyngemøder, hvor temaet er mere komplekst og derfor ikke oversættes lige så direkte og umiddelbart til konkrete forandringer. I de sidstnævnte tilfælde havde lægernes oplevede udbytte en mere generel karakter af en styrket faglig opmærksomhed omkring bestemte områder opnået via erfaringsudveksling, datasammenligning og diskussioner på klyngemøderne.

Desuden angav lægerne i interviewene nogle forskellige vinkler på, hvordan og hvorvidt klyngesamarbejdet ansporer den enkelte læge til at implementere forandringer. Én læge pegede på, at det kollektive fokus på et givent emne virker som et pres på den enkelte læge for at foretage forandring:

Ja, men der ligger jo et gruppepres i, at man gør det sammen. Altså, når vi har siddet og arbejdet med et eller andet medicin, eller hvad ved jeg, antibiotika, så har vi jo lovet hinanden at gøre noget, eller ikke alle, men nogle har lovet hinanden at gøre noget. Altså hvis vi bliver overraskede over: "Gud, ser det sådan ud hos mig, nå, men det vil jeg gå hjem og kigge på, når vi har fået et eller andet håndgribeligt at gøre det med". (Klyngemedlem)

En anden læge pegede modsat på, at det kollektive kvalitetsarbejde i klyngen blot er til inspiration for den enkelte klinik, som selv vælger, hvordan og hvorvidt klyngesamarbejdet bør følges op ad konkrete forandringer i egen praksis:

... jeg synes, klyngens opgave er jo ligesom at være den der inspiration, og den debat man tager inter-kollegialt, og så tager vi så det udbytte med hjem, og siger: "hvad?" og kigger kritisk på det og siger: "hvilket noget af det her kunne vi så bruge i vores praksis?", og så vælger vi det ud, vi synes, er en god idé, og som vi er blevet inspireret til, at det kunne vi godt tænke os at gøre måske på en lidt anden måde eller have med i vores måde at gøre tingene på, ikke?
(Klyngemedlem)

De to ovenstående vinkler på klyngesamarbejdet er ikke efterprøvet systematisk i interviewene, men fremhæves her, fordi de viser, hvordan klyngesamarbejdet både kan forstås og tage form som kollektivt forpligtende målsætninger for kvalitetsudvikling og som inspirationskilde til den enkelte kliniks selektive kvalitetsindsatser.

Uanset, hvordan de enkelte klinikker fortolker klyngesamarbejdet, pegede en stor del af lægerne på, at det kan være vanskeligt at få gennemført forandringer på baggrund af klyngemøder i en travl hverdag:

Jeg tror i den grad, at det at tage tingene med hjem og lave om, det er altid en udfordring. Man kan snakke om, hvad der har været på kursus eller på klyngemøder, for så kommer man tilbage til hverdagen, og den kører, der er fart på, og så får man ikke ændret de ting, man ellers havde snakket om, kunne være smart. Så det kunne jeg godt tænke mig, at man måske endda i klyngen, lavede noget formaliseret omkring. Det kunne for eksempel være, at man, når man havde haft et emne oppe, så to måneder efter kunne man have et opfølgingsmøde af en slags, hvor det samme emne blev taget op, og hvor man netop spørger ind til: "Hvad har I været hjemme og gøre? Fik I lavet om på instruksen for det? Fik I snakket med personalet?". (Klyngemedlem)

Udsagnet peger således på, at opfølgning på tidligere behandlede emner kan være en vej til at understøtte et fokus på konkret implementering i de enkelte klinikker.

Boks 3.3 Opsamling på klyngearbejdets betydning for kvalitetsudvikling

Der opleves forskellige typer af udbytte af klyngearbejdet blandt de enkelte klyngemedlemmer. Herunder netværk til kolleger og samarbejdspartnere i kommunen, fagligt udbytte af databaserede drøftelser og erfaringsudveksling, opdateringer på faglig viden og handlemuligheder i det tværsektorielle felt, og endelig at klyngearbejdet foranlediger konkrete ændringer i egen praksis.

Det oplevede udbytte kan hos den enkelte læge være påvirket af eventuelt deltagelse i andre faglige netværk, hvor dele af ovennævnte udbytter i forvejen høstes. Derudover kan det have betydning, om den enkelte læge/klinik opfatter sig selv som i forvejen langt fremme i kvalitetsarbejdet.

Implementering af ændringer i egen praksis kommer primært til udtryk som relativt afgrænsede og håndgribelige tiltag såsom skiftet til anden type medicin eller ny procedure for ordinerings. Klyngemedlemmerne sonderer her imellem, at klyngemøder både kan adressere let implementerbare emner og mere komplekse emner.

Desuden fremgår det, at klyngearbejdet både kan opfattes som en kollektivt forpligtelse på at forandre egen praksis og som en inspirationskilde til den enkelte kliniks egen selektive kvalitetsarbejde.

Den primære barriere for implementering i egen praksis er travlhed i hverdagen.

3.5 De praktiserende lægers perspektiver på klyngerne i fremtiden

I det følgende sammenfatter vi, med afsæt i interviewene, elementer, der fremstår betydningsfulde for, at klyngerne kan bestå som en model for kvalitetsudvikling, der opleves relevant af lægerne i fremtiden.

Klyngekoordinatorer skal fortsat være motiverede for opgaven: Som beskrevet i analysen kan det variere, hvordan/hvorvidt arbejdet med at arrangere og koordinere klyngemøder er fordelt i klyngen, men ofte er det klyngekoordinatoren, der står med dette arbejde. Klyngekoordinatorrollen er et vigtigt element i klyngemodellen, men også et sårbart punkt. Det fremstår derfor som afgørende at sikre, at klyngekoordinatorrollen bliver anset som attraktiv, så der let kan findes andre læger til at tage over, hvis en klyngekoordinator vælger at stoppe. Det er også vigtigt at være opmærksom på modeller for klyngearbejdet, som indebærer højere grader af uddelegering, således at klyngearbejdet ikke bliver for afhængigt af enkeltpersoners indsats.

Klyngemøder af høj faglig kvalitet: Klyngemedlemmerne ser det som afgørende for klyngemodellens bæredygtighed, at det faglige niveau og udbytte af møderne er højt. Oplevelsen af faglig relevans og udbytte er afgørende for medlemmernes engagement. Som beskrevet i analysen kan der være oplevelser af møder, hvor emnet har været for overfladisk behandlet, eller hvor dårlig datakvalitet har forstyrret den faglige dybde. I kraft af klyngernes frie rammer er det i vid udstrækning op til klyngerne selv at skabe et højt fagligt niveau, men det fremstår samtidig væsentligt med en fortsat (videre-)udvikling af klyngepakker og eventuelle andre tiltag, der kan understøtte den faglige kvalitet af klyngemøderne.

Den obligatoriske ramme koblet med lokal selvbestemmelse er afgørende: Flere læger påpeger, at det obligatoriske element i klyngemodellen er vigtigt, da mange medlemmer ellers ikke ville møde op. Samtidig er det helt afgørende at sikre medlemmernes engagement og motivation, og her fremstår klyngernes ret til selv at bestemme indhold og form på klyngemøder ligeledes afgørende.

Data som præmis for klyngernes kvalitetsarbejde: På tværs af delundersøgelserne har der vist sig forskelle på, hvordan klyngerne har fortolket kravet om, at kvalitetsarbejdet skal være datadrevet, og også hvordan det at arbejde datadrevet kan defineres. Der ses fx på, om klyngerne har udelukket at arbejde med "bløde" og svært målbare emner, hvor der ikke har været data. Samtidig peger enkelte læger på, at det er u hensigtsmæssigt, hvis data bliver et ufravigeligt krav, og klyngerne fremskaffer "data for datas skyld" uanset kvaliteten af data. Der fremstår således et opmærksomhedspunkt i at balancere det grundlæggende princip i, at klyngerne skal arbejde datadrevet med en pragmatisk afvejning af undtagelser.

Risiko for at klyngearbejdet bliver for rutinepræget: Nogle af de interviewede læger så en risiko for, at klyngesamarbejdet på sigt kunne blive for rutinepræget og "for lukket om sig selv". De så det derfor som en generel fordel, at den enkelte klynge fra tid til anden får input og opmærksomhed udefra, og specifikt som en fordel, at der i forbindelse med overenskomsten for almen praksis kunne ske en kobling mellem de aktuelle sundhedspolitiske emner og klyngens selvvalgte emner.

3.6 Sammenfatning og diskussion af case-undersøgelsens resultater

Klyngerne har etableret sig i nogle grundlæggende organisatoriske strukturer. Klyngekoordinatoren har en væsentlig betydning for mødeafholdelse og klyngens fortsatte udvikling, men klyngekoordinatorens arbejdsbyrde og ansvar for klyngerne tager sig forskelligt ud. Denne delundersøgelse giver ikke anledning til at fremhæve en specifik model for klyngernes organisering, dog ses der ingen umiddelbare fordele ved organiseringsmodeller, hvor klyngekoordinatoren er alene om opgaven. Dels er det et tidskrævende arbejde, dels opstår der ubalance mellem opgaver relateret til den faglige udvikling i klyngerne og de mere praktiske og administrative opgaver. De seneste års fokus på at udvikle klyngepakker og muligheden for at få støtte til at finde og præsentere data er afgørende for, at nogle klyngekoordinatorer kan magte opgaven.

Ifølge de praktiserende læger er det klyngemodellens styrke, at emnevalg og mødernes tilrettelæggelse er overladt til lægerne selv. Det er med til at sikre mødernes relevans og dermed også de praktiserende lægers fortsatte motivation til deltage i klyngearbejdet. Delundersøgelsen peger på, at lægerne oplever forskellige typer af udbytte ved klynge-modellen, herunder faglig netværksdannelse, kollegial og databaseret erfaringsudveksling og refleksion over egen praksis. Dele af det faglige indhold på møderne har en så tilpas konkret karakter, at lægerne kan omsætte det til implementering i egen praksis, mens andre dele af indholdet relaterer til mere komplekse emner, som er sværere at oversætte direkte til implementering i egen praksis, selvom det stadig opleves som en form for fagligt relevant udbytte.

Ud over at fungere som en model for kvalitetsudvikling i almen praksis forbindes klyngemodellen også med muligheder for tværsektorielt samarbejde. Samlet set peger undersøgelsen her på, at klyngemøder med ekstern deltagelse opfattes positivt, og at det kan have relevans for såvel interne temaer i almen praksis som tværsektorielle temaer. Denne delundersøgelse peger på nogle generelle opmærksomhedspunkter, som kan inkluderes i den videre drøftelse af, hvordan og hvorvidt klyngerne kan fungere som platform for tværsektorielt samarbejde.

- **Tværsektorielt samarbejde i rammerne af klyngernes selvbestemmelse:** For det første fremstår det som en central værdi blandt de interviewede, at klyngerne er selvbestemmende enheder i forhold til valg og prioritering af fokusområder i kvalitetsarbejdet, hvoraf nogle kan være tværsektorielle. Præmissen for eksternt samarbejde er derfor, at det sker med udgangspunkt i klyngernes prioriteringer og interesser.
- **Adgangen til klyngerne:** På papiret er der med klyngemodellen skabt en mere enkel måde, hvorpå andre aktører i sundhedsvæsenet kan nå bredt ud til de praktiserende læger i et område, dvs. via klyngekoordinatoren. I praksis vil adgangen til de enkelte klynger afhænge af den enkelte koordinators tid, prioriteringer og overskud til at tage stilling til eksterne henvendelser.
- **Klyngernes afgrænsning i forhold til kommunen:** Klyngerne relaterer sig til kommunegrænserne på forskellige måder og giver forskellige muligheder for tværsektorielt samarbejde. Blandt andet blev det påpeget som en ulempe, når en klynge kun udgør en delmængde af lægerne i en kommune, idet lægerne ville skulle afstemme og koordinere med de øvrige klynger, hvis man ville lave et samlet budskab til kommunen om specifikke problemstillinger. Omvendt blev det beskrevet som en fordel af såvel læger som interviewede repræsentanter fra en kommune, når klyngen og kommunen deler grænse.

Betingelserne for klyngernes fremtidige relevans og overlevelse er ifølge de praktiserende læger både relateret til 1) klyngekoordinatorrollen, som skal forblive attraktiv og understøttet på en måde, så opgaven ikke bliver for stor, 2) klyngerne og klyngemødernes relevans, hvilket både hænger sammen med emnevalg, datakvalitet og mødernes tilrettelæggelse, og 3) de praktiserende lægers fortsatte mulighed for selvbestemmelse i relation til klyngearbejde.

Case-undersøgelsen bidrager med dybdegående indsigt i, hvordan klyngerne har organiseret sig, hvordan klyngerne arbejder med udvalgte emner, og hvilke erfaringer både klyngekoordinatorer og de øvrige medlemmer har gjort sig med klyngemodellen som model for kvalitetsudvikling, og hvilke fordele og udviklingspotentialer de kan pege på. Muligheden for at besøge de samme klynger i opstarten og igen efter et par år har desuden givet mulighed for at undersøge, hvordan klyngerne har udviklet sig over tid, og hvordan de har håndteret udfordringer både relateret til den konkrete gruppe af læger og klyngemodellen som helhed. Selvom case-undersøgelsen inkluderer klynger med forskellige karakteristika, så er denne delundersøgelse ikke egnet til at udpege den mest effektive måde at organisere og arbejde i klyngerne, men kan udpege udfordringer og muligheder ved forskellige klyngers delelementer. Case-undersøgelsen har været påvirket af, at klyngerne har været forhindret i at mødes fysisk under covid-19-pandemien, idet der har

været lavere aktivitetsniveau, end man ellers kunne forvente, og derved har gjort sig begrænsede nye erfaringer mellem de to empiriske nedslagspunkter. Endelig er de klynger og praktiserende læger, som indgår i case-undersøgelsen, sandsynligvis karakteriseret ved et vist overskud, idet både klyngekoordinatorer og øvrige medlemmer begrundede manglende mulighed for at deltage i undersøgelsen med mangel på tid og overskud både ved første og særligt ved anden empiri-indsamling. Enkelte af de interviewede læger gav udtryk for kritik af klyngemodellen eller af modellens delelementer, men langt de fleste havde en positiv indstilling til klyngerne. Det kan derfor heller ikke udelukkes, at denne delundersøgelse giver et mere positivt billede af de praktiserende lægers oplevelse af klyngearbejdet, end hvad der gør sig gældende på landsplan. Case-undersøgelsen skal derfor ses i sammenhæng med de øvrige delundersøgelser, som giver mulighed for at undersøge erfaringer og udbytte blandt en større gruppe af klynger og praktiserende læger.

4 Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse

Forfattere: Maria Bundgaard, Marius Brostrøm Kousgaard, Dorte Ejg Jarbøl og Jens Søndergaard

Tredje delundersøgelse består af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt de praktiserende læger i 2020. I dette kapitel beskrives udvalgte resultater fra undersøgelsen. Resultater fra denne del af undersøgelsen er også publiceret i en tidsskriftartikel (Bundgaard et al., 2022)¹¹.

Nedenfor præsenteres resultater fra delundersøgelsen med fokus på:

- klyngernes karakteristika, dvs. klyngernes størrelse, samt hvordan klyngerne har organiseret deres aktiviteter (mødeformer, mødeindhold, deltagere m.m.)
- lægernes oplevede udbytte af deres deltagelse i klyngearbejdet
- associationer mellem klyngekarakteristika og klyngemedlemmernes oplevede udbytte.

Dette fokus skyldtes en interesse i at belyse, hvilke forhold ved klyngerne der kan have størst betydning for, hvorvidt lægerne oplever et positivt udbytte af deres klyngedeltagelse.

4.1 Spørgeskemaundersøgelsens metode og materiale

Spørgeskemaet om klyngerne var en del af en større spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger – en undersøgelse, der også omfattede spørgsmål om covid-19-pandemien, arbejdsglæde, motivation og oplevet arbejdspress samt synet på patientbehandling, samfund og sundhedsmyndigheder.

4.1.1 Udvikling og indhold af spørgeskemaet

Spørgeskemaet blev udviklet på baggrund af a) resultaterne fra en forudgående kvalitativ undersøgelse, der omfattede interviews med praktiserende læger om deres erfaringer med klyngerne (Madsen et al., 2020), samt b) litteratur om kvalitetscirkler, der havde inspireret klyngemodellen i almen praksis i Skotland (Rohrbasser et al., 2017a; Rohrbasser et al., 2017b). Spørgeskemaet blev pilottestet af praktiserende læger (to ordinære klyngemedlemmer og en klyngekoordinator) med henblik på tidsforbrug, forståelighed og brugervenlighed, hvorefter mindre ændringer blev foretaget. Den del af spørgeskemaet, som vedrører klyngerne, fremgår af Bilag 2.

¹¹ Andre resultater fra undersøgelsen er i øjeblikket under udarbejdelse med henblik på publicering i videnskabelige peer-reviewede tidsskrifter.

Spørgeskemaet bestod af to dele. Den ene del omhandlede klyngernes karakteristika. Disse spørgsmål blev kun stillet til klyngekoordinatorer og andre klyngebestyrelsesmedlemmer, da det ikke var nødvendigt at spørge alle respondenter herom. Disse spørgsmål omhandlede:

- Overordnet mødeform (fyraftensmøder, heldagsmøder etc.)
- Antallet af møder om året
- Deltagelse af andre personalegrupper end praktiserende læger
- Besøg af eksterne aktører på møderne
- Brug af mere specifikke mødeelementer og redskaber til at give møderne indhold og struktur (fx plenumdrøftelser, gruppearbejde, brug af klyngepakker, praksisdata m.m.)
- Specifikke spørgsmål til bestemte emner på klyngemøderne.

I spørgeskemaets anden del blev der stillet en række spørgsmål til både klyngekoordinatorer og ordinære klyngemedlemmer om deres oplevelser af klyngerne. Disse spørgsmål omhandlede:

- Hvordan de havde oplevet klyngemøderne
- Hvilket udbytte de havde oplevet af klyngedeltagelsen (ændringer i egen praksis, øget viden om faglige retningslinjer og om behandlingstilbud i andre dele af sundhedsvæsenet, forbedringer i samarbejdet med andre aktører m.m.)
- Hvilke udfordringer de havde oplevet i forbindelse med klyngedeltagelsen, samt hvilke holdninger de havde til klyngearbejdet.

Som nævnt ovenfor er der i dette kapitel fokus på at beskrive klyngekarakteristika og de praktiserende lægers oplevelser af udbyttet af deres klyngedeltagelse samt mulige sammenhænge mellem klyngekarakteristika og oplevet udbytte.

4.1.2 Distribution af spørgeskemaet

Invitationen til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen blev sendt pr. brev til 3.432 praktiserende læger med eget ydernummer i juni 2020¹². Invitationen indeholdt et link og en kode til at tilgå et online spørgeskema. Der blev efterfølgende udsendt remindere i to omgange til læger, der endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. De klyngekoordinatorer, der ikke havde svaret i første omgang, blev også kontaktet pr. telefon og/eller e-mail¹³. Spørgeskemaet lukkede for besvarelser i december 2020.

Lægerne blev honoreret for deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen.

4.1.3 Supplerende administrative data

Som supplement til data indsamlet via spørgeskemaet blev der indsamlet en række administrative data om de praktiserende læger og deres klinikker fra tilgængelige registre.

¹² Speciallæger i almen medicin, der arbejdede som ansatte i almen praksis, samt praktiserende læger med mere end et ydernummer, blev ikke medtaget i undersøgelsen på grund af risiko for ikke-entydige besvarelser vedrørende praksiskarakteristika og klyngekarakteristika.

¹³ Kontaktoplysninger på klyngekoordinatorer blev oplyst af KiAP.

Det drejede sig om data vedrørende navn, fødselsdato, adresse, ydernummer og autorisationsnummer. De benyttede datakilder var: MedCom, sundhed.dk og autorisationsregisteret. Endvidere supplerede KiAP-undersøgelsen med en række oplysninger om de enkelte klynger: registrerede klinikker og tilknyttede ydernumre, inkl. dato for registrering samt navne på klyngekoordinatorer.

4.1.4 Statistisk metode

For at estimere associationerne mellem lægernes selvrapporterede udbytte og deres klynges karakteristika anvendte vi en multivariabel ordered logistisk regressionsmodel på lægeniveau. Vi udførte syv separate regressionsmodeller med syv forskellige typer selvrapporteret udbytte som afhængige udfald og klyngekarakteristika som forklarende variable. I analysen blev der justeret for lægekarakteristika (køn, alder, rolle i klyngen, deltagelsesgrad i klyngemøder, lægens tid i klyngen fra registrering i klyngen til besvarelse af spørgeskemaet), praksistype (solo, kompagniskab) samt antal kommuner, klyngen dækker, og region¹⁴.

4.1.5 Antal besvarelser og respondentkarakteristika

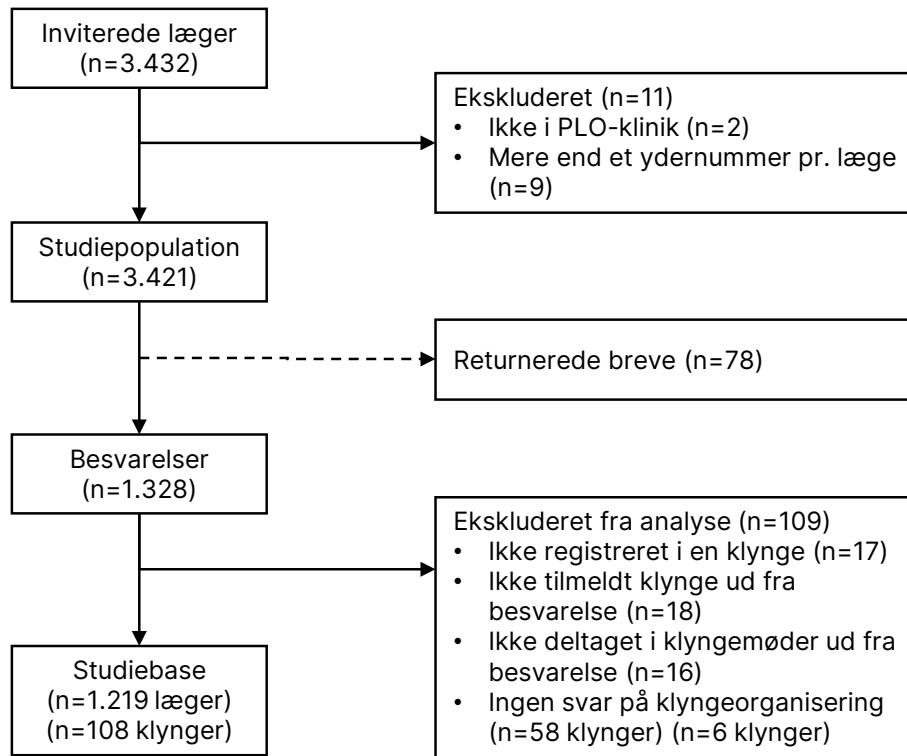
I alt besvarede 1.328 praktiserende læger spørgeskemaet (39 %). Fra klyngekoordinatorer og andre klyngebestyrelsesmedlemmer kom der besvarelser om klyngekarakteristika, fra hvad der svarede til 108 ud af 114 klynger (95 %)¹⁵.

Ud af de 1.328 besvarelser blev 109 ekskluderet fra analysen, fordi de pågældende læger ikke var medlem af en klynge (n=35), fordi de ikke havde deltaget i møder i klyngen (n=16), eller fordi hverken klyngekoordinator eller de administrative medlemmer af klyngen havde besvaret spørgsmålene om klyngens karakteristika, og disse informationer derfor ikke kunne forbindes med medlemmernes svar (n=58). Dette betyder, at der i alt indgår 1.219 besvarelser i de resultater, der præsenteres i Figur 4.1.

¹⁴ For yderligere info se (Bundgaard et al., 2022).

¹⁵ Vedrørende klyngernes karakteristika brugte vi kun en besvarelse fra enten en klyngekoordinator eller et klynge-medlem med en anden administrativ funktion i klyngen (bestyrelsesmedlem eller andet) efter følgende prioritering: 1) Hvis der var svar fra en klyngekoordinator, anvendtes dette; 2) var der svar fra flere klyngekoordinatorer i samme klynge, anvendtes den besvarelse, der fremgik af KiAPs klyngeliste, og dernæst den, der var lavet først; 3) var der ikke svar fra en klyngekoordinator, anvendtes en besvarelse fra et medlem med en anden administrativ funktion i klyngen. Var der svar fra flere med en sådan funktion, anvendtes den første besvarelse.

Figur 4.1 Flowchart for spørgeskemaundersøgelsen



Kilde: Oversat fra (Bundgaard et al., 2022)

Tabel 4.1 viser karakteristika ved respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen sammenlignet med den samlede population af praktiserende læger. Som det fremgår af tabellen, er respondenterne sammenlignelige med resten af populationen med hensyn til køn og praksistype. Hvad angår alder er respondenterne en anelse yngre, og samtidig er praktiserende læger fra Region Syddanmark og Region Midtjylland i højere grad repræsenteret end praktiserende læger fra de andre regioner.

Tabel 4.1 Karakteristika for den samlede population af praktiserende læger, respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen samt de læger, der ikke besvarede spørgeskemaet (2020)

Karakteristika	Samlede population af praktiserende læger	Respondenter	Ikke-respondenter
	3.421 (100.0)	1.219 (100.0)	2.202 (100.0)
Køn, n (%)			
Mand	1.453 (42.5)	524 (43.0)	929 (42.2)
Kvinde	1.952 (57.1)	688 (56.4)	1.264 (57.4)
Missing	16 (0.5)	7 (0.6)	9 (0.4)
Alder, n (%)			
<46	1.039 (30.4)	367 (30.1)	672 (30.5)
46-55	1.142 (33.4)	453 (37.2)	689 (31.3)
>55	1.172 (34.3)	373 (30.6)	799 (36.3)
Missing	68 (2.0)	26 (2.1)	42 (1.9)
Antal år i specialet, n (%)			
<6	792 (23.2)	272 (22.3)	520 (23.6)
6-20	1.636 (47.8)	607 (49.8)	1.029 (46.7)
>20	841 (24.6)	291 (23.9)	550 (25.0)
Missing	152 (4.4)	49 (4.0)	103 (4.7)
Praksis type, n (%)			
Solo	809 (23.6)	285 (23.4)	524 (23.8)
Partnerskab	2.611 (76.3)	934 (76.6)	1.677 (76.2)
Missing	1 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)
Region, n (%)			
Region Hovedstaden	1.079 (31.5)	338 (27.7)	741 (33.7)
Region Sjælland	446 (13.0)	166 (13.6)	280 (12.7)
Region Syddanmark	790 (23.1)	309 (25.3)	481 (21.8)
Region Midtjylland	804 (23.5)	316 (25.9)	488 (22.2)
Region Nordjylland	282 (8.2)	84 (6.9)	198 (9.0)
Missing	20 (0.6)	6 (0.5)	14 (0.6)

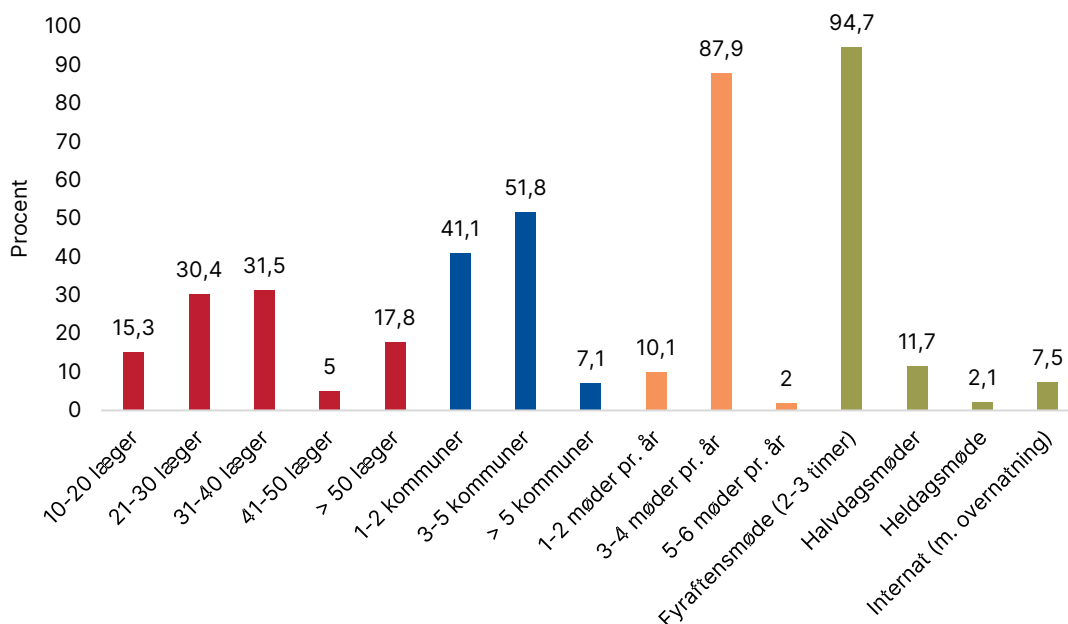
Kilde: Spørgeskemadata og supplerende administrative data, oversat fra (Bundgaard et al., 2022).

4.2 Resultater

4.2.1 Klyngernes karakteristika

Data fra KiAP viste, at klyngernes størrelse varierer en del. Med hensyn til antallet af medlemmer havde den mindste klynge 10 medlemmer, mens den største klynge havde 68 medlemmer. Den mindste klynge omfattede 3 klinikker, mens den største omfattede 36. Som det fremgår af Figur 4.2, har de fleste klynger mellem 10 og 40 medlemmer – med 21-30 medlemmer som det mest almindelige. 8 % af klyngerne har mere end 50 medlemmer. Lægerne havde i gennemsnit været medlem af deres klynge i 19,5 måneder inden besvarelsen af spørgeskemaet. Data fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at det store flertal af klyngerne (88 %) holder 3-4 møder om året (Figur 4.2). Langt de fleste klynger (95 %) holder fyraftensmøder af 2-3 timers varighed. Få klynger holder længere møder end det. Endvidere havde næsten 90 % af klyngerne regler for fremmøde.

Figur 4.2 Klyngestørrelse, antal kommuner som praksis i klyngen dækker over samt antal møder og mødetyper



Kilde: Baseret på besvarelser fra klyngekoordinatorer eller andre bestyrelsesmedlemmer i 108 klynger.

Tabel 4.2 viser en oversigt over de mest almindelige emner at arbejde med blandt klyngerne. Tabellen viser, at man i klyngerne har valgt at arbejde med et bredt udsnit af problemstillinger i almen praksis – fra mere traditionelle medicinske problemstillinger til mere organisatoriske og administrative aspekter af arbejdet i almen praksis. Som det fremgår, har 'smertestillende behandling', 'klyngeregler og værdier', 'antibiotika', 'KOL' og 'samarbejde med kommunen' været de fem mest populære emner.

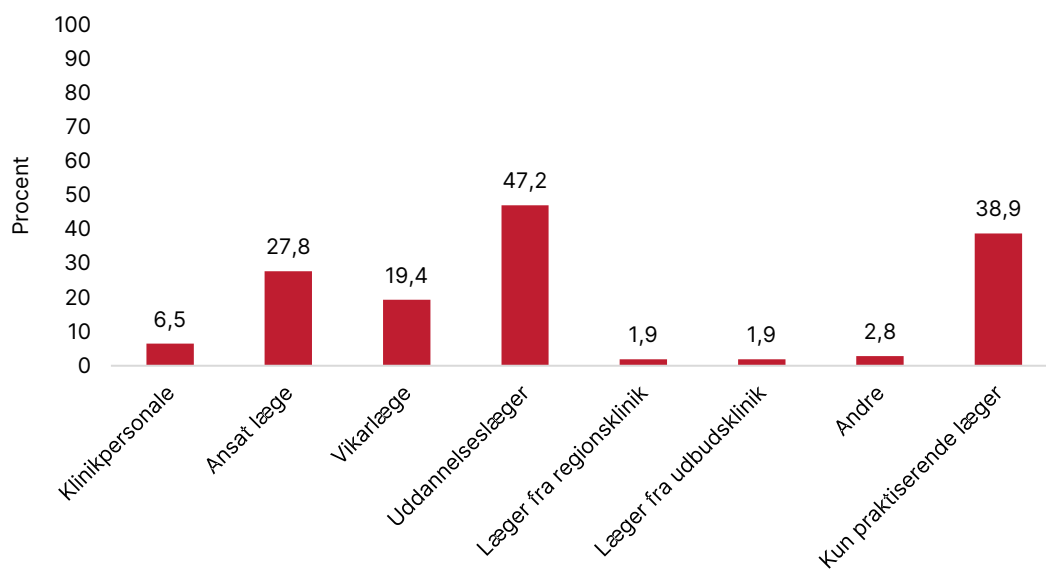
Tabel 4.2 De mest almindelige emner at arbejde med i klyngerne

Emne	Procent af klyngerne, der har arbejdet med emnet
1 Smertestillende behandling	53 %
2 Klyngeregler- og værdier	51 %
3 Antibiotika	37 %
4 KOL	34 %
5 Samarbejde med kommunen	33 %
6 Opgavedeling i praksis	27 %
7 CRP	21 %
8 Psykofarmaka	20 %
9 Diabetes	20 %
10 Trivsel i praksis	17 %
11 Psykiske lidelser	17 %
12 UVI/LUTS	15 %
13 Henvisninger	12 %
14 Ledelse i praksis	11 %
15 Økonomi i praksis	10 %
16 Ajourføring af FMK	10 %

Kilde: Baseret på besvarelser fra klyngekoordinatorer eller andre bestyrelsesmedlemmer i 108 klynger.

Figur 4.3 viser, hvem der deltager i klyngemøderne fra praksis. Figuren viser, at lidt over 60 % af klyngerne på et eller flere møder har inviteret andre personalegrupper end de praktiserende læger med eget ydernummer (klinikejerne) med til et klyngemøde, mens lidt under 40 % kun har haft deltagelse af klinikejerne. Hyppigst er det ansatte læger eller vikarlæger (samlet ca. 47 % af klyngerne) og uddannelseslæger (ca. 47 % af klyngerne), der deltager i møderne sammen med klinikejerne, mens det er relativt få klynger, der har haft deltagelse af klinikpersonale (6,5 %).

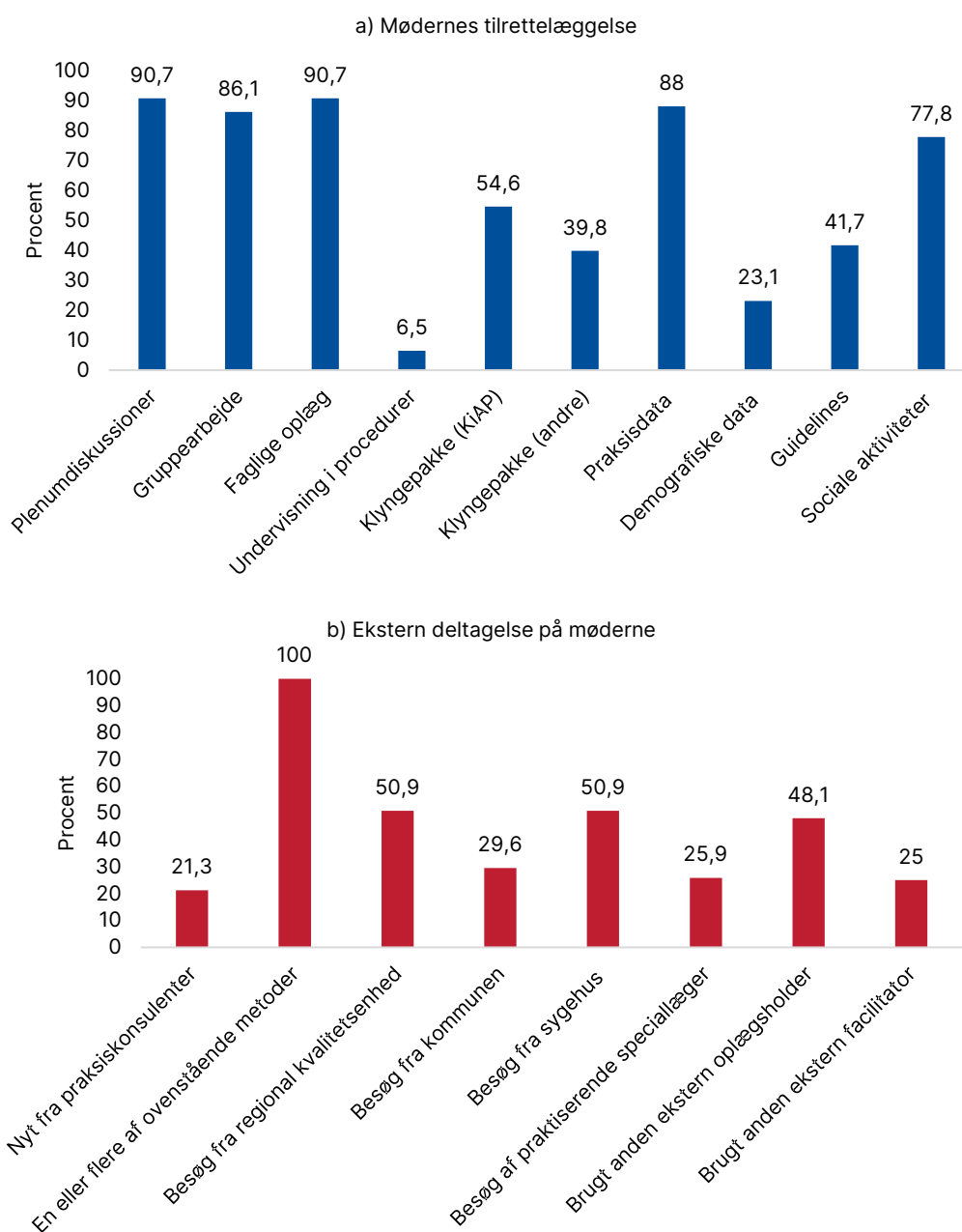
Figur 4.3 Deltagere fra praksis i klyngemøderne



Kilde: Baseret på besvarelser fra klyngekoordinatorer eller andre bestyrelsesmedlemmer i 108 klynger.

Figur 4.4.a og 4.4.b viser, hvad klyngerne gør for at give møderne form og indhold. Som det fremgår af Figur 4.4.a benytter langt de fleste klynger sig af plenumdiskussioner, gruppearbejde og faglige oplæg. I den forbindelse anvendes især klinikdata, retningslinjer/guidelines samt klyngepakker (fra KiAP eller andre klyngepakker, fx de regionale kvalitetsenheder). Et stort flertal af klyngeomøderne indeholder en social aktivitet, fx fælles spisning. Mange klynger inviterer eksterne personer fra de regionale kvalitetsenheder, kommunerne eller andre steder til at holde oplæg og/eller agere facilitator på møderne (Figur 4.4.b).

Figur 4.4 Klyngeomødernes form og indhold: a) mødernes tilrettelæggelse og b) eksternt deltagelse på møderne



Kilde: Baseret på besvarelser fra klyngekoordinatorer eller andre bestyrelsesmedlemmer i 108 klynger.

4.2.2 De praktiserende lægers oplevelser af udbyttet af klyngedeltagelsen

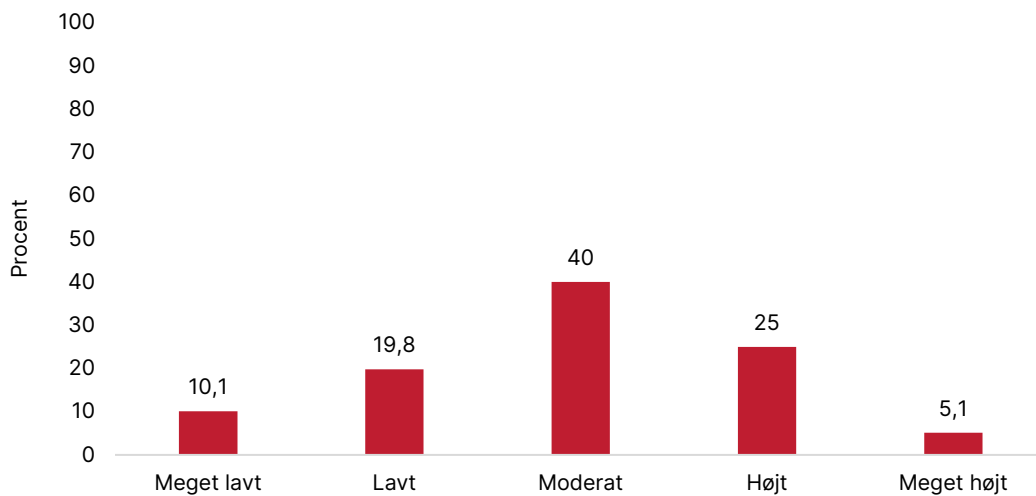
De praktiserende lægers oplevelser af udbyttet af at deltage i klyngearbejdet blev af-dækket via flere forskellige spørgsmål. Dels med et spørgsmål om oplevelsen af det samlede udbytte, dels med nogle mere specifikke spørgsmål, som var inspireret af resultaterne fra den kvalitative undersøgelse, der gik forud for spørgeskemaundersøgelsen. De specifikke spørgsmål omhandlede ændringer i klinikken og forbedret patientbehandling, øget viden samt forbedringer i samarbejdet med andre aktører. Disse spørgsmål fremgår af Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Spørgsmål vedrørende lægernes oplevelse af deres udbytte af klyngedeltagelsen

Spørgsmål	
Samlet udbytte	Hvor stort er dit samlede udbytte af klyngearbejdet?
Ændringer i klinikken og forbedret patientbehandling	Har arbejdet med bestemte emner i klyngen medført ændringer i din/jeres praksis med hensyn til: <ul style="list-style-type: none">▪ Organisering af arbejdet (fx arbejdsgange, uddelegering)▪ Det kliniske arbejde med hensyn til undersøgelse og diagnostik▪ Det kliniske arbejde i forhold til udskrivning af medicin (fx valg af præparat, dosis)▪ Ikke-farmakologisk behandling (fx råd og vejledning, samtaleterapi). Har klyngearbejdet forbedret: <ul style="list-style-type: none">▪ Patientbehandlingen inden for et eller flere af de emner, der er arbejdet med i klyngen▪ Patientbehandlingen generelt i din praksis
Øget viden	Har arbejdet med bestemte emner i klyngen givet dig et øget kendskab til et eller flere af følgende områder? <ul style="list-style-type: none">▪ Vejledninger og retningslinjer (fx fra DSAM, Sundhedsstyrelsen)▪ Kommunale patientrettede tilbud og behandlinger▪ Sygehusets patientrettede tilbud og behandlinger▪ Praktiserende speciallægers patientrettede tilbud og behandlinger
Forbedringer i samarbejdet med andre aktører	Har arbejdet med bestemte emner i klyngen forbedret samarbejdet <ul style="list-style-type: none">▪ med det kommunale sundhedsvæsen (plejehjem, hjemmesygepleje mv.)▪ med det lokale sygehus▪ med en eller flere af de praktiserende speciallæger i lokalområdet▪ mellem jer praktiserende læger i klyngen

Som det fremgår af Figur 4.5, oplevede ca. 30 % af lægerne, at de havde haft et højt eller et meget højt samlet udbytte af klyngearbejdet, mens ca. 30 % af lægerne oplevede, at deres udbytte havde været lavt eller meget lavt. Resten (40 %) oplevede et moderat udbytte.

Figur 4.5 Oplevelse af det samlede udbytte af at deltage i klyngearbejdet



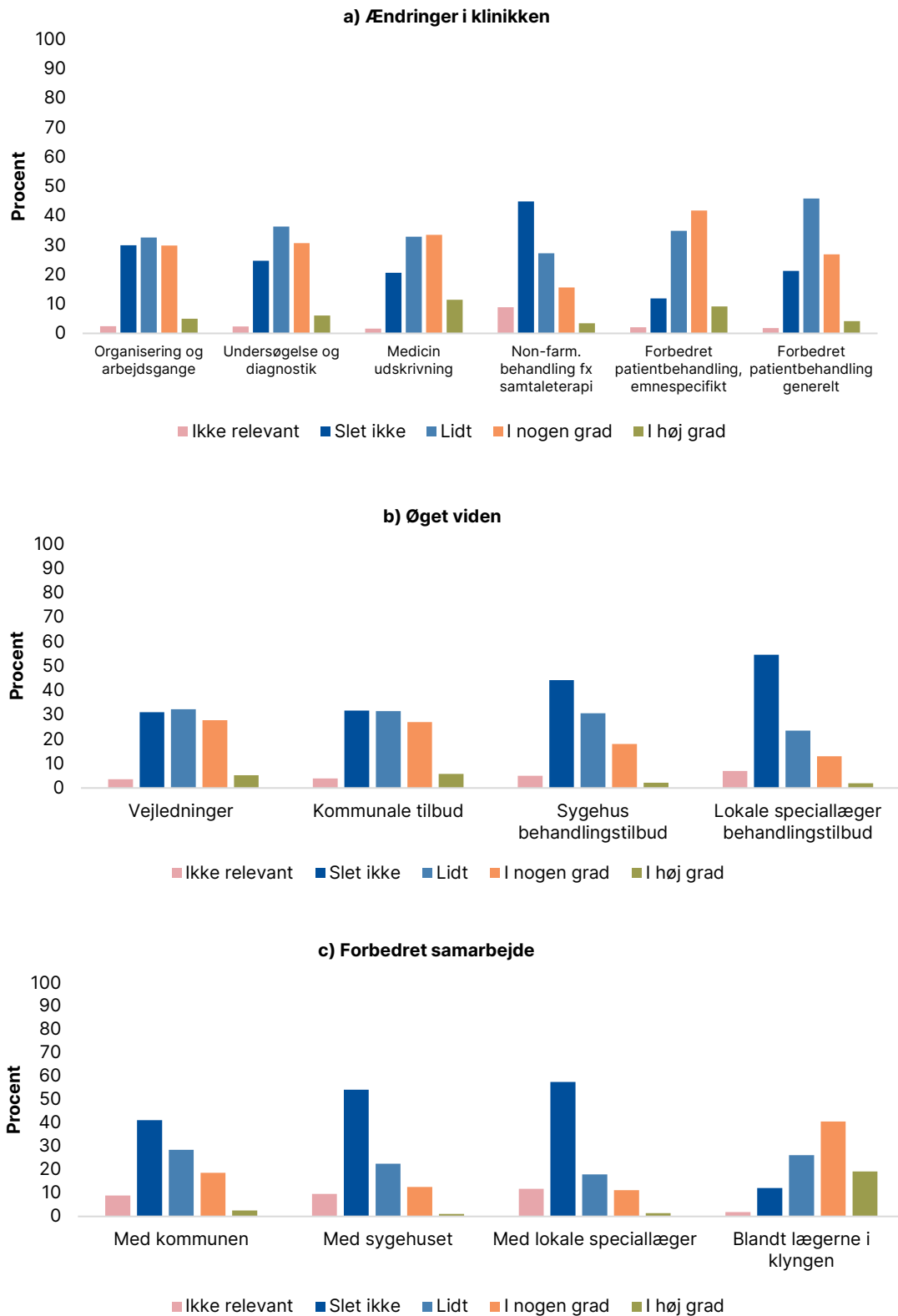
Kilde: Baseret på 1.219 besvarelser fra ordinære klyngemedlemmer og bestyrelsesmedlemmer inkl. klyngekoordinatorer.

Figur 4.6 viser lægernes oplevelser af forskellige typer udbytte relateret til henholdsvis a) ændringer i egen klinik, b) viden om sundhedstilbud i andre dele af sundhedsvæsenet, og c) samarbejdet med aktører uden for klinikken. Med hensyn til ændringer internt i klinikken var udskrivning af medicin det område, som flest læger vurderede, at de i nogen grad eller i høj grad havde foretaget ændringer inden for som følge af arbejdet med bestemte emner i klyngen (ca. 45 %). Hvis man medtager de læger, der har svaret, at deres praksis havde ændret 'lidt' på dette område, kommer andelen op på 78 %. Figur 4.6a viser også, at 21-30 % af lægerne (afhængigt af det specifikke område) vurderede, at arbejdet i klyngen ikke havde medført nogen ændringer internt i klinikken.

Med hensyn til ny viden (Figur 4.6b) oplevede ca. en tredjedel af lægerne, at klyngearbejdet i nogen grad eller i høj grad havde øget deres viden om vejledninger og retningslinjer og om de kommunale sundhedstilbud. Færre oplevede, at klyngedeltagelsen havde øget deres kendskab til sygehusenes og de lokale praktiserende speciallægers behandlingstilbud (henholdsvis ca. 20 % og ca. 15 %).

Med hensyn til samarbejdet med aktører uden for klinikken (Figur 4.6c) var der flest læger (60 %), som vurderede, at klyngearbejdet i nogen grad eller i høj grad havde forbedret samarbejdet med de andre praktiserende læger i klyngen. Lidt over 20 % af lægerne vurderede, at klyngearbejdet havde forbedret samarbejdet med det kommunale sundhedsvæsen i nogen eller i høj grad.

Figur 4.6 Oplevelse af udbytte i relation til a) ændringer i egen klinik, b) øget viden om vejledninger og behandlingstilbud i andre dele af sundhedsvæsenet samt c) forbedret samarbejde med aktører uden for egen klinik

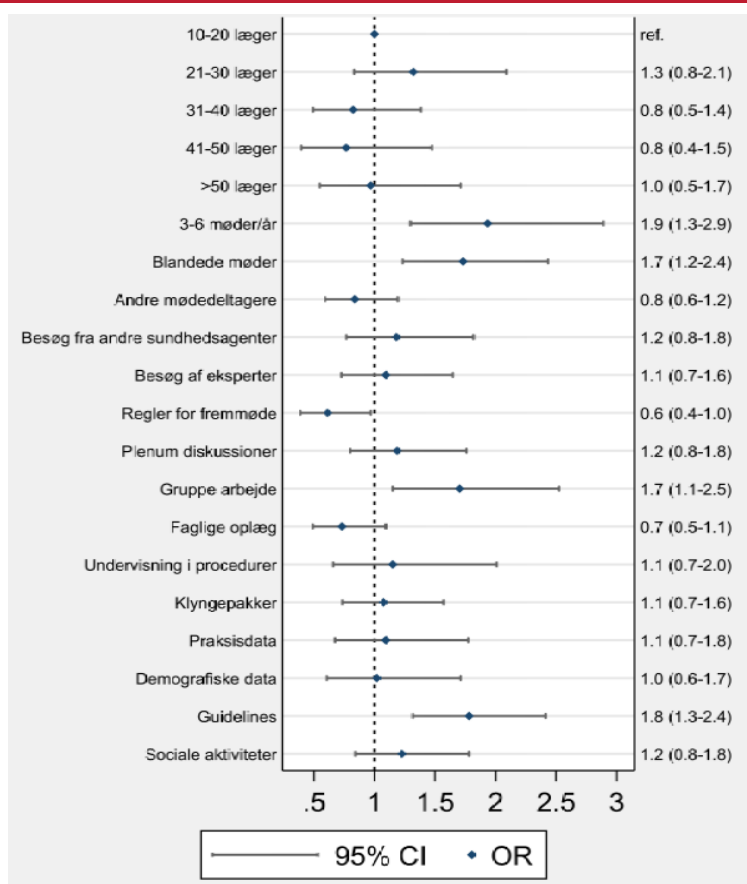


Kilde: Baseret på 1.219 besvarelser fra ordinære klyngemedlemmer og bestyrelsesmedlemmer inkl. klyngekoordinatorer.

4.2.3 Associationer mellem klyngekaraktistika og selv-rapporteret udbytte

Figur 4.7 viser associationerne mellem selvrapporteret samlet udbytte ved klyngedeltagelse og klyngekaraktistika. Mens der for flere af de enkelte klyngekaraktistika ikke ses signifikante associationer, viser Figur 4.7, at der er signifikant højere odds for at rapportere et samlet udbytte af klyngedeltagelse, hvis man er i en klynge, som afholder 3-6 møder om året (OR 1.9), som kombinerer forskellige mødeformer (halv-, heldagsmøder mv.) (OR 1.7), som benytter sig af gruppearbejde (OR 1.7), eller som arbejder med guidelines (OR 1.8) sammenlignet med klynger uden disse karakteristika. Desuden ses det, at læger i klynger, som har regler for fremmøde, har signifikant lavere odds (OR 0.6) for at opleve et samlet udbytte end læger i klynger uden regler for fremmøde.

Figur 4.7 Associationer mellem oplevelsen af det samlede udbytte af klyngedeltagelse og klyngekaraktistika. Odds ratio (OR) og konfidensintervaller (CI).



Anm.: Baseret på 1.219 besvarelser fra ordinære klyngemedlemmer og bestyrelsesmedlemmer inkl. klyngekoordinatorer. Referenceværdien for antal møder er 1-2 møder pr. år.

Modellen blev justeret for antal kommuner, som klyngen dækker, lægens rolle i klyngen (klyngekoordinator, administrativt eller ordinært klyngemedlem), tid fra lægen blev medlem af klyngen til lægen besvarede spørgeskemaet, grad af deltagelse i møder, lægealder, lægekøn, praksistype og region. Missing-værdier blev tildelt den største gruppe for kategoriske variable (kvinde, kompagniskabspraksis, Region Hovedstaden) og til gennemsnittet for kontinuerte variable (lægealder 51 år).

Kilde: Oversat fra (Bundgaard et al., 2022).

Tabel 4.4 og 4.5 viser associationerne mellem klyngekaraktistika og lægernes oplevelser af klyngedeltagelsens virkninger i form af ændringer i praksis (organisering i praksis, udskrivning af lægemidler og forbedringer af patientbehandlingen) samt oplevelse af

forbedringer i samarbejdet med henholdsvis andre læger i klyngen, kommuner og sygehuse.

Tabel 4.4 viser, at oplevelsen af ændringer vedrørende organisering, udskrivning af lægemidler og forbedret patientbehandling var positivt associeret med følgende klyngekarakteristika: afholdelse af 3-6 møder om året (OR 1.7, OR 1.8 og OR 1.9), brug af plenumdiskussioner (OR 1.7, OR 2.0 og OR 1.7) samt brug af guidelines (OR 1.9, OR 1.9 og OR 1.5).

Endvidere var ændringer i praksis med hensyn til udskrivning af lægemidler positivt associeret med brug af klyngepakker på et eller flere af møderne (OR 1.7). Derimod var en klyngestørrelse på 31-40 praktiserende læger negativt associeret med forandringer i praksis med hensyn til udskrivning af lægemidler (OR 0.6) sammenlignet med en klyngestørrelse på 10-20 praktiserende læger.

Tabel 4.5 viser, at oplevelsen af forbedringer i samarbejdet med kollegerne i klyngen var positivt associeret med, at klyngen afholder møder 3-6 gange om året (OR 1.8), at der anvendes forskellige mødeformer i klyngen (OR 1.5), eller at der arbejdes med guidelines på møderne (OR 1.4). Omvendt var oplevelsen af forbedringer i samarbejdet med kollegerne i klyngen negativt associeret med brugen af faglige oplæg på møderne (OR 0.6).

Med hensyn til oplevelsen af forbedringer i samarbejdet med kommunerne ses der positive associationer med besøg af eksterne aktører fra det omkringliggende sundhedsvæsen (OR 1.8) og andre oplægsholdere eller facilitatorer (OR 1.7) på klyngemøderne. Omvendt var brugen af faglige oplæg (OR 0.4) og regler for fremmøde (OR 0.5) negativt associeret med oplevelsen af forbedringer i samarbejdet med kommunerne. Endelig var oplevelsen af forbedringer i samarbejdet med sygehusene positivt associeret med besøg af eksterne aktører fra det omkringliggende sundhedsvæsen (OR 1.9) og med en klyngestørrelse på mere end 40 læger (41-50 praktiserende læger: OR 4.2 og > 50 praktiserende læger: OR 1.7).

Tabel 4.4 Associationer mellem selvrapporterede ændringer i klinikken og klyngekarakteristika. Odds ratio (OR) og konfidensintervaller (CI).

Klyngekarakteristika	Ændringer i klinikken					
	Organisation		Lægemeddeludskrivning		Patientbehandling	
Klyngestørrelse (antal læger)	OR (95% CI)	p-værdier	OR (95% CI)	p-værdier	OR (95% CI)	p-værdier
10-20	1.0 (ref.)		1.0 (ref.)		1.0 (ref.)	
21-30	1.1 (0.8-1.6)	0.6194	0.8 (0.5-1.3)	0.4193	1.0 (0.7-1.6)	0.8346
31-40	0.7 (0.5-1.1)	0.1445	0.6 (0.4-1.0)	0.0361	0.7 (0.4-1.1)	0.1220
41-50	0.8 (0.4-1.6)	0.5984	0.9 (0.4-1.9)	0.7269	0.9 (0.5-1.8)	0.8020
> 50	0.8 (0.5-1.2)	0.3227	0.9 (0.6-1.6)	0.8253	0.9 (0.5-1.4)	0.5214
Møder						
3-6 møder/år	1.7 (1.1-2.6)	0.0120	1.8 (1.1-3.1)	0.0312	1.9 (1.2-2.9)	0.0033
Blandede møder	1.1 (0.8-1.5)	0.6162	1.1 (0.7-1.6)	0.6482	1.2 (0.9-1.7)	0.2883
Regler for fremmøde	0.5 (0.3-0.8)	0.0051	0.6 (0.4-1.0)	0.0367	0.7 (0.4-1.1)	0.0984
Deltagere						
Klinikpersonale og ansatte læger	1.0 (0.7-1.4)	0.9520	1.0 (0.7-1.4)	0.9085	0.9 (0.6-1.3)	0.5476
Besøg fra andre sundhedsagenter	0.9 (0.6-1.4)	0.7565	1.1 (0.7-1.5)	0.7610	1.1 (0.7-1.7)	0.7149
Besøg af eksperter	1.1 (0.8-1.6)	0.4394	1.2 (0.8-1.8)	0.2618	1.0 (0.7-1.4)	0.8047
Indhold						
Plenumdiskussioner	1.7 (1.1-2.5)	0.0090	2.0 (1.2-3.5)	0.0118	1.7 (1.1-2.6)	0.0156
Gruppearbejde	0.9 (0.6-1.4)	0.5966	1.1 (0.6-1.9)	0.7581	1.4 (1.0-2.1)	0.0761
Faglige oplæg	0.8 (0.5-1.2)	0.1888	0.7 (0.4-1.1)	0.1338	0.8 (0.5-1.3)	0.3038
Undervisning i procedurer	1.4 (0.9-2.2)	0.1824	0.7 (0.4-1.3)	0.2719	1.4 (0.7-2.7)	0.3647
Klyngepakke	0.8 (0.6-1.0)	0.0618	1.7 (1.2-2.5)	0.0048	0.9 (0.7-1.3)	0.6963
Praksisdata	1.0 (0.7-1.5)	0.8872	0.9 (0.5-1.5)	0.7046	1.0 (0.6-1.8)	0.9283
Sociodemografiske data	0.9 (0.6-1.4)	0.6814	1.0 (0.6-1.5)	0.9122	0.8 (0.6-1.2)	0.3478
Guidelines	1.9 (1.4-2.6)	<0.001	1.9 (1.4-2.5)	<0.001	1.5 (1.2-2.0)	0.0016
Sociale aktiviteter	1.2 (0.9-1.7)	0.1764	1.3 (0.9-1.8)	0.1957	1.1 (0.7-1.7)	0.5895

Anm.: Baseret på 1.219 besvarelser fra ordinære klyngemedlemmer og bestyrelsesmedlemmer inkl. klyngekoordinatorer. Den statistiske model er en ordered logistisk multivariabel regression med klyngerobuste standardfejl på kvalitetsklynge niveau. Referenceværdien for variabelen 3-6 møder/år er 1-2 møder/år. Modellen blev justeret for antal kommuner klyngen dækker, lægens rolle i klyngen (klyngekoordinator, administrativt eller ordinært klyngemedlem), tid fra lægen blev medlem af klyngen til lægen besvarede spørgeskemaet, grad af deltagelse i møder, lægealder, lægekøn, praksistype og region. Missing-værdier blev tildelt den største gruppe for kategoriske variable (kvinde, kompagniskabspraksis, Region Hovedstaden) og til gennemsnittet for kontinuerte variable (lægealder 51 år).

Kilde: Oversat fra (Bundgaard et al., 2022).

Tabel 4.5 Associationer mellem forbedret samarbejde og klyngekarakteristika. Odds ratio (OR) og konfidensintervaller (CI).

Klyngekarakteristika	Forbedret samarbejde					
	Mellem lægerne i klyngen		Med kommunerne		Med det lokale sygehus	
	OR (95% CI)	p-værdier	OR (95% CI)	p-værdier	OR (95% CI)	p-værdier
Klyngestørrelse (antal læger)						
10-20	1.0 (ref.)		1.0 (ref.)		1.0 (ref.)	
21-30	1.2 (0.8-1.9)	0.3091	1.1 (0.7-1.9)	0.5979	1.4 (0.8-2.3)	0.2291
31-40	0.8 (0.6-1.2)	0.3211	0.6 (0.4-1.0)	0.0583	0.9 (0.5-1.6)	0.7250
41-50	0.7 (0.4-1.2)	0.1612	0.7 (0.3-1.5)	0.3117	4.2 (1.9-9.4)	<0.001
> 50	0.8 (0.5-1.3)	0.4169	0.9 (0.6-1.5)	0.8039	1.7 (1.0-2.7)	0.0384
Møder						
3-6 møder/år	1.8 (1.2-2.7)	0.0044	1.5 (0.8-2.7)	0.1619	1.2 (0.7-2.1)	0.5790
Blandede møder	1.5 (1.0-2.1)	0.0301	1.4 (0.8-2.2)	0.2023	0.8 (0.5-1.4)	0.5112
Regler for fremmøde	0.7 (0.5-1.0)	0.0727	0.5 (0.3-0.7)	<0.001	0.7 (0.4-1.3)	0.2925
Deltagere						
Klinikpersonale og ansatte læger	0.9 (0.7-1.3)	0.7112	0.8 (0.5-1.3)	0.3440	0.9 (0.6-1.4)	0.6819
Besøg fra andre sundhedsagenter	1.1 (0.7-1.6)	0.7555	1.8 (1.2-2.7)	0.0041	1.9 (1.2-2.8)	0.0027
Besøg af eksperter	1.1 (0.7-1.5)	0.7174	1.7 (1.1-2.7)	0.0251	1.1 (0.7-1.7)	0.7373
Indhold						
Plenumdiskussioner	1.3 (0.9-2.1)	0.1849	1.4 (0.9-2.1)	0.1266	1.0 (0.7-1.4)	0.9665
Gruppearbejde	1.3 (0.9-2.0)	0.1595	1.0 (0.5-1.9)	0.9928	0.9 (0.6-1.5)	0.7678
Faglige oplæg	0.6 (0.4-1.0)	0.0464	0.4 (0.2-0.7)	<0.001	0.7 (0.4-1.2)	0.1476
Undervisning i procedurer	0.8 (0.5-1.3)	0.3420	0.9 (0.6-1.4)	0.5839	1.0 (0.5-2.3)	0.9371
Klyngepakke	0.9 (0.7-1.2)	0.3680	1.1 (0.7-1.5)	0.7708	0.9 (0.6-1.3)	0.4791
Praksisdata	1.5 (1.0-2.1)	0.0563	0.8 (0.4-1.4)	0.3826	0.8 (0.5-1.2)	0.2462
Sociodemografiske data	0.9 (0.7-1.3)	0.7539	0.7 (0.4-1.1)	0.0963	1.4 (0.9-2.3)	0.1369
Guidelines	1.4 (1.0-1.9)	0.0246	1.3 (1.0-1.8)	0.0929	1.2 (0.9-1.6)	0.3179
Sociale aktiviteter	1.0 (0.7-1.4)	0.9901	1.1 (0.7-1.6)	0.7916	1.0 (0.6-1.6)	0.9749

Anm.: Baseret på 1.219 besvarelser fra ordinære klyngemedlemmer og bestyrelsesmedlemmer inkl. klyngekoordinatorer. Den statistiske model er en ordered logistisk multivariabel regression med klyngerobuste standardfejl på kvalitetsklynge niveau. Referenceværdien for variabelen 3-6 møder/år er 1-2 møder/år. Modellen blev justeret for antal kommuner, som klyngen dækker, lægens rolle i klyngen (klyngekoordinator, administrativ eller ordinært klyngemedlem), tid fra lægen blev medlem af klyngen til lægen besvarede spørgeskemaet, grad af deltagelse i møder, lægealder, lægekøn, praksistype og region. Missing-værdier blev tildelt den største gruppe for kategoriske variable (kvinde, kompagniskabspraksis, Region Hovedstaden) og til gennemsnittet for kontinuerte variable (lægealder 51 år).

Kilde: Oversat fra (Bundgaard et al., 2022).

4.3 Sammenfatning og diskussion af spørgeskemaundersøgelsens resultater

Spørgeskemaundersøgelsen viste overordnet, at ca. 30 % af lægerne i undersøgelsen havde oplevet et højt eller meget højt udbytte af deres klynge-deltagelse, og at 40 % havde oplevet et moderat udbytte. Omkring 30 % af lægerne havde oplevet, at deres udbytte havde været lavt eller meget lavt.

Udskrivning af medicin var det område, hvor flest læger rapporterede, at de havde ændret praksis som følge af emnespecifikt arbejde i deres klynge. Samtidig var smertestilende medicin og antibiotika blandt de emner, som flest klynger havde arbejdet med.

Regressionsanalyserne viste, at afholdelse af møder 3-6 gange om året samt brug af guidelines, plenumdiskussioner og gruppearbejde – der indgår som element i mange klyngemøder – var positivt associeret med lægernes oplevelse af at få udbytte af klyngearbejdet (uafhængigt af klyngestørrelsen). Endvidere kan det se ud til, at læger fra klynger, der inviterer eksterne sundhedsaktører til klyngemøderne, oplever et bedre samarbejde med disse efterfølgende. Dette stemmer overens med resultaterne fra den kvalitative undersøgelse. Der er mange klynger, som endnu ikke har haft besøg af kommunerne på deres møder, og der er således et potentiale for udvikling af samarbejdet med andre sundhedsaktører via klyngerne.

Regressionsanalyserne viste også, at regler for fremmøde i klyngerne var negativt associeret med flere af de anvendte udbyttemaal. En fortolkning af dette resultat kan være, at regler for fremmøde reelt har en negativ virkning på lægernes oplevelse af klyngearbejdet. De kvalitative data fra andre dele af dette projekt synes dog ikke at understøtte en sådan fortolkning. En anden forklaring kunne være, at klynger uden regler for fremmøde (som udgør et mindretal på ca. 10 %) adskiller sig fra resten på en måde, som det ikke var muligt at tage højde for i analysen. Det kunne fx være, at lægerne i disse klynger ikke havde lavet regler for fremmøde, fordi de fra begyndelsen forventede (eller oplevede), at klyngen var (eller ville blive) velfungerende. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at resultaterne fra regressionsanalyserne er et udtryk for statistiske associationer, og at man derfor ikke kan konkludere, at der er en kausal sammenhæng mellem de undersøgte variable. Endvidere skal man være forsigtig med fortolkningen af resultaterne fra regressionsanalyserne, da nogle af disse kan være et udtryk for tilfældigheder grundet antallet af signifikanstests.

I spørgeskemaundersøgelsen blev der opnået en svarprocent på 39 %. Selvom en svarprocent i denne størrelsesorden ikke er usædvanlig i spørgeskemaundersøgelser blandt praktiserende læger, kan den svække undersøgelsens validitet på grund af muligheden for bias (fx hvis læger, der er entusiastiske omkring klyngerne, er mere tilbøjelige til at besvare spørgeskemaet end læger, der ikke er). Endelig skal det bemærkes, at spørgeskemaundersøgelsen er gennemført relativt kort tid efter klyngernes etablering, og det kunne derfor være interessant at følge op på undersøgelsen på et senere tidspunkt, når de enkelte klynger har haft mere tid til at udvikle sig og arbejde med flere emner på møderne.

5 Registeranalyse af klyngernes betydning for adfærdsændringer på udvalgte områder

Forfattere: Eskild Klausen Fredslund og Maria Bundgaard

Fjerde og sidste delundersøgelse var en registerbaseret undersøgelse, som havde til formål at belyse betydningen af klyngesamarbejdet på de praktiserende lægers adfærd. Denne delundersøgelse er baseret på viden fra spørgeskemaundersøgelsen samt relevante effektmål identificeret i registre.

5.1 Registerundersøgelsens metode og materiale

Denne analyse tager udgangspunkt i flere datakilder. Ud over forskellige typer af registerdata brugte vi data fra spørgeskemaundersøgelsen til at identificere, hvilke emner der var blevet arbejdet med i specifikke klynger. Herved er det muligt at knytte klyngernes emnevalg til de praktiserende lægers individuelle adfærdsmønstre.

5.1.1 Registerdata

Analyserne bygger på en samkøring af en række registre og datasæt fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Der er tale om individbaserede registerdata fra 2015-2020, som er blevet bearbejdet på Danmarks Statistiks forskerserver efter tilladelse fra Datatilsynet.

De anvendte registre er Yderregisteret (YDR), Sygesikringsregisteret (SSR) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR). Der er endvidere indhentet data fra andre registre, der indeholder oplysninger om befolkningens sociodemografiske karakteristika, fx Befolkningsregisteret og Uddannelsesregisteret. En beskrivelse af de respektive registre og deres anvendelse fremgår af Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Oversigt over registre og deres anvendelse i analysen

Register (navn)	Beskrivelse af register	Anvendelse i analysen
Yderregisteret (YDR)	YDR indeholder oplysninger om ydere under den offentlige sygesikring, dvs. alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer mv.	Fra YDR er der indhentet information om karakteristika ved de enkelte almene praksisser, herunder praksistype.
Sygesikringsregisteret (SSR)	Sygesikringsregistret indeholder oplysninger om ydelser, som er støttet af den offentlige sygesikring og varetages af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologier. Registeret indeholder endvidere oplysninger om tilknytningen mellem almen praksis og gruppe 1-sikrede borgere i Danmark.	Registeret er brugt til at indhente information om ydelser i almen praksis, herunder den borger, som ydelsen er foretaget på; yderen, som har udført ydelsen, samt selve ydelsen. Desuden er registeret anvendt til at indhente data på, hvilken almen praksis den enkelte borger er tilknyttet.

Register (navn)	Beskrivelse af register	Anvendelse i analysen
Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)	LSR indeholder information om alt salg og alle leverancer af lægemidler i Danmark, herunder lægemidler solgt på apoteket, i butikker og udleveret af lægen eller på sygehuset.	LSR er anvendt til at indhente information om lægemiddelforbruget inden for antibiotika og smertestillende medicin (opioider, NSAID og paracetamol).
Andre registre i Danmarks Statistik		Fra Danmarks Statistik er desuden indhentet data om sociodemografiske karakteristika på individniveau: alder, køn, civilstand, højest fuldførte uddannelse, etnisk baggrund, indkomst, hjemmeboende børn og beskæftigelsesstatus.

Vi har endvidere indsamlet data, som muliggør kobling af alle danske klynger med registrerede praktiserende læger baseret på praksisudbydernes numre. Disse oplysninger er hentet fra en administrativ database, der administreres af KiAP.

Vi benyttede cpr-numre til at knytte borgere til almen praksis og ydernummer til at koble almen praksis til klynger.

5.1.2 Surveydata

I undersøgelsen er der også inkluderet data fra den spørgeskemaundersøgelse, som er beskrevet i kapitel 4.

I spørgeskemaet blev klyngekoordinator (og andre klyngemedlemmer med en administrativ rolle i klyngen) bedt om at besvare en række spørgsmål, hvor besvarelsene er taget i anvendelse i denne analyse. Disse spørgsmål drejede sig dels om, hvilke emner man havde arbejdet med i klyngen (med mulighed for at vælge inden for en række emner samt og mulighed for at angive, hvordan emnerne var behandlet), dels om hvornår man havde arbejdet med de pågældende emner i klyngen (dvs. hvilken måned (fra januar 2018 til tidspunktet for undersøgelsesbesvarelsens lukning december 2020) man havde arbejdet med de pågældende emner for første gang).

Til denne undersøgelse blev emnerne antibiotika og afhængighedsskabende medicin valgt ud til nærmere analyse, da både spørgeskemabesvarelser (se Tabel 4.2) og interviewdata viste, at disse var hyppige emner i de første år efter klyngernes etablering og er emner, der løbende har været fokus på i almen praksis og i sundhedsvæsenet generelt. De to emner adskiller sig dog også fra hinanden og giver mulighed for at undersøge klyngernes betydning i relation til forskellige emnevalg. Antibiotika blev af flere læger i de interview, der blev gennemført i første del af denne undersøgelse (Madsen et al., 2020), beskrevet som et emne, der er nemt at tage fat på, da det er et relativt konsensuspræget område med enighed om, at forbruget af særligt den bredspektrede antibiotika skal reduceres. Afhængighedsskabende medicin lader til at være et mindre konsensuspræget område og blev af nogle klyngekoordinatorer beskrevet som et emne, der kan være følsomt at diskutere i plenum, og hvor man vil antage en mere forsigtig (mindre normativ) tilgang, hvis det tages op som emne i et klyngemøde.

5.1.3 Population og studieperiode

Populationen omfattede alle almen praksis, som var registreret i en klynge, og hvor mindst en repræsentant fra klyngen havde svaret på spørgsmålene om emnevalg i spørgeskemaundersøgelsen.

Undersøelsesperioden blev sat fra januar 2015 til marts 2020¹⁶. Vi afgrænsede undersøelsesperioden til marts 2020, da der var national lockdown på grund af covid-19-pandemien i marts 2020, hvilket betød, at de praktiserende læger ikke var i stand til at mødes i klyngerne i længere tid. Samtidig blev der i marts 2020 indført restriktioner vedrørende patienternes mulighed for at møde fysisk op i almen praksis, hvilket flyttede kontaktmønsteret til telefon-, video- og e-mailkonsultationer frem for ansigt-til-ansigt-konsultationer. Der kan på grund af de ændrede kontaktmønstre være sket forskydninger i udskrivningspraksis, der ikke kan kontrolleres for eller observeres i data.

5.1.4 Afhængige variable

Vi fokuserer i analysen på to emner med tilhørende udfaldsmål. Vi analyserer på udviklingen i brugen af henholdsvis antibiotika og afhængighedsskabende medicin.

- **Brugen af antibiotika:** Når vi analyserer udviklingen i brugen af antibiotika, analyserer vi på det totale antal indløste recepter udskrevet af praktiserende læge på antibiotika (ATC-koderne J01 og P01AB01), samt på andelen af det totale antal udskrivinger af antibiotika, der er smalspektret (andel antibiotika med ATC-kode J01CE ud af alle recepter med koderne J01 eller P01AB01).
- **Brugen af afhængighedsskabende medicin:** Når vi analyserer på udviklingen af afhængighedsskabende medicin, analyserer vi på brugen af opioider (ATC-koder N02A og R05DA04). Vi undersøger endvidere udviklingen i brugen af NSAID (ATC-koder M01AE01, M02AA15 og N02BA) og paracetamol (ATC-kode N02BE01) for at afdække eventuelle forskydninger i udskrivningspraksis.

5.1.5 Statistisk metode

De statistiske analyser er gennemført i Stata 16 (StataCorp, College Station, TX) på Danmarks Statistiks forskermaskine.

Udviklingen i antal indløste recepter pr. 1.000 borgere pr. praksis opgøres månedsvi i perioden januar 2015 til marts 2020. Der analyseres endvidere på andelen af udskrevne antibiotika-recepter på smalspektret antibiotika.

Difference-in-differences-analyse

Effekterne beregnes i en difference-in-differences-model, hvor ændringen i antal indløste recepter i gruppen af almen praksis, der har arbejdet med emnet ("interventionsgruppen") over en given periode, sammenlignes med ændringen i gruppen, der ikke har arbejdet med emnet ("kontrolgruppen") i samme periode.

¹⁶ Selve studieperioden er januar 2018 (klyngernes opstart) til marts 2020, men data fra 2015 og frem er medtaget for at kigge på forudgående tidstrends.

Da vi har observationer for alle i interventions- og kontrolgruppen både før og efter interventionen, estimeres difference-in-differences-modellen i praksis ved en paneldata-regression med individ- og tidseffekter, også kaldet en Two-Way Fixed Effects-model (TWFE). Analyseniveauet er måneder. I regressionsmodellen inkluderes dummyer for hver måned. Difference-in-differences-estimererne udtrykker den gennemsnitlige forskel mellem interventions- og kontrolgruppen pr. kvartal. Vi følger i estimeringen i strategien beskrevet i Angrist & Pischke (2009) for paneldata med flere observationsperioder.

Dette resulterer i følgende regressionsligning:

$$y_{it} = \rho D_{it} + \sum \beta_t T_t + \gamma_i + \varepsilon_{it}$$

hvor y_{it} er antallet af kontakter for borger i til tid t . D_{it} er en dummy-variabel, der antager værdien 1 for interventionsgruppen, efter de har arbejdet med det givne emne på et klyngemøde, og ellers er 0, og ρ er den relevante difference-in-differences-estimator. T_t er en dummy for hver måned (hvilket i praksis også justerer for sæsonudsving), γ_i er individuelle fixed effects, og ε_{it} er fejleddet.

Når vi analyserer på andelen af antibiotikarecepter, der er på smalspektret antibiotika, benytter vi også en OLS-tilgang, selvom andelen er begrænset til værdier imellem 0 og 1. Dette gøres, da andelen er tilnærmelsesvist normalfordelt med en middelværdi på ca. 30 %.

En afgørende antagelse for at kunne benytte difference-in-differences-analysen er, at interventionsgruppen og kontrolgruppen har samme forudgående "trend" eller udvikling. Dette er ikke muligt at teste, men inspiceres visuelt ved grafisk at præsentere før-perioden, som i denne analyse udgøres af perioden fra 2015 til opstart af klyngerne i februar 2018.

Ovenstående estimationsmetode betegnes som tidligere nævnt TWFE. Der har i den seneste tid været diskussion af TWFE som estimationsmetode, når tidspunktet for "behandling" – altså i dette tilfælde tidspunktet for, hvornår man har arbejdet med et givent emne i klyngen – ikke er det samme. Den nyeste litteratur viser at, TWFE – i tilfælde hvor effekten er heterogen over tid og imellem de undersøgte grupper – kan være biased (Borusyak & Jaravel, 2017; Callaway & Sant'Anna, 2021; De Chaisemartin & d'Haultfoeuille, 2020; Goodman-Bacon, 2021; Sun & Abraham, 2021; Wooldridge, 2021).

Vi udførte derfor to statistiske analyser for alle udfaldsmål: den klassiske TWFE som beskrevet ovenfor, og en alternativ analyse, hvor der estimeres en effekt for hver måned, hvor én eller flere klynger har arbejdet med et emne, og hvor den samlede effekt herefter aggregeres for at identificere den samlede effekt. Denne metode tager højde for en eventuel bias. Se Wooldridge (2021) for en gennemgang af tilgangen.

Alle analyser udføres på almen praksisniveau med clusterkorrigerede standardfejl på klyngniveau for at tage højde for det faktum, at udskrivningsmønstre i almen praksis, der tilhører samme klynge, kan være korrelerede¹⁷.

Hvis flere administrative klyngemedlemmer havde besvaret spørgsmålene om emnevalg i klyngerne, brugte vi svaret fra det klyngemedlem, der havde rapporteret den tidligste måned at have arbejdet med antibiotika eller afhængighedsskabende medicin.

5.2 Udviklingen i udvalgte udfaldsmål som følge af klyngearbejdet

I dette afsnit præsenteres resultaterne af de to kvantitative analyser baseret på klynger, der har arbejdet med henholdsvis antibiotika og/eller afhængighedsskabende medicin.

Vi præsenterer for hver analyse, hvor mange praksis der har arbejdet med emnet, hvornår de har arbejdet med det, en grafisk præsentation af udviklingen i udfaldsmål og en tabel med regressionsresultaterne.

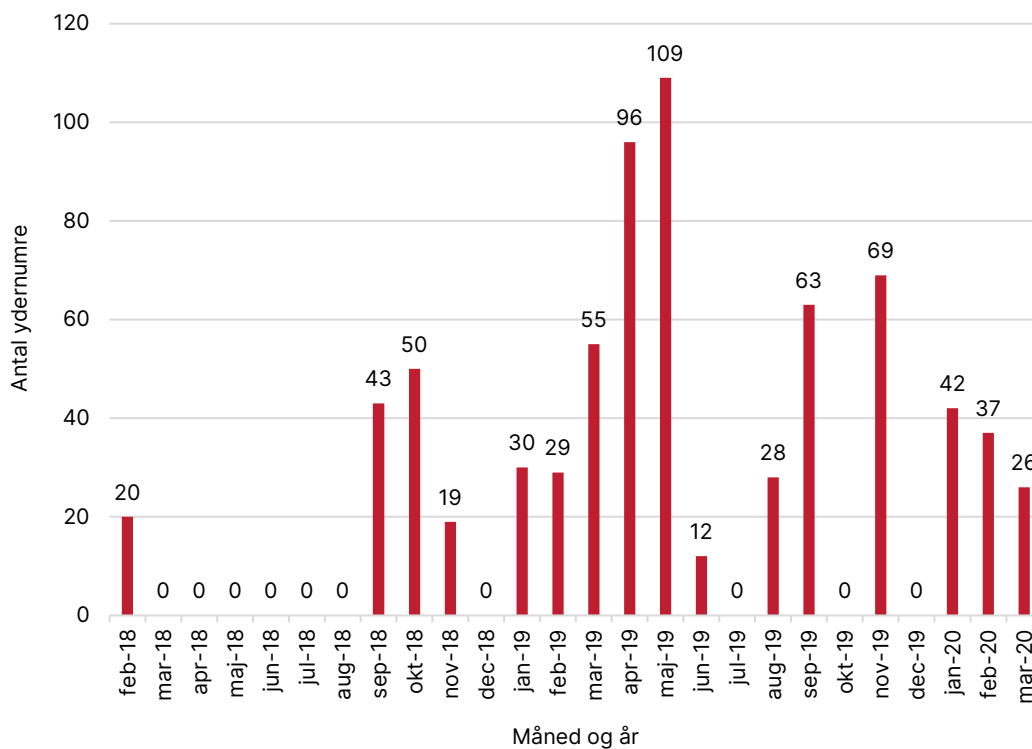
5.2.1 Antibiotikaforbrug

I Figur 5.1 ses fordelingen af, hvor mange praksis (baseret på ydernummer) der har arbejdet med antibiotika i perioden fra 2018 til marts 2020. Det ses, at 20 praksis havde arbejdet med emnet i februar 2018, at flest praksis arbejdede med emnet i maj 2019 (109), og at der var praksis, der arbejdede med antibiotika som emne ind i 2021.

Praksis indgår i de statistiske analyser som del af interventionen i alle måneder, efter de har arbejdet med emnet.

¹⁷ Eftersom klyngerne dækker et afgrænset geografisk område, er det fx sandsynligt, at de praktiserende lægers udskrivningsmønstre vil ligne hinanden, eftersom de varetager patienter, der ligner hinanden med hensyn til alder, sygdomsmønstre m.m.

Figur 5.1 Fordelingen af almen praksis (ydernumre), der har arbejdet med antibiotika som emne ved et klyngemøde



Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

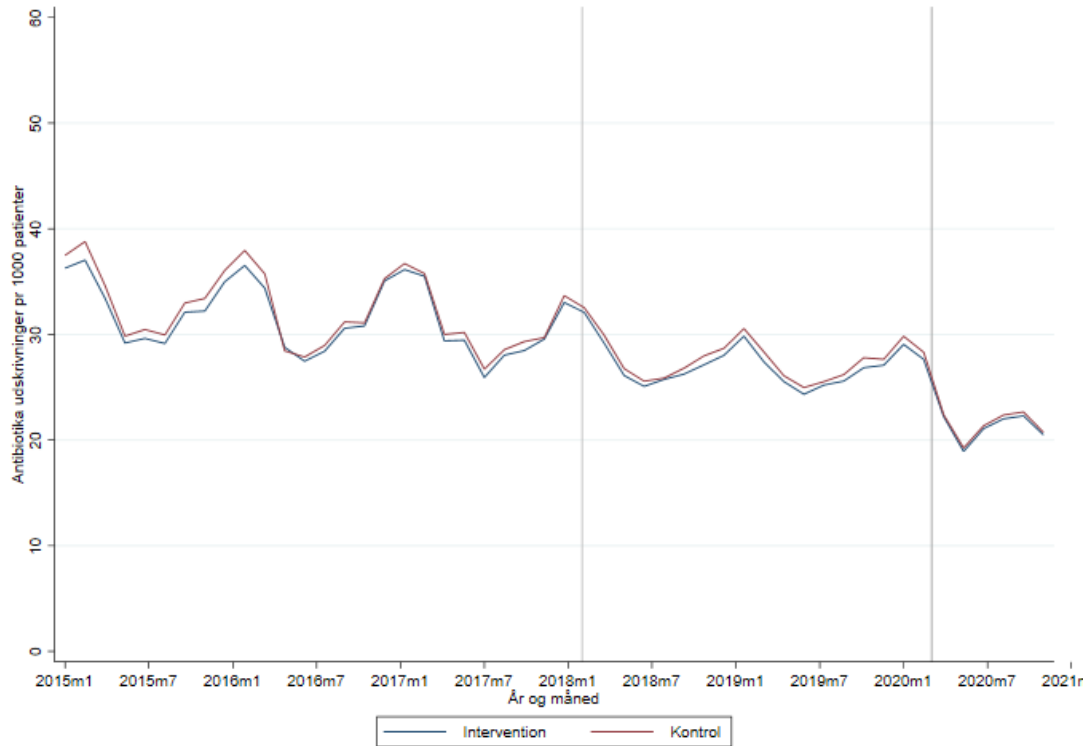
I Figur 5.2 ses udviklingen i antal antibiotika-recepter pr. 1.000 borgere på listen for praksis, der har arbejdet med antibiotika på et tidspunkt i undersøgelsesperioden (den blå linje) og praksis, der ikke har arbejdet med antibiotika ved studiets ophør (den røde linje).

Praksis, der er kategoriseret i interventionsgruppen, har arbejdet med antibiotika som emne på et tidspunkt mellem februar 2018 og marts 2020.

Det ses af figuren, at interventions- og kontrolgruppen følger hinanden tæt fra 2015 og frem til interventionsstart. Graferne følges ligeledes, efter interventionen påbegyndes (markeret ved den første grå lodrette streg). Endelig ser vi et fald i antal udskrevne antibiotika-recepter efter marts 2020, hvor Danmark er i "lockdown" grundet covid-19 – markeret ved den anden grå lodrette streg). Niveaulet falder generelt fra knap 40 udskrivninger pr. 1.000 borgere pr. måned til godt 25 udskrivninger pr. 1.000 borgere pr. måned. Der ses også betragtelige sæsonudsving, således at brugen af antibiotika er størst i vintermånederne.

Det kan observeres, at interventionsgruppen og kontrolgruppen følger hinanden tæt indtil interventionens start, hvilket indikerer, at difference-in-differences-analysen er valid.

Figur 5.2 Udvikling i antal indløste recepter pr. 1.000 borgere på listen i almen praksis opgjort for praksis, der på et tidspunkt arbejdede med antibiotika som emne i en klynge, og praksis, der ikke gjorde.



Anm.: Lys grå lodret streg indikerer interventionsstart. Grå lodret streg indikerer analysestop grundet covid-19-lockdown.

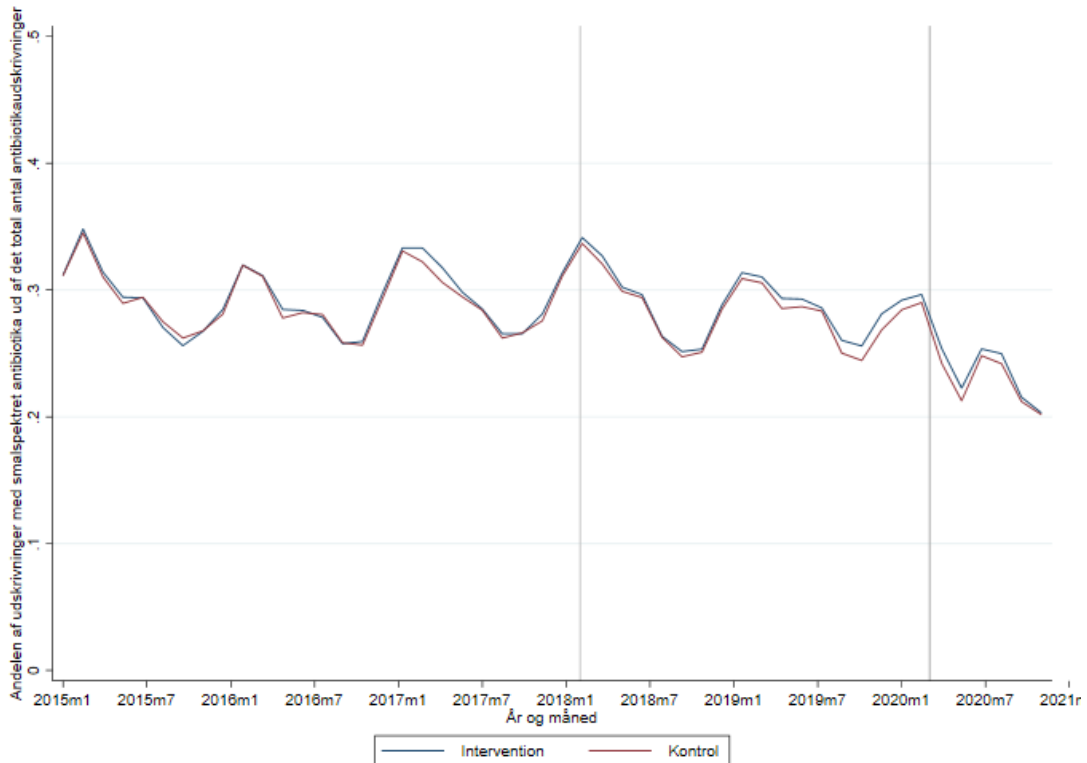
Note: Egne beregninger på baggrund af register og spørgeskemadata.

Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

I Figur 5.3 ses udviklingen i andelen af indløste antibiotika-recepter, der kan kategoriseres som smalspektret i forhold til det totale antal indløste recepter. Det ses, at andelen er relativt stabil omkring 0,3, svarende til 30 %. Der ses sæsonudsving, således at andelen af smalspektret antibiotika stiger i vintermånederne, hvor udskrivningerne også stiger, jf. Figur 5.3.

Det kan observeres, at interventionsgruppen og kontrolgruppen følger hinanden tæt indtil interventionens start, hvilket indikerer, at difference-in-differences-analysen er valid.

Figur 5.3 Udvikling i andelen af indløste antibiotika-recepter, der er smalspektrede, ud af det totale antal recepter. Data opgjort for praksis fra klynger, der på et tidspunkt arbejdede med antibiotika som emne, og praksis fra klynger, der ikke har arbejdet med antibiotika



Anm.: Lys grå lodret streg indikerer interventionsstart. Grå lodret streg indikerer analysestop grundet covid-19-lockdown. Egne beregninger på baggrund af register- og spørgeskemadata.

Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

I Tabel 5.2 ses difference-in-differences-estimerterne for henholdsvis det totale antal antibiotika-recepter pr. 1.000 borgere og andelen af smalspektret antibiotika pr. det totale antal. Begge udfaldsmål er estimeret i den klassiske TWFE-model og den tilrettede estimering efter Wooldrige (2021) (JW).

I tabellen ses, at der er en tendens til, at almen praksis, der har arbejdet med antibiotika, har et lavere forbrug af antibiotika på ca. 0,4 recepter pr. 1.000 borgere pr. måned. Dette resultat er dog kun grænsesignifikant med p-værdier på henholdsvis 0,042 (TWFE) og 0,059 (JW).

Det ses endvidere, at der er en statistisk signifikant stigning i andelen af smalspektret antibiotika hos praksis, der har arbejdet med antibiotika som emne i en klynge. Estimatet ligger på ca. 0,005 med p-værdier mindre end 0,005. Estimatet på ca. 0,005 indikerer, at der i interventionsgruppen er sket en stigning på 0,5 procentpoint i andelen af indløste recepter på smalspektret antibiotika.

Tabel 5.2 Resultater fra difference-in-differences-analysen: Antal antibiotika-recepter pr. 1.000 borgere og andel recepter på smalspektret antibiotika pr. det totale antal.

Udfaldsmål	TWFE	JW
Total antal antibiotika-recepter pr. 1.000 borgere	-0.441* (0.042)	-0.426 (0.059)
Andelen af smalspektret antibiotika recepter pr. totale antal recepter	0.00496** (0.003)	0.00471** (0.001)

Anm.: P-værdier i parentes: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

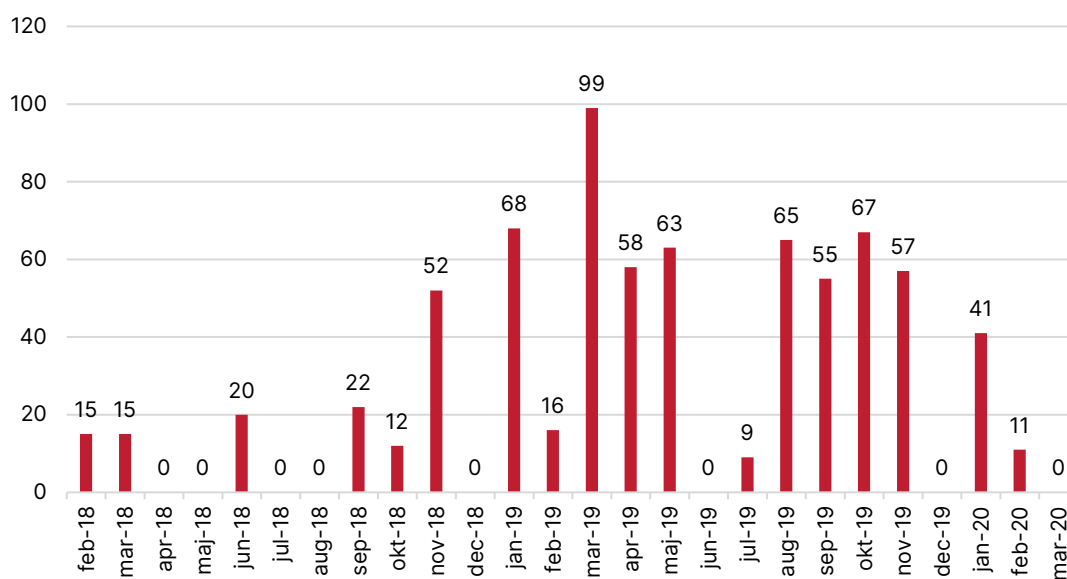
Note: TWFE angiver Two Way Fixed Effect; JW angiver Jeffrey Wooldrige alternativ implementering som i Wooldrige (2021).

Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

5.2.2 Forbrug af afhængighedsskabende medicin

I figur 5.4 ses fordelingen af, hvor mange praksis (baseret på ydernumre) der har arbejdet med afhængighedsskabende medicin i perioden 2018 til marts 2020. Det ses, at de første klynger har arbejdet med afhængighedsskabende medicin i januar 2018, og at størstedelen af praksis har arbejdet med emnet i 2019.

Figur 5.4 Fordelingen af almen praksis (ydernumre), der har arbejdet med afhængighedsskabende medicin som emne ved et klyngemøde



Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

I Figur 5.5 ses udviklingen i antallet af indløste recepter på opioider pr. 1.000 borgere. Det ses, at interventionsgruppen og kontrolgruppen følger det samme mønster før interventionsperioden. Det ses endvidere, at niveauet for interventionsgruppen er højere end for kontrolgruppen, hvor interventionsgruppen har flere indløste opioid-recepter end kontrolgruppen. For begge grupper ses et generelt fald i antallet af opioid-recepter over hele perioden og specielt omkring midten af 2017 og frem. Faldet er fra ca. 35 til 25 opioid-recepter pr. 1.000 borgere pr. måned for interventionsgruppen og fra godt 30 til 20 opioid-recepter pr. 1.000 borgere pr. måned for kontrolgruppen.

Figur 5.5 Udvikling i antal indløste recepter på opioider pr. 1.000 borgere på listen i almen praksis opgjort for praksis fra klynger, der på et tidspunkt arbejdede med afhængighedsskabende medicin som emne, og praksis fra klynger, der ikke gjorde.



Anm.: Lys grå lodret streg indikerer interventionsstart. Grå lodret streg indikerer analysestop grundet covid-19-lockdown.

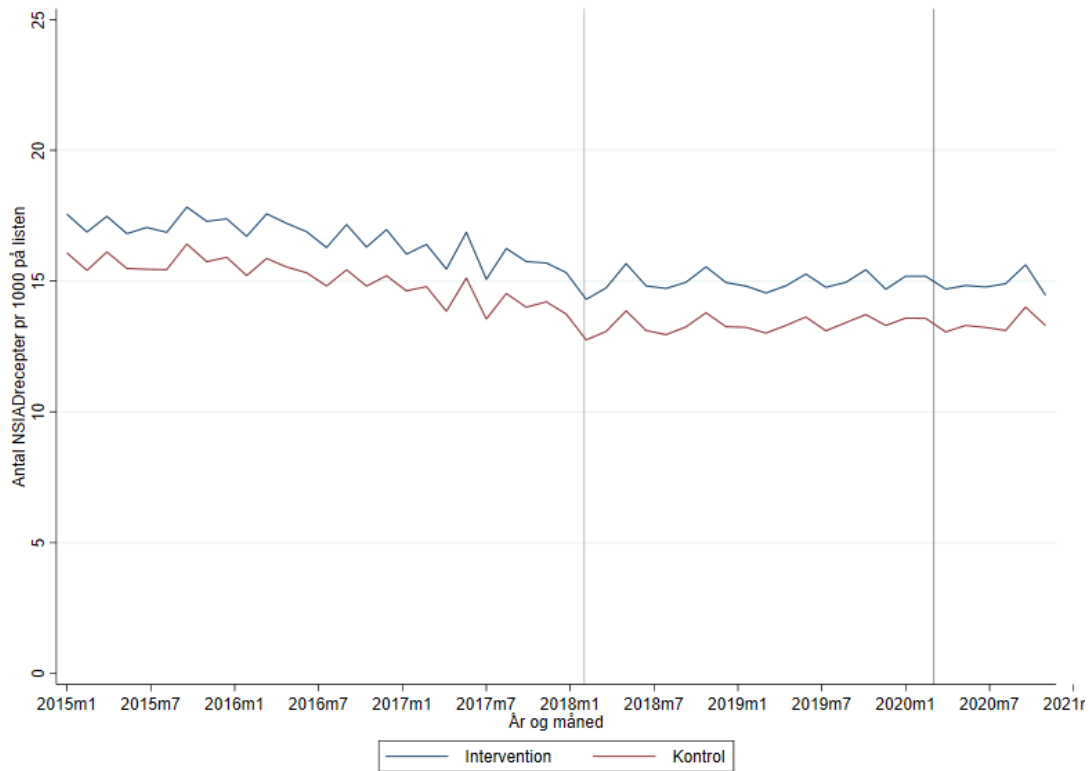
Note: Egne beregninger på baggrund af register og spørgeskemadata.

Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

I Figur 5.6 ses udviklingen i antal NSAID-recepter indløst pr. 1.000 borgere pr. praksis. I figuren ses, at interventionsgruppen ligger på et højere niveau end kontrolgruppen. Det ses endvidere, at der er sket et fald i antal udskrivinger fra 2015 til starten af 2018, hvorefter forbruget stabiliseres.

Interventionsgruppen og kontrolgruppen følger hinanden i før-perioden, hvilket underbygger antagelsen om parallelle trends i perioden op til intervention.

Figur 5.6 Udvikling i antal indløste recepter på NSAID'er pr. 1.000 borgere på listen i almen praksis opgjort for praksis fra klynger, der på et tidspunkt arbejdede med afhængighedsskabende medicin som emne, og praksis fra klynger, der ikke gjorde



Anm.: Lys grå lodret streg indikerer interventionsstart. Grå lodret streg indikerer analysestop grundet covid-19-lockdown.

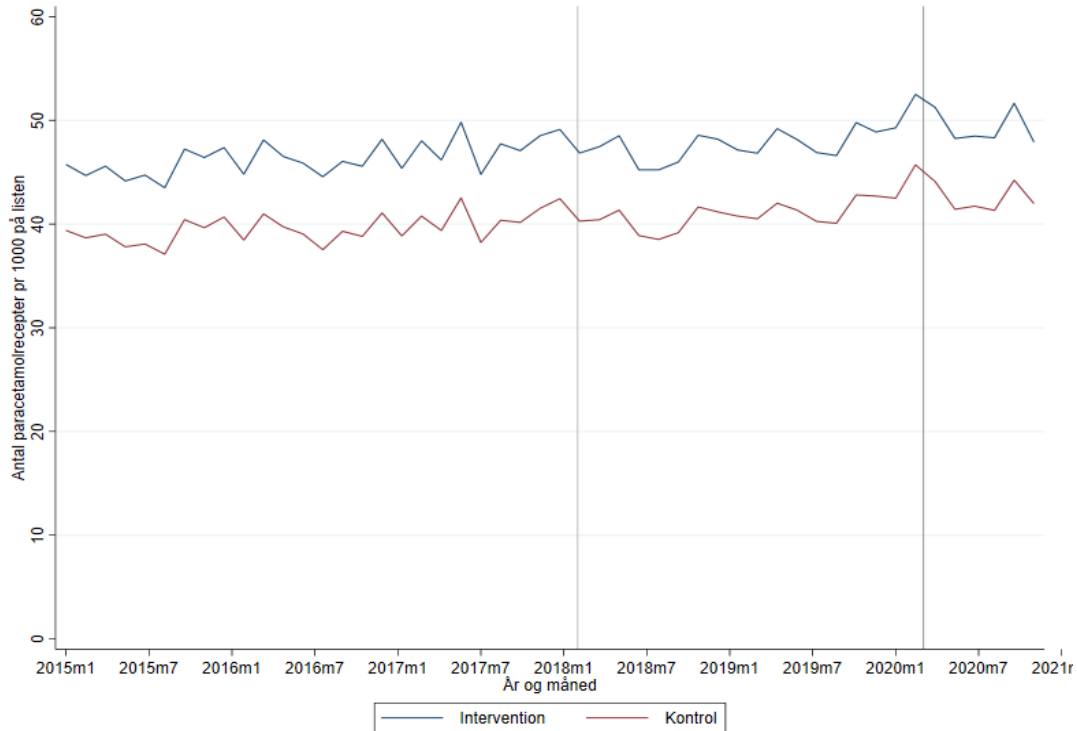
Note: Egne beregninger på baggrund af register og spørgeskemadata.

Kilde: Spørgeskema- og registerdata

I Figur 5.7 ses udviklingen i antallet af indløste recepter på paracetamol pr. 1.000 borgere. Det ses af figuren, at også for paracetamol er der et højere forbrug i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Antallet af udskrivninger ligger omkring 40-50 recepter pr. 1.000 borgere pr. måned. Der er en generel svag stigning i antallet af indløste recepter på paracetamol gennem perioden fra 2015 til 2020 (inden interventionsperioden).

Interventionsgruppen og kontrolgruppen har samme udvikling inden interventionsstart i 2018.

Figur 5.7 Udvikling i antal indløste recepter på paracetamol pr. 1.000 borgere på listen i almen praksis opgjort for praksis i klynger, der på et tidspunkt arbejdede med afhængighedsskabende medicin som emne og praksis i klynger, der ikke gjorde.



Anm.: Lys grå lodret streg indikerer interventionsstart. Grå lodret streg indikerer analysestop grundet covid-19-lockdown.

Note: Egne beregninger på baggrund af register og spørgeskemadata.

Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

I Tabel 5.3 ses regressionsresultaterne fra difference-in-differences-analysen baseret på de to metoder TWFE og JW, og for udfaldsmålet antal indløste recepter pr. 1.000 borgere på listen i almen praksis for henholdsvis opioider, NSAID og paracetamol. Af tabellen ses, at der er sket et forholdsmæssigt større fald i antallet af opioid-recepter i interventionsgruppen end kontrolgruppen. Faldet er på knap én indløst recept pr. 1.000 borgere på listen pr. måned. Det er for begge estimationsmetoder statistisk signifikant med en p-værdi på henholdsvis 0,007 (TWFE) og 0,001 (JW).

Tabel 5.3 Resultater fra difference-in-differences-analysen: Antal opioid-, NSAID- og paracetamol-recepter pr. 1.000 borgere

Udfaldsmål	TWFE	JW
Opioid-recepter pr. 1.000 borgere	-0,822** (0,007)	-0,911** (0,001)
NSAID-recepter pr. 1.000 borgere	-0,127 (0,271)	-0,148 (0,140)
Paracetamol-recepter pr. 1.000 borgere	0,255 (0,311)	0,240 (0,273)

Anm.: P-værdier i parentes, *p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001.

Note: TWFE angiver Two Way Fixed Effect. JW angiver Jeffrey Wooldridge alternativ implementering som i Wooldridge (2021).

Kilde: Spørgeskema- og registerdata.

5.3 Sammenfatning og diskussion af registerundersøgelsens resultater

I denne delundersøgelse var formålet at undersøge effekten af klyngearbejdet på udvalgte mål for klinisk adfærd blandt praktiserende læger. Der blev udvalgt to effektmål, der repræsenterer afgrænsede eksempler på adfældsændringer relateret til konkrete emner, som er behandlet hyppigt i klyngerne. Resultaterne fra denne delundersøgelse tyder overordnet på, at det har medført en mindre ændring i almen praksis' udskrivningsmønster at være i en klynge, hvor man har arbejdet med henholdsvis antibiotika eller afhængighedsskabende medicin som emne.

For antibiotika lå udgangspunktet for andelen af udskrevet smalspektret antibiotika på samme niveau for både interventions- og kontrolgruppen. Dette var ikke tilfældet for opioider, hvor interventionsgruppens udgangspunkt var højere. Der er derfor et større potentiale for gruppen, der har arbejdet med afhængighedsskabende medicin, hvilket understreger, at der til denne delundersøgelse er udvalgt områder, der har givet forskellige betingelser for at arbejde med kvalitetsudvikling i klyngerne.

Sammenlignet med andre interventioner rettet mod udskrivningspraksis ses der for opioider eksempler på sammenlignelige effekter (Alderson et al., 2021), hvorimod reduktionen i udskrivning af antibiotika er begrænset i denne undersøgelse sammenlignet med andre (Van Der Velden et al., 2012). Sammenligner man med målene i den nationale handleplan for antibiotika (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017), hvor det tilstræbes, at andelen af smalspektret antibiotika øges fra 31 % til 36 % – dvs. en stigning på 5 procentpoint – så svarer stigningen på 0,5 %, som ses i denne undersøgelse, til en tiendedel af det nationale mål. Den relativt lille effekt, vi finder her, kan således være af betydning.

Det er dog værd at understrege, at de estimerede ændringer er estimater af effekten for de klynger og almen praksis', der har arbejdet med de specifikke emner, som er udvalgt til denne delundersøgelse. Resultaterne er derfor ikke umiddelbart generaliserbare til hele populationen af praktiserende læger på en måde, hvor det kan antages, at samme effekt vil vise sig for praktiserende læger, der via klyngerne arbejder med samme emner i fremtiden. Endelig skal det bemærkes, at de enkelte klynger har arbejdet med de angivne emner, som de har fundet det mest hensigtsmæssigt, og at man må antage en vis heterogenitet med hensyn til den måde, man har arbejdet med emnerne på i klyngerne. Vi kan derfor ikke sige noget om mekanismerne bag de observerede ændringer på baggrund af denne undersøgelse.

Grundet samkøring af de unikke danske registerdata, der omfatter mere end 95 % af den danske befolkning, samt brugen af data fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, havde vi adgang til detaljerede oplysninger, der muliggør analysen. Blandt andet havde vi mulighed for at identificere og analysere på specifikke emner behandlet i klyngerne og havde information om tidspunktet for første møde om de udvalgte emner. Dette er en væsentlig metodisk styrke ved denne delundersøgelse. Da klyngerne har arbejdet med forskellige emner på forskellige tidspunkter, har det i analysen ikke været muligt at arbejde med en fast followup-periode for alle praksis, der har arbejdet med emnet. Der kan være forskellige dynamikker omkring implementeringen af klyngearbejdet, som derfor ikke afspejles i analyserne. Oplysninger om behandlede emner og tidspunktet for,

hvornår emnet har været behandlet, er som nævnt indsamlet ved hjælp af et spørgeskema, og svarene kan således være behæftet med en vis usikkerhed, idet de hviler på den enkelte respondents hukommelse.

6 Sammenfatning og diskussion af resultater på tværs af delundersøgelserne

Denne undersøgelse havde til formål at bidrage med viden om kvalitetsklynger i almen praksis, herunder de muligheder, udfordringer og virkninger, der knytter sig til denne model for kvalitetsudvikling. Herunder har der været fokus på:

- a) arbejdet med at etablere, organisere og drive kvalitetsklynger i almen praksis
- b) udfordringer og muligheder ved klyngesamarbejdet internt og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- c) de praktiserende lægers udbytte af klyngedeltagelsen og effekterne af klyngerne på udvalgte mål.

Undersøgelsens styrke er, at den består af flere forskellige delundersøgelser, der belyser klyngerne med forskellige metodiske tilgange og med forskelligt fokus. Herved er der opnået indsigt i de forskellige måder, som klyngerne har valgt at organisere sig og arbejde på, i forskellige typer af udbytte, samt mulige forklaringer på, hvad der henholdsvis bidrager til eller udfordrer klyngerne i bestræbelserne på at arbejde med og udvikle kvaliteten blandt klyngens medlemmer.

I det følgende sammenfattes og sammenholdes de vigtigste resultater på tværs af de enkelte delundersøgelser.

6.1 Klyngernes organisering

Klyngemodellen er udformet på en måde, som giver mulighed for, at den enkelte klynge kan tilpasse organisering og mødeformer til den specifikke gruppe af læger, som indgår i klyngen og ikke mindst til de ressourcer – herunder tid – som medlemmerne og klyngekoordinatoren har mulighed for at investere i klyngearbejdet. Som beskrevet i kapitel 3 og 4 varierer klyngerne en del i størrelse (antal medlemmer) og geografisk spænd, og i forhold til hvor ofte de mødes. Interview med klyngekoordinators og klyngemedlemmer peger på, at retten til selv at bestemme rammerne for klyngesamarbejdet opleves som en værdi i sig selv og bidrager til, at de praktiserende læger har modtaget klyngemodellen mere positivt end eksempelvis den tidligere eksternt definerede akkrediteringsmodel (Waldorff et al., 2016).

Som beskrevet i indledningen tildeles de personer, der står for at facilitere klynger eller andre gruppebaserede tiltag, en vigtig funktion, som kan få betydning for, hvad gruppens øvrige medlemmer får ud af at deltage (Huang et al., 2021; Zaher & Ratnapalan, 2012). I tidligere undersøgelser efterspørges særligt faciliterings- og ledelseskompetencer og eksternt støtte af gruppens leder (Ibid). I denne undersøgelse peges, der yderligere på et behov for også at være opmærksom på den organisatoriske struktur og den interne støtte af klyngekoordinatoren. Case-undersøgelsen viser, at der i nogle klynger ikke er fuldstændig balance mellem klyngekoordinatorens motivation for at indgå i rollen og den måde, som klyngekoordinatorrollen aktuelt er udformet på i klyngen. Klyngeko-

ordinatorerne er bredt set motiveret af at bidrage til den faglige udvikling via gode klyngemøder, hvor indholdet er velvalgt og møderne veltilrettelagte. I de klynger, hvor klyngekoordinatoren står alene med ansvaret for klyngen, kan der opstå en ubalance mellem mængden af praktiske og administrative opgaver og opgaver, der mere direkte handler om at udvikle det faglige indhold. Det er en fordel at sprede arbejdsbyrden på flere hænder, så klyngekoordinatorerne får bedre betingelser for at bruge den afsatte tid på den del af rollen, som de er mest motiveret af, således at klyngekoordinatorrollen forbliver attraktiv på sigt. Arbejdsfordelingen kan imidlertid tage sig forskelligt ud – fx uddelegering til sekretærer, klyngemedlemmer eller arbejdsdeling i klyngens bestyrelse – afhængig af den enkelte klynge eller klyngekoordinators præferencer, og undersøgelsen giver ikke anledning til at fremhæve én model over andre. Undersøgelsen viser også et behov for eksterne støttefunktioner, men til forskel fra klyngemodeller i andre lande (Huang et al., 2021; Stanciu et al., 2018), så lader det til, at den hjælp, der tilbydes til de danske klynger i form af bl.a. konsulentstøtte, datatræk og klyngepakker, er brugbar og taget i anvendelse.

Klyngemodellen er etableret og implementeret som et led i de praktiserende lægers overenskomst, og det er kun obligatorisk for de praktiserende læger at deltage i klyngemøderne. Interviews og spørgeskemadata viser dog, at særligt uddannelseslæger også inviteres med til møderne. Udfordringerne ved at inddrage øvrigt praksispersonale handler både om, at de skal aflønnes for de timer, de deltager i klyngemøderne, at praksispersonale ikke bruges på ensartede måder, og at man inviterer ansatte ind i de praktiserende lægers fortrolige rum. Potentialet i at invitere praksispersonale til at deltage i kvalitetsudviklingen på områder, hvor arbejdsopgaver er eller kan uddelegeres til ansatte, fremstår derfor fortsat uklart, da det kun har fundet sted i meget begrænset omfang.

Boks 6.1 Delkonklusion – klyngernes organisering

Klyngerne vurderes positivt af de praktiserende læger på grund af muligheden for autonomi og for at tage afsæt i emner, der er praksisnære og opleves som relevante i den specifikke klynge.

Der er tale om en fleksibel model, som kan tilpasses den enkelte klynge, og af den grund er det ikke muligt at udpege én model for klyngernes organisering, der i alle tilfælde er bedre end andre. Der peges dog på visse fordele ved de typer af organisering, hvor arbejdsbyrde og ansvar for klyngen ikke alene varetages af klyngekoordinatoren.

Udfordringer og opmærksomhedspunkter:

Klyngekoordinatorerne udgør en hjørnesten i klyngemodellen. Det er derfor vigtigt fortsat at understøtte klyngekoordinatorerne i deres arbejde, fx via klyngepakkerne eller med hjælp til praktisk arbejde, så koordinatorrollen forbliver attraktiv. Der mangler konkrete praktiske løsninger på, hvordan praksispersonalet kan inddrages, hvis potentialet i at inddrage praksispersonalet i klyngearbejdet skal udforskes yderligere.

6.2 Udbyttet af klyngerne

De praktiserende lægers udbytte af deres deltagelse i klyngearbejdet er belyst i både spørgeskemaer og interviews, hvilket giver indsigt i de praktiserende lægers subjektive

vurderinger af udbytte. Desuden er klyngernes betydning for udviklingen i de praktiserende lægers adfærd på udvalgte objektive mål undersøgt via registerstudiet. På tværs af de tre delundersøgelser tegner der sig et billede af, at klyngerne kan bidrage til forskellige typer af udbytte og effekter, herunder:

- Konkrete ændringer i egen klinik
- Faglige diskussioner og egne refleksioner omkring 'best practice' generelt og inden for egen klinik
- Øget indsigt i et konkret emne, fx relateret til kliniske problemstillinger eller til en konkret samarbejdspartner i kommune eller region
- Et styrket socialt og fagligt netværk
- Et styrket samarbejde med samarbejdspartnere i andre sektorer.

Både spørgeskemabesvarelser og interviews indikerer, at ændringer i egen klinik som følge af klyngearbejdet især viser sig på meget konkrete og klart afgrænsede områder, fx relateret til udskrivning af bestemte typer af medicin og specifik patientbehandling. Dette bekræftes af registeranalysen, som viser, at behandlingen af et konkret emne i klyngerne kan ændre specifik adfærd relateret til medicinudskrivning. Disse fund synes at være sammenlignelige med effekterne af andre lignende tiltag, herunder den skotske model for kvalitetsklynger (Mercer, Gillies & Fitzpatrick, 2020; Rohrbasser et al., 2017b; Zaher & Ratnapalan, 2012). Registerstudiet peger dog på, at effektstørrelserne er begrænsede. Klyngerne mødes typisk 2-4 gange om året og til møder af 2-3 timers varighed. Det begrænser naturligt omfanget af klyngernes påvirkning af den enkelte klinik og forklarer også, hvorfor der i højere grad rapporteres om specifikt frem for generelt forbedret patientbehandling som følge af deltagelse i klyngemøderne.

Spørgeskemabesvarelserne peger desuden på, at forbedret samarbejde internt mellem lægerne i klyngen er et væsentligt udbytte. I interviewene beskrives det både som en egenskab ved klyngerne i sig selv – at det kan være motiverende at mødes om faglige diskussioner kombineret med et socialt fællesskab – og som en udvikling af gruppen af læger, der via klyngen har lært hinanden bedre at kende og er ved at opbygge en tryk ramme, hvor faglige og mere følsomme emner kan diskuteres.

Hvilke af ovenstående typer af udbytte lægerne oplever, afhænger bl.a. af de emner, der har været på dagsordenen på klyngemøderne, og hvordan man har arbejdet med emnerne. Derfor er et ensartet udbytte på tværs af landets praktiserende læger ikke forventeligt. Cirka en tredjedel af de praktiserende læger, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, oplever et højt udbytte af at deltage i klyngearbejdet, 40 % oplever et moderat udbytte af at deltage i klyngearbejdet, og en tredjedel har svaret, at de samlet set oplever et lavt eller meget lavt udbytte af klyngesamarbejdet. Denne fordeling adskiller sig fra de tidlige erfaringer fra Skotland, hvor 70 % af de praktiserende læger gav udtryk for ikke at opleve et udbytte (Mercer, Gillies & Fitzpatrick, 2020). Denne forskel kan muligvis forklares ved, at den skotske undersøgelse afgrænser udbytte til forståelse for metoder til kvalitetsudvikling og kvalitet i patientbehandlingen, hvor denne undersøgelse også inkluderer udbytte i form af relationsopbygning internt i klyngen og i forhold til eksterne samarbejdspartnere. Resultaterne fra denne undersøgelse understreger, at virkningerne af klyngerne i almen praksis ikke alene kan indfanges gennem objektive

effekt mål, men skal afdækkes med et bredere blik på det udbytte, som lægerne kan have af at deltage i klyngearbejdet, og at effektstørrelser skal ses i sammenhæng med de øvrige 'ikke-målbare' effekter.

Denne undersøgelse giver ikke anledning til at fremhæve særlige karakteristika ved de læger, der henholdsvis oplever eller ikke oplever et udbytte af klyngerne. Vi ved eksempelvis ikke, om oplevet udbytte i mindre grad ses blandt dem, der i forvejen arbejder systematisk med kvalitetsudvikling inden for et givet emne, er særligt opsøgende efter ny viden eller allerede følger de retningslinjer, som præsenteres på klyngemøderne. Ligeledes ved vi ikke, om manglende udbytte skal ses i sammenhæng med manglende tid, overskud eller motivation til klyngearbejdet. Vi kan dog udlede af interviewene, at de praktiserende læger har forskellige erfaringer med, om klyngerne kan bidrage til kvalitetsudvikling i deres praksis, herunder forskellige vurderinger af, om de andre klynge-medlemmer kan bidrage til deres kvalitetsudvikling. Desuden ses det, at oplevet udbytte ses i relation til, om den enkelte læge allerede indgår i et veletableret fagligt netværk, som klyngen kan komme til at stå i skyggen af. Endelig skal det uens udbytte på tværs af praktiserende læger ses i lyset af, at det er op til den enkelte læge at afgøre, om og hvordan viden og drøftelser fra klyngemøderne skal omsættes i egen klinik, herunder hvor forpligtende de oplever det at bruge viden og drøftelser fra klyngermøderne som afsæt for ændringer.

Afslutningsvis er det vigtigt at understrege, at både registerundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen baserer sig på data, der vedrører klyngernes første to år, hvor fokus har været på at etablere klyngerne og klyngernes måde at arbejde på, og hvor covid-19-pandemien har påvirket klyngernes muligheder for at mødes i dele af denne periode. Der bliver løbende arbejdet med nye klyngepakker, bedre muligheder for at indhente data til brug i klyngemøderne, og der er både i klyngerne, i KiAP og de regionale kvalitetsenheder et øget fokus på implementering af ændringer i egen praksis. Disse løbende, nye tiltag og fokuspunkter har det ikke været muligt at indfange i denne undersøgelse.

Boks 6.2 Delkonklusion – udbytte

Klyngerne bidrager til øget viden om og inspiration til, hvordan man kan tilrettelægge behandling og organisere praksis på.

Klyngerne lader til at kunne påvirke de praktiserende lægers faglige praksis inden for afgrænsede områder.

Klyngerne kan bidrage til at styrke relationerne internt blandt klyngemedlemmerne. I forhold til eksterne aktører – særligt kommunerne – ses der også eksempler på større gensidigt kendskab inden for afgrænsede områder.

Denne undersøgelse udleder ikke særlige karakteristika ved de praktiserende læger, der ikke oplever et udbytte, men oplevelserne af klyngernes værdi synes at blive påvirket af, om man allerede indgår i velfungerende faglige fællesskaber, og af om man vurderer, at de øvrige klyngemedlemmer kan bidrage positivt til ens egen kvalitetsudvikling.

Udfordringer og opmærksomhedspunkter:

Klyngemøderne foregår typisk som fyraftensmøder afholdt 3-4 gange om året, hvilket sætter grænser for, hvor meget tid man kan bruge på klyngemøderne, og dermed hvor meget man kan nå. Det er et forhold, som sætter grænser for, hvor meget man kan forvente, at klynge-modellen påvirker kvalitetsudviklingen i almen praksis (både mængden af forandringer og effektivitetstørrelser).

6.3 Klyngearbejdets vigtigste virkemidler

Selvom klyngerne har stor frihed i deres måde at gribe klyngearbejdet an på, så viser spørgeskemaundersøgelsen og den kvalitative case-undersøgelse, at der anvendes nogle grundlæggende virkemidler, som kan kombineres på forskellig vis afhængig af fx emnevalg eller præferencer. Disse to delundersøgelser giver desuden indikationer på, hvilke dele af klyngearbejdet der bidrager til det oplevede udbytte:

- *Data:* Brug af data på klyngemøderne bidrager ifølge interviewene som et middel til indsigt i egen praksis sammenlignet med andre og til at åbne en samtale om forskellige tilgange til patientbehandling. Data kan imidlertid også være med til at lukke eller afspore en dialog, hvis de ikke er direkte relevante for det emne, der er på dagsordenen, eller hvis de bliver genstand for en diskussion om datakvalitet. Spørgeskemaundersøgelsen viser ingen association mellem oplevet udbytte generelt og brug af data på klyngemøderne, hvilket kan skyldes, at de anvendte data ikke altid opfattes som valide eller relevante.
- *Klyngepakker:* Brug af klyngepakker bidrager ifølge interviewene til veltilrettelagte møder og kan være et afgørende bidrag til klyngekoordinatorernes arbejde, idet deres tidsforbrug reduceres, samtidig med at de tilbydes en sikkerhed for et møde med en vis faglig kvalitet.

Det er dog kun i relation til lægemiddeludskrivninger, at der ses en association mellem brug af klyngepakker og oplevet udbytte i spørgeskemaet. Til gengæld ses en association imellem brug af guidelines på klyngemøderne og samlet udbytte såvel som forskellige undertyper af udbytte (fx lægemiddeludskrivning og patientbehandling).

- *Plenumdrøftelser og gruppearbejde:* Mulighed for fælles drøftelser enten i plenum eller i mindre gruppearbejde fremhæves som et vigtigt element i interviewene. Det er her, at muligheden for at spørge ind til andres praksis opstår, og til at få konkret inspiration til nye måder at gribe arbejdet an på.

Spørgeskemaet viser, at en positiv oplevelse af et samlet udbytte er forbundet med brug af plenumdiskussioner og gruppearbejde, men når man ser på de enkelte undertyper af udbytte, er billedet knap så tydeligt. En forklaring på dette kan være, at disse forskellige former for fælles faglige drøftelser ifølge interviewene kan have forskellig karakter lige fra en inspirerende samtale til en konkret idé til, hvad man kan ændre i egen praksis.

Klyngekoordinatorerne beskriver det som en prioritet at sikre tid til gruppearbejde eller plenumdiskussioner. Klyngemedlemmer ser også en sådan dynamisk og vekselvirkende mødeform som fordelagtig, omend enkelte praktiserende læger efterspørger mere egentlig undervisning. Spørgeskemaundersøgelsen finder imidlertid ingen association mellem undervisning i procedurer og faglige oplæg og oplevet udbytte.

Arbejdsformen i klyngerne, hvor der ofte anvendes data fra egen praksis, minder på nogen måder – og i nogle situationer – om principperne bag audit og feedback, hvor læger præsenteres for data om egen praksis, eventuelt sammenlignet med data fra andre behandlere eller med relevante retningslinjer, og på den måde kan tage stilling til, om der er behov ændringer af praksis. Audit og feedback er i flere systematiske reviews udpeget som en metode, der kan skabe kvalitetsforbedringer i sundhedsprofessionel praksis (Irwin, Stokes, & Marshall, 2015; Ivers et al., 2012; Van Den Bulck et al., 2021). Selvom metoderne i denne undersøgelse ikke giver mulighed for at drage kausale slutninger om betydningen af den datadrevne og gruppebaserede tilgang til kvalitetsudvikling, peger undersøgelsen på, at muligheden for at se på udvalgte dele af egen praksis og sammenligne den med andre og/eller med gældende viden om best practice kan bidrage med ny viden og inspirere den enkelte læge til at gennemføre visse ændringer i egen praksis.

En sidste, helt grundlæggende forudsætning for, at klyngerne kan få indflydelse på kvalitetsudviklingen i almen praksis, er selvsagt, at de praktiserende læger møder op til klyngemøderne. Klyngemodellen er indskrevet i de praktiserende lægers overenskomst, og det er obligatorisk for lægerne at deltage i klyngemøderne. Dette har betydning for fremmødet på klyngemøderne, som vurderes at være større end på møder i fx de kommunale lægelaug, hvor fremmøde er frivilligt. Det er dog fortsat væsentligt, at der er fokus på faglig relevans og høj kvalitet i klyngearbejdet, da disse aspekter fremhæves som nogle af de vigtigste pejlemærker, der kan være med til at sikre de praktiserende lægers fortsatte engagement i klyngearbejdet. Udfordringen er imidlertid, at de praktiserende læger har forskellige holdninger til, hvad der er relevant at arbejde med, og hvad der er høj kvalitet. Det er på sin vis en indbygget præmis for klyngearbejdet (og al anden kvalitetsudvikling), men også noget, der kan imødekommes i klyngemodellen, eftersom klyngerne netop udgør en fleksibel ramme for emnevalg og metodevalg, hvor der over tid er mulighed for at tilgodese flere forskellige interesser. Muligheden for at tilpasse kvalitetsindsatser til den lokale kontekst er også fremhævet i forskningen om forandringer i primærsektoren (Lau et al., 2016).

Boks 6.3 Delkonklusion – virkemidler

Det datadrevne kvalitetsarbejde forbindes med væsentlige fordele. Det bidrager som et middel til indsigt i egen praksis, til at rejse spørgsmål til egen praksis i sammenligningen med andre og til at åbne en samtale om forskellige tilgange til patientbehandling.

Brugen af klyngepakker bidrager til veltilrettelagte møder og er et afgørende understøttende redskab til klyngekoordinatorens arbejde.

Klyngemøderne skaber et forum for fælles drøftelser og erfaringsudveksling – i plenum eller mindre grupper – om både kliniske og organisatoriske aspekter i almen praksis.

Udfordringer og opmærksomhedspunkter:

I den enkelte klynge kan der være store forskelle på medlemmernes ønsker og behov i klyngearbejdet og deres motivation for at deltage. Denne heterogenitet blandt medlemmerne stiller krav til klyngekoordinatorer om tilpasning til forskelligartede ønsker, behov og dagsordener og understreger behovet for, at klyngekoordinatorerne har mulighed for at søge inspiration og støtte til forskellige måder at tilrettelægge klyngearbejdet på.

6.4 Klyngen som afsæt for kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen

Ud over at skulle bidrage til kvalitetsudvikling internt blandt klyngens medlemmer er klyngerne også en mulighed for at arbejde med kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Det har konkret udmøntet sig i deltagelse af aktører fra andre sektorer og ifølge spørgeskemaundersøgelsen særligt fra kommunale aktører (ca. en tredjedel af klyngerne). Klyngemøder med besøg fra kommunale aktører er ifølge interviewundersøgelsen ofte tilrettelagt med mulighed for gensidig udveksling af viden om fx arbejdsgange og lovgivningsmæssige rammer, som har betydning for samarbejdet mellem almen praksis og kommunen.

Dette aspekt af klyngerne er ikke eksplicit belyst i andre undersøgelser af lignende klynge modeller (Huang et al., 2021; Mercer, Gillies & Fitzpatrick, 2020), og denne undersøgelse bidrager derfor med ny viden om både udbytte og forhold af betydning for klyngernes samarbejde med andre aktører i sundhedsvæsenet. Undersøgelsen tyder på, at det især er øget viden om kommunale tilbud af relevans for en bestemt gruppe af borgere frem for nye konkrete samarbejdsaftaler, som er udbyttet af denne type møder. Interviewundersøgelsen viser imidlertid også, at øget viden opleves som brugbart i sig selv for de praktiserende læger i de tilfælde, hvor de får en øget forståelse for de kommunale aktørers behov eller selv får nye handlemuligheder, fx i form af øget kendskab til kommunale tilbud eller nye kommunikationsveje. Klyngearbejdet har dog sine begrænsninger, når der skal indgås konkrete aftaler om samarbejde mellem almen praksis og kommunen. Her overgår det videre arbejde typisk til det kommunale lægelaug og lægelaugsformanden. I de tilfælde, hvor klyngens medlemmer en-til-en svarer til lægelaugets medlemmer, beskrives denne overgang som uproblematisk, men i de klynger, der rummer flere kommuner og dermed flere lægelaug – eller omvendt, hvor klyngens medlemmer kun udgør en delmængde af et lægelaug – er ansvarsoverdragelsen mere kompliceret.

Omkring halvdelen af klyngerne har haft besøg af en aktør fra et sygehus, hvorimod besøg fra praktiserende speciallæger lader til at være lidt mindre anvendt. Interviewundersøgelsen tyder på, at besøg af samarbejdspartnere fra sygehus eller fra praktiserende speciallæger typisk har karakter af faglige oplæg. Dog er det, jf. spørgeskemaundersøgelserne, kun omkring en femtedel af de praktiserende læger, som har opnået større viden om tilbud henholdsvis hos praktiserende speciallæger og på sygehus. Vi kan dog ikke på baggrund af denne undersøgelse konkludere, at klyngerne er mindre velegnede som udgangspunkt for at arbejde med kvalitetsudvikling i relation til sygehus og praktiserende læger, bl.a. fordi faglige oplæg fra aktører fra sygehus og praktiserende speciallæger kan have bidraget på andre måder, herunder til øget viden om vejledninger og specifik patientbehandling. Interviewundersøgelsen viser desuden, at der er forskellige ønsker til faglige oplæg fra eksperter, idet nogle efterspørger flere af den type oplæg, der har karakter af undervisning, mens andre problematiserer oplæg, der primært tager udgangspunkt i oplægsholderens ekspertområde, uden at det bliver omsat til den patientgruppe og de behandlingsmuligheder, som gør sig gældende i almen praksis. Det er desuden værd at bemærke, at spørgeskemaundersøgelsen viser en association mellem klynge-størrelse og oplevelse af forbedret samarbejde med det lokale sygehus, hvilket muligvis indikerer, at de større klynger kan have et bedre afsæt for at indgå i denne samarbejdsrelation.

Klyngekoordinatorer og klyngemedlemmer beskriver i interviewene, at de forholder sig positivt til ekstern deltagelse på klyngemøderne. For klyngekoordinatorerne er det dog en mere omfattende opgave at planlægge denne type møder. I overenskomsten fra 2018 og igen i 2022 beskrives det som *"... naturligt, at klyngekoordinatoren fungerer som det omkringliggende sundhedsvæsens kontaktperson vedrørende kvalitetsarbejdet"* (RLTN & PLO, 2018, s. 114, 2022, s. 146). Denne undersøgelse peger på, at det kan være et relativt sårbart forbindelsesled, da det afhænger af den enkelte klyngekoordinators overskud til at varetage de opgaver, der er nødvendige for at etablere et konkret samarbejde. KiAP har lavet klyngepakker med fokus på kommunalt samarbejde¹⁸, hvor klyngekoordinatoren kan få hjælp til en indledende kontakt til kommunen, og det kan – som med andre klyngepakker – være medvirkende til at begrænse arbejdsbyrden for klyngekoordinatorerne; dog kun inden for det specifikke område, som klyngepakken vedrører.

Et vigtigt aspekt af potentialet for at bruge klyngemøderne som afsæt for kvalitetsudvikling på tværs af sektorer er, at det i sagens natur bliver møder, hvor emnevalg og mødeform er besluttet af de praktiserende læger. Selvom det ikke umiddelbart stiller parterne ens, så er der i denne undersøgelse tegn på, at selve møderne forløber som en ligeværdig dialog, hvor begge parter har mulighed for at give udtryk for de udfordringer, de oplever, og de ønsker og idéer de har til et forbedret samarbejde. Klyngerne udgør således en mulighed for, at de praktiserende læger kan stille sig til rådighed for dialog og udvikling inden for udvalgte områder i tråd med klyngemodellens formål på en måde, hvor de har mulighed for at påvirke, hvad der tales om og med hvem.

¹⁸ <https://kiap.dk/kiap/klynge/klyngekoordinator/klyngepakker/kiapklyngepakker.php>, 8. April 2022.

Boks 6.4 Delkonklusion – tværsektorielt samarbejde

Eftersom klyngerne samler de praktiserende lægerne inden for et geografisk område, etablerer klyngerne også et velfungerende afsæt for lokalt tværsektorielt samarbejde.

Internt i klyngen kan der etableres et forum til at drøfte og blive enige om de fælles udfordringer på det tværsektorielle felt. Eksternt er der et potentiale i at bruge dette forum i relation til kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der beskrives gode erfaringer med denne model fra både klynger og kommuner.

Udfordringer og opmærksomhedspunkter

Klyngerne sætter selv dagsordenen for møderne – også når det kommer til emner, der involverer eksterne parter. Det er derfor en væsentlig præmis for eksternt samarbejde, at det sker med udgangspunkt i klyngernes prioriteringer og interesser, og klyngerne er ikke nødvendigvis et forum, hvor kommuner og hospitalers behov/ønsker kan behandles. Til gengæld er det et forum, hvor de praktiserende læger selv inviterer til en dialog om et afgrænset emne/område, hvor de ser et potentiale for forbedring.

Eksterne aktørers adgang til de enkelte klynger vil i praksis afhænge af den enkelte koordinators tid, prioriteringer og overskud til at tage stilling til eksterne henvendelser.

Der er ofte betydelige overlap mellem klyngerne og de kommunale lægelaug, både hvad angår medlemskreds og emner som behandles i de to fora. Det er ikke nødvendigvis et problem, men det er værd at overveje, hvordan de to fora skal fungere side om side.

Litteratur

- Alderson, S. L., Farragher, T. M., Willis, T. A., Carder, P., Johnson, S., & Foy, R. (2021). The effects of an evidence- And theoryinformed feedback intervention on opioid prescribing for non-cancer pain in primary care: A controlled interrupted time series analysis. *PLoS Medicine*, *18*(10), 1–18.
- Borusyak, K., & Jaravel, X. (2018). *Revisiting event study designs, with an Application to the Estimation of the Marginal Propensity to Consume. Working Paper*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Bundgaard, M., Jarbøl, D. E., Søndergaard, J., Kousgaard, M. B., Wehberg, S., & Pedersen, L. B. (2022). Quality clusters in general practice: associations between cluster organization and general practitioners' self-reported benefits. *Family Practice*, 1–8.
- Callaway, B., & Sant'Anna, P. H. C. (2021). Difference-in-differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, *225*(2), 200–230.
- De Chaisemartin, C., & d'Haultfoeuille, X. (2020). Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. *American Economic Review*, *110*(9), 2964–2996.
- Goodman-Bacon, A. (2021). Difference-in-differences with variation in treatment timing. *Journal of Econometrics*, *225*(2), 254–277.
- Huang, H., Jefferson, E. R., Gotink, M., Sinclair, C., Mercer, S. W., & Guthrie, B. (2021). Collaborative improvement in Scottish GP clusters after the Quality and Outcomes Framework: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, *71*(710), 719–727.
- Irwin, R., Stokes, T., & Marshall, T. (2015). Practice-level quality improvement interventions in primary care: a review of systematic reviews. *Primary Health Care Research & Development*, *16*(6), 556–577.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottort, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., ... Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., ... Murray, E. (2016). Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, *11*(1), 1–39.
- Madsen, M. H., Klausen, M. B., Kousgaard, M. B., Bundgaard, M., Mikkelsen, T. H., Kristensen, M. A. T., ... Søndergaard, J. (2020). *Kvalitetsklynger i almen praksis: En kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år*. København: VIVE.
- Mercer, S., Gillies, J., & Fitzpatrick, B. (2020). Progress of GP clusters 2 years after their introduction in Scotland: findings from the Scottish School of Primary Care national GP survey. *BJGP Open*, *4*(5), 1–9.
- RLTN, & PLO. (2018). *Overenskomst om almen praksis*. København: Danske Regioner.
- RLTN, & PLO. (2022). *Overenskomst om almen praksis 2022*. København: PLO.
- Rohrbasser, A., Guthrie, B., Gillies, J., & Mercer, S. (2017a). *Collaborative Quality Improvement in General Practice Clusters. Briefing Paper 12*. Glasgow: Scottish School of Primary Care.

- Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K., & Wong, G. (2017b). Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae - A scoping review. *PLoS One*, *13*(12), 1–19.
- Stanciu, M. A., Law, R.-J., Parsonage, R., Hendry, M., Pasterfield, D., Hiscock, J., ... Wilkinson, C. (2018). *Development and first application of the Primary Care Clusters Assessment (PCCA) in Wales*. Bangor: North Wales Centre for Primary Care Research.
- Sun, L., & Abraham, S. (2021). Estimating dynamic treatment effects in event studies with heterogeneous treatment effects. *Journal of Econometrics*, *225*(2), 175–199.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *National handlingsplan for antibiotika til mennesker: Tre målbare mål for en reduktion af antibiotikaforbruget frem mod 2020*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Van Den Bulck, S., Spitaels, D., Vaes, B., Goderis, G., Hermens, R., & Vankrunkelsven, P. (2021). The effect of electronic audits and feedback in primary care and factors that contribute to their effectiveness: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, *32*(10), 708–720.
- Van Der Velden, A. W., Pijpers, E. J., Kuyvenhoven, M. M., Tonkin-Crine, S. K. G., Little, P., & Verheij, T. J. M. (2012). Effectiveness of physician-targeted interventions to improve antibiotic use for respiratory tract infections. *British Journal of General Practice*, *62*(605), 801–807.
- Waldorff, F., Nicolasdottir, D., Kousgaard, M., Reventlow, S., Søndergaard, J., Thorsen, T., ... Bro, F. (2016). Almost half of the Danish general practitioners have negative a priori attitudes towards a mandatory accreditation programme. *Danish Medical Journal*, *63*(9), 1–5.
- Wooldridge, J. (2021). *Two-way fixed effects, the two-way Mundlak regression, and difference-in-differences estimators*. East Lansing, MI: Department of Economics, Michigan State University.
- Zaher, E., & Ratnapalan, S. (2012). Practice-based small group learning. Systematic review. *Canadian Family Physician*, *58*, 637–642.

Bilag 1 Oversigt over interviews og observationer foretaget i udvalgte klynger

Klynge	Interviews, 1. runde	Observerede klynge-møder, 1. runde	Interviews, 2. runde	Observerede klynge-møder, 2. runde
1	1 klyngekoordinator 4 klyngemedlemmer	Emne: Smertebehandling Data: udskrivning af NSAID Klyngepakke: Regional Ekstern deltagelse: Oplæg fra regional konsulent, som også er læge i klyngen med afsæt i videoer med konsultation med smertepatienter	1 klyngekoordinator 3 klyngemedlemmer	Emne: NSAID Data: Ordinationsdata leveret af regional kvalitetsenhed Klyngepakke: KiAP Eksterne deltagere: Ingen
2	1 klyngekoordinator 3 klyngemedlemmer	Emne: KOL diagnostik Data: Antal patienter med KOL, kliniske værdier og risikogruppe trukket af klyngemedlemmer via egne forløbsplansmoduler Klyngepakke: KiAP Eksterne deltagere: Ingen	1 klyngekoordinator 3 klyngemedlemmer	Emne: Sårbare børn og unge – det tværsektorielle samarbejde mellem kommune (PPR), almen praksis og psykiatri Data: Andel af og antal underretninger fra almen praksis til PPR Klyngepakke: Ingen klyngepakke Eksterne deltagere: Kommunale repræsentanter fra PPR og myndighedsafdeling. Et klyngemedlem havde i samarbejde med kommunen forberedt mødet inkl. case-materiale, arbejds spørgsmål og gruppearbejde
3	1 klyngekoordinator	Ingen	1 klyngekoordinator Ingen klyngemedlemmer	Ingen
4	1 klyngekoordinator 5 klyngemedlemmer	Emne: Patienter med hjertesvigt Data: Sammenligninger mellem klinikker på forbrug af to typer medicin (NOAK og Marevan) Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Overlæge med oplæg om patienter med hjertesvigt behandling og medicintyper	UDGÅET	UDGÅET
5	1 klyngekoordinator 5 klyngemedlemmer	Emne: Lægeattester rekvireret af kommunen	2 klyngekoordinatorer (gammel og ny) 3 klyngemedlemmer	Emne: Diabetesbehandling Data: Forløbsplaner

Klynge	Interviews, 1. runde	Observerede klynge-møder, 1. runde	Interviews, 2. runde	Observerede klynge-møder, 2. runde
		Data: Kommunale data på antal lægeattester og antal, hvor svarfrist har været overskredet Klyngepakke: Ingen Ekstern aktør: Oplæg fra en tidligere konsulent ved lægeforeningens attestudvalg		Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Ingen
6	1 klyngekoordinator 4 klyngemedlemmer	Emne: Antibiotika og CRP Data: Ordinationsdata (antibiotika), ydelsesdata (CRP) leveret af regional kvalitetsenhed Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Regional medicinkonsulent	1 klyngekoordinator 3 klyngemedlemmer	Emne: Multisyrge borgere Data: Ydelsesdata (hjemmebesøg) trukket af klyngen selv Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Ingen
7	1 klyngekoordinator 2 klyngemedlemmer	Emne: Urinvejsinfektioner Data: Ordinationsdata leveret af regional kvalitetsenhed Klyngepakke: Regional Eksterne deltagelse: Regionale medicinkonsulenter	1 klyngekoordinator 1 klyngemedlem	Emne: Generalforsamling Data: Ingen Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Ingen
8	4 (klyngekoordinator og klyngebestyrelse) 2 klyngemedlemmer	Emne: Angst Data: Ydelsesdata (samtaletterapi, test), ordinationsdata (sertralin) leveret af regional kvalitetsenhed Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Oplæg fra psykiater	Klyngebestyrelse (4 informanter) 2 medlemmer	Emne: Trivsel Data: Spørgeskemaresultater fra klyngen og PLO Klyngepakke: KiAP Ekstern deltagelse: Konsulent/facilitator
9	2 klyngekoordinatorer 4 klyngemedlemmer	Observation, 2 møder <i>Møde 1</i> Emne: Klyngen i fremtiden Data: Ingen Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Facilitator/konsulent <i>Møde 2:</i> Emne: NSAID Data: Ordinationsdata (NSAIDs) Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Ingen	2 klyngekoordinatorer 2 klyngemedlemmer	Emne: Samarbejde med kommune Data: Ingen Klyngepakke: Ingen Ekstern deltagelse: Kommunale samarbejdspartnere
10	1 klyngekoordinator 4 klyngemedlemmer	Emne: Henvvisning til speciallæge, fysioterapi og fodterapi	1 klyngekoordinator 3 klyngemedlemmer	<i>Møde foregik på video-forbindelse</i> Emne: Psykofarmaka til ældre borgere

Klynge	Interviews, 1. runde	Observerede klynge- møder, 1. runde	Interviews, 2. runde	Observerede klynge- møder, 2. runde
		Data: Henvisnings- mønster trukket af klyngemedlemmerne selv Klyngepakke: Ingen Eksterne deltagelse: Ingen		Data: Ordinationsdata leveret af regional kvali- tetsenhed Klyngepakke: Ingen Eksterne deltagelse: Re- gionale medicinkonsu- lenter

Bilag 2 Spørgeskema

Vi har alle oplevet store forandringer i den seneste tid. I denne undersøgelse spørger vi dig, hvordan Covid-19 har påvirket dit arbejde. Vi spørger også ind til dit kvalitetsarbejde i klyngerne, velvidende at megen aktivitet har været på pause. Desuden spørger vi til din arbejdsglæde, motivation og oplevet arbejdspress samt dit syn på patientbehandling, samfund og sundhedsmyndigheder.

Hvis du bliver afbrudt midt i spørgeskemaet, kan du lukke skemaet og vende tilbage senere. Du skal anvende tilbagevendelseskode fra invitationsbrevet, når du ønsker at fortsætte din besvarelse.

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, kan du kontakte læge og ph.d.-studerende Maria Bundgaard på apforskning@health.sdu.dk eller 6550 4796.

På forhånd tak for hjælpen.

Del 4: klyngearbejde

På de næste sider kommer en række spørgsmål om klyngearbejdet.

Spørgsmålene skal afdække din oplevelse og opfattelse af klyngearbejdet i klyngernes første tid.

Selvom der formentlig ikke er meget aktivitet i klyngerne lige nu, håber vi, at du vil svare på spørgsmålene.

Er du klyngekoordinator eller har du en anden administrativ rolle i klyngen, vil vi bede dig svare på nogle uddybende spørgsmål.

Er du medlem af en klynge?

- Ja
 Nej

Du har oplyst, at du ikke er medlem af en klynge.
Du har mulighed for at skrive årsagen her:

(Fri tekst)

Hvor mange af de afholdte klyngemøder har du deltaget i, siden du blev medlem af klyngen?

- Ingen af møderne
 Få af møderne
 Ca. halvdelen af møderne
 De fleste af møderne
 Alle møderne

Du har oplyst, at du ikke har deltaget i et klyngemøde.

Du har mulighed for at skrive årsagen her:

(Fri tekst)

Hvad er din rolle i klyngen?

- Klyngekoordinator
 Bestyrelsesmedlem eller anden administrativ funktion i klyngen
 Ordinært klyngemedlem

Som klyngekoordinator eller læge med anden administrativ rolle i klyngen håber vi, at du vil svare på et par uddybende spørgsmål om organiseringen af jeres klynge

Du får ekstra honorering for besvarelsen af disse spørgsmål.

Hvor mange klyngemøder holder I om året (under normale omstændigheder)?

- 1-2
 3-4
 5-6
 Over 6
 Ved ikke

Hvilke mødeformer har I anvendt i klyngen?

- Fyraftensmøder (af 2-3 timers varighed)
 Halvdagsmøder
 Heldagsmøder
 Internat (med overnatning)
 Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I på et eller flere af de afholdte klyngemøder haft deltagelse af andre personalegrupper end praktiserende læger?

- Klinikpersonale
 Ansat læge (paragraf 20 læge)
 Lægevikar
 Uddannelseslæger
 Læger fra regionsklinik
 Læger fra udbudsklinik
 Ja, men ingen af ovenstående
 Nej
 (Du kan sætte flere krydser)

Har I på et eller flere af de afholdte klyngemøder haft besøg fra?

- Kommunen (fx. hjemmeplejen, sundhedsplejen, kommunale tilbud mv.)
 Sygehus (fx. speciallæge)
 Praktiserende speciallæge (andet speciale end almen medicin)
 Regionens kvalitetsenhed
 Anden ekstern foredragsholder
 Ekstern facilitator
 Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I på et eller flere af de afholdte klyngemøder brugt nogle af følgende?

- Plenumdrøftelser
 Gruppearbejde
 Fagligt oplæg
 Undervisning i kliniske procedurer (fx. bevægapparatundersøgelser, ultralyd)
 Klyngepakke fra KiAP
 Klyngepakke frasat KiAP (fx. regionen, kvalitetsenhederne)
 Praksisdata (fx. ordinationer, ydelser)
 Demografiske data (fx. patientsammensætning i klyngens optageområde: alder, køn)
 Retningslinjer/guidelines (fx. fra DSAM, SST)
 Sociale aktiviteter (fx. fælles middag)
 Nyt fra praksiskonsulenter
 Ingen af ovenstående
 (Du kan sætte flere krydser)

Er der i klyngen aftalt regler for fremmøde?

- Ja
 Nej

Hvilke emner har I, dig bekendt, arbejdet med i klyngen ind til nu?

Udvalgte emner

- Øjenbetændelse
- KOL
- Afhængighedsskabende medicin
- Antibiotika
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

 Medicinhåndtering i øvrigt

- Smertestillende behandling
- Psykofarmaka
- FMK ajourføring
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

 Andre sygdomme/tilstande

- Diabetes
- Iskæmisk hjertesygdom
- Hypertension
- Osteoporose
- Gynækologiske lidelser
- Psykiske lidelser
- UVI /LUTS
- Palliation
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

 Organisatoriske emner

- Henvisninger
- Samarbejde med Kommunen
- Klyngevisioner, værdier og regler
- Ledelse i praksis
- Opgavedeling i praksis
- Trivsel i praksis
- Økonomi i praksis
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

 Diagnostik i praksis

- Tympanometri / Audiometri
- Vaccinationer
- CRP-målinger
- Hjemmeblodtryksmålinger
- Dermoskopi
- Ultralyd
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

 Har I arbejdet med andre emner, kan du skrive dem her:

 (Fri tekst)

I har arbejdet med emnet øjenbetændelse i klyngen.
 Det er et af de fire emner, vi kigger ekstra på i denne undersøgelse. Vi har derfor nogle få
 uddybende spørgsmål, som vi håber, du vil svare på.

Hvornår var emnet øjenbetændelse på klyngemødet?

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev
 afholdt)

Har der været opfølgende møde om øjenbetændelse
 med et nyt datatræk?

Hvis ja, hvornår?

Hvis nej, gå venligst videre til næste spørgsmål.

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev
 afholdt)

Hvilke undertemaer har I arbejdet med relateret til
 emnet øjenbetændelse?

- Udredning
- Behandling (farmakologisk)
- Behandling (non-farmakologisk)
- Opfølgning
- Organisering og arbejdsgange i praksis (fx. fremmøde eller uddelegering til personale) Samarbejde med kommunen (fx. sundhedsplejerske, børne-unge afd.)
- Samarbejde med sygehus/praktiserende speciallæge (fx. henvisning, oplæg fra speciallæge mv.)
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I arbejdet med praksisdata relateret til emnet
 øjenbetændelse?

- Ordinationer (fx. antal recepter, præparater)
- Ydelsesmønster (fx. antal konsultationer, antal point-of-care test fx. podning)
- Ingen af ovenstående
- Vi kiggede ikke på data (Du kan sætte flere krydser)

I har arbejdet med emnet KOL i klyngen.

Det er et af de fire emner, vi kigger ekstra på i denne undersøgelse. Vi har derfor nogle få uddybende spørgsmål, som vi håber, du vil svare på.

Hvornår var emnet KOL på klyngemødet?

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev afholdt)

Har der været opfølgende møde om KOL med et nyt datatræk?

Hvis ja, hvornår?

Hvis nej, gå venligst videre til næste spørgsmål.

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev afholdt)

Hvilke undertemaer har I arbejdet med relateret til emnet KOL?

- KOL diagnostik
- KOL behandling
- KOL opfølgning
- KOL rehabilitering
- Organisering og arbejdsgange i praksis (eks. fremmøde eller uddelegering til personale)
- Samarbejde med kommunen (fx. hjemmesygeplejen, akutssygeplejen)
- Samarbejde med sygehus/praktiserende speciallæge (fx. henvisning, oplæg fra speciallæge mv.)
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I arbejdet med praksisdata relateret til emnet KOL?

- Ordinationer (fx. antal recepter, præparater)
- Ydelsesmønster (fx. antal konsultationer, antal point-of-care test fx. CRP)
- Ingen af ovenstående
- Vi kiggede ikke på data (Du kan sætte flere krydser)

I har arbejdet med emnet afhængighedsskabende medicin i klyngen.

Det er et af de fire emner, vi kigger ekstra på i denne undersøgelse. Vi har derfor nogle få uddybende spørgsmål, som vi håber, du vil svare på.

Hvornår var emnet afhængighedsskabende medicin på klyngemødet? _____

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev afholdt)

Har der været opfølgende møde om afhængighedsskabende medicin med et nyt datatræk? _____

Hvis ja, hvornår?
Hvis nej, gå venligst videre til næste spørgsmål.

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev afholdt)

Hvilke undertemaer har I arbejdet i relation til emnet afhængighedsskabende medicin?

- Udredning
- Behandling (farmakologisk)
- Behandling (non-farmakologisk)
- Nedtrapning/seponering
- Opfølgning
- Organisering og arbejdsgange i praksis (fx. fremmøde eller uddelegering til personale)
- Samarbejde med kommunen (misbrugsbehandling, smertetilbud)
- Samarbejde med sygehus/praktiserende speciallæge (fx. henvisning, oplæg fra speciallæge mv.)
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I kigget på en eller flere af følgende præparater i relation til emnet afhængighedsskabende medicin?

- Opioider inkl. tramadol
- Benzodiazepiner
- NSAID
- Paracetamol
- Antidepressiva (fx. SNRI og TCA)
- Antikonvulsiva (fx. Gabapentin og Pregabalin)
- Medicinsk cannabis
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I arbejdet med praksisdata relateret til emnet afhængighedsskabende medicin?

- Ordinationer (fx. antal recepter, præparater)
- Ydelsesmønster (fx. antal eller type af konsultationer)
- Ingen af ovenstående
- Vi kiggede ikke på data (Du kan sætte flere krydser)

I har arbejdet med emnet antibiotika i klyngen.

Det er et af de fire emner, vi kigger ekstra på i denne undersøgelse. Vi har derfor nogle få uddybende spørgsmål, som vi håber, du vil svare på.

Hvornår var emnet antibiotika på klyngemødet?

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev afholdt)

Har der været opfølgende møde om antibiotika med et nyt datatræk?

Hvis ja, hvornår?

Hvis nej, gå venligst videre til næste spørgsmål.

(Vælg blot den første i måneden, hvor mødet blev afholdt)

Angiv venligst hvilke elementer I arbejdede med i relation til emnet antibiotika?

- Udskrivning af bred- versus smalspektret antibiotika
- Samlet antibiotikaforbrug
- Behandling af øjenbetændelse
- Behandling af øvre luftvejsinfektioner (øre, næse, hals)
- Behandling af nedre luftvejsinfektioner (lunge)
- Behandling af UVI
- Behandling af hudinfektioner
- Brug af point-of-care test (CRP, Strep A, podning og dyrkning mv.)
- Organisering og arbejds gange i praksis (fx. fremmøde eller uddelegering til personale)
- Samarbejde med kommunen (fx. hjemmesygeplejen, akutsygeplejen)
- Samarbejde med sygehus/praktiserende speciallæge (fx. henvisning, oplæg fra speciallæge mv.)
- Ingen af ovenstående (Du kan sætte flere krydser)

Har I arbejdet med praksisdata relateret til emnet antibiotika?

- Ordinationer (fx. antal recepter, præparater)
- Ydelsesmønster (fx. antal konsultationer, antal point-of-care test fx. CRP, Strep. A)
- Ingen af ovenstående
- Vi kiggede ikke på data (Du kan sætte flere krydser)

De næste spørgsmål omhandler din oplevelse, holdning og udbytte af klyngearbejdet. Vi vil bede dig svare på baggrund af de erfaringer, du har fået fra klyngemøderne indtil nu.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn omklyngemøderne?

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Emnerne er relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Møderne er produktive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stemningen er positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drøftelserne er udbytterige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Data er anvendelige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Møderne er velorganiserede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mødevarigheden er tilpas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har arbejdet med bestemte emner i klyngen medført ændringer i din/jeres praksis med hensyn til	I høj grad	I nogen grad	Lidt	Slet ikke	Ikke relevant
Organisering af arbejdet (fx. <input type="radio"/> arbejdsgange, uddelegering)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Det kliniske arbejde med hensyn <input type="radio"/> til undersøgelse og diagnostik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Det kliniske arbejde i forhold til <input type="radio"/> udskrivning af medicin (fx. valg af præparat, dosis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ikke-farmakologisk behandling <input type="radio"/> (fx. råd og vejledning, samtaleterapi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Har arbejdet med bestemte emner i klyngen givet dig et øget kendskab til et eller flere af følgende områder?

	I høj grad	I nogen grad	Lidt	Slet ikke	Ikke relevant
Vejledninger og retningslinjer <input type="radio"/> (fx. fra DSAM, Sundhedsstyrelsen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kommunale patientrettede <input type="radio"/> tilbud og behandlinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sygehusets patientrettede <input type="radio"/> tilbud og behandlinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Praktiserende speciallægers <input type="radio"/> patientrettede tilbud og behandlinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Har arbejdet med bestemte emner i klyngen forbedret samarbejdet	I høj grad	I nogen grad	Lidt	Slet ikke	Ikke relevant
Med det kommunale <input type="radio"/> sundhedsvæsen (plejehjem, hjemmesygepleje mv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Med det lokale sygehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Med en eller flere af de <input type="radio"/> praktiserende speciallæger i lokalområdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mellem jer praktiserende læger i <input type="radio"/> klyngen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Har klyngearbejdet forbedret	I høj grad	I nogen grad	Lidt	Slet ikke	Ikke relevant
<input type="radio"/> Patientbehandlingen inden for et eller flere af de emner, der er arbejdet med i klyngen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Patientbehandlingen generelt i din praksis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Udbytte af klyngearbejdet

Hvor stort er dit samlede udbytte af klyngearbejdet?

- Meget stort
- Stort
- Middel
- Lille
- Meget Lille

Du har her mulighed for at skrive, hvad du mener, det vigtigste udbytte ved klyngearbejdet er:
(Fri tekst)

Siden klyngearbejdet begyndte, er tiden, du bruger på anden faglig udvikling, fx 12-mandsgrupper, efteruddannelseskurser, konferencer og kongresser samlet set:

- Øget
- Uændret
- Mindsket

I hvor høj grad har det været udfordrende for dig at	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	I høj grad	Ikke relevant
Trække praksisdata ud <input type="radio"/> Finde tid til at deltage i klyngemøde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Finde tid til at forberede dig til <input type="radio"/> klyngemøde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Implementere ændringer i din <input type="radio"/> praksis efter klyngemøde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blive enige med kollegaer om <input type="radio"/> hvilke tiltag, der skal implementeres i jeres praksis efter klyngemøde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inddrage personalet i <input type="radio"/> kvalitetsudviklingsarbejdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om din klynge?

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
I vores klynge taler vi åbent om de præsenterede praksisdata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I vores klynge deler vi ud af vores erfaringer fra egen praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I vores klynge er det let at nå til enighed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I vores klynge er der et stort engagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg ser klyngerne som understøttende for kvalitetsudviklingen i almen praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes arbejdet i klyngerne er inspirerende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg glæder mig til at skulle til klyngemøde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg deltager kun i klyngerne, fordi jeg skal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg ser klyngerne som en måde at øge kontrollen med almen praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes alt i alt, at udbyttet står mål med den tid, jeg bruger på klyngearbejdet (inkl. forberedelse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VIVÉ

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD