

Midtvejsevaluering af *Nye Veje* – et tværsektorielt udviklingsprogram

Om hvordan Region Nordjylland og Morsø Kommune samarbejder om det nære sundhedsvæsen med afsæt i en regionsklinik



Morten Bonde Klausen, Eskild Klausen Fredslund og Betina Højgaard

*Midtvejsevaluering af Nye Veje – et tværsektorielt udviklingsprogram
– Om hvordan Region Nordjylland og Morsø Kommune samarbejder
om det nære sundhedsvæsen med afsæt i en regionsklinik*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-844-7

Forsidefoto: Ole Bo Jensen/VIVE

Projekt: 301134

Finansiering: Region Nordjylland

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

Denne rapport er en midtvejsevaluering af det 6-årige udviklingsprogram *Nye Veje*, som Region Nordjylland gennemfører i samarbejde med Morsø Kommune. Nye Veje er baseret på en ide om at bruge regionsdrevne praksisklinikker, ikke kun som en model for at sikre lægedækning, men også som platform for tværsektorielt udviklingsarbejde. Udviklingsarbejdet i Nye Veje foregår i cyklusser på 6-8 måneder, hvor der iværksættes og evalueres en række forbedringsindsatser på tværs af Morsø Kommune, regionsklinik og hospital. Formålet er at sikre lægedækning og styrke sammenhæng, nærhed og tilgængelighed i sundhedstilbuddene.

Nye Veje adskiller sig fra mange andre tværsektorielle projekter bl.a. ved ikke at være afgrænset til bestemte patientgrupper eller snitflader i sundhedsvæsenet (såsom fx integrated care-programmer eller modeller om fælles akutteam). En lignende model ses dog på Lolland-Falster og udviklingsprogrammet "Broen til bedre sundhed", som også omfatter en tværsektoriel organisation og flere forskellige indsatsområder. Fælles for de to programmer er desuden, at de udspiller sig i yderområder, hvor problemer med lægedækning og afstande til sundhedstilbud gør sig gældende. I det lys forekommer disse programmer som interessante bud på, hvordan udviklingen af det nære sundhedsvæsen kan organiseres med afsæt i de problemer og behov, der opleves i yderområderne. Vi håber, at denne evaluering af Nye Veje kan inspirere og fremdrage relevante erfaringer bl.a. til at organisere tværsektorielt udviklingsarbejde på nye måder.

Evalueringens formål er at give status på implementering af Nye Veje og indsatserne samt belyse udfordringer og gevinster, der opleves i det tværsektorielle udviklingsarbejde. Evalueringen skal derudover give et nært indblik i den regionsklinik, som har dannet basis for Nye Veje, samt undersøge, hvordan borgernes kontakter til sundhedsvæsenet har ændret sig i forbindelse med oprettelsen af regionsklinikken og udviklingsarbejdet i Nye Veje. Evalueringen er baseret på dokumentstudier, interview og registerbaserede analyser.

Evalueringen er udført af en projektgruppe i VIVE bestående af senioranalytiker Morten Bonde Klausen, chefanalytiker Eskild Klausen Fredslund og projektchef Betina Højgaard. Derudover har projektchef Martin Sandberg Buch og professor Jakob Kjellberg bidraget med sparring i forbindelse med evalueringens analyser

Der rettes en stor tak til de to eksterne reviewere for gode, konstruktive kommentarer til rapportens metoder og analyser. Sidst men ikke mindst rettes en stor tak til interviewdeltagerne fra Region Nordjylland og Morsø Kommune.

Evalueringsprojektet er finansieret af Region Nordjylland.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Baggrund og formål	13
2 Metoder og data.....	18
2.1 Dokumentstudier.....	18
2.2 Interview.....	18
2.3 Registerbaserede analyser.....	21
3 Status på implementering og indsatsområder	27
3.1 Introduktion til programorganisationen	27
3.2 Overblik og karakteristik af indsatsområder	29
3.3 Delkonklusion.....	33
4 Udviklingsarbejdet i praksis.....	35
4.1 Rammerne for udviklingsarbejdet.....	35
4.2 Implementering, evaluering og udbredelse af indsatserne.....	37
4.3 Relationer og samarbejdskultur på tværs	39
4.4 Delkonklusion.....	42
5 Regionsklinikken i Øster Jølby	45
5.1 Overgangen til regionsklinik.....	45
5.2 Klinikens organisering, ledelse og drift	47
5.3 Samarbejde med kommune og hospital	55
5.4 Klinikens rammevilkår belyst fra de ansattes perspektiv	57
5.5 Arbejdet med Nye Veje-indsatserne	59
5.6 Delkonklusion.....	61
6 Udviklingen i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet.....	64
6.1 Udviklingen i antal borgere tilmeldt regionsklinikken Øster Jølby	64
6.2 Beskrivelse af interventions- og kontrolgruppe.....	65
6.3 Analyse af udviklingen i kontakter over tid	67
6.4 Kontakter i almen praksis	67
6.5 Kontakter i den resterende praksissektor og sygehussektoren.....	73
6.6 Delkonklusion.....	82
7 Konklusion og anbefalinger	84
7.1 Konklusion	84
7.2 Anbefalinger og opmærksomhedspunkter.....	85
Litteratur.....	87

Sammenfatning

Nye Veje er et 6-årigt udviklingsprogram, som udspringer af ideen om at bruge regionsdrevne lægepraksisser (regionsklinikker) som afsæt for at udvikle det nære sundhedsvæsen i et tværsektorielt samarbejde. I Nye Veje foregår udviklingsarbejdet i halvårslige "udviklingsrul", hvor der på tværs af regionsklinik, sygehus og kommune arbejdes systematisk med at udvikle, iværksætte og evaluere en række indsatser. Indsatserne har fem overordnede fokuspunkter:

- At skabe sammenhængende borgerforløb
- At forebygge sygdom
- At forbedre lægedækningen og rekrutteringen af læger
- At afprøve nye måder at drive almen praksis på
- At få erfaringer med øget brug af digitale løsninger.

Nye Veje gennemføres i et partnerskab mellem Region Nordjylland og Morsø Kommune.

Nye Veje har som udgangspunkt været centreret omkring én regionsklinik i Morsø Kommune. Der er sidenhen oprettet endnu en regionsklinik i kommunen, som også indgår i Nye Veje.

Baggrund

Regionsklinikker har i flere år været en måde at sikre lægedækning på i Region Nordjylland. Når alment praktiserende læger ikke kan afhænde deres praksis, og når regionen heller ikke kan afsætte ydernummeret i en udbudsrunde, kan regioner etablere en regionsklinik. Regionsklinikker er midlertidige løsninger, som lovmæssigt skal overgå til overenskomstbaserede løsninger, når dette er muligt. Denne betingelse har betydet, at regionsklinikker har ført til en ustabil lægedækning i Region Nordjylland. Derfor søgte Region Nordjylland i 2017 Sundhedsministeriet om en dispensation, der skulle tillade Region Nordjylland at drive to regionsklinikker i en 6-årig periode med henblik på at sikre stabil lægedækning og derudover at tænke drift og udvikling i regionsklinikkerne tættere sammen med hospitalerne. Dispensationen blev givet medio 2017 og udløber således medio 2023. Den ene af de to klinikker ligger i Øster Jølby i Morsø Kommune, som netop indgår i ovennævnte partnerskab med Region Nordjylland om *Nye Veje*. I november 2018 blev der oprettet endnu en regionsklinik i Morsø Kommune på samme betingelser som klinikken i Øster Jølby, og denne indgår også i Nye Veje. I Nye Veje er regionsklinikker således ikke kun en løsning på et lægedækningsproblem, men også et afsæt for at arbejde tværsektorielt med en bredere vifte af problemstillinger og løsninger. Det første udviklingsrul i Nye Veje havde opstart i februar 2018.

Midtvejsevalueringens formål

Denne rapport er en midtvejsevaluering af Nye Veje. Det overordnede formål er at give en status på implementering af udviklingsprogrammet og indsatserne samt belyse udfordringer, muligheder og gevinster, der opleves. Midtvejsevalueringen vil også stille skarpt på regionsklinikken i Øster Jølby som organisation, herunder samle op på klinikkens erfaringer med at indgå i det tværsektorielle udviklingsarbejde. Endelig vil evalueringen undersøge ændringer i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet i forbindelse med oprettelsen af regionsklinikken og Nye Veje.

Evalueringsens formål udmønter sig i følgende fire delundersøgelser:

- **Status på implementering og indsatsområder (delundersøgelse 1):** Hvordan er rammen for det tværsektorielle samarbejde om indsatserne udformet og implementeret, og hvilke indsatser er gennemført?
- **Udviklingsarbejdet i praksis (delundersøgelse 2):** Hvordan foregår udviklingsarbejdet i praksis? Hvilke udfordringer og muligheder opstår, og hvordan og hvorvidt opnås der igennem arbejdet med indsatserne et styrket samarbejde på tværs af region, kommune og almen praksis?
- **Regionsklinikken i Øster Jølby (delundersøgelse 3):** Hvordan er regionsklinikken i Øster Jølby etableret og organiseret internt, og hvordan oplever personalet vilkårene i regionsklinikken samt arbejdet med indsatserne i Nye Veje?
- **Udvikling i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet (delundersøgelse 4):** Delundersøgelsen tager udgangspunkt i en gruppe borgere, som er tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby og dermed i målgruppen for Nye Veje. Delundersøgelsen skal belyse, hvordan og hvorvidt borgernes kontakter til sundhedsvæsenet har udviklet sig i forbindelse med oprettelsen af regionsklinikken og udviklingsarbejdet i Nye Veje.

Metode og data

Evalueringen er baseret på dokumentstudier, kvalitative interview og registerdata.

- **Dokumentstudier:** Omfatter diverse interne dokumenter fra Nye Vejes programorganisation, som VIVE løbende har modtaget, herunder diverse mødereferater og interne statusrapporter på udviklingsarbejdet. Dokumenterne er studeret med henblik på at følge og opnå forståelse for aktiviteter og indsatser i Nye Veje samt til forberedelse af interviewundersøgelser.
- **Kvalitative interview:** Der er gennemført kvalitative interview med repræsentanter fra regionsklinikken, Morsø Kommune, Aalborg Universitetshospital og Regionshuset, som er involveret i udviklingsprogrammet. Fra alle organisationer indgår repræsentanter på forskellige hierarkiske niveauer. Disse interview danner basis for undersøgelsen af udviklingsarbejdet i praksis. Derudover er der gennemført interview med læger, sygeplejersker og leder af regionsklinikken, som danner basis for undersøgelsen af regionsklinikken som organisation.
- **Registerdata:** Registeranalysen er baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik. Datagrundlaget er Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret, der indeholder oplysninger om hhv. kontakter i praksissektoren, herunder almen praksis, og kontakter på sygehus. Der er endvidere indhentet data på en række sociodemografiske karakteristika. Registeranalysen udføres som en *difference in difference*-analyse med en matchet kontrolgruppe, hvor borgere tilknyttet regionsklinikken sammenlignes med en gruppe af borgere med samme sociodemografiske karakteristika.

Afgrænsning

Region Nordjylland har selv foretaget løbende evalueringer på de enkelte indsatser i Nye Veje. Denne rapport er ikke en evaluering af de enkelte indsatser, men af det samlede udviklingsprogram samt regionsklinikken i Øster Jølby. De enkelte indsatser indgår dog på deskriptivt niveau i delundersøgelse 2, og der vil desuden fremgå enkelte eksempler i de efterfølgende analyser. Af de to regionsklinikker, der indgår i Nye Veje, inkluderer evalueringen kun regionsklinikken i Øster Jølby.

Evaluerings primære resultater

Nye Veje har udmøntet sig i en programorganisation med en styre- og programgruppe samt en række projektgrupper, der udfører de tværsektorielle indsatser. Der er udviklet og implementeret en model for på systematisk vis at iværksætte, drive og evaluere og evt. videreudvikle indsatserne inden for rammerne af udviklingsrul på 8 måneder. Der er afsluttet tre udviklingsrul med syv til ni indsatser i hvert, mens det fjerde rul er blevet forsinket grundet Covid-19. I denne rapport er indsatserne på tværs af de tre rul opsummeret på deskriptiv vis i 10 indsatsområder. Beskrivelsen viser, at Nye Veje er et relativt omfattende udviklingsprogram, idet der arbejdes med en bred vifte af problemstillinger og med inddragelse af aktører fra både kommune, hospital, psykiatrien og almen praksis. Almen praksis er repræsenteret af to regionsklinikker, men det skal bemærkes, at der er inkluderet en overenskomstbaseret klinik (PLO-praksis) i et indsatsområde vedrørende forebyggelse af genindlæggelser.

Indsatsområderne varierer på en række punkter, herunder i hvilken udstrækning indsatserne udspringer på tværs af alle sektorgrænser, og hvorvidt de er defineret omkring en specifik målgruppe. Variationerne afspejler bl.a. de fem overordnede fokuspunkter (sammenhængende forløb, almen praksisdrift, lægedækning og rekruttering, forebyggelse, digitalisering), som alle er repræsenteret, omend i større eller mindre grad. Temaet om digitalisering er fremtrædende på tværs af flere indsatsområder, hvor det på forskellig vis er middel til at skabe nærhed for borgerne til relevante sundhedstilbud. Foruden nærhed skaber en løsning med videokonsultationer i regionsklinikken også fleksibilitet på lægesiden, da det muliggør hjemmearbejdsdage med konsultationer for lægen. Rapporten går ikke i dybden med de forskellige indsatsområder, men digitalisering fremhæves, dels fordi det er stærkt repræsenteret, dels fordi temaet og løsningerne har bred relevans for flere større problemstillinger i sundhedsvæsenet, herunder både lægedækning i yderområder, nærhed og tilgængelighed i sundhedstilbud og senest Covid-19-pandemien.

Udviklingsarbejdet: Blandt projektledere er der en positiv oplevelse af den organisatoriske ramme for udviklingsarbejdet, hvor der opleves lette og uformelle kommunikationsveje samt en stor grad af autonomi til at iværksætte indsatser uden oplevelser af lange, bureaukratiske godkendelsesprocesser. Det nævnes også, at de relativt korte udviklingsrul er med til at sikre fremdrift i udviklingsarbejdet. Indsatserne understøttes for så vidt muligt med data til prioritering og evaluering af indsatser. Her nævnes på styregruppeniveau udfordringer med at skabe generaliserbare resultater ud fra en begrænset datavolumen, mens det på program- og indsatsniveau fremgår, at brugen af data er med til at sikre et fokus på relevans og ressourceudnyttelse, når indsatser prioriteres. Endelig fremgår det fra kommunens perspektiv som en fordel, at den databaserede evaluering af indsatserne inkluderer regionale data og dermed giver et dataunderstøttet billede af patienternes forløb på tværs af sektorer.

De primære udfordringer, der nævnes i udviklingsarbejdet, handler om implementering. Projektledere peger på, at implementering kræver en vedvarende "håndholdt" indsats, når klinikere eller andet frontpersonale skal ændre praksis eller vaner fx i forbindelse med henvisning til nye tilbud. Her peges der desuden på en "kulturforskel" mellem den regionale administration og de projektledere, der arbejder tættere på praksis i forståelsen af, hvornår en indsats er implementeret. Udfordringerne med implementering nævnes især i forbindelse med videoambulatorier på hospitalerne. Implementeringen er dog hjulpet godt på vej via inddragelsen af patienters holdninger samt tydelig opbakning fra den regionale og kommunale topledelse.

Samarbejdskultur på tværs: Det fremgår entydigt på tværs af alle interview, at der med Nye Veje er udviklet nye og tættere relationer, som går på tværs af sektorerne, og at udviklingsarbejdet er præget af en uformel, løbende og direkte kommunikation på tværs af region og kommune. Samarbejdet sættes af flere informanter i kontrast til tidligere samarbejde, som også har været godt, men i højere grad præget af silotænkning og forudfattede ideer om virkeligheden på den anden side af sektorgrænsen. Samarbejdet i Nye Veje præges derimod af fælles fokus på patienten og en læringskultur med åbenhed og ærlighed på tværs. Denne samarbejdskultur understøtter ifølge flere informanter, at udviklingsarbejdet også foregår på mere spontan vis og uden for de formelle rammer af udviklingsprogrammet. Det afspejler sig bl.a. i nogle afledte tiltag i samarbejdet mellem regionsklinikken i Øster Jølby og Morsø Kommune.

Gennemgående for både samarbejdskulturen i Nye Veje, samt det manøvrerum, der med programorganisationen er etableret til udviklingsarbejdet, er, at en tydelig opbakning fra regionens og Morsø Kommunes topledelse har været afgørende.

Analysen har koblet de beskrevne fund om den tværgående samarbejdskultur med forskningslitteratur omkring tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet. Her tyder det på, at der i Nye Veje er gjort en stor del af de ting, som ifølge litteraturen fremmer et frugtbart samarbejde på tværs af sektorer, mens der ligeledes er manøvreret uden om gængse faldgruber og barrierer.

Regionsklinikken i Øster Jølby er kendetegnet ved en historik, hvor kendskabet til patienterne og store dele af de interne arbejdsgange er videreført af sygeplejerskerne fra den tidligere PLO-praksis. En høj grad af opgaveglidning til sygeplejerskerne er ligeledes nedarvet fra den tidligere praksis. Læger og sygeplejersker opfatter klinikens arbejdsgange som velfungerende og effektive. Driftsomkostningerne går primært til løn og har i de første år varieret betydeligt, hvilket harmonerer med, at lægebemandingen her var ustabil og præget af korte vikariater. Samlet set tyder opgørelsen på, at omkostningerne til den direkte drift af regionsklinikken i Øster Jølby ligger tæt på niveau med driftsomkostningerne for en PLO-praksis i det samme optageområde, om end regionens administrationsomkostninger ikke er inkluderet.

Overgangen til regionsklinik har medført nogle signifikante forandringer, hvortil der knyttes fordele og ulemper: **Fraværet af ydelsesfinansiering** understøtter ifølge informanterne et mere helhedsorienteret blik på patienten, hvor flere ydelser leveres i samme fremmøde, hvis dette giver mening. Derudover vurderes fraværet af ydelsesfinansiering at give bedre muligheder for at prioritere samarbejdet med Morsø Kommune. Sygeplejerskernes opgavevaretagelse sker på delegation af en lægefagligt ansvarlige læge, men sygeplejerskerne får imidlertid **ingen lægefaglig supervision** i klinikken. Både læger og sygeplejersker har ønsket om et tættere samarbejde inklusive supervision, men peger bl.a. på en række tidskrævende elementer, som har dannet barrierer for at etablere en supervisionspraksis. Sygeplejerskerne varetager mange lægefaglige opgaver, og selvom de har formel lægefaglig rygdækning, medfører fraværet af supervision en *oplevelse* af at løfte et stort ansvar uden en (for dem) tydelig lægefaglig rygdækning. Der fremstår således her en forskel på formel lægefaglig rygdækning og en oplevelse af faglig rygdækning i hverdagen, som kan opstå via tæt samarbejde og sparring med en læge. Det, at klinikerne ligger hos regionen, kobles med en række **fordele og ulemper som ansat i regionsklinikken**. Uden ansvar for personale og økonomi kan lægerne fokusere deres tid på kerneopgaven, og de har lettere ved at holde fri efter normal arbejdstid. Ansættelsen i en regionsklinik ses derudover som en mulighed for at opnå erfaring før køb af egen praksis, eller til at opnå afklaring om fremtidige karriereveje og arbejdsforhold. Regionsklinikken i Øster Jølby har den specifikke fordel, at lægen har mulighed for hjemmearbejdsdage via en løsning med videokonsultationer, som er udviklet i Nye Veje.

Mere generelt er Nye Veje blevet fremhævet af en læge som en attraktiv mulighed for at indgå i tværsektorielt udviklingsarbejde. Den primære ulempe, der nævnes af både læger og sygeplejersker, går på oplevelser af bureaukrati og indskrænket lokal selvbestemmelse, som følger af, at klinikken er regionsdrevet og dermed del af en større organisation. Hvad angår **arbejdet med Nye Veje** fremgår det af personalet, at den ledende sygeplejerske har løftet en stor del og tilmed været en afgørende motiverende faktor internt i klinikken. Personalet peger samtidig på, at udviklingsarbejdet har fyldt for meget i en tid, hvor regionsklinikken har skullet etablere sig, også selvom overgangen til regionsklinik skete 1.1.2016, mens udviklingsarbejdet i Nye Veje startede i 2018. Mange af indsatserne opleves som relevante og meningsfulde, og andre opfattes mindre meningsfulde. Lægerne oplever her, at indsatserne bliver dem pålagt, og de udtrykker et ønske om inddragelse for at prioritere og kvalificere indsatsernes faglige indhold – dette på trods af, at der i programorganisationen har været fokus på inddragelse af regionsklinikken, og at enkelte af lægerne har indgået i flere forskellige projektgrupper for indsatserne. Lægerne peger desuden på, at tempoet i udviklingsarbejdet kan virke demotiverende, når gode igangværende indsatser ikke får tid til praktisk implementering, før nye indsatser skal sættes i værk.

Den kvantitative analyse af udviklingen i antallet af kontakter hos borgere tilknyttet regionsklinikken **understøtter resultaterne af den kvalitative analyse** og dermed de betragtninger, der er kommet til udtryk under interview med klinikpersonalet og lægerne. Den kvantitative analyse peger således på, at overgangen til regionsklinik og efterfølgende opstarten af Nye Veje har betydet et **fald i antallet af fremmøde-, telefon- og e-konsultationer pr. borger** hos regionsklinikken patienter. Et fald, der dels kan tilskrives ændret praksis, i form af at flere problemstillinger håndteres i samme konsultation, dels indførelsen af et nyt lægesystem, som af de ansatte vurderes at have haft betragtelige negative konsekvenser på effektiviteten i praksis. Analysen viser endvidere, at det færre antal konsultationer pr. borger i regionsklinikken ikke er et resultat af, at flere patienter er blevet henvist til speciallægepraksis eller sygehus. Tværtimod ses et signifikant **fald i antallet af ambulante kontakter, indlæggelser og skadestuekontakter pr. borger**, når aktiviteten i 2015 sammenlignes med aktiviteten i 2018 og 2019. Et fald, som bl.a. skyldes aktiviteter under Nye Veje i form af etablering af samarbejdsmodeller med plejehjem på Mors og et intensiveret samarbejde med hjemmesygeplejen/den kommunale akutsygepleje.

Den kvantitative analyse har udelukkende set på antal af kontakter pr. borger og ikke kontakternes indhold eller formål. Analysen bidrager dermed ikke med viden om kvaliteten af behandlingen (som generelt er svær at opgøre for almen praksis). Under antagelse af, at kvaliteten af behandlingen er den samme, selvom der leveres flere ydelser i forbindelse med samme kontakt, må en reduktion i antallet af kontakter i almen praksis dog generelt ses at være til gavn for borgeren. Ligeledes må en reduktion i antallet af hospitalskontakter ses at være til gavn for borgeren, hvis reduktionen er udtryk for, at et givent behov for behandling/behøring varetages andetsteds med samme kvalitet.

Konklusion

Der er etableret en programorganisation, og der er udviklet og implementeret en model for at iværksætte, drive og evaluere indsatser på systematisk og iterativ vis i faste udviklingsrul. Der er gennemført tre udviklingsrul à syv til ni indsatser, mens det fjerde rul er forsinket grundet Covid-19. Indsatserne kan sammenfattes i ti indsatsområder, som varierer på en række måder, hvilket bl.a. afspejler de fem overordnede fokuspunkter i Nye Veje – *sammenhængende borgerforløb, forebyggelse, lægedækning og rekruttering, almen praksisdrift og digitalisering*. Det tværsektorielle samarbejde opleves positivt af de involverede, hvilket bl.a. begrundes med en tydelig opbakning fra topledelse i region og kommune, et stort manøvrerum til at prioritere

indsatser og justere undervejs, at den iterative tilgang skaber fremdrift i udviklingsarbejdet, styrkede relationer på tværs af sektorer og oplevelsen af at arbejde mod fælles mål. Evalueringen har koblet sidstnævnte fund til relevant forskningslitteratur, hvilket peger på, at der i Nye Veje er gjort en stor del af de ting, som ifølge litteraturen fremmer et frugtbart samarbejde på tværs af sektorer, mens der ligeledes er manøvreret uden om gængse faldgruber og barrierer. De udfordringer, der nævnes i forbindelse med udviklingsarbejdet, knytter sig bl.a. til implementering hos klinisk frontpersonale og ønsket om at skabe evidens for indsatserne via data. De få interview, der er lavet med klinisk frontpersonale, peger desuden i retning af nogle svære balancer i forhold til drift og udvikling samt inddragelse af fagpersonalet. Trods enkelte udfordringer fremstår den tværsektorielle samarbejdsmodel velfungerende i praksis, og beskrivelser af samarbejdskulturen harmonerer med visionerne om at nedbryde barrierer og arbejde med fælles mål.

Regionsklinikken i Øster Jølby er en sygeplejeledet klinik, hvor kendskabet til patienterne og flere elementer af den interne organisering er videreført af sygeplejerskerne fra den tidligere PLO-praksis. Arbejdsgangene opleves som velfungerende og effektive, dog har læger og sygeplejersker ønske om et tættere samarbejde med sparring og lægefaglig supervision. De ansatte ser både fordele og ulemper ved ansættelse i en regionsklinik i forhold til deres arbejdsforhold og karriereveje. Flere indsatser i Nye Veje opleves meningsfulde og relevante, men lægerne har savnet inddragelse i forhold til prioritere og kvalificere nogle indsatser fagligt – dette på trods af, at der i programorganisationen har været fokus på inddragelse af regionsklinikken, og at enkelte af lægerne har indgået i flere forskellige projektgrupper for indsatserne. Selvom regionsklinikken blev oprettet to år før opstarten af Nye Veje, udtrykker personalet, at Nye Veje har fyldt meget i en tid, hvor klinikken stadig var i proces med at "finde sig selv" som regionsklinik. Det fremgår i den forbindelse, at den ledende sygeplejerske har spillet en vigtig rolle i at involvere klinikken i Nye Veje og samtidig balancere drift og udvikling internt. Derudover fremgår det, at regionsklinikken via Nye Veje har styrket samarbejdet med Morsø Kommune. Informanterne peger på, at regionsklinikken har givet mulighed for at levere flere ydelser i samme fremmødekontakt.

De kvantitative resultater understøtter flere af de betragtninger, der er kommet til udtryk under interview i regionsklinikken. Resultaterne peger endvidere på, at reduktionen i antallet af kontakter pr. patient i regionsklinikken ikke er forbundet med en uhensigtsmæssig forskydning i ydelsestræk fra regionsklinikken til sygehus og speciallægepraksis.

Overordnet set er Nye Veje nået langt med den tværsektorielle samarbejdsmodel og indsatsområderne samt ideen om at bruge en regionsklinik som afsæt for tværsektorielt udviklingsarbejde. Dette indikerer et potentiale i at arbejde videre med modellen. Evalueringen har samtidig nogle anbefalinger, opmærksomhedspunkter og overvejelser, som kan tages med i det videre arbejde. Disse præsenteres nedenfor.

Fremadrettede anbefalinger og opmærksomhedspunkter

Lægefaglig supervision af sygeplejerskerne i regionsklinikken

Det anbefales, at der kigges på mulighederne for at understøtte regionsklinikken i at indfri lægernes og sygeplejerskernes ønsker om et tættere samarbejde om den enkelte patient, inklusive lægefaglig supervision.

Medarbejderinddragelse

Litteratur om tværsektoriel ledelse og udvikling peger på medarbejderindflydelse som en vigtig parameter for succes. Her fremgår det af delundersøgelse 2, at der i programorganisationen

er god mulighed for indflydelse på indsatserne og handlefrihed blandt de involverede udviklingsmedarbejdere. Ligeledes er der i Nye Veje et generelt fokus på at inddrage frontpersonale til udvikling af indsatser for at sikre, at indsatserne er meningsfulde i den kliniske hverdag. Det afspejler sig bl.a. i indsatser om apopleksi og medicingennemgang, der er blevet til på baggrund af medarbejderinddragelse. Evalueringen er imidlertid begrænset i sin afdækning af medarbejderinddragelse, idet der er lavet relativt få interview med klinisk frontpersonale. De interviewede læger i regionsklinikken udtrykker et klart ønske om øget inddragelse til at prioritere indsatser og kvalificere det faglige indhold. Billedet bliver dog mudret, da det også fremgår af dokumentstudier, at inddragelsen af lægerne har været en prioritet i programorganisationen, og at enkelte af lægerne har indgået i flere forskellige projektgrupper for indsatserne. Evalueringen har ikke kunnet afdække disse to forhold nærmere, men fremadrettet kan det give anledning til at se på, om der er grund til at justere på omfanget af eller måden, hvorpå klinisk frontpersonale inddrages. Her er det også relevant at forholde sig til balancen mellem drift og udviklingsarbejde, da det også fremgår, at diverse mødeaktiviteter i forbindelse med udviklingsarbejdet har virket forstyrrende for frontpersonalet og driften. Balancegangen kan måske handle om ikke at inddrage fagpersoner til bred orientering om udviklingsarbejdet, men kun til udvikling/kvalificering af de specifikke indsatser, som direkte vedrører deres arbejdspraksis og faglige ekspertise. Det skal igen understreges, at dette opmærksomhedspunkt er baseret på en meget begrænset afdækning af frontpersonaleperspektiver, og at perspektiver fra hospital og kommune ikke indgår.

Balance mellem drift og udvikling

Det fremgår, at den lokale ledelse i regionsklinikken har været en vigtig funktion i forhold til at balancere drift og udviklingsarbejde lokalt og motivere medarbejdere. Det anbefales, at der fortsat er opmærksomhed på balancen mellem drift og udvikling, og at der så vidt muligt sikres den fornødne lokale ledelseskapacitet til at håndtere denne balance i klinikken.

Om oplevede fordele og ulemper ved ansættelse i regionsklinikken

Lægerne kobler nogle fordele til ikke at have ansvar for økonomi og personale, men ser derudover en ulempe ved, at en regionsklinik er en del af en større organisation, hvor det lokale besluthedsrum indskrænkes. For så vidt at dette fund tages op til overvejelse, er det værd at være opmærksom på, at begge dele (fordelen og ulempen) kommer af, at klinikejerskabet ligger hos regionen.

Forebyggelse

Det fremgår, at en informant foreslår et styrket fokus på temaet om forebyggelse i indsatsområderne fremadrettet. Ser man på indsatsområderne i de tre første rul, forekommer forebyggelse også at være underrepræsenteret. Nogle af de udfordringer, der generelt knytter sig til forebyggelse i primærsektoren, vedrører samspillet mellem kommune og almen praksis, herunder almen praksis' manglende kendskab og henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Her forekommer det tæt udviklede samarbejde mellem regionsklinik og Morsø Kommune dog som et frugtbart mulighedsrum for at samarbejde om forebyggelse. Det er dog stadig værd at være opmærksom på de øvrige udfordringer, som kan opstå i forbindelse med forebyggende indsatser. Nogle udfordringer knytter sig til borgerens identitet og motivation, herunder fx at proaktive indsatser og screening kan opleves som sygeliggørelse af den enkelte, og at borgere, der (endnu) ikke er syge, er svære at motivere til forebyggende forløb. Hertil kommer, at afstande til kommunale tilbud ofte bliver en barriere for borgere i land- og yderområder.

Overvejelser om fornyelse vs. kontinuitet i programorganisationen

En informant nævner, at nye personer i programorganisationen kan være en relevant kilde til at bringe nye ideer og energi ind i udviklingsarbejdet. For så vidt der gøres overvejelser om dette, bør der også være opmærksomhed på, hvilke styrker der kan ligge i, at der er kontinuitet i programorganisationen.

Fremtidige analyser

Det vil være relevant at følge midtvejsevalueringen op af en slutevaluering. Centrale fokusområder for en kvalitativ analyse kunne her være borgerperspektivet samt en mere komplet af-dækning af frontpersonalets oplevelser og erfaringer med Nye Veje. I denne rapport er der i de kvantitative analyser primært foretaget analyser på aggregeret niveau. I en slutevaluering vil det være interessant at foretage en mere målrettet analyse af subgrupper og specifikke sygehusydelse, som særligt forventes at være blevet påvirket af Nye Veje, fx kronikere. Endvidere vil det være relevant at kigge på udviklingen over en længere observationsperiode. En længere observationsperiode vil bl.a. kunne medvirke til at reducere "støjen" fra det indførte nye lægesystem i regionsklinikken.

1 Baggrund og formål

Nye Veje er et udviklingsprogram, som er baseret på ideen om at bruge regionsklinikker som afsæt for at udvikle nye samarbejdsformer og indsatser på tværs af almen praksis, kommune og sygehus. Dette kapitel beskriver først baggrunden for, formålet med og visionerne i Nye Veje. Dernæst præsenteres midtvejsevalueringens formål, som har givet anledning til fire delundersøgelser, og endelig gives en læsevejledning til rapporten

Regionsklinik som omdrejningspunkt for tværsektorielt udviklingsarbejde

Regionsklinikker er en model for regioner til at sikre lægedækningen, når alment praktiserende læger ikke kan afhænde deres praksis, og ydernummeret heller ikke overtages via en udbudsrunde. I disse situationer oprettes klinikker, som ejes og drives af regionen. I Region Nordjylland har der i flere år været udfordringer med lægedækning i yderområderne, hvorfor det har været nødvendigt at etablere flere regionsklinikker. Lovmæssigt er regionsklinikker midlertidige løsninger, hvor regionen har pligt til at lade regionsklinikken erstatte af en "almindelig" overenskomstbaseret løsning (PLO-klinik), når dette er muligt. Med dette udgangspunkt har flere regionsklinikker i Region Nordjylland været relativt kortvarige løsninger, hvilket har medført, at lægedækningen har været ustabil. Hertil kommer, at det, ud over manglen på praksislæger i Region Nordjylland, også har været udfordrende at rekruttere læger til nogle af regionshospitalet. Disse lægedækningsproblemer er baggrunden for, at Region Nordjylland i 2017 søgte om lov til at drive regionsklinikker i en længere periode på op til 6 år for dermed at få mulighed for at afprøve nye organisationsformer, hvor driften af almen praksis og sygehuse tænkes sammen. Formålet var at opnå en stabil lægedækning og samtidig skabe et mere sammenhængende patientforløb. Ideen om samdrift af almen praksis og hospital inkluderede bl.a. tanker om uddannelses- og delestillinger, hvor læger arbejder på tværs af almen praksis og hospital, og hvor der opnås synergi imellem kompetencer fra almen praksis og sygehus. Derudover var ideerne, at samdriftsmodellen skulle skabe attraktive faglige miljøer ved at være rum for innovation, forskning og nytænkning på tværs af sektorer.

Den konkrete samdriftsmodel, der blev ansøgt om, omfattede bl.a. en klinik i Øster Jølby i Morsø Kommune, som var overgået til regionsklinik i 2016. Denne regionsklinik fik forlænget driftsperioden og skulle være organiseret under en ny hospitalsklinik for almen praksis på Regionshospitalet i Thisted. Forudsætningerne for denne model blev imidlertid ændret, da Regionshospitalet i Thisted blev en del af Aalborg Universitetshospital. Det betød, at regionsklinikken ikke fik organisatorisk ophæng ved en klinikledelse på hospitalet men i stedet ved regionshuset.

Partnerskabet med Morsø Kommune

Region Nordjylland samarbejder i Nye Veje med Morsø Kommune om at afprøve nye måder at løse sundhedsvæsenets udfordringer. Udfordringerne handler fra Morsø Kommunes perspektiv både om lægedækning men i særdeleshed også om, at flere sundhedstilbud gennem årene er flyttet væk fra borgerne. Dette er sket i takt med udviklingen på sygehusområdet, der er gået i retning af færre og større (super)sygehuse. Manglende lægedækning og nærhed i sundhedstilbud er ikke unikke problemer for Morsø Kommune og Region Nordjylland, men det har været en brændende platform, som har bragt regionen og kommunen sammen på direktørniveau i en tæt dialog om, hvordan man i et samarbejde kan adressere udfordringerne – herunder bl.a. ved at udnytte mulighederne i en regionsdrevet klinik, som omfatter en relativt stor andel af Morsø Kommunes borgere. På den baggrund er Nye Veje blevet et partnerskab

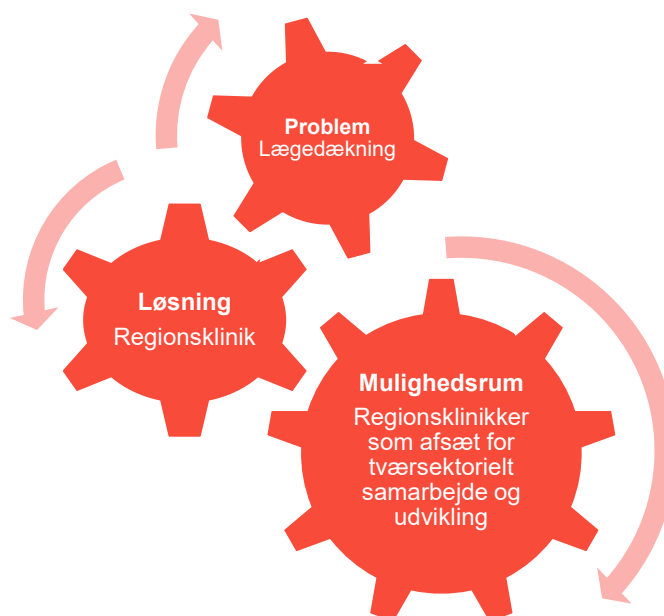
mellem Morsø Kommune og Region Nordjylland og et udviklingsprogram, der har haft opbakning fra begge organisationers øverste ledelse fra start.¹

Regionsklinikken i Øster Jølby på Mors er den første, hvor Region Nordjylland har fået tilladelse til en driftsperiode på 6 år. Nye Veje var som udgangspunkt centreret omkring denne ene regionsklinik, men i november 2018 blev endnu en regionsklinik med forlænget driftsperiode oprettet i Morsø Kommune. Denne ligger i Nykøbing Mors og indgår, ligesom klinikken i Øster Jølby, også i Nye Veje.

Opsummerende illustration af baggrunden for Nye Veje

Baggrunden for Nye Veje kan opsummeres som nogle forbindelser, der starter med et *problem* omkring lægedækning, til en *løsning* i form af regionsklinikker, der med forlængede driftsperioder åbner et bredere *mulighedsrum* for tværsektorielt udviklingsarbejde. Forbindelserne kan illustreres på følgende måde.

Figur 1.1 Forbindelsen imellem lægedækningsproblemet, regionsklinik og mulighedsrummet, der danner basis for Nye Veje



Som Figur 1.1 illustrerer, bliver regionsklinikker et afsæt for tværsektorielt udviklingsarbejde, der adresserer en bredere vifte af problemstillinger end lægedækningsudfordringen. Denne bredere vifte af problemstillinger afspejles i Nye Vejers formål og visioner, der beskrives i det følgende.

Formål og visioner i Nye Veje

Formålet med Nye Veje er, at borgerne skal opleve effektive og sammenhængende borgerforløb. Samtidig skal Nye Veje være et væksthuis for idéer og nye indsatser, som iværksættes og drives i samarbejdet mellem Region Nordjylland og Morsø Kommune.

¹ Kilder til baggrundsafsnittet: oplysninger fra Region Nordjylland samt officiel ansøgning til Sundhedsministeriet om Nye Veje.

Arbejdet med nye indsatser er organiseret i halvårige "udviklingsrul", hvor der arbejdes systematisk med at udvikle, iværksætte og evaluere på tværsektorielle indsatser. Udviklingsarbejdet har fem overordnede fokuspunkter:

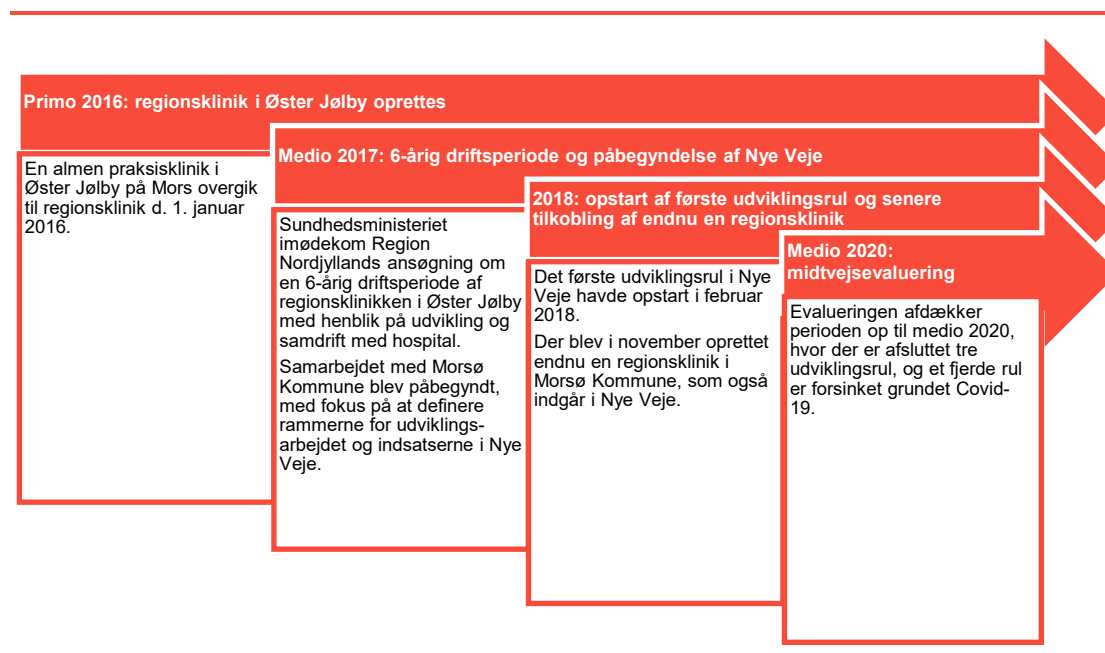
- At skabe sammenhængende borgerforløb
- At forebygge sygdom
- At forbedre lægedækningen og rekruttering af læger
- At afprøve nye måder at drive almen praksis på
- At få erfaringer med øget brug af digitale løsninger.

De bredere visioner med Nye Veje er, at patienterne bliver et fælles ansvar for hospital, kommune og almen praksis, og at sundhedsydelser ikke blot leveres koordineret men i et forpligtende fællesskab på tværs af sektorer. Samtidig er visionen en ny platform for samdrift mellem almen praksis og regionens hospitaler med det sigte at afprøve nye modeller for samarbejde og organisering, når lægedækningen skal sikres.²

VIVEs midtvejsevaluering

Denne rapport er en midtvejsevaluering af Nye Veje. Nedenstående figur placerer midtvejs-evalueringen i Nye Vejers hidtidige historik.

Figur 1.2 Tidslinje over Nye Veje frem til midtvejsevalueringen



Som det fremgår af Figur 1.2, blev tilladelsen til den 6-årige driftsperiode af regionsklinikken i Øster Jølby givet medio 2017. Med dette udgangspunkt har Nye Veje haft opstart medio 2017 og vil forløbe frem til medio 2023 (hvor den 6-årige driftsperiode ophører).

Midtvejsevalueringen afdækker samlet set hele perioden fra oprettelsen af regionsklinikken i Øster Jølby i 2016 til medio 2020, hvor der er afsluttet tre udviklingsrul. Evalueringen inkluderer dog ikke den regionsklinik, som blev oprettet og tilknyttet Nye Veje ultimo 2018. Dels har dette ligget uden for rammerne af evalueringen, dels har evalueringen haft en metodisk prioritet for

² Formuleringerne af formål og visioner er de officielle og fremgår bl.a. på www.sammenomnyeveje.dk

regionsklinikken i Øster Jølby, hvor størstedelen af de tilknyttede borgere har været i målgruppen for Nye Veje siden udviklingsprogrammets start. Evalueringen inkluderer således kun regionsklinikken i Øster Jølby.

Midtvejsevalueringens formål

Det overordnede formål er at give status på implementering af udviklingsprogrammet og indsatserne samt belyse udfordringer, muligheder og gevinster, der opleves. Givet regionsklinikken centrale rolle imellem problemfelt og mulighedsrum, skitseret i Figur 1.1, vil midtvejsevalueringen også stille skarpt på regionsklinikken i Øster Jølby som organisation, herunder også klinikken erfaringer med at indgå i det tværsektorielle udviklingsarbejde. Endelig vil evalueringen undersøge ændringer i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet i forbindelse med oprettelsen af regionsklinikken og udviklingsarbejdet i Nye Veje.

Evalueringens formål giver anledning til følgende fire delundersøgelser:

- **Status på implementering og indsatsområder (delundersøgelse 1):** Hvordan er udviklingsprogrammet implementeret organisatorisk, og hvilke indsatser og aktiviteter er gennemført?
- **Udviklingsarbejdet i praksis (delundersøgelse 2):** Hvordan foregår udviklingsarbejdet i praksis? Hvilke udfordringer og muligheder opstår, og hvordan og hvorvidt opnås der igennem arbejdet med indsatserne et styrket samarbejde på tværs af region, kommune og almen praksis?
- **Regionsklinikken i Øster Jølby (delundersøgelse 3):** Hvordan er regionsklinikken i Øster Jølby etableret og organiseret internt, og hvordan oplever personale vilkårene i regionsklinikken? Herunder tænkes både på de økonomiske og ejerskabsmæssige vilkår, der gælder for alle regionsklinikker, og det specifikke vilkår at regionsklinikken indgår i Nye Veje.
- **Udvikling i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet (delundersøgelse 4):** Delundersøgelsen tager udgangspunkt i en gruppe borgere, som er tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby og dermed i målgruppen for Nye Veje. Delundersøgelsen skal belyse, hvordan og hvorvidt borgernes kontakter til sundhedsvæsenet har udviklet sig i forbindelse med oprettelsen af regionsklinikken og udviklingsarbejdet i Nye Veje.

Data og metode

Evalueringen kombinerer kvalitative og kvantitative metoder og er baseret på følgende datakilder:

- **Dokumentstudier:** studier af interne dokumenter fra Region Nordjylland vedrørende udviklingsarbejdet og indsatserne. Cirka 45 dokumenter i alt.
- **Interview** i Nye Vejers programorganisation, herunder med repræsentanter fra Morsø Kommune, regionsklinikken i Øster Jølby, Patientforløb og Økonomi i Region Nordjylland, Aalborg Universitetshospital, psykiatrien i Region Nordjylland. Derudover er der foretaget besøg i regionsklinikken i Øster Jølby med interview af ledende sygeplejerske, læger og sygeplejersker. 25 informanter i alt.
- **Registerdata** leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik. Datagrundlaget er fra Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret, der indeholder oplysninger om hhv. kontakter i praksissektoren, herunder almen praksis og kontakter på sygehus. Der er endvidere indhentet data på en række sociodemografiske karakteristika.

Læsevejledning

- Kapitel 2 henvender sig til læsere, der ønsker en forståelse af data og metoder, der ligger til grund for evalueringen.
- Kapitlerne 3-6 præsenterer de fire ovennævnte delundersøgelser i nævnte rækkefølge.
- Kapitel 7 giver en samlet konklusion på evalueringen efterfulgt af nogle anbefalinger og opmærksomhedspunkter til det fremadrettede arbejde samt overvejelser om fremtidige analyser.

2 Metoder og data

Dette kapitel beskriver data og metoder, der ligger til grund for rapportens fund og konklusioner. Samlet set er evalueringen understøttet af dokumentstudier, interview og registerdata.

2.1 Dokumentstudier

En række dokumenter fra Nye Vejes programorganisation er blevet studeret. Disse inkluderer:

- referater fra møder i Nye Vejes styre- og programgruppe
- interne status- og afslutningsrapporter på de enkelte indsatser i Nye Veje
- dokumenter, der beskriver arbejdsgange i udviklingsarbejdet
- oprindelige ansøgninger om tilladelse til at etablere forsøg med nye organisationsformer.

Dokumenterne er blevet sendt løbende af Region Nordjylland til VIVE. Der er i alt afsendt cirka 45 dokumenter. Størstedelen af dokumenterne har karakter af at være til internt brug i Nye Vejes programorganisation og ikke til ekstern afrapportering.

Studiet af dokumenterne er brugt til at følge og opnå overblik over de indsatser, der er iværksat i Nye Veje. Dokumentstudierne danner basis for delundersøgelse 1, der giver en status på indsatsområder i Nye Veje, men er også brugt som forberedelse til de interview, der indgår i delundersøgelse 2.

Afgrænsning i forhold til delundersøgelse 1

Foruden de indsatser, der formelt er iværksat, er der i Nye Veje også et fokus på at skabe fleksible rammer, der giver plads til at indføre nye meningsfulde tiltag ad hoc, uden at disse tiltag bliver en indsats, der undergår systematisk opfølgning og evaluering i Nye Veje. Dette er et vigtigt aspekt ved Nye Veje, men det ligger uden for rammerne af evalueringen at lave en komplet afdækning af de udviklingsaktiviteter og tiltag, der ikke indgår som formelle indsatser.

2.2 Interview

Delundersøgelse 2 (udviklingsarbejdet i praksis) og 3 (regionsklinikken i Øster Jølby) er begge baseret på interview. Nedenfor beskrives interviewundersøgelsen for de to delundersøgelser.

2.2.1 Interview vedrørende udviklingsarbejdet i praksis (delundersøgelse 2)

Formålet med interviewene har været dels at undersøge erfaringerne med at arbejde iterativt med flere indsatser i større udviklingsrul, herunder hvilke udfordringer og muligheder der opstår, dels at undersøge, hvorvidt og hvordan der igennem arbejdet med indsatserne er udviklet et forandret samarbejde på tværs af sektorer i Morsø Kommune og Region Nordjylland.

Fokuspunkter i interviewene

Interviewene har været understøttet af dokumentstudierne beskrevet i afsnit 2.1, som har skabt et forhåndskendskab til indsatserne, og hvordan der er arbejdet med dem. Forhåndskendskabet har været væsentligt for – inden for rammerne af interviewene – at balancere fokus på udviklingsarbejdet generelt med konkrete eksempler på de erfaringer, udfordringer og resultater, der viser sig i de enkelte indsatser.

Interviewene har taget afsæt i en interviewguide, og har fokuseret på følgende temaer:

- Hvilke betingelser og barrierer (økonomiske, praktiske, faglige) for tværsektorielt samarbejde har gjort sig gældende forud for Nye Veje?
- Hvilke overvejelser ligger til grund for den iterative tilgang med halvårige "rul"? Hvordan er modellen udviklet og har der været behov for justeringer?
- Hvad har de primære udfordringer i udviklingsarbejdet været set fra både strategisk, taktisk og operationelt perspektiv?
- Hvordan og hvorvidt er der via indsatserne skabt nye, konkrete modeller for samarbejde på tværs af sektorer?
- Hvordan og hvorvidt er der igennem udviklingsarbejdet udviklet relationer samt fagligt og organisatorisk kendskab på tværs af sektorerne? Hvilken betydning har dette konkret?
- Eksempler på nye tiltag, der er iværksat i kraft af samarbejdet men uden for de formelle rammer af Nye Veje
- Fremadrettede fokuspunkter og strategi.

Informanter

Informanterne er udvalgt med afsæt i Nye Vejes programorganisation, der omfatter en styregruppe, en programgruppe og et indsatsniveau bestående af en række udviklingsspor, hvor projektteamet arbejder med hver deres indsats.

Informanterne er udvalgt med fokus på: 1) at inkludere perspektiver fra alle niveauer i Nye Vejes programorganisation, dvs. både på styregruppe-, programgruppe- og indsatsniveau samt 2) at sikre repræsentanter fra både kommune, hospital, regionsklinik og stabsmedarbejdere. Derudover har det været en prioritet, at der på indsatsniveau er inkluderet projektledere, som har ledt flere indsatser over flere rul, og som dermed har et fyldigt erfaringsgrundlag at tale ud fra. Informanterne er udvalgt af VIVE på baggrund af oplysninger fra Region Nordjylland. Tabel 2.1 viser i venstre kolonne, hvilke interview der er gennemført på hhv. styregruppe-, programgruppe- og indsatsniveau. I højre kolonne fremgår informanternes tilhørsforhold og funktion:

Tabel 2.1 Interviewoversigt

Interview	Informanter og tilhørsforhold
Styregruppeniveau To individuelle interview	Morsø Kommune: Kommunaldirektør Region Nordjylland: Koncerndirektør
Programgruppeniveau To individuelle interview	Morsø Kommune: Chef for Sundhed, Ældre og Rehabilitering Region Nordjylland: Kontorchef, Sundhedsplanlægning
Indsatsniveau Tre gruppeinterview med en blanding af informanter fra hhv. kommune, regionens stab, AAUH, psykiatrien og regionsklinikken	Morsø Kommune: to projektledere Sundhedsplanlægning i Region Nordjylland: tre projektledere Aalborg Universitetshospital: to projektledere Psykiatrien: to projektledere Regionsklinik i Øster Jølby: ledende sygeplejerske

Informanterne på indsatsniveau har forskellige titler, men gennemgående er det personer i administrative funktioner eller personer med klinisk baggrund, som nu arbejder i stillinger med ledelse af drift og/eller udvikling.

De fire individuelle interview på styre- og programgruppeniveau samt et af de tre gruppeinterview på indsatsniveau er gennemført over video eller Skype grundet Covid-19. De resterende to gruppeinterview kunne gennemføres som fysiske interview.

Afgrænsninger

Ovennævnte interviewundersøgelse indeholder ikke perspektiver fra det kliniske frontpersonale eller fra patienterne. Det skal dog nævnes, at der i forbindelse med delundersøgelse 3 er foretaget interview med læger og sygeplejersker i regionsklinikken Øster Jølby, som har virket som frontpersonale i nogle indsatser. En mere systematisk og komplet afdækning af patient- og frontpersonaleperspektiver er relevant og kunne muligvis inddrages i en slutevaluering men er undtaget i denne midtvejsevaluering, hvor det primære fokus er på erfaringsdannelsen i de tværsektorielle samarbejdsrelationer.

Nye Veje er et komplekst udviklingsprogram, idet at det omfatter flere udviklingsindsatser af forskellig art og med forskellige formål. Det er uden for rammerne af denne interviewbaserede undersøgelse at gå systematisk og dybdegående til værks med udfordringer, muligheder og gevinster ved de enkelte indsatser. Indsatserne indgår dog i den deskriptive karakteristik i delundersøgelse 1.

2.2.2 Interview i regionsklinikken i Øster Jølby (delundersøgelse 3)

Formålet med interviewene har været at afdække regionsklinikken etablering, den interne organisering, ledelse, samt hvordan rammevilkår opleves af de ansatte. Interviewene er foretaget i forbindelse med et besøg i klinikken.

Fokuspunkter i interviewene

Interviewene har taget afsæt i en interviewguide. Interviewguiden blev udarbejdet med afsæt i VIVEs eksisterende viden om almen praksis organisering (1-7). På den baggrund har følgende temaer været i fokus i interviewene:

- Personalets oplevelser af hverdagen i regionsklinikken – hvad fungerer godt, hvad udfordrer, og hvorvidt er det en attraktiv arbejdsplads?
- Arbejdsdelingen mellem læger og ikke lægeligt personale, herunder i forbindelse med kronikerbehandling
- Tilgængelighed for patienter og kontinuitet i læge-patient-forhold
- Hvad læger og øvrigt personale ser som attraktivt/mindre attraktivt ved en regionsklinik, herunder betydningen af ikke at have budget- og personaleansvar
- Betydningen af, at klinikken indgår i Nye Veje
- Tværfagligt samarbejde mellem læger og andre faggrupper
- Samarbejde med det kommunale sundhedsvæsen

Interview og informanter

Regionsklinikken var på evalueringstidspunktet bemandede med 1 ledende sygeplejerske, 6 sygeplejersker og 4 læger. Følgende interview er gennemført:

- Ledende sygeplejerske
- 4 sygeplejersker i gruppeinterview
- 2 læger i gruppeinterview
- 2 læger i gruppeinterview (via video)

De tre førstnævnte interview er gennemført i forbindelse med et fysisk besøg i klinikken, hvor der også blev givet en rundvisning. Det videobaserede interview blev foretaget efter besøget i klinikken.

2.2.3 Interviewmetode for delundersøgelse 2 og 3

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview (8). Det betyder, at interviewene har været strukturerede i en interviewguide med en række overordnede temaer og fokuspunkter, men at der også har været plads til, at der i interviewsituationen kan uddybes og afdækkes andre forhold, der har vist sig relevante.

Under alle interview er informanternes udsagn blevet refereret talenært og direkte af en referent. Umiddelbart efter interviewene er der udarbejdet en kondenseret sammenfatning. De talenære referater er blevet kodet i kategorier svarende til interviewguidens temaer. Interviewene er derudover optaget på diktafon og senere gennemlyttet i sin helhed og med fokus på at transkribere centrale passager.

2.3 Registerbaserede analyser

I dette afsnit beskrives det metodiske grundlag for den registerbaserede analyse af, hvordan og hvorvidt regionsklinikken i Øster Jølby og Nye Veje er forbundet med ændringer i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet.

Regionsklinikken i Øster Jølby danner, som tidligere beskrevet, afsæt for mange af indsatserne under Nye Veje. Derfor er borgere tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby valgt som analysepopulation for den kvantitative analyse. Der har samtidig været fokus på at sikre en analysepopulation, som har været i målgruppen for Nye Veje siden opstarten af Nye Veje. Derfor er der ikke inkluderet borgere tilknyttet den anden regionsklinik på Mors, som senere er blevet en del af Nye Veje (jf. beskrivelsen i Figur 1.2).

Klinikken i Øster Jølby overgik til at være regionsklinik pr. 1. januar 2016, dvs. 2 år inden igangsættelsen af de første delindsatser i Nye Veje. Da mange af de ændringer, som Nye Veje forventes at have skabt, kan relateres til de ændrede rammevilkår, som oprettelsen af regionsklinikken har givet i form af fx manglende ydelsesafregning, bygger den kvantitative analyse på data for årene 2015-2019 begge år inklusive. Dette betyder, at vi har data fra 1 år før overgangen til regionsklinik, data for 2 år efter overgangen til regionsklinik og 2 år med Nye Veje. Fokus i den kvantitative analyse er dermed både på ændringer i forbindelse med overgangen til regionsklinik og ændringer i forbindelse med opstarten af de første delindsatser i Nye Veje.

Evalueringen omfatter en analyse af udviklingen i forbrug af sundhedsydelser leveret i almen praksis, i den resterende praksissektor og i sygehussektoren – opgjort kvartalvis. Fokus for analysen er dermed alene det regionale sundhedsvæsen, hvorved det kommunale sundhedsvæsen ikke er inkluderet i analysen.

Vi har valgt at analysere på udviklingen i antallet af konsultationer i regionsklinikken og det omkringliggende sundhedsvæsen, idet ændringer i ydelseshonoreringen kan ændre adfærden i praksis. Ved at ændre ydelseshonorering går praksis fra at agere under et klart økonomisk incitament til at levere så mange ydelser som muligt inden for rammerne af overenskomsten, til at have økonomisk incitament til at se borgerne færre gange.

I et meget berømt studie fra 1990 viste Krasnik et al., at praktiserende læger i Københavns Kommune responderede på indførelsen af et økonomisk incitament ved at levere flere ydelser i almen praksis og henvise færre patienter (9).

Almen praksis agerer langt fra udelukkende i forhold til økonomiske incitamenter. Ofte skelnes der imellem indre og ydre motivation, hvor den ydre motivation blandt andet udgøres af de økonomiske incitamenter, og hvor den indre motivation reflekterer den faglige stolthed, hensyntagen til patienten og en lyst til at bedre borgernes sundhed (10). Tidligere studier har vist, at introduktionen af økonomiske incitamenter kan påvirke, hvordan almen praksis agerer i forhold til indre og ydre motivation (11).

Analysetype og population

Den kvantitative evaluering er gennemført som et registerbaseret studie af de borgere, der overgik fra klinikken i Øster Jølby til regionsklinikken ved dens tilblivelse, sammenlignet med en statistisk konstrueret kontrolgruppe. For at undgå selvselektion i forhold til undersøgelsespopulationen har vi valgt udelukkende at inkludere borgere, der overgik fra klinikken i Øster Jølby til regionsklinikken ved dens overgang i 2016. Det vil sige, at både interventionsgruppen og den matchede kontrolgruppe "låses fast", således at der ikke kommer nye.

For at komme med den mest korrekte vurdering af, hvilken betydning overgangen til regionsklinik og senere igangsættelsen af Nye Veje har haft på forbruget af sundhedsydelser, sammenlignes udviklingen for borgere tilknyttet klinikken i Øster Jølby med en statistisk konstrueret "kontrolgruppe", der ligner borgerne tilknyttet regionsklinikken i forhold til sociodemografiske karakteristika. Interventionsgruppen består således af alle borgere, der var tilknyttet klinikken i Øster Jølby før 1. januar 2016, og i forbindelse med dennes lukning overgik til regionsklinikken.

Der er anvendt 'propensity score matching' til at konstruere en kontrolgruppe ud fra variable, der er tilgængelige i de nationale registre. Propensity score matching er en metode til at statistisk vej at skabe en kontrolgruppe, som ligner en gruppe af personer, der har modtaget en given indsats så meget, at det er muligt at sammenligne outcomes for de to grupper. Estimation af propensity-scoren foregår ved, at man estimerer en sandsynlighed for deltagelse i indsatsen givet de baggrundskarakteristika, der foreligger oplysninger om for både interventionsgruppen og den potentielle kontrolgruppe. Som resultat fås en estimeret sandsynlighed – propensity score – for deltagelse i indsatsen, der ligger mellem 0 og 1. Ud fra de potentielle kontroller er der for hver borger i interventionsgruppen udvalgt fem matchede kontroller med identisk propensity score. Hvis propensity-scoren er estimeret korrekt, og hvis alle væsentlige variable er observeret og indgår i modellen, kan man beregne effekten af indsatsen som gennemsnittet af outcome blandt de personer, der har modtaget indsatsen, minus gennemsnittet af outcome blandt personer, der ikke har modtaget indsatsen, men som har en lignende propensity-score.

De potentielle kontroller i denne analyse er valgt blandt borgere, der er i sikringsgruppe 1 og tilmeldt en PLO-praksis i Thisted Kommune og Jammerbugt Kommune. Afgrænsningen til Thisted og Jammerbugt Kommuner sker for at sikre, at de potentielle kontroller bor så geografisk tæt på interventionsgruppen som muligt. Det er ikke muligt at matche med andre borgere i Morsø Kommune, idet hele Morsø Kommune er en del af indsatserne i Nye Veje, og en eventuel effekt af tiltagene i Nye Veje ville forsvinde.

Kontrolgruppen er udvalgt blandt gruppen af potentielle kontroller ved hjælp af propensity score matching med udgangspunkt i følgende variable:

- Køn
- Alder
- Højeste fuldførte uddannelse (grundskole, kort uddannelse/erhvervsuddannelse, kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse/ph.d.)
- Civilstand primo inklusionsåret (gift, ugift, fraskilt eller enke/enkemand)
- Bopælsstatus primo inklusionsåret (single, samboende og andet)
- Etnicitet (etnisk dansk, indvandrere med vestlig baggrund, indvandrere med ikkevestlig baggrund)
- Indkomst (ækvivaleret familieindkomst).

Propensity score-matching er udført ved at beregne propensity-scoring i en probit regression for alle personer i både interventionsgruppen og gruppen af potentielle kontroller. Propensity-scoren, der angiver den beregnede sandsynlighed for at tilhøre interventionsgruppen, er brugt til at finde fem kontroller for hver person i interventionsgruppen. Kontrollerne er udvalgt som de personer, der har en propensity score, der er tættest på propensity-scoren for den person, de skal være kontrol for. Der er anvendt et caliper-kriterie på 0,25 på log(odds) af propensity-scoren. Det var muligt at finde fem unikke kontroller for hver person i interventionsgruppen med det anvendte caliper-kriterie. Derfor opnås der en fast 1:5 ratio for størrelsen af interventions- og kontrolgruppen.

Der er risiko for at introducere bias ved at matche hver borger i interventionsgruppen med flere kontroller, hvis disse er 'dårlige' match. Vi vurderer dog på baggrund af en sammenligning af matchning-variablene, at alle de anvendte match er gode match, og at vi ved at inkludere flere matchede kontroller pr. borger i interventionsgruppen mindsker risiko for bias på baggrund af ikke-observerbare karakteristika.

2.3.1 Datagrundlag

Data er leveret af hhv. Region Nordjylland (data fra Landspatientregisteret (LPR) og Sygesikringsregisteret) og Danmarks Statistik (Sociodemografiske data fra Befolkningsregisteret (BEF) og Uddannelsesregistret (UDDA)).

Behandling på sygehus – Landspatientregisteret (LPR)

Kontakter til somatisk sygehus er baseret på data fra LPR, der indeholder oplysninger om alle sygehuskontakter.

I vores analyse har vi opdelt antallet af kontakter i ambulante kontakter og indlæggelser. Fra 2017 til 2018 skete der imidlertid en omlægning af DRG (Diagnose Relaterede Grupper)-systemet, der blandt andet medførte, at der ikke længere skelnes mellem ambulante og stationær behandling i DRG systemet. Det betyder, at vi har foretaget en manuel opdeling for årene 2018 og 2019. I 2018 og 2019 defineres en ambulante kontakt som en kontakt, der er påbegyndt og afsluttet samme dag.

I marts 2019 overgik registreringen på sygehus fra LPR2 til LPR3. Dette medfører, at vi ikke kan analysere skadestuebesøg i 2019, da registreringspraksis omkring indlæggelsesmåden (akut/elektiv) ændres.

Endvidere opgøres antallet af genindlæggelser. Vi følger Sundhedsdatastyrelsens definition af genindlæggelser, således at en genindlæggelse defineres som en akut indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning uanset aktionsdiagnose.

Behandling i primærsektoren – Sygesikringsregisteret

Kontakter til privatpraktiserende sundhedsprofessionelle med overenskomst med sygesikringen er opgjort på grundlag af data fra Sygesikringsregisteret (SSR). Der sondres mellem kontakter til:

- alment praktiserende læger/regionsklinik (det samlede antal konsultationer, fremmøde-konsultationer, telefonkonsultationer, e-konsultationer)
- telefonkonsultationer til vagtlæge (opdelt i antal kontakter med hhv. uden efterfølgende konsultation/besøg)
- praktiserende speciallæge, der kræver forudgående henvisning (det samlede antal kontakter inden for specialerne: Dermato-Venerologi, Reumatologi, Gynækologi/obstetrik, Intern Medicin, Kirurgi, Ortopædisk Kirurgi og Pædiatri)
- fysioterapi (antal kontakter).

Overenskomsten for almen praksis blev ved indgangen til 2018 ændret således, at læger honoreres med et fast månedligt kronikerhonorar for borgere med KOL og/eller diabetes. Ved overgang til kronikerhonorar afregnes almen praksis ikke for hver enkelt konsultation. Almen praksis koder fortsat aktiviteten i deres interne systemer. Når data overføres til sygesikringsregisteret omkodes kontakter i relation til borgere, hvor lægen honoreres med kronikerhonoraret, således at kontakterne fremgår som en kode 0130, 0131 eller 0132. Det er ikke muligt at identificere fremmøde, telefon- og e-mailkonsultationer for denne gruppe. I opgørelsen af de samlede antal konsultationer indgår alle konsultationer (fremmøde-, telefon- og e-mailkonsultationer) samt specifik forebyggende indsats for alle borgere. I analyserne, hvor konsultationer op-splittes på fremmøde-, telefon- og e-mailkonsultationer, indgår borgere, hvor lægen afregnes med kronikerhonoraret derfor ikke. Dette gør sig gældende fra 2018 og 2019.

Ændringen i registreringer finder sted i både regionsklinikken og hos den matchede kontrol-gruppe i PLO-praksisser.

Ændringen i overenskomst og deraf følgende ændring i datagrundlaget gør, at der i vores analyser vil være et fald i aktiviteten, når der opdeles på konsultationstyper. En analyse af de samlede konsultationer dækket af kronikerhonoraret (ikke afrapporteret) viser, at udviklingen er tæt på identisk for interventions- og kontrolgruppen. Det er derfor vores vurdering, at den introducerede bias ikke påvirker resultaterne.

Kontrolvariable

Oplysninger om køn, alder, bopælskommune, civilstand og bopælsstatus er hentet fra Befolkingsregisteret (BEF) hos Danmarks Statistik, som bl.a. trækker på CPR-registeret. Alder, bopælsregion, civilstand og bopælsstatus er opgjort primo 2016.

Uddannelsesoplysninger angiver højeste fuldførte uddannelse i 2016 og er hentet fra Danmarks Statistiks Uddannelsesregister (UDDA). Uddannelse er opdelt i følgende kategorier: grundskole, kort uddannelse eller erhvervsuddannelse, kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse eller ph.d. Endelig er der en 'missing'-kategori, som dækker børn og unge, der endnu ikke har færdiggjort en uddannelse.

2.3.2 Metode

De statistiske analyser er gennemført i Stata 14 (StataCorp, College Station, TX) på Danmarks Statistiks forskermaskine.

Udviklingen i antal kontakter pr. patient opgøres kvartalsvis i perioden 2015-2019, hvor 2015 udgør før-perioden, og årene 2016-2019 udgør efter-perioden. Interventionsgruppen oplever i observationsperioden to "interventioner" eller ændringer, der er relevante for indeværende analyse. Den første er etableringen af regionsklinikken i starten af 2016, og den anden er igangsættelsen af initiativerne under Nye Veje omkring starten af 2018. Vi analyserer derfor både, om der er en signifikant ændring, når man sammenligner 2015 med hele opfølgingsperioden 2016-2019, men også, om der er en signifikant ændring, når man sammenligner 2015 med 2018-2019, hvor 2016 og 2017 betragtes som en overgangsperiode.

Difference-in-differences-analyse

Effekterne beregnes i en difference-in-differences-model, hvor ændringen i antal af kontakter i interventionsgruppen over en given periode sammenlignes med ændringen i kontrolgruppen i samme periode:

$$\#kontakter_{DiD} = (\#kontakter_t^I - \#kontakter_{-t}^I) - (\#kontakter_t^C - \#kontakter_{-t}^C),$$

hvor:

- I = borger i interventionsgruppen
- C = borger i kontrolgruppen
- t = followup-perioden
- -t = baseline-perioden.

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 individuelle *fixed effects*. Analyseniveauet er kvartaler. I regressionsmodellen inkluderes dummyer for hvert kvartal. Difference in difference-estimererne udtrykker derfor den gennemsnitlige forskel imellem interventions og kontrolgruppen pr. kvartal. Vi følger i estimeringen strategien beskrevet i (12) 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 overgangen til regionsklinik, og ellers er 0, og ρ er den relevante difference-in-difference-estimator. T_t er en dummy for hvert kvartal, γ_i er individuelle fixed effects og ε_{it} er fejleddet.

En afgørende antagelse for at kunne benytte difference in difference-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 de fire kvartaler i 2015.

En måde at teste resultaternes robusthed er ved at lave en såkaldt placebo-test, hvor tidspunktet for etableringen af regionsklinikken hypotetisk ændres til et tidligere tidspunkt. Analyserne

udføres så med denne nye – men ikke sande – etableringsdato. Hvis resultaterne fortsat kan identificeres vil det være tegn på, at ændringerne ikke kan tilskrives regionsklinikken men andre uobserverbare forhold. Der er ikke udført en placebotest på denne måde, idet vi kun har data et helt år før etableringen af regionsklinikken, og at der er store sæsonudsving, hvilket gør, at analyserne bør udføres på hele år.

Der er anvendt robust lineær regression, som tillader afvigelser fra antagelser om normalitet, til at undersøge forskelle i antal kontakter mellem interventions- og kontrolgruppen (et 5 %-signifikansniveau).

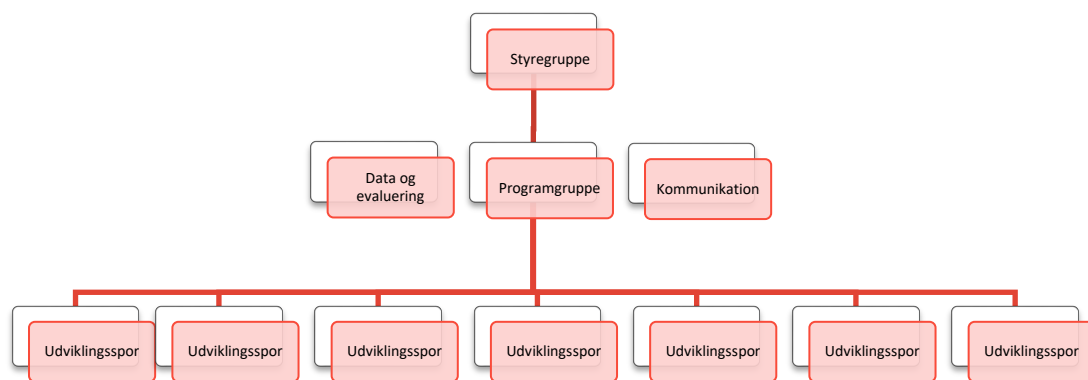
3 Status på implementering og indsatsområder

Dette kapitel giver en status på implementering af og udviklingsarbejdet i Nye Veje. Det første afsnit, 3.1, beskriver Nye Vejes organisering og model for udviklingsarbejdet. Modellen indbefatter halvårslige udviklingsrul, hvor en række indsatser iværksættes, evalueres og videreudvikles. Det andet afsnit, 3.2, giver et overblik over og beskrivelse af de indsatsområder, der er arbejdet med på tværs af kommune, almen praksis (regionsklinik) og sygehus.

3.1 Introduktion til programorganisationen

Nye Vejes programorganisation består af en styregruppe, en programgruppe og dernæst en række projektgrupper, der står for at implementere de enkelte delindsatser. Derudover er der to støttefunktioner – den ene en dataenhed, der bistår med dataunderstøttelse til intern evaluering af indsatserne, samt en kommunikationsenhed, der udbreder kendskabet til Nye Veje. Programorganisationen er skitseret nedenfor i Figur 3.1.

Figur 3.1 Diagram over programorganisationen



Anm.: Antallet af udviklingsspor kan variere mellem de enkelte rul

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af hjemmesiden for Nye Veje: www.sammenomnyeveje.dk

Programorganisationen afspejler de hierarkiske lag i Morsø Kommune og Region Nordjylland. I styregruppen indgår bl.a. Morsø Kommunes kommunaldirektør og direktør for Social, Sundhed og Beskæftigelse, og fra Region Nordjylland indgår bl.a. koncerndirektør for Sundhed og hospitals-, lægefaglig og sygeplejefaglig direktører fra Aalborg Universitetshospital. Programgruppen afspejler chefniveauet, hvor bl.a. Morsø Kommunes chef for Sundhed, Ældre og Rehabilitering samt Region Nordjyllands chef for Sundhedsplanlægning indgår. Flere af programgruppens medlemmer indgår også i styregruppen. Projektgrupperne (som svarer til udviklingssporene i figuren) er midlertidige team, som oprettes og opløses i takt med at de enkelte indsatser i Nye Veje iværksættes hver 8. måned.³ Projektgrupperne går dog ofte igen, idet flere af indsatserne er iterationer på samme indsatsområde. Ledere og medarbejdere i projektgrupperne sammensættes af programgruppen. Nogle af projektlederne har været med fra starten af Nye Veje og har ledt flere indsatser, hvormed der er en vis grad af kontinuitet på trods af

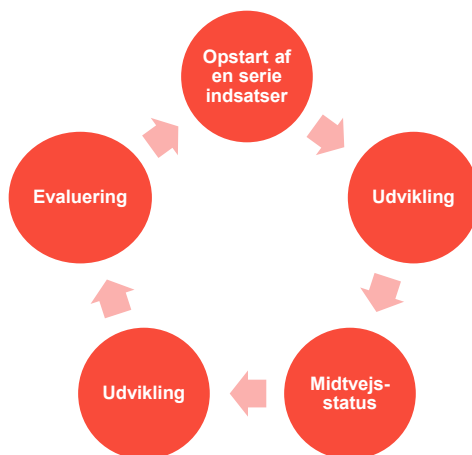
³ Udviklingsperioderne har fra start været 6 måneder, men er sidenhen forlænget til 8 måneder. Det uddybes senere hvorfor.

indsatsernes midlertidige karakter. Desuden flyder de hierarkiske lag delvist sammen i praksis, idet nogle af projektlederne indgår i programgruppen.

Udviklingsarbejdets cyklus

Udviklingsarbejdet sker i en cyklus på 8 måneder, der indebærer opstart af en serie indsatser, midtvejsstatus og slutevaluering. Denne cyklus er illustreret i Figur 3.2 nedenfor efterfulgt af en uddybende forklaring:

Figur 3.2 Cyklussen i et udviklingsrul i Nye Veje



Kilde: Egen tilvirkning

- **Opstart af indsatser:** Hvert rul indledes med et kickoff-arrangement, hvor alle projektledere og medarbejdere samt programgruppen deltager og introduceres til det kommende rul. Desuden afholdes et møde mellem projektlederne forud for hvert rul med henblik på erfaringsdeling i rollen som projektleder. Opstarten indebærer også, at indsatsernes grundlag er beskrevet i en standardiseret dokumentskabelon med bl.a. indsatsernes formål, hvem der udfører dem, og hvilke proces- og resultatmål der skal indfries.
- **Midtvejsstatus:** Halvvejs inde i hvert rul mødes projektledere og programgruppe til et fælles statusmøde om de enkelte indsatser. Styregruppen orienteres om status på efterfølgende møde.
- **Afslutning og evaluering:** Hen imod afslutningen af et rul sker der en opsamling og evaluering af hver delindsats. På baggrund heraf beslutter program- og styregruppe, hvilke indsatser der enten skal videreudvikles i næste rul, afbrydes eller overgå til drift og "forlade" Nye Veje. Derudover træffes beslutning om, hvilke nye indsatser der skal afprøves i kommende rul. Evalueringen er ligeledes understøttet af dokumentskabeloner for afrapportering af indsatserne målopfyldelse.

Den ovenfor beskrevne cyklus har klare overlap med forbedringsmodellen, som er en udbredt metode til kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet (13). Der er dog også, fortæller en informant, hentet inspiration fra projektledelsesmetoden *Prince2* (14), hvilket afspejler sig i udviklingen og brugen af en række standardiserede dokumenter.

Ideerne til indsatserne har forud for første rul indebåret workshops med idegenerering og efterfølgende kategorisering af forskellige forslag. Derudover har der været inddraget borgere og medarbejdere til at ideudvikle og/eller kvalificere indsatser. Blandt andet er to af indsatserne i Nye Veje blevet til på baggrund af ordningen "Gør din ide til virkelighed", hvor medarbejdere har kommet med inputs til udviklingsarbejdet. Ideerne kan samlet set "*komme mange steder*

fra”, forklarer en informant, men besluttet og prioriteres af program- og styregruppen. En informant foreslår, at inddragelse af nye personer i programorganisationen kan være en relevant kilde til nye ideer i udviklingsarbejdet.

Temaer og udviklingsstadier for indsatserne

De enkelte indsatser varierer i modenhed, fra *foranalyse, prøvehandling, implementering og skalering* og *drift*. Indsatserne har samtidig en overordnet tematisk variation, idet der i udvælgelsen af indsatserne tages pejling efter de fem overordnede fokuspunkter i Nye Veje (jf. kap. 2), som er:

- sammenhængende borgerforløb
- lægedækning og rekruttering
- almen praksisdrift
- forebyggelse af sygdom
- digitalisering.

Temaerne anvendes som redskab til at sikre, at indsatserne favner bredt i de problemstillinger, de adresserer, og at Nye Veje som helhed skaber udvikling på de områder, der oprindeligt var tænkt.

Ressourcer til udviklingsarbejdet

I både Morsø Kommune og Region Nordjylland løftes arbejdet med Nye Veje af en blanding af nytildførte ressourcer og re-allokering af eksisterende ressourcer. Morsø Kommune ansatte en udviklingsmedarbejder til at arbejde med indsatserne i Nye Veje, som har ledt flere af indsatserne, mens de øvrige opgaver løftes af eksisterende personale. I regionen er der ansat en programleder, og derudover har der været mulighed for at opnormere nogle medarbejdere og reallokere ressourcer internt til Nye Veje. Interviewpersoner fra begge sider fortæller, at topledelse på både kommune- og regionssiden har prioriteret Nye Veje højt, hvilket har gjort det lettere at finde de nødvendige ressourcer.

3.2 Overblik og karakteristik af indsatsområder

Der er på evalueringstidspunktet afsluttet tre rul med syv til ni indsatser i hvert. Det fjerde rul skulle planmæssigt have foregået i foråret 2020, men er blevet forsinket pga. Covid-19. Derfor er det kun de tre afsluttede rul, der er beskrevet i dette kapitel.

Indsatserne hænger nært sammen på tværs af rul og kan ses som iterationer, hvor der over to eller flere rul er arbejdet videre med samme overordnede projekt eller problemstilling. For at skabe overblik er indsatserne derfor sammenfattet i indsatsområder, som hvert kan omfatte flere indsatser/iterationer. Indsatsområderne fremgår af Tabel 3.1 nedenfor. I venstre kolonne fremgår emnet for indsatsområdet, antallet af rul (og dermed indsatser) det omfatter, og hvilke tilhørsforhold de centrale aktører i indsatsområdet har (kommune, regionsklinik, sygehus, psykiatri). I højre kolonne uddybes formål, tiltag samt status og hidtidige erfaringer inden for hvert indsatsområde.

Tabel 3.1 Kondenseret beskrivelse af indsatsområder: I venstre kolonne fremgår emnet for indsatsområdet, hvor mange iterationer (rul) området er blevet udviklet over, samt hvilke centrale aktører der er inddraget. I højre kolonne uddybes indsatsområdet med formål, tiltag og erfaringer.

Indsatsområde og aktører	Formål, tiltag og status/erfaringer indenfor indsatsområdet
<p>Forebyggelse af (gen)indlæggelser Iterationer: Indsatser i 2. og 3. rul Aktører: Regionsklinik, en PLO-klinik, vagtlægen, kommunal akutsygeplejerske, Morsø Kommunes afklaringscenter,</p>	<p>Med inspiration fra lignende projekt i Aalborg Kommune samarbejdes der her på tværs af sektorer om at forebygge (gen)indlæggelser. Som noget særligt for Nye Veje er almen praksis her repræsenteret ved en PLO-kompagniskabspraksis med to læger. Området er organisatorisk komplekst og rummer flere nye tiltag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tættere samarbejde mellem praksislæger og kommunalt afklaringscenter. Praksislæger går stuegang ugentligt på det kommunale afklaringscenter, hvor svage borgere ligger og enten kommer fra eget hjem eller er udskrevet fra sygehus. Praksislægerne får automatisk besked, når deres patienter indskrives på afklaringscenteret. Praksislægerne skal understøtte tættere koordinering og justering af behandlingen af patienterne på afklaringscenteret. 2) Koordinering af akutte hjemmebesøg mellem kommunal akutsygeplejerske, praksislæger og vagtlægen. Hvis den kommunale akutsygeplejerske er på besøg hos en borger om aftenen og ser et muligt behov for at blive tilset af en læge, ringer sygeplejersken til vagtlægen og får en vurdering af, om lægebesøget kan udskydes til næste morgen. Hvis det kan, koordinerer sygeplejersken besøget med praksislæger i indsatsen den efterfølgende morgen. Delindsatsen skal forebygge, at disse patienter henvises unødigt til sygehusets akutafdeling, når vagtlægen ikke kan foretage akut hjemmebesøg. 3) Behovsvurdering i forhold til opfølgende hjemmebesøg flyttes fra sygehus til praksislæger. Morsø Kommune foretager jf. gældende aftaler hjemmebesøg for alle udskrevne patienter, der modtager hjemmehjælp, hjemmepleje, sygepleje. Frem for at behovet for hjemmebesøg er strukturelt bestemt af sygehuset er det i denne indsats praksislægen, som gennem dialog med hjemmesygeplejerske træffer beslutning om behovet for hjemmebesøg. Forskellen er, at vurdering af behov for opfølgende hjemmebesøg er flyttet fra sygehuset til praksislægen (sygehuset er dog stadig forpligtet på at foretage vurderingen). 4) Styrke sygehusets kendskab til de kommunale akutsygeplejersker. Indsatsen arbejder med at styrke sygehusets kendskab til de kommunale akutsygeplejerskers kompetencer samt muligheder for at kontakte dem om borgere, der skal udskrives.
<p>Nye fagligheder i almen praksis Iterationer: Indsatser i 1., 2. og 3. rul. Aktører: Regionsklinik, AAUH</p>	<p>Over tre indsatser er der arbejdet med at introducere nye fagligheder i regionsklinikken med henblik på at kvalificere udredning og behandling, aflaste læger og sygeplejersker samt udvikle deres kompetencer og bringe andre fagligheder ind i kontakten med borgeren. Der har bl.a. været udlånt en fysioterapeut fra Aalborg Universitetshospital (AAUH) til at arbejde med knæ-, skuldre- og ryg-patienter med henblik på at reducere henvisninger til speciallæge og billeddiagnostisk afdeling samt at kvalificere og optimere processen omkring henvisninger til praktiserende fysioterapeuter. Derudover har en farmaceut gennemført medicingennemgang af klinikkens tungt medicinerede patienter (inklusionskriteriet er ≥ 5 præparater). Tanken er at bringe farmaceutens ekspertise ind i vurdering af samspil mellem medikamenter og muligheder for sanering i medicinen.</p>
<p>Forløbspartner til særligt sårbare borgere Iterationer: indsatser i 1., 2. og 3. rul Aktører: Morsø Kommune, regionsklinik, AAUH, psykiatrien</p>	<p>Morsø Kommune, regionsklinikken og fagpersoner fra Aalborg Universitetshospital (AAUH) har i fællesskab gennemgået og drøftet patientcases med henblik på at identificere særligt sårbare borgere med mange kontakter på tværs i sundhedsvæsenet. Formålet har i de første faser været at identificere patientgrupper, hvor det er relevant med en individuel, målrettet indsats for at sikre sammenhængende og velkoordinerede patientforløb. Dette har udmundet i ansættelse af en forløbspartner i tredje indsats, som har været tilknyttet enkelte patienter i den identificerede målgruppe. Modellen med forløbspartneren er senere stoppet og erstattet af en brobyggerpsygeplejerske.</p>
<p>Ambulante kontakter omlagt til videoløsning: Iterationer: indsatser i 1., 2. og 3. rul Aktører: AAUH, regionens it-afdeling</p>	<p>Der er i tre indsatser arbejdet på at omlægge ambulante kontakter til en videobaseret løsning, så patienter på Mors og andre yderområder ikke skal rejse langt for diverse kontroller på sygehuset. Indsatsområdet har dels bestået i at etablere det tekniske setup, og dels på at udbrede løsningen til flere sygdomsgrupper og specialer på sygehusets ambulatorier. I alt ti sygehusambulatorier indgår i ordningen. Set fra patientsiden indebærer indsatsen et videoambulatorium, som er et fysisk lokale i patientens nærområde, konkret i Morsø Kommunes sundhedshus. Foruden Morsø Kommunes Sundhedshus er der oprettet videoambulatorier i flere yderområder i Region Nordjylland, i Thisted, Hobro, Skagen, Hjørring og på Læsø. Derudover er løsningen også implementeret i Region Midtjylland. Videoløsningen benyttes desuden i en indsats for et borgernært tilbud til apopleksiramte (også beskrevet i denne tabel).</p>

Indsatsområde og aktører	Formål, tiltag og status/erfaringer indenfor indsatsområdet
<p>Indsats rettet mod uddannelse, rekruttering og fastholdelse af læger. Iterationer: indsats i 1., 2. og 3. rul Aktører: Regionsklinik</p>	<p>Indsatsområdet knytter sig på forskellige måder til problemstillingen om lægemangel i yderområder. Der er bl.a. arbejdet med at oprette og besætte delestillinger, hvor læger kan arbejde delvist i regionsklinik og delvist på hospital. Tanken har været at tiltrække læger med en ny, attraktiv ansættelsesform og at understøtte sammenhængende patientforløb. Der har været udarbejdet en model for delestillinger og en proces med et rekrutteringsfirma. Det er imidlertid ikke lykkedes at besætte delestillinger, og det er uklart hvorfor. Derudover er regionsklinikken Øster Jøby gjort til uddannelsessted med henblik på at give medicinstuderende fra Aalborg Universitet (AAU) samt folk i KBU-forløb et kendskab til arbejdet i yderområderne. Blandt andet er en af regionsklinikens læger godkendt som praksislærer, hvormed regionsklinikken indgår formelt som uddannelsessted til medicinstuderende fra AAU.</p>
<p>Videokonsultationer i almen praksis Iterationer: indsats i 1., 2. og 3. rul Aktører: Regionsklinik, regions it-afdeling</p>	<p>Formålet er at give patienter digital og fleksibel adgang til almen praksis, at optimere ressourceudnyttelse og at skabe fleksibilitet i lægernes arbejde. Der er arbejdet med området i tre indsats, hvor der i første fase er udviklet en app til videokonsultationer, der kan fungere via mobile enheder (telefoner, computere, tablets). Løsningen er bl.a. brugt til at skabe udvidet adgang til almen praksis i form af videokonsultationer i 2 timer efter lukketid. Det er ikke blot på patientsiden, hvor det fysiske fremmøde omgås. Appen skaber også fleksibilitet på lægesiden, idet lægen kan gennemføre konsultationer hjemmefra (eller andre steder), forudsat der er internetforbindelse. Appen har dermed givet mulighed for hjemmearbejdsdage, hvilket har været en væsentlig parameter for at tiltrække læger, der bor langt fra regionsklinikken. Arbejdet med dette indsatsområde blev iværksat i 2018 og er således ikke foranlediget af Covid-19, men pandemien har accelereret brugen af videokonsultationer.</p>
<p>Forebyggende oplysning til udvalgte borgergrupper Iterationer: indsats i 1. rul Aktører: Morsø Kommune, regionsklinik, AAUH</p>	<p>I denne indsats er der arbejdet med involverende formidlingstiltag, hvor borgere kan blive oplyst om udvalgte sygdomsråder med henblik på at stimulere forebyggende adfærd. Konkret er der bl.a. arbejdet med temaaftener om "feberramte børn" for småbørnsforældre. Den faglige vinkel er udformet og præsenteret i et samarbejde mellem kommune, regionsklinik og sygehus.</p>
<p>Nærhed i psykiatriske pårørendetilbud Iterationer: indsats i 1., 2. og 3. rul Aktører: Morsø Kommune, Center for Pårørende i psykiatrien</p>	<p>Fokus har været på at bringe regionale tilbud forankret i psykiatrien tættere på de borgere i Morsø Kommune, som har langt til og måske ikke kender til disse tilbud, men som er i målgruppen. Indsatsområdet har indbefattet foranalyser af relevante regionale tilbud, hvilket har udmundet i at involvere Center for Pårørende, som bl.a. arbejder med familieorienterede tilbud. Indsatserne indebærer et samarbejde mellem Center for Pårørende og Morsø Kommune, hvor der er arbejdet på at tilbyde familiesamtaler i nærhed til borgerne på Mors, i første omgang ved at flytte samtalen fysisk ud i kommunen, men i særlig grad også ved at udnytte en videoløsning til opfølgende samtaler. Der er samtidig gjort en indsats for at oplyse kommunale fagpersoner om muligheden for at henvise borgere til tilbuddet.</p>
<p>Videobaseret gruppetilbud til borgere med apopleksi Iterationer: indsats i 3. rul Aktører: Morsø og Thisted Kommuner og AAUH, apopleksiafsnit.</p>	<p>Målgruppen for denne indsats er borgere med lette eller ingen følger af apopleksi. Formålet er at bringe et gruppebaseret tilbud nærmere disse borgere via en videoløsning. Tilbuddet består i, at Morsø Kommune og speciallænger fra sygehusets apopleksiafsnit laver undervisningstimer i et behandlingsforløb, hvor borgerne støttes i at mestre hverdagen med de følgevirkninger, der kan være af en blodprop. Det, at tilbuddet er gruppebaseret, skal understøtte borgeres behov for at møde andre med lignende udfordringer og lære af hinandens erfaringer. Indsatsen er iværksat i tredje rul og fortsætter i fjerde. Foruden Morsø Kommune har også Thisted Kommune været med fra første indsats.</p>
<p>Forbedring af kommunikationssystemerne mellem sektorerne Iterationer: indsats i 1. rul</p>	<p>Fokus i denne indsats er på at identificere problemer, årsager og mulige løsninger i forbindelse med de kommunikationssystemer, der anvendes mellem sektorerne. Indsatsen har foretaget interview med fagpersoner på tværs af sektorerne og i forskellige organisatoriske enheder. Indsatsen har identificeret årsager og løsningstrategier på en række kommunikationsproblemer, herunder særligt problemer med forsinkede epikriser, tværsektorielle meddelelser mellem sygehus og kommune, og at henvisninger bruges til korrespondance mellem praktiserende læge og hospital. Indsatsområdet er løftet ud af Nye Veje til et mere overordnet fokusområde på tværs af organisationerne.</p>

Kilde: Udarbejdet på basis af Region Nordjyllands interne status- og evalueringsrapporter på indsatserne. Derudover har interviewene i delundersøgelse 2 fungeret som supplerende/bekræftende kilde.

Tabel 3.1 viser for det første, at Nye Veje er et relativt omfattende udviklingsprogram, idet der arbejdes med en bred vifte af problemstillinger og med inddragelse af aktører fra både kommune, hospital, psykiatrien og almen praksis. Almen praksis er repræsenteret i form af regionsklinik, men det kan bemærkes at der også indgår en PLO-klinik i indsatsområdet omkring forebyggelse af genindlæggelser. Det kan derudover bemærkes, at der er arbejdet på at få psykiatrien inddraget, hvilket er sket i form af et center for pårørende til personer med psykiske lidelser.

For det andet afspejler Tabel 3.1 en række variationer mellem indsatsområderne (ud over forskelle i fokus). De fleste indsatsområder er der arbejdet iterativt med over flere rul, enten i form af en modning af indsatsen fra foranalyse over prøvehandling til drift (eksempelvis i arbejdet med en koordineret indsats for særligt sårbare borgere), eller i form af en udvidelse af scopet for indsatsområdet (eksempelvis nye fagligheder i praksis, hvor der er tilkøbt flere forskellige fagligheder på gennem iterationerne). I enkelte tilfælde har indsatsområdet kun omfattet en enkelt indsats i et rul, (eksempelvis indsatsen om forebyggende oplysningstiltag). En anden variation består i, at nogle indsatser tager udgangspunkt i en specifikt defineret patientgruppe (fx apopleksiramte), mens andre har et bredere udgangspunkt, hvad angår målgruppen (eksempelvis videokonsultationer i almen praksis). Indsatsområderne varierer desuden i tværsektoriel kompleksitet. Nogle indsatser udspiller sig på tværs af alle sektorer med nye konkrete modeller for koordinering og samarbejde. Det ses især i indsatsområdet omhandlende forebyggelse af genindlæggelser, hvorunder der fremgår en række nye, konkrete tværgående tiltag, der også involverer en PLO-praksis. Andre indsatsområder udspiller sig i mindre grad på tværs. I blandt disse falder en stor del under Nye Vejers temaer om digitalisering og almen praksisdrift, der er to ud af de fem temaer, udvælgelsen af indsatser pejler efter.

Hvad angår de fem temaer (1) sammenhængende borgerforløb, 2) lægedækning og rekruttering, 3) digitalisering, 4) almen praksisdrift og 5) forebyggelse), er de alle afspejlet i indsatsområderne i større eller mindre grad. Temaet om forebyggelse af sygdom virker dog underrepræsenteret med én enkelt indsats om forebyggende oplysningstiltag i det første udviklingsrul. En informant fortæller ligeledes, at nogle temaer har været lettere at udvikle indsatser til end andre.

Digitalisering

Hvad angår digitalisering, optræder dette flere steder i Nye Veje enten som selvstændige indsatsområder (videokonsultationer i almen praksis og videoambulatorier) eller som mere specifikke delelementer, fx videostuegang på Morsø Kommunes afklaringscenter, eller videobaseret gruppebehandling af apopleksiramte. Sådanne løsninger har med Covid-19-pandemien fået forstærket aktualitet og relevans for det bredere sundhedsvæsen. De digitale løsninger er alle beskrevet i Tabel 3.1 ovenfor, men her fremhæves to elementer:

Hjemmearbejdsdage for læger via en digital løsning

Hvad angår videokonsultationer i almen praksis, er det værd at bemærke, at løsningen i dette tilfælde tillader lægen at føre konsultationer fra hjemmet eller hvor som helst med en internetforbindelse. Løsningen har således ikke kun relevans i forhold til patienters fleksible adgang til praksis men skaber samme fleksibilitet på lægesiden, hvilket konkret kommer til udtryk ved, at en af lægerne i regionsklinikken har en ugentlig hjemmearbejdsdag med videokonsultationer. Løsningen rummer dermed også interessante perspektiver i forhold til udfordringen med lægemangel i yderområderne (omend betingelserne for hjemmearbejde kan være forskellige for en læge, som er ansat i en regionsklinik sammenlignet med en læge, der er (med)ejers af en klinik med ansvar for bl.a. personale og økonomi).

Andre patienter indfanges

Erfaringen i regionsklinikken er, at de med videokonsultationer ser patienter, som ellers ikke mødte frem til fysisk konsultation, herunder yngre patienter med social angst, samt nogle af de svageste syge, som er sengeliggende, og som det volder fysisk besvær at møde op i klinikken. Samtidig afkræftes myter om, at digitale løsninger er en barriere for ældre og primært rettet mod yngre. Læger og sygeplejersker har flere gange oplevet det modsatte, at ældre patienter benytter videokonsultation, mens nogle unge mennesker ikke har fået taget det i brug.

Afledte tiltag i arbejdet med indsætterne – ”just do it”-spor.

Foruden de indsætter, der formelt iværksættes i de enkelte rul, er der i Nye Veje lagt op til en stor grad af handlefrihed til at afprøve ideer og tiltag, uden at de bliver en formel indsats i udviklingsprogrammet. I caseboksen nedenfor vises to eksempler på ideer, der er opstået og iværksat undervejs.

To eksempler på afledte tiltag

1: Videostuegang – et samarbejde mellem regionsklinikken og Morsø Afklaringscenter

Morsø Kommunes Afklaringscenter og regionsklinikken har iværksat et samarbejde om ”videostuegang”, bestående i, at praksislægerne og de ansatte på afklaringscenteret gennemgår de af regionsklinikken patienter, der ligger på afklaringscenteret. Tiltaget er sidenhen blevet en formel del af den tværsektorielle indsats om at forebygge genindlæggelser, hvor også den nærliggende PLO-praksis er blevet involveret, og foretager fysisk stuegang på afklaringscenteret.

2: Tværfagligt samarbejde om videokonsultation til borgere på botilbud

En række borgere på Morsø Kommunes botilbud, med fysiske og psykiske handicaps, har personlige barrierer for at konsultere læger i regionsklinik eller hospital. For at adressere denne problemstilling, når konsultation med sygehus er aktuelt, besøger regionsklinikken personale botilbuddet, foretager en række kliniske målinger, der sendes til specialister på hospitalets neurologiske afdeling, som efterfølgende foretager en videokonsultation med borgeren.

Planlagte indsætter i fjerde rul

Som nævnt er indsætterne i fjerde rul forsinket grundet Covid-19. Her skal blot med overskrifter nævnes nye eller igangværende indsatsområder, der er planlagt at arbejde (videre) med:

- Indsats mod rygning
- Fornuftig brug af medicin (rationel farmakoterapi)
- Forebyggelse af genindlæggelser
- Psykiatri i nærmiljøet
- Videobaseret tilbud til apopleksiramte.

3.3 Delkonklusion

Nye Veje er implementeret i form af en programorganisation, hvor der arbejdes i periodiske udviklingsrul på 6-8 måneder med at iværksætte, evaluere og videreudvikle indsætter. Der er på evalueringstidspunktet afsluttet tre rul med i alt 24 indsætter. Det fjerde rul blev udskudt grundet Covid-19-pandemien og er derfor ikke medtaget i denne rapport.

I de fleste tilfælde hænger indsatserne sammen på tværs af udviklingsrul. Sammenhængen kan enten bestå i, at en indsats modnes fra foranalyse, prøvehandling, implementering og skalering, eller at målgruppen for en indsats udvides. Givet disse sammenhænge er de 24 indsatser sammenfattet i 10 indsatsområder i dette kapitel.

Ser man på indsatsområderne fremgår det, at Nye Veje er et relativt omfattende udviklingsprogram, hvor der inddrages aktører på tværs af kommune, sygehus og regionsklinik til udviklingsarbejde på en række forskellige indsatsområder. Indsatsområderne varierer (foruden deres formål) på flere måder. Variationen mellem indsatsområderne afspejler, at udvælgelsen af indsatser har taget pejling af de fem overordnede temaer i Nye Veje (digitalisering, sammenhængende forløb, almen praksisdrift, forebyggelse, lægedækning og rekruttering), men der forekommer også andre variationer, herunder i hvilken udstrækning indsatserne udspiller sig på tværs af alle sektorgrænser, og hvorvidt indsatser er defineret omkring en specifik målgruppe.

De fem førnævnte temaer er i forskellig grad repræsenteret. Temaet om digitalisering fremstår tydeligt og gennemgående på tværs af flere indsatsområder. Kapitlet går ikke i dybden med de forskellige indsatsområder, men digitalisering fremhæves, dels fordi det er fremtrædende, dels fordi temaet og løsningerne har bred relevans for sundhedsvæsenet i tilknytning til flere større problemstillinger, herunder både lægedækning i yderområder, nærhed og tilgængelighed i sundhedstilbud og senest Covid-19-pandemien.

4 Udviklingsarbejdet i praksis

Det foregående kapitel gav en introduktion til programorganisationen i Nye Veje og et overblik over aktiviteterne i forskellige indsatsområder. Dette kapitel ser nærmere på udviklingsarbejdet i praksis. Kapitlet er struktureret i tre afsnit med nogle overordnede temaer. Det første afsnit ser på, hvordan rammerne for udviklingsarbejdet opleves, herunder arbejdet i rul, intern afrapportering og grader af frihed og manøvrerum i udviklingsarbejdet. Det andet afsnit ser på, hvordan der arbejdes med implementering, databaseret evaluering og udbredelse af udviklingsarbejdet. Det tredje afsnit belyser, hvordan og hvorvidt udviklingsarbejdet har haft betydning for samarbejdsrelationer og -kultur på tværs af sektorer.

I analysen benyttes følgende forkortelser som henvisning til informanterne:

- *PL, RN:* Projektleder fra Region Nordjyllands stab
- *PL, Kommune:* Projektleder fra Morsø Kommune
- *PL, AAUH:* Projektleder fra Aalborg Universitetshospital.

Øvrige informanters rolle og tilhørsforhold skrives fuldt ud.

4.1 Rammerne for udviklingsarbejdet

Den iterative tilgang med udviklingsrul af 6-8 måneders varighed er valgt ud fra en strategi om, at relativt korte tidshorisonter til at udvikle, iværksætte og evaluere på tværsektorielle indsatser vil bidrage til at holde "innovationskraften oppe" i udviklingsprogrammet (informant). Det fremhæves i den forbindelse blandt nogle projektledere, at de korte tidshorisonter samt fælles møder på tværs af projektgrupperne er med til at skabe fremdrift:

Det specielle ved Nye Veje er, at der er tid på. Det er hurtigere afprøvninger, og man har deadlines. Man har et halvt år, og man når det, man når. Nogle gange ruller det videre til næste rul, men man får hurtigt rullet noget ud. Det føles ikke som et pres, men man får det gjort. (PL, RN)

Der er en tidsplan og nogle stop-op, så man har snor på og kan følge op på, hvis der er knaster, der skal løses. Det stiller krav i forløbet i arbejdsgruppen, at man ved, at der skal leveres til en bestemt tid. For mit vedkommende har det dannet model for den måde, vi har arbejdet i arbejdsgruppen i forhold til krav til hinanden. Det har styrket en fremadkørende proces. (PL, AAUH)

Mens det hurtige tempo fremhæves positivt på indsatsniveau, er der efter tre rul med 7-8 indsatser en fælles oplevelse af, at antallet af indsatser inden for de relativt korte tidsrammer har været krævende. På baggrund af feedback fra projektledere er der derfor truffet en fælles beslutning i programorganisationen om at reducere antallet af indsatser i det fjerde rul.

Understøttelse af projektlederrollen og opstarten af indsatser

De relativt korte tidshorisonter kræver, at arbejdet med indsatserne kommer hurtigt fra start. I den forbindelse var erfaringerne efter første rul, at det var nødvendigt at forbedre opstarten af indsatserne, herunder klæde projektledere og -team bedre på til opgaven, og fra start beskrive opgaven for den enkelte indsats mere præcist med henblik på at minimere misforståelser. Udsagn fra projektledere indikerer, at opstarten er forbedret:

Jeg var med på 1. rul, hvor vi famlede i blinde. Jeg er ikke projektleder af natur og havde ikke været projektleder før. Det var svært for mig at vide, hvad der forventes af mig som projektleder. Der er sket meget siden det 1. rul. Jeg er mere klar over min rolle og beskrivelserne og bestillingerne er blevet skarpe og skåret til. Så når man mødes med projektgruppen første gang, er der ikke megen væven. (PL, RN)

Så kommer bestillingen, men samtidig har man mulighed for at file det til og sende retur. Så har man sikret, at man har forstået opgaven, inden man går i gang. Og så er der statusrapporter, vi løbende kommer med. Det synes jeg fungerer godt. Det er godt, at man har en vej ind på det. (PL, RN)

Arbejdet med at præcisere indsatsbeskrivelserne og sikre fælles forståelse fra start, har også været begrundet i, at et uklart udgangspunkt medfører, at nogle indsatser har indgået som foranalyser, hvor de kunne have været iværksat som prøvehandlinger, hvis udgangspunktet var bedre defineret.

Administrationsarbejdet opleves som stort men ikke en byrde

Arbejdet i indsatserne understøttes, som beskrevet i forrige kapitel, af en dokumentstyringsmodel med standardiserede skabeloner for projektbeskrivelser og status på opstillede mål. Tanken med styringsmodellen har været at sikre overblikket over indsatserne og progressionen heri samtidig med, at der har været fokus på at opnå en balance, hvor krav til standardiseret afrapportering ikke giver oplevelsen af bureaukrati hos projektledere:

Vi talte meget i starten omkring styring og kontrol, hvordan mestrer vi, at vi har så mange projekter i gang men stadigvæk har et overblik. Vi snakkede om, hvorvidt statusrapporterne var for bureaukratiske. Men jeg synes, at vi har fået det tilpasset på en måde, så det matcher ganske fint. I starten var der fx tale om op til flere månedlige statusrapporteringer, end vi endte ud med. (Programgruppemedlem, RN)

Hvad dette angår, er der blandt projektledere på den ene side oplevelser af, at der med "mødeindkaldelser, dagsordner, referater og ting der skal skrives" følger en stor administrativ opgave med rollen som projektleder, og på den anden side drages sammenligninger med udviklingsprojekter i andre regi, og hvor der i Nye Veje-indsatserne opleves en mindre grad af "dræbende skriftliggørelse". Dette peger i retning af, at den administrative opgave er stor, men ikke opleves som en byrde uden mening. Derimod oplever projektledere og -deltagere høj grad af handlefrihed, når først projektgrundlagene er beskrevet i de dertil indrettede dokumenter. Dette uddybes herefter.

En flad organisation med stort manøvrerum

De interviewede projektledere og -medarbejdere er samlet set positive over for den organisatoriske ramme, hvori udviklingsarbejdet foregår. Den positive oplevelse begrundes bl.a. med, at programorganisationen er flad og kommunikationsvejene ligetil, og at flere personer i styre- og programgruppe er tæt på den faglige substans i indsatserne. Sidstnævnte skal ses i lyset af, at nogle projektledere også indgår i programgruppen:

Og det, at strukturen er så flad. Det er nemt, fordi kommandovejen ikke er flere måneder ude i fremtiden. Det er nemt at komme igennem med sit budskab. Det synes jeg er fantastisk, og kommunikationskanalerne er lige til. (PL, RN)

Den organisering, der har været, har været virkelig god. Det er godt med en god styregruppe og projektgruppe, som er med i styregruppen, som har hænderne nede i virkeligheden også. (PL, Kommune)

Informanterne peger også på, at der med Nye Veje er skabt et udviklingsrum, hvor der ikke er langt fra tanke til handling, og hvor nye projekter ikke forhalet af lange bureaukratiske godkendelsesprocesser. Derudover fremgår det af interviewene, at der med udviklingsprogrammet er udstykket et væsentligt manøvrerum, både til løbende tilpasning af indsatserne, men også til at iværksætte nye ideer, der opstår undervejs i de tværsektorielle arbejdsgrupper. Eksempler herpå er videostuegang på kommunalt afklaringscenter (se Tabel 3.1), nyt samarbejde mellem regionsklinik og plejehjem (se afsnit 5.3). Manøvrerummet beskrives bl.a. sådan:

Man må tænke stort og anderledes, hvis man brænder for det, og der er plads og rum til at afprøve. [...] og det bliver legalt at kigge ind i egen drift, så der ikke går automatik i den, og så vi stiller spørgsmål til egen praksis. Det er fabelagtigt. (PL, regionsklinik)

Også over indsatsniveau peger informanter fra programgruppen på, at Nye Veje nyder godt af et betragteligt manøvrerum til at kunne prioritere og iværksætte indsatser relativt frit i forhold til det politiske niveau i regionen. Dette kædes bl.a. sammen med, at de overordnede temaer for indsatserne (beskrevet i afsnit 3.1) harmonerer med regionens overordnede mål for sundhedsområdet, men især, at Nye Veje fra start har haft opbakning fra topledelse fra både Morsø Kommune og Region Nordjylland, hvilket uddybes i afsnit 4.3.

4.2 Implementering, evaluering og udbredelse af indsatserne

Databaseret evaluering af indsatserne

Der er i alle indsatser fokus på at definere indikatorer for resultater og progression samt at understøtte disse med data. Det fremgår af interview, at datagrundlaget varierer i omfang fra større kvantitative datasæt til mindre håndtællinger, ligesom at datatyperne også varierer mellem kvantitative og kvalitative data. Ligeledes varierer det, hvordan og hvorvidt indsatserne har været datastyret og understøttet. Begge dele varierer naturligt med indsatsernes karakter.

Der er i Nye Veje dedikerede ressourcer til at fremskaffe data og understøtte indikatorer i indsatserne. Det fremgår dog i interviewene, at der har været nogle udfordringer i den database-rede evaluering af indsatserne. På styregruppeniveau fremhæver en informant, at der i nogle indsatser har manglet bedre resultatindikatorer, og derudover at datagrundlagets volumen kan være for småt til at drage statistiske konklusioner, når udgangspunktet er en population på 5.200 patienter i en regionsklinik (som det har været tilfældet, inden der blev tilknyttet en yderligere regionsklinik til Nye Veje). Mens datavolumen beskrives som en udfordring, fremgår det også i andre interview, at den databaserede tilgang er med til at åbne et refleksionsrum, hvor der med afsæt i data rejses og afklares væsentlige spørgsmål til indsatserne, herunder omkring målgruppernes størrelse, og hvad den gode ressourceudnyttelse vil være:

Det kan godt lyde som en rigtig god ide, men når man så får kigget på, jamen det er måske en meget, meget lille målgruppe, vi snakker om, er det egentlig der, vi skal investere ressourcerne, eller er der en større målgruppe, vi skal have fat på. (PL, Kommune)

Trods udfordringer med data og indikatorer, der kan etablere statistisk solid evidens for indsatserne, fremgår det, at brugen af data har værdi både som procesmål i indsatserne og som redskaber til at rejse spørgsmål. Dette resonerer med andre undersøgelser af dataunderstøttede udviklingsprojekter i sundhedssektoren, hvor ønsker omkring databaseret udvikling og evidens kan være svært at indfri i praksis, men at arbejdet hermed samtidig kan virke generativt for refleksion og læring om egen praksis (15). Fra kommunesiden fremhæves det desuden, at det tværsektorielle samarbejde i Nye vej har givet indsigt i regionale data, som de ikke tidligere har haft adgang til:

Vi har som kommune jo ikke haft mulighed for at få de der regionale data tidligere. Nu indgår nogle af dem jo simpelthen i de her spor [indsatser, red.], og det gør altså, at vi kvalificerer det, vi har med at gøre på en helt anden måde. [...] Data, der kan støtte os i, at det er relevant at tage fat på, og som kan vise os, om det virker. (PL, Kommune)

Foruden de enkelte indsatsers dataunderstøttelse er der i Nye Veje en ambition om at etablere en tværsektoriel database, som gør det muligt at følge den enkelte borgers sundhedsydelse på tværs af sektorer. Tanken er at understøtte indsatser og analyser, der tager afsæt i et samlet billede på den enkelte patients kontaktmønster, ydelser og ressourcetræk. Dette arbejde er stadig pågående.

Implementering og udbredelse af indsatserne

Indsatserne kan som beskrevet have forskellig karakter, gående fra foranalyse til prøvehandling, implementering og skalering. Flere projektledere peger på, at implementeringen af indsatser er særligt krævende, da det kræver et vedholdende arbejde at skabe forandringer og nye forståelser blandt et travlt frontpersonale. Her er det særligt arbejdet med videoambulatorier, hvor det har taget tid at ændre på vaner og rutiner hos klinikerne.

Tilvænnning til digitale løsninger på klinikersiden

Klinikere har ifølge informanter udvist skepsis over for fx risikoen for at overse symptomer, som ville blive opfanget ved en fysisk konsultation, og at videokonsultationer er en "discountkonsultation". De samme klinikere gennemfører imidlertid i forvejen telefonkonsultationer, og en informant vurderer, at videokonsultationer har skullet "*finde sin egen identitet*" i spændingsfeltet mellem telefonkonsultationer og fysiske konsultationer. Det er særligt i forbindelse med videoambulatorier, at denne implementeringsudfordring nævnes.

Patienters inddragelse og opbakning fra topledelse har betydning i forhold til implementering

Udfordringen med implementering består i at gøre op med vaner og ændre arbejdsgange hos frontpersonale og/eller afdelingers ledelse. I den forbindelse fremhæver flere informanter det som væsentligt, at der i program- og styregruppen for Nye Veje sidder repræsentanter med "*mange stjerner på skuldrene*", som har formel autoritet og legitimitet til at "*sparke døre ind*" og få gjort implementering til en lokal prioritet. Derudover fremgår det, at inddragelse af borgere kan hjælpe forandring og implementering på vej, eksempelvis når videoambulatorie beskrives fra patientperspektiver som værende en klar fordel.

Forskellige perspektiver på indsatsernes modenhed

En interviewperson peger på, at drøftelser i programorganisationen har tydeliggjort forskellige opfattelser på tværs af sektorer og funktioner af, hvornår en indsats er implementeret og moden til skalering:

... det har været virkelig sjovt og spændende og opleve, hvordan og hvornår man fx mener, at tingene de er klar til drift, eller hvornår man mener, at tingene først skal til at implementeres. Fordi vi har forskellige virkeligheder. Jeg sidder i en driftsfunktion, og i starten var jeg en af de eneste, der sad i en driftsfunktion i programgruppen. Heldigvis er der blevet suppleret med andre i driftsporet, fordi der er meget stor forskel på at sidde i regionshuset i fx en udviklingsafdeling og sige ”jamen nu har vi udviklet, nu er der noget, nu kan vi godt køre i drift”, men hvor jeg sidder et andet sted og siger ”nej, det er først nu, vi skal til at implementere”. Det, at vi fx har haft seks borgere igennem en videokonsultation, er ikke ensbetydende med, at nu kører det af sig selv. Det er, at de steder, hvor det er meget tydeligt, at det er ikke nok, at vi udvikler noget sammen – det skal håndholdt følges videre. Og det kræver også, at der er mange flere afdelinger, der skal være klar til at køre videokonsultationer, og det har da i sig selv være en udfordring for regionen at få de forskellige afdelinger med. Det er ikke bare lige at vende skuden og sige, nu tager vi en videokonsultation i stedet for. (PL, Kommune)

Informanten fremhæver de ovennævnte dialoger i programorganisationen positivt og som medvirkende til en bedre gensidig forståelse for virkelighederne mellem fx en centraladministration i regionen og de projektledere, der er tættere på praksis.

Udbredelse ud over Nye Veje

Ud over den implementering og skalering af indsatser, som foregår i rammerne af Nye Veje, arbejdes der også hen imod en bredere udbredelse. Informanter fra program- og styregruppen fortæller her, at erfaringerne fra Nye Veje bl.a. løftes ind og præsenteres i de tværsektorielle klyngemøder, der involverer tre øvrige kommuner. Her præsenteres erfaringer fra Nye Veje, og muligheder for at udbrede løsninger til øvrige kommuner er på dagsordenen.

Hvad angår udbredelse i almen praksis sektoren, kan det bemærkes, at der er inddraget en overenskomstbaseret praksisklinik i udviklingsarbejdet omkring forebyggelse af genindlæggelser. Denne praksis er fysisk i samme bygning som regionsklinikken i Øster Jølby, hvorfor inddragelsen i Nye Veje kan formodes at være båret på vej af et nært kendskab klinikkerne imellem. Mere generelt vurderer informanterne, at regionsklinikken fungerer som en platform for afprøvning af indsatser med mulighed for, at de indsatser, som viser sig velfungerende, senere kan udbredes til PLO-klinikker.

4.3 Relationer og samarbejdskultur på tværs

Foruden målsætningerne i de enkelte indsatser er der også en bredere målsætning med Nye Veje om, at der på tværs af sektorerne skabes en forbedret samarbejdskultur. Arbejdet med indsatserne i Nye Veje indebærer flere møder, hvor projektgrupperne med forskelligt sektorielle tilhørsforhold mødes fysisk og samarbejder. Disse møder sker både på direktorniveau i styregruppen, på chefniveau i programgruppen og på indsatsniveau mellem projektledere- og medarbejdere. På alle niveauer fremhæver informanterne, at Nye Veje har skabt et tættere fagligt og socialt kendskab på tværs af sektorerne, som har styrket samarbejdet om patienterne markant. Dette uddybes i de følgende afsnit.

Opbakning fra topledelse er afgørende

På tværs af alle interview fremhæves det som en væsentligt faktor, at Nye Veje har haft opmærksomhed og høj prioritet fra den øverste ledelse i både regionen og Morsø Kommune. Det

har bl.a. haft betydning for projektledere og -medarbejders engagement og motivation for at involvere sig i projekterne og arbejde sammen på tværs af sektorer.

Det har utrolig stor betydning, at det er direktørerne, vi har sat sammen, og dem, som siger, "det her, det kører I med. Det er vigtigt for mig. Det er vigtigt, at I gør det her." Og i Morsø Kommune er det direktøren for Børn, Familie og Kultur og direktøren for Social, Sundhed og Beskæftigelse, så det rammer jo sådan set hele den gruppe af mennesker, vi gerne vil arbejde med på Mors. Og så selvfølgelig kommunaldirektøren. Så det er... når der bliver sagt "ja", så er det godt nok også et ja, der er til at tage og føle på. (PL, kommune)

Det, der er så enormt vigtigt, og som har været så enormt givende ved Nye Veje, det er, at der er blevet sagt fra ledelsen og direktionerne, at det her, det skal prioriteres. Fordi man kan ikke lave tværfagligt samarbejde, sådan pseudo, gennem en mail. Man skal rent faktisk ses, man skal kende hinanden og hinandens tilbud, for at man kan få tingene til at lykkes. Det synes jeg særligt i vores første rul, at det gjorde vi. Jeg mødte en projektgruppe, som virkelig prioriterede at få det her til at lykkes, og som synes, det var megarelevant. (PL, kommune)

Vigtigheden af topledelsens opbakning kan underbygges forskningsmæssigt af studier af tværsektoriel ledelse og udvikling i sundhedsvæsenet. Her fremstår opbakning fra øverste ledelse som væsentligt for bl.a. at sikre, at mellemledere på tværs af organisationer retter fokus på fælles mål, frem for at mellemledere fokuserer snævert på fx økonomi og målopfyldelse på eget område (16). Dette afspejles videre i de følgende afsnit.

Tættere relationer og fælles mål

Samtlige informanter giver udtryk for, at samarbejdet i Nye Veje i høj grad er orienteret mod fælles mål, frem for sektor- eller afdelingsnære mål, og mod en stærk, gensidig forpligtelse på at skabe de bedste forløb for den enkelte patient. Ønsket om at udvikle og skabe gode patientforløb på tværs af sektorer er ikke nyt, men en af informanterne beskriver kontrasten til før Nye Veje således:

Førhen kunne der godt være en træg vej fra, at der var et forslag eller en ide om noget, og så var der meget sådan, "nej, det kan vi ikke, for det siger overenskomsten, vi ikke må", og der er også forskel i løn og alle mulige forhindringer. Nu er det sådan, "ja, der kan være nogle forhindringer, men dem skal vi bare have løst". Det er mere den tilgang, der er blevet til det hele vejen rundt. Og jeg tror, det har smittet af overalt, at det er sådan, vi gør tingene. Og det er også ok at fejle, og det er ok, at det ikke er alt, vi sætter i gang, vi lykkes med. (PL, kommune).

Alle informanterne betoner, at Nye Veje har skabt nært kendskab og tætte relationer på tværs af sektorer, hvilket igen understøtter en løbende dialog, der forløber mere uformelt med færre misforståelser og mere direkte med fokus på de fælles mål. Det kommer bl.a. til udtryk sådan:

... opstår der noget undervejs, som vi skal have afstemt grundet forskellige kulturer og personligheder, så ringer vi bare til hinanden med det samme. Det er den åbne, ærlige og gode dialog. ... Vi er kommet meget tættere på hinanden. Vi er enige om, at vi er fælles om borgere. Borgere er i centrum, og tværsektorielle faktorer skal ikke være et stort problem. (PL, kommune).

... det, at man sidder sammen om en opgave, det gør jo, at man får ansigt på dem, du samarbejder med, og det styrker relationerne. Og i samtalerne kommer der jo ting op, hvor man bliver klogere på hinandens verdenskort. Og det bidrager til, at man får løst tingene bedre, fordi man ikke går så meget fejl af hinanden kommunikativt. (PL, AAUH)

Det har i hvert fald brudt nogle siloer ned, det at man har siddet sammen og haft et fælles mål om at sikre det bedste for den her enkelte patient. Det har også gjort, at hvis man så kan mærke, at teknikken driller, så skulle jeg egentlig bare ringe og spørge "hvad mener du egentlig, når du skriver sådan her, nu er patienten blevet udkrevet, og der står sådan og sådan, men det kan jeg ikke helt få til at passe." Det har gjort, at nogle kommunikationsveje er blevet meget lettere, for man har haft ansigt på hinanden på tværs af sektorerne. (PL, RN)

Ovenstående citater er perspektiver og erfaringer fra projektledere, der arbejder på indsatsniveau. Men også i de øvre lag i program- og styregruppen fremgår det, at der er skabt tættere relationer med stor betydning for samarbejdet mellem region og kommune:

Hvis vi nu starter med styregruppen, der er os fra regionen, så er det vores hospitalsledelse på Aalborg Universitetshospital og en repræsentant fra psykiatri, kommunaldirektøren fra Morsø, chef for sundhed og chef fra arbejdsmarkedet og to medlemmer fra Morsø Kommune, som er meget aktive i projektgruppen. På den måde har vi lært hinanden rigtig godt at kende og har kunnet drøfte muligheder og udfordringer. (Styregruppemedlem, RN)

Flere af personer i styregruppen har mødtes i andre tværsektorielle fora i forbindelse med sundhedsaftaler men peger på, at Nye Veje er et andet og mindre type af forum, som omfatter én kommune. Det fremgår, at relationerne på den baggrund er blevet tættere og mere tillidsfulde, hvilket medvirker til, at både kommune- og regionsiden orienterer hinanden fortroligt om diverse utilfredsheder og problemstillinger, inden det eskalerer:

... vi er et lille samfund, og det gør, at når der opstår utilfredshed, går det hurtigt rundt. Her [i Nye Veje, red.] kan vi hurtigt finde ud af, hvad er op og ned i den her sag. Vi er nu kommet tættere på hinanden og har fået noget at vide på forhånd i stedet for på 'baghånd'. Det gør bare en stor forskel. (Styregruppemedlem, kommune)

... for et års tid siden havde vi udfordringer omkring kvaliteten i et sygehus – der har vi givet en fortrolig orientering – så vi er på forhånd. Så noget der kunne blive en stor sag, det blev let ikke nogen sag, Så vi har fået en tillid, så nogle ting glider nemmere. (Programgruppemedlem, RN)

De styrkede relationer, den tætte dialog og fokus på fælles mål fremhæves på alle niveauer i programorganisationen, dvs. både hos styregruppemedlemmer, programgruppemedlemmer og på indsatsniveau blandt projektledere og -medarbejdere. Det fremgår ligeledes, at det tættere kendskab understøtter både det strategiske samarbejde og samarbejdet om de enkelte patienter og indsatser. Der er imidlertid også grænser for de styrkede relationers omfang. Et programgruppemedlem vurderer således, at det er begrænset, hvorvidt de ovennævnte forandringer også er opstået blandt frontpersonaler på tværs af region og kommune, som ikke er involveret i Nye Veje. Derudover fortæller en projektleder, som er blevet inkluderet senere i

Nye Veje, at vedkommende ikke har haft tid til at opbygge samme "følelse af fælles mål og værdier", som vedkommende oplever, de øvrige har.

Bedre kendskab til hinandens organisationer og virkeligheder

Informanterne peger på, at samarbejdet har medvirket til at "aflive myter" og styrke forståelsen for de udfordringer og betingelser, der arbejdes under på tværs af kommune og region. Eksemplerne herpå er flere og forskelligartede: En tværsektoriel projektgruppe har i arbejdet med at identificere særligt sårbare borgere foretaget en fælles, systematisk gennemgang af patienter, og her blev der aflivet myter om, hvilke borgere fra Morsø Kommune der ofte har kontakt til akutmodtagelsen. Tilsvarende fortæller en informant fra regionsklinikken i Øster Jølby, at de via et tættere samarbejde med det kommunale afklaringscenter har erfaret, at virkeligheden blandt indlagte patienter i centeret "så meget anderledes ud", end de havde forestillet sig. Disse eksempler vedrører forestillinger om borgere. Andre eksempler knytter sig til praktiske og organisatoriske aspekter: Via samarbejde om at udvikle kriterier for brug af dosisdispensering har regionsklinik og kommune opnået forståelse for de praktiske og økonomiske fordele og ulemper, der på hver side af sektorerne gør sig gældende ved brug af dosisdispensering. En projektleder fra kommunen peger derudover på, at samarbejdet har givet bedre kendskab til regionale psykiatritilbud med relevans for kommunen. Endelig peger informanter fra regionens side, herunder både fra den administrative stab og fra sygehus, på, at Nye Veje har styrket kendskabet til kommunens organisering og relevante kontaktpersoner, hvilket ellers ofte er et problem for samarbejdet:

Jeg synes, kommunerne er så svære at finde ud af. Jeg forstår ikke, hvordan de er organiseret. Skal man noget med sundhed, hvor skal man så gå hen?... det kan være mange steder. ... Men her, når man sidder med Nye Veje, så har man jo nogle forskellige personer fra Morsø Kommune, som er med til at oversætte. Der har [PL fra kommunen, red.] været en fantastisk oversætter: Hvem skal jeg tale med i baglandet? Så får man nogle indgangsporte, så man går rigtigt. (PL, AAUH)

Jeg ved i meget højere grad, hvem jeg skal snakke med i Morsø Kommune. Vi har et meget tættere samarbejde nu og et meget bedre kendskab til hinanden og samarbejde sammen. (Programgruppemedlem, RN)

Igen kan analysen relateres til studier af tværsektoriel ledelse og udvikling, som peger på, at tværgående samarbejde både kan fremme og blive fremmet af, at der oparbejdes et bedre kendskab til de praktiske og organisatoriske virkeligheder på tværs af sektorer (16).

4.4 Delkonklusion

Rammerne for udviklingsarbejdet i Nye Veje opleves positivt af de involverede projektledere og medarbejdere på tværs af kommune, hospital, regionsklinik og regionens stab. Det fremhæves bl.a., at den relativt korte udviklingsperiode i de enkelte rul fremmer, at man hurtigt får afprøvet og opsamlet relevante erfaringer. Derudover opleves programorganisationen som en flad organisation med klare kommunikationsveje samt et relativt stort manøvrerum til at prioritere, udvikle og iværksætte indsatser. Dette sættes i kontrast til andre erfaringer med udviklingsarbejde, som præges af lange beslutningsprocesser og oplevelser af bureaukrati, der står i vejen for at afprøve nye ideer.

Der er etableret en model for ensartet afrapportering og databaseret evaluering af indsatserne, der fremmer en løbende, formativ opfølgning på indsatserne, herunder behov for tilpasninger undervejs. Hvad angår brugen af data, beskrives det som en udfordring, at datagrundlaget til tider ikke har tilstrækkelig volumen til, at der med indsatserne kan demonstreres statistisk generaliserbare resultater. Omvendt fremgår det, at netop brugen af data fordrer et kritisk refleksionsrum og fokus på at vælge indsatser og målgruppe med afsæt i, hvad der kan skabe den størst mulige sundhedsmæssige gevinst for ressourcerne.

Flere projektledere peger på implementering som den mest krævende del af arbejdet, da det kræver et vedholdende fokus og en indsats for at ændre vaner, tankegange hos frontpersonale. Her nævnes især arbejdet med implementering af videoambulatorier. Der peges desuden på en "kulturforskel" mellem administration og de projektledere, der arbejder tættere på praksis, i forståelsen af, hvornår en indsats er implementeret. I forhold til at hjælpe implementeringen og ændringen af vaner på vej, fremhæver informanter, at inddragelsen af patienternes perspektiver koblet med opbakning fra topledelse er effektive til at skabe et dobbeltpres for en forandret organisatorisk/klinisk praksis.

Endelig fremgår det entydigt på tværs af alle interview, at der igennem udviklingsarbejdet er skabt tættere relationer på tværs af kommune, regionsklinik, regionshus, og sygehus. Dette fremhæves på alle niveauer i programorganisationen, således at der fra øverste strategisk niveau til operationelt niveau i samarbejdet om enkelte patienter er en mere direkte og løbende dialog end tidligere, og hvor der gennemgående er et fælles mål og gensidig forpligtelse på at udvikle og forbedre sundhedsydelser, der gavner den enkelte patient. Ligeledes fremgår det, at der blandt de involverede er opbygget et forbedret kendskab til organisationerne og på tværs af region og kommune og de vilkår, der gør sig gældende for udviklingsarbejdet på tværs. Informanterne sætter dette i kontrast til før Nye Veje, hvor udviklingssamarbejder i højere grad tog afsæt i sektorforskelle end i fælles mål, og hvor der i højere grad var praktiske, økonomiske, overenskomstmæssige barrierer der skulle overvindes førend en ide til udvikling kunne afprøves. Disse forandringer fremhæves i tilknytning til alle de forskellige sektorgrænser, og peges således på, at målsætningerne om at anvende regionsklinikken som afsæt for tværsektorielt udviklingsarbejde er indfriet.

Det fremstår som en grundlæggende forudsætning for det tværsektorielle samarbejde i Nye Veje, at der fra start har været tydelig opbakning på direktørniveau i både Morsø Kommune og Region Nordjylland.

De ovenfor beskrevne fund om samarbejdskultur og relationer kan udefra set forekomme ukonkrete, subjektivt baserede og relative, men de kan kvalificeres ved at se på forskningslitteratur omkring tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet. Forholdes Nye Veje til denne litteratur, tyder det på, at der i Nye Veje og programorganisationen er gjort en stor del af de ting, som ifølge litteraturen fremmer et frugtbart samarbejde på tværs, mens der ligeledes er manøvreret uden om gængse faldgruber og barrierer. Nogle gængse barrierer er konfliktende styring og usynlige resultater, hvilket i Nye Veje modvirkes af, at aktørerne samles om konkrete fælles mål i indsatser og arbejder med synlige resultater i den systematiske opfølgning på alle indsatser. En anden barriere kan opstå, når udviklingsarbejde indebærer tidskrævende processer med at få bragt aftaler og formaliteter i orden. Her arbejdes der i Nye Veje med relativt korte iterationer, samtidig med at der i programorganisationen er et stort manøvrerum til at arbejde agilt, uden at lange godkendelsesprocesser står i vejen. I den forbindelse peges litteraturen også på vigtigheden af et innovativt frirum for udviklingsarbejdet, hvilket der med programorganisationen synes at være etableret. Endelig peges litteraturen på, at tværsektoriel ledelse og udvikling ikke

kun skal være netværksbaseret, dvs. udelukkende båret af forbindelser mellem mellemledere. Det er afgørende, at der er opbakning fra øverste ledelse i alle involverede organisationer, hvilket også er tilfældet i partnerskabet mellem Morsø Kommune og Region Nordjylland.

Det skal pointeres, at den forandrede samarbejdskultur er afdækket inden for rammerne af arbejdet med Nye Vejes indsatser. Denne evaluering har ikke set på, hvordan og hvorvidt der med Nye Veje også er opstået en forandret samarbejdskultur blandt frontpersonale, som ikke er direkte involveret i udviklingsarbejdet, men informanter peger på, at dette er ikke er tilfældet. Her spejler Nye Veje sig i andre studier af udviklingsprogrammer i sundhedsvæsenet, som viser, at der er lang vej fra, at stort anlagte udviklingsprojekter når til frontpersonalets opmærksomhed (17).

5 Regionsklinikken i Øster Jølby

Hvor forrige kapitel havde fokus på Nye Veje og de tværgående samarbejdsformer, stiller dette analysekapitel skarpt på regionsklinikken i Øster Jølby. Som beskrevet i kap. 1, er klinikken i Øster Jølby i dag den ene af to regionsklinikker i Morsø Kommune, som indgår i Nye Veje. Kapitlet har imidlertid kun fokus på klinikken i Øster Jølby (herefter regionsklinikken), som har været med i Nye Veje fra start.

Kapitel 5 belyser regionsklinikken overgang fra PLO-praksis til regionsklinik, klinikken interne organisering, ledelse og drift, og hvordan de ansatte oplever vilkårene i regionsklinikken, herunder fraværet af personale- og økonomiansvar samt ydelsesfinansiering. Kapitlet belyser også, hvad Nye Veje har betydet for regionsklinikken set fra de ansattes perspektiv.

Som kontekst for ovennævnte analyser gives nedenfor en kort beskrivelse af, hvordan der i Region Nordjylland er etableret en tværgående struktur for ledelse og udvikling af de regionsdrevne klinikker.

Tværgående ledelse af regionsklinikkerne i Region Nordjylland

Regionsklinikken i Øster Jølby er den første, hvor Region Nordjylland har fået tilladelse til en driftsperiode på seks år. Sidenhen er flere kommet til, og således drives seks ud af regionens syv klinikker på evalueringstidspunktet på disse vilkår. I takt med denne udvikling er der skabt basis for, at den regionale drift og udvikling kan rette fokus på mere grundlæggende forandring og ensretning i klinikkerne. Forandringer, som vedrører organiseringen af patientforløb i regionsklinikkerne, herunder fx modeller for delegation af opgaver til sygeplejersker og kronikerforløb. Derfor er der i Region Nordjylland udviklet en ny tværgående ledelsesstruktur for drift af og udvikling i klinikkerne. Tidligere har én læge og én sygeplejerske haft overordnet ledelsesansvar for, at det driftsmæssige og lægefaglige er ensartet på tværs af klinikkerne. Sidenhen er den tværgående ledelsesstruktur udvidet, så der nu er fire læger fra regionens klinikker, som deler det lægefaglige ansvar i regionsklinikkerne imellem sig. Derudover er der nu fire sygeplejersker, hvorimellem den driftsmæssige ledelse af regionens syv klinikker er fordelt. De fire ledende sygeplejersker refererer til én ledende oversygeplejerske med overordnet ledelsesansvar for alle regionsklinikkerne. Sygeplejerskerne og lægerne i de tværgående ledelsesteam mødes flere gange om året og drøfter driften og udviklingen i regionsklinikkerne. Foruden den tværgående ledelse er der oprettet netværk på medarbejderniveau på tværs af klinikkerne, herunder KOL- og diabetesnetværk samt netværk for læger og sygeplejersker.

5.1 Overgangen til regionsklinik

Regionsklinikken udspringer af en PLO-praksis, der 1. januar 2016 overgik til en regionsdrevet og -ejt klinik. Den tidligere PLO-praksis havde i en årrække op til 2016 gennemgået en markant udvikling i patientpopulation og sundhedsfaglig kapacitet. Antallet af patienter var steget fra 1.700 til ca. 5.200 patienter som følge af, at andre praksisklinikker i området lukkede. Samtidig blev lægekapaciteten reduceret fra to til én læge. Eftersom patientpopulationen blev meget høj for en solopraksis, blev der også gradvist ansat mere personale. Antallet af sygeplejersker gik fra en til seks, og den daværende læge havde et stort fokus på at oplære og lave kompetenceløft og opgaveglidning til sygeplejerskerne, således at klinikken kunne modsvare efterspørgslen fra den store patientpopulation. For eksempel gennemførte sygeplejerskerne

selvstændigt konsultationer på en række områder, så som store dele af kronikerbehandlingen, børneundersøgelser, graviditetsundersøgelser og flere gynækologiske undersøgelser m.m.

De seks sygeplejersker fortsatte i regionsklinikken, mens den daværende læge blev tilknyttet som lægefaglig konsulent i den tidlige overgangsfase, indtil regionsklinikken fik rekrutteret de først læger til klinikken. I maj 2016 blev der rekrutteret fire udenlandske læger til regionsklinikken, hvoraf én fortsat arbejder i klinikken. Bortset fra denne ene fastansatte læge har lægebemandingen i regionsklinikkenes første år derfor været præget af korte vikariater på ned til 14 dage, hvilket også har medført markante udsving i klinikkenes lægekapacitet. Lægebemandingen er dog blevet mere stabil efter dispensationen, der blev givet med Nye Veje, og hvor regionsklinikken fik en 6-årig tidshorizont. Herefter er lægernes ansættelse blevet længerevarende kontrakter på halve og hele år eller længere. De store udsving i klinikkenes lægekapacitet, som gjorde sig gældende de første år, har nødvendiggjort, at klinikkenes aktivitet har skullet planlægges løbende herefter. For eksempel ved at der i uger med lav lægekapacitet alene prioriteres akutte patienter, mens eksempelvis kronikerkontroller er blevet udskudt. Denne planlægning har været foretaget af en af sygeplejerskerne, som sidenhen i 2018 er blevet formelt daglig leder af regionsklinikken. Derudover er der i 2018 ansat yderligere en sygeplejerske. I samme år gennemgik klinikken en akkrediteringsproces og blev i 2019 akkrediteret.

Sygeplejerskernes rolle i overgangen til regionsklinik

Ovenstående historik, hvor der over en årrække er sket en høj grad af opgaveglidning fra daværende læge til sygeplejerskerne, har i væsentlig grad præget regionsklinikken. Sygeplejerskerne har med et højt kompetenceniveau haft en central rolle i overgangen til regionsklinik. Dels ved at have sikret en kontinuitet i relationerne til patienterne, dels ved at videreføre de fleste elementer omkring daglig drift og arbejdsfordeling mellem sygeplejersker og læger fra den tidligere praksisklinik. Sygeplejerskernes beskrives som dem, der har båret klinikken videre efter overgangen til regionsklinik:

Der er rigtig meget, der er båret ind fra den tidligere klinik, og det, der er bevaret, er det, der har givet mening. Det er kompetenceløftet af sygeplejerskerne. De sygeplejersker er danmarks dygtigste, fordi de har været i mesterlære. De har gået sammen med [tidligere læge, red.] og lyttet og set mere end de fleste. Da vi så bliver regionsklinik, da var det sygeplejerskerne, der havde kompetencerne og relationer til patienterne. Så man kan sige, det var dem, der stod i front... Det her hus det blev båret videre på den relation, de her sygeplejersker havde til patienterne. De blev patientens gennemgående person. (Ledende sygeplejerske)

Sygeplejerskernes rolle i at sikre kontinuitet har været central ikke kun i en kort overgangsfase men også i region de første cirka to år, hvor lægebemandingen var overvejende vikarbaseret, skiftende og ustabil. De interviewede læger, som senere er kommet til på længerevarende kontrakter, har ligeledes oplevet at træde ind i en veletableret klinik med nogle "fantastisk dygtige sygeplejersker" og en meget veludviklet delegation af arbejdsopgaver til sygeplejersker. Ud over den faglige dygtighed peger de også på, at sygeplejerskerne har et stærkt sammenhold, og at de har løftet et stort ansvar for patienterne, bl.a. i forhold til at samle op omkring patienterne i perioder med et stort flow af lægevikarer:

De [sygeplejerskerne, red.] er meget stærke fagligt, og de har fået en utrolig god oplæring af [tidligere ejerlæge, red.]. ... med deres erfaringer, er de ikke ligesom den 'normale' sygeplejerske. [...] det betyder også, at de er fagligt dygtige og har

en stor ansvarlighed. Og da det har været et stort flow af vikarer, er det sygeplejerskerne, som i vid udstrækning har taget ansvaret om at samle op omkring patienterne [...] Det er dem, som kender patienterne bedst, det er dem, som gerne vil bære klinikken igennem, indtil der kommer en langvarig løsning. (Læge)

Etableringen af regionsklinikken har således ikke betydet, at en ny organisation skulle bygges op fra bunden, og hvor et sundhedsfagligt personale med forskellige baggrunde har skullet blive enige om klinikens interne arbejdsgange. Regionsklinikken er i stedet en organisation, hvor kendskabet til patienterne, samt store dele af de daglige arbejdsgange, er videreført fra den tidligere praksis via sygeplejerskerne. Det følgende hovedafsnit belyser klinikens interne organisering, ledelse og drift, som det ser ud omkring evalueringstidspunktet.

5.2 Klinikens organisering, ledelse og drift

Dette afsnit gennemgår regionsklinikens bemanning og dagsprogram, herunder visitation til konsultationer, og ser dernæst nærmere på klinikens arbejdsdeling og samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Desuden belyser afsnittet snitfladerne til kommune og hospital. Endelig præsenterer afsnittet en analyse af klinikens driftsomkostninger.

Bemanning og dagsprogram

Regionsklinikken er på evalueringstidspunktet bemannet med syv sygeplejersker (heraf en ledende) og fire læger. Tabel 5.1 nedenfor giver en oversigt over bemanning (i venstre kolonne) og en beskrivelse af de ansattes funktioner, baggrund og erfaring (i højre kolonne).

Tabel 5.1 Klinikens bemanning og kapacitet og beskrivelse af funktioner

Funktion	Beskrivelse
Ledende sygeplejerske med ansvar for drift	Den driftsmæssige ledelse i regionsklinikken varetages af en sygeplejerske, som har arbejdet en årrække i den PLO-praksis, som regionsklinikken udspringer fra. Denne sygeplejerske blev formelt leder af regionsklinikken i september 2018. Før den formelle ansættelse som leder har hun dog stadigvæk fungeret uformelt som ansvarlig for den daglige drift. Sidenhen er ledelsesansvarets omfang udvidet til at inkludere en anden regionsklinik også beliggende i Morsø Kommune. Lederstillingen er formelt sammensat som 80 % ledelsesfunktion og 20 % sygeplejefunktion. I praksis er det ofte 100 % ledelse, mens der fx i ferietid tages en uge i ren driftsfunktion. Det fremgår af interviewene, at den ledende sygeplejerske spiller en vigtig rolle som motiverende og tydeligt ledende for personalet, og samtidigt både har nært kendskab til patienterne og kan agere "talerør" opadtil i regionens organisation. Samtidigt betones det, at lederen har været en " <i>kæmpe motiverende faktor, der har løftet rigtig meget</i> " i arbejdet med Nye Veje. Personalet giver i den forbindelse udtryk for, at ledelsesansvaret for to klinikker efterlader lederen med mindre tid til den positivt motiverende og ledende funktion i klinikken.
Lægefaglig ledelse og ansvar	Den lægefaglige ledelse varetages af en af lægerne i regionsklinikken og indebærer bl.a., at klinikken lever op til diverse retningslinjer, krav og forløbsprogrammer. Den nuværende lægefagligt ansvarlige har overtaget opgaven fra en af de andre læger i klinikken. I den helt tidlige fase af regionsklinikken var det lægefaglige ansvar placeret hos en ekstern læge.
Sygeplejersker: 7 (inkl. ledende sygeplejerske) Kapacitet: 4 fuldtidsansatte, 3 deltidsansatte (29, 32 og 33 timer/uge.)	Foruden den ledende sygeplejerske er der ansat seks sygeplejersker i klinikken (dvs. 7 i alt). Heraf er fem "nedarvet" fra den tidligere praksis, som regionsklinikken udspringer fra, mens en kommer med 10 års erfaring fra en anden solopraksis. De fem sygeplejerskerne fra den tidligere praksis har imellem 11 og 18 års erfaring, inklusive årene i regionsklinikken.
Læger: 4 Kapacitet: Ansat med hhv. 24, 32, 35 og 37 timer/uge.	Som beskrevet har lægebemanningen været præget af korte vikariater, hvilket dog har ændret sig efter dispensationen i 2018 til at drive regionsklinikken i en 6-årig periode i forbindelse med Nye Veje. Dette har givet mulighed for mere langvarige ansættelser. De fire læger har forskellig baggrunde, nationaliteter og tidshorisonter på deres ansættelser. Det beskrives nedenfor i tilfældig rækkefølge:

Funktion	Beskrivelse
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udenlandsk læge med erfaring som praksislæge og vagtlæge fra Italien. Utilfredshed med det italienske sundhedssystem har motiveret til at søge udenlands. Ansat i 2016. Hørte om stillingen via et rekrutteringsfirma, og har modtaget intensiv danskundervisning via rekrutteringsfirmaet forud for ansættelsen. ▪ Udenlandsk læge fra Sverige med speciale i almen medicin, ansat i januar 2020 og et halvt år frem. Ville gerne prøve at arbejde i Danmark men flytter af private årsager tilbage til Sverige i 2020. ▪ Uddannet i 2019 med speciale i almen medicin og baggrund som lektor/forsker inden for sundhedsområdet. Ansat i januar 2020 og et år frem. ▪ Uddannet i 2006 med speciale i almen medicin. 5 års erfaring fra en PLO-praksis, et kortere vikariat i Norge. Ansat i oktober 2017 med 40 timer/uge. Kontrakten er genforhandlet ca. medio 2020, hvor den blev forlænget et halvt år og nedsat til 24 timer/uge. Lægen bor langt fra klinikken og arbejder hjemmefra en dag om ugen via videokonsultationer.

Bemandingen og kapaciteten i Tabel 5.1 er, som den ser ud på evalueringstidspunktet. Det fremgår af interview, at der over de seneste 2 år er foretaget en reduktion i klinikens lægekapa-
pacitet, som har gået fra 4,5 over 4,0 til nuværende niveau på ca. 3,5 lægekapa-
paciteter. Redukti-
onen er foretaget for at opnå sammenlignelighed med PLO-praksis i antallet af patienter pr. prak-
sislæge. Som det fremgår af Tabel 5.1, er to af lægerne ansat i januar 2020, hvorfor en stor del
af disse lægers erfaringer med regionsklinikken er gjort i perioden med Covid-19-pandemien.

Dagsprogram

Regionsklinikens dagsprogram er skitseret i Tabel 5.2 nedenfor i tre sygeplejespor og tre læ-
gespor, og en "springer-funktion" til diverse forefaldende opgaver.

Tabel 5.2 Skema over dagsprogrammet

	"Springer"	Spl. 1	Spl. 2	Spl. 3	Læge 1	Læge 2	Læge 3
8-9	Skranke & div. prøver	Telefon	Telefon	Kons.		Admin. (15)	Admin. (15)
Kons. (45)						Kons. (45)	
9-10	Skranke & div. prøver	Telefon	Telefon	Kons.	Admin.(15)	Kons.	Kons.
Kons. (45)							
Pause							
10:15-12:15	Skranke & div. prøver	Telefon	Telefon	Kons.	Kons.	Kons.	Kons.
Frokost							
12:45-14:15	+Telefon	Kons.	Kons.	Kons.	Kons.	Kons.	Kons.
Pause 15 min.							
14:30-15:15	+Telefon	Kons.	Kons.	Kons.	Admin.	Admin.	Admin.
15:15-16:00	+Telefon	Admin.	Admin.	Admin.	Admin.	Admin.	Admin.

Kilde: Egen tilvirkning på basis af regionsklinikens oplysninger

Note: Tallene i parentes angiver minutter. "+" tegnet i Springer-kolonnen angiver, at det er samme opgaver som formiddag med tilføjelse af telefonpasning.

Springerfunktionen varetages af en sygeplejerske og indebærer diverse ad hoc opgaver. Ud-
over at passe skranken er en vigtig funktion at være tilgængelig for lægerne til at udføre og
registrere diverse kliniske prøver og målinger på patienter, som er i konsultation samme dag.
Dette kan være kliniske prøver, som ligger uden for rammerne af den planlagte konsultation,
men som skønnes relevante at få lavet. Springereren passer også telefonen i eftermiddagsti-
merne. I tidsrummet kl. 10-12 er der åbne fysiske konsultationer, dvs. patienter kan møde op

ved skranken og få en tid. Ofte er det patienter, der skal have ordnet mindre ting, som møder op til de åbne konsultationer, eksempelvis patienter, der har været til kontrol på sygehuset, og skal have taget en blodprøve. Covid-19-pandemien har imidlertid tvunget klinikken til at ændre dagsprogrammet med henblik på at have færrest muligt fysiske konsultationer samt at kunne styre og planlægge nødvendige fysiske konsultationer. Det har bl.a. betydet, at der har været lukket for den åbne fysiske konsultationstid, at telefontiden er udvidet, således at to til tre sygeplejersker passer telefon fra kl. 8-16, og endelig at der er lavet væsentligt flere videokonsultationer. I de første fire uger efter regeringens delvise nedlukning (d. 11. marts 2020) blev der således lavet 511 videokonsultationer i regionsklinikken, svarende til en stigning på 369 % sammenlignet med de fire uger op til 11. marts.⁴

Som det fremgår af skemaet, kan sygeplejerskernes dage være sammensat på tre måder:

- En hel dag som "springer"
- Telefontid fra kl. 8-12, konsultationer indtil kl. 15:15, efterfulgt af administration
- Konsultationer hele dagen indtil kl. 15:15, efterfulgt af administration.

Sygeplejerskerne kører med en rotationsordning, hvor de veksler indbyrdes imellem disse roller fra dag til dag. Rotationsordningen bidrager ifølge sygeplejerskerne positivt til, at de opnår en helhedsforståelse for klinikkens daglige virke samt respekt for de forskellige funktioner, der indgår heri. Derudover skaber variationen arbejdsglæde.

Administrations- og konsultationstid

Sygeplejerskerne læser alt den indkommende post, herunder epikriser, prøvesvar, korrespondancer. Klinikken prioriterer at give svar på alle prøver uanset resultatet, da dette opfattes som en forpligtelse. Sygeplejerskerne giver svar på de prøver, de selv vurderer, de kan. Hvis svaret til patienten kræver lægens vurdering, sætter sygeplejerskerne opgaven i et elektronisk køsystem med en forklaring til lægerne, så lægerne kan tage sig af det i deres administrationstid.

Konsultationstiden er på 15 minutter, men kan fordobles om nødvendigt til 30 minutter. Sygeplejerskerne nævner, at de generelt set godt kan nå omkring det, de skal på 15 minutter. Lægerne peger imidlertid på, at de ofte bliver presset på tid. Det hænger sammen med patientpopulationens tyngde og arbejdsdelingen med sygeplejerskerne:

... jeg vil sige, med de patienter, vi har her, der er det ikke som at sidde i København eller Odense. Vi har en helt anden gruppe patienter, som er meget mere multisyge og mere kronisk syge. ... og de "lette" patienter, vi har, altså fx en let hypertension-kontrol, som måske kun tager 10 minutter, dem tager sygeplejerskerne. ... Så jeg vil sige, vi har ikke god tid... det er sjældent, vi når vores kaffepause. (Læge)

Foruden patientpopulationen og arbejdsdelingen kan akuttider også være kilde til tidspres. Patienter, som får akuttid samme dag, bliver ofte set i lægernes administrationstid. Af samme grund har lægerne ikke altid afsluttet det administrative arbejde kl. 16.

Visitation til konsultation og akuttider

Sygeplejerskerne visiterer alle de patienter, som henvender sig, fysisk eller i telefonen, og vurderer, om patienten skal have konsultation ved en læge, en sygeplejerske, eller om patientens problem kan håndteres direkte i telefonen. De vurderer ligeledes, om problemstillingen er akut og kræver en konsultation samme dag. Patienter med akutte problemstillinger får altid tid til en

⁴ Kilde: Region Nordjyllands opgørelser, som VIVE har fået fremsendt.

konsultation samme dag. Sygeplejerskerne spiller derved en definerende rolle for lægernes dagsprogram, herunder også i forhold til, hvor meget konsultationstid der afsættes til patienternes problemstillinger. Den sygeplejestyrede visitation beskrives bl.a. således:

... meget karikeret tegnet, så gør lægerne egentlig det, som sygeplejerskerne visiterer patienterne til. Vi snakker selvfølgelig undervejs om, hvad der giver mening. Det er jo egentlig det, der gør, at vores dag, den fungerer, det er, at den rigtige patient bliver visiteret til den rigtige behandler med den rigtige problemstilling på den rigtige klokkeslæt på den rigtige dag. (Ledende sygeplejerske)

Sygeplejerskerne forbereder lægerne på de enkelte konsultationer via noter i journalsystemet. De interviewede læger har generel set en positiv oplevelse af visitationspraksissen og sygeplejerskernes forberedelse af patienterne. Dog ser en enkelt læge et behov for at udvikle klarere kriterier for visitation til akuttider, således at adgangen bliver mere restriktiv. En af lægerne udtrykker samtidig forståelse for, at den sygeplejestyrede dagligdag er en nødvendighed, når lægebemandingen har været ustabil og vikarbaseret.

Selvfølgelig er der nogle enkelte ting, som kan være booket lidt uhensigtsmæssigt. Men normalt kan jeg nå det, jeg skal. Vi har en rigtig god kommunikation omkring den slags. Og det er godt med retningslinjer i forhold til, hvor lang tid man skal visiteres til forskellige ting. (Læge)

Jeg oplevede, at det var rigtig godt at starte, fordi det har været meget sygeplejestyret, og der har været nogle retningslinjer, som de har styret hårdhændet, fordi de havde de her skiftende vikarer. Så det var sådan meget skemalagt med, hvordan visse ting skulle fungere. (Læge)

Mens de nuværende læger i regionsklinikken har en positiv oplevelse, vurderer sygeplejerskerne, at det for nogle af de tidligere lægevikarer har været svært at træde ind i en så sygeplejestyret klinik.

Arbejdsdeling og samarbejde mellem læger og sygeplejersker

Sygeplejerskernes opgaver

Sygeplejerskerne har selvstændige konsultationer i en række sammenhænge. Det gælder bl.a. kronikerkontroller, alle børneundersøgelser undtagen femårs-undersøgelser, alle svangerundersøgelser, motorattester, forkølede børn, patienter med ondt i halsen, dårlige ører, ukomplicerede infektioner, sår, nogle depressionssamtaler samt vaccinationer. Foruden selvstændige konsultationer kommer diverse kliniske prøver, der knytter sig til lægekonsultationerne.

Som beskrevet har sygeplejeteamet været vant til fra den tidligere solopraksis at løfte en relativt stor del af de lægefaglige opgaver. Efter overgangen til regionsklinik er der kommet flere læger til. Sygeplejerskerne fortæller, at de ikke laver lige så mange lægeopgaver som tidligere, og at dette hænger logisk sammen med, at der i regionsklinikken er flere læger, mens der i den tidligere praksis kun var én læge.

Andre studier i almen praksis har vist, at der i praksis med mange sygeplejersker kan ske en subspecialisering, således at enkelte sygeplejersker specialiserer sig i og får ansvar for specifikke patientgrupper såsom diabetes og KOL (3,4). I regionsklinikken har sygeplejeteamet i stedet valgt en strategi om, at "alle skal kunne alt" for at gøre driften mere fleksibel og mindre sårbar for fx sygdom.

Lægernes opgaver

Lægernes har konsultationer for de patienter, som er for komplekse til at blive håndteret af sygeplejerskerne. Kombinationen af en tung patientpopulation og en høj grad af delegation af opgaver til sygeplejerskerne betyder, at meget af tiden går med multisyge patienter med flere kroniske sygdomme. En af lægerne ser disse forhold som en faktor i arbejdsglæden:

... det har jo tit været meget omfattende krævende opgaver, som vi blev nødt til at klare, fordi sygeplejerskerne tager de "lette" ting... også sådan noget som gravide og børneundersøgelser, som måske kan være lidt af en opløftning, når man sidder ude i praksis. (Læge)

En opgave for læger i almen praksis er typisk også at stå lægefagligt ansvarlig for det samlede kliniske arbejde i klinikken. Den vikarbaserede lægebemanding, som prægede regionsklinikens første to år (jf. afsnit 5.1) har vanskeliggjort dette, hvorfor det lægefaglige ansvar i denne tidlige periode var centraliseret hos en praksislæge med fagligt ansvar for alle regionsklinikkerne i regionen. I 2018 blev opgaven som lægefagligt ansvarlig dog forankret lokalt hos en af lægerne i regionsklinikken. Opgaven har i 2020 skiftet hænder internt blandt klinikens læger. Det skyldes, at den første lægefagligt ansvarlige ikke længere ønskede opgaven af den årsag, at vedkommende ikke oplevede at have tilstrækkeligt kendskab til sygeplejerskernes arbejde med de enkelte patienter til at kunne tage ansvaret. Dette hænger bl.a. sammen med, at der ikke foregår lægefaglig supervision i klinikken (udbydes senere). Den nuværende lægefagligt ansvarlige indgår samtidig som en af fire læger i et nyere tværgående team med fagligt ansvar for regionsklinikker i regionen (jf. kontekstbeskrivelsen i kapitlets indledning) Ud over formelle strukturer for det lægefaglige ansvar peger interviewene på, at den lægefaglige kvalitet også sikres på individuelt plan hos lægerne:

Når jeg snakker fagligt med mine kollegaer, så lyder det bestemt som om, at de individuelt følger med. Det er slet ikke sådan, at jeg har følt, her hænger man godt nok bagud og ikke har sat sig ind i de nyeste opdateringer. Man holder sig individuelt opdateret på nye retningslinjer. (Læge)

Samme læge peger på, at lægernes faglige fokus primært har sigtet på rent lægefaglige retningslinjer og ikke på supervision af praksispersonale. Dette kædes sammen med, at det ikke er lykkedes i regionsklinikken at indføre lægefaglig supervision, som ellers generelt set er en vigtig opgave for mange praksislæger. Det uddybes nedenfor, hvorfor sparring og supervision mellem regionsklinikens læger og sygeplejersker har haft svære vilkår.

Barrierer for lægefaglig supervision af sygeplejerskerne

Både sygeplejersker og læger oplever, at arbejdsgangene i klinikken har et velfungerende flow, og lægerne oplever en høj grad af systematik i sygeplejerskernes visitationsarbejde. Samtidig udtrykker både læger og sygeplejersker ønsker om et tættere samarbejde og en tættere dialog om de enkelte patienter. Både sygeplejersker og læger udtrykker uafhængigt af hinanden, at "de ikke ved, hvad der foregår bag døren" til hinanden, når patienterne er i konsultation. Sygeplejeteamet har før overgangen til regionsklinik været vant til en meget tæt sparring og supervision med daværende læge. Den tætte sparring og supervision med daværende læge var med til at give sygeplejerskerne faglig tryghed og rygdækning, da lægen femstod tydeligt som lægefagligt ledende figur.

En af de interviewede læger peger på, at en vikarbaseret lægebemanding generelt er et svært udgangspunkt for en tæt, lægefaglig supervision af personalet:

Det jeg går ind med, det er en tidsbegrænset stilling, og ligesom andre [vikarlæger, red.], så det man kommer ind med, det er det arbejde, jeg kan lægge. Sygeplejerskerne har været vant til en stor faglig sparing, og den faglige sparing får man ikke fra vikarlæger. Så den fagligt styrkede side fra lægerne, det får man ikke. (Læge)

Det er meget ad hoc erfaring i dag, og det, som de oplever med varierende lægebesætning, er, at det er svært at få et entydigt svar tilbage. Når man spørger forskellige læger, så får man forskellige svar. (Læge)

Lægerne fortæller, at der er blevet taget fælles initiativer til supervision og opfølgning i klinikken, men at dette er gledet ud i sandet, bl.a. fordi andre tidskrævende elementer har fyldt. Her nævnes bl.a. overgangen til et nyt lægesystem (beskrives senere), akkrediteringsproces og indsatserne i Nye Veje (se afsnit 5.5 for mere om betydningen af Nye Veje).

Der fremstår således nogle barrierer for, at sygeplejersker og nuværende læger har kunnet udvikle et tættere samarbejde bl.a. med supervision om den enkelte patient. Barrierene, der nævnes, er den vikarbaserede lægebemanding samt andre elementer, der har taget tid.

Diverse forhold med betydning for drift og patientkontinuitet

Nyt lægesystem i 2018

Regionsklinikken fik nyt lægesystem i 2018, i forbindelse med, at det fra centralt hold blev besluttet, at regionsklinikkerne skulle benytte samme lægesystem. Formålet var at opnå stor-driftsfordele på regionsniveau samt bedre muligheder for samarbejde regionsklinikkerne imellem. Personalet fortæller, at skiftet af lægesystem har ramt klinikken hårdt og betydet en tung proces, bl.a. fordi data fra det tidligere system ikke har kunnet overføres automatisk til det nye. Der er derfor gået meget tid med manuelt at omregistrere diagnoser og andre data fra patienternes journaler til det nye system. Det fremgår af interviewene, at systemskiftet vurderes at have haft konsekvenser for driften og produktiviteten i klinikken, særligt det første halve år efter indførelsen af systemet. To af lægerne vurderer, at der trods klare fremskridt i implementering og brugen af det nye system stadig er udfordringer, og at klinikkens effektivitet stadig (på evalueringstidspunktet) er reduceret med 10-20 % sammenlignet med før systemskiftet.

Udvidet åbningstid

Med henblik på at skabe øget tilgængelighed for borgerne er der i regionsklinikken blevet implementeret udvidet (digital) åbningstid, hvor patienter fra kl 16-18 kan få en videokonsultation. Konsultationerne uden for åbningstid varetages ikke af regionsklinikken læger, men (ifølge de interviewede læger) af læger fra et eksternt firma, som regionen har betalt. De eksterne læger har adgang til regionsklinikken journalsystem. Lægerne i regionsklinikken peger på, at løsningen skaber udfordringer for et sammenhængende patientforløb, når de eksterne lægers konsultationer blander sig med igangværende patientforløb.

Problemet er... altså... læger arbejder aldrig ens, så hvis jeg har et forløb, og så der pludselig er en anden [Læge, red.] som begynder at synes, "ah, men han skal da have noget andet medicin, og dét medicin skal han da ikke have..." (Læge)

Lægerne peger derudover på, at der er nogle opgaver som fx lægeattester fra kommunen, som de eksterne læger ikke har kunnet lave grundet manglende kendskab til patienten, og hvor opgaven derfor er booket videre til regionsklinikken læger. Trods udfordringerne ser lægerne i regionsklinikken potentiale i løsningen, men det kræver, at de opgaver, der varetages af de eksterne læger, er opgaver, som kan afsluttes i den udvidede åbningstid, uden at der efterlades

opgaver til regionsklinikens læger. Lægerne fortæller derudover, at det er relativt få patienter, som har benyttet den udvidede åbningstid, og erfaringsgrundlaget er derfor tilsvarende småt.

Patientkontinuitet

Den vikarbaserede lægebemanding i regionsklinikken har udfordret muligheden for kontinuitet i læge-patient-relationerne, men klinikken har fokus på at opnå kontinuitet i det omfang, det lader sig gøre. Selvom lægeansættelserne er blevet mere langvarige, er der stadig for mange patienter til, at alle har kunnet få en fast læge. Konkret har de to læger, som har været ansat længst tid, fordelt halvdelen af patienterne imellem sig. Den anden halvdel har som udgangspunkt haft lægevikarer, men en delmængde heraf har sidenhen fået tildelt en fast læge, som er ansat i klinikken i 1 år fra januar 2020 (jf. Tabel 5.1). Ud over de tidsbegrænsede stillinger, betyder ansættelser på deltid også, at kontinuiteten kan blive brudt. Selvom rammerne for komplet kontinuitet er udfordret, vurderer lægerne, at det stadig betaler sig at fokusere på kontinuitet:

Jeg har en fast population ... og det fungerer rimeligt, men når jeg ikke er her alle dage om ugen, så dækker mine kollegaer mine patienter. Langt de fleste patienter siger "Åh, at møde en ny hver gang, det er jo så besværligt". Og de bliver rigtig glade, når de møder mig for anden gang. (Læge)

Det er blevet forsøgt at give patienterne en fast sygeplejerske, men det blev opgivet, fordi kontinuiteten blev brudt, når patienten skal i et forløb hos en læge. Det fremgår dog samtidig, at sygeplejerskernes kendskab til patienterne er bygget op over mange år, og at patienterne vægter dette kendskab højt og særligt i perioder med meget udskiftning i lægebemandingen.

Opsamling

Arbejdsdelingen bærer præg af en relativt høj grad af opgaveglidning til sygeplejerskerne, hvilket er nedarvet fra den tidligere praksis, hvor der dog var en højere grad af opgavedelegation til sygeplejerskerne. Arbejdsgangene og arbejdsdelingen i regionsklinikken, herunder sygeplejerskernes visitation, opleves som meget velfungerende, men ved siden af de processer har både sygeplejersker og læger et ønske om tættere samarbejde omkring den enkelte patient.

Driftsomkostninger

Regionsklinik Øster Jølby er et regionalt driftsområde, hvilket betyder at regionsrådet i Region Nordjylland definerer rammer og serviceniveau, herunder de økonomiske rammer for regionsklinikken. Tabel 5.3 viser driftsomkostningerne for Regionsklinik Øster Jølby opdelt på løn og øvrige driftsomkostninger samt omkostninger pr. patient. Omkostninger til løn udgør langt størstedelen af driftsudgifterne. I perioden 2017 til 2019 var omkostninger pr. patient på 1.687 til 2.122 kr. Variationen i driftsomkostningerne mellem årene skyldes særligt variation i udgifter til læger inkl. vikarbureau, hvilket harmonerer med historikken beskrevet i afsnit 5.1. Variationen, synes heller ikke at være drevet af antallet af tilknyttede patienter, idet klinikken i 2019 har det højeste antal patienter tilknyttet, mens lønudgifterne er lavere end for de to foregående år.

Tabel 5.3 Driftsomkostninger og patientantal i regionsklinikken i Øster Jølby, 2017-2019

	2017	2018	2019
Løn		Kroner	
Sygeplejerske og lægesekretær løn mv.	3.793.032	4.133.057	3.939.508
Læger inkl. vikarbureau	6.247.286	6.972.486	5.173.156
I alt løn	10.040.318	11.105.543	9.112.664
Øvrige driftsomkostninger			
Lokaleomkostninger	761.169	817.834	844.935
Inventar og udstyr		24.988	9.560
Teknik	115.158	392.661	234.370
I alt øvrige driftsomkostninger	876.327	1.235.483	1.088.865
Samlede driftsomkostninger	10.916.645	12.341.025	10.201.529
Patientantal pr. 1. januar	5.876	5.844	6.046
Omkostninger pr. patient pr. år	1.858	2.112	1.687

Kilde: Data modtaget af Region Nordjylland

Ikke alle direkte driftsomkostninger er inkluderet i Tabel 5.3, og der er dermed tale om et underestimat for Region Nordjyllands reelle udgifter til at drive Regionsklinik Øster Jølby. Etableringsudgifter i form af køb af inventar (svarende til 571.790 kr.) er ikke inkluderet i opgørelsen. Ligeledes er administrative omkostninger relateret til personalet i regionshusets tidsforbrug på driften af regionsklinikken ikke inkluderet, fx i forhold til ansættelseskontrakter, lønkørsel og regnskab. Sidstnævnte omkostninger har ikke været muligt at estimere.

Det er generelt vanskeligt at opgøre og sammenligne de direkte driftsomkostninger for forskellige typer af praksis (PLO-praksis, udbudsklinikker og regionsklinikker). Det skyldes, dels at udgifterne kan opgøres på forskellige vis, dels at der kan være forskellige forudsætninger til stede i forhold til at drive den enkelte klinik. Yderligere har regionen en række administrative omkostninger i relation til styringen af praksissektoren generelt, som særligt relaterer sig til PLO-praksisser (fx ressourcebrug i forhold til kontrol af udgifterne på klinikniveau og andre overenskomstmæssige forhold, fejlregninger mv.), som ikke er inkluderet i de direkte omkostninger, men som kan have betydning for regionens samlede ressourceforbrug på driften af praksissektoren. Med det in mente viser en opgørelse fra Region Nordjylland, at de gennemsnitlige omkostninger pr. patient pr. år i 2018 var højere for Regionsklinik Øster Jølby end for PLO-praksis i samme lægedækningsområde. De gennemsnitlige omkostninger pr. patient pr. år var i 2018 for PLO-praksis i samme lægedækningsområde 1.834 kr. mod 2.112 kr. pr. patient pr. år for Regionsklinik Øster Jølby (18).⁵ Jævnfør Tabel 5.3 faldt omkostningerne pr. patient pr. år imidlertid med 20 % i 2019 for Regionsklinik Øster Jølby og var på 1.687 kr. De lavere omkostninger til driften af regionsklinikken i 2019 skyldes primært reducerede lønomkostninger og kan dermed afspejle tiltagene om reduceret lægekapacitet beskrevet under Tabel 5.1, der er gjort for at opnå sammenlignelighed med PLO-praksis. Vi har ikke estimeret for Region Nordjyllands omkostningerne til PLO-praksis i 2019, men umiddelbart er der ikke grund til at forvente, at der er sket et lignende fald i omkostningerne. Samlet set tyder opgørelsen på, at omkostningerne til den direkte drift af regionsklinikken i Øster Jølby ligger tæt på niveau med driftsomkostningerne for en PLO-praksis i det samme optageområde, om end der de første år har været betydelig variation i omkostningerne, og regionens administrationsomkostninger ikke

⁵ I estimeret for PLO-praksis indgår: Basis- og ydeshonorar, personlige honorar (i forhold til lokaleaftaler), differentieret basis- og praksisomkostningshonorar, forløbsydelse, KEU-midler, udgifter til administrationsudvalget og Fonden for Almen Praksis.

er inkluderet. De varierende omkostninger i de første år resonerer med den ustabile, vikarbaserede lægebemanding beskrevet i afsnit 5.1.

5.3 Samarbejde med kommune og hospital

Personalet i regionsklinikken beskriver, at de har et tæt samarbejde med Morsø Kommune, som desuden har udviklet sig positivt i forbindelse med Nye Veje, mens samarbejdet til hospitalerne fremgår som en velfungerende relation, men ikke en relation, der på dagligdagsbasis har udviklet sig betydeligt i forbindelse med i forbindelse med Nye Veje

Samarbejdet med Morsø Kommune

Det fremgår i interviewene, at samarbejdet mellem Morsø Kommune og regionsklinikken opleves som særdeles velfungerende fra begge sider, både når det kommer til konkrete borgere og mere overordnede problemstillinger, som der er behov for at drøfte og finde konstruktive løsninger på sammen. Som eksempel på sidstnævnte har parterne i dialog udarbejdet klarere kriterier for brugen af dosisdispensering, idet kommunen og regionsklinikken havde forskellige perspektiver herpå, som vægtede hhv. de praktiske fordele og økonomiske omkostninger ved dosisdispensering. Fra kommunesiden mærkes det, at der i regionsklinikken er en åbenhed for at finde løsninger sammen. Det udtrykkes fx således:

... det, at regionsklinikken er gået ind i det som medspiller med den her fantastiske tilgang om at sige "det her, det skal vi da lære noget mere om, og det skal vi da lære hinanden om" – det er så positivt. (PL, kommune)

I regionsklinikken fremgår det, at samarbejdet er godt hjulpet på vej af, at medarbejderudskiftning i Morsø Kommune er relativt lav, og at klinikken derfor har udviklet relationer, så de ved, hvem de skal ringe til, hvad enten problemstillingen er borgerspecifik eller af mere generel karakter. Dertil kommer, at de to regionsklinikker i Morsø Kommune omfatter cirka 60 % af kommunens borgere.

Lægerne peger på, at de tværsektorielle møder, der indgår i udviklingsarbejdet i Nye Veje samt fraværet af ydelsesfinansiering har banet vejen for den tætte samarbejdsrelation til kommunen:

Jeg synes, jeg har fået... jeg vil have lettere ved at snakke med dem inde ved kommunen nu her med Nye Veje. Nu har jeg også tidligere haft en praksis, hvor vi havde relativt god kontakt til kommunen. For det synes jeg er vigtigt som praksislæge, men jeg har aldrig været med til at have møder på den her måde hvor vi diskuterer ting, så det synes jeg faktisk er rigtig godt. (Læge)

Hvis man i stedet for at være ansat skal tjene sin egen løn, så hvis du vil have mad på bordet, så er det bedre at se fire patienter end at sidde og snakke med en i kommunen. (Læge)

Betydningen af regionsklinikkenes rammevilkår, herunder fraværet af ydelsesfinansiering gennemgås i afsnit 5.4.

Regionsklinikkenes og kommunens samarbejde om de enkelte patienter udspiller sig især i relation til Morsø Kommunes plejehjem og akutsygeplejersker samt et kommunalt afklaringscenter. Disse samarbejdsflader belyses nedenfor.

Samarbejde om plejehjemsbesøg

En informant fra Morsø Kommune fortæller, at det grundet lægedækningsproblemer generelt har været svært at lave aftaler om plejehjemslæger, fordi de praktiserende læger i kommunen har haft for mange patienter og for lidt tid til denne type opgave. Her har man fra Morsø Kommune oplevet en anden parathed fra regionsklinikken til at søge løsninger, trods det, at de (heller) ikke som udgangspunkt havde ressourcer til faste plejehjemslæger:

Så snakkede vi med regionsklinikken, og de havde ikke mulighed for at gå ind i det [en normal plejehjemslægeordning, red.], men de sagde "lad os da prøve at kigge på det alligevel". Så vi gik sammen om at kigge på det og har nu en aftale om, at de kommer ud til deres borgere på plejecentrene, hvor vi laver nogle forberedelser inden, faktisk lidt ligesom plejehjemslæger, og det har været en kæmpe øjenåbner for dem at komme ud og se og møde borgerne i deres eget hjem og se dem i de rammer. (PL, kommune)

Samarbejdet med plejehjemmene indbefatter aftaler om, at plejehjemmets personale forbereder en række kliniske observationer og data på borgeren, så lægerne har disse oplysninger på forhånd. Sammenlignet med en typisk plejehjemslægeordning sker der her en opgaveglidning til plejehjemmets personale, som varetager parakliniske opgaver. Informanter fra kommunen og regionsklinik fortæller, at ordningen, som led i regionsklinikkenes ressourceoptimering, er blevet mere behovsstyret, da man i regionsklinikken har oplevet, at nogle plejehjemsbesøg ikke har været strengt nødvendige.

De kommunale akutsygeplejersker

Regionsklinikkenes personale fremhæver samarbejdet med Morsø Kommunes team af akutsygeplejersker som særdels velfungerende. Akutsygeplejersken beskrives som regionsklinikkenes "forlængede øjne og ører", som gør det muligt at indlægge patienter via telefonsamtalen, frem for at patienten først skal besøge regionsklinikken akut. Hvis en borger ringer til regionsklinikken med symptomer, som kan være alvorlige, ringer klinikken til akutsygeplejerskerne og instruerer dem i problemstilling, samt hvilke kliniske målinger der skal tages (blodprøver, blodtryk, mv.). Herefter tager akutsygeplejersken hjem til borgeren, ser borgeren og laver målinger og ringer til regionsklinikken på en særskilt linje, der går uden om klinikkenes telefonkø.

Videostuegang på Morsø Kommunes afklaringscenter

Denne samarbejdsflade er også beskrevet under et indsatsområde i Nye Veje (se Tabel 3.1). På afklaringscenteret ligger svage patienter, som fx er udskrevet fra hospitalsforløb. Lægerne bistår to gange ugentligt med lægefaglig sparring med henblik på at understøtte bedre og hurtigere afklaring og forebygge forværring. Sparringen foregår via en videoløsning.

Samarbejde med sygehus

Regionsklinikken har patienter på sygehuset både i Thisted og Aalborg. De af regionsklinikkenes patienter, som kommer til Aalborg, er typisk svært og komplicerede syge patienter med længere sygehusforløb, og hvor regionsklinikken kun har en berøringsflade i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, hvor relationen til sygehuset i Thisted har lettere patienter i ambulante forløb som omdrejningspunkt.

Lægerne fortæller, at samarbejdet og korrespondancen med hospitalerne er velfungerende og ikke anderledes end erfaringen fra andre praksis.

Specialistrådgivning fra sygehuse

Den ledende sygeplejerske fremhæver om samarbejdet med sygehuse, at klinikken har hurtig adgang til relevant sparring med specialister fra sygehusene, når de står med en akut problemstilling. Det sker via Akut Medicinsk Koordinering (AMK), som er en regionalt dækkende enhed med en vagtcentral bemandet med erfarne sygeplejersker. Vagtcentralen tager dels imod opkald fra borgere, men understøtter også almen praksis med faglig sparring om enkelte patienter. Når regionsklinikken ringer til vagtcentralen med tvivlsspørgsmål om en enkelt patient, henviser vagtcentralens sygeplejerske opkaldet til en speciallæge inden for det relevante område, som bistår med faglig rådgivning. Denne model er meget velfungerende, fortæller den ledende sygeplejerske.

5.4 Klinikens rammevilkår belyst fra de ansattes perspektiv

Regionsklinikker indebærer generelt set nogle grundvilkår for lægers rolle og klinikens drift, som adskiller sig fra den øvrige almen praksis sektor, herunder at læger er ansatte og ikke ejere, og at klinikken ikke er ydelsesfinansieret.

Dette afsnit belyser de ansattes perspektiver og oplevelser af disse to vilkår. Afsnittet belyser:

1. hvad der opleves som attraktivt og mindre attraktivt ved at være læge i en regionsklinik
2. hvilken betydning det har, at klinikken ikke er ydelsesfinansieret
3. personalets oplevelser af at indgå i Nye Veje.

Fordele og ulemper ved ansættelsen i regionsklinikken

I interviewene har vi spurgt de ansatte i regionsklinikken, hvad de ser som fordele og ulemper ved at være ansat i en regionsklinik. Nogle svar knyttes til regionsklinikker som klinikform generelt, og andre svar knyttes specifikt til regionsklinikken Øster Jølby.

Fordele ved regionsklinikken

Lægerne ser det som en fordel, at de ikke har ansvar for personale og økonomi, når de arbejder som ansatte i en regionsklinik. Det giver mere tid og overskud til at fokusere på kerneopgaven. Man *"behøver ikke tænke i forretning"* men *"kan fokusere på at være læge"*, siger lægerne.

I forlængelse heraf peger lægerne på, at det ansvar, der følger med en som ejerlæge i en PLO-praksis, betyder, at man vil have tendens til at arbejde mere i ydertimerne. For eksempel gennemgå epikriser og notater fra sygeplejerskerne som forberedelse af supervision med personale den efterfølgende dag. Som ansat i regionsklinikken kan de lettere slippe arbejdet og gå hjem kl. 16.

I andre svar fremgår det, at regionsklinikker kan udnyttes på forskellig vis som et trin i et arbejdsliv. Blandt andet kan ansættelsen i en regionsklinik virke som et forstadium til at opbygge erfaringer som praksislæge, inden lægen selv slår sig ned og "binder sig" til egen praksis. Derudover kan ansættelsen i en regionsklinik være en god måde at være beskæftiget og opnå erfaring i en situation, hvor man er uafklaret om ønsker til det fremtidige arbejdsliv.

For de udenlandske læger i klinikken har det været et generelt ønske om at arbejde i Danmark, der har tiltrukket dem til regionsklinikken.

En af lægerne fortæller, at Nye Veje, og muligheden for at bidrage til skabe nye løsninger tværsektorielt, har gjort en ansættelse i regionsklinikken attraktiv.

Derudover har muligheden for at arbejde hjemmefra via videokonsultationer været en afgørende faktor i fastholdelsen af en læge, der bor langt fra regionsklinikken. Løsningen med videokonsultationer er udviklet i forbindelse med Nye Veje.

Ulempe ved regionsklinikken

Mens fraværet af økonomi- og personaleansvar beskrives som attraktivt, fremgår det også, at regionsklinikkenes ophæng i regionen giver en oplevelse af bureaukrati og mindre lokal selvbestemmelse. Dette beskrives som en ulempe af hele personalegruppen. Der nævnes både små ting så som indkøb af ny kortlæser, og omfattende ting så som skiftet af lægesystem, som eksempler på, hvor oplevelser af bureaukrati og mindre lokal selvbestemmelse har indtruffet. Dog skal det bemærkes, at fx indkøb af udstyr ifølge anden informant ligger hos klinikken selv.

Fraværet af ydelsesfinansiering

Selvom regionsklinikken i store træk er en organisation videreført fra tidligere praksis, har overgangen til regionsklinik imidlertid også betydet forandringer. Informanterne fremhæver især overgangen fra en klinik, der finansieres pr. konsultationsydelse (som det er tilfældet for PLO-praksis) til en klinikform, der ikke ydelsesfinansieres, og hvor lægerne får en fast løn. Fraværet af ydelsesfinansiering har ifølge sygeplejerskerne medført væsentlige driftsmæssige ændringer sammenlignet med den tidligere PLO-praksis. Det skyldes, ifølge både sygeplejersker og lægerne, at fraværet af ydelsesfinansiering understøtter et mere helhedsorienteret fokus på patienterne, da man ikke er afhængig af at fordele ydelser til samme patient på flere konsultationer for at sikre indtjening. Det udtrykkes bl.a. sådan:

Den model, vi indgik i 2016, var anderledes. Vi ydelsesregistrerede stadig, fordi vi skulle være sammenlignelige [med PLO-praksis, red.]. Men vores ydelsesregistrering faldt også betragteligt. Og det handlede ikke om, at vi sad ovre i hjørnet og pillede næse. Det handlede om, at lige pludselig kunne vi løse flere opgaver inden for samme ydelsesregistrering, fordi det gav mening. Så det var egentlig... i starten var det den allerstørste driftsmæssige ændring. Det var, at man kunne håndtere flere problemstillinger, når patienten kom i fremmøde, eller man kunne komme til læge og få lavet undersøgelse og bagefter hos sygeplejersken på samme dag. Så man kan sige, driftsmæssigt skete der egentlig nogle ret markante ændringer. Men du må ikke høre mig sige, at jeg er tilhænger af det ene eller andet system. Fordi det afhænger af, hvilken struktur man sidder i. (Ledende sygeplejerske)

I gamle dage fik man aldrig taget blodprøve samme dag, men det kan vi i dag, da vi ikke skeler til, at vi ikke bliver betalt. (Sygeplejerske)

... vores kronikere, som kommer til deres kronikerkontrol, de kan jo godt samme dag få kigget på deres skuldre eller skyttet øre. I gamle dage, hvor jeg havde en kronikerkontrol, kunne jeg aldrig finde på også at skylle øre. (Sygeplejerske)

Også en af lægerne, som har erfaring fra almindelig praksis, fremhæver, at fraværet af ydelseshonorering understøtter et helhedsorienteret blik på patienten, som er særligt relevant i forbindelse med multisyge og kronikere:

... fordi vi ikke er så ydelsesorienterede her i regionsklinikken, så kunne man se lidt mere på den samlede patient og måske klare nogle flere ting. Og det er sådan lige i min boldgade, for jeg synes, det er rigtig træls, hvis jeg har en patient – som vi har rigtig mange af heroppe – multisyge med flere kroniske lidelser, og hvis man så skal

se diabetes den ene dag, KOL den næste dag og deres hjertekarsygdomme, eller hvad der måtte være, den tredje dag, så vil jeg hellere se på hele patienten og lave en samlet vurdering. Og det kunne der jo så netop være mulighed for her. (Læge)

Ovenstående fund resonerer med VIVEs evaluering af en regionsklinik på Bornholm, hvor informanterne også peger på, at fraværet af ydelsesfinansiering fjerner fokus fra at sikre indtjening til et fokus på at klare flere ting i et patientbesøg (2). Informanterne i denne undersøgelse peger desuden på, at flere patienter i dag vendes i telefonen frem for at få en fysisk konsultation. Sygeplejerskerne peger imidlertid også på, at der er tilfælde, hvor der ud fra en faglig vurdering er gode grunde til at holde fokus på én problemstilling pr. fremmøde. Dette resonerer med tidligere VIVE-evaluering af et forsøg med at erstatte ydelseshonorering i almen praksis med fast løn (1). I regionsklinikken skal det bemærkes, at sygeplejerskerne visiterer patienter til lægerne og dermed har stor indflydelse på, hvorvidt patienters symptomer og diagnoser adresseres i en eller flere lægekonsultationer.

Selvom fraværet af ydelsesfinansiering er en signifikant forandring, som indtræffer ved overgangen til regionsklinik, tyder det også på, at mange år med ydelsesfinansiering indebærer, at bestemte vaner og tankegange er blevet indgroede, og at disse ikke nødvendigvis forsvinder med det samme ved overgangen til regionsklinik:

... det tog lige de første to år, inden den der regnskabslogik, der lå i mit baghoved, forsvandt, så nu tænker jeg ikke længere på, at jeg skal sikre at få ydelser. (Sygeplejerske)

Det er imidlertid ikke entydigt ud fra interviewene, at "regnskabslogikken" har taget lang tid at "aflære", da det også fremgår, at omstillingen kom relativt hurtigt. Andre studier har også påvist, at adfærdsændring efter en ny finansieringsmodel i almen praksis tager tid. Disse studier var dog midlertidige forsøg, hvor lægerne ville gå tilbage til ydelsesfinansiering og dermed havde mindre motivation for varige ændringer, som kunne blive en ulempe under ydelsesfinansiering (1).

Bedre mulighed for eksterne samarbejder

Foruden det ovennævnte peger ansatte i regionsklinikken på, at fraværet af ydelsesfinansiering giver bedre mulighed og overskud til at indgå i eksterne samarbejder og udviklingsprojekter. Dette har særligt manifesteret sig i samarbejdet med Morsø Kommune, hvilket er uddybet i afsnit 5.3.

5.5 Arbejdet med Nye Veje-indsatserne

Det fremgår af interviewene, at den ledende sygeplejerske har spillet en central rolle i at involvere regionsklinikken i det tværsektorielle udviklingsarbejde i Nye Veje. Den ledelsesmæssige tilgang har bestået i at balancere hensynet til den daglige drift med udviklingsdagsordenen. Internt har lederen haft fokus på selv at indgå i indsatserne for at skærme personalet, og undgå at udviklingsarbejdet tager for meget tid fra kerneopgaverne. Sidenhen er der arbejdet på at give personalet ejerskab på de indsatser, der involverer dem direkte for at sikre implementeringen, og at udviklingen sker blandt frontpersonalet. Det skal nævnes, at to af de fire interviewede læger blev ansat i januar 2020, og i kombination med Covid-19 betyder dette, at de har begrænset erfaring med Nye Veje.

Balance mellem drift og etablering af klinikken og udviklingsarbejde

Personalet betoner ligeledes, at den ledende sygeplejerske har været en *"kæmpe motiverende faktor, som har løftet rigtig meget"* i arbejdet med Nye Veje. Alligevel har der været en oplevelse af, at opstarten af Nye Veje har belastet klinikken i en tid, hvor personalet stadig var i proces med at *"finde sig selv som regionsklinik"*. Dette til trods for, at oprettelsen af regionsklinikken skete cirka 2 år før opstarten af Nye Veje. Det kommer til udtryk således.

I starten var der masser af møder, information og orientering med ledelsen, administrationen. ...vi blev væltet bagover, fordi vi skulle jo samtidig også finde os selv som regionsklinik. ... Det er mange skibe at sætte i søen på én gang samtidig med, at man er nystartet. Nu er det som om, der er faldet lidt mere ro på, det har ikke så meget bevågenhed. (Sygeplejerske)

Selve arbejdet med indsatserne beskrives som betydeligt ressourcekrævende:

... det tog altså mange ressourcer [en specifik indsats, red.]. Jeg sad flere eftermiddage og udtog folk fra en liste, ringede folk in, og havde opfølgning i telefon, og patienterne ringede ind med tvivlsspørgsmål. (Sygeplejerske)

Lægerne peger også på, at udviklingsarbejdet har fyldt meget.

Inddragelse og tid

De interviewede læger peger på, at der har været flere gode og meningsfulde projekter i Nye Veje, mens andre har været mindre gode (uddybes i næste afsnit). De peger samtidig på, at udviklingsarbejdet er *"topstyret"*, og at de savner inddragelse til at kvalificere indsatserne fagligt. Det udtrykkes bl.a. således:

... der har været mange projekter, der har været supergode, og det har været virkelig meningsfuldt. Problemet er bare... der er utrolig meget topstyring... og det virker lidt tåbeligt for os, der sidder herude og skal lave de her projekter, at vi ikke er mere involverede i, hvad er det egentlig, der kunne være relevant at gøre? (Læge)

Der bliver selvfølgelig sat tid af til, at der er nogen, der skal snakke med os, men selve projektet bliver lavet lidt på baggrund af, hvad der er nogen [i den regionale administration, red.], der har besluttet sig for, vi skal lave. (Læge)

... det var bedre, hvis de sad ned med os læger, praktiserende læger, som kender virkeligheden, og hvilke behov der er. (Læge)

Ovenstående udsagn står umiddelbart i kontrast til det forhold, at der i programorganisationen har været fokus på at tænke regionsklinikken ind i indsatser, der udspiller sig her, og endvidere at enkelte af lægerne har indgået i flere forskellige projektgrupper for indsatserne. Dette fremgår af dokumentstudier. Inddragelsen har således været klart prioriteret og i et vist omfang også praktiseret, men oplevelsen hos lægerne er stadig som beskrevet ovenfor.

Ud over ønsket om større inddragelse peger lægerne på, det har virket demotiverende, når igangværende projekter ikke får den fornødne tid til opfølgning og implementering, før nye indsatser skal opstartes:

... der kommer det ene projekt efter det andet, og det er lidt frustrerende, hvis man sidder med et projekt, som egentlig kører godt, og man kan se nogle fordele i det, og så er vi nødt til at skubbe det til side, fordi vi skal starte på noget nyt. Så noget, der egentlig kører godt, det kan vi ikke rigtig følge op på. For nu skal vi have snuden i sporet med noget andet. Det er ikke specielt motiverende. (Læge)

Personalets perspektiver på indsatsernes relevans og udbytter

Trods de foregående udsagn om udviklingsarbejdet peger personalet også på, at flere af Nye Veje-indsatserne har været meningsfulde og gjort en positiv forskel. Her fremhæves især det digitale område med videokonsultationer som meningsfuldt, og for en af lægernes vedkommende en direkte årsag til, at vedkommende kan arbejde i klinikken, idet videoløsningen muliggør hjemmearbejdsdage med konsultationer. Videoløsningen ses derfor som en måde at rekruttere læger, der bor langt væk fra klinikken. Derudover nævnes nogle af de indsatser, som sætter nye fagligheder i praksis (fysioterapeut, reumatologer og farmaceuter) som medvirkende til aflastning af lægerne og til et generelt fagligt løft. Lægerne peger her på fysioterapeuten som et *"rigtig godt og meningsfuldt"* tiltag, bl.a. fordi det har aflastet lægerne med både rygundersøgelser og knæundersøgelser. Et eksempel på en – ifølge lægerne – mindre god indsats er medicingennemgang af tungt medicinerede patienter ved en farmaceut, hvor lægerne bl.a. gerne ville have sat et mere restriktivt inklusionskriterie i form af en højere grænse for antallet af præparater. Selvom der ikke er tale om en permanent tilknytning af disse fagpersoner, er oplevelsen, at mødet med disse fagligheder har bidraget med en faglig udvikling. Foruden den faglige udvikling peger sygeplejerskerne på, at de er blevet mere bevidste om, hvordan farmaceuter kan være behjælpelige i arbejdet med tungt medicinerede patienter. Heri ligger, at potentialet ved nye fagligheder i praksis både kan bestå i et fagligt løft, men også i en bevidstgørelse om andre fagligheders kompetencer, og hvordan de kan udnyttes.

Endelig peger informanterne på, at udviklingsarbejdet i Nye Veje har banet vej for tættere relationer og et bedre samarbejde med Morsø Kommune. Dette samarbejde er beskrevet i afsnit 5.3.

I forhold til overvejelser om det fremadrettede udviklingsarbejde foreslår en informant, at indsatserne i Nye Veje arbejder mere med forebyggelse.

5.6 Delkonklusion

Regionsklinikken i Øster Jølby udspringer af en overenskomstbaseret praksis (PLO-praksis), hvor der var sket en særlig høj grad af opgavedelegation til sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne er fortsat i regionsklinikken og har været afgørende i forhold til at skabe kontinuitet både i patientrelationerne og i forhold til at bevare en systematik i interne arbejdsgange navnlig i de første to år, hvor lægebemandingen har været præget af korte vikariater. Regionsklinikken interne organisering og drift er dermed i høj grad formet af sygeplejerskerne, som også har selvstændige konsultationer på flere områder og varetager al visitation og booking til lægekonsultationer. Denne driftsmodel opleves som velfungerende af både læger og sygeplejersker. Regionsklinikken er dermed ikke en organisation, der har skullet etableres fra bunden, men en klinik, hvor kendskabet til patienterne, samt store dele af de daglige arbejdsgange, er videreført fra den tidligere praksis via sygeplejerskerne.

Hvad angår klinikken eksterne samarbejde, fremhæves relationen til Morsø Kommune som et særdeles velfungerende samarbejde af både regionsklinikken ansatte og informanter fra Morsø Kommune. Det fremgår, at der er udviklet tættere samarbejdsrelationer i forbindelse med

Nye Veje, og at parterne på såvel strategisk som praktisk niveau søger konstruktive løsninger med fokus på at udnytte hinandens ressourcer og kompetencer optimalt til gavn for borgerne. Samarbejdet til hospitalerne i Thisted og Aalborg opleves som normalt velfungerende.

Selvom regionsklinikken på mange måder er en videreførelse af den tidligere PLO-praksis, har overgangen til regionsklinik også medført nogle signifikante forandringer, herunder: 1) at klinikken ikke er ydelsesfinansieret, 2) at lægebemandingen har været vikarbaseret, og at der ikke foregår en tæt lægefaglig supervision og sparring med sygeplejersker, 3) en række oplevede fordele og ulemper som følge af, at ejerskabet ligger hos regionen og 4) at klinikken indgår i Nye Veje. Disse forhold uddybes nedenfor.

Fravær af ydelsesfinansiering

Alle ansatte fremhæver fraværet af ydelsesfinansiering som en væsentlig forandring. Det er ifølge informanterne befordrende for en mere holistisk tilgang, hvor patienter i fremmøde modtager flere ydelser af læge og sygeplejerske under samme fremmøde, når dette giver mening, og hvor flere patienter afsluttes i telefonen, hvis det ikke skønnes nødvendigt med fremmødekonsultation. Samtidig peger sygeplejerskerne på, at der kan være patienter, hvor der er faglige grunde til at bevare fokus på én problemstilling pr. fremmødekonsultation. Det sidstnævnte resonerer med andre studier af honorarmodeller i almen praksis (1). Endelig fremgår det, at fraværet af ydelsesfinansiering er medvirkende til, at regionsklinikken i højere grad kan prioritere og udvikle samarbejdet med Morsø Kommune.

Supervision af personale og lægefagligt ansvar

Både læger og sygeplejersker har ønsket om et tættere samarbejde om de enkelte patienter, inklusive lægefaglig sparring og supervision. Sygeplejerskerne arbejder på delegation af den lægefagligt ansvarlige læge i klinikken og har således formel lægefaglig rygdækning for deres arbejde. Fraværet af lægefaglig supervision om de enkelte patienter giver dog sygeplejerskerne en oplevelse af at løfte et stort fagligt ansvar uden en (for dem) tydelig lægefaglig rygdækning. Det nævnes, at en række tidskrævende elementer har forstyrret hidtidige forsøg på at etablere en supervisionspraksis (herunder implementering af nyt lægesystem, Nye Veje-indsatser og akkreditering). Derudover peger en af lægerne på, at en vikarbaseret lægebemanding (som især har karakteriseret klinikken de første 2 år) generelt er et svært udgangspunkt for en tæt, lægefaglig supervision af personalet. Det fremgår endvidere, at fraværet af lægefaglig supervision har haft betydning for en af lægernes villighed til at forblive i rollen som lægefagligt ansvarlig. Det lægefaglige ansvar er derfor overtaget af en anden læge i 2020 men har været forankret lokalt i klinikken siden 2018. Tidligere har ansvaret været placeret centralt.

Fordele og ulemper ved at være ansat i en regionsklinik

Lægerne ser det som en fordel, at man ikke har personale- og økonomiansvar, da det muliggør et rent fokus på kerneopgaven (patienterne). De har desuden lettere ved at holde fri efter normal arbejdstid, når de ikke er ejere af klinikken. Derudover fremgår det, at regionsklinikker kan udnyttes på forskellig vis som et trin i et arbejdsliv, fx som forstadie til at etablere egen klinik eller til at afklare ønsker til fremtidigt arbejdsliv. Der nævnes også fordele, der gælder specifikt for regionsklinikken Øster Jølby, herunder muligheden for at arbejde hjemmefra via videokonsultationer, og muligheden for at indgå i tværsektorielt udviklingsarbejde. Mens fraværet af økonomi- og personaleansvar beskrives som attraktivt, fremgår det også, at klinikken ophæng i regionen giver en oplevelse af bureaukrati og mindre lokal selvbestemmelse, sammenlignet med en praksis med ejerlæge(r). Dette beskrives som en ulempe af hele personalegruppen.

Nye Veje-indsatserne

Læger og sygeplejersker peger på, at den ledende sygeplejersker har spillet en central rolle i at løfte udviklingsarbejdet i Nye Veje og skabe motivation og ejerskab hos personalet. Personalet har ligeledes oplevet flere indsatser som frugtbare og meningsfulde, herunder fremhæves videokonsultationer samt dele af indsatsområdet omkring nye fagligheder i praksis. Personalet udtrykker, at Nye Veje har fyldt meget i en tid, hvor klinikken stadig var i proces med at *"finde sig selv"* som regionsklinik, også selvom regionsklinikken blev oprettet 2 år før opstarten af Nye Veje. Det sidstnævnte skal måske ses i lyset af, at lægebemandingen i regionsklinikkens første 2 år udgjorde et ustabil element i form af kortvarige lægevikariater. Lægerne savner at være mere involveret i at prioritere og kvalificere det faglige indhold i indsatserne – dette på trods af, at der i programorganisationen har været fokus på inddragelse af regionsklinikken, og at en af lægerne har indgået i en projektgruppe for en af indsatserne. Endelig har der været en demotiverende oplevelse af, at gode igangværende projekter afbrydes og ikke får den fornødne tid til praktisk implementering, før nye indsatser skal påbegyndes.

6 Udviklingen i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet

Hvor de foregående kapitler har belyst Nye Veje fra leverandørsiden, tager dette kapitel udgangspunkt i en gruppe af borgere, som er tilknyttet regionsklinikken Øster Jølby og dermed i målgruppen for Nye Veje. Formålet er at se med kvantitative briller på udviklingen i borgernes kontakter til sundhedsvæsenet efter overgangen til en regionsklinik og derefter det tværsektorielle udviklingsarbejde i forbindelse med Nye Veje.

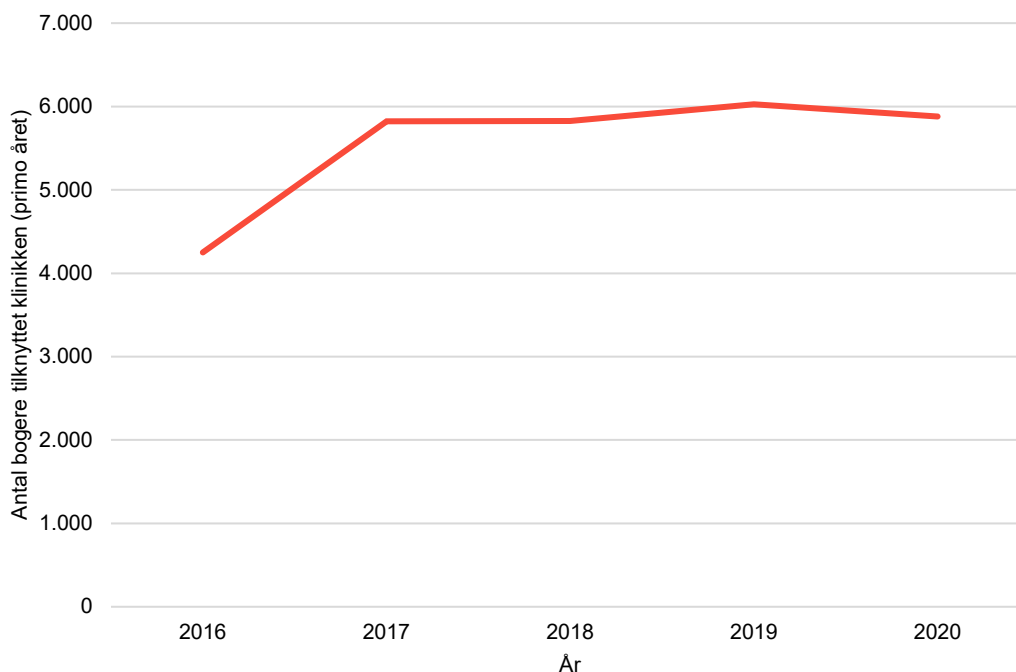
Indledningsvist beskrives udviklingen i og karakteristika af borgere tilmeldt regionsklinikken Øster Jølby. Herefter analyseres udviklingen i kontakter med fokus på regionsklinikken i Øster Jølby og dernæst med fokus på sygehussektoren og den øvrige praksissektor inklusive speciallægepraksis.

6.1 Udviklingen i antal borgere tilmeldt regionsklinikken Øster Jølby

Vi ser i dette afsnit på udviklingen i antallet af borgere, der er tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby.

I Figur 6.1 ses udviklingen i antallet af borgere tilknyttet regionsklinikken Øster Jølby. Det ses, at der ved regionsklinikens etablering er ca. 4.200 borgere tilknyttet klinikken. Dette stiger til omkring 6.000 tilknyttede i 2017. Dette niveau forbliver antallet af tilknyttede borgere på fra 2017-2020.

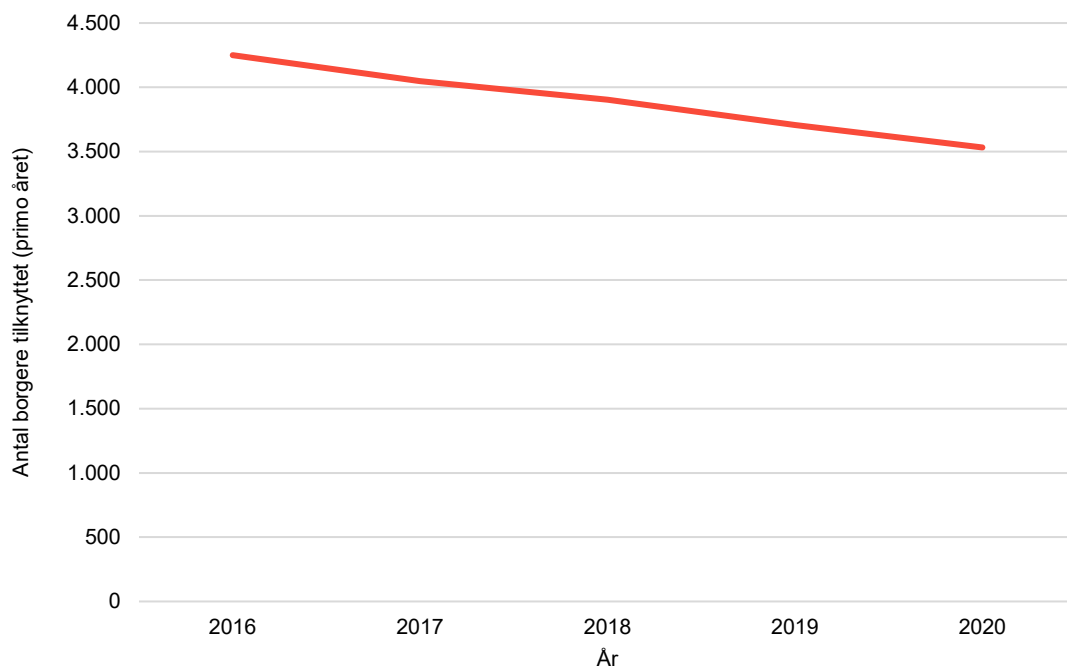
Figur 6.1 Udviklingen i antal borgere tilknyttet regionsklinikken Øster Jølby fra 2016-2020



Kilde: Egne beregninger baseret på udtræk fra Region Nordjylland

De efterfølgende analyser af udviklingen i sundhedsydelse over tid tager udgangspunkt i de borgere, der var tilknyttet klinikken ved overgangen til regionsklinik i 2016. Udviklingen i tilknytningen til regionsklinikken er vist i nedenstående Figur 6.2. Det ses, at der var ca. 4.200 borgere tilknyttet ved oprettelsen af regionsklinikken i 2016. Der sker naturligt en løbende fraflytning fra klinikken hvert år svarende til knap 200 borgere pr. år, hvoraf 30-45 af frafaldene årligt skyldes, at borgerne dør. De borgere, der forlader klinikken, har ikke specielle sociodemografiske karakteristika sammenlignet med de tilbageblivende borgere.

Figur 6.2 Frafald af borgere tilknyttet regionsklinikken ved opstart i 2016



Kilde: Egne beregninger baseret på udtræk fra Region Nordjylland

6.2 Beskrivelse af interventions- og kontrolgruppe

I dette afsnit beskrives interventionsgruppen, dvs. gruppen af borgere, der var tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby ved overgangen til regionsklinik, samt den matchede kontrolgruppe.

Tabel 6.1 Beskrivende statistik for interventionsgruppen (borgere tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby) og kontrolgruppen (en matchet kontrolgruppe fra Thisted og Jammerbugt Kommuner)

	Intervention		Kontrolgruppe	
	Gennemsnit	S.D.	Gennemsnit	S.D.
Alder	44	24	44	24
Kvindes andel	49		49	
Indkomst (for borgere imellem 18 og 65 år)	259.234	117.735	261.467	152.302
Alder	Antal	Procent	Antal	Procent
0-18-årige	850	20	4.354	21
18-65-årige	2.506	59	12.092	57
65+-årige	894	21	4.804	23
Uddannelse	Antal	Procent	Antal	Procent
Grundskole	1.518	36	7.741	36
Kort udd./erhvervsudd.	1.590	37	7.914	37
Kort videregående udd.	110	3	544	3
Mellemlang v. udd.	357	8	1.674	8
Lang v. udd. og ph.d.	84	2	429	2
Mangler	591	14	2.948	14
Civilstand (18+-årige)	Antal	Procent	Antal	Procent
Enkestand	265	8	1.328	8
Fraskilt	345	10	1.717	10
Gift	1.737	50	8.689	50
Ugift	1.124	32	5.491	32
Boforhold (18+-årige)	Antal	Procent	Antal	Procent
Andet	248	7	1.265	7
Samboende	2.290	67	11.246	65
Single	933	27	4.714	27
Etnicitet	Antal	Procent	Antal	Procent
Andre	4.056	95	20.203	95
Efterkommer	170	4	926	4
Indvandrere	24	1	121	1

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Note: S.D. angiver standardafvigelsen (fra Engelsk: Standart deviation)

Tabel 6.1 viser, at borgerne tilknyttet regionsklinikken i Øster Jølby i gennemsnit er 44 år gamle med en standart afvigelse på 24 år. 20 % af de tilmeldte borgere var under 18 år og 21 % 65 år eller over 1. januar 2016. Der er en nogenlunde ligelige fordeling mellem kønnene (49 % af de tilmeldte er kvinder).

Den gennemsnitlige indkomst for de 18-65-årige er på ca. 260.000 kr. før skat.

Langt størstedelen (73 %) af borgerne i interventionsgruppen har enten grundskole (36 %) eller en kort/erhvervsfaglig uddannelses (37 %) som højeste fuldførte uddannelse. 13 % af borgerne har en videregående uddannelse. De resterende 14 % har manglende uddannelsesoplysninger, hvilket hovedsageligt dækker over ældre borgere hvis uddannelse er taget før uddannelsesregisterets grundlæggelse, og børn og unge, der endnu ikke har færdiggjort en uddannelse.

Størstedelen af de 18+-årige borgere i interventionsgruppen er ugifte (32%), 50 % er gifte og 10 % er fraskilte. 8 % er enke eller enkemand.

Når man ser på boforhold for de 18+-årige borgere i interventionsgruppen er godt to ud af tre samboende, imens en fjerdedel er singler. De resterende 7 % har andre boformer så som plejehjem, kollegie, kollektiv mv.

Endelig ses det i Tabel 6.1, at størstedelen (95 %) er etnisk danske, 4 % er efterkommere, og 1 % er førstegenerations indvandrere.

Tabel 6.1 viser, at matchingen har virket. Kontrolgruppen har således for alle praktiske formål samme sociodemografiske sammensætning som interventionsgruppen for alle inkluderede kontrolvariable.

6.3 Analyse af udviklingen i kontakter over tid

I de følgende afsnit beskrives udviklingen i forbruget af sundhedsydelser for de borgere, der var tilknyttet klinikken i Øster Jølby inden 1. januar 2016, og som overgik til regionsklinikken herefter. Forbruget af sundhedsydelser er opgjort kvartalsvist og afrapporteres for årene 2015 til og med 2019, hvor det er muligt. Først ses på udviklingen i forbruget af almen praksis-ydelser pr. borger pr. kvartal. Dernæst ses på udviklingen i det resterende sundhedsvæsen pr. borger pr. kvartal (praksissektoren og sygehussektoren).

Udviklingen beskrives ved hjælp af grafer. Graferne har to vertikale streger hhv. 1. kvartal 2016 ved overgangen til regionsklinik og 1. kvartal 2018 omkring etableringen af samarbejdet Nye Veje.

Generelt ses det, at kurverne for den matchede kontrolgruppe er mere jævne end for interventionsgruppen. Dette skyldes, at der for hver borger tilknyttet regionsklinikken er matchet med fem borgere fra PLO-klinikker.

Analyserne er ligeledes gennemført for en subgruppe af 65+-årige borgere. Dette er gjort, da denne gruppe generelt har flere kontakter til sundhedsvæsenet, har flere lidelser generelt og har flere kroniske lidelser specifikt. Dette betyder samlet set, at eventuelle effekter af etableringen af regionsklinikken vil kunne være forstærket for denne gruppe. Vi observerer imidlertid ingen forskelle i resultaterne for hele populationen og de 65+-årige, hvorfor kun resultaterne for den samlede population afrapporteres i dette kapitel.

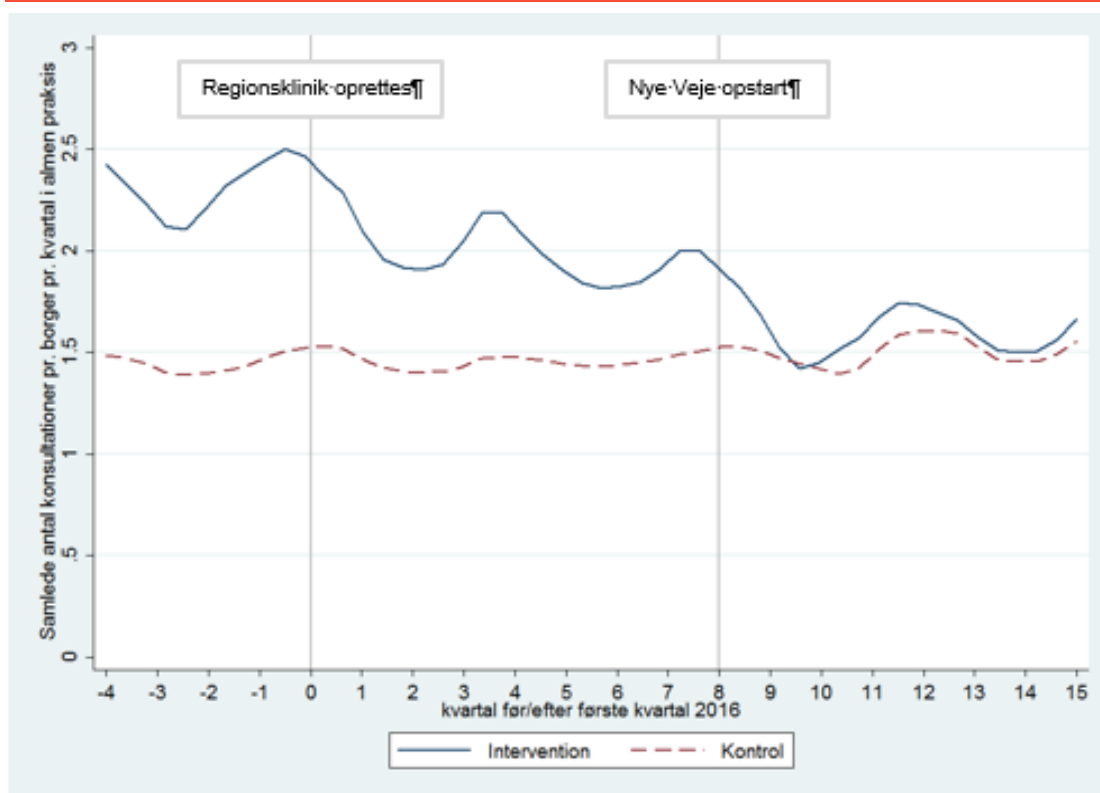
6.4 Kontakter i almen praksis

I dette afsnit ser vi på udviklingen i antallet af kontakter pr. borger pr. kvartal i regionsklinikken/almen praksis. Vi ser på antallet af fremmødekonsultationer, telefonkonsultationer og e-konsultationer, da den ændrede incitamentsstruktur forventeligt vil påvirke kontaktmønsteret mest. Dette tilsiger både økonomisk teori, men det er også den oplevelse, som personalet har i regionsklinikken. Som beskrevet tidligere i kapitel 5 har afskaffelsen af honorarbetalingen medført, at personalet forsøger at samle ydelser i det samme besøg, således at flere sundhedsudfordringer kan adresseres simultant. Det er derfor forventningen, at vi vil se et fald i antallet af kontakter pr. patient.

Nedenstående Figur 6.3 viser udviklingen i det samlede antal konsultationer (fremmødekonsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og specifik forebyggende indsats) pr. borger pr. kvartal. Det ses, at pretrenden i de fire kvartaler før etableringen af regionsklinikken er tilnærmelsesvist identisk med større sæsonudsving i regionsklinikken. Der ses efter etableringen et fald i det samlede antal konsultationer pr. borger pr. kvartal i årene 2016 og 2017 og antallet af konsultationer stabiliseres i slutningen af 2018 og i 2019, hvor antallet af konsultationer for borgere tilknyttet regionsklinikken og den matchede kontrolgruppe ligger på samme niveau.

Faldet i det samlede antal konsultationer er statistisk signifikant med på 0,515 konsultationer pr. kvartal (p-værdi < 0,000).

Figur 6.3 Udviklingen i det samlede antal konsultationer pr. borger pr. kvartal i almen praksis fra 2015-2019



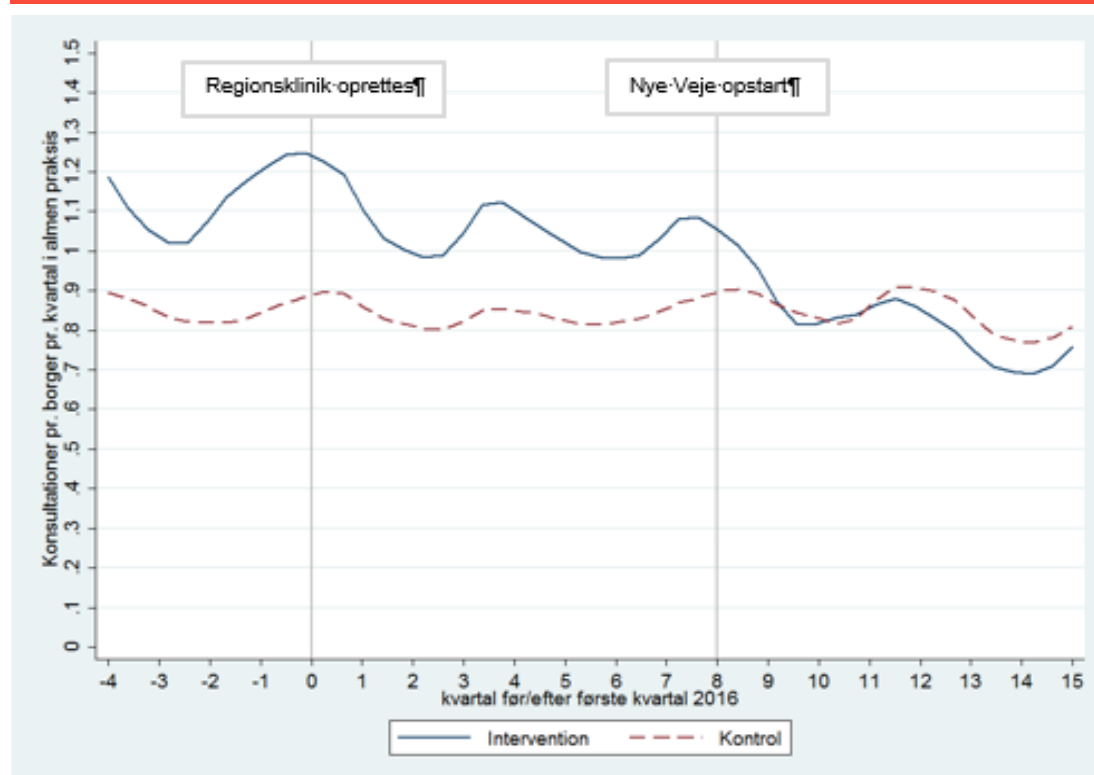
Anm.: Opgørelsen indeholder konsultationer leveret til borgere, hvor lægen afregnes med kronikerhonoraret i 2018 og 2019

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Figur 6.4 viser udviklingen i antallet af fremmødekonsultationer (ydelse 0101) pr. borger pr. kvartal fra 1. kvartal 2015 til 4. kvartal 2019. Det ses, at den forudgående trend i de fire kvartaler op til 1. kvartal 2016 er tilnærmelsesvis identisk. Niveauerne for borgere i interventionsgruppen ligger højere med ca. 1-1,2 konsultationer pr. borger pr. kvartal, mens kontrolgruppen har 0,8-0,9 konsultationer pr. borger pr. kvartal. Der ses et vist sæsonudsving, således at der er flere konsultationer i første og fjerde kvartal, dvs. i efterårs- og vintermånederne.

For interventionsgruppen ses der gradvist et fald i antallet af konsultationer over opfølgingsperioden, tydeligst manifesteret i 2018 og 2019, mens kontrolgruppen forbliver på det samme niveau. Det observerede fald er statistisk signifikant ($p=0,000$) og svarer til et gennemsnitligt fald på 0,159 konsultationer pr. borger pr. kvartal i forhold til kontrolgruppen, jf. Figur 6.4.

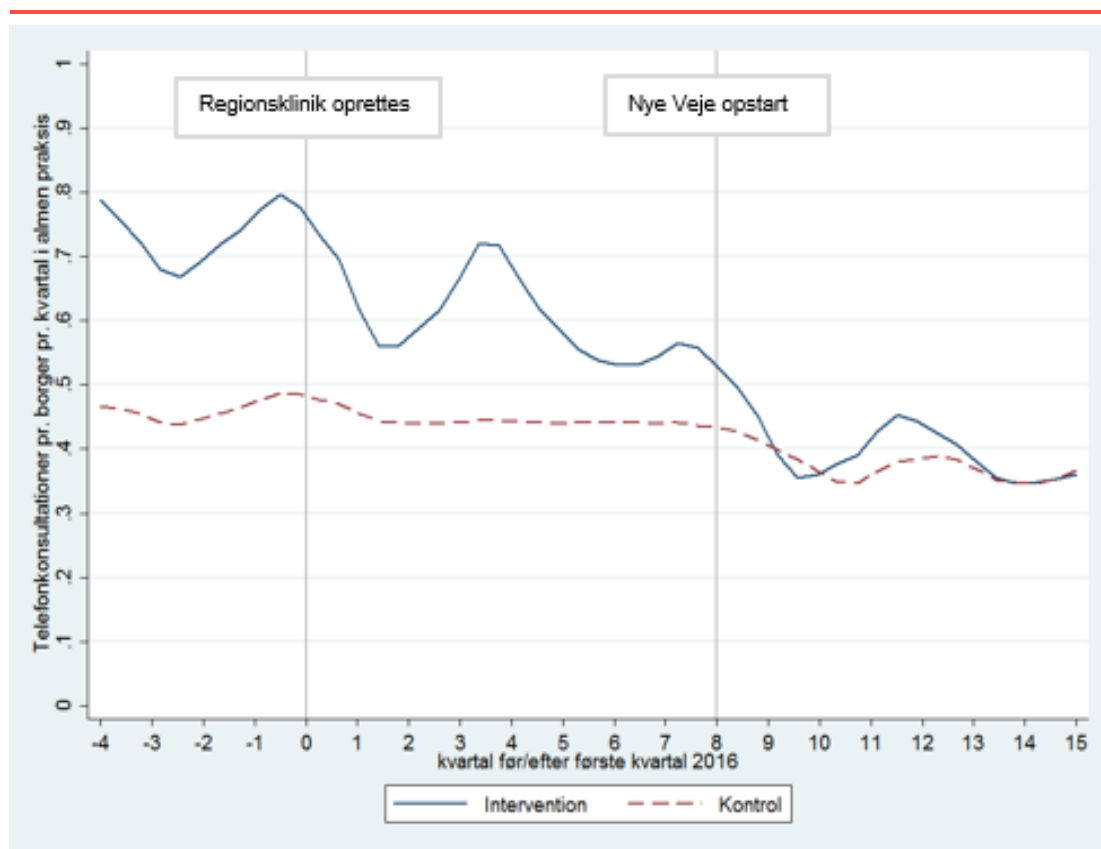
Figur 6.4 Udviklingen i antal fremmødekonsultationer pr. borger pr. kvartal i almen praksis (ydelse 0101) fra 2015-2019



Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Figur 6.5 viser udviklingen i antallet af telefonkonsultationer (ydelse 0201) pr. borger. pr. kvartal. Det ses af figuren, at den forudgående trend er tilnærmelsesvist identisk, dog med større udsving i interventionsgruppen, hvilket kan tilskrives det lavere antal personer end i kontrolgruppen. I 2015 ligger niveauet for borgere i interventionsgruppen højere end kontrolgruppen (0,7-0,8 mod 0,4-0,5 kontakter pr. borger pr. kvartal). I 2016-2019 sker der et gradvist fald i antallet af telefonkonsultationer pr. patient, hvorved både interventionsgruppen og kontrolgruppen ligger på ca. 0,4 telefonkonsultationer pr. borger pr. kvartal i slutningen af 2018 og hele 2019. Det observerede fald hos interventionsgruppen er statistisk signifikant med et gennemsnitligt fald på 0,17 pr. borger pr. kvartal i forhold til kontrolgruppen. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at interventionsgruppen havde et højere gennemsnit i 2015 end kontrolgruppen.

Figur 6.5 Udviklingen i antal telefonkonsultationer pr. borger pr. kvartal i almen praksis (ydelse 0201) fra 2015-2019

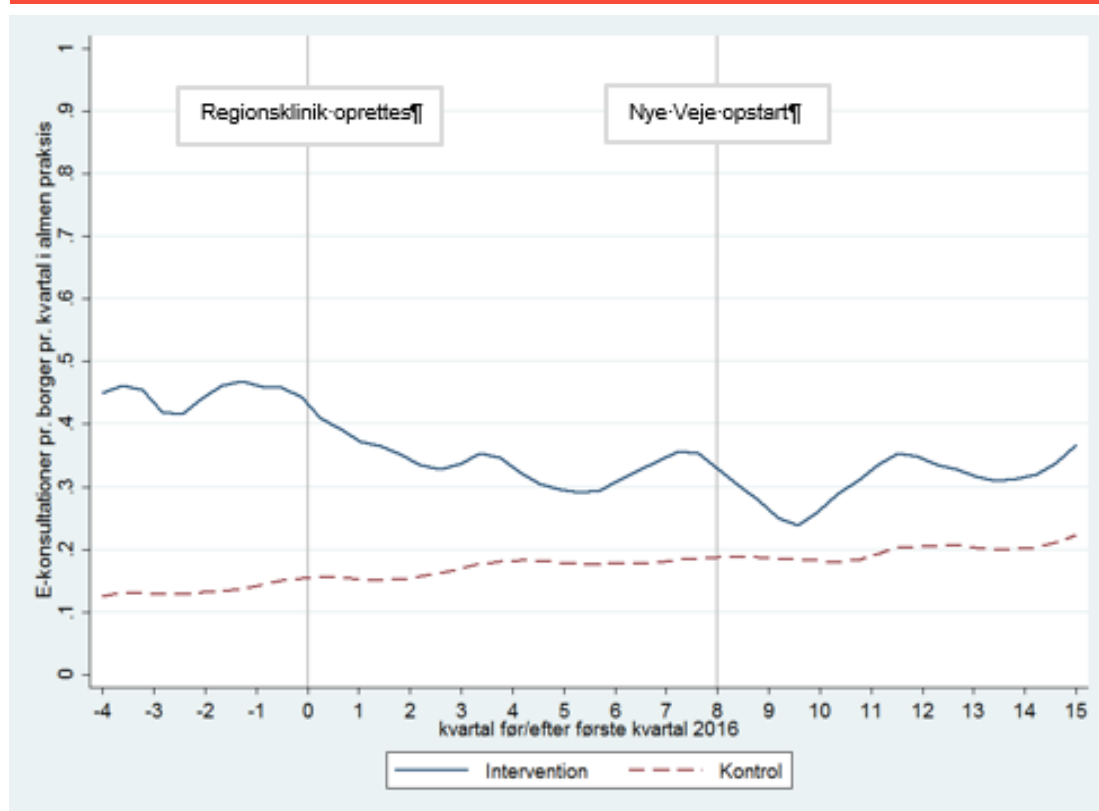


Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Figur 6.6 viser udviklingen i antallet af e-konsultationer pr. borger pr. kvartal i kontrol- og interventionsgruppen for perioden 2015-2019. Udviklingen følges ad i perioden første til fjerde kvartal 2015, dog med et højere gennemsnit og større udsving i interventionsgruppen end kontrolgruppen. For kontrolgruppen synes der at være en trend med et stigende antal e-konsultationer pr. borger pr. kvartal fra 2015 og frem.

For interventionsgruppen ses et fald i midten af 2016 og hele 2017, hvor antallet af e-konsultationer går fra godt fire konsultationer pr. borger pr. kvartal til godt tre konsultationer pr. borger pr. kvartal. Sammenlignet med kontrolgruppen har interventionsgruppen et statistisk signifikant fald i antallet af e-konsultationer på 0,18 pr. borger pr. kvartal sammenlignet med kontrolgruppen.

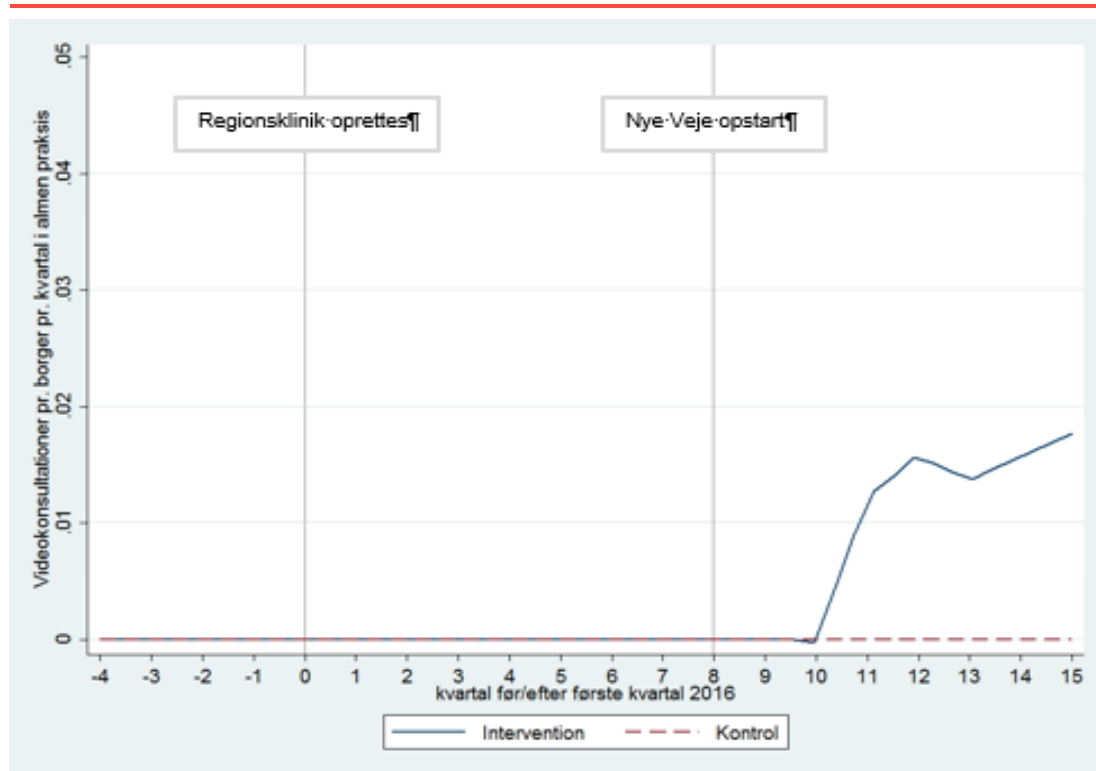
Figur 6.6 Udviklingen i antal e-konsultationer pr. borger pr. kvartal i almen praksis (ydelse 0105) fra 2015-2019



Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Regionsklinikken i Øster Jølby har som noget særligt i løbet af 2018 indført muligheden for at benytte videokonsultation. De observerede fald i antallet af fremmøde- og telefonkonsultationer pr. borger pr. kvartal i regionsklinikken kunne skyldes en stigning i antallet af videokonsultationer. Figur 6.7 viser udviklingen i antallet af videokonsultationer pr. patient pr. kvartal i regionsklinikken. Det ses, at der er en stigning fra midten af 2018 frem til og med 2019. Der er dog relativt få registrerede videokonsultationer: ca. 0,02 pr. borger pr. kvartal. Samlet set svarer dette til hhv. 92 og 509 videokonsultationer i 2018 og 2019.

Figur 6.7 Udviklingen i antal videokonsultationer i almen praksis (ydelse 4439) pr. borger pr. kvartal fra 2015-2019



Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Tabel 6.2 viser difference in difference estimaterne for konsultationer, telefonkonsultationer og e-konsultationer pr. borger pr. kvartal. For alle tre konsultationsformer er der et statistisk signifikant fald i antallet af konsultationer pr. borger pr. kvartal hos interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen.

Tabel 6.2 Resultater for difference in difference analysen – kontakter pr. borger pr. kvartal i almen praksis

	Totale antal konsultationer	Konsultationer (0101)	Telefonkonsultationer (0201)	e-konsultationer (0105)
Diff-in-Diff estimator	-0,515*** (0,000)	-0.159*** (0.000)	-0.170*** (0.000)	-0.182*** (0.000)
Observationer (borgere x kvartaler)	502.167	502.167	502.167	502.167
R ²	0,001	0.002	0.004	0.005

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Note: Statistisk signifikans markeres ved: * p<0,05, ** p<0,01 og *** p<0,001

6.5 Kontakter i den resterende praksissektor og sygehussektoren

Dette afsnit ser på udviklingen i kontakter i det omkringliggende sundhedsvæsen i form af den resterende praksissektor og sygehussektoren. I praksissektoren fokuserer vi på vagtlæge, fysioterapi og ydelser leveret af privatpraktiserende speciallæger, hvor der kræves, at patienten har henvisning⁶. Disse to ydelsestyper er eksempler på dele af praksissektoren, hvor man forventeligt ville se en stigning i aktiviteten, hvis klinikken i Øster Jølby underservicerede deres borgere eller valgte at viderehenvise flere borgere givet den nye incitamentsstruktur, der følger ved overgangen til regionsklinik og derved overgang til ikke at blive aktivitetshonoreret.

Kontakter til vagtlæge

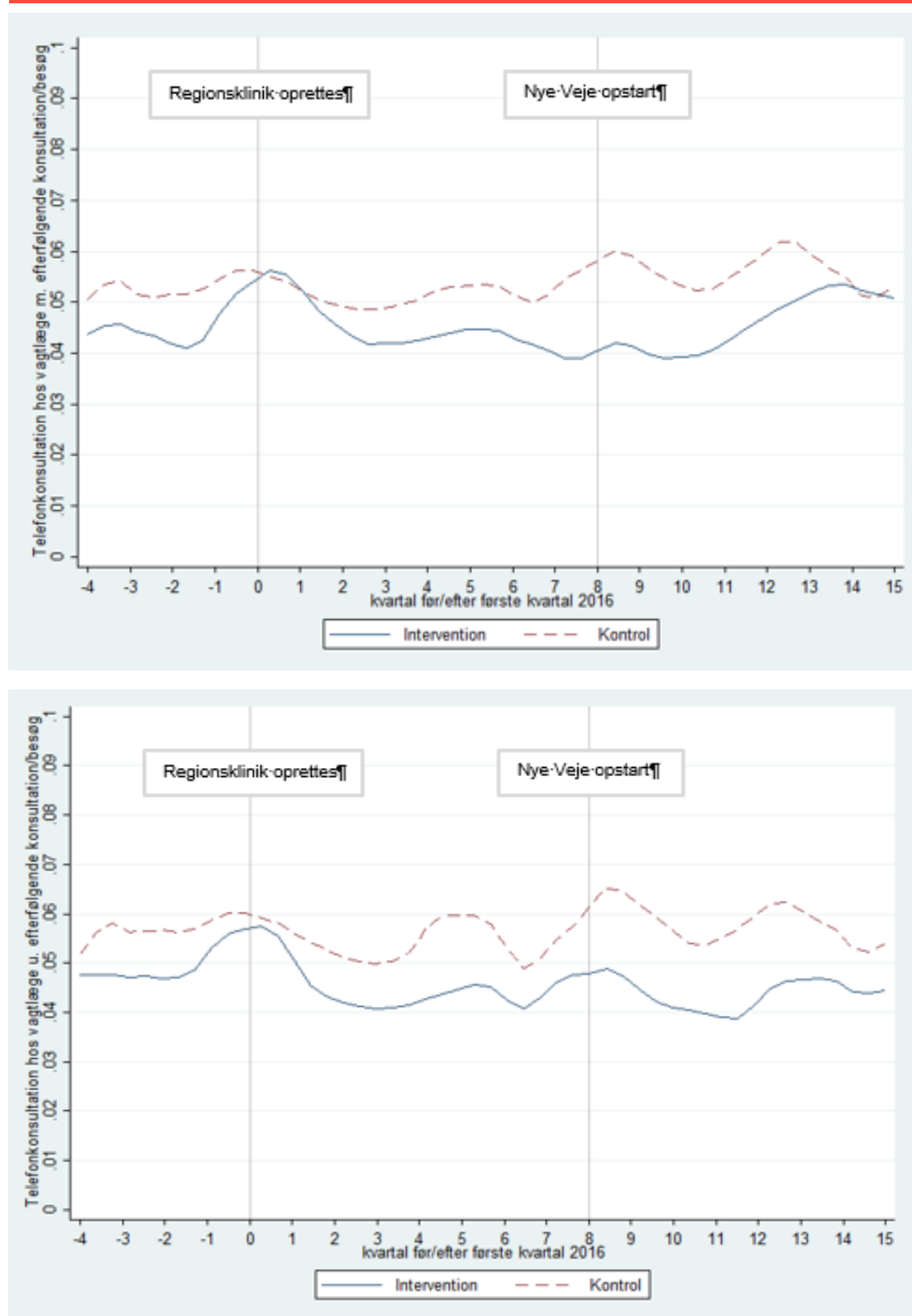
I nedenstående Figur 6.8 ses udviklingen i antallet af telefonkonsultationer til vagtlæge, der har ledt til en efterfølgende konsultation eller besøg, og antallet af telefonkonsultationer til vagtlæge, der ikke har ledt til efterfølgende konsultation eller besøg.

Det ses af figurerne nedenfor, at antallet af telefonkonsultationer hos vagtlægen har ligget på cirka det samme niveau igennem hele perioden med betragtelige sæsonudsving for både borgere tilknyttet regionsklinikken og den matchede kontrolgruppe.

Når en eventuel forskel analyseres i en difference in difference analyse identificeres ingen signifikant forskel imellem de to gruppe ($p = 0,115$ for konsultationer med efterfølgende fremmødekonsultation/besøg og $p = 0,883$ for konsultationer uden efterfølgende fremmødekonsultation/besøg).

⁶ Vi analyserer her på de mest udbredte praksisspecialer: Dermato-Venerologi, Reumatologi, Gynækologi/obstetrik, Intern Medicin, Kirurgi, Ortopædisk Kirurgi og Pædiatri. Vi har valgt ikke at inkludere psykologer og psykiatere.

Figur 6.8 Udviklingen i antal telefonkonsultationer til vagtlæge med hhv. uden efterfølgende konsultation/besøg (ydelseskode 0501 hhv. 0602) pr. borger pr. kvartal fra 2015-2019

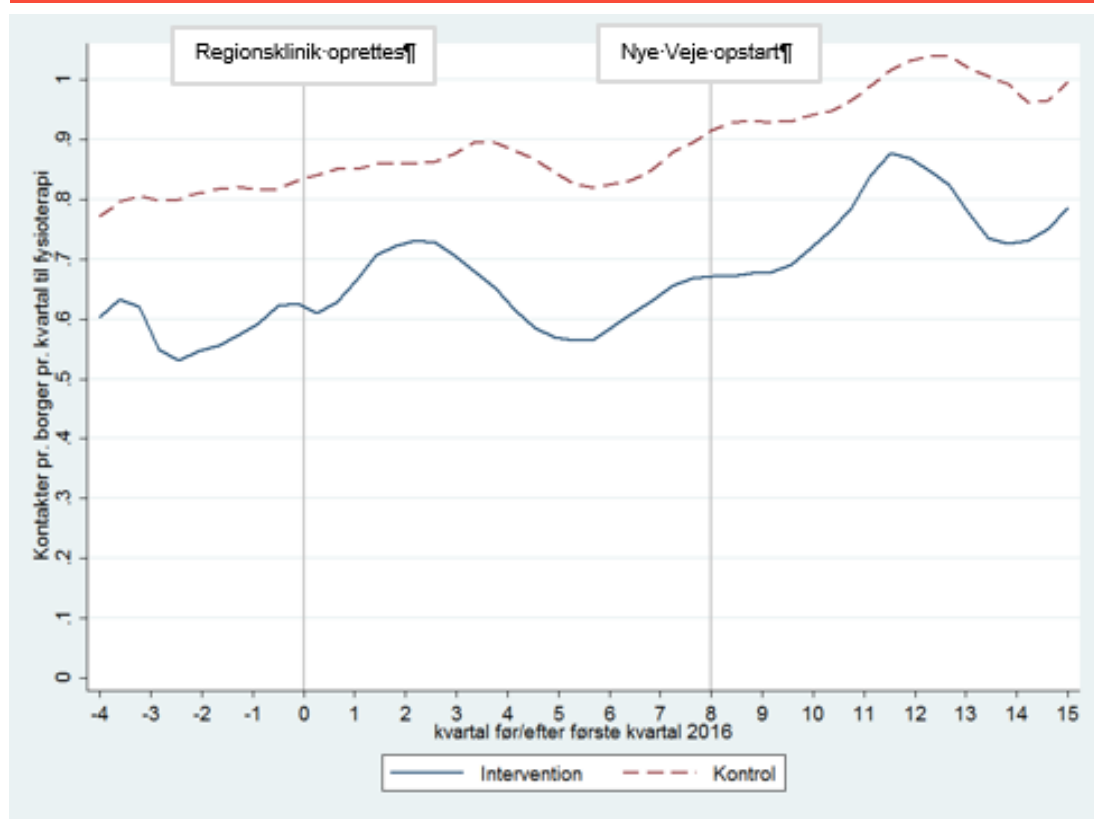


Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Kontakter i praksissektoren

Figur 6.9 viser udviklingen i antallet af praktiserende fysioterapeutkontakter (under dækning af sygesikringen) pr. borger pr. kvartal for henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Det ses, at der i 2015 er en svagt stigende trend for kontrolgruppen, som genfindes hos interventionsgruppen, dog med betragtelige udsving. Fra 2016 og frem ses en generel stigende tendens med større synkronede udsving i begge grupper. Der er ikke statistisk forskel i udviklingen mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. tabel 6.3.

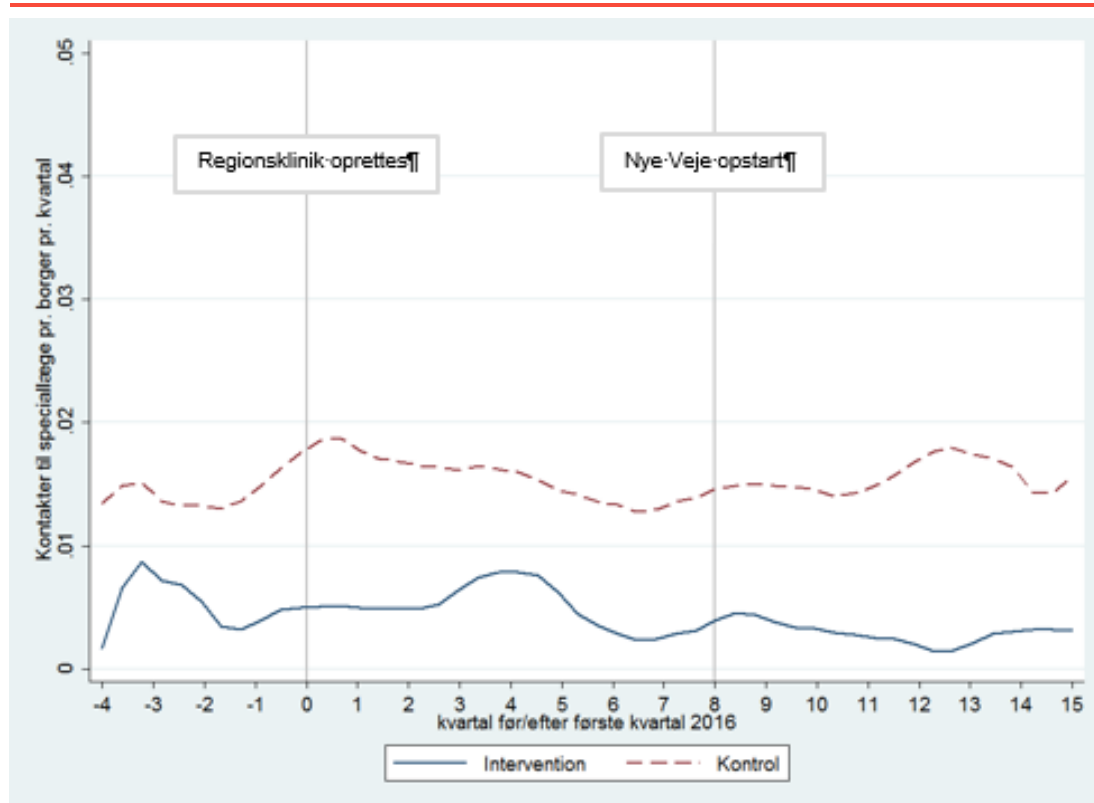
Figur 6.9 Udviklingen i antal fysioterapeutkontakter (specialekode 51 og 62) pr. borger pr. fra 2015-2019



Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Figur 6.10 viser udviklingen i antallet af kontakter pr. borger pr. kvartal hos privatpraktiserende læger, hvortil der kræves forudgående henvisning, dvs. hudlæger, reumatologer, gynækologer mv. Antallet af privatpraktiserende speciallægekontakter pr. borger pr. kvartal ser relativt konstant ud for begge grupper i hele perioden fra 2015-2019, og der er heller ikke en statistisk signifikant forskel i udviklingen imellem interventions- og kontrolgruppen, jf. tabel 6.3.

Figur 6.10 Udviklingen i antal privatpraktiserende speciallægekontakter¹ pr. borger pr. kvartal fra 2015-2019



Note: ¹Kun inkluderet praktiserende speciallæger, som der kræves henvisning til, dvs.: Dermato-Venerologi, Reumatologi, Gynækologi/obstetrik, Intern Medicin, Kirurgi, Ortopædisk Kirurgi og Pædiatri.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Tabel 6.3 viser difference in difference estimaterne for antallet af kontakter pr. borger pr. kvartal hos fysioterapeut og privatpraktiserende speciallæge samlet.

Der ses ingen signifikant forskel imellem interventions- og kontrolgruppen for de to indikatorer.

Table 6.3 Resultater for difference in difference analysen – kontakter pr. borger pr. kvartal i praksissektoren

	Telefonkonsultationer lægevagt med efterfølgende konsultation/besøg	Telefonkonsultationer lægevagt uden efterfølgende konsultation/besøg	Ydelser hos fysioterapeut	Ydelser hos privatpraktiserende speciallæge
Diff-in-Diff estimator	-0,004	0,000	-0.0235 (0.558)	-0.00211 (0.328)
Observationer (borger x kvartaler)	502.167	502.167	502.167	502.167
R ²	0,115	0,883	0.001	0.000

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Kontakter i sygehussektoren

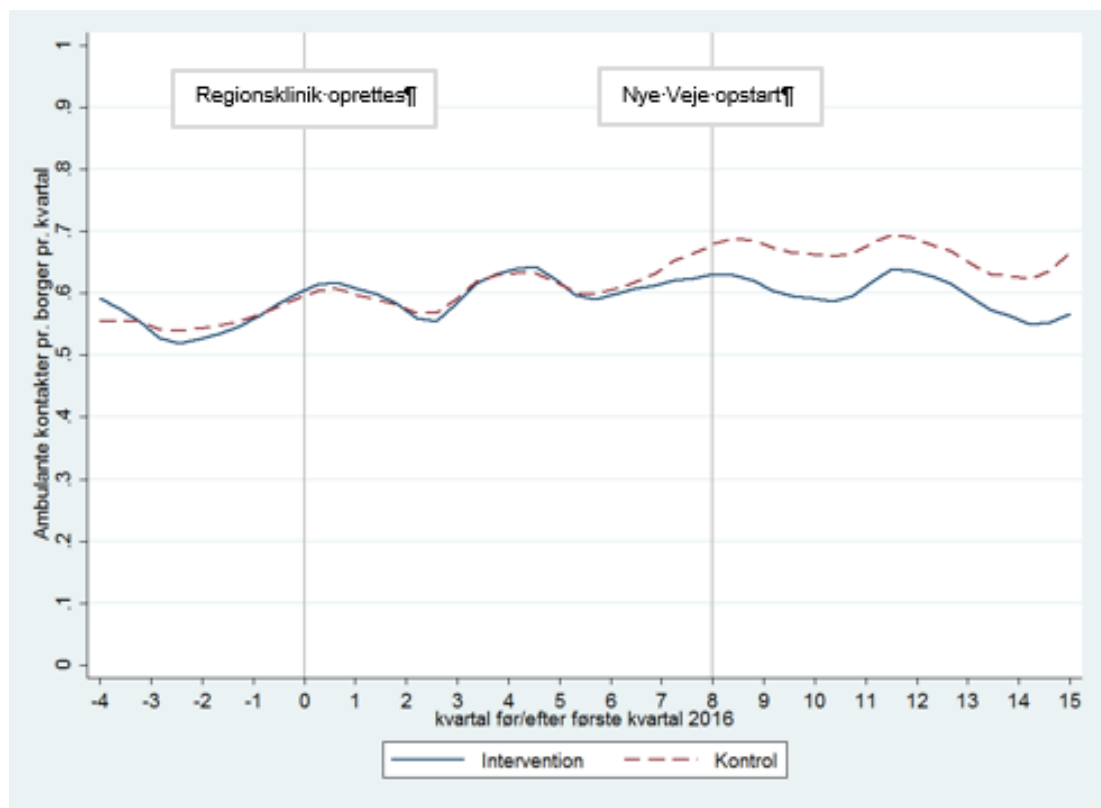
I dette afsnit ser vi på udviklingen i antallet af ambulante kontakter pr. borger pr. kvartal og indlæggelser pr. patient pr. kvartal på sygehus. Vi analyserer endvidere antallet af skadestuekontakter pr. borger pr. kvartal og ser på antallet af genindlæggelser for årene 2015-2018 pr. borger pr. kvartal.

I nedenstående Figur 6.11 ses udviklingen i antallet af ambulante kontakter pr. borger pr. kvartal i årene 2015-2019.

Det ses, at interventionsgruppen og kontrolgruppen ligger på samme niveau og følger den samme trend i 2015 – før etableringen af praksisklinikken. Det ses, at antallet af ambulante kontakter pr. borger pr. kvartal ligger på samme niveau indtil syv-otte kvartaler efter oprettelsen af regionsklinikken (slutningen af 2017), hvorefter kontrolgruppen ligger på et højere niveau for antal ambulante kontakter end interventionsgruppen.

Det ses af tabel 6.4, at den observerede forskel i figuren ikke resulterer i en statistisk signifikant forskel imellem interventions- og kontrolgruppen. Ekskluderes 2016 og 2017 fra analysen, således at 2015 sammenlignes med 2018 og 2019, ses et signifikant fald ($p=0,043$).

Figur 6.11 Udviklingen i antal ambulante kontakter på sygehus pr. borger pr. kvartal fra 2015-2019

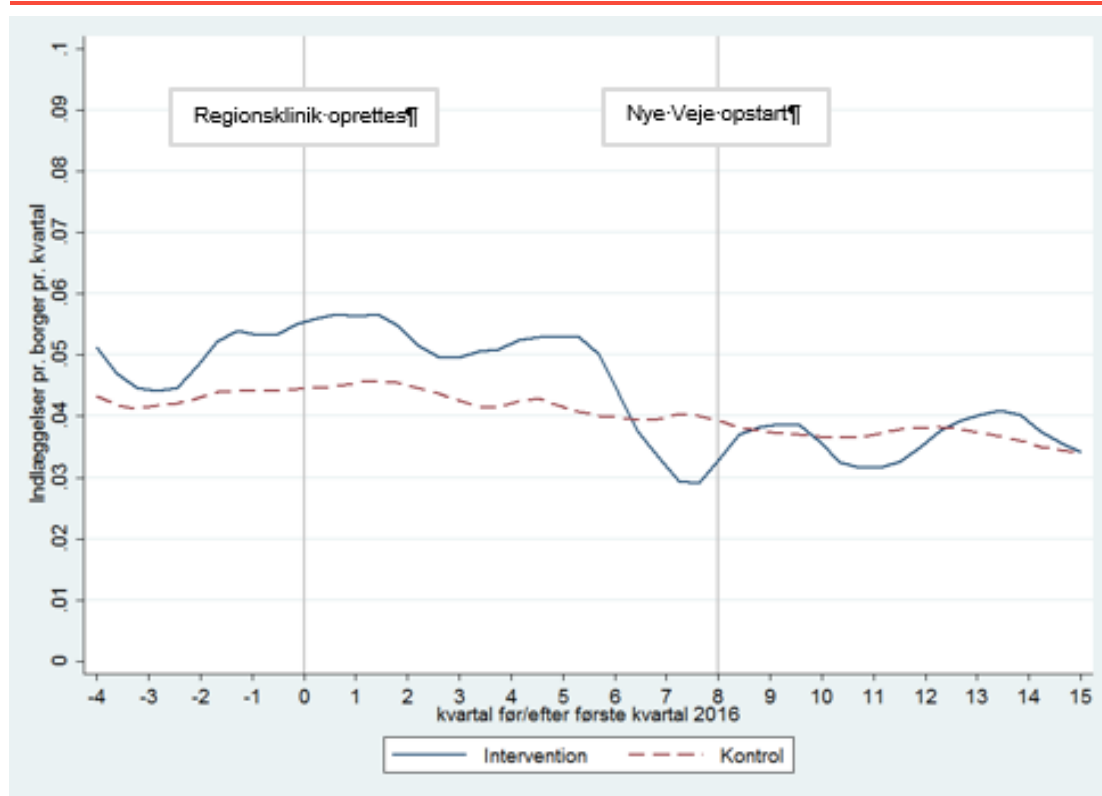


Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

I nedenstående Figur 6.12 ses udviklingen i antallet af indlæggelser pr. borger pr. kvartal i interventions- og kontrolgruppen. Det ses, at interventionsgruppen i 2015 ligger på et lidt højere niveau end kontrolgruppen med et udsving nedad i andet kvartal. Der kan ikke ses forskelle i trenden før overgangen til regionsklinik. Efter etableringen af regionsklinikken i 2016 ses der et fald i antallet af indlæggelser pr. borger pr. kvartal i andet halvår 2017, som fastholdes, således at interventionsgruppen ligger på niveau med kontrolgruppen fra 2018 og frem.

Af Tabel 6.4 ses det, at det identificerede fald ikke samlet set resulterer i et signifikant fald over hele perioden fra 2016-2019. Sammenlignes 2015 udelukkende med 2018-2019, er det observerede fald statistisk signifikant ($p=0,035$).

Figur 6.12 Udviklingen i antal indlæggelser på sygehus pr. borger pr. kvartal fra 2015-2019

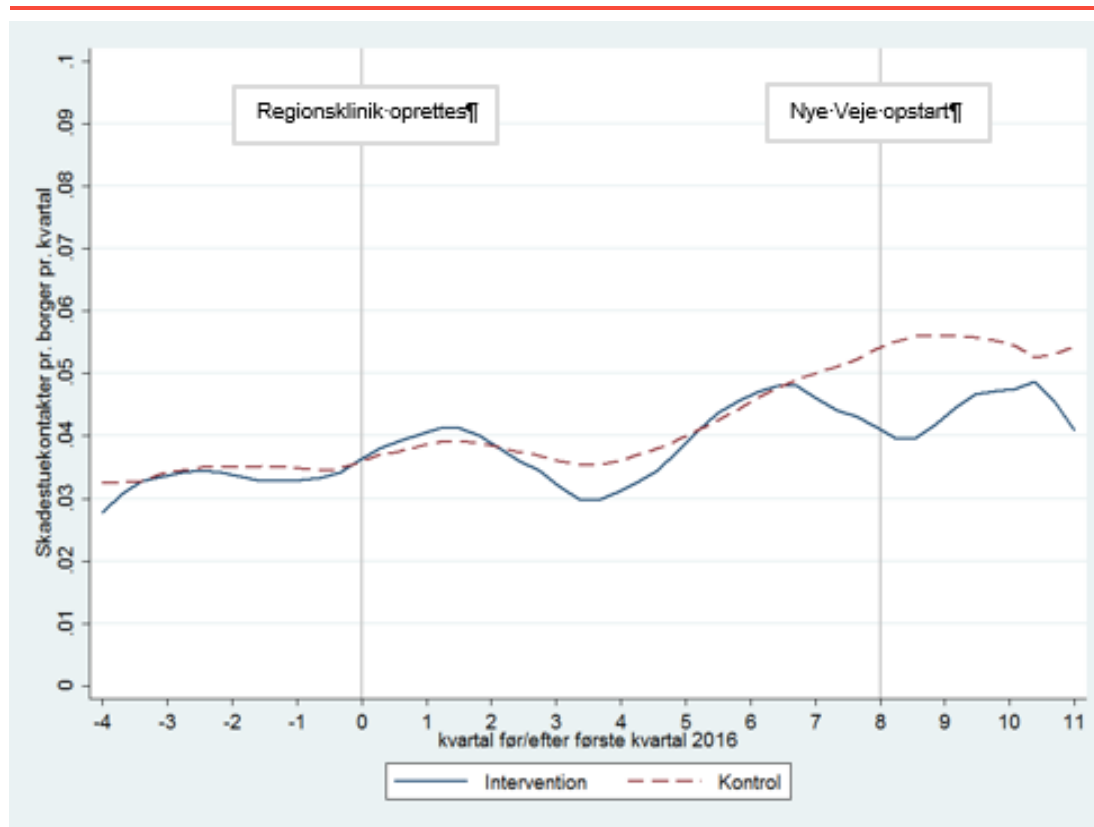


Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

I Figur 6.13 ses udviklingen i antallet af skadestuekontakter pr. borger pr. kvartal fra 2015 til 2018. Det ses, at interventions- og kontrolgruppen ligger på samme niveau og trend før etableringen af regionsklinikken i 2016. I 2016 og det meste af 2017 følges kurverne. I slutningen af 2017 og i 2018 ser det ud til, at interventionsgruppen ligger lavere.

Af Tabel 6.4 ses, at den observerede udvikling for interventionsgruppen fra slutningen af 2017 og frem ikke er statistisk signifikant forskellig fra kontrolgruppens. Sammenholdes udviklingen i 2015 udelukkende med udviklingen i 2018 er der en statistisk signifikant forskel på interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen ($p=0,002$).

Figur 6.13 Udviklingen i antal kontakter på skadestue pr. borger pr. kvartal fra 2015-2018

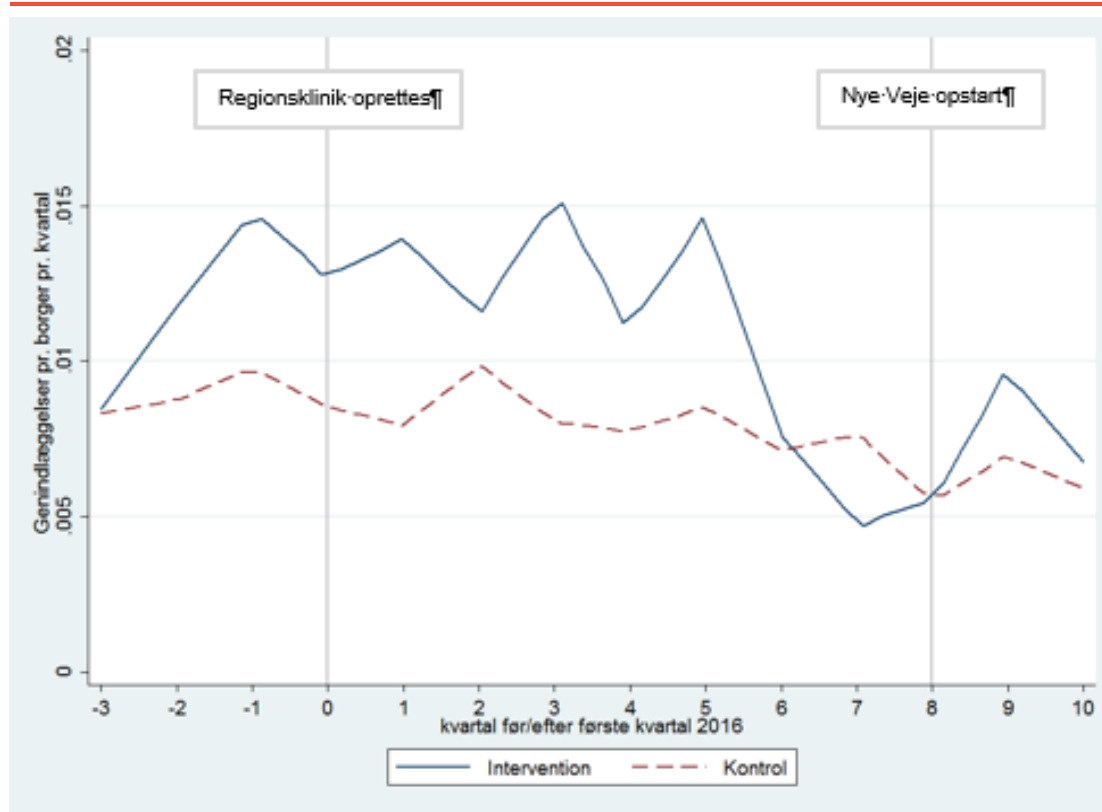


Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Figur 6.14 nedenfor viser udviklingen i antallet af genindlæggelser på sygehus pr. borger pr. kvartal. Det ses af figuren, at der i løbet af 2015 er en stigning i antallet af genindlæggelser pr. borger pr. kvartal i interventionsgruppen. Der er generelt stor variation i interventionsgruppen i antallet af genindlæggelser over perioden. Der ses et fald i slutningen af 2017 med en efterfølgende stigning, til et lavere niveau end i 2016 i 2018. Der ses en mindre variation i antallet af genindlæggelser pr. borger pr. kvartal i kontrolgruppen, og der ses generelt et mindre fald fra 2015-2018.

Samlet set resulterer udviklingen i antallet af genindlæggelser pr. borger pr. kvartal ikke i en statistisk signifikant forskel. Dette heller ikke ved at sammenligne de tre sidste kvartaler 2015 med de tre første kvartaler i 2018.

Figur 6.14 Udviklingen i antal genindlæggelser på sygehus pr. borger pr. kvartal fra 2. kvartal 2015-3. kvartal 2018



Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

Nedenstående tabel 6.4 samler difference in difference estimaterne for analyserne af udviklingen i sygehusaktivitet pr. borger pr. kvartal.

Der ses ingen statistisk signifikante forskelle imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen for de fire valgte indikatorer.

Tabel 6.4 Resultater for difference in difference analysen – Sygehuskontakter pr. borger pr. kvartal

	Ambulante kontakter	Indlæggelser	Skadestue- kontakter	Genindlæggel- ser
Diff-in-Diff estimator	-0,0166	-0,00115	-0,00296	0,0027
	(0,442)	(0,692)	(0,170)	(0,127)
Observationer (borgere x kvartaler)	502.167	502.167	403.159	352.907
R ²	0,002	0,000	0,002	0,000

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret af Region Nordjylland og Danmarks Statistik

6.6 Delkonklusion

Formålet med den kvantitative analyse har været at kigge på, om antallet af kontakter til sundhedsvæsenet pr. borger har ændret sig hos borgere tilknyttet regionsklinikken i forbindelse med etableringen af regionsklinikken og det tværgående samarbejde i forbindelse med Nye veje. Dette er konkret gjort ved at sammenligne udviklingen i antal kontakter til sundhedsvæsenet for de borgere, der var tilknyttet klinikken i Øster Jølby inden 1. januar 2016, og som overgik til regionsklinikken herefter med en matchet kontrolgruppe. Analysen har specifikt haft fokus på forbruget af almen praksisydelser og ydelser i det omkringliggende sundhedsvæsen. Ydelser i det omkringliggende sundhedsvæsen indbefatter i denne sammenhæng sygesikringsdækkede ydelser i private fysioterapipraksisser, ydelser leveret af privatpraktiserende speciallæger, hvor der kræves, at patienten har henvisning, ambulante sygehuskontakter og indlæggelser.

Analysen af udviklingen i forbruget af almenpraksisydelser viser, at der generelt er sket et fald i antallet af fremmøde-, telefon- og e-konsultationer *pr.* borger i regionsklinikken sammenlignet med udviklingen i den matchede kontrolgruppe. Særligt ses et fald efter 2018. De observerede fald i antallet af konsultationer i regionsklinikken kan, når man sammenholder det med informanternes oplevelser i den kvalitative analyse, umiddelbart skyldes to forhold. For det første indikeres der fra klinikens side, at borgernes kontakter i klinken så vidt muligt forsøges samlet, så flere problemstillinger håndteres i samme konsultation – og om muligt afsluttes patienterne i telefonen. Dette vil for mange praktiske forhold være til gavn for borgeren og dagligdagen i klinikken. Det andet forhold er, at der ses et kraftigt fald i antallet af kontakter *pr.* patient i klinikken i 2018 og frem, hvilket er sammenfaldende med, at regionsklinikken fik nyt lægesystem. Et skifte, som af personale og læger vurderes at have haft betragtelige negative konsekvenser på effektiviteten i praksis – særligt i det første halve år efter indførelsen af systemet, men påvirker stadig klinikens produktivitet. En sådan sammenhæng vil overvejende være udtryk for et produktionsmæssigt dyk. Det er ikke muligt – ud fra de kvantitative analyser – at adskille de to mulige forklaringer på den observerede effekt, og effekten er sandsynligvis en kombination af de to, idet der ses et fald før 2016 og et fald efter dykket i 2018.

I forhold til det observerede fald i antallet af kontakter hos interventionsgruppen skal det yderligere bemærkes, at faldet for fremmøde og telefonkonsultationernes vedkommende sker fra et højere niveau end kontrolgruppens, men ender på niveau eller lidt under kontrolgruppens. Matchingen sikrer, at interventions- og kontrolgruppen er ens i forhold til de inkluderede socio-demografiske variable. Endvidere sikrer sampling af kontrolgruppen, at borgerne er valgt blandt borgere, som refererer til samme optagesygehus, som patienterne tilknyttet klinikken i Øster Jølby. Matchingen tager imidlertid ikke højde for praksis karakteristika, og den observerede forskel i kontakter i 2015 mellem interventions- og kontrolgruppen kan derfor bedst tænkes at

være udtryk for, at klinikken i Øster Jølby (da den var en PLO-praksis) adskilte sig i forhold til de klinikker, som kontrolgruppen er tilknyttet. En forskel, som bl.a. kan skyldes forskellige rammebetingelser (fx afstand til sygehus, speciallæger mv.) eller lægepraksisvariation. Rammebetingelserne for regionsklinikken er med undtagelse af den ændrede honorarstruktur ikke ændret i observationsperioden. Den observerede ændring i antallet af kontakter i regionsklinikken kan således, som nævnt ovenfor, tilskrives ændringer i arbejdets organisering i praksis som følge af den ændrede honorarstruktur og/eller indførelsen af et nyt lægesystem.

Når vi analyserer det omkringliggende sundhedsvæsen, ser vi ingen forskel i forhold til kontakter hos fysioterapeut eller privatpraktiserende speciallæge mellem interventions- og kontrolgruppen. Ligeledes ser vi ingen signifikante forskelle i antallet af kontakter i sygehussektoren hos de to grupper, når vi sammenligner 2015 med 2016-2019. Vi ser dog signifikante fald i antallet af ambulante kontakter, indlæggelser og skadestuekontakter, når vi specifikt sammenligner aktiviteten i 2015 med aktiviteten i 2018 og 2019. At vi ser et signifikant fald bredt i antallet af sygehuskontakter fra 2018 og frem kan enten skyldes, at effekten af regionsklinikken først manifesterer sig efter nogle år, eller at det observerede fald er et udtryk for en kombineret effekt af regionsklinikken og indsatserne i Nye Veje. Der har i regionsklinikken jf. afsnit 5.3 været fokus på et forbedret samarbejde med Morsø Kommune generelt, endvidere er der etableret samarbejdsmodeller med plejehjem på Mors, og man har intensiveret samarbejdet med hjemmesygeplejen/den kommunale akutsygepleje. Disse forhold kan have været medvirkende til det observerede signifikante fald i antallet af indlæggelser og ambulante kontakter i 2018-2019.

Samlet set understøtter de kvantitative resultater de betragtninger, der er kommet til udtryk under interview med klinikpersonalet og lægerne. Den kvantitative analyse peger således på, at overgangen til regionsklinik og efterfølgende opstarten af Nye Veje har betydet et fald i antallet af fremmøde-, telefon- og e-konsultationer hos regionsklinikens patienter. Et fald, der dels kan tilskrives ændret praksis i form af, at flere problemstillinger håndteres i samme konsultation, dels indførelsen af et nyt lægesystem, som af personale og læger vurderes at have haft betragtelige negative konsekvenser på effektiviteten i praksis. Analysen viser endvidere, at det færre antal konsultationer hos regionsklinikens patienter ikke er et resultat af, at flere patienter er blevet henvist til speciallægepraksis eller sygehus. Tværtimod ses et signifikant fald i antallet af ambulante kontakter, indlæggelser og skadestuekontakter, når aktiviteten i 2015 sammenlignes med aktiviteten i 2018 og 2019. Et fald, som blandt andet kan skyldes aktiviteter under Nye Veje i form af etablering af samarbejdsmodeller med plejehjem på Mors og et intensiveret samarbejde med hjemmesygeplejen/den kommunale akutsygepleje.

I nærværende kvantitative analyse er der primært foretaget analyser på aggregeret niveau, dvs. for den samlede population (dog foretaget subgruppe-analyse af 65+-årige borgere) og for det samlede antal af kontakter. I fremtidige analyser vil det være interessant at kigge på forskellige subgrupper af patienter (fx kronikere) og specifikke sygehuskontakter (dvs. kontakter, som almen praksis og evt. indsatser under Nye Veje særligt tænkes at kunne påvirke). Endvidere vil det være relevant at kigge på udviklingen for en længere observationsperiode, der blandt andet vil kunne medvirke til at reducere "støj" fra det indførte nye lægesystem i regionsklinikken.

7 Konklusion og anbefalinger

Denne rapport har igennem fire delundersøgelser beskrevet og analyseret udviklingsprogrammet Nye Veje efter de tre første år. Dette kapitel giver en samlet konklusion på rapporten, og peger derefter på nogle anbefalinger og opmærksomhedspunkter til det fremadrettede arbejde i Nye Veje samt overvejelser om fremtidige analyser.

7.1 Konklusion

Der er udviklet og implementeret en tværsektoriel samarbejdsmodel for at iværksætte og evaluere indsatser på systematisk og iterativ vis i faste udviklingsrul. Der er gennemført tre udviklingsrul á syv til ni indsatser, mens det fjerde rul er forsinket grundet Covid-19. Indsatserne kan sammenfattes i 10 indsatsområder, som varierer på en række måder, hvilket bl.a. afspejler de fem overordnede fokuspunkter i Nye Veje – *sammenhængende borgerforløb, forebyggelse, lægedækning og rekruttering, almen praksisdrift og digitalisering*.

Det tværsektorielle samarbejde opleves positivt af de involverede, hvilket bl.a. begrundes med en tydelig opbakning fra topledelseerne i region og kommune, et stort manøvrerum til at prioritere og indsatser og justere undervejs, at den iterative tilgang skaber fremdrift i udviklingsarbejdet, styrkede relationer på tværs af sektorer og oplevelsen af at arbejde mod fælles mål. Evalueringen har koblet sidstnævnte fund til relevant forskningslitteratur, hvilket peger på, at der i Nye Veje er gjort en stor del af de ting, som ifølge litteraturen fremmer et frugtbart samarbejde på tværs af sektorer, mens der ligeledes er manøvreret uden om gængse faldgruber og barrierer. De udfordringer, der nævnes i forbindelse med udviklingsarbejdet, knytter sig bl.a. til implementering hos klinisk frontpersonale og ønsker om at skabe evidens for indsatserne via data. De få interview, der er lavet med klinisk frontpersonale, peger desuden i retning af nogle svære balancer i forhold til drift og udvikling samt inddragelse af fagpersonalet. Trods enkelte udfordringer fremstår den tværsektorielle samarbejdsmodel velfungerende i praksis, og beskrivelser af samarbejdskulturen harmonerer med visionerne om at nedbryde barrierer og arbejde med fælles mål.

Regionsklinikken i Øster Jølby er en sygeplejeledet klinik, hvor kendskabet til patienterne og flere elementer af den interne organisering er videreført af sygeplejerskerne fra den tidligere PLO-praksis. Arbejdsgangene opleves som velfungerende og effektive, dog har læger og sygeplejersker ønske om et tættere samarbejde med sparring og lægefaglig supervision. De ansatte ser både fordele og ulemper ved ansættelse i en regionsklinik i forhold til deres arbejdsforhold og karriereveje. Flere indsatser i Nye Veje opleves meningsfulde og relevante, men lægerne har savnet inddragelse i forhold til prioritere og kvalificere nogle indsatser fagligt – dette på trods af, at der i programorganisationen har været fokus på inddragelse af regionsklinikken, og at enkelte af lægerne har indgået i flere forskellige projektgrupper for indsatserne. Selvom regionsklinikken blev oprettet to år før opstarten af Nye Veje, udtrykker personalet, at Nye Veje har fyldt meget i en tid, hvor klinikken stadig var i proces med at "finde sig selv" som regionsklinik. Det fremgår i den forbindelse, at den ledende sygeplejerske har spillet en vigtig rolle i at involvere klinikken i Nye Veje og samtidig balancere drift og udvikling internt. Derudover fremgår det, at regionsklinikken via Nye Veje har styrket samarbejdet med Morsø Kommune. Informanterne peger på, at regionsklinikken har givet mulighed for at levere flere ydelser i samme fremmødekontakt. De kvantitative resultater understøtter flere af de betragtninger, der er kommet til udtryk under interview i regionsklinikken. Resultaterne peger endvidere på, at

reduktionen i antallet af kontakter pr. patient i regionsklinikken ikke er forbundet med en uhen-sigtsmæssig forskydning i ydelsestræk fra regionsklinikken til sygehus og speciallægepraksis.

Overordnet set er Nye Veje nået langt med den tværsektorielle samarbejdsmodel og indsats-områderne samt ideen om at bruge en regionsklinik som afsæt for tværsektorielt udviklingsar-bejde. Dette indikerer et potentiale i at arbejde videre med modellen. Evalueringen har samtidig nogle anbefalinger, opmærksomhedspunkter og overvejelser, som kan tages med i det videre arbejde. Disse præsenteres nedenfor.

7.2 Anbefalinger og opmærksomhedspunkter

Lægefaglig supervision af sygeplejerskerne i regionsklinikken.

Det anbefales, at der kigges på mulighederne for at understøtte regionsklinikken i at indfri læ-gernes og sygeplejerskernes ønsker om et tættere samarbejde om den enkelte patient, inklu-sive lægefaglig supervision.

Medarbejderinddragelse

Litteratur om tværsektoriel ledelse og udvikling peger på medarbejderindflydelse som en vigtig parameter for succes. Her fremgår det af delundersøgelse 2, at der i programorganisationen er god mulighed for indflydelse på indsatserne og handlefrihed blandt de involverede udvik-lingsmedarbejdere. Ligeledes er der i Nye Veje et generelt fokus på at inddrage frontpersonale til udvikling af indsatser, for at sikre, at indsatserne er meningsfulde i den kliniske hverdag. Det afspejler sig bl.a. i indsatser om apopleksi og medicingennemgang, som er blevet til på bag-grund af medarbejderinddragelse. Evalueringen er imidlertid begrænset i sin afdækning af medarbejderinddragelse, idet der er lavet relativt få interview med klinisk frontpersonale. De interviewede læger i regionsklinikken udtrykker et klart ønske om øget inddragelse til at priori-tere indsatser og kvalificere det faglige indhold. Billedet bliver dog mudret, da det også fremgår af dokumentstudier, at inddragelsen af lægerne har været en prioritet i programorganisationen, og at enkelte af lægerne har indgået i flere forskellige projektgrupper for indsatserne. Evaluate-ningen har ikke kunnet afdække disse to forhold nærmere, men fremadrettet kan det give an-ledning til at se på, om der er grund til at justere på omfanget af eller måden, hvorpå klinisk frontpersonale inddrages. Her er det også relevant at forholde sig til balancen mellem drift og udviklingsarbejde, da det også fremgår, at diverse mødeaktiviteter i forbindelse med udvik-lingsarbejdet, har virket forstyrrende for frontpersonalet og driften. Balancegangen kan måske handle om ikke at inddrage fagpersoner til bred orientering om udviklingsarbejdet, men kun til udvikling/kvalificering af de specifikke indsatser, som direkte vedrører deres arbejdspraksis og faglige ekspertise. Det skal igen understreges, at dette opmærksomhedspunkt er baseret på en meget begrænset afdækning af frontpersonale-perspektiver, og at perspektiver fra hospital og kommune ikke indgår.

Balance mellem drift og udvikling

Det fremgår, at den lokale ledelse i regionsklinikken har været en vigtig funktion i forhold til at balancere drift og udviklingsarbejde lokalt og motivere medarbejdere. Det anbefales, at der fortsat er opmærksomhed på balancen mellem drift og udvikling, og at der så vidt muligt sikres den fornødne lokale ledelseskapa-citet til at håndtere denne balance i klinikken.

Om oplevede fordele og ulemper ved ansættelse i regionsklinikken

Lægerne kobler nogle fordele til ikke at have ansvar for økonomi og personale, men ser der-udover en ulempe ved, at en regionsklinik er en del af en større organisation, hvor det lokale

beslutningsrum indskrænkes. For så vidt, at dette fund tages op til overvejelser, er det værd at være opmærksom på, at begge dele (fordelen og ulempen) kommer af, at klinikejerskabet ligger hos regionen.

Forebyggelse

Det fremgår, at en informant foreslår et styrket fokus på temaet om forebyggelse i indsatsområderne fremadrettet. Ser man på indsatsområderne i de tre første rul, forekommer forebyggelse også at være underrepræsenteret. Nogle af de udfordringer, der generelt knytter sig til forebyggelse i primærsektoren, vedrører samspillet mellem kommune og almen praksis, herunder almen praksis' manglende kendskab og henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (19-21). Her forekommer det tæt udviklede samarbejde mellem regionsklinik og Morsø Kommune dog som et frugtbart mulighedsrum for at samarbejde om forebyggelse. Det er dog stadig værd at være opmærksom på de øvrige udfordringer, som opstår i forbindelse med forebyggende indsatser. Nogle udfordringer knytter sig til borgerens identitet og motivation, herunder fx at proaktive indsatser og screening kan opleves som sygeliggørelse af den enkelte, og at borgere, der (endnu) ikke er syge, er svære at motivere til forebyggende forløb. Hertil kommer, at afstande til kommunale tilbud ofte bliver en barriere for, at borgere i land- og yderområder benytter dem (3).

Overvejelser om fornyelse vs. kontinuitet i programorganisationen

En informant nævner, at nye personer i programorganisationen kan være en relevant kilde til at bringe nye ideer og energi ind i udviklingsarbejdet. For så vidt der gøres overvejelser om dette, bør der også være opmærksomhed på, hvilke styrker der kan ligge i, at der er kontinuitet i programorganisationen.

Fremtidige analyser

Det vil være relevant at følge midtvejsevalueringen op af en slutevaluering. Borgerperspektivet, samt en mere komplet afdækning af frontpersonalets oplevelser og erfaringer med Nye Veje, ville her kunne være centrale fokusområder for en kvalitativ analyse. I denne rapport er der i de kvantitative analyser primært foretaget analyser på aggregeret niveau. I en slutevaluering vil det være interessant at foretage en mere målrettet analyse af specifikke sygehus- og sundhedsydelser, som særligt forventes at være blevet påvirket af Nye Veje. Endvidere vil det være relevant at kigge på udviklingen for en længere observationsperiode, der blandt andet vil kunne medvirke til at reducere "støjen" fra det indførte nye lægesystem i regionsklinikken.

Litteratur

- (1) Buch MS, Navne LE, Kjellberg PK. Ny honorarstruktur i almen praksis - casestudie af det lægelige arbejde i fire praksis før og efter ny honorarstruktur. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2012.
- (2) Buch MS, Bojesen AB, Skytt I, Kjellberg J. Evaluering af praksisklinikken på Bornholms Regionshospital: Midtvejsstatus på organisering, patientperspektiver og effekter. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019.
- (3) Fredslund EK, Larsen AT, Klausen MB, Topholm EH, Rasmussen HK. Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
- (4) Hauge-Helgestad A, Buch MS, Rahbek AE. Proaktive lægehuse anno 2010 - Individuelle beskrivelser af otte lægehuses vej mod en proaktiv kronikerbehandling. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (5) Buch MS, Hauge-Helgestad A, Fredslund EK, Tybring CD, Rahbek AE. Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (6) Hansen J, Kjellberg PK, Buch MS, Voss H, Hindborg P. Styring i praksis. Erfaringer fra de danske regioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (7) Madsen MH, Klausen MB, Kousgaard MB, Bundgaard M, Mikkelsen TH, Kristensen MT, et al. Kvalitetsklynger i almen praksis: En kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år. 2020.
- (8) Kvale S, Brinkmann S. Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
- (9) Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, von Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 1990 Jun 30;300(6741):1698-1701.
- (10) Benabou R, Tirole J. Intrinsic and extrinsic motivation. *The Review of Economic Studies* 2003;70(3):489-520.
- (11) Sicsic J, Le Vaillant M, Franc C. Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners. *Health Policy* 2012;108(2-3):140-148.
- (12) Angrist JD, Pischke J. *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2008.
- (13) Mainz J. *Basal kvalitetsudvikling*. København: Munksgaard; 2017.
- (14) Axelos B. *Managing Successful Projects with PRINCE2®*. 6th ed. Norwich: TSO/Axelos; 2017.
- (15) Bonde M, Bossen C, Danholt P. Data-work and friction: Investigating the practices of re-purposing healthcare data. *Health Informatics Journal* 2019;25(3):558-566.

(16) Holm-Petersen C, Buch MS. Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2014.

(17) Jakobsen ML. Buy-in to a Credible Vision! Why Leaders Make Prospector Responses to Learning-Oriented Performance Reform. Public Organization Review 2019;20:277-299.

(18) Bidstrup CR, Simonsen DM. Budget 2020. Notat om forskellige praksistyper. Regionsrådets budgetkonference den 17. og 18. september, 2019. [U.st.]: Region Nordjylland; 2019.

(19) Egsdal M. Almen praksis henvisning til kommunale forebyggelsestilbud (2014-2017). Analysenotat. København: Kommunernes Landsforening; 2018.

(20) Fedders LE. Nemmere henvisning skal sende flere til kommunale tilbud. Kommunal Sundhed 2016;25. okt. (<https://kommunalsundhed.dk/forenklet-procedure-skal-faa-almen-praksis-henvise-flere/>).

(21) Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB. Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2017.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD