



Praksis Matrix

– et redskab til udvikling i almen praksis

Kvalitativ evaluering af 2. besøgsrunde

Martin Sandberg Buch

Dansk Sundhedsinstitut
Juni 2008

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-570-2 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Dette er en evaluering af projektet *"Praksis Matrix – et organisatorisk udviklingsredskab i almen praksis"*. Projektet er finansieret og gennemført i et samarbejde mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden. Evalueringen er initieret af projektorganisationen bag Praksis Matrix (herefter PM), repræsenteret v. projektleder Tina Eriksson. Evalueringen er finansieret af PMs projektorganisation, Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut.

Projektleder cand.scient.adm. Martin Sandberg Buch fra Dansk Sundhedsinstitut har udført evalueringen. Studentermedhjælp Kristian Serup Rasmussen har bistået ved gennemførelsen af interviewundersøgelsen og senior projektleder cand.scient.adm., ph.d. Pia Kürstein Kjellberg har fungeret som sparringspartner på projektet. Internt review er udført af DSI's vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl. Dansk Sundhedsinstitut ønsker at takke alle, der har medvirket i evalueringen.

Henrik Hauschildt Juhl

Vicedirektør

Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	5
1. Kvalitativ evaluering af Praksis Matrix 2. besøgsrunde	7
1.1 Baggrund	7
1.2 Evaluering og udvikling af PM i Danmark	7
1.3 Evalueringens formål	8
1.4 Metode	9
1.5 Rapportens struktur	10
2. Interviewundersøgelsens resultater	11
2.1 Udbytte	11
2.2 Forankring af forandring	12
2.3 Opfølgning og støtte	15
2.4 Kommunikation og samarbejde	16
2.5 Utilsigtede konsekvenser	17
2.6 Facilitatormødet	18
2.7 PM som proces	19
2.8 Betydningen af praksis størrelse	19
2.9 Hjemmeside	20
2.10 Gennemgang af omfang og årsager til frafald fra projektet	21
3. Diskussion	23
3.1 Deltagernes vurdering af udbytte samt styrker og svagheder ved PM	23
3.2 Deltagernes arbejde med at forankre forandring	24
3.3 Personaleudskiftning og ændringer i praksissens organisation	25
3.4 Konsekvenser af deltagelsen i PM	26
3.5 Hjemmeside	27
4. anbefalinger	28
Litteratur	29
Bilag 1 Praksis Matrix Skema	30
Bilag 2 Interviewguide PM	33

Resumé

Inden for de seneste år er der kommet et stigende fokus på udvikling af almen praksis' organisation og arbejdsopgaver. I forlængelse heraf er der gennemført mange udredninger og planlagt en række initiativer med henblik på at "fremtidssikre" almen praksis som et fortsat velfungerende fundament og indgang til det specialiserede sundhedsvæsen.

Der er samtidigt en række igangværende kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis, som det er muligt at medtænke i fremtidige strategier for kvalitetsudvikling. Praksis Matrix (PM) er et sådant projekt, der har til formål at hjælpe deltagende praksis med at vælge og udvikle forskellige områder af deres organisation. Det sker via en proces der er styret af en ekstern facilitator.

Formålet med denne kvalitative evaluering har været at belyse oplevede fordele og ulemper ved at deltage i PM, samt hvad deltagerne i de enkelte praksis oplever, at der er sat i gang via deltagelse i projektet.

Evalueringen er baseret på kvalitative interview i 7 af i alt 56 deltagende praksis. I alt 17 af de ca. 300 læger og medarbejdere i disse praksisser er interviewet, og interviewpersonerne er fordelt på 9 praktiserende læger og 8 ansatte.

Udbytte

Evalueringen viser, at de fleste deltagere har et positivt indtryk af deltagelsen i PM, samt at projektets arbejdsmetode opfattes som legitim, udbytterig og dækkende for hverdagen i almen praksis.

Evalueringen viser også, at det overordnede udbytte ved at deltage i PM i højere grad forbindes med projektets møder end med faktiske forandringer i hverdagens kommunikation og samarbejde. Der er således ingen interviewpersoner, der har oplevet, at praksissens daglige samarbejde og kommunikation har ændret sig som følge af deltagelsen i PM.

I forhold til faktiske forandringer fortæller en del deltagere, at deres praksis har udviklet sig på et eller flere af de indsatsområder, der er udvalgt via PM. Der er dog også en del deltagere, der fortæller, at de enten ikke har nået deres mål eller ikke har oplevet, at deltagelsen i PM har givet et væsentligt udbytte.

Forankring af forandring

Evalueringen afdækker tre forhold vedrørende organiseringen af deltagende praksis' udviklingsarbejde, som vurderes at påvirke udbyttet af PM:

1. Det har betydning, om der i den enkelte praksis udnævnes tovholdere med ansvar for at sætte udvikling af et område i gang.
2. Det har betydning, om der i den enkelte praksis er et fast fælles forum der understøtter tovholderens arbejde.
3. Mange deltagere efterlyser hjælp til at holde fast i intentionen om at gøre noget ved udvalgte indsatsområder, først og fremmest i kraft af en mere formaliseret og løbende kontakt til deres facilitator.

Evalueringen tyder på, at den samtidige tilstedeværelse af ovenstående tre forhold kan være med til at forbedre udbyttet af PM væsentligt.

Personaleudskiftning og organisationsforandring

Evalueringen viser, at personaleudskiftning og/eller forandringer i praksissens organisation tilsyneladende er en almindelig barriere for kvalitetsarbejde i almen praksis. I to af de syv praksis fremhæver deltagerne, at disse forhold helt har fortrængt PM projektet. I yderligere tre af de syv praksis fremhæver deltagerne, at disse forhold har mindsket udbyttet af projektet.

Blandt de undersøgte praksis var ovenstående barrierer væsentligt mere fremtrædende i praksis med en til to læger end i praksis med tre eller flere læger. Det tyder på, at det er særligt vigtigt at støtte små praksis, der ønsker at arbejde med kvalitetsudvikling.

Anbefalinger

I rapporten anbefaler vi

- ◆ at en evt. fremtidig udgave af PM udbygges, så deltagelse indebærer systematisk opfølgning og sparring til deltagende praksis
- ◆ at der fremadrettet lægges større vægt på, hvilken egenindsats det kræver at få udbytte af PM, samt hvilke udfordringer der er forbundet med at deltage i forhold til følgende centrale områder:
 - Praksismøder
 - Organisering af samspillet mellem tovholdere og resten af praksissen
 - Personaleudskiftning og organisationsændringer.
- ◆ at PMs hjemmeside introduceres mere systematisk og anvendes som et redskab i den løbende opfølgning og sparring til deltagende praksis
- ◆ at PM løbende afstemmes med øvrige aktuelle tiltag til kvalitetsudvikling rettet imod almen praksis.

1. Kvalitativ evaluering af Praksis Matrix 2. besøgsrunde

1.1 Baggrund

PM er en dansk tilpasning af det engelske praksisudviklingsredskab Maturity Matrix, der har til formål at fremme almen praksis' organisatoriske udvikling (1). Fra starten var intentionen med Maturity Matrix, at skabe et generisk instrument til internationalt brug. Det engelske redskab har derfor tidligere været testet i bl.a. Tyskland, Holland, Schweiz og Slovenien. Erfaringerne fra disse test viser, at der er stor forskel på, hvordan almen praksis sektoren fungerer og udvikler sig i forskellige lande, til at Maturity Matrix i sin nuværende form kan fungere som et generisk redskab (2).

Organisationen bag Maturity Matrix har valgt at gå to veje på baggrund af disse erfaringer: Dels arbejder den engelske organisation videre med at udvikle et nyt generisk redskab, der i højere grad tager udgangspunkt i udvikling af organisationskultur og gruppedynamik end praktisk organisering. Dels er der åbnet op for, at de organisationer, der ønsker at arbejde med Maturity Matrix, får frihed til selv at tilpasse redskabet til den nationale kontekst¹. Den danske version af PM er et eksempel på sidstnævnte.

Deltagelse i den danske udgave af PM indebærer, at lægepraksis gennemfører en gruppediskussion, hvor alle læger og ansatte er til stede med henblik på at evaluere praksissens formåen på en række organisatoriske områder. Diskussionen struktureres ved hjælp af et facilitatorskema², der aktuelt har 11 kvalitetsdimensioner med hver otte udviklingstrin.

Gruppediskussionen understøttes af en ekstern facilitator, der selv er praktiserende læge. På baggrund af deltagerne diskussion hjælper den eksterne facilitator med at skabe konsensus om praksissens udviklingsgrad, hvorefter deltagerne skal aftale konkrete udviklingsmål for det kommende år og udpege tovholdere med ansvar for at igangsætte udvikling af de valgte indsatsområder.

Efter et år gentages processen, således at resultaterne af årets arbejde dokumenteres, samt at der kan udpeges nye udviklingsmål. I den danske afprøvning af PM er indeholdt to besøgsrunder med et års mellemrum.

1.2 Evaluering og udvikling af PM i Danmark

I udviklingen og afprøvningen af PM i Danmark indgår en kvalitativ interviewundersøgelse blandt de deltagende praksis efter henholdsvis 1. og 2. besøgsrunde.

I forbindelse med 1. besøgsrunde gennemførte etnolog Anna Viola Hammer i slutningen af 2006 en evaluering. Evalueringen var baseret på 15 kvalitative enkeltinterview med repræsentanter fra deltagende praksis, der var lokaliseret i det daværende Københavns Amt. Temaer for interview samt afrapportering var følgende:

1. Forventninger og informationer før mødet
2. Udbytte af første PM-møde
3. Dimensionerne
4. Facilitatoren
5. Det videre arbejde

¹ For yderligere information se: <http://www.maturitymatrix.co.uk>.

² Vedlagt som bilag 1.

6. PM som udviklingsredskab og metode
7. Fremtidens PM.

Interviewpersonerne blev under hvert tema spurgt til deres hidtidige oplevelser og fremtidige ønsker til PM med det formål at kvalificere det videre udviklingsarbejde³.

Evalueringen efter 2. besøgsrunde er udført i forlængelse af resultaterne fra 1. runde, men med ny evaluator og et undersøgelsesdesign som er rettet imod at afdække, hvad deltagerne oplever, at der sættes i gang lokalt, når en praksis deltager i PM.

2. interviewundersøgelse er forberedt ved at:

1. Gennemlæse tidligere projektbeskrivelser (3), artikler (2; 4-6) og midtvejsrapporten for PM (1)
2. Deltage i midtvejsseminar for facilitatorerne d. 08.10.2007
3. Gennemlæse interviewudskrifterne fra 1. interviewrunde
4. Udføre deltagerobservation af henholdsvis et 1. facilitatormøde og et 2. facilitatormøde.

Formålet med disse aktiviteter har været, dels at få en forståelse for PM-redskabet og den proces der er gået forud for 2. besøgsrunde, dels at indkredse de emner der skulle afdækkes via interviews med de deltagende læger og deres personale. Ovennævnte aktiviteter resulterede i, at ni emner blev identificeret. Disse blev efter drøftelse med projektleder Tina Eriksson udvalgt som formål for evalueringen.

1.3 Evalueringsens formål

Evalueringsens har til formål at belyse følgende aspekter vedrørende deltagelse i PM:

1. *Udbytte*: Undersøgelsen skal afdække, hvordan deltagerne oplever udbyttet af PM.
2. *Forankring af forandring*: Undersøgelsen skal afdække, i hvilket omfang og hvordan deltagerne oplever, at valgte udviklingsmål er forankret og udviklet i praksis. Herudover skal det undersøges, hvilken betydning det ifølge deltagerne har haft, at der er udnævnt tovholdere for hvert enkelt indsatsområde.
3. *Opfølgning og støtte*: Undersøgelsen skal afdække, om der, ud over de to facilitatormøder er anvendt nogen form for ekstern støtte til arbejdet med PM, samt i hvilket omfang deltagerne oplever et behov for opfølgning og støtte til deres udviklingsmål.
4. *Kommunikation og tværgående samarbejde*: Undersøgelsen skal afdække, i hvilket omfang deltagerne oplever, at deltagelsen i PM har påvirket kommunikation og samarbejde i deres praksis.
5. *Utsigtede konsekvenser*: Undersøgelsen skal afdække, om der ifølge deltagerne har været nogen utilsigtede konsekvenser forbundet med at deltage i PM.
6. *PM som proces*: Undersøgelsen skal indhente interviewpersonernes input og evt. ønsker om at gøre deltagelse i PM til en tilbagevendende begivenhed.
7. *Praksisstørrelse*: Undersøgelsen skal afdække og sammenligne deltagernes oplevelse af forudsætningerne for at deltage i PM samt det faktiske udbytte af PM i hhv. små og store praksis.
8. *Facilitators rolle*: Undersøgelsen skal indhente deltagernes erfaringer med deres facilitator samt deres evt. input til udvikling af facilitators rolle.
9. *Hjemmeside*: Undersøgelsen skal afdække deltagernes erfaringer med og ønsker til PMs hjemmeside.

³ Resume af undersøgelsens resultater er vedlagt som bilag 3. For yderligere oplysninger se evt.: (1).

1.4 Metode

På baggrund af ovenstående ni emner er der udarbejdet en generisk semistruktureret interviewguide (Bilag 2).

Interviewene er optaget, og der er efterfølgende skrevet et udførligt og i videst muligt omfang ordret referat af alle interview. Referaterne er anvendt som afsæt for analyse og citation. Kun i de tilfælde, hvor der har været i tvivl om udsagn og/eller mening – eller hvor referenten har noteret ikke at kunne følge med i ordstrømmen – er der foretaget gennemlytning af lydfiler.

På baggrund af interviewreferaterne er der foretaget en endelig kategorisering af temaer på tværs af interviewene, hvorefter de er analyseret. Under kategorisering og analyse viste interviewguidens emner sig at være dækkende for de udsagn og problemstillinger, som deltagerne har fortalt om. Der er derfor ikke opstillet nye temaer i analysen.

Udvælgelse af informanter

Blandt de 56 praksis, der har deltaget i begge PMs besøgsrunder, blev 7 udvalgt til interview. De enkelte praksis og interviewpersonerne er udvalgt på baggrund af følgende kriterier:

1. Geografisk spredning: Halvdelen af interviewene er udført i deltagende praksis fra det gamle Københavns Amt, halvdelen er udført i det gamle Århus Amt.
2. Facilitatorer: Det er vægtet at opnå en spredning på tværs af facilitatorer.
3. Praksisstørrelse: Spektret imellem solopraksis og store flerlægepraksis er dækket.
4. Personale: I det omfang det har været muligt, er lige mange praktiserende læger og repræsentanter for praksispersonalet interviewet i hver enkelt praksis.
5. Kontinuitet: Gennemlæsningen af interviewudskrifter fra København har gjort det muligt at geninterviewe deltagerne fra to praksis. Det er sket ud fra et ønske om at kunne skræddersy interviewet i forhold til de refleksioner, deltagerne i disse praksis havde efter 1. facilitatormøde. Formålet har været at styrke blikket for den samlede proces, de deltagende praksis gennemgår.

Fordeling af interviewpersoner, praksistyper og geografi

Fordelt på klinikstørrelse, type og geografi er der udført interview med læger og personale i følgende praksis:

Tabel 1.1 Oversigt over praksis hvor der er udført interview med angivelse af antal faste læger og ansatte

	Solo-praksis	To læge kompagniskab	Tre lægekompagniskab	Fem læge kompagniskab	Otte læge samarbejdspraksis
Jylland	En læge og en sekretær	To læger, en sygeplejerske og en sekretær		Fem læger, fire sekretærer og to sygeplejersker	Otte læger, seks sekretærer, en bioanalytiker og to sygeplejersker
Sjælland	En læge, en sekretær og en sygeplejerske	To læger, en sygeplejerske og en sekretær	Tre læger, en sekretær og en sygeplejerske		

I alt 17 af de ca. 300 personer, der har deltaget i PM, er interviewet i forbindelse med evalueringen. Interviewpersonerne er fordelt på 9 læger og 8 repræsentanter for praksispersonalet.

12 interviews er udført som enkeltinterview, og to er udført som gruppeinterview. I det ene gruppeinterview deltog en sygeplejerske og en sekretær. I det andet gruppeinterview deltog to læger og en sygeplejerske. Begge gange, der blev afholdt gruppeinterview, skete det, fordi der, som følge af stor patienttilgang, var opstået et tidspres, som gjorde, at det ikke var muligt at afholde de planlagte enkeltinterview.

Alle interview er udført i februar 2008.

Det har været en intention, at der skulle interviewes læger og personale fra alle 7 praksis. Imidlertid har det kun været muligt at interviewe lægerne i de to solopraksis, da det viste sig, at deres nuværende personale enten var vikarer eller nyansatte, der ikke havde erfaringer med PM.

Anonymitet

Interviewpersonerne er under interviewene lovet anonymitet, og det er gjort klart for dem, at interviewet ikke var et led i en vurdering af den pågældende praksis eget arbejde med PM.

Frafaldsanalyse

9 af de 56 deltagende praksis havde ved projektets afslutning ikke gennemført 2. besøgsrunde. Seks praksis har helt frabedt sig 2. besøg, og tre har bedt om at få 2. besøg udskudt. Årsagerne til frafaldet er opsummeret og sat i relation til interviewundersøgelsens resultater i afsnit 2.10.

1.5 Rapportens struktur

I kapitel 2 afrapporteres interviewundersøgelsens resultater. Det sker med udgangspunkt i de samme ni temaer, som er listet i afsnit 1.3.

I kapitel 3 diskuteres de forhold, som ifølge deltagerne er centrale for udbyttet af PM.

I kapitel 4 opstilles med udgangspunkt i de to foregående kapitler DSI's anbefalinger til PM-organisationen.

2. Interviewundersøgelsens resultater

2.1 Udbytte

På baggrund af interviewene står det klart, at interviewpersonerne først og fremmest relaterer udbyttet af PM til selve facilitatormødet: Det, at *hele* praksisgruppen mødes i to timer for at snakke praksisdrift og samarbejde, er ifølge interviewpersonerne nærmest en unik begivenhed i en hverdag *"fyldt med patienter"* og *"meget travl"*, hvilket i høj grad *"fortrænger arbejdet med kvalitet og organisation"*.

Facilitatormødet giver i henhold til interviewpersonerne i alle syv praksis overblik over praksissens arbejdsgange. De emner, der tages op, opleves generelt som relevante og dækkende for hverdagen i en praksis. I seks af de syv praksis fortæller interviewpersonerne også, at den *"fælles dialog"*, om hvor udviklet praksis er, har givet nye vinkler, inspiration og enkelte steder deciderede *"aha-oplevelser"*, som de har kunnet bruge til *"at prioritere de indsatsområder, som praksis interesserer sig for ... så det ikke er tilfældigt, hvad vi tager fat i"*.

Herudover fremhæver flere interviewpersoner, at de under begge møderunder oplevede det som en lettelse: *"Når facilitator fortalte os om, hvordan vi lå i forhold til andre, var vi langt bedre med, end vi troede"*. Et udbytte som ikke er direkte relateret til arbejdet med organisatorisk udvikling, men som tyder på, at der er en hvis usikkerhed og et oplevet behov for at kunne sammenligne sig med andre.

Der er dog nuancer i ovenstående tilkendegivelser. F.eks. fortæller interviewpersonerne fra den store samarbejdspraksis, at det primære udbytte af PM er en *"bekræftelse af, at vi er rigtig godt med"* og at *"det eneste konkrete, vi fik ud af at deltage, var, at vi gerne vil blive bedre til at forbedre kommunikationen på vores personalemøder og gøre dem mere problemorienterede"*. Ifølge interviewpersonerne fra den store samarbejdspraksis skyldes det lille udbytte af facilitatormødet, at praksis'en har en veludviklet organisation, som på de fleste områder *"er så langt henne på det, som anses for at være god klinisk og organisatorisk praksis, at vi i forhold til skemaet var nået dertil, hvor vi gerne ville være"*.

I et par andre praksis fortæller interviewpersonerne endvidere, at *"PM er lidt overfladisk"* og *"firkantet stillet op"*, samt at *"forskellen imellem trinene i skemaet nogen steder er alt for store"*.

Sammenligning med andre kvalitetstiltag

Under interviewene er deltagerne blevet bedt om at sammenligne udbyttet af PM og arbejdsformen på møderne med andre kvalitetsprojekter. Praksispersonalet har haft vanskeligt ved at tage stilling til dette spørgsmål, fordi andre tiltag *"mest er noget der involverer lægerne"*. Derfor er det interessant, at lægerne, når de sammenligner PM med de andre tiltag, de har deltaget i, (primært gensidige praksisbesøg, de amtslige lægemiddelkonsulenter) fremhæver, at styrken ved PM netop er, *"at hele klinikken deltager i facilitatormødet og udviklingsarbejdet"*. Herudover fortæller lægerne, at de ser PM som et redskab til i overskriftsform at komme *"hele vejen rundt om klinikken"*, mens de øvrige tiltag er rettet imod en specifik del af praksis'ens arbejde (f.eks. audit og faglig sparring om lægens måde at strukturere sit arbejde, eller hjælp til at monitorere og ændre på ordinationspraksis i forhold til vane-dannende medicin).

Sammenlignet med andre kvalitetstiltag er PMs styrke ifølge interviewpersonerne, at redskabet skærper opmærksomheden på, at der *"ofte er et potentiale for at forbedre sig"*, selvom man i udgangspunktet syntes, *"at det går meget godt"*, samt at processen *"kvalificerer valget af indsatsområde"*. Omvendt fremhæver flere læger det som en svaghed, at PM, sammenlignet med tiltag der er mere direkte forankret i hverdagen, er *"upersonligt"* og bevæger sig på *"overskriftsniveau"*, hvorfor udfor-

dringen med at omsætte et indsatsområde til ændret praksis opleves større end ved specifikke projekter. I forlængelse heraf efterlyser samme interviewpersoner bedre muligheder for at *"gå i dybden med indholdet"* af de indsatsområder, der vælges på facilitatormødet samt muligheden for en *"mere individuel dagsorden"*.

Akkreditering var et emne, som flere læger bragte på banen som et eksempel på en modsætning til PM. De pågældende læger forbinder akkreditering med en udefra kommende kontrol for omgivelsernes skyld. Heroverfor fremhæver de, at styrken ved PM er, at det bygger på *"frivillig deltagelse"* og *"frihed til at arbejde med indsatsområderne, som man selv finder det bedst"*. To forhold der efter lægernes udsagn fremmer deres og personalets motivation og læring.

2.2 Forankring af forandring

Formålet med PM er at skabe et afsæt for udvikling af den enkelte praksis' organisation. Derfor er det centralt at afdække, hvad deltagelsen i PM ifølge deltagerne har sat i gang, samt hvordan de har grebet udviklingsopgaven an. Dette afsnit gengiver interviewpersonernes udsagn om arbejdet med at forankre valgte indsatsområder i dagligdagen, herunder hvilke fremmende faktorer og barrierer som de har oplevet.

Hvordan kommer deltagerne fra indsatsområde til ændret praksis?

Deltagernes udsagn, om hvordan de kommer fra indsatsområde til ændret praksis, knytter sig næsten entydigt til de tovholdere, der er udnævnt, og de fælles drøftelser der foregår på den enkelte praksis' personalemøder.

Således har deltagerne fra seks af de syv praksis, der indgår i interviewundersøgelsen, efter eget udsagn fordelt ansvaret for hvert enkelt indsatsområde til en tovholder, forstået som en person der *"er ansvarlig for at holde processen i kog"*, men ikke nødvendigvis *"en person der skal udføre selve arbejdet"*. Undtagelsen fra ovenstående er sololægen fra Jylland. Han fortæller, at der i hans praksis ikke har været tovholdere, fordi han og sygeplejersken *"i første omgang ikke mente, det var nødvendigt"*.

I fem af de praksis, hvor der har været udnævnt tovholdere, har nogle eller alle de pågældende personer, i henhold til deltagernes udsagn, arbejdet med at udvikle deres indsatsområde i perioden mellem de to facilitatorbesøg. Det er først og fremmest sket ved, at tovholderne *"har sørget for at gøre nogle ting"* der efterfølgende er *"drøftet i fællesskab"*. Eksempler på de *"ting"* tovholderne har gjort, er at:

- ◆ "Udarbejde et skema til at registrere utilsigtede hændelser"
- ◆ "Finde ud af hvad der skal være i en akutkasse"
- ◆ "Skrive en vejledning til praksispersonalet" – f.eks. om diabetes- og KOL-kontroller
- ◆ "Skrive en vejledning til hele praksis" – f.eks. om akutberedskab, introduktion af nye medarbejdere eller registrering af utilsigtede hændelser
- ◆ "Finde ud af hvordan man laver diagnosekodning i praksissens edb-system"
- ◆ "Lave dagsorden og referat af personalemødet"
- ◆ "Planlægge et weekend-seminar for personale og læger"
- ◆ "Skriftligt materiale er gjort elektronisk".

Med *"drøftet i fællesskab"* henviser deltagerne til klinikkens personalemøder, der har udgjort et selvstændigt indsatsområde, som man de fleste steder har oplevet et behov for at *"blive bedre til at prioritere"*. Personalemøderne har derfor en vigtig funktion i forhold til PM, der af interviewpersonerne beskrives som: *"Et tidspunkt hvor tovholderne fortæller de andre lidt om, hvad de har lavet"* og *"et*

sted hvor man holder hinanden lidt i ørene for om der sker noget" samt "et forum hvor man samler op" og "aftaler hvordan man skal bruge de ting som tovholderne har lavet".

I den store kompagniskabspraksis er ovenstående brug af personalemøder suppleret med, at lægerne *"indimellem har brugt det månedlige kompagniskabsmøde for os læger til at samle op på de ting der vedrører PM".*

Hvilke forhold forbinder deltagerne med succesfuld udvikling?

Også i forhold til dette spørgsmål var snakken om tovholdere fremtrædende, og en del af interviewpersonerne havde på forhånd gjort sig egne overvejelser omkring denne funktion. Som det fremgår af nedenstående, er deltagerne relativt enige om, at der er

1. Klare fordele forbundet med at udnævne en tovholder
2. En række faldgruber, som man bør være opmærksom på, når der udnævnes en tovholder.

Fordele

Adspurgte erklærer næsten alle interviewpersoner sig enige i, at tovholdere, og den fordeling af ansvar for udviklingsarbejdet, som de skaber, er vigtige for at komme i gang med en forandring, og mange steder har de bidraget til, at praksissen har gennemført konkrete forandringer.

Det skyldes ifølge interviewpersonerne, at udnævnelsen af en tovholder bidrager til at *"ansvaret er klart fordelt"*, således at det *"bliver personafhængigt, om der sker noget med et valgt indsatsområde eller ej"*. At ansvaret bliver personligt, opleves af mange deltagere som positivt, fordi de har eksempler på indsatsområder: *"hvor vi for alvor flyttede os"* fordi *"der var en tovholder der for alvor lagde sig i selen."* Herudover fremhæver flere, at tovholderrollen bidrager positivt på tværs af praksis, når vedkommende har *"gennemslagskraft nok til at vi andre bliver holdt op på, at der skal ske noget"*.

Faldgruber

De fleste interviewpersoner peger i forlængelse af ovenstående på, at tovholderrollen, *"i sig selv ikke er en garanti for, at der sker noget med det valgte område."* Således fremhæver deltagere – på tværs af praksis og faggrupper – at den personafhængighed, der følger med tovholderrollen, også kan være en kilde til manglende forandring.

Det skyldes for det første, at *"vi ikke er specielt gode til at holde hinanden op på, om der sker noget"*, et forhold der ifølge to ansatte især gør sig gældende, *"hvis tovholderen er læge"*, for *"så er der i hvert fald ingen fra praksispersonalet der blander sig"*.

For det andet mener et lille flertal af de adspurgte, at de fleste indsatsområder i PM kræver en indsats, der går på tværs af praksisfællesskabet. Flere deltagere peger således på, at tovholderen *"skal holde fast og sætte i gang"*, men *"helst ikke være den eneste der arbejder med et område"*. Dette forbehold var stærkest i de to store lægehuse, her opsummeret af en praksissygeplejerske fra den store samarbejdspraksis:

"Det er svært i et så stort hus som vores at få implementeret de ændringer, man gerne vil og nå frem til fælles holdninger. Man kan godt aftale, at man har en fælles holdning, men når man er 8 faste læger og 10 personaler, er det ikke altid, at enigheden er lige gennemtrængende. Derfor er det et stort arbejde i vores hus, når alle skal ændre sig på en gang".

Redskaber, der ifølge mange interviewpersoner både kan fremme tovholdernes motivation, den fælles ansvarsfølelse og arbejdet på tværs af praksis, er *"aftalte deadlines"*, og at *"udviklingsarbejdet gøres til et fast punkt på personalemødet"*. F.eks. ved at nogle personalemøder gøres til et *"decideret opfølgningsmøde"*.

Interviewpersonernes udsagn, vedrørende de indsatsområder de hver især har været ansvarlige for, tyder på, at det i højere grad er læger end personale, der udnævnes til tovholder, samt at det i højere grad er læger end personale, der bruger tid på at arbejde med de valgte indsatsområder. Interviewene tyder også på, at de indsatsområder, lægerne tager ansvaret for, generelt er mere kliniske (f.eks. diagnosekodning, gennemgang af kliniske data, medicinordination, implementering af kliniske vejledninger og håndtering af utilsigtede hændelser) end de områder, praksispersonalet gøres ansvarlige for (f.eks. planlægning af praksismøder, indkøb af akutkasse).

Endelig fremhæver flere deltagere, at der, hvor praksis har flyttet sig, var *"der, hvor vi var i gang i forvejen"*. F.eks. er indsatsområdet *ordinationspraksis* – i alle de praksis der har nævnt det – tænkt i forlængelse af amtslige lægemiddelkonsulenter og arbejdet med at nedbringe udskrivning af vane-dannende medicin. Det samme gør sig gældende for diagnosekodning og kliniske vejledninger, der alle steder, hvor interviewpersonerne nævner det, er tænkt ind i et igangværende arbejde med at systematisere praksissens kronikerindsats.

Hvilke forhold forbinder deltagerne med manglende udvikling?

På tværs af praksis og faggrupper er der stor enighed om, at hverdagen i almen praksis er meget presset af krav fra patienter og samarbejdspartnere. Alle deltagere angiver således, at *"hverdagens travlhed fortrænger arbejdet med organisation og kvalitetsudvikling"*. Alene det at sætte tid af til et fællesmøde og gennemføre det er – som følgende citat fra tre-mandskompagniskabet på Sjælland illustrerer – de fleste steder en udfordring:

"Vi har en intention om at holde personalemøder på tværs af praksis ca. en gang om måneden, men det er svært at mødes. Det er ofte, at mødet aflyses eller forkortes pga. fravær, eller fordi der er mange akutte patienter, og når vi så får holdt mødet, er det tit noget andet, der er på dagsordenen. I dag er det f.eks. dig, der er her og interviewe os".

Den barriere næst flest interviewpersoner fremhæver for arbejdet med PM er, personale- og/eller lægeudskiftninger. Nedenfor er listet en række eksempler på denne type barriere:

1. Den sololæge fra København, der er interviewet, angiver, at der "slet ikke er arbejdet med PM i perioden imellem de to facilitatorbesøg", fordi han "fik nyt personale umiddelbart efter 1. møde". I hans praksis valgte de derfor "at starte forfra med PM i stedet for at tage 2. møde", og nu er praksissens nye bemanding "så småt begyndt at arbejde med de valgte indsatsområder".
2. Sololægen fra Jylland fortæller, at han i øjeblikket har "en barselsvikar i stedet for sin vanlige sygeplejerske", hvilket resulterer i, at han: "går og bruger tid på at lave regnskab, læser journaler ind – praktiske og ulægelige opgaver et par timer ekstra om dagen. Muligheden for at implementere noget nyt er derfor meget lille".
3. I tomandskompagniskabet fra København udgjorde det ifølge den interviewede læge en barriere, at kompagnonen stod overfor pension "og var ved at køre træt på det sidste". Praksissens sygeplejerske og sekretær supplerer med, "at når en ny kompagnon skal køres ind, tager det tid fra udviklingsarbejdet".

4. I tomandskompagniskabet fra Jylland fortæller sygeplejersken, at "det har været et lidt turbulent år for os, da vi har fået fordoblet vores praksis i forbindelse med, at vi har fået en kompagnon. Vi har haft mange ting, der skulle op og køre, så næste år ville PM måske få mere luft. Dermed ikke sagt, at vi ikke har gjort noget, men vi har skullet holde tungen lige i munden, for vi har haft enormt travlt med sammenlægning af vores praksis".
5. Tremandskompagniskabet fra København var i starten af projektperioden et tomandskompagniskab, der er udvidet med en ny læge, nye patienter og en ny ansat, hvilket ifølge sekretæren har betydet, at: "vi har ikke rigtig haft overskud til at gøre så meget, da vi har fået nye folk til, og de har skullet lære hinanden at kende. Så der er ikke blevet gjort så meget ved de ting, som vi snakkede om ved PM".

I de to største praksis fremhæver interviewpersonerne ikke problemer som ovenstående. Ifølge interviewpersonerne knytter barriererne sig her i stedet til, at det fælles *"ansvar for udviklingsarbejdet [og derved opfølgningen på om der sker noget eller ej] let drukner imellem de mange personer, der er i lægehuset"*.

I to af de praksis, der indgår i undersøgelsen, angiver lægerne, at deres journalsystem har vist sig at udgøre en barriere for at kunne diagnoseregistrere på en hensigtsmæssig måde.

Endelig fremhæver sololægen fra Jylland, at hans primære udbytte af PM er *"at det kræver andet end gode intentioner at sikre gennemførelse af en handling"*. Lægen fortæller videre, at

"PM druknede i hverdagens travlhed umiddelbart efter første møde. Jeg tror, at det var fordi, vi ikke fordelte noget ansvar imellem os, der var ingen deadlines og ingen møder. Jeg tror faktisk ikke, at vi har haft et eneste praksismøde i projektperioden ... selv om man er en solopraksis, er man nødt til at programsætte og mødes om sådan noget her."

2.3 Opfølgning og støtte

Under interviewene er alle deltagere udspurgt om, i hvilket omfang de har anvendt eller oplevet et udækket behov for bistand udefra, som var affødt af deltagelsen i PM. Som det fremgår af nedenstående sammenfatning, er der ingen, som har anvendt ekstern bistand i arbejdet med deres indsatsområder. Ligeledes er der ingen deltagere, som forud for interviewet har overvejet muligheden. Nedenstående udtalelser er derfor fremkommet på baggrund af den dialog, der foregik under selve interviewene.

Konsulentbistand

Ingen af de læger og ansatte, der er interviewet, har i henhold til egne udsagn anvendt nogen form for udefrakommende hjælp til at supplere de to facilitatorbesøg. Der er heller ikke nogen af de interviewede, der har oplevet et behov for at involvere ekstern bistand i perioden mellem første og andet facilitatorbesøg. Interviewpersonernes begrundelser knytter sig først og fremmest til, at det *"egentlig har været relativt klart, hvad det var, at man skulle gøre"*, samt at de generelt *"betragter arbejdet med PM som et internt anliggende"*.

På tværs af praksis tilføjede flere læger dog, at de barrierer, der er forbundet med ikke at have tid til fordybelse i dagligdagen, formentlig spiller en rolle i forhold til den manglende efterspørgsel på ekstern bistand. To læger fortæller således, at

"Vi læger er ikke vant til at søge hjælp, vi kaster os ud i det", og "vi har ikke tid til at sætte os ind i en hel masse nyt. Hvis vi har prøvet at gøre noget et par gange, og det ikke lykkes, så går vi videre – og så er det druknet i hverdagen".

En tredje læge fortæller, at "vi har ikke haft så meget overskud til at tænke på, om vi har haft brug for ekstern hjælp", og endelig fortæller en fjerde, at "vi har ikke tid til at være konstruktive [i hverdagen], så vi har ikke tænkt, at vi har haft brug for opbakning til viderebehandling af PM".

Teknisk support

I to af de praksis, der er indgået i undersøgelsen, fortæller lægerne, da de under interviewene får tænkt sig om, at deres journalsystem (Darwin) ikke understøtter en *"differentieret diagnosekodning"*, der giver *"hurtigt overblik over hoved- og underdiagnoser"*. Blandt andet er det et problem, at *"det hele kun kan opstilles kronologisk"*. De pågældende læger efterspørger derfor IT support til at ændre systemet.

Opfølgning og støtte skal ske i regi af PM

At deltagerne ikke efterspørger konsulentbistand betyder ikke, at de ikke ønsker hjælp udefra. Adspurgte er der tværtimod et flertal af interviewpersonerne, som efterlyser en mere aktiv opfølgning og støtte imellem de årlige facilitatormøder. F.eks. i form af *"et eller flere statusmøder"*. Dels for at praksissen sammen med sin facilitator *"kan gå lidt i dybden med, hvordan det egentlig går med de indsatsområder, der er valgt"*, dels fordi *"det bliver mere seriøst, og vi prioriterer det anderledes, når der kommer en udefra"*.

Når der spørges ind til deltagernes ønsker om ekstern bistand, efterspørger de – som det også fremgår af (7) – først og fremmest nogle rammer, der kan holde dem fast på arbejdet med indsatsområder i hverdagen. Og her anfører flere, at den motivation, der er forbundet med, at der kommer en udefra, som man *"skal blotte sit"* (evt. manglende) arbejde for, til udvikling. I forlængelse heraf fortæller deltagerne fra en af de deltagende praksis fra Jylland, at deres facilitator har fulgt op på facilitatormødet ved at ringe hver tredje måned, *"for at høre hvordan det går"*. Ifølge deltagerne fra denne praksis *"hjælper det, at der er en der ringer, for at høre hvor langt vi er nået. Sidst vi talte sammen kunne hun hjælpe os videre, så det er godt at have en at sparre med"*.

2.4 Kommunikation og samarbejde

PM er tænkt som et redskab, der skal skabe udvikling gennem at fremme kommunikationen internt i praksis (1). Udvikling af de deltagende praksis' interne kommunikation og samarbejde er også et væsentligt element i facilitatormøderne, såvel som i flere af de indsatsområder der er indeholdt i PM. Derfor er det væsentligt, at næsten alle interviewpersoner (som angivet under afsnit 2.1) oplever, at facilitatormøderne, og den dialog som her foregår på tværs af praksis, udgør et nyt og konstruktivt indspark til praksissens kvalitetsarbejde.

Næsten alle deltagerne fra de tre største praksis fortæller, at de via den fælles dialog på møderne har fået *"ny"* og *"væsentlig"* viden om deres praksis. F.eks. er der flere læger, som har *"fået åbnet øjnene for, at klinisk personale kan se tingene på andre måder, hvilket bl.a. har slået fast, at tingene skal være meget forklaret og præcise"* [når der uddelegeres opgaver fra læger til personale]. Heroverfor er der flere ansatte i de samme praksis som synes, det er positivt, at *"et møde som PM gør folks arbejde synligt, og får belyst deres opgaver overfor alle andre,"* fordi det *"er ikke altid, at lægerne er klar over, hvad vi går og laver, og de glemmer måske nogen af de ting, som bliver gjort"*.

I den helt store samarbejdspraksis fortæller den interviewede sygeplejerske endvidere, at

"Der er nogle funktioner i huset, hvor jeg ikke ved, hvordan de andre arbejder. Ting, som ikke angår mig. Jeg ved ikke, om det gør noget, at disse ting er med. ... Men det gode ved det var, at vi var sammen med lægerne, der normalt drøfter strategi og udvikling alene".

Også i de interviewede solo- og tomandspraksis er der eksempler på, at læger har fundet at: *"Det var supersundt at høre, hvordan personalet opfatter de forskellige ting ... De vurderede tingene anderledes, end jeg havde forventet og det har givet mig et mere nuanceret billede af, hvordan vores praksis fungerer."* Generelt oplevede læger og ansatte fra disse praksis dog *"ingen overraskelser på mødet, fordi vi er en lille praksis med et åbent arbejdsklima. Derfor ved vi godt, hvad hinandens synspunkter og arbejdsindsats indeholder"*.

Adspurgt er der dog ingen interviewpersoner, der har oplevet, at de positive elementer, de forbinder med facilitatormødet, har påvirket deres daglige kommunikation og samarbejde. Dette skyldes ifølge de fleste deltagere, at *"PM ikke er en særligt gennemgribende intervention"*. Enkelte deltagere uddyber denne begrundelse med, at PM efter deres vurdering *"ikke for alvor får taget fat på gruppedynamikken imellem læger og personale"*, et element der for disse deltagere er *"meget centralt"*, hvis daglig kommunikation og samarbejde skal ændres.

2.5 Utilsigtede konsekvenser

Både på facilitatorernes udviklingsdag i efteråret 2007 samt under efterfølgende samtaler med facilitatorer er det fremhævet, at interne konflikter i de deltagende praksis kan mindske udbyttet af at deltage i PM. Dels har flere facilitatorer oplevet, at de har måttet aflyse eller afbryde et facilitatormøde pga. konflikter imellem deltagerne. Dels blev det på facilitatorernes udviklingsdag den 8. oktober 2007 fremhævet, at kvalitetsarbejde – f.eks. i form af PM – kan være med til at skabe konflikter, der i yderste konsekvens resulterer i, at den deltagende praksis oplever en tilbagegang i forhold til udgangspunktet. På den baggrund er alle interviewpersoner blevet spurgt, om de har oplevet nogle konflikter eller andre utilsigtede konsekvenser som følge af deltagelsen i PM.

Adspurgt er der ingen interviewpersoner, der angiver, at facilitatormøderne eller det efterfølgende arbejde med at udvikle valgte indsatsområder har givet anledning til konflikt eller andre typer utilsigtede konsekvenser. Især udsagnene fra de deltagere, der kommer fra flerlægepraksis, tyder dog på, at der er potentiale for konflikt med udgangspunkt i de emner, der sættes til debat via PM, men at dette ikke sker, fordi deltagerne er opmærksomme på, hvordan de skal agere.

Flere ansatte fra flerlægepraksis fortæller således, at man som ansat i en gruppepraksis må *"lære at arbejde for forskellige chefer med forskellige styrker og svagheder"*, og at *"man skal huske ikke at prikke til de forskellige lægers svage punkter [under facilitatormødet], for så ville det være svært at gennemføre"*. Enkelte læger fra gruppepraksis angiver i forlængelse heraf, at *"vi har hele tiden vidst, at vi ikke har de samme holdninger, men jeg syntes ikke, at PM har medvirket til nye konflikter"*, og *"ikke alle kan se nødvendigheden af, at vi har faste rammer for praksispersonalets arbejde"*.

I forlængelse af udsagn som ovenstående er ovenstående interviewpersoner dog generelt enige om, at *"det gode ved PM var, at vi kunne diskutere ting, som vi er uenige om åbent"* og at *"konsensus-skoringsen på mange måder var en naturlig anledning til at diskutere tingene konstruktivt"*.

2.6 Facilitatormødet

Facilitators rolle

Tilfredsheden med de facilitatorer, der har været i de enkelte praksis, er tæt på at være overvældende! Facilitatorerne beskrives på tværs af de interviewede praksis som *"dygtige mødeledere, der var gode til at sikre, at alle kom til orde", "vidende om livet i en praksis", "gode til at hjælpe med at forklare indholdet af dimensionerne og hjælpe med at skabe konsensus med udgangspunkt i vores forskellige scorer"* og *"dygtige til at holde os på sporet uden at tvinge noget igennem"*.

I forlængelse af ovenstående positive udsagn mener de fleste deltagere, at man *"helst skal være praktiserende læge"* for at være facilitator, men der er også en del interviewpersoner, der tilkendegiver, at det godt kan være en sygeplejerske eller en udviklingskonsulent, *"så længe det er en person, der har indgående kendskab til livet i en praksis"* og som *"kommer her for vores skyld"*.

Herudover er der end del interviewpersoner, der fremhæver det som en klar fordel, at de facilitatorer, der er involveret i PM, fordi de er rekrutteret blandt praktiserende læger, der i forvejen deltager i kvalitetsarbejde, er kollegaer, der *"nyder høj faglig anerkendelse"*. En fagligt anerkendt kollega, som lægerne kender perifert, skaber ifølge flere interviewpersoner *"tryghed"* og *"lyst til at lægge alle kort på bordet"* også *"de rigtigt ømme punkter"*

Omvendt er der bred enighed om, at facilitator *"helst ikke skal kende praksissen for godt,"* da deltagerne tror, at det vil mindske deres villighed til at lægge alt på bordet, såvel som facilitatorens villighed til *"for alvor at trykke på de ømme punkter"*, og *"det skal i hvert fald ikke være en fra nabopraksissen!"*

Deltagerne er også generelt enige om, at kombinationen af en ekstern facilitator og kompensationen for at holde praksis lukket *"forpligter praksis til at prioritere mødet højt"*. Flere fortæller under interviewene, at *"hjælpen udefra"* – og især *"opfølgningen på andet møde"* – har fået dem til at *"sætte en ære i at kunne fremvise forbedringer på de valgte indsatsområder"*.

Selvom deltagerne kun har positive tilkendegivelser om facilitatorens rolle, mener godt halvdelen af deltagerne, at de *"nok ikke behøver en facilitator for at arbejde videre med PM-redskabet efter de to første møder"*.

Praksis Matrix skemaet og mødets struktur

Brugen af et facilitatorskema og en ekstern mødeleder med kendskab til arbejdet i en praksis giver, ifølge alle interviewpersoner en mødestruktur, der gør det muligt at komme igennem facilitatorskemaet på to timer. Generelt udtrykker deltagerne stor tilfredshed med arbejdsformen og dimensionerne, der som tidligere beskrevet *"giver overblik"*, dækker væsentlige aspekter af praksis' organisation, og gør *"kvalitetsarbejde håndgribeligt"*.

Lidt under halvdelen af interviewpersonerne – de fleste fra praksispersonalet – fortæller dog, at det på første møde *"går så stærkt"*, at det er svært at gennemskue, *"hvad det egentlig var, vi diskuterede og besluttede"*.

De ansatte knytter bl.a. disse vanskeligheder til, at *"der var nogen af spørgsmålene, som vi fra personalet har svært ved at svare på; det var spørgsmål, som primært henvender sig til lægerne"*. Lægerne knytter i højere grad deres usikkerhed til *"manglende logik i skemaets opbygning"*, *"uklare formuleringer"*, og *"at enkelte kategorier [faglig information var den de kunne komme i tanke om] er dårligt tilpasset en dansk kontekst"*.

2.7 PM som proces

Under dette emne er deltagerne dels blevet bedt om at evaluere den hidtidige proces, og dels blevet bedt om at overveje, hvilke muligheder (og ønsker) de ser i forhold til at gøre PM til en tilbagevendende proces.

Ikke overraskende oplever de fleste deltagere, at andet møde er nemmere at gå til end det første, og at facilitatorskemaet er mere forståeligt på andet møde.

De fleste deltagere vurderer, at den nuværende struktur med et facilitatormøde en gang om året har været passende. Deltagerne efterlyser derfor ikke hyppigere facilitatormøder, men en del efterspørger – som beskrevet under afsnit 2.3 – en mere aktiv opfølgning og støtte fra PM/deres facilitator, i det år der går imellem facilitatormøderne.

Adspurgt om deres vurdering af det samlede forløb fortæller flere deltagere, at facilitatorskemaet efter deres vurdering *"blev jappet lidt hurtigt igennem på andet møde"*, og at det var *"en lidt flad fornemmelse, at projektet bare sluttede"* efter de to møder.

I forlængelse heraf ser deltagerne i fem af de syv praksis, hvor der er udført interview, gerne, at PM bliver gjort til en tilbagevendende begivenhed, og de vil også anbefale PM til deres kolleger. Sololægen fra Jylland er i princippet for, at PM bliver til en tilbagevendende begivenhed, men erkender samtidig at:

"Hvis jeg ser på, hvad det har bragt ind indtil videre, burde jeg jo sige nej. Men jeg har også svært ved at smide mine gamle skjorter ud. Det sker først, når der er nogen, der siger det til mig – så jeg ville nok sige ja, fordi jeg syntes det er en god ide".

Flertallet af ovenstående deltagere betinger dog en evt. fremtidig deltagelse af, at der sker en videreudvikling af de kategorier og dimensioner, der anvendes. Alle de interviewede læger vurderer også, at en betingelse for, at et redskab som PM kommer bredt ud til de praktiserende læger, er, at deltagelsen fortsat er gratis, og at deltagende praksis fortsat kompenseres for at holde lukket. Lægerne fra de tre deltagende praksis fra Sjælland finder dog, at *"PM er vigtigt nok for os, til at vi gerne ville fortsætte uden kompensation"*.

Interviewpersonerne fra den store samarbejdspraksis mener ikke, at *"PM er et fantastisk nok tilbud til, at vi har lyst til at prøve igen."* Et udsagn de begrundet med, at *"facilitatormødet bliver mere indhold end proces, når man er 20 mennesker"*, *"vi oplevede jo heller ikke, at vi havde store huller"*, samt at

"For os var det ikke så nyt at lave noget i fællesskab, selv om opsplittelsen mellem lægegruppen og praksispersonalet stadigvæk er helt tydelig. PM måtte måske godt være lidt mere farligt. Der er jo ikke nogen, som holder en op på, om man når sine mål. Der er heller ingen kvalitetsvurdering ved det".

2.8 Betydningen af praksis størrelse

I alle interview blev deltagerne spurgt, hvilken betydning størrelsen af deres praksis har haft for udbyttet og arbejdet med PM.

Af interviewpersonernes svar fremgår det, at de hver især oplever forskellige fordele og ulemper, som er forbundet med størrelsen af deres praksis. Interviewene tyder også på, at der er en række forskelle på, hvordan hhv. de fire mindste og de tre største praksis har arbejdet med PM, samt hvilke udfordringer de har oplevet. Dette afsnit opsummerer og sammenligner disse forskelle.

Udsagn fra små praksis

I de fire mindste praksis, fortæller personale og læge(r), at de har *"et tæt samarbejde"*, og at de *"kender hinandens opgaver og rutiner godt"*. Derfor forbinder interviewpersonerne fra de små praksis i lille grad deltagelsen i PM med ny viden om hinandens opgaver.

Deltagerne fra de fire mindste praksis har, iht. egne udsagn, ikke oplevet det lille deltagerantal (2-4 deltagere) som et problem for udbyttet af facilitatormødet. En af de to solopraksis valgte dog bevidst at holde facilitatormøderne sammen med den anden praksis, som klinikken deler lokaler og udstyr med. Lægen fortæller, at det under mødet var *"meget inspirerende, at vi kunne snakke sammen og sammenligne. Vi vidste godt, hvor vi gør tingene forskelligt, men det kan være udmærket at måle direkte op ad hinanden"*, når der skal vælges indsatsområder.

Af fordele, som er forbundet med at være lille, fremhæver flere deltagere, at de har en *"kort beslutningsvej"* og *"et tæt og ligeværdigt samarbejde"* mellem læger og personale. Ulempen er til gengæld, at *"der er meget begrænsede ressourcer at trække på"*, og at *"den store udfordring er, at PM meget let drukner i hverdagen"*.

Et andet forhold, der har gjort sig gældende i alle de fire mindste praksis samt tremandskompagniskabet, er, at de er sårbare overfor personaleudskiftninger og fravær: To steder er der kommet ny kompagnon, og to steder er praksispersonalet udskiftet eller gået på barsel – forhold som ifølge lægerne *"lægger hårdt pres"* på deres ressourcer i form af *"tid"* og *"overskud til kvalitetsarbejde"*. I de to solopraksis har disse forhold, ifølge lægerne været medvirkende til, at de *"slet ikke har fået arbejdet med indsatsområderne"* i perioden mellem de to facilitatorbesøg.

Udsagn fra store praksis

I de praksis, der har mere end to læger, fortæller de fleste deltagere, at de enten har fået ny viden om andre funktioners arbejde, eller at de har anvendt PM som en lejlighed til at gøre opmærksom på deres opgaver og eventuelle problemstillinger forbundet med disse.

Deltagerne fra den største praksis har oplevet praksissens størrelse som en hæmsko for udbyttet af PM, fordi der *"ikke er så meget plads til at diskutere og lade alle komme til orde, når der er 20 deltagere til facilitatormødet"*. Som en mulig løsning på sådan et problem foreslår interviewpersonerne, at store praksis opdeles i to grupper, der først holder et facilitatormøde hver for sig, og efterfølgende samler op og diskuterer i fællesskab.

Deltagerne fra tremands- og femmandskompagniskabet har ikke oplevet, at praksissens størrelse havde nogen negativ betydning for udbyttet af facilitatormødet.

Om arbejdet med at komme fra indsatsområde til praksis fortæller deltagerne fra de tre største praksis, at arbejdet med de valgte indsatsområder lettes betydeligt af, at de kan fordele ansvaret, så hver tovholder kun er ansvarlig for et enkelt område – evt. sammen med en kollega. Endvidere fremhæver flere det som en fordel, at de er *"vant til at holde møder"* og *"strukturere"* de beslutningsprocesser, der skal til for at realisere en forandring i hverdagen.

Omvendt fortæller flere interviewpersoner, at *"det kræver meget tid"* og *"arbejde"* at nå en fælles beslutning i et stort hus, og enkelte ansatte fortæller, at det *"godt kan være vanskeligt"* at følge med i lægernes beslutninger. En ansat påpeger således, at *"arbejdet med PM har en tendens til at drukne i de personer og funktioner"*, der er i en stor praksis.

2.9 Hjemmeside

Under interviewene er alle deltagere udspurgt om deres kendskab til PMs hjemmeside. Interviewene viser, at næsten alle deltagere er klar over, at der er en hjemmeside. Ca. halvdelen har besøgt den,

primært *"for at orientere sig om PM"* før eller efter et facilitatorbesøg. De deltagere, der har besøgt hjemmesiden, synes, at *"den er fin"*, *"indeholder mange interessante informationer"* og *"nyttige links"*.

Der er dog ingen deltagere, der har besøgt hjemmesiden pga. et oplevet problem eller ud fra et ønske om at komme videre med et indsatsområde, og ingen deltagere fortæller, at de har anvendt – eller haft gavn af – hjemmesidens informationer i arbejdet med deres indsatsområder.

To af de interviewede læger har en enkelt gang være logget på den lukkede del af hjemmesiden. Den ene læge syntes, at det var *"interessant at sammenligne sig med andre praksis"*. Den anden læge loggede på umiddelbart efter første facilitatorbesøg, men *"kunne ikke sammenligne vores praksis med andre, fordi der endnu ikke var lagt indberetninger på, og jeg har ikke været logget på siden"*.

Om årsagerne til den manglende brug af hjemmesiden fortæller næsten alle deltagere, at arbejdet med deres indsatsområder ikke har *"givet anledning til at opsøge udefrakommende hjælp"*, og at de *"ikke har følt behov for at besøge siden"*. Endvidere angiver flere, at de ikke har brugt mere end et par minutter til at kigge sig omkring på siden på grund af *"manglende tid"*.

Deltagerne blev også spurgt om, hvad der kunne få dem til at bruge hjemmesiden i arbejdet med deres indsatsområder. Blandt de forslag, de fremkom med, var,

1. At facilitator sætter tid af til at introducere hjemmesiden ordentligt.
2. At der i forbindelse med facilitatormødet uddeles en beskrivelse af hjemmesiden, hvor også praksissens kodeord står.
3. At PM tre måneder efter facilitatormødet sender en reminder om arbejdet med indsatsområderne og information om hjemmesiden.

Herudover var der enkelte deltagere, der efterlyste mulighed for at *"læse om andre praksis erfaringer med PM"*, samt mulighed for at *"sende forslag til indsatsområder, erfaringer og input"* direkte til PM organisationen via hjemmesiden.

2.10 Gennemgang af omfang og årsager til frafald fra projektet

I dette afsnit opsummeres omfanget og årsagerne til det frafald, der har været under projektperioden. Ud af 56 deltagende praksis har seks praksis ikke ønsket at modtage andet besøg af de årsager, der er anført i nedenstående tabel:

Tabel 2.1 Oversigt over årsager til frafald fra PM

Årsag Praksis	Manglende udbytte	Personaleudskiftning	Andet
1	X	X	
2			Praksis er lukket pga. sygdom
3	X		
4	X	X	
5	X		Praksissens facilitator er sprunget fra projektet efter 1. runde
6	X		

Af tabellen ses, at en praksis er faldet fra pga. årsager, der ikke har noget med PM at gøre, mens fem er faldet fra pga. manglende forventet udbytte. To af de fem praksis angiver herudover, at årsagen, til at de ikke forventer et udbytte, er personaleudskiftninger.

Dermed er der fem praksis, svarende til lidt under 10 % af de samlede deltagerantal, som er faldet fra projektet pga. manglende oplevet eller forventet udbytte.

Herudover er der tre praksis, svarende til godt 5 %, der har valgt at udskyde 2. facilitatorbesøg til efter projektets afslutning. Alle tre praksis angiver manglende tid som årsag til ønsket om at udskyde 2. møde. Det er pt. usikkert, om disse praksis rent faktisk gennemfører 2. møde.

Ovenstående gennemgang viser, at projektets samlede frafald er mellem 10 og 15 %, afhængigt af om de praksis, der har udskudt 2. besøg, tælles med eller ej. Gennemgangen viser også, at de årsager, der angives til ikke at gennemføre eller udskyde 2 møde, er konsistente med interviewundersøgelsens resultater, hvor netop personaleudskiftning, manglende tid og vanskeligheder med at forankre PM i hverdagen angives som væsentlige barrierer for udbyttet af at deltage i PM.

3. Diskussion

3.1 Deltagernes vurdering af udbytte samt styrker og svagheder ved PM

På baggrund af de udførte interview kan det konkluderes, at næsten alle interviewpersoner på tværs af praksis og faggrupper sidder tilbage med et positivt indtryk af PM og det udbytte, deres praksis har fået ud af at deltage i projektet. Interviewpersonernes udsagn om facilitatorerne styrker de eksisterende – meget positive – evalueringer (1), og der er ingen, som foreslår ændringer af facilitatorens rolle i forbindelse med facilitatormøderne.

Interviewene viser, at mange deltagere oplever PM som en form for åndehul eller fristed i en hverdag, der – ifølge dem selv – er så travl, at de færreste har overskud og tid til selv at programsætte kvalitetsudvikling, som involverer hele praksissen. Næsten alle deltagere opfatter også, at de emner, der sættes under lup på facilitatormøderne, er relevante, legitime og overvejende dækkende for hverdagen i almen praksis. Der er således ikke afdækket væsentlige ønsker om ændringer i den nuværende arbejdsform på facilitatormøderne. Et flertal af deltagerne er åbne overfor at gøre PM til en tilbagevendende begivenhed, men betinger dog evt. videre deltagelse med, at der sker en løbende videreudvikling af de kategorier og temaer, der anvendes.

Undersøgelsen viser, at de deltagende læger ser det som en meget stor værdi, at PM bygger på frivillig og gratis deltagelse, samt at praksissen kompenseres for tabt indtjening under møderne. Tre forhold som, ifølge lægerne, motiverer og sikrer, at et redskab som PM kommer bredt ud. Der er også mange deltagere, der lægger vægt på, at facilitator kommer for deres skyld, og alle deltagere ser det som en nødvendighed, at facilitatorerne kender hverdagen i almen praksis indgående. Disse to forhold fremmer, ifølge deltagerne, praksissens læring og udbytte af at deltage i PM.

Det er dog også væsentligt at være opmærksom på, at en del deltagerne fortæller, at de enten ikke har haft et konkret udbytte, eller har haft et lille udbytte af deltagelsen i PM. Det er også væsentligt, at flere læger, når de bliver spurgt, medgiver, at en af årsagerne, til at de opfatter PM som så godt og behageligt et redskab, er, at der ikke er tilknyttet nogen formel forpligtelse om en egenindsats fra den deltagende praksis side.

Sammenlignet med andre kvalitetstiltag finder læger og personale det overvejende positivt, at PM inddrager hele praksis og et bredt spektrum af opgaver i kvalitetsarbejdet. I forlængelse heraf fremhæver flere deltagere PM som en klar modsætning til en evt. fremtidig akkreditering, der af disse opfattes som et tiltag, der i højere grad skal tilgodese omgivelsernes end praksissens behov.

I forlængelse heraf fremgår det dog også af interviewene, at en del deltagere tilsyneladende er usikre på, om deres organisation og kvaliteten af praksissens arbejde er i orden, og der er mange, som har set deltagelsen i PM som et middel til at få disse forhold belyst. Dette har flere steder ført til, at deltagerne usikkerhed efter eget udsagn er helt eller delvist afkræftet, når deres facilitator har fortalt, at de ikke scorer dårligere end andre deltagende praksis, eller når 2. møde viser, at praksissen har forbedret sig.

Til gengæld er der flere deltagere, der fremhæver, at PM, sammenlignet med andre og mere specifikke redskaber til kvalitetsudvikling, bevæger sig på overskriftsniveau, hvorfor det kan være en udfordring at koble et indsatsområde til hverdagen i praksis. I forlængelse heraf tyder undersøgelsen på, at praksispersonalet er mere forbeholdne overfor både metoden og udbyttet af PM, end de deltagende læger. Bl.a. fordi det går meget hurtigt på møderne, og fordi en del praksispersonale føler sig delvist hægtet af på især de kliniske indsatsområder.

Opsamling

Deltagernes tilkendegivelser om PM tyder på, at de sundhedspolitiske ønsker om at få større indblik i den kliniske og organisatoriske hverdag i almen praksis fylder en del i de deltagende lægers overvejelser om kvalitetsudvikling og organisation. I forlængelse heraf viser undersøgelsen, at PM redskabet af de deltagende læger opfattes som legitimt og udbytterigt. Derfor virker det sandsynligt, at redskabet i sin nuværende form er i en god position til at nå bredt ud i almen praksis.

Undersøgelsen bekræfter, at der er en tendens til (1; 7), at læger er mere positive og oplever et større udbytte af PM end deres personale. Et lille flertal af deltagerne kan godt tænke sig, at PM gøres til en tilbagevendende begivenhed på betingelse af, at der sker en løbende udvikling af de kategorier og indsatsområder, der arbejdes med, samt at der ikke ændres på finansieringen af deltagelsen.

3.2 Deltagernes arbejde med at forankre forandring

Undersøgelsen har afdækket tre forhold, som er centrale for deltagende praksis' arbejde med at gøre PM til et springbræt for udvikling og kvalitetsforbedring i hverdagen. Det drejer sig om tovholderens funktion, praksissens mødestruktur samt opfølgning og støtte i regi af PM.

Tovholdere

Der er bred enighed om, at udnævnelse af tovholdere er et godt middel til at komme i gang med PM. Undersøgelsen viser dog, at mange deltagere har en vis ambivalens overfor tovholderrollen, og den opgave- og ansvarsfordeling som den repræsenterer: På den ene side forbinder deltagerne udnævnelsen af tovholdere med områder, hvor praksissen har flyttet sig, både som følge af den enkelte tovholders individuelle arbejde og i kraft af den enkelte tovholders evne til at holde resten af praksissen op på, at der skal ske noget. På den anden side har flere deltagere oplevet, at resten af praksissen ikke er gode til at holde den enkelte tovholder op på, at der skal ske noget, i de tilfælde hvor vedkommende ikke selv lægger sig i selen. Endvidere er der (især i de tre største praksis) en del deltagere, der fremhæver, at forandring på tværs af praksissen kræver *andet og mere* end en tovholderfunktion og individuelt arbejde.

Praksismøder

Det *andet og mere*, som i næsten alle praksis er anvendt til at understøtte tovholderens arbejde, er praksismøder. Af deltagernes udsagn om praksismødernes funktion fremgår det, at fælles og faste møder er essentielle for at kunne omsætte valgte indsatsområder til praksis. Når det fungerer godt, er det på disse møder, der opstår synlige resultater i kraft af, at tovholderens indledende arbejde drøftes, og der laves aftaler om – og vejledninger til – hvordan de skal implementeres i praksis. Når det fungerer dårligt, fortrænger hverdagens travlhed, sygdom og andre mere presserende opgaver enten mødet eller PM fra dagsordenen. På samme måde som under tovholderrollen tyder interviewene således på, at sandsynligheden for at opnå konkrete resultater øges, hvis PM indtænkes med en vis automatik i praksissens mødestruktur.

Opfølgning og støtte i regi af PM

Undersøgelsen peger entydigt på, at deltagerne fra de interviewede praksis ikke på eget initiativ har overvejet muligheden for at involvere eksternt bistand til arbejdet med PM. Under interviewene var der dog en hel del deltagere, der, i forlængelse af de barrierer de har oplevet i forbindelse med tovholderfunktionen og praksissens fælles arbejde med PM, efterlyste et mere formaliseret samspil med deres facilitator. Først og fremmest for at få et redskab til at holde fast i intentionen om at gøre noget ved

de valgte indsatsområder, sekundært fordi enkelte interviewpersoner mener, at de kunne have brugt facilitator som hjælp til at komme videre med konkrete indsatsområder.

Opsamling

Undersøgelsen viser, at udbyttet af at udnævne tovholdere ikke overraskende afhænger af de personer, som udnævnes, men interviewene viser også, at udbyttet afhænger af, om der er en organisation og en fælles forpligtelse til at understøtte tovholdernes arbejde. Dette forhold gør sig gældende i små såvel som i store praksis. Interviewene tyder dog på, at deltagere fra små praksis i udgangspunktet er mindre opmærksomme på, hvordan arbejdet med PM kan organiseres⁴, end deltagere fra store praksis. Selvom de største praksis har en organisation, der i højere grad er gearret til at arbejde med PM, tyder interviewene dog på, at det er vanskeligere at implementere aftalte forandringer i store praksis end i de små. I både store og små praksis er der således grund til sætte fokus på, hvordan arbejdet med PM kan organiseres hensigtsmæssigt.

Den hjælp til organisering, som deltagerne på tværs af store såvel som små praksis efterspørger – når der spørges ind til emnet – knytter sig til aftaler, der i højere grad programsætter PM, og giver et fælles ansvar for arbejdet med valgte indsatsområder. Konkrete initiativer, som interviewpersonerne nævner, er: Aftalte deadlines, faste møder og automatisk opsamling – frem for opsamling der primært sker på tovholderens initiativ. Adspurgte er der også en del af deltagerne, der ser et potentiale for at forbedre deres udbytte af PM, hvis deres facilitator hjælper med at skabe gode rammer og rutiner for arbejdet.

3.3 Personaleudskiftning og ændringer i praksissens organisation

Personaleudskiftninger og ændringer i praksissens organisation viste sig under interviewene (og i årsagerne til projektets frafald) at udgøre en væsentlig barriere for de deltagende praksis' arbejde med PM. Det er således centralt, at deltagerne fra de fem mindste praksis alle peger på, at forskellige kombinationer af personaleudskiftning og/eller udvidelse af deres praksis har hæmmet arbejdet med PM, mens dette tilsyneladende ikke har spillet en rolle i de to største praksis.

Ifølge deltagernes udsagn resulterer ændringer i organisation og/eller personale i en form for undtagelsestilstand, som er med til at fortrænge arbejdet med PM. Det udtrykkes mest markant i de to solopraksis, hvor personaleudskiftninger ifølge lægerne har været medvirkende til, at de slet ikke har arbejdet med PM imellem de to facilitatorbesøg. I de to tomands- og det ene tremandskompagniskab, der har indgået i undersøgelsen, fremhæver interviewpersonerne ligeledes, at disse to forhold har udfordret og nogen gange udkonkurreret indsatsområderne fra PM, dog uden at arbejdet er sat helt i stå. Herudover begrundede to af de fem praksis, som ikke har gennemført PM, deres frafald med personaleudskiftninger.

Der er her to sammenhænge, som er værd at bide mærke i: For det første indikerer undersøgelsesmateriale, at "undtagelsestilstand" pga. personaleudskiftning og ændringer er almindelig i almen praksis. For det andet tyder materialet på, at personaleudskiftning ikke i samme grad opleves som et problem i de to største praksis, selvom der også her er sket ændringer under projektperioden.

Opsamling

Undersøgelsen tyder på, at arbejdet med PM er mere sårbart i små end i store praksis, når der sker personaleudskiftning og ændringer i praksissens organisation. Mulige årsager kan være, at det ikke betyder så meget, om der udskiftes en læge eller en ansat i en praksisorganisation, hvor der er flere

⁴ Et billede der bekræftes i (7), hvor det især er solopraksis der evaluerer PM negativt.

erfarne medarbejdere, som kan deles om at aflaste hinanden under indkøring af nyt personale eller læger. En anden mulig årsag kan være, at personaleudskiftninger formentlig sker så ofte i en praksis med mere end 10 personer, at man i højere grad er nødt til at organisere sig på en måde, der gør, at personaleudskiftninger kan håndteres som en del af hverdagen. En tredje mulig årsag kan være, at organiseringen af arbejdsopgaver, mødestrukturer og samarbejde i udgangspunktet ofte er mere formaliseret i store end i små praksis, hvilket kan betyde, at man er bedre forberedt på de krav, som kvalitetsudvikling stiller, jf. (Jf. 8).

3.4 Konsekvenser af deltagelsen i PM

Kvalitetsforbedringer

I fem af de syv praksis fortæller interviewpersonerne, at deltagelsen i PM har resulteret i konkrete resultater, som f.eks. knytter sig til, at der er

- ◆ Udarbejdet nye skriftlige instrukser
- ◆ Indkøbt nyt udstyr
- ◆ Sket en formalisering af praksissens møder og efteruddannelsesvirksomhed
- ◆ Er indført diagnosekodning
- ◆ Er indført registrering af utilsigtede hændelser.

I de praksis – og på de indsatsområder – hvor det er gået bedst, har der ifølge deltagerne været en god synergi imellem tovholdernes individuelle arbejde og den fælles beslutningstagen på praksissens møder. I de praksis – og på de indsatsområder – hvor der ikke er skabt forandring, skyldes det ifølge deltagerne forskellige kombinationer af manglende ressourcer, manglende engagement og mangelfuld organisering.

De udførte interview tyder på, at lægerne har været den primære drivkraft for arbejdet med de valgte indsatsområder, samt at de indsatsområder, som lægerne påtager sig ansvaret for, generelt er mere kliniske, end de indsatsområder personalet gøres ansvarlige for.

Kommunikation og samarbejde

Selvom mange deltagere fremhæver det tværfaglige og fælles udgangspunkt for PM som en klar styrke, er der ingen interviewpersoner, der har oplevet, at deltagelsen i PM har givet anledning til ændringer på dette område i deres dagligdag.

Konflikter

Der er ingen deltagere, som har oplevet, at deltagelsen i PM har skabt nye – eller forstærket eksisterende – konflikter i deres praksis.

Opsamling

Det er ikke muligt at drage konklusioner, vedrørende hvor mange og hvor reelle forandringer deltagelsen i PM har resulteret i, i de undersøgte praksis⁵. Der er dog tre forhold som understreger, at der formentlig er et betydeligt potentiale for at forbedre udbyttet af at deltage i PM:

1. For det første er der de mange barrierer, som deltagerne fremhæver, for arbejdet med at omsætte indsatsområder til hverdag.
2. For det andet er der en relativ stor efterspørgsel på en mere aktiv opfølgning og støtte fra PM organisationen.
3. For det tredje viser en tidligere opgørelse, at tovholderne i gennemsnit bruger 4-5 timer på deres indsatsområde – hvilket vurderes at være relativt beskedent.
4. For det fjerde er der ingen af de interviewede deltagere, der har oplevet reelle ændringer i praksisens daglige kommunikation og samarbejde, ligesom PM ingen steder har udfordret deltagerne i en grad, der har resulteret i konflikter.

3.5 Hjemmeside

Interviewene viser, at de fleste deltagere i forbindelse med 1. facilitatormøde mundtligt er blevet informeret om, at der findes en hjemmeside. Ca. halvdelen af deltagerne har besøgt hjemmesiden og angiver, at de er tilfredse med indholdet. Der er dog intet, som tyder på, at hjemmesiden af deltagerne er indtænkt som et hjælpemiddel i arbejdet med PM. Kun to deltagere har forsøgt at sammenligne sig med andre praksis via hjemmesiden, og der er ingen deltagere, der har et ønske om at kunne sammenligne sig med andre deltagere (ud over den tilbagemelding de har fået fra deres facilitator).

Derved står deltagernes brug af hjemmesiden i skarp kontrast til intentionen med denne, såvel som det arbejde der er lagt i at lave den. Under interviewene pegede deltagerne på de samme barrierer, som går igen under de andre punkter (manglende ressourcer og manglende behov), men de havde også andre bud på forhold, der ikke fremmer en systematisk brug af hjemmesiden:

For det første var der mange som ikke havde fanget indholdet og formålet med hjemmesiden under facilitatormødet. For det andet var klinikens password, ifølge deltagerne, ingen steder nået videre end til den person, der havde fået det tilsendt. For det tredje kunne ingen deltagere huske at have fået nogen form for reminder om hjemmesiden, i den periode der gik imellem facilitatormøderne.

⁵ Der er ikke gennemført effektevalueringer af udbyttet af at deltage i PM. I forbindelse med den danske udgave af PM gennemføres en før- og efter sammenligning af de deltagende praksis' konsensussskore efter henholdsvis 1. og 2. facilitatormøde. Herved er der dokumentation for den selvvaluerede effekt i de deltagende praksis. Resultaterne af den samlede evaluering offentliggøres på: <http://www.praksismatrix.dk> sommeren 2008.

4. anbefalinger

Den samlede interviewundersøgelse giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefaling 1

Med henblik på at øge udbyttet blandt de praksis, som deltager i PM, anbefales at en evt. fremtidig udgave af PM aktivt understøtter deltagernes arbejde med at udmønte valgte indsatsområder til daglige rutiner. Det indebærer, at

- ◆ Der bør lægges en strategi for, hvordan arbejdet med PM kan programsættes og formaliseres uanset praksissens størrelse.
- ◆ Det bør som led i strategien overvejes at gøre PM til en tungere intervention, hvori der indgår systematisk opfølgning og sparring til deltagerne, f.eks. i form af telefonisk opsamling og afholdelse af et decideret opfølgningsmøde, hvor der ydes sparring til praksis'ens arbejde.
- ◆ Der i informationsmateriale og på facilitatormødet bør lægges større vægt på, hvilken egenindsats det kræver at få udbytte af PM, samt hvilke udfordringer der er forbundet med at deltage. Særlig fokus bør der være på betydningen af
 - Personaleudskiftning og organisationsændringer
 - Praksismøder
 - Praksisstørrelse
 - Samspillet mellem tovholdere og resten af praksissen.

Anbefaling 2

Med henblik på at udbrede deltagernes kendskab til og brug af PMs hjemmeside anbefales det at revidere facilitatorernes introduktion og opfølgning på følgende punkter:

- ◆ Da der ikke er identificeret nogen form for efterspørgsel efter at kunne sammenligne sig med andre praksis, bør det overvejes, om det er værd at anvende ressourcer på at videreudvikle og opdatere den del af hjemmesiden, hvor deltagere kan benchmarke deres praksis med andre.
- ◆ Introduktion til hjemmesiden på 1. facilitatormøde bør formaliseres således, at det sikres, at alle mødedeltagere får en grundig introduktion til indhold og brug af hjemmesiden – gerne illustreret med eksempler.
- ◆ Med henblik på at understøtte præsentationen af hjemmesiden kan der med fordel udarbejdes et kortfattet infoark, som på 1. møde udleveres til samtlige deltagere i PM. Et infoark bør meget kort beskrive hjemmesidens formål, indhold og brug.
- ◆ Det anbefales, at hjemmesiden indtænkes i en evt. strategi for opfølgning og støtte af arbejdet med PM imellem facilitatorbesøgene.

Anbefaling 3

I det omfang udvikling via PM gøres til en kontinuerlig proces, bør der ske en løbende videreudvikling af temaer og indsatsområder. Dette vil bl.a. kræve, at

- ◆ PM løbende afstemmes med øvrige tiltag til kvalitetsudvikling – f.eks. lægemiddelkonsulenter og ændringer i kronikerindsatsen som allerede i dag sættes i relation til PM af deltagere.
- ◆ Der afsættes ressourcer til løbende at revidere facilitatorskemaet og uddanne facilitatorerne.

Litteratur

1. Eriksson T, Hammer AV. Midtvejsrapport og kvalitativ evaluering. Region Hovedstaden; 2007.
2. Eriksson T. Praksis Matrix -Udvikling i praksis fordrer kommunikation og samarbejde. Practicus; 2007.
3. Eriksson T. Praksis Matrix et organisatorisk udviklingsredskab - Projektbeskrivelse for 2. halvdel af udviklingsforløbet. Region Hovedstaden; 2007.
4. Eriksson T, Friberg S. Debatoplæg: Organisatorisk udvikling i almen praksis. DAK-E; 2007.
5. Eriksson T, Lundh J, Gerlach L. Praksis Matrix i Region Hovedstaden. En metode til at udvikle almen praksis. Praksis Information januar 2007; 2007.
6. Elwyn G, Rhydderch A, Edwards A, H H, Marshall M, Myres P, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity MatrixTM. Qual. Saf. Health Care; 2004.
7. Løgstrup L. OSVAL II opgave. Løgstrup,L; 2008.
8. Kjellberg PK, Buch MS, Olsen KR, Juhl HH. Små og store lægehuse - et komparativt casestudie. Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

Bilag 1 Praksis Matrix Skema

Nedenstående skema udleveres til alle deltagere i PM. Efter at hver enkelt deltager i sit eget skema har vurderet praksis'ens udviklingsgrad for hver af de 11 dimensioner, diskuterer deltagerne sig i fællesskab frem til en konsensus score. Når alle 11 dimensioner er diskuteret igennem, udvælger deltagerne 2-3 dimensioner, som de gerne vil udvikle i det kommende år. Mødet afsluttes med, at der fastsættes et mål for, hvor meget praksis'en skal flytte sig på hver af de valgte dimensioner, samt at der for hver af de valgte dimensioner udnævnes en tovholder med ansvar for udviklingsarbejdet.

Registrering af kliniske data	Gennemgang af kliniske data med henblik på kvalitetsudvikling	Kliniske vejledninger	Faglig Information	Medicinordination
1) Alle notater og eksterne korrespondancer (udskrivningsbreve m.v. i tekst) registreres på computer	1) Der er ingen dataindsamling	1) Der foreligger ingen procedure omkring brug af kliniske vejledninger og retningslinjer	1) Der er intet system til arkivering og placering af faglitteratur	1) Der foreligger ikke oversigt over praksis' medicinordination
2) 1) opfyldt – og ikke digitaliserede korrespondancer scannes eller skrives ind	2) Lejlighedsvis dataindsamling foretages	2) Praksis har tilpasset kliniske vejledninger og retningslinjer til brug i egen praksis	2) Faglitteratur, relevante tidsskrifter og vejledninger er tilgængelige et sted i praksis	2) Der foreligger oversigt over medicinforbrug i praksis
3) Undersøgelser registreres på computer både i tekst og talformat	3) Der udføres dataindsamling og gennemgang af kliniske data	3) Praksis arbejder med at implementere kliniske vejledninger og retningslinjer i egen praksis	3) Faglitteratur, relevante tidsskrifter og vejledninger er tilgængelige i praksis. Forældet materiale fornyes	3) Ordinationsdata diskuteres i praksis
4) 1 – 3) opfyldt – og egne notater ICPC kodes men kun på udvalgte sygdomsområder eller ufuldstændigt	4) Regelmæssig dataindsamling og datagennemgang på få udvalgte kliniske tilstande	4) Kliniske vejledninger og retningslinjer er integreret i praksis' daglige arbejde	4) 3) opfyldt – og anvendes i forbindelse med konsultationer	4) Der findes klare retningslinjer for medicinordination og genordination i praksis
5) 1 – 4) opfyldt – og eksternt materiale ICPC kodes på disse udvalgte områder eller ufuldstændigt	5) Regelmæssig dataindsamling og datagennemgang på et bredt spektrum af kliniske tilstande	5) Overholdelsen af enkelte kliniske vejledninger og retningslinjer sikres ved indsamling og gennemgang af egne kliniske data	5) 1 – 4) opfyldt – og Internet-baseret information er tilgængeligt et eller flere steder i praksis	5) Praksis gennemgår regelmæssigt egen ordinationspraksis og egne retningslinjer og foretager relevante ændringer
6) 1 – 5) opfyldt – og egne notater ICPC kodes konsekvent	6) 5) opfyldt – og der foretages eksternt gennemgang af data	6) Overholdelse af kliniske retningslinjer undersøges for et bredt spektrum af kroniske tilstande og gennemgås	6) 1 – 5) opfyldt – og Internet-baseret information er tilgængelig fra skrivebordet i alle konsultationsrum	6) Ovenstående gennemføres for alle væsentlige medicingrupper
7) 1 – 6) opfyldt – og eksternt materiale ICPC kodes konsekvent	7) 6) opfyldt – og data rapporteres til en central database	7) 6) opfyldt – og der foretages eksternt vurdering af overholdelse af de kliniske vejledninger og retningslinjer	7) 1 – 6) opfyldt – og alle i praksis anvender Internettet til at finde klinisk information i forbindelse med konsultationer	7) Praksis modtager specialistrådgivning (f.eks. besøg af medicinkonsulent eller ALKE) vedr. ordinationspraksis
8) Undersøgelses-resultater i billedformat er tilgængelige på computer	8) 7) opfyldt – og systematiske dataopgørelser offentliggøres	8) 7) opfyldt – og de eksterne vurderinger offentliggøres	8) 1 – 7) opfyldt – og alle i praksis er øvede i at anvende Internettet til at finde klinisk information under konsultationer	8) Der foretages eksternt vurdering og specialistrådgivning af konkrete ordinationer

Personaleledelse	Efteruddannelse	Praksismøder	Patientinformation	Akut beredskab	Håndtering af UTH
1) Ej relevant	1) Der er ingen procedurer til at sikre personlig efteruddannelse af læger og personale	1) Der afholdes ingen møder i praksis	1) Der er ingen skriftlig patientinformation	1) Der findes hverken genoplivningsudstyr eller akutkasse i praksis	1) Utilsigtede hændelser (UTH) registreres
2) Der er indgået skriftlige kontrakter med alt praksispersonale	2) Der findes retningslinjer for kontinuerlig efteruddannelse af læger og personale	2) Der afholdes møder i praksis, men usystematisk	2) Usystematisk, tilfældig patientinformation	2) I praksis eksisterer en (skriftlig) instruks ang. akut, livstruende syg patient	2) UTH gennemgås undertiden ved møder i praksis
3) Alle ansatte får overenskomstmæssig løn	3) Der tages højde for kontinuerlig efteruddannelse af læger og personale i praksis' budgetlægning	3) Praksismøder afholdes regelmæssigt	3) Patientinformation af almen sundhedsoplysende karakter findes i venteværelset	3) I praksis findes en let tilgængelig akutkasse med medicin og genoplivningsudstyr (ilt)	3) UTH gennemgås regelmæssigt ved møder i praksis
4) Praksispersonalet modtager formaliseret introduktionsundervisning	4) Lægerne udnytter deres efteruddannelsesmidler, og praksispersonale udnytter deres 4 årlige efteruddannelsesdage	4) Praksismøder afholdes regelmæssigt og er veltilrettelagte	4) Der er patientinformations-foldere om kliniske emner i konsultationerne	4) Der er udnævnt en ansvarlig for vedligeholdelse og opdatering af udstyr og medicin	4) UTH resulterer i organisatoriske ændringer
5) Der foreligger arbejdsbeskrivelser for praksispersonale	5) Læger og praksispersonale diskuterer, hvilke efteruddannelsesstilbud de selv og klinikken har mest gavn af	5) Regelmæssige praksismøder med dagsorden, godkendelse af referat og faste handlingspunkter	5) Der udføres regelmæssig kvalitetsvurdering af patientinformationen	5) Alle i praksis er bekendt med indholdet af instruksen	5) Der udføres kliniske og organisatoriske analyser af utilsigtede hændelser
6) Der gennemføres medarbejdersamtaler årligt	6) 5) opfyldt og efteruddannelsen kobles til en samlet plan for praksis' udvikling	6) Ovenstående opfyldt og det sikres, at beslutninger gennemføres	6) Det er muligt at skaffe elektronisk patientinformation via kliniske informationssystemer i konsultationen	6) Der er udnævnt en ansvarlig for at nyansatte læger/personale instrueres i akutberedskabet	6) 5) diskuteres til møder i praksis
7) De årlige medarbejdersamtaler er formaliserede	7) Læger og praksispersonale sikrer, at den viden, de opnår ved kurser, bliver tilgængelig for alle i praksis	7) Ovenstående opfyldt – derudover involvering af et udvidet hold af sundhedspersonale lokalt (f.eks. sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker)	7) Elektroniske informationskilder er tilgængelige for patienter i venteværelset	7) Der afholdes årligt øvelser i akutberedskabet, således at alle i praksis i en akut situation ved, hvad de skal gøre	7) 5) og 6) resulterer i organisatoriske ændringer
8) Praksisudviklingsplan formidles og diskuteres ved møder i praksis	8) Læger og praksispersonale modtager eksternt rådgivning med henblik på udarbejdelse af personlige efteruddannelsesplaner	8) Ovenstående opfyldt og derudover samarbejde med de kommunale forvaltninger – herunder socialforsorgen	8) Individuelt tilpasset information til patienter er tilgængelig (f.eks. PRE-CARD scoring o.l.)	8) Der er aftalt procedurer, der sikrer, at akutberedskabet lever op til gældende standarder	8) Betydningen af analyser af UTH evalueres

Bilag 2 Interviewguide PM

Introduktion: Formål, anonymitet osv. Ikke en evaluering af jeres indsats, men af Praksis Matrix projektet.

Navn, stilling, uddannelse, antal år i praksis.

1. Åbent: Udbyttet ved at deltage i PM
 - a. Deltagernes egen version af det vigtigste udbytte
 - b. Sammenligning med andre kvalitetsudviklingstiltag
2. Konsensusscoringen – hvad satte den i gang ift.:
 - a. Kommunikation?
 - b. Samarbejde?
 - c. Konkrete nye aftaler forandring?
 - d. Utsigtede effekter?
 - i. Konflikter?
 - ii. Andet?
3. Tovholderfunktion
 - a. I hvilket omfang er der udnævnt tovholdere?
 - b. Hvordan har evt. tovholdere grebet opgaven an?
 - c. Betyder det noget, om der er en tovholder eller ej?
4. Forankring af forandring
 - a. Indsatsområder?
 - b. Arbejdet med at nå de opstillede mål (Hvem, hvad, hvordan)?
 - c. Målopfylde?
 - d. Forhold der har haft betydning for arbejdet med opstillede mål?
 - e. Var det på grund af PM, at der blev arbejdet med pågældende mål?
5. 1. vs. 2. møde
 - a. Forberedelse?
 - b. Sammenhæng imellem møderne?
 - c. Lettere at gå til anden gang?
 - d. Udbyttet af andet møde?
6. Opfølgning og støtte
 - a. Anvendelse af ekstern hjælp til at arbejde med udviklingsmål?
 - b. Udækket behov for ekstern hjælp?
 - c. Andet der skal tages med videre i forhold til opfølgning og processtøtte?
7. Størrelse: Lille eller stor – betydning for:
 - a. Facilitatormøderne?
 - b. Arbejdet med opfølgning og udvikling mellem møderne?
8. Interesse for at fortsætte
 - a. Hvorfor/hvorfor ikke?
 - b. Betydningen af at praksis bliver kompenseret økonomisk?
9. PM som proces
 - a. Forslag til ændringer af facilitatorens rolle?
 - b. Forslag til udvikling af redskabet?
10. Manglende brug af hjemmesiden
 - a. Kendskab?
 - b. Brug?
 - c. Udbytte?
 - d. Ønsker?
11. Noget at tilføje?

Referenceliste

1. Eriksson T, Hammer AV. Midtvejsrapport og kvalitativ evaluering. Region Hovedstaden; 2007.
2. Eriksson T. Praksis Matrix -Udvikling i praksis fordrer kommunikation og samarbejde. Practicus; 2007.
3. Eriksson T. Praksis Matrix et organisatorisk udviklingsredskab - Projektbeskrivelse for 2. halvdel af udviklingsforløbet. Region Hovedstaden; 2007.
4. Eriksson T, Friberg S. Debatoplæg: Organisatorisk udvikling i almen praksis. DAK-E; 2007.
5. Eriksson T, Lundh J, and Gerlach L. Praksis Matrix i Region Hovedstaden. En metode til at udvikle almen praksis. Praksis Information januar 2007; 2007.
6. Elwyn G, Rhydderch A, Edwards A, H H, Marshall M, Myres P et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity MatrixTM. Qual. Saf. Health Care; 2004.
7. Løgstrup L. OSVAL II opgave. Løgstrup,L; 2008.
8. Kjellberg PK, Buch MS, Olsen KR, and Juhl HH. Små og store lægehuse - et komparativt case-studie. Dansk Sundhedsinstitut; 2008.