



Ledelse og udvikling i almen praksis

*Et pilotstudie om de ledelsesmæssige udfordringer
i et lægehus i udvikling*

Sidsel Vinge

Dansk Sundhedsinstitut
Januar 2010

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 2010

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 978-87-7488-645-7 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2543

Design: DSI

Forord

Både udfordringer og forventninger til de praktiserende læger står i kø. Samtidig med at der er rekrutteringsproblemer i flere regioner, bliver lægerne mødt med krav om udvidet kapacitet, mere koordination og højere kvalitet. For at kunne møde disse udfordringer forventer såvel regionerne – som forhandler de praktiserende lægers kontrakter – og staten, at en almen praksis i fremtiden bliver større og ansætter mere personale.

Vi ser dermed en fremtid i møde, hvor almen praksis går fra små solopraksis eller praksis med to læger til større enheder med 3-6 læger. Samtidig vil lægerne ansætte flere sygeplejersker, sekretærer, laboranter og andet personale. Vi vil se en række fusioner blandt de praktiserende læger, og vi vil se den typiske praksis-organisation vokse fra 2-5 personer til 8-15 personer. Vi ved, at både fusioner og organisationer med vokseværk skaber en række udfordringer i forhold til ledelse og kultur i organisationen. Men præcis hvad er det for organisatoriske udfordringer, almen praksis er ved at kaste sig ud i?

Det er netop dette spørgsmål senior projektleder Sidsel Vinge analyserer i dette pilotstudie. Det gør hun ved at stille skarpt på en enkelt praksisorganisation, som er skabt via en nylig fusion og efterfølgende personaleudvidelse. Ved at zoome ind på en konkret praksisorganisation viser dette studie, hvordan ledelse, valg af personale, uddelegering af opgaver med mere udfordrer en nyfusioneret mellemstor praksisorganisation.

Publikationen er en del af Dansk Sundhedsinstitut program om almen praksis, der undersøger udfordringerne i almen praksis i forhold til kapacitet, kvalitet, produktivitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Der er udgivet en række publikationer under dette program, som alle kan downloades gratis fra www.dsi.dk. Dette studie følges i løbet af 2010 op af en analyse af de større praksisorganisationers evne til at levere en højere kapacitet, samt regionernes indsats for at fremme kapacitetsforøgelsen i almen praksis. Desuden er der analyser på vej af regionale forskelle i styringsindsatsen og variationen i såvel kvalitet, ydelse og henvisninger i almen praksis.

Projektet er samfinansieret af AstraZeneca og Dansk Sundhedsinstitut.

Der er foretaget internt review af senior projektleder Pia Kürstein Kjellberg.

Jakob Hansen

Projektleder og programkoordinator for Almen Praksis-området

Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
Indledning og formål: Udfordringer og udviklinger i almen praksis	11
Fra makro til mikro – fra visioner til virkelighed	12
Metode	15
En tak til informanterne	15
Introduktion til lægehuset	17
Fusion	17
Medarbejderprofiler	18
Lokalerne, udstyr og IT	18
Patienterne	19
Introduktion til caseanalysen	21
Tre perspektiver på arbejdet i Lægehuset og i almen praksis	23
Ejerlægerens refleksioner	23
De ansatte lægers refleksioner	24
Specialist i almindeligheder og banaliteter	24
Vigtigheden af at høre til et sted og være en del af noget	25
Tanker om ejerskab, ansvar og ledelse	26
Personalets refleksioner	28
Selvstændigt arbejde i en overskuelig organisation præget af kontinuitet	28
Det handler om sygdom	29
Ydelser i en butik	29
Kun i almen praksis: Lægelig ledelse møder sygeplejekultur	31
Opsamling: Tre perspektiver på arbejdet Lægehuset og i almen praksis	32
Første udfordring: At skabe fælles fodslag	35
Hvad gør vi her i huset?	35
Hvordan gør vi her i huset?	37
Lægernes arbejdstid	37
Aktiviteter udenfor lægehuset	38
Arbejdets organisering og hverdagens struktur	39
Pauser: Faglig sparring og socialt samvær og i hverdagen	44
Opsamling: Fælles fodslag om hvad vi gør, og hvordan vi gør det	49
Anden udfordring: Uddelegering af opgaver til personalet	51

Hvad skal sygeplejerskerne lave – og hvorfor?.....	51
At systematisere og strukturere	55
Patientreaktioner på uddelegering: Lægens rolle i overdragelsen	58
Sygeplejerskernes forventninger om medinddragelse i uddelegering.....	60
Opsamling: En miniguide til uddelegeringsprocessen i praksis.....	61
Tredje udfordring: At være leder.....	65
Diskussion: Ledelse i almen praksis.....	69
Efterskrift: Lægehuset et år efter.....	73
Litteratur	75

Resumé

I denne rapport undersøges de ledelsesmæssige udfordringer i hverdagen i en almen praksis, der vokser og får flere ansatte. Rapporten tager udgangspunkt i et enkelt lægehus godt to år efter en fusion, hvor en tomandspraksis med begrænset sekretærhjælp og en solopraksis helt uden ansatte blev slået sammen samtidig med, at der blev ansat to sygeplejersker og en læge i et vikariat med henblik på medejerskab. Lægehuset er dermed et eksempel på den generelle udvikling mod større lægehuse med flere ansatte. Rapporten giver et indblik i, hvilke dilemmaer, udfordringer og muligheder denne udvikling rummer for ansatte såvel som for ejere.

Analysen sætter fokus på tre centrale udfordringer ved at være et nyfusioneret lægehus i vækst, hvor flere læger og forskellige typer personalegrupper skal samarbejde: 1) At skabe fælles fodslag, 2) at uddelegere til personalet, og 3) at gå fra at være læge til også at være leder.

Desuden har analysen vist, at henholdsvis ejerlæger, ansatte læger og personalet har forskellige perspektiver på udviklingen og arbejdet i lægehuset. Disse tre perspektiver præsenteres ligeledes i analysen.

Da der er tale om et lægehus, som på undersøgelsestidspunktet står midt i en udviklingsproces, rummer analysen ikke klare anbefalinger til, hvordan disse udfordringer og perspektivforskelle bør håndteres. Formålet med dette pilotstudie er at få synliggjort og konkretiseret de ledelsesmæssige udfordringer i en almen praksis i vækst og udvikling. Dette giver grundlag for en mere præcis og konkret debat om behovet for ledelse i almen praksis i forbindelse med en udvikling i retning af større og mere tværfaglige lægehuse.

At skabe fælles fodslag

Det er en udfordring i Lægehuset at finde fælles fodslag omkring hverdagens arbejde og dets organisering. Der er en lang række spørgsmål til, *hvad* man gør i et fælles lægehus, men i mindst lige så høj grad *hvordan* man gør, som kræver enighed mellem kompagnoner. *Hvad* man gør handler i høj grad om enighed i forhold til klinisk praksis i hverdagen – altså hvordan man behandler forskellige tilstande – herunder graden af videnskabelighed og evidensbaseret af praksis. *Hvordan* man gør handler i højere grad om emner som arbejdstid og graden af ensartethed i arbejdsvilkår, herunder fx engagement i aktiviteter udenfor lægehuset, organisering af hverdagen og prioriteringen mellem visiteret og uvisiteret patientkontakt og tid og rum til faglig sparring og socialt samvær i hverdagen.

Når det er en udfordring at finde fælles fodslag, skyldes det, at disse forhold er med til at fastlægge indholdet i hverdagens arbejde for den enkelte. Samtidig berører det principielle tilgange til arbejdet i almen praksis og til lægens rolle. Disse spørgsmål bliver meget synlige, når almen praksis udvides med nye medarbejdere med andre fagligheder, og ofte også andre erfaringsmæssige baggrunde.

At uddelegere opgaver

Når antallet af ansatte stiger, stiger behovet for uddelegering også. Faktisk er bedre arbejdsdeling en af pointerne med den ændrede organisation. Rapporten præsenterer en miniguide til uddelegering i praksis. Samlet set tegner de forskellige perspektiver på uddelegering af opgaver et billede af en proces, som indeholder flere generelle elementer og spørgsmål, der kræver afklaring undervejs. Rækken af delelementerne giver et indblik i mere generelle udfordringer, som uddelegeringsprocessen kan rumme. Guiden er delt op i ni punkter under fire hovedoverskrifter:

- ◆ Hvilke (typer af) opgaver skal uddelegeres til hvilket personale?
- ◆ Hvad skal personalet konkret gøre? – og hvor går grænserne for lægens involvering?
- ◆ Hvilke kompetencer har personalet? – og hvordan sikres nødvendige kompetencer?
- ◆ Hvordan overdrager lægen patienterne til personalet? – og gør hun det konsekvent?

At være leder

Tredje udfordring er relateret til det at skulle være leder i en voksende organisation med kompagnoner såvel som ansatte. Ejerlægerne oplever, at de bruger langt mere tid på organisering, strukturering og uddelegering, end de havde forudset. Der er mange opgaver i forbindelse med at have såvel ansatte læger som sygeplejersker for første gang, som kræver, at lægerne i langt højere grad sætter rammer omkring arbejdet og tydeliggør deres ønsker til medarbejderne – altså tydeliggør deres ledelse. Dette er i høj grad kommet bag på lægerne, som begge er meget erfarne praktiserende læger. Patientarbejdet og den faglige udvikling omkring dette rummer ikke de store udfordringer for lægerne, der beskrives af deres yngre ansatte kollegaer som meget evidens- og kvalitetsbevidste. Men hele den ledelsesmæssige overbygning, som følger med at fusionere og skabe et større lægehus med ansatte læger og sygeplejerspersonale, kræver nogle ganske andre kompetencer af lægerne. Lægerne oplever, at det er en stor udfordring at gå fra at være medicinsk ekspert til også at skulle være leder.

Tre perspektiver på arbejdet i almen praksis

Et nyfusioneret lægehus er en lille, men kompleks organisation, hvor tværfaglig ledelse bliver hverdag. Dermed er perspektivforskellene en væsentlig del af baggrunden for at forstå og håndtere de udfordringer, som fusionen skaber.

- ◆ **Ejerlægernes perspektiv** på arbejdet i almen praksis var i høj grad præget af den fusionsproces, de har været igennem. Deres motivation til fusionen var på den ene side sololægens lyst til kollegaer og lægeligt samarbejde, på den anden side et ønske om større fleksibilitet og mindre afhængighed af den enkelte læges konstante tilstedeværelse. Men samtidig kæder lægerne fusionen sammen med et ønske om bedre kvalitet i patientbehandlingen: Både som funktion af, at der er flere læger, der kan sparre med hinanden, men også som funktion af, at nogen opgaver med fordel kan uddelegeres til andet personale og dermed give lægerne mere tid til de opgaver, som de er bedst til.
- ◆ **De ansatte lægers perspektiv** på arbejdet i almen praksis er præget af, at de er relativt nyuddannede speciallæger set i forhold til ejerlægerne, og at de endnu ikke er ejere. De reflekterer over både deres valg af speciale og det at skulle gå fra lønmodtager til at blive (med)ejere og leder. Begge er glade for deres valg af speciale, og ser det som en vigtig lægefaglig opgave at hjælpe patienterne med de sundhedsrelaterede problemstillinger, som er væsentlige for dem, også selv om mange af dem ikke *"fejler noget lægefagligt"*, som en ansat læge formulerer det. Udfordringen er at tage alle patienter alvorligt og behandle dem *"på en ordentlig og professionel måde"*, men samtidig sikre at man *"fanger de syge"*. Begge ansatte læger sætter pris på, at de – på trods af at de er midlertidigt ansatte – oplever en højere grad af kontinuitet i relation til patienter og øvrige medarbejdere, og dermed også at de i højere grad hører til og har *"et territorium"* i en betydeligt mindre og langt mere overskuelig organisation, end et hospital. Samtidig er de ambivalente over for et fremtidigt (med)ejerskab af en praksis. De er ikke afvisende over for ledelsesopgaverne. Derimod ser de ikke frem til de praktiske og administrative opgaver og ansvar, som følger med, når man går fra ansat til ejer. Ingen af dem udtrykker en egentlig lyst til at (med)ejere en praksis.

Men de vil ikke fortsætte med korte ansættelser her og der, og de vil gerne have mere indflydelse. Strukturen i sektoren i dag tillader ikke en fast ansættelse uden ejerskab. Det betyder, at de er nødt til at købe sig ind i en praksis – med alt hvad dertil hører af langsigtede bindinger, personaleansvar, ledelsesansvar og praktisk ansvar.

- ♦ **Sygeplejerskernes perspektiv** lægger vægt på, at Lægehuset er en lille organisation præget af stor kontinuitet i relationer til både patienter og kollegaer. De beskriver deres arbejde som selvstændigt, om end det i høj grad drejer sig om sygdom på en mere faktabaseret måde, end sygeplejerskerne har været vant til, og de derfor ofte har brug for sparring med lægerne i forhold til konkrete beslutninger. Det betyder, at læger og sygeplejersker arbejder meget tæt og tværfagligt sammen i almen praksis, og ikke mere eller mindre parallelt, som i store dele af det øvrige sundhedsvæsen. Det giver en del udfordringer, fordi sygeplejerskerne oplever, at lægernes kultur med hensyn til både kommunikation, feedback og læring er meget anderledes end deres egen. Skiftet til et ydelsesbaseret honoreringssystem, og de udfordringer det har givet sygeplejerskerne, har også præget deres syn på arbejdet i almen praksis.

Baggrunden for projektet

Der stilles mange krav og ønsker til almen praksis i disse år: Bedre kronikeromsorg til et stigende antal syge, mere opsporing og forebyggelse af livsstilssygdomme, såvel som af andre typer af medicinske indlæggelser. Der er forventninger om et bedre samarbejde med kommunerne, og en bedre håndtering af tidligere udskrivninger i primærsektoren generelt. Samtidig er der et politisk ønske om større lægehuse med mere personale som basis for at opnå en mere rationel fordeling af arbejdsopgaverne i praksissektoren, og en praksissektor med mere tilgængelighed der kan aflaste sekundærsektoren og honorere krav om mere systematisk kvalitetssikring og -udvikling.

Der har til gengæld været meget lidt fokus på ledelse og organisering i almen praksis, og dermed er der også meget lidt viden om området. Fokus i forskningen såvel som debatten omkring almen praksis har primært været på patienters møde med almen praksis som indgangen til sundhedsvæsenet, almen praksis i samarbejde og samspil med sundhedsvæsenets øvrige aktører, og almen praksis set i et større styringsmæssigt perspektiv, med fokus på den decentrale struktur og de begrænsninger den giver i direkte styringsmuligheder.

Viden om disse områder er væsentlig for at kunne håndtere udfordringerne i det samlede sundhedsvæsen og i almen praksis i særdeleshed. Det samme gælder dog i allerhøjeste grad også ledelse og organisering i almen praksis. Alligevel har der indtil nu ikke været det samme fokus på almen praksis som organisation med alle de ledelsesmæssige udfordringer dette indebærer.

Almen praksis består ikke længere af enkeltmandsvirksomheder, men af tværfaglige organisationer der kræver god ledelse for at kunne leve op til de mange nye krav og forventninger. Der er derfor behov for en konstruktiv og fremadrettet diskussion om, hvordan vi kan sikre, at praktiserende læger har den viden og de kompetencer, der skal til for at kunne løse de ledelsesmæssige opgaver, som udviklingen placerer på lægens bord.

Metode

Analysen er baseret på interviews med i alt syv personer: to ejerlæger, to ansatte læger, to sygeplejersker og en sekretær. Desuden indgår diverse interne dokumenter og skriftligt materiale fra lægehuset om alt fra opgavefordelinger til interne visionspapirer. Der er tale om et casestudie, der kan give detaljeret viden om, hvilke typer af udfordringer og muligheder den beskrevne udvikling rummer i en

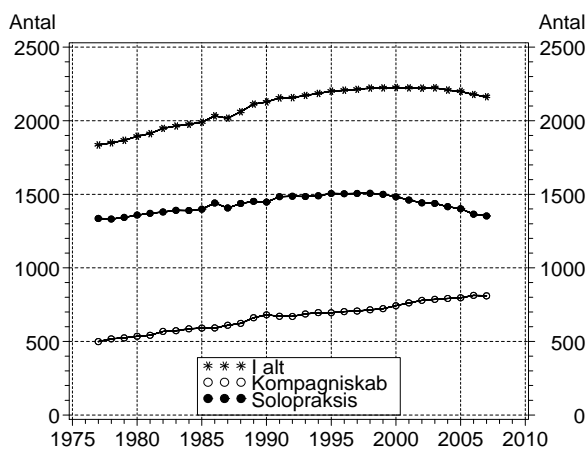
konkret case. Formålet er således ikke at evaluere udviklingen i den undersøgte case eller at generalisere om, hvordan praktiserende læger eller deres ansatte i almindelighed håndterer udviklingen. Det ville kræve et større og anderledes undersøgelsesdesign.

Indledning og formål: Udfordringer og udviklinger i almen praksis

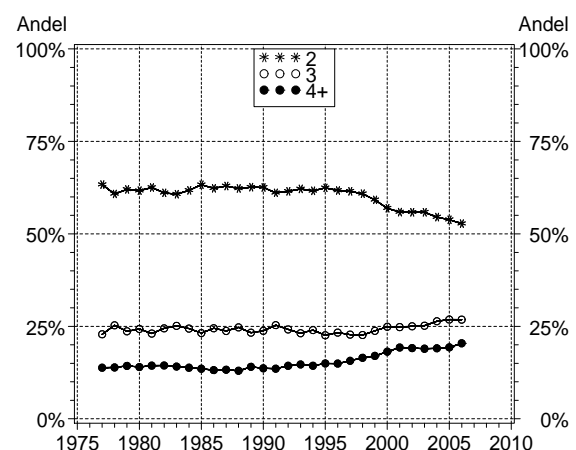
Der stilles mange nye krav og forventninger til almen praksis i disse år: Både fra politikere lokalt, regionalt og nationalt, i rapporter og kommissioner såvel som fra borgere, patienter og medarbejdere. Der er politiske ønsker om en bedre kronikeromsorg til et stigende antal syge, mere opsporing og forebyggelse af livsstilssygdomme såvel som af andre typer af medicinske indlæggelser¹. Der er klare forventninger om et bedre og mere sammenhængende samarbejde med kommunerne, som med strukturreformen har fået flere opgaver på sundhedsområdet. Der er også ønsker om, at primærsektoren samlet set både bliver bedre til at håndtere tidligere udskrivninger.

Samtidig er der et politisk ønske om større lægehuse med mere personale som basis for at opnå en mere rationel fordeling af arbejdsopgaverne i praksissektoren og dermed sikre, at de løses på det laveste effektive omsorgs- eller omkostningsniveau (jf. LEON-princippet). Den seneste praksistælling viser da også, at udviklingen går mod færre læger i solopraksisser og flere i kompagniskab – særligt i kompagniskaber med tre eller flere læger:

Figur 1. Antal lægepraksis fordelt på kompagniskabs og solopraksis* og i alt 1977 til 2007



Figur 2. Antal læger i kompagniskabspraksis 1997 til 2007



Kilde: "Praksistælling 2007", baseret på PLO's medlemsregister, Praktiserende Lægers Organisation 2007.

* Læger i solopraksis er i praksistællingen defineret som læger, der ikke deler et ydernummer. Disse kan imidlertid godt indgå i samarbejdspraksis. Det samme gælder læger i kompagniskab. Definitionen af en samarbejdspraksis i praksistællingen: Hvis de gruppe 1-sikrede er tilmeldt det enkelte ydernummer, men denne har konsultationsfællesskab med andre ydernumre – f.eks. fælles kliniklokaler, venteværelse, klinikassistance, hvor udgifterne deles – regnes lægen som deltager i samarbejdspraksis. I praksistælling 2007 er andelen af samarbejdspraksisser ikke opgjort. I 2005 var det 14 % af alle kompagniskaber, der deltog i et samarbejde, mens det var 32 % af solopraksisserne. ("Praksistælling 2005", Praktiserende Lægers Organisation.)

Samtidig stilles krav om mere systematisk kvalitetssikring og -udvikling, og Den danske Kvalitetsmodel har også kurs mod almen praksis og den øvrige primære sundhedssektor, når den er implementeret i sekundærsektoren.

¹ Fx har en MTV for nylig vist, at praktiserende læger via en systematisk opfølgende indsats i samarbejde med den kommunale plejesektor kan yde en omkostningseffektiv forebyggelsesindsats i relation til genindlæggelser af ældre (1).

På ønskelisten til almen praksis står også en bedre tilgængelighed, hvilket er en ikke ubetydelig udfordring set i lyset af rekrutteringssituationen i praksissektoren over de næste år, hvor mange praktiserende læger må formodes at gå på pension. Som der fremgår af figur 3, har demografien blandt praktiserende læger ændret sig markant de seneste år. Og trods forsøg på fastholdelse af de store årgange, vil de før eller siden forlade arbejdsmarkedet. Der har længe været spået en generel mangel på praktiserende læger, men praksiskommissionen peger på, at der alt i alt vil være en stigning i antallet af praktiserende læger frem til 2020, dog med midlertidigt fald indenfor perioden og med regionale problemer med lægedækning særligt i udkantsområder (2). Men en del af udfordringen i relation til tilgængelighed handler også om, at vi bruger almen praksis mere og mere: 9 ud af 10 danskere går til lægen hvert år, og vi gør det oftere og oftere. Således gik vi til lægen 5,7 gange om året i 1997, mens vi sidste år gik til lægen 7,4 gange². Det er en stigning på godt 30 %.

Den regionalt set ujævne udvikling i lægedækningen, den generelt stigende efterspørgsel efter ydelser fra almen praksis og ønsket om flere opgaver, særligt på forebyggelses- og kronikerområdet, skaber et behov for at udvide kapaciteten i sektoren. Der er således brug for alle hænder i praksissektoren: Både de læger, som ønsker at være herre i eget hus, men også dem som enten for en kortere eller længere periode i deres karriere ønsker at være ansatte praktiserende læger. Og ikke mindst er der behov for at uddelegere opgaver til andre personalegrupper.

Ofte betragtes almen praksis som en sektor bestående af praktiserende læger, der ejer og driver en lille enkeltmandsvirksomhed. Der sættes så at sige mere eller mindre implicit lighedstegn mellem almen praksis og praktiserende læger. Dette er i stigende grad forkert. Udviklingen går i retning af flere ansatte: Godt halvdelen af de praktiserende læger har ansat mere personale i løbet af de sidste tre år, og gennemsnitlig har godt 91 % af alle lægepraksisser ansat hjælpepersonale – langt de fleste mellem 2 og 5 fuldtidsansatte (3). Der er i dag tre gange så mange sygeplejersker i almen praksis som for 15 år siden³, og dermed er almen praksis klart det ansættelsesområde for sygeplejersker, som er i kraftigste vækst, selvom det stadig er sekretærgruppen, der den største personalegruppe i almen praksis med omkring 2.450 lægesekretærer (5). Almen praksis bør derfor ikke ses som enkeltmandsvirksomheder, men i stedet som små organisationer hvor uddelegering, arbejdsdeling, organisering, kvalitetssikring af medarbejderes arbejde, og ikke mindst ledelse af både ansatte læger såvel som tværfaglig personaleledelse er nogle af de udfordringer, som hver dag møder praktiserende læger, og som skal håndteres, hvis almen praksis skal kunne honorere de krav, der stilles til sektoren.

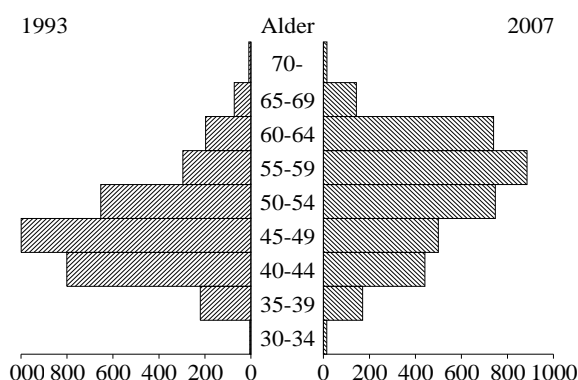
Fra makro til mikro – fra visioner til virkelighed

Almen praksis er en sektor i udvikling, og det skorter ikke på krav og forventninger til udviklingen i disse år. Men ét er ønsket – noget andet er virkeligheden ude i praksis. Sidstnævnte ved vi i dag ikke meget om, idet debatten om almen praksis nu og i fremtiden ofte har et meget overordnet præg, hvor udfordringer, udviklinger, problemer og løsninger diskuteres på et generelt plan. Derfor ved vi meget lidt om, hvad alle disse udviklingstendenser og udfordringer betyder ude i hverdagens praksis.

² Tallene stammer fra Danmarks Statistiks opgørelser over kontakter med almen læge og befolkningsstørrelse.

³ Ifølge DSR's medlemsstatistik var der 555 sygeplejersker i lægekonsultation i 1994, mens der i 2009 var 1532 (4).

Figur 3. Aldersfordeling, praktiserende læger 1993 og 2007



Kilde: "Praksistælling 2007", baseret på PLO's medlemsregister, Praktiserende Lægers Organisation 2007.

Og måske er der også mange praktiserende læger, som har svært ved at se sig selv håndtere alle disse krav og forventninger i en presset hverdag. Flere læger, flere ansatte, mere systematisk uddelegering, arbejdsdeling og kvalitetssikring samt mere struktureret samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige parter er alle forhold, der placerer en lang række nye opgaver på lægens bord. Men hvad er det helt konkret for opgaver og udfordringer, som udviklingen i retning af større praksis og flere medarbejdere skaber i hverdagen? Denne rapport bidrager til at belyse dette spørgsmål. Dermed skifter fokus fra de mange udfordringer og visioner på makroniveau, til de udfordringer som virkeligheden rummer på mikroniveau i et enkelt lægehus.

Rapporten studerer et lægehus godt to år efter en fusion af en tomandspraksis med begrænset sekretærhjælp og en solopraksis helt uden ansatte. Ud over selve fusionsprocessen er hverdagen i lægehuset præget af udfordringer i forbindelse med udvidelse af kompagniskabet via salg af ekstra ydernummer samt ansættelse og uddelegering til nyt sygeplejepersonale. Der er således tale om et lægehus, som har kastet sig ud i den ønskede udvikling i retning af større praksis, mere personale, mere uddelegering og mere systematik i bl.a. kronikerbehandlingen.

Formålet med rapporten er at bidrage med mere og frem for alt konkret viden om, hvordan udviklingen i praksissektoren tager sig ud på et mikroniveau i en praktisk hverdag. Der er særligt fokus på de ledelsesmæssige udfordringer i hverdagen, som en sådan udviklingsproces rummer: Hvilke dilemmaer, udfordringer og muligheder skaber en udvikling i retning af større og mere tværfaglige lægehuse for ansatte såvel som for ejere?

Rapporten giver således politikere, embedsmænd eller forskere et indblik i, hvordan virkeligheden tager sig ud i et lægehus i udvikling. Men casen rummer også refleksioner, perspektiver og idéer til handling, som kan inspirere de læger eller medarbejdere i almen praksis, som selv står over for eller midt i en lignende udviklingsproces. Lægehusets ejere beskriver således, at de oplever, at de i høj grad har gjort alting helt fra scratch, og at de ikke har haft meget andet end deres egne erfaringer – gode som dårlige – at lære af og hente inspiration i. Som en af dem udtrykker det:

“Vi er jo blevet klogere i dag, og hvis vi skulle fusionere i dag og starte en ny lægepraksis, så ville vi måske allerede fra dag ét skulle tænkte anderledes, end vi gjorde.” (Erik, ejerlæge)

Ud over at skabe mere konkret viden om udviklingsprocesser i almen praksis, er det således også et håb, at casen kan gøre det muligt for praktiserende læger og deres medarbejdere, at reflektere over, inspireres af og således lære af andres erfaringer.

Metode

Rapporten er baseret på et casestudie af et lægehus, som på undersøgelsestidspunktet fra juni-oktober 2008 havde i alt syv medlemmer. Lægehuset er valgt, fordi DSI havde kendskab til, at det på undersøgelsestidspunktet befandt sig midt en i fusions- og udvidelsesproces. Dette muliggjorde et studie af udviklingen, mens den foregik.

For at belyse lægehuset som organisation er alle syv interviewet individuelt, med undtagelse af de to ejerlæger som efter eget ønske er blevet interviewet sammen. Interviewene har fokuseret på den enkeltes medarbejders historik og arbejde i lægehuset, men har også belyst mere generelle spørgsmål i relation til udviklingen i lægehuset med fokus på hvilke dilemmaer, udfordringer og muligheder udviklingen har skabt for lægehuset og for den enkelte? Herunder konsekvenserne af at gå fra solopraksis til kompagniskabspraksis; af at der både er ejerlæger og ansatte læger; og af at der er flere ansatte medarbejdere.

Alle interviews er foregået i lægehuset, bortset fra interviewet med den ene af de to ansatte læger som foregik privat hos hende. Alle interviews er skrevet ud som grundlag for analysen. Af hensyn til deltagerne er fornavnene på alle informanter ændret.

I analysen inddrages også diverse interne dokumenter og skriftligt materiale fra lægehuset om alt fra opgavefordelinger til interne visionspapirer.

Fokus for analysen er for det første de forskellige perspektiver på arbejdet i Lægehuset og i almen praksis mere generelt, som denne klinik med ejerlæger, ansatte læger og personale rummer. Disse perspektivforskelle danner udgangspunkt for en bedre forståelse af analysens andet fokus, som er de tre primære udfordringer, som Lægehuset efter fusion og personaleudvidelse står overfor: 1) At skabe fælles fodslag om alle væsentlige forhold fra kliniske praksis til arbejdsorganisering, 2) at skabe den ønskede uddelegering af opgaver til personalet, og 3) at gå fra "bare" at være læge til også at være leder. Rapportens struktur er bygget op efter disse temaer.

Da der er tale om et casestudie, er det vigtigt at understrege, at formålet er at få mere konkret og detaljeret viden på mikroniveau om, hvilke typer af udfordringer og muligheder den beskrevne udvikling rummer i praksis – både set fra forskellige medarbejders samt fra ejeres perspektiv. Formålet er således ikke på nogen måde at evaluere udviklingen i den undersøgte case eller at generalisere om, hvordan praktiserende læger eller deres ansatte i almindelighed håndterer udviklingen i retning af større lægehuse med flere ansatte.

En tak til informanterne

Rapporten omhandler et lægehus midt i en turbulent fusions- og udvidelsesproces. Denne proces vidner i sig selv om et højt ambitionsniveau blandt ejerlægerne, der af egen drift har kastet sig ud i at opbygge et nyt og større lægehus med flere ansatte – og med alt hvad dertil hører af udfordringer og muligheder. Begge lægehusets ansatte læger påpegede under interviews, at de oplevede, at de to ejerlæger er meget ambitiøse og har en høj faglig standard, samtidig med at Lægehuset som arbejdsplads også får roser med på vejen: *"Jeg synes det har været positivt og et utroligt rart sted at være"*, som en ansat læge formulerer det.

Det høje faglige såvel som udviklingsmæssige ambitionsniveau er også kombineret med en stor åbenhed omkring de udfordringer, som de er løbet ind i undervejs. Alle informanter, ikke mindst de to ejerlæger, har været meget åbne omkring disse udfordringer i forbindelse med empiriindsamlingen. DSI

har således fået adgang til interne dokumenter med mange åbne og selvkritiske refleksioner, men også interviewmaterialet rummer en høj grad af kritisk refleksion i forhold til egen (ledelses)praksis. Datamaterialet rummer således en høj grad af indsigt i hverdagslivet i almen praksis.

De to ejere har valgt at åbne hele deres hus for denne undersøgelse, mens de stod midt i en turbulent tid, hvor støvet absolut ikke havde lagt sig efter en fusion og en del efterfølgende personaleudskiftning, og hvor det endnu ikke var lykkedes dem at finde den sidste kompagnon, de søgte. Dette vidner om en ambitiøs og åben kultur, der stræber efter at videreudvikle og løse udfordringer. De to ejerlæger har erkendt, at vejen frem handler om at turde diskutere de svære og kritiske spørgsmål åbent. Denne attitude præger hele datamaterialet.

Der skal derfor lyde en meget stor tak fra forfatteren til alle medvirkende i Lægehuset. Både for jeres tid og engagement, men i allerhøjeste grad også for den tillid og åbenhed Lægehusets ejere såvel som ansatte har udvist.

Introduktion til lægehuset

Lægehuset ejes i dag af lægerne Marianne og Erik⁴ i kompagniskab. Lægehuset har dog i alt tre ydernumre, hvoraf det ene er ubesat. Men der er ansat en speciallæge i almen medicin i et vikariat med henblik på evt. at købe sig ind (på det ubesatte ydernummer). Derudover er der to konsultationssygeplejersker (hhv. 32 og 35 timer ugentligt), som havde været ansat i hhv. 1 år og 4 måneder på interviewtidspunktet og en sekretær gennem ca. 4 år (18 timer ugentligt).

Fusion

Den nuværende klinik, i denne case kaldet "Lægehuset", blev skabt i april 2006 ved en fusion af to hidtidige klinikker, der lå i samme lokalområde. Erik havde gennem 15 år drevet en solopraksis i sin privatbolig. Han har ikke haft fast personale tidligere, bortset fra timeansat sekretær for en del år tilbage. Hans hustru har fungeret som hjælper i klinikken og har hjulpet med bogføring. Desuden har han været lægevagtschef i ca. 15 år, et hverv han nedlagde i forbindelse med fusionen. Marianne havde en kompagniskabspraksis, hvor den anden læge gik på pension. Denne klinik havde haft to sekretærer på deltid i ca. en fuldtidsstilling tilsammen. Den ene blev pensioneret ca. et år før fusionen, og en ny kom til godt to år inden fusionen (Birgit). De to lægehuse havde haft et godt samarbejde og kendskab til hinanden i årene op til fusionen, og de havde fx henvist til hinanden i forbindelse med ferier og deltaget i samme 12-mandsforening. Ejerlægerne beskriver optakten til fusionen således:

"Vi har lidt gennem tiderne talt om, at det kunne være sjovt at slå os sammen, men det var bare aldrig blevet til noget før 2006." (Erik, ejerlæge)

Oprindeligt var planen, at Marianne først skulle finde en ny kompagnon, og derefter skulle de to klinikker fusionere. To læger var på prøve over sammenlagt næsten et år, men ingen af dem var interesserede i at træde ind af forskellige personlige grunde. Da den sidste forlod klinikken kontaktede Marianne Erik og foreslog, at de først slog sig sammen og dernæst fandt en ny kompagnon og nye lokaler. Fusionen blev en realitet, men det lykkedes ikke at finde nye lokaler, og to år efter leder de stadig efter en ny kompagnon.

De første år efter fusionen har der således været flere ansatte. På lægesiden havde Marianne og hendes tidligere kompagnon, i året inden han gik på pension, to forskellige læger ansat i vikariater på ca. tre måneder hver – begge med henblik på eventuelt at købe sig ind, men det lykkedes ikke at sælge det ydernummer, som ville blive ledigt ved kompagnonens pension. Efter fusionen havde Marianne og Erik en vikar i det ledige ydernummer i ca. et år, som heller ikke ønskede at købe sig ind. Herefter blev endnu en vikar ansat på deltid (Signe), som efter ½ år valgte at satse på en anden praksis, som hun af forskellige årsager var mere interesseret i at købe sig ind i. Hun medvirker i undersøgelsen, fordi hun forlod Lægehuset i interviewperioden. En ny læge, Tone, blev ansat umiddelbart herefter – igen med henblik på ejerskab, og Tone er stadig ansat i Lægehuset i dag. Der er to ejerlæger og en ansat læge i en trelægepraksis. På sygeplejesiden blev der kort efter fusionen ansat en sygeplejerske, som sagde op efter godt et år. Herefter blev to sygeplejersker ansat samtidig, hvoraf den ene sagde op efter ca. 1 år, mens den anden stadig er ansat (Anne), og i den ledige stilling blev endnu en sygeplejerske ansat, som også stadig er i klinikken (Lise).

⁴ I næste afsnit findes en oversigt over de enkeltes profiler.

Medarbejderprofiler

I casen bruges ordet *medarbejdere* om alle, der arbejder i Lægehuset. Det vil sige både ejerlæger, ansatte læger, sekretær og sygeplejersker. Derimod bruges ordet *ansatte* kun om ansatte medarbejdere – altså alle bortset fra de to ejerlæger.

Lægehusets medarbejdere beskrives i de følgende profiler:

Marianne er ejerlæge, uddannet i læge i 1989 og speciallæge i almen medicin i 1997. Har siden 1999 og frem til fusionen været i kompagniskab sammen med én anden læge, hvor hendes tidligere kompagnon gik på pension.

Erik er ejerlæge, uddannet læge i 1983 og speciallæge i almen medicin i 1991. Han har siden 1991 og frem til fusionen haft en solopraksis, hvor han har fået nogen hjælp fra sin hustru, som ikke er sundhedsfagligt uddannet, og med sekretærvikarer som eneste øvrige personale.

Signe har været ansat læge og blev uddannet læge i 1996 og speciallæge i almen medicin i 2007. Hun har undervejs både arbejdet i Norge og Grønland. Fra december 2007-juni 2008 var hun ansat i Lægehuset to dage om ugen. Samtidig arbejdede hun i en anden praksis to en halv dag om ugen, og her valgte hun at satse på at købe sig ind.

Tone er ansat læge og blev uddannet læge i 1996 og speciallæge i almen medicin i 2006. Hun har blandt andet været ansat i medicinalindustrien samt i to andre lægehuse (foruden en turnusperiode i Jylland). Blev i juni 2008 ansat med henblik på at købe sig ind som kompagnon i Lægehuset.

Birgit er lægesekretær og uddannet i 1978. Hun har arbejdet på Rigshospitalet, i speciallægepraksis og i Lægehuset i godt fire år. Hun arbejder 18 timer om ugen fordelt på to dage hver anden uge og tre dage de andre uger. Da ejerlægerne har varslet, at de ønsker en ny fordeling af de 18 timer på fire dage hver uge, og da dette passer dårligt med Birgits arbejdsønsker og privatliv, planlægger hun at forlade Lægehuset. Hun beskriver sine opgaver således: *"Jeg taler med patienterne 80 procent af tiden. De sidste 20 procent bruger jeg på almene sekretæropgaver."*

Anne er uddannet sygeplejerske i 1988. Hun har arbejdet på hospitaler i 10 år på intensiv, medicinsk og gynækologisk afdeling. Hun forlod hospitalssektoren til fordel for en stilling som hjemmesygeplejerske bl.a. pga. vagtbelastningen, som harmonerede dårligt med familielivet, men også fordi arbejdet på intensiv bød på svære etiske dilemmaer. Hun fandt hjemmesygeplejen yderst interessant, men efter en del omstrukturering i kommunen, havde hun efter to år lyst til at komme i almen praksis. Hun har været i lægehuset i 1¼ år på interviewtidspunktet og arbejder 30 timer om ugen.

Lise er uddannet sygeplejerske i 1989 og har arbejdet 10 år i hospitalssektoren samlet set, overvejende på det medicinske område, herunder fem år på en medicinsk akutmodtagelse. Ind imellem har hun været ude i primærsektoren og arbejde på plejehjem og med genoptræning på et kommunalt plejecenter. Hun blev leder i det kommunale system og har indenfor det sidste år afsluttet en diplomlederuddannelse, men ønskede at *"komme tilbage til basis i mit fag"*. Hun arbejder 30 timer om ugen og har været ansat i godt fire måneder på interviewtidspunktet.

Lokalerne, udstyr og IT

Klinikken ligger i et hus med tre konsultationsrum, et undersøgelsesrum, et venteværelse og et forkontor med to arbejdsstationer. Gennem ca. to år har der været mulighed for e-mailkonsultationer samt tidsbestilling og receptfornyelse over nettet. Recepter samt de fleste henvisninger, laboratorieresvar og udskrivningsbreve (epikriser) sendes med edifact (elektronisk), men klinikken modtager stadig dagligt papirpost, som skal skrives ind i de elektroniske journaler. Regnskab, bogføring og løn foregår også elektronisk.

Patienterne

Klinikken ligger i et økonomisk set velstående område med mange veluddannede og velstillede patienter. Der er ca. 3000 gruppe-1 patienter. Derudover en mere eller mindre fast skare af gruppe-2 patienter, ca. 200-300. Ejerlægerne beskriver patienterne som værende meget trofaste, og dermed har lægehuset en stærk lokal tilknytning, selvom den ligger i et storbyområde med relativt korte afstande til mange læger:

”Vi har mange familier i praksis. Der er vist ikke mange af vores patienter, som ikke kan nævne mindst et andet familiemedlem, som også er tilmeldt. Mange familier tæller op til tre generationer, enkelte op til fire. De fleste af vores patienter er meget trofaste og har været tilmeldt i årevis, men især i de senere år har vi fået mange nye patienter – især børnefamilier.” (internt dokument)

En sekretær, der ikke bor i lokalområdet, men som har arbejdet i Lægehuset i fire år, oplever patienterne som lette, men peger samtidig på at patienterne generelt forventer – og får – et meget højt serviceniveau i Lægehuset:

”Patienterne her i huset er fantastisk søde alle sammen. Vi har ikke nogen patienter, der kommer og larmer eller skælder ud. Det hører til sjældenheder. På den måde har man det rart i huset. (...) De er meget forkælede, men de er alligevel søde og rare. De er vant til at få en høj service. Der er højere serviceniveau her, end der er hos min læge.” (Birgit, Sekretær)

Introduktion til caseanalysen

I analysen præsenteres først **tre perspektiver** på arbejdet i Lægehuset og i almen praksis mere generelt: Ejerlægerne, de ansatte lægers og personalets. Datamaterialet viste, at de tre grupper havde forskellige tilgange til arbejdet. Grupperinger er således fremkommet som resultat af analysen og var ikke defineret på forhånd, og analyserne af de tre perspektiver rummer således også meget forskellige temaer, der netop afspejler gruppernes forskellige perspektiver på arbejdet. Selvfølgelig er der individuelle forskelle, men samtidig er der interessante perspektivforskelle grupperne imellem. Disse forskelle kan være med til at forklare baggrunden for nogle af de udfordringer, som opstår, når disse grupper skal arbejde sammen i en lille organisation.

Efter analysen af de tre perspektiver præsenteres **tre udfordringer** ved at være et nyfusioneret lægehus i vækst, hvor flere læger og forskellige typer personalegrupper skal samarbejde og etablere en arbejdsdeling.

Den første udfordring er nært relateret til **fusionen** og handler om at skabe fælles fodslag blandt ejerlægerne og om en lang række forhold. Både i relation til *hvad* man gør i Lægehuset i forhold til selve kerneydelserne, hvor der opstår et behov for et fælles fodslag omkring klinisk praksis, men også i relation til *hvordan* man gør i relation til arbejdets organisering i hverdagen: Alt fra arbejdstid over strukturen på arbejdsopgaverne i hverdagen og graden af tilgængelighed overfor patienterne, til omfanget af involvering i aktiviteter uden for lægehuset.

Den anden udfordring handler om anvendelsen af praksispersonale og udfordringer, der er relateret til **uddelegering** af opgaver. I den aktuelle case er udvidelsen af personalet med nyansættelse af sygeplejersker forbundet med den fusions- og udvidelsesproces, lægerne har valgt at gennemføre. Men udfordringer i forbindelse med uddelegering, er ikke nødvendigvis knyttet til temaet fusion: Der findes meget personale i solopraksis, lige så vel som der findes flerlægepraksis uden sygeplejersker, som fx den praksis Marianne tidligere har haft med sin nu pensionerede kompagnon. Selve temaet uddelegering omhandler både spørgsmålet om at beslutte, hvilke opgaver der skal uddelegeres, såvel som spørgsmålet om hvordan man får implementeret den ønskede uddelegering – herunder hvilken rolle praksispersonalet selv spiller, eller ikke spiller, i den proces. Analysen af udfordringerne omkring uddelegering munder ud i en opsamling, der har form som en miniguide til uddelegering i praksis. Den opsummerer de centrale og mere generelle spørgsmål, som processen omkring uddelegering indeholder, og inddrager også få eksempler fra andre lægehuse i relation til uddelegering.

Den sidste udfordring handler om at være praktiserende læge og **blive leder**. De færreste – om overhovedet nogen – bliver cand.med. og siden speciallæge, fordi de 15-20 år senere vil være ledere! Og da de to ejerlæger valgte speciale, var almen praksis i langt højere grad præget af solopraksisser med mindre personale end i dag, ikke mindst i hovedstandsområdet hvor de begge er uddannet og har nedsat sig som praktiserende læger⁵. Ikke desto mindre er det den hverdag og virkelighed, som mange praktiserende læger står midt i: De er blevet ledere for forskellige personalegrupper, og dagen går ikke bare med patienter mere, for ledelsesopgaverne trænger sig på. Arbejdet skal organiseres og struktureres i hverdagen, opgavedeling mellem enkeltmedarbejdere og faggrupper skal etableres, medarbejdere har forventninger til deres arbejdsplads og deres ledere. Alt sammen har det konsekvenser for lægernes hverdag, for deres selvforståelse og for de kompetencer, de oplever, at de har

⁵ For en meget interessant sammenligning af solopraksis og flerlægepraksis med hensyn til grundlæggende struktur, værdier, strategi mv., se Bro & Hildebrandts artikel om "Faglighed og virksomhed – kultur og ledelse" (tabel 1 s. 509) (6).

brug for som ledere. Denne udfordring er en konsekvens af såvel fusion som udvidelse af personalestaben. I sagens natur er det en udfordring, som knytter sig snævert til de to ejerlægers roller, hvorimod de foregående udfordringer i højere grad berørte alle lægehusets medlemmer. Det afspejler sig også i kapitlets længde.

Rapporten afsluttes med en kort perspektiverende diskussion om ledelse i almen praksis.

Tre perspektiver på arbejdet i Lægehuset og i almen praksis

Almen praksis adskiller sig på mange måder fra det øvrige sundhedsvæsen. En væsentlig forskel er, at der ikke findes monofaglige ledelseshierarkier i almen praksis: Der er ikke flere parallelle professionelle hierarkier med fx læger og sygeplejersker og sekretærer, som man finder det i stort set hele resten af sundhedsvæsenet. I almen praksis er alle ansat direkte under en lægelig ledelse. Hertil kommer, at lægerne er delt i to grupper: ansatte læger på fast time- eller månedsløn i tidsbegrænsede stillinger og ejerlæger med det ledelsesansvar og de privilegier som hertil hører. Almen praksis består således af flere medarbejdergrupper, som adskiller sig fra hinanden på forskellig vis, men som er indlejret i en enstregen ledelsesstruktur. Disse forskelle fra det øvrige sundhedsvæsen udgør en vigtig forudsætning for at forstå og tackle de udfordringer, som udviklingen i Lægehuset rummer.

Denne første del af analysen fokuserer på tre forskellige tilgange til arbejdet i Lægehuset og i almen praksis mere generelt. Det, der præger ejerlægerne refleksioner over arbejdet i Lægehuset, er i høj grad selve fusionen. De ansatte læger fokuserer mere på deres valg af almen praksis som speciale, men også deres overvejelser omkring valg af lægehus med henblik på ejerskab. Personalet fokuserer på almen praksis som arbejdsplads for sygeplejersker mere generelt sammenlignet med både sygehusene såvel som den kommunale sektor.

Ejerlægerne refleksioner

De to ejerlægers perspektiv på arbejdet i almen praksis er præget af den fusion, de har gennemført; både de overvejelser som gik forud, og som ledte dem frem til fusionen, men også de udfordringer som fusionen siden har stillet dem overfor.

En fusion er i almen praksis – som i alle andre brancher – en krævende proces: To organisationer, to måder at gøre tingene på, to kulturer skal blive til én. Det kræver arbejde, og det kræver forandring. Hvorfor så overhovedet kaste sig ud i et sådant projekt? Erik beskriver sin motivation til at søge en fusion således:

"Jeg havde været solo i 14 år og havde sådan set en fin og dejlig praksis, men alligevel trak det at få det kollegiale samarbejde. Og jeg kunne også se, at udviklingen inden for mit fag, både rent lægefagligt, men også overenskomst-mæssigt og politisk, bar hen imod større lægehuse. Og det synes jeg, det kunne være sjovt at deltage i og være med til at udvikle, fordi jeg også kunne se en række fordele: Både at jeg fik kollegaer og personale, og jeg mente også, at man rent lægefagligt kan få noget spændende ud af det i patientbehandlingen med de kvalitetskrav, der er, som formentligt bliver bedre opfyldt ved, at man er flere om det." (Erik, ejerlæge)

Men selvfølgelig var der også betænkeligheder: Den tætte kontakt mellem sololægen og patienten kan ikke på samme måde bevares i et større lægehus med flere læger i kompagniskab og mere personale, som skal overtage en del af patientkontakterne:

"Den næsten daglige kontakt jeg havde med nogen [patienter], den der gået væk, og det gør, at mange af dem følger jeg lidt mere perifert. Men det gør jo ikke, at det er en ringere behandling, patienten får." (Erik, ejerlæge)

Sololægens relation til patienterne ændres markant – men samtidig sker der også en ændring i hans øvrige opgaver. Som sololæge uden personale havde Erik haft meget lidt administration tidligere. I et lægehus med flere ansatte skal der laves løn, arbejdsskemaer, superviseres, oplæres, uddelegeres:

Kort sagt: der skal ledes og administreres. Men på den anden side havde han heller ingen aflastning før og lavede derfor stort set alle funktioner selv, bortset fra den hjælp han fik fra sin hustru:

"Jeg lavede alt vedrørende vaccinationer, sygepleje og rengøring af instrumenter, jeg pakkede posten og satte frimærker på og alt sådan noget." (Erik, ejerlæge)

Marianne havde til gengæld altid været i et kompagniskab, og da hendes kompagnon skulle på pension, ønskede hun at forsætte det kollegiale og faglige samarbejde, hun havde haft. Men hun ville også gerne noget mere: Der skulle være tre læger i stedet for to, og hun havde et ønske om personale, der både kunne aflaste, men også medvirke til et kvalitetsløft:

"Vi havde hørt andre steder fra, at man kunne få et kvalitetsløft ved at uddelegere, så man kunne koncentrere sig om det mere vanskelige, plus at man kunne lave nogen egentlige teamforløb, hvor man kunne dele patienterne, specielt de kroniske patienter." (Marianne, ejerlæge)

En større organisation ville også give bedre mulighed for fleksibilitet i forbindelse med ferier og fridage, samtidig med at der måske kunne blive basis for at have uddannelseslæger, måske finde større lokaler så andre faggrupper kunne leje sig ind – fx en speciallæge, en psykolog, en fysioterapeut eller lignende, var Mariannes tanker.

De ansatte lægers refleksioner

De to ansatte læger er begge yngre end ejerlægerne, og de har således ikke været speciallæger i nær så mange år. Deres refleksioner over arbejdet i almen praksis handler derfor i højere grad om almen medicin som speciale set i relation til andre lægelige specialer og dermed karriereveje. Men også refleksioner over almen praksis som arbejdsplads sammenlignet med de arbejdsforhold der hersker på fx hospitaler. Det første afsnit handler om de ansatte lægers syn på almen praksis som lægefagligt speciale og på arbejdet i almen praksis helt overordnet set. Dernæst fokuseres på mere konkrete forhold så som forskellene i arbejdsforhold mellem hospital og almen praksis og de ansatte lægers tanker om fremtid, herunder deres syn på ledelse og ejerskab når og hvis de vælger at købe sig ind i en praksis.

Specialist i almindeligheder og banaliteter

Læger er rundet af en faglig kultur med en meget stærk og naturvidenskabeligt orienteret fagidentitet. Nu sidder de to ansatte læger i en gammel villa og tager sig af stort og småt – i én skøn blanding. Direkte adspurgt om der var noget, der overraskede dem ved arbejdet i almen praksis, svarede Signe, at det netop var dette, som overraskede hende mest:

"Almindeligheder og banaliteter! Ting man måske ikke lige synes er så lægefagligt relevante. Men det skal man også kunne rumme. Det er jo en del af almen praksis. Der er en udfordring i det meste, der kommer ind ad døren: Hvordan får man beroliget en mor til et barn med en rød knop på en ordentligt og professionel måde? Det handler meget om det menneskelige bag – ikke så meget om sygdomme. Det handler jo om at fange de syge. Men det er meget noget med kommunikation med den enkelte patient: Hvad er det for en historie, og hvad er det for et menneske, man sidder overfor? (...) Du ved aldrig, hvad dagen bringer. Du skal være hurtig til at pejle dig ind på, hvad handler netop det her om, på 10-15 min. Det er både det, der kan gøre, at det er rigtigt tiltrækkende, men også det der kan gøre, at du har 25-30 problemstillinger på en dag, som ligger i øst og vest. (...) Da jeg kom hjem [fra Grønland] gik jeg meget og tænkte på, hvad det er vi går og behandler på. Det er for banalt! Man tænker lidt på, hvad der foregår rundt om i verden – og så bruger vi altså enormt mange ressourcer på fx at måle kolesterol på raske mennesker!" (Signe, ansat læge)

Tone har også oplevet skismaet mellem hverdagens arbejde i almen praksis og den lægefaglige kultur, hun er rundet af:

"Nogen [læger] spørger mig: 'Kan du holde det ud? De fleste fejler jo ikke noget lægefagligt?' Men jo, for dem [patienterne] er det af betydning, det de kommer med, så ja, det er fint nok lægefagligt. (Tone, ansat læge)

Begge de ansatte læger, som har specialevalget tættere på end ejerlægerne, giver således udtryk for, at begrebet *lægefagligt relevant* ikke umiddelbart harmonerer helt gnidningsfrit med hverdagens arbejde i almen praksis. Synet på almen praksis som værende præget af almindeligheder og banaliteter, og lægevidenskaben som værende af en anden natur, kan også genfindes i en undersøgelse af yngre lægers valg af speciale, som viste, at almen praksis har væsentligt lavere prestige blandt medicinstuderende og yngre læger end specialerne indenfor kirurgi og intern medicin. Kun psykiatri have lavere prestige⁶.

Begge ansatte læger har således også måttet argumentere – med sig selv og med andre læger der har valgt en anden karrierevej – for at få det til at virke meningsfuldt for dem. De peger på, at det meningsfulde handler om, hvad der har betydning for patienterne, og om at håndtere disse mange *almindeligheder og banaliteter* på en professionel måde. De ansatte læger har et udvidet syn på, hvad der er *lægefagligt relevant*, og de lægger vægt på deres professionalisme i relation til gatekeeper rollen: De skal kunne håndtere stort og småt, i øst og vest, på meget kort tid, og samtidig sikre at de fanger *"de syge"* og beroliger alle de andre på en professionel måde. Dette perspektiv på deres arbejde – og på lægefaglighed – gør det meningsfuldt for dem.

Vigtigheden af at høre til et sted og være en del af noget

De ansatte læger har begge været ansat i flere forskellige lægehuse tidligere. Imidlertid har de begge meget bevidst valgt ikke at købe en solopraksis, men i stedet at søge at købe sig ind i en kompagniskabspraksis. I en solopraksis kan lægen selv sætte rammerne for arbejdet og være ene om at bestemme. Ved at købe sig ind i en kompagniskabspraksis skal de indgå i et delt lederskab i et tæt samarbejde med andre, hvilket de begge ser som en meget stor og bindende beslutning. Det er også grunden til, at potentielle nye kompagnoner er ansat i en længere periode, inden alle parter kan beslutte sig – og således er de to ansatte læger hhv. nr. 4 og 5, der har været ansat i Lægehuset i et vikariat med henblik på eventuelt medejerskab. Tone oplever det således:

"Jeg vil have brug for at have været her et halvt år, før jeg begynder at tage stilling [til medejerskab]. Det er jo super bindende. Jeg kan jo ikke bare sige op igen. Det er jo så resten af mit liv, og jeg skal investere [et millionbeløb] i det. Så det er jo enormt vigtigt, at vi kan arbejde sammen. Og hvis man ikke trives sammen og kan arbejde sammen, så dur det ikke." (Tone, ansat læge)

Det delte lederskab og samarbejdets svære kunst til trods, trækker solopraksis ikke i nogen af de to ansatte lægger. En af de væsentlige årsager er deres ønske om at høre til et sted og være en del af noget, herunder at have indflydelse. Netop dette ønske står i skærende kontrast til det nomadeliv yngre læger i høj grad lever på hospitalerne under deres uddannelse til speciallæger, hvor de i høj grad er dekoblet beslutningerne om organiseringen⁷. Således fremhæver Tone netop de forhold ved arbejdet i almen praksis, som adskiller det markant fra hospitalslægens, som værende positive:

⁶ Der refereres her særligt til figur 20 s. 84 i undersøgelsen (7).

⁷ For en uddybning af dette se analysen af yngre lægers arbejde på hospitaler i "Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse", Vingé 2003.

"Det bedste ved almen praksis, det er at der alligevel er en lille smule indflydelse på ens arbejdstider. Så der er plads til ferier og kurser. Og at det er deltid⁸, det er en stor fordel. Det er svært på hospitalerne. Men også rammerne: Her er ikke weekendarbejde, ikke natarbejde. Jeg har mit eget kontor, kan have mine egne bøger. Jeg har mit eget lille territorium. Det er da enormt rart. Jeg sagde nej til en anden stilling, fordi der var åbne kontorlandskaber. Også forløbene med patienterne, hvor der også er nogle lange forløb. Små, banale ting betyder noget: Sådan noget som at Anne, hun kommer ind med en kop urtete til mig hver morgen – det er super livskvalitet for mig, at hun tænker på det. (...) I almen praksis, der er jo den der faste dagligdag, som man ikke har på sygehuse. Jeg har jo måttet finde ud af det på så mange afdelinger med forskellige overlæger og forskellige sygeplejersker. Og det er da også noget af det, der trækker, og det er noget af det, jeg synes er rart: At man møder den samme sygeplejerske hver morgen. Og de samme kollegaer." (Tone, ansat læge)

Tone peger her på de aspekter ved arbejdet i almen praksis, som er væsentlige for hende: En højere grad af indflydelse på egne arbejdsvilkår, herunder arbejdstider, en høj grad af læge-patient kontinuitet med lange patientforløb, eget kontor og sidst med ikke mindst: Mulighed for andre og mere kontinuerlige sociale relationer til bl.a. kolleger – både læger og personale. Det at være en del af noget, handler således både om indflydelse, om fysisk territorium, såvel som det sociale, og om kontinuitet i relation til kollegaer såvel som patienter.

Signe oplever, at mange yngre almenmedicinere ikke vil solopraksis, netop fordi de sætter det kollegiale samvær og samarbejde meget højt:

"Det vi gerne vil, os yngre almenmedicinere, det er sådan noget dele- og kompagniskab. Hvis jeg skal ind [i en praksis], så skal det være mere samarbejde og kompagniskab, hvor man er lidt mere enige og hvor der er lidt mere fælles fodslag. (...) I [Lægehuset] der kunne jeg rigtig godt lide, at man er fælles om nogen beslutninger, man kan tage nogen konferencebeslutninger og man kan diskutere patienterne, hvis der var en svær problemstilling eller et eller andet." (Signe, ansat læge)

Signe er ikke alene om denne holdning til betydning af kollegialt samarbejde. En dansk undersøgelse af yngre lægers valg af speciale fra 2006 viste, at netop mulighederne for faglige diskussioner med kollegaer og et godt psykisk arbejdsmiljø er blandt de væsentligste faktorer for yngre læger i relation til deres valg af speciale⁹. Den organisatoriske udvikling i almen praksis i retning af større lægehuse og færre solopraksisser er således ikke kun relevant i et perspektiv der handler om kapacitet, åbningstider og forhold vedrørende den direkte borgerbetjening. Det er væsentligt også at forstå betydningen for specialets mulighed for rekruttering blandt de læger, som uddannes i disse år. Dilemmaet består i at større lægehuse på den ene side giver lægerne en større fleksibilitet og således muliggør flere deltidsansættelser – hvilket alt andet lige nedsætter den samlede kapacitet. Men på den anden side kan flere kompagniskaber også medvirke til at forbedre rekrutteringen til specialet generelt set – hvilket har den modsatte effekt på kapaciteten.

Tanker om ejerskab, ansvar og ledelse

Begge de ansatte læger er ambivalente overfor de opgaver og udfordringer, som følger med deres beslutning om at købe sig ind i en praksis og dermed gå fra ansat til ejer. Blandt andet at der med ejerskabet følger et ansvar for en række ikke-lægefaglige praktiske ting:

⁸ Alle lægerne i Lægehuset arbejder 4 dage om ugen.

⁹ Der refereres her til tabel 19, s. 80 i undersøgelsen (7).

"Selve det at være leder, synes jeg er fedt. Men når man ejer, så kommer der også så meget andet med. (...) Jeg synes Marianne sidder og laver meget i weekenderne, som hun sender ud. Det bliver et 45-50 timers job om ugen. Det skal man regne med. Arbejdsskema, budget, og alt der det med IT, og ringe når der går noget galt og 'nu virker faxen ikke', osv." (Tone, ansat læge)

"Jeg ved også – og hører fra mange steder – at det også er irriterende og at der er mange tunge opgaver med regnskab og løn til personale og kedelige ting. Men jeg tænker også, at der er mange måder at gøre det på, og at der er flere og flere som bruger eksterne folk til noget af det. At der kommer nogen udefra og er ansat et par timer om ugen til at lave de der kedelige ting." (Signe, ansat læge)

Men ud over ansvaret for alt det praktiske, følger også et større ansvar overfor patienterne, når man er ejerlæge, hvilket de ansatte læger også er bevidste om:

"Jeg kan jo bare sige op og gå. De [Erik og Marianne] ejer det uanset om der er én, der siger op eller én der bliver langtidssygemeldt: Jamen så er der en der hænger på de 3000 patienter, og dem skal man bare tage sig af uanset hvad. Så hvis der sker noget, så er det bare et 24timers job, indtil det kommer på plads." (Tone, ansat læge)

I hverdagen mærker de ansatte læger blandt andet denne forskel ved at ejerlægerne tager et større ansvar for at håndtere pludselige uventede opgaver som fx et ekstra sygebesøg – hvilken de ikke involverer de ansatte læger i, men i stedet deler med hinanden.

Fordelen ved at have et mindre ansvar er både at *"Jeg går når min arbejdstid er slut: Man kan lukke sin skuffe og gå hjem. Det kan der være mange fordele i"*, som Signe udtrykker det, og at man i yderste konsekvens kan sige sin stilling op, hvis man ønsker det. Men samtidig er de ansatte læger bevidste om, at det giver mere indflydelse at være medejer:

"Man er med til at sætte dagsorden og bestemme hvordan den her virksomhed skal se ud. Hvad er det jeg gerne vil, osv.?" (Signe, ansat læge)

Tone har stor lyst til det ledelsesmæssige og finder særligt det personalerelaterede spændende:

"MUS samtaler, alt sådan noget med personalet, hvordan de trives, deres målsætninger, behov, hvad der gør, at det bliver en god arbejdsplads for dem, men selvfølgelig skal de også bidrage økonomisk – sådan er det jo. Det synes jeg er sjovt. Det er det gode ved det [at være ejer i stedet for ansat], helt klart." (Tone, ansat læge)

Faktisk er hendes lyst til netop ledelse en af de primære årsager til, at hun vil ind i en større praksis. Signe vil også gerne i en praksis med flere læger fordi hun synes det er vigtigt at have nogen at dele alle de administrative og praktiske opgaver med, og det er en væsentlig årsag til at hun heller ikke vil i solopraksis:

"Det er bl.a. det [administrative og ledelsesmæssige arbejde] der gør at jeg ikke køber mig ind solo et eller andet sted. Jeg ville simpelthen være ved at dø af skræk ved tanken om pludselig at stå med hele det ansvar: Økonomi og regnskab og sørge for at tingene er købt ind. Jeg kan se mange fordele ved at komme ind et sted, hvor der sidder nogen lidt garvede, og hvor man kan blive lært lidt op, og så selvfølgelig tage sin del af slæbet med de mere kedelige ting." (Signe, ansat læge)

Signe er mere forbeholden overfor rollen som personaleleder, og beskriver det som værende både *"spændende og skræmmende"*:

"Jeg kan se, det som en spændende udfordring også at skulle det her med personale. Men det er jo ikke noget jeg er uddannet specielt meget i. Min baggrund er læge-patient relateret. Alt det andet, det er noget vi prøver at samle lidt op, og jeg prøver måske at gøre det lidt nemmere ved at komme ind et sted, hvor der er nogen der allerede ved lidt om hvordan det fungerer. Jeg tænker, at jeg har været meget observatør: Hvordan har de andre gjort det? Jeg har observeret meget og jeg føler, at jeg har lidt med." (Signe, ansat læge)

De to ansatte læger befinder sig begge i en situation, hvor de har haft flere korte ansættelser, men det betyder også, at de nu efterhånden har meget lyst til at være del af en organisation:

"Jeg er blevet færdig med småvikariater og kortere ansættelser. Jeg er ved at være lidt mør over, det der med kun at være løsgænger og ikke sådan være rigtigt ansat i lægehuset. Man har jo også en anden status, end de rigtige ejere, men det handler også om, hvor lang tid du har været i praksis. Måske kunne man også som løsansat vikar på 3. år opnå nogenlunde samme status blandt patienterne. De ved jo ikke så meget om, hvem der ejer, og hvem der ikke gør. (Signe, ansat læge)

På den ene side vil de ansatte læger gerne være del af en organisation, men på den anden side er der også ulemper ved ejerskabet. Og som Signe gør opmærksom på, så er det mere de korte ansættelser og småvikariaterne, som hun har fået nok af, end det er ejerskab og ledelse, hun har fået lyst til. De to ansatte lægers syn på arbejde, ansvar og ledelse i almen praksis får dem begge til at pege på muligheden af at være fast ansat læge. På den ene side ville de kunne se sig fri af en del af det ansvar, de ikke er interesserede i, på den anden side ville de have mulighed for at opnå den kontinuitet og det tilhørsforhold til organisationen og patienterne, som de ønsker:

"Jeg laver det samme [som en ejerlæge] og tjener en tredjedel. Men hvis det var sådan, at man stadig kunne få en OK løn, så ville det da være vældig rart ikke at skulle eje." (Tone, ansat læge)

"Den tanke [at være fastansat, men ikke ejer] har også strejft mig. Og det er jo også noget man diskuterer meget for tiden, at man måske kunne fastholde nogen flere, hvis man slipper for alt det der praktiske. Det kunne jeg måske godt forestille mig. (...) Det tror jeg godt jeg ville." (Signe, ansat læge)

Personalets refleksioner

Personalets refleksioner over arbejdet i Lægehuset og i almen praksis mere generelt, er præget af, at de to sygeplejersker begge er kommet til almen praksis efter en lang karriere i sygehussektoren og senest i den kommunale sektor – og at de har lavet dette skift indenfor de sidste år – eller måneder. Sekretæren har en anden faglighed og har været i almen praksis (og speciallægepraksis) i længere tid. Dette afsnit fokuserer primært på sygeplejerskernes refleksioner over at arbejdet i almen praksis.

Selvstændigt arbejde i en overskuelig organisation præget af kontinuitet

Sygeplejerskerne kommer fra langt større organisationer i sekundærsektoren og kommuner, og peger på forskellige motivationer til at vælge almen praksis: For Anne handlede det om at det *"rummede meget stor selvstændighed at være i et lægehus"*, hvilket hun lagde vægt på. Lise lagde mere vægt på at komme til en mere overskuelig organisation præget af mere kontinuitet. Hun oplever hospitaler og den kommunale sektor som præget af *"store tunge organisationer med kæmpe personalerotation"*. I almen praksis ser hun *"en mindre arbejdsplads med folk, jeg kendte godt – måske hvor der heller ikke var så voldsomt stor udskiftning"*. Og nært relateret hertil er også det faktum at:

"Beslutningsvejen er kort. Det er nemt og hurtigt at få et svar på noget. Det er meget enkelt at spørge Erik eller Marianne. De ejer denne her virksomhed. Det er en meget stor forskel fra det offentlige system¹⁰, hvor det kan være svært at finde én, der i sidste ende vil tage ansvaret for et eller andet. Selv i en ledelsesfunktion i primærsektoren, har jeg tit måttet sende bolden videre til en overordnet og en overordnet og en politiker, så sagsgangene har været meget lange. Det er en stor kulturforskel." (Lise, sygeplejerske)

Sygeplejerskerne peger således på nogle af de samme grundlæggende træk ved almen praksis som arbejdsplads, som de ansatte læger også lagde vægt på. Alle fire ansatte sundhedsfaglige – læger og sygeplejersker – lægger således vægt på, at almen praksis består af mindre organisationer præget af mere kontinuitet og dermed også mere personlige relationer til kollegaer, og i et vist omfang også til patienterne.

Det handler om sygdom

Et karakteristisk ved almen praksis sammenlignet med den kommunale sektor er, at det i langt højere grad handler om sygdom, som Anne her beskriver det:

[Almen praksis] "er anderledes end hjemmeplejen. (...) Der ligger bare så meget andet i at komme i et hjem, sociale relationer, familierelationer, som man er koblet på. Hvor det her [i almen praksis] jo er lægelige problematikker folk kommer med: Er folk syge? Er de ikke syge? Skal de komme her eller skal de ikke? Hvad gør jeg, hvis jeg står med en herinde, er de gode nok til at de må gå hjem, eller skal de ses af en læge? Hele det spektrum er anderledes, for her er folk jo syge når de kommer, og det er de jo ofte ikke ude i hjemmeplejen" (Anne, sygeplejerske)

Helt i modsætning til de ansatte læger oplever sygeplejersken, at almen praksis handler meget om sygdom og at folk er syge, når de kommer. Forskellen er at sygeplejersken sammenligner med hjemmeplejen, som er langt mere præget af sociale problemstillinger, mens lægerne sammenligner med hospitalsverden og den lægefaglige identitet de har med fra uddannelsen, som er langt mere sygdomsfokuseret.

Sygeplejersken oplever også, at hun i almen praksis har mødt et meget konkret dokumentationskrav, hvor man hele tiden skal forholde sig til *"nogen konkrete facts"*, træffe beslutninger – og sikre at hun gør det rigtige, og at hun dokumenterer, at hun har gjort det, så hun har *"sin ryg fri"*, som hun udtrykker det. Den måde at arbejde på, har været ny og anderledes for sygeplejersken – mens det samme ikke på nogen måde gav anledning til refleksion hos nogen af de ansatte læger. Igen handler det om, at deres ansættelsesmæssige baggrunde er så forskellige, og at de tidligere kommunale ansatte sygeplejersker oplever betydeligt større forandringer ved at skifte til almen praksis, end lægerne der kommer fra hospitalssektoren og i øvrigt har været i turnus i almen praksis.

Ydelser i en butik

Det, som begge sygeplejerskerne oplever som værende det mest udfordrende ved at arbejde i almen praksis, er skiftet fra organisationer med budgetrammer til i stedet at være ydelseshonorerede.

Det er både kommet bag på sygeplejerskerne hvor anderledes det ydelsesbaserede system er, i forhold til det rammestyrede system de har kendt hele deres karriere. Men det er også kommet bag på ejerlægerne, at det har været så stor en udfordring for sygeplejerskerne. En af sygeplejerskerne oplever systemet således:

¹⁰ Det fremgår af sammenhængen i samtalen at hun med "det offentlige system" mener sygehuse og det kommunale ældreområde.

"Alt er underopdelt i små bitte ydelser med et nummer. Og det skal kodes. Så skal man huske at trække en konsultation fra, så skal man huske en lille bitte ydelse, for så er der skiftninger af sår, og man skal ind og trykke på computeren når man har taget en blodprøve, for ellers får man ingen ydelse for det." (Lise, sygeplejerske)

Med til billedet hører også, at ejerlægerne er overraskede over, at sygeplejerskerne er overraskede: Det er således også kommet bag på ejerlægerne hvor anderledes det ydelses- og honorarbaserede system, de har arbejdet under hele deres karriere, er for sygeplejerskerne:

"En ting der også har været vanskelig er at sygeplejerskerne er rekrutteret fra hospitalet og hjemmeplejen, og det er en helt anden verden de kommer fra. Det der volder vanskeligheder er dels vores edb-system, som man skal sætte sig ind i, men det er også hele måden at tænke på: Man er ikke fast lønnet, man skal tage et honorar for hver enkelt ting, man gør. Hele overenskomstdelen med honorarsystemet: Du kan ikke tage en blodprøve, du kan ikke lave en podning uden at tage et honorar. Og tager du fem podninger, så skal du lave 5 podningsydelser. Og det er dem fuldstændigt uvant og det tager dem lang tid at komme ind i den tankegang, at det her er altså en privat forretning, det er ikke en offentlig institution. Vi kan mærke på selv de rigtigt gode af dem at der går ½-1 år før de ligesom kan bruge det hele rigtigt så de kan begynde at kaste sig over nye arbejdsområder." (Erik, ejerlæge)

"Jeg oplever fuldstændig det samme. Og det er kommet bag på mig. Jeg havde slet ikke tænkt tanken, at det kunne være svært. De er meget servicemindede – og derfor kan de finde på at lave en prøve to gange for at være helt sikre på, at det er det rigtige resultat, de er nået frem til. Uden tanke på, at det her jo er en forretning og at de forbruger, hvis man laver den samme prøve to gange. Så bruger man måske to gange 30 kr. og vi får en ydelse på 45 kr. Så har vi mistet 15 i stedet for at have vundet 15. Og det har været meget svært at få dem til at forstå, at det er fuldstændig som en bagerbutik det her: Vi har nogen varer vi sælger, og vi har nogen råvarer vi køber." (Marianne, ejerlæge)

Men forskellene mellem de to økonomiske styringsystemer handler ikke kun om ydelsesregistrering. Sygeplejerskerne oplever det også andre steder i hverdagen. Hun nævner her to eksempler. Det første handler om hvordan overarbejde håndteres:

"Jeg havde nok ikke forventet, at det var så synligt, at det her er en forretning. Og penge er et stort issue. Det er synligt i forhold til sådan en simpel ting, som at jeg altid har været vant til at når jeg laver et stykke arbejde, det kan fx være en patient hvor jeg laver et arbejdet, men det afstedkommer måske at jeg var der et kvarter mere, for ellers kunne jeg så ikke blive færdig, så gik jeg ud og skrev mit overarbejde på, og det reflekterede jeg ikke nærmere over. Og så fik jeg at vide her, at sådan var det ikke. Det er kun overarbejde, hvis man bliver bedt om det. Dvs. man får kun penge for tingene, hvis man bliver bedt om at lave dem. Så hvis jeg gør det alligevel, så er det for egen regning. Jeg skal gå ind og aflevere det på bordet her og sige: 'Jeg har ikke nået det her, værsgo'. Og det tog mig da lang tid ligesom at forstå det. Jeg havde været her ½ år tror jeg før det rigtigt gik op for mig at sådan var det. Det er sådan en lille ting, men sådan kommer det til udtryk, at det betaler man ikke for. Og det har jeg ikke være vant til." (Anne, sygeplejerske)

Det andet eksempel handler om hvordan man vurderer nye tiltag, som man overvejer at indføre:

"Sådan en ting som at starte op på nye tiltag – fx at vi tager selv nogen blodprøver, vi har et apparat, tager nogen blodprøver, får resultat, og sender folk ud af døren igen. Og det bliver regnet igennem ned til mindste detalje, om det nu kan betale sig for os at have det her apparat eller om det ikke kan." (Anne, sygeplejerske)

Men ikke bare selve ydelsessystemet og den tankegang, der følger med, er en udfordring for sygeplejerskerne. Også det at skulle oplæres i at registrere ydelser af en læge, har rummet udfordringer:

"Det [at skulle registrere ydelser] var noget af en udfordring. Bare det at forholde sig til et nyt computersystem, hvor man selvfølgelig skal ind i alverdens ting og registrere alt hvad man laver og gør, og når man så i sidste ende får en regning ud, så indeholder den ikke nødvendigvis lige det man troede den indeholdt, og numrene var forkerte. Jamen har jeg fået bunker af pairer og regninger tilbage til slut på ugerne: 'Det er forkert, det er forkert, det er forkert, det skal rettes, det skal rettes'. I starten opfattede jeg det meget som sådan "Anne! Du har lavet noget forkert!". Og det synes jeg selvfølgelig var ubehageligt, for jeg lavede jo ikke tingene forkerte med vilje. Og det have vi så en snak om, hvor jeg sagde at mit udgangspunkt var, at jeg ville lave alting rigtigt i første hug, men at det nogen gange afstedkom, at man skulle have noget mere vejledning omkring den givne situation, og at det ofte kom til at foregå i en heksekedel af et forkontor. Jeg sagde, at jeg synes det ville være rart, at få de der seancer på en anden måde og at få anerkendelsen i forhold til det, som var rigtigt, for jeg synes det er det, man vokser af. Og det hjalp umiddelbart. For der kom stadig bunker med regninger der skulle rettes. Men nogen var vedhæftet små smiley, eller "Det er rigtigt!" eller "Flot" og "Det er godt!", så det fik en positiv drejning. Men bunkerne er forsvundet nu, og jeg kan det nu. Og jeg kan se forskellen fra min start til den start Lise har fået, fordi jeg kan guide hende og jeg kan sparre med hende. Så hendes bunker er meget mindre, fordi jeg kan hjælpe hende."
(Anne, sygeplejerske)

Sygeplejersken peger her på, at både hun og lægerne har lært meget i processen omkring hende oplæring, men også at selve opgaven med at oplære nyt plejepersonale i et vist omfang kan uddelegeres til eksisterende personale som sidemandsoplæring. Det kan have flere fordele. For det første aflaster det lægerne. Men for det andet peger sygeplejerskerne også på, at de oplever så store forskelle i lægers og sygeplejerskers måder at lære (fra sig), at det kan være en klar fordel, at lade erfarne sygeplejersker oplære nye.

Kun i almen praksis: Lægelig ledelse møder sygeplejekultur

Almen praksis er anderledes end såvel den øvrige primærsektor som sekundærsektoren på mange måder: For det første er den ydelsesbaserede honorering anderledes, men også de små organisationer med langt mere kontinuerlige og dermed ofte personlige relationer, gør almen praksis anderledes. Et tredje tema er tværfagligheden: Ingen andre steder i sundhedsvæsenet arbejder læger og sygeplejersker så tæt sammen i integrerede hierarkier, som i almen praksis. Anne forklarer her, hvordan hun efter mange års erfaring med læger – særligt i sygehusregi – aldrig har oplevet at arbejde så tæt sammen med læger, som hun gør i almen praksis:

"Det er rart at man er en lille tæt gruppe der arbejder sammen, og jeg har aldrig arbejdet sammen med læger så tæt før. Man har været vant til hinanden [på sygehusene], men man har ikke influeret så meget på hinandens arbejde, at man er nået ned under overfladen. Jeg tror der er en skal omkring hvert hierarki, som sagtens kan leve ved siden af hinanden, men man kommer ikke ind under den. Der er masser af ting, jeg ikke bliver involveret i, som foregår bag lukkede døre. Og ligeså vel er det for læger. De har godt nok rendt ud og ind af hundrede sygehusafdelinger og har set på en milliard sygeplejersker. Men hvordan er de vi kommunikerer og samarbejder? Det tror jeg ikke, vi kender til. Og der ligger masser af holdninger og værdier koblet til det." (Anne, sygeplejerske)

Anne peger på konsekvenserne af det fænomen, som ofte kaldes søjleorganisering i sygehussektoren, og hvor hver faggruppe har sit mere eller mindre selvstyrende og isolerede ledelseshierarki, som eksis-

sterer parallelt med andre monofaglige hierarkier, men som kun i meget begrænset omfang griber ind i hinanden. Derfor er ledelsesstrukturen i sygehusvæsenet præget af kollektive konstruktioner med 2-3 ledere i toppen af hver sit fagprofessionelle hierarki – både på afdelings-, center- og hospitalsniveau.

Men i almen praksis er det anderledes; sygeplejerskerne arbejder under direkte lægelig ledelse. Der er ingen parallelle hierarkier, og dermed ingen *”skal omkring hvert hierarki”*, som Anne udtrykte det, og derfor indgår læger og sygeplejersker i langt tættere samarbejde med hinanden. Det rummer muligheder. Men det rummer også udfordringer, fordi læger og sygeplejersker grundet de parallelle monofaglige hierarkier, faktisk ved meget lidt om hinandens verdener, som Anne her forklarer:

”Nogen af de ting som er vanskelige – både i relation til fusion og til at tage nye personalegrupper ind – er forståelsen for hinandens verden. For man skal et eller andet sted forstå hvor den anden part befinder sig, for at kunne finde ud af at samarbejde. Læger og sygeplejersker – det er to poler, det er to verdener! Og der kender vi jo lidt til hinandens verdener, men i bund og grund kender vi hinandens verdener alt for lidt: Lægerne kender sygeplejeverdenen for lidt, og sygeplejerskerne kender måske i virkeligheden også for lidt til lægens verdensbillede. Og det tror jeg skaber nogen unødige problematikker, som man måske godt kunne komme udenom, hvis man fra starten af var meget bevidst om at fortælle hvordan hinandens verdener så ud.” (Anne, sygeplejerske)

Forskellene kommer til udtryk på mange måder. Her er et par eksempler set med sygeplejerskeøjne:

”Lægernes omgangstone er en anden. Det er rundsav på albuerne. Vi har netop haft snakket om forskellen på, hvordan vi lærer forskelligt – i lægeverdenen og i sygeplejeverdenen. Jeg har jo oplevet det at lære, som sådan en meget bred blød pædagogisk proces hvor vi reflekterer, vi overvejer, vi analyserer, vi drøfter, vi laver handleplaner osv. Men lægeverden den opfatter jeg som meget mere kontant: Der er det her problem, der er sådan og sådan, og så gør vi sådan! Og så gør du også sådan!” (Anne, sygeplejerske)

Billedet af almen praksis, som det sted i sundhedsvæsenet, hvor de to store faggrupper med de to stærkeste parallelhierarkier, faktisk arbejder sammen, i stedet for at arbejde parallelt, står i skærende kontrast til det faktum, at alle andre sektorer og organisationer i sundhedsvæsenet taler væsentligt mere om tværfaglighed, end man gør i almen praksis. Almen praksis omtales derimod ofte mere eller mindre implicit, som en sektor bestående af monofaglige individualister. Men faktisk peger sygeplejersken her på, at efter mange år på både hospitaler og i kommuner, har hun aldrig arbejdet så tæt og direkte sammen med læger, som hun gør i almen praksis – med alle de udfordringer og muligheder det rummer. Og skal de udfordringer håndteres og mulighederne realiseres, så kræver det, at man i langt højere grad forholder sig eksplicit, forskningsmæssigt såvel som strategisk til det faktum, at almen praksis indeholder stærkt integrerede tværfaglige organisationer i langt højere grad end i det øvrige sundhedsvæsen, hvor der er stærke traditioner for monofaglige og ofte parallelle hierarkier.

Opsamling: Tre perspektiver på arbejdet Lægehuset og i almen praksis

De to ejerslægers perspektiv på arbejdet i almen praksis var i høj grad præget af den fusionsproces de har været igennem og de visioner med Lægehuset, som de nu søger at realisere. Deres motivation til overhovedet at fusionere handlede om flere forskellige forhold: På den ene side sololægens lyst til kollegaer og lægeligt samarbejde, på den anden side et ønske om større fleksibilitet og mindre afhængighed af den enkelte læges konstante tilstedeværelse, hvilket de håbede at en større klinik med flere læger ville muliggøre. Men samtidig kæder begge læger fusionen sammen med et ønske om bedre kvalitet i patientbehandlingen: Både som funktion af, at der er flere læger der kan sparre med hinanden, men også som funktion af, at nogen opgaver med fordel kan uddelegeres til andet personale og dermed give lægerne mere tid til de opgaver, som de er bedst til.

De ansatte lægers perspektiv på arbejdet i almen praksis er præget af, at de er relativt nyuddannede speciallæger set i forhold til ejerlægerne, og at de endnu ikke er ejere. De reflekterer meget over både deres valg af speciale og det at skulle gå fra lønmodtager til at blive (med)ejer og leder. Begge er glade for deres valg af speciale, og ser det som en vigtig lægefaglig opgave at hjælpe patienterne med de sundhedsrelaterede problemstillinger, som er væsentlige for dem, også selvom mange af dem ikke *"fejler noget lægefagligt"*, som en ansat læge formulerer det. Udfordringen er at tage alle patienter alvorligt og behandle dem *"på en ordentlig og professionel måde"*, men samtidig sikre at man *"fanger de syge"*. Begge ansatte læger sætter pris på at de – på trods af at de er midlertidigt ansatte – oplever en højere grad af kontinuitet i relation til patienter og øvrige medarbejdere, og dermed også at de i højere grad hører til og har *"et territorium"* i en betydeligt mindre og langt mere overskuelig organisation, end et hospital. Samtidig er de ambivalente over for potentielt ejerskab, særligt fordi der ud over ledelsesopgaverne, som de ikke er afvisende overfor, følger en del praktiske og administrative opgaver og ansvar. Ingen af dem udtrykker en egentlig lyst til at (med)eje en praksis. Men de vil ikke fortsætte med korte ansættelser her og der, og de vil gerne have mere indflydelse. Og som strukturen i almen praksis er lige nu, betyder det, at de er nødt til at købe sig ind i en praksis – med alt hvad dertil hører af langsigtede bindinger, personaleansvar, ledelsesansvar og praktisk ansvar.

Sygeplejerskerne lægger ligeledes vægt på, at Lægehuset er en lille organisation præget af stor kontinuitet i relationer til både patienter og kollegaer. De beskriver deres arbejde som selvstændigt, om end det i høj grad drejer sig om sygdom på en mere faktabaseret måde, end sygeplejerskerne har været vant til, og de derfor ofte har brug for sparring med lægerne i forhold til konkrete beslutninger. Det betyder, at læger og sygeplejersker arbejder meget tæt og tværfagligt sammen i almen praksis, og ikke mere eller mindre parallelt, som i store dele af det øvrige sundhedsvæsen. Det giver en del udfordringer, fordi sygeplejerskerne oplever at lægernes kultur med hensyn til både kommunikation, feedback og læring er meget anderledes end deres egen. Skiftet til et ydelsesbaseret honoreringssystem, og de udfordringer det har givet sygeplejerskerne, har også præget deres syn på arbejdet i almen praksis.

De tre perspektiver tegner konturerne af almen praksis bestående af små men komplekse organisationer og hvor tværfaglig og tværkulturel ledelse er hverdagskost. Dermed er perspektivforskelle en væsentlig del af baggrunden for at forstå og håndtere de udfordringer, som resten af analysen omhandler: At skabe fælles fodslag, at skabe uddelegering til personalet, og at træde i karakter som leder.

Første udfordring: At skabe fælles fodslag

Der er mange ting at blive enige om, når en praksis skal udvides eller fusionere med en anden. En af de ansatte læger beskriver her omfanget og diversiteten i de forhold, hun synes det er væsentligt at have fælles fodslag omkring:

"Det kan være alt fra hvor tit kører man sygebesøg? Hvor længe bliver vi efter arbejdstid? Antibiotika: Skriver man altid bredspektret ud eller starter man med penicillin? Helt almindelig lægeetik omkring ordinationer. Alt fra sygemeldinger til noget omkring afhængighedsskabende medicin. Hvad vil vi bruge vores personale til? Og hvor meget ansvar vil man give dem? Er man overhovedet interesseret i, at der er en sygeplejerske eller skal det være en sekretær, så man selv kan gøre det, man synes skal gøres? Det kan også være noget med, hvad man synes der skal være af hjælpemidler og det kan være aftaler omkring ferier, kurser eller orlov." (Signe, ansat læge)

Blandt disse mange store og små ting, tegner sig et billede af to overordnede temaer, som er helt centrale. For det første spørgsmålet om *hvad* gør vi her i huset: Hvordan behandler og udreder vi forskellige sygdomme? Dette spørgsmål handler om fælles fodslag i relation til det kliniske arbejde i hverdagen. For det andet en række spørgsmål om *hvordan* vi gør her i huset: Hvordan organiserer vi os i hverdagen? Dette spørgsmål handler om enighed i relation til fx arbejdstid, deltagelse i eksterne aktiviteter så som uddannelse, lægevagt, praksiskonsulentordninger og mange andre faglige aktiviteter. Men også spørgsmålet om arbejdets organisering i hverdagen, herunder prioriteringen mellem akut og ikke akut arbejde, mellem visiteret og uvisiteret adgang til lægerne, og balancen mellem soloarbejde og socialt samvær og faglig sparring i hverdagen. Alle lægerne mener, at det er nødvendigt at have et vist niveau af fælles fodslag omkring disse temaer, for at kunne drive en praksis sammen.

Hvad gør vi her i huset?

En fusion er en anledning at tage rutiner op til refleksion og revision: Hvad plejer vi hver især at gøre? Hvorfor? Hvad er det bedst og mest rigtigt at gøre? Og hvad gør vi fremover?

De ansatte læger oplever begge, at de to ejerlæger hurtigt har fundet et fælles klinisk fodslag:

"Det blev ved med at komme bag på mig hvor kort tid de havde arbejdet sammen. Jeg synes de virkede meget fælles – havde fælles fodslag og der var et godt samarbejde mellem de to." (Signe, ansat læge)

Hun peger på, at dette er væsentligt for hende, fordi hun tidligere havde oplevet hvad der sker i en praksis, hvor der ikke er fælles fodslag omkring principper og praksis for det kliniske arbejde:

"Jeg kan huske i Norge hvor vi var to danske læger, en svensk læge og så en gammel norsk læge – og han skrev jo alt ud! Så hver gang nogen havde været hos os og fået et nej og en god forklaring, så gik de jo bare ind ad næste dør og fik det de gerne ville have. Og det er så utilfredsstillende! Men kan jo selvfølgelig bare sige: Jeg har ikke ordineret det, så det er ikke mit problem. Men det er utilfredsstillende." (Signe, ansat læge)

Den anden ansatte læge peger på endnu en problematik i relation til manglende fodslag, nemlig at patienterne bliver forvirrede når de kommer hos forskellige læger i det samme hus, som siger noget forskelligt:

"Når man sidder tre læger sammen, så skal man også på en eller anden måde have en fornemmelse af, hvordan hver især tænker fagligt, så man har en fælles måde at behandle på. For patienterne kommer jo ind til os på forskellige tider. Man skal ikke sige forskellige ting, for det forvirrer patienten. Derfor synes jeg det er enormt vigtigt." (Tone, ansat læge)

Selve processen omkring at finde fælles fodslag vedrørende behandling og diagnostik, kan anskues på flere måder: Den kan ses som et spørgsmål om at finde kompromiser mellem de forskellige læger og deres individuelle præferencer og tidligere praksis. Men i lægehuset har tilgangen snarere været at stræbe efter en højere faglig fællesnævner, frem for kompromiser, som Marianne formulerer det:

"Vores forskellige faglige erfaringer har givet en højere fællesnævner." (Marianne, ejerlæge)

Men det er ikke så enkelt at finde den fælles højere fællesnævner, for som lægerne påpeger, er der mange områder, hvor der ikke bare er ét rigtigt behandlingsvar, og det er med til at gøre gør fælles fodslag om det kliniske til en udfordring:

"Der har vi haft en masse snakke om stort og småt: Hvor mange afføringsprøver skal man tage på en der har været i Egypten og kommer hjem med diarre? Hvor mange dages penicillin skal man have når man har halsbetændelse? Der er ikke noget af det der er rigtigt eller forkert – man kan vælge en form for enighed omkring det her. Men der er det ret vigtigt, at man siger det samme, når man deler patienter." (Marianne, ejerlæge)

I praksis gør lægerne det, at de lægger instrukser ind i deres it-system, så de kan søges frem fra alle arbejdsstationer:

"På vores server har vi nogen biblioteker vi opbygger over lægefaglige instrukser, sådan så at hvis jeg har ringet og talt med en overlæge om et eller andet, så skriver jeg det der, så det er tilgængeligt for hele huset." (Erik, ejerlæge)

Begge de ansatte læger har erfaringer fra andre lægehuse, og fremhæver, at de oplever en høj grad af fælles fodslag omkring det kliniske i Lægehuset, og at fællesnævnerne i høj grad er præget af viden frem for vaner:

"De [ejerlægerne] er gode til at lave instrukser. Der ligger en masse instrukser ude på skrivebordet [på computeren] og det er enormt fedt. Og det er fagligt begrundede instrukser. Det er ikke bare noget med "sådan plejer vi at gøre" eller "sådan synes jeg, man skal gøre." Det er virkelig grundlagt på nogle instrukser, som er skrevet på en videnskabelig basis. Det er ikke noget de har fundet på. Det er nationale retningslinjer. Det er super godt. (Tone, ansat læge)

Men begge peger på, at sådan er det langt fra alle steder, og at større lægehuse ikke automatisk fører til hverken mere videnskabeligt baserede praksisser eller fælles fodslag. Imidlertid har begge de ansatte læger et meget klart ønske om at arbejde så videnskabeligt og evidensbaseret som overhovedet muligt. Dette er så vigtigt for dem, at graden af fælles fagligt fodslag og videnskabelig underbygning af den kliniske praksis, er en væsentlig parameter for dem i forbindelse med deres valg af lægehus. Særligt Signe oplever, at manglende videnskabelighed er utilfredsstillende for hende som læge. Hun beskriver her sine erfaringer med lægehuse, hvor andre læger traf behandlingsbeslutninger ud fra ikke-faglige argumenter, set fra Signes perspektiv, og lagde mere vægt på personlige holdninger, eller på hvad patienterne ønskede, end på evidens:

"Jeg tror også, at det er noget med hvor visionær man er, hvor arbejdsom man er, og hvor pligtopfyldende man er i forhold til behandlingsvejledninger osv. Det fylder jo meget nogen steder, og andre steder gør lægen hvad der passer ham eller som han altid har gjort. Nogen steder er det meget "jamen jeg plejer...", "jeg føler...", "jamen jeg synes det er rarest...". Men hvis det var mig, ville jeg helst have det sådan, at det jo ikke er op til dig: Det skal jo være

videnskabeligt begrundet! Ved subklinisk hypertyreose [for højt stofskifte] der er der nogle blodprøver, og hvis de siger det ene, så gør man sådan og sådan, og hvis det er det andet, gør man sådan og sådan. Det er ikke sygdom, men det er måske på vej. Jeg har været et sted, hvor der var en læge som sagde, "Jamen hvis jeg havde de blodprøvesvar, så ville jeg da gerne i behandling". [Signe angiver hvad hun selv tænker om denne læge som direkte tale:] "Ja, men det kan da godt være, at du gerne ville det, men sådan er instrukserne bare ikke lavet fra endokrinologisk afdeling!". Men her i huset er det rigtigt fagligt begrundet, og det er godt. Det er ikke intuition og hvad man selv synes og føler. De har virkelig sat sig ind i det faglige. Det er hardcore evidens." (Signe, ansat læge)

Det er dog ikke kun lægerne som ser et behov for standardisering af behandling og diagnostik. Sygeplejerskerne oplever også et behov for klare fagligt baserede retningslinjer, som grundlag for udførelsen af deres arbejde. Men det kan være svært at finde tid i en travl hverdag til at få lavet dem:

"Det er lidt svært at nå at få snakket om udviklingen: Hvad er holdningen til en patient som skal have målt blodtryk? Hvor hyppigt bør det måles her? Det kan være lidt svært at nå at få snakket om det. Så må jeg printe et stykke papir ud og skrive ned, at jeg skal have talt med Marianne og Erik om det engang – og så når det måske at blive uaktuelt inden jeg kan nå at få snakket med dem i en pause. Vi har snakket meget om, hvordan vi rationaliserer, så vi får den tid, der skal til, samtidigt med at det jo også er en forretning – vi skal også holde indtjeningen oppe. Der skal jo flere penge i kassen, men der skal også være tid til, at vi kan udvikle os som virksomhed, for at vi kan holde fast i at det er interessant og spændende at gå på arbejde." (Lise, sygeplejerske)

Sygeplejersken peger således på, at det fælles faglige fodslag er en forudsætning for at sygeplejerskerne kan overtage egentlige selvstændige opgaver – som fx kronikerkontroller. Men sygeplejersken berører også et andet og meget fundamentalt dilemma: På den ene side tager det tid fra driften at få lavet de faglige instrukser og blive enige om behandling og diagnostik. Men på den anden side er dette en forudsætning for, at opgaver kan uddelegeres til personale på en sådan måde, at de rent faktisk kan aflaste lægerne, og således frigøre tid.

Hvordan gør vi her i huset?

Det andet hovedspørgsmål er noget bredere, og omhandler grundlæggende set prioriteringen og anvendelsen af virksomhedens vigtigste ressourcer, arbejdskraften: Hvor meget skal man arbejde, på hvad, hvornår, og skal der være noget ind i mellem arbejdet? Dette afsnit omhandler forskellige perspektiver på disse spørgsmål.

Lægernes arbejdstid

Temaet omkring arbejdstid har flere aspekter. For det første spørgsmålet om hvor meget ejerlægerne i kompagniskabet skal arbejde. De to ejerlæger har i godt to år forsøgt at sælge det ledige ydernummer, men i løbet af den proces har de måttet erkende at "vi kan ikke sælge det, hvis der ikke er en 4-dags arbejdsuge", som Marianne udtrykker det. Det at kunne få noget mere fleksibilitet i hverdagen, herunder også at arbejde mindre, har imidlertid også været ejerlægerens ønske i forbindelse med fusionen. Derfor er der nu lavet et lægerul hvor alle lægerne har en 4-dages arbejdsuge.

De ansatte læger er også tydelige i forhold til deres ønsker. Begge har familie, og ønsker ikke at arbejde fuld tid. Signes ønskejob er, at "3 læger deler 2 lægers job". Hun har tre børn og en mand, der også er praktiserende læge i egen praksis, og hun uddyber sit ønske til arbejdstid således:

"Jeg synes det er et krævende job. Dagen er jo ikke som – ja – mange har krævende jobs, det ved jeg godt. Men det er bare et job, hvor vi tit kan komme hjem og være trætte efter en

lang dag med mange patientkontakter. Så jeg tror, at for at det skal blive ved med at være sjovt for mig, så har jeg hele tiden haft den her idé med i hvert fald én ugentlig fridag, blandt andet på grund af kurser osv., og så man har mulighed for at holde det ferie, man gerne vil. Netop fleksibiliteten i og med at du er flere læger samme sted og du kan tage lidt uventet fri. Eller at en sygedag ikke er den store ulykke, som hvis du sidder alene et sted. Og man kan passe familien også.” (Signe, ansat læge)

I Lægehuset har ejerlægerne besluttet, at det er væsentligt at alle ejerlæger arbejder lige meget – og dermed også deler overskud ligeligt. Men det ikke nogen selvfølge, og derfor er det også et væsentligt spørgsmål, at finde fælles fodslag omkring. Signe peger blandt andet på, at hun muligvis gerne vil op i tid når hendes børn bliver større. For hende hænger ønskerne om arbejdstid sammen med hendes aktuelle familiære situation, og den ændrer sig naturligvis over tid. Den anden ansatte læge rejser også spørgsmålet: *”Skal alle gøre præcis det samme på det samme antal timer?” (Tone, ansat læge)*

Spørgsmålet er centralt i forhold til at skabe så stor en rummelighed i almen praksis, så det på den ene side bliver muligt at rekruttere bredt, men så det på den anden side heller ikke nødvendigvis skal blive laveste fællesnævner med hensyn til arbejdstid – hvis ‘alle skal gøre præcis det samme på det samme antal timer’. Set i et rekrutteringsperspektiv peger Signe på, at netop deltid og fleksibilitet er meget svært at opnå, hvis man som læge vælger en hospitalskarriere. Her har almen praksis vist sig at være langt mere omstillingsdygtig.

Og zoomer vi ud af det enkelte lægehus anlægger et bredere perspektiv, er det overordnede dilemma for almen praksis på den ene side at forbedre rekrutteringen ved at tilbyde fleksible arbejdsvilkår, herunder lavere arbejdstid til de læger, der ønsker det i en kortere eller længere periode af deres karriere. Her har almen praksis – endnu – en klar konkurrencefordel over hospitalsspecialerne. Men på den anden side er det en udfordring at sikre, at den øgede fleksibilitet for den enkelte læge i almen praksis ikke kommer til at betyde, at arbejdstiden generelt bliver fastsat efter laveste fællesnævner, fordi normerne for fælles fodslag og lighedeling er stærke. Flexibiliteten skal sikre, at det man vinder på forbedret rekruttering, ikke tabes igen – og mere til – på at flere læger går på nedsat tid. Almen praksis kommissionen peger på dette dilemma men knytter det i højere grad til ansatte læger frem for ejerlæger:

”I et kapacitetsperspektiv er der dog en risiko for, at den større fleksibilitet ved ansættelsesformen gør at flere speciallæger i almen medicin i fremtiden vil søge ansættelse i almen praksis i stedet for at nedsætte sig i egen praksis, fordi ansættelsesformen i højere grad muliggør ansættelse på nedsat tid” (2)

Imidlertid peger erfaringerne fra denne case på, at ejerlæger også går på nedsat tid når praksis vokser og at det potentielt set har en større indvirkning på lægernes arbejdstid, da det kan være sværere at differentiere arbejdstid blandt kompagnoner. Det kan være mindre indgribende i et kompagniskabet at ansatte læger har særlige vilkår for ansættelsen, herunder nedsat tid, da dette kan afspejles i den enkeltes ansættelsesvilkår.

Aktiviteter udenfor lægehuset

Det er imidlertid ikke nok, at lægerne bliver enige om arbejdstiden – de skal også have en fælles holdning til deltagelse i lægelige aktiviteter udenfor lægehuset. En ansat læge beskriver det således:

”Der er to ting i almen praksis: Der er patienterne og ydelserne, og så er der alt det andet med forskning og praksiskonsulenter osv. Og det er jo forskelligt, hvordan man tænker om det. Det tror jeg er et emne, det er væsentligt at være enige om, og det skal man vide inden man beslutter sig for et sted.” (Tone, ansat læge)

De to ejerlæger har gjort sig tanker om udenoms aktiviteter, og blandt har Erik frem til fusionen været lægevagtschef i 15 år:

"Jeg har sagt mit job som lægevagtschef op for at gå ind i det her. Det var jeg godt klar over at jeg måtte gøre. Jeg havde været chef i ret mange år så jeg synes også det var spændende at kunne skippe det og hellige mig det her." (Erik, ejerlæge)

Det var således ikke kun af nød, at Erik forlod bijobbet som lægevagtschef, for efter 15 år havde han også selv lyst til at "skippe det" og hellige sig arbejdet med at få det nyfusionerede lægehus med mere personale og flere læger til at fungere.

Marianne synes også, at der er mere end nok at se til i lægehuset – uden bijobs:

"Vi har ikke tid til andre ting, sådan som det har været her de sidste to år. Det ville være helt utænkeligt, at vi skulle have bijobs." (Marianne, ejerlæge)

Men samtidig giver hun udtryk for, at hun faktisk rigtigt gerne vil have tid til forskningsaktiviteter. Hun fortæller at hun bl.a. tidligere har skrevet kapitler til en bog:

"Sådan noget ville jeg rigtigt gerne have tid til. Men som det har været her siden fusionen her der hverken været tid eller mentalt overskud." (Marianne, ejerlæge)

Den kompagniskabspraksis hun var i før fusionen, havde desuden haft en del praksisreservelæger samt studenter på 13. semester. Begge ejerlægerne har således tidligere deltaget i forskellige former for lægelige aktiviteter udenom "patienterne og ydelserne": Den ene med interesse i forskning, den anden primært i lægevagten. Nu har de imidlertid besluttet at kaste al deres tid og energi ind i udvikling, ledelse og driften af et nyfusioneret lægehus.

De ansatte læger har imidlertid ikke så mange års erfaring bag sig, og har derfor heller ikke så mange erfaringer fra andre aktiviteter. Og særligt den ene af dem udtrykker et stort ønske om at involvere sig i forskellige udenoms aktiviteter, men hun oplever at det er svært, fordi der blandt ejerlægerne er et ønske om, at alle ejere skal arbejde på ens vilkår. Hun beskriver det således:

"Der er jo ikke så meget udadtil i den her praksis. Jeg ville gerne være praksiskoordinator eller supervisor. Men det blev der ikke plads til. Der skal jo frigøres tid til det, og der er ikke så meget villighed til at individualisere med [arbejds]tider: Vi har fuldstændig det samme rul hver 3. uge. På den måde er det jo fint skematiseret, og man kan planlægge langt frem i tiden. (...) Der hvor jeg var tidligere¹¹, der var de både praksiskoordinator, pep-konsulenter, de lavede kurser og MTV'er, DSAM vejledninger, og de er alle sammen tilknyttet et eller andet hospital og de underviser". (Tone, ansat læge)

Lægernes forskellige holdninger og ønsker i forhold til deres involvering i lægelige aktiviteter udenfor lægehuset understreger behovet for at finde fælles holdninger til dette emne i kompagniskabet. Et væsentligt element i diskussionen er håndteringen af individuel tilpasning: Skal alle læger i samme hus enten have samme timetal til eksterne aktiviteter? Eller skal der slet ingen udenoms aktiviteter være? Eller skal der udvikles forskellige modeller for, hvordan en individuel og fleksibel praksisdrift kan foregå mellem læger - på tværs af forskelle i alt fra faglige interesser til familiære forpligtelser?

Arbejdets organisering og hverdagens struktur

Et tredje og sidste tema i forhold til organiseringen af arbejdet omhandler hverdagens struktur: I almen praksis – ligesom i det øvrige sundhedsvæsen – er der både akutte og ikke-akutte opgaver, og

¹¹ I den praksis Tone refererer til arbejder i alt 5 kompagnoner enten i klinikken på fuld tid (fire dage om ugen) eller på deltid (to dage om ugen).

der kan enten foretages en indledende og som oftest telefonisk visitation af opgaverne, eller der kan være helt uvisiteret adgang til lægerne i en åben konsultation, hvor man kommer og trækker et nummer i et bestemt tidsrum – som man kender det fra fx en lægevagt.

Lægerne skal være enige om hvordan de vil prioritere mellem hvor meget tid, der allokeres til de forskellige typer af opgaver, og det er også med til at bestemme (pleje)personalets opgaver og arbejdsstruktur.

Et andet centralt element i hverdagens struktur omhandler prioriteringen mellem på den ene side arbejde (akut, såvel som elektivt) og på den anden side samvær og samarbejde i hverdagen – både fagligt såvel som socialt. Disse to emner behandles i dette afsnit.

Prioriteringen af forskellige typer af patientkontakt

I Lægehuset er der tre forskellige former for konsultationsopgaver, som er organiseret i en ugeplan:

1. **Almindelige tider**, som der er tidsbestilling til, enten via nettet eller via telefonisk henvendelse dagen igennem til personalet.
2. **Visiterede akutte tider** dagligt fra 10-12, herunder sygebesøg i hjemmet. Tiderne er visiterede i den forstand, at patienterne først ringer og taler med personalet, der vurderer om der er behov for en akut tid samme dag (eller om lægen skal ringe tilbage, om de skal tilbydes en almindelig tid en anden dag, eller om de mest hensigtsmæssigt kan møde op i åben konsultation samme dag).
3. **Uvisiterede akutte tider** (kaldet "åben konsultation") dagligt fra 13-15, (tirsdag 16-18). Her kommer patienterne til uvisiteret og i den rækkefølge de er ankommet.

Hertil kommer de tidspunkter i løbet af dagen, hvor lægerne ringer tilbage til patienter, som har ringet til personalet. Lægerne bestemmer ikke hverdagens struktur helt frit: De skal være tilgængelige for telefonisk henvendelse 1 time om dagen, ligesom de skal foretage sygebesøg. Men derudover er fordelingen af lægernes tid på planlagt versus akutte tider, på visiterede versus uvisiterede tider et spørgsmål om prioritering.

De tre typer af tider fordeler sig på følgende vis mht. visitation og akutindhold:

	Visiteret	Uvisiteret
Akut	Akuttider	Åben konsultation
Ikke akut	Almindelige tider	Åben konsultation ¹²

Note: Da telefontiden indeholder både visiterede og uvisiterede samtaler om akutte såvel som ikke akutte emner – fx prøvesvar, er den ikke sat ind i skemaet.

Fordelingen af lægetid på de forskellige opgavetyper er et tema, som lægerne har forskellige perspektiver på, men de anser det alle for vigtigt at have en fælles holdning til emnet. I forbindelse med fusionen har de to ejerlæger måttet finde en fælles struktur, der afspejles i den aktuelle arbejdsplan. Men i forbindelse med, at ansatte læger overvejer at købe sig ind i virksomheden, er denne struktur kommet til diskussion. Lægehuset har en høj grad af tilgængelighed, idet der hver dag er åben uvisiteret konsultation i to timer. Det er særligt den åbne konsultation, som der er forskellige holdninger til, men også håndteringen af den telefoniske kontakt med patienterne, er til debat.

¹² Det er meningen at åben konsultation skal bruges til korte og akutte problemstillinger. Men i og med at den åbne konsultation er uvisiteret er det i sagens natur ikke muligt at sikre, at der kun kommer akutte opgaver. Derfor indeholder åben konsultation i praksis både akutte og ikke akutte opgaver.

Åben konsultation: Pro et contra

Den åbne konsultation er fra lægernes side beregnet til en bestemt typer problemstillinger, som Signe beskriver således:

"Det er til de der helt korte problemstillinger. Det er det der er idéen med det: Ondt i halsen, noget i øjet, et eller andet. Noget du ordner hurtigt. Og er der det mindste, der trækker lidt ud, så får folk en ny tid og så følger man op på det. Folk kan mærke, at her går det lidt stærkt, men der er også gang i butikken. Man kan komme ind, og så går der ikke så lang tid."

Ejerlægerne har diskuteret tilgængeligheden, særligt den åbne konsultation, og Marianne har blandt andet opstillet en liste af fordele og ulemper ved den i et internt arbejdsrapport:

Fordele ved at have åben konsultation

- ◆ *Alle, som vil til i dag, kommer til i dag = høj grad af patientservice*
- ◆ *Fantastisk buffer*
- ◆ *"Suset", man som læge kan opleve, når man har haft 30 patienter på 2 timer*
- ◆ *Mange patienter møder bare op og belaster herved ikke telefonen.*

Fordele ved ikke at have åben konsultation

- ◆ *Man slipper for at møde patienter i åben konsultation, som ikke hører til der [fordi de kommer med problemstillinger, som ikke er akutte og ikke kan løses hurtigt, red.] og for både patienternes og lægens skyld var bedre tjent med en anden tid*
- ◆ *Patienterne får bedre behandling, fordi der er booket den rigtige tid og lægen er forberedt*
- ◆ *Klinikken får mulighed for at lukke og henvise til anden læge ved fx kursus*
- ◆ *Klinikken får bedre mulighed for at planlægge fx møder, undervisning og lignende, da man kan sætte den nødvendige tid af*
- ◆ *Klinikken får større fleksibilitet mht. planlægning af dagen, da de akutte tider kan flyttes frem og tilbage efter ønske.*

Kilde: Internt dokument fra Lægehuset.

Ejerlægerne ser således både fordele og ulemper ved den åbne konsultation. Særligt Marianne, som har lang ventetid på almindelig tidsbestilling, oplever i stigende grad, at patienterne møder op med alt for store og tunge problemer i åben konsultation. Erik påpeger, at den åbne konsultation kan være en "sikkerhedsventil" for dem, der har brug for at blive tilset samme dag. Det kan imidlertid være hårdt som læge ikke at kunne tage sig af alle de store og tunge problemer i den åbne konsultation, men Erik mener, at det er væsentligt at fastholde en daglig åben konsultation til de akutte problemer, og dermed opretholde en meget høj grad af tilgængelighed. Man skal så til gengæld gøre mere for at sikre, at den åbne konsultation bruges sådan som lægerne havde tænkt det:

"Fra lægelig side bliver man nødt til at prioritere og køre sin stil igennem. Vi må fastholde vores principper [om at det kun er akutte problemstillinger i den åbne konsultation] overfor patienterne. Det vil sige, opdrage på patienterne og tage de konfrontationer, selvom det er svært".

Erik ser ikke den åbne konsultation som problemet, men snarere den lange venteliste, der giver anledning til at alt for tunge og ikke-akutte problemstillinger dukker op i den åbne konsultation, og at

det derfor er ventelisteproblemet, som bør løses. Han oplever at mange læger nedlægger den åbne konsultation. Alt i alt er de to ejerlæger efter overvejelser om både fordele og ulemper ved uvisiteret adgang til lægerne, kommet frem til en struktur med en to timers daglig uvisiteret åben konsultation (hos én læge hver dag).

Imidlertid er ingen af de to ansatte læger særligt begejstrede for den uvisiterede åbne konsultation. Tone har aldrig været i en praksis med uvisiteret åben konsultation og her forklarer hun hvordan hun oplever det:

"Jeg synes det er ineffektivt. Jeg tror det er rigtigt rart for patienterne, men jeg synes det er rarere med en visiteret åben konsultation, hvor man kan ringe og så få en tid samme dag. De akuttider vi har fra om formiddagen bliver tit ikke brugt af en eller anden årsag. Personalet er måske ikke helt kørt ind i det. Men det er første gang, jeg er et sted, hvor der er sådan en helt åben konsultation. Tit kommer der nogen med noget de har haft i tre år og nu havde de lige tid til at komme herved. Og det er sådan noget med at jeg skal sidde og sætte mig ind i en hel journal og vi har fem minutter pr. patient og det kan godt tage en halv time, og hvor der er andre som må sidde og vente i lang tid. Så enten handler det om, at vi ikke har fået opdraget patienterne til, at det er noget der er opstået i dag, og det er akut og man skal være syg – eller at lave det visiteret og så få det fordelt ud på akutte tider eller elektive tider. Forudsætningen for at jeg kan være her er, at der sker noget med det her [åben konsultation]."
(Tone, ansat læge)

Tone giver således udtryk for, at hun synes, at ulemperne ved åben konsultation klart overstiger fordelene, og at det er et væsentligt emne at blive enige om i kredsen af ejerlæger. For hende er det faktisk så vigtigt, at hun ikke vil være i en praksis med den nuværende grad af uvisiteret adgang til lægerne. Ligesom Erik peger hun på behovet for at "opdrage" patienterne til at bruge lægernes tid mere i overensstemmelse med lægernes intentioner, og dermed de forskellige typer af tilgængelighed der tilbydes i lægehuset.

Den anden ansatte læge har besluttet, at hun ikke vil købe sig ind i lægehuset, men hun deler i vidt omfang Tones skepsis overfor den åbne konsultation, selvom hun dog også kan se fordele ved den:

"Det der med ikke at tage telefonen selv og sidde og visitere selv, det var meget nyt for mig. Jeg kan godt se, at der er mange fordele ved det og at det måske er vejen frem. Men det gjorde at mit arbejde i starten var hårdt og uden at jeg selv havde så meget indflydelse på det. Jeg vidste ikke hvem patienterne var, og det er jo klart når man starter et nyt sted. Men jeg var også uden mulighed for selv at kunne visitere lidt ud i hvad, der skulle ses i dag og hvad der ikke skulle. (...) Jeg har været vant til alle andre steder fra, at alle de akutte skal ringe mellem 8 og 9, så har man dem om formiddagen og så kan man hurtigere få dem af sted på sygehus, alting er mere effektivt om formiddagen. Så det der med at det akutte først venter til efter 13, det er en struktur der er fuldstændigt anderledes end, hvad jeg er vant til: Arbejdsdagen efter 13-14 stykker er i mit hoved planlagte patienter, samtaler, opfølgning på noget man har set de forrige dage, men ikke sådan uventede ting." (Signe, ansat læge)

Hun beskriver, at åben konsultation gav hende "lidt en fornemmelse af at patienterne styrer dagligdagen og ikke så meget lægen" (Signe, ansat læge) – og det var ikke det, hun ønskede. Hendes erfaring med åben konsultation er, at det er noget de fleste praksisser har en gang om ugen, og nogen af de større steder lidt oftere. Men ingen steder har hun oplevet, at der er to timers daglig uvisiteret åben konsultation. Hun ser dog også fordelene ved den høje grad af tilgængelighed, som daglig åben konsultation giver:

"Fordelen er vel, at der er det her nøglehul for patienter, der bare skal noget kort, og som synes det er svært at komme igennem." (Signe, ansat læge)

Idéen i åben konsultation er således at give patienterne en høj grad af service i form af tilgængelighed, hvor der er "et nøglehul", "en sikkerhedsventil", så de altid kan komme til lægen med det samme. Problemet er imidlertid, at fordi det er uvisiteret, er det meget svært at sikre, at det rent faktisk er de akutte patienter med de korte problemstillinger, der kommer i åben konsultation.

Signe fortæller at hun har diskuteret den åbne konsultation meget med de to ejerlæger, men at det er svært at lave om fordi: *"Det er en tradition derude, sådan har det altid været." (Signe, ansat læge)*. I et internt arbejdspapir oplister Marianne en række forhold, hun kalder "dogmer" – i betydningen praksisser og måder tingene plejer at være på – som hun sætter til diskussion. Et af dem er netop åben konsultation: *"I vores praksis er patienterne vant den åbne konsultation, så det er svært at lave om på."* Organiseringen af arbejdet er således ikke noget lægerne føler de uden videre kan ændre, og på denne måde bliver patienternes forventninger til arbejdsorganiseringen – særligt den del der vedrører lægernes tilgængelighed – en barriere mod forandring. Men samtidig skinner det også igennem hos de ansatte læger – særligt hos Signe – at de også er traditionsbundne, og at deres skepsis overfor daglig åben konsultation også handler om, hvad de er vant til, hvad de har set andre steder, og hvordan dagens struktur er *"i mit hoved"*, som Signe udtrykker det. Og her er det helt tydeligt, at de to yngre ansatte læger ikke har så lang afstand til hospitalets arbejdsrytme, som i høj grad er præget af at det akutte og direkte patientrelaterede arbejde laves om formiddagen, mens det mere opfølgende, samtaler mv. holdes om eftermiddagen. Og som Signe ganske rigtigt påpeger: *"alting er mere effektivt om formiddagen"* – både på hospitaler såvel som i den kommunale hjemmepleje. Men på den anden side passer det givet godt ind i mange menneskers arbejdsliv, at de kan komme akut til lægen om eftermiddagen – nogen gange også sent om eftermiddagen – og derfor er den daglige åbne eftermiddagskonsultation en service overfor mange patienter, som ejerlægerne finder det svært at ændre.

Afsnittet har vist, hvor væsentligt et tema hverdagens organisering er for lægerne, da det i høj grad berører deres hverdag og sætter rammerne for deres møde med patienterne. Det er et tema som sjældent har været genstand for debat, andet end som et spørgsmål om politikernes (og dermed borgeres, patienters og vælgeres) krav om øget tilgængelighed i almen praksis. Men tilgængelighed kan skabes på mange måder – telefonisk, elektronisk, skæve åbningstider tidlig morgen/aften – ikke kun ved åben og uvisiteret adgang til lægerne. Og analysen viser, at der ligger en række dilemmaer og konkrete afvejninger bag at finde en balance mellem visiteret og uvisiteret adgang til almen praksis.

Telefontid: Visiteret – ikke visiteret?

Helt parallelt til diskussionen omkring åben konsultation, har der også været en diskussion i Lægehuset om visitation i telefontiden. Fordi der er krav om at lægerne skal være tilgængelige på telefonen én time om dagen, har der mange steder været tradition for at have lægelig telefontid mellem 8 og 9. Det har lægehuset imidlertid ikke, og Marianne forklarer hvorfor:

"Utroligt mange læger oplever, at det folk ringer om mellem 8 og 9 er tidsbestilling og receptfornyelser¹³, og dem der skal have prøvesvar eller tale med lægen, de ringer alligevel også kl. 10, så det går tit i fisk." (Marianne, ejerlæge)

Lægehuset har derfor i stedet det, de kalder visiteret telefontid, hvor én fra personalet tager telefonen. Hvis patienterne ringer om noget personalet kan løse uden lægens indblanding, fx tidsbestilling, kan de afslutte med det samme. Og i de tilfælde, hvor der er behov for at tale med en læge, ringer

¹³ Underforstået at tidsbestilling og receptfornyelse ikke er noget man behøver tale med en læge om, men i stedet skal ordne med personalet.

lægen tilbage til patienterne senere på dagen. Men det er heller ikke helt uproblematisk, som Marianne her forklarer:

"Vi har diskuteret det rationelle i at skulle ringe tilbage til patienter, der så i mellemtiden er gået ud og handle eller er skiftet fra hjemme- til arbejdstelefon. Vi bruger tit 3-4 opkald på at få fat i den patient, som vi jo egentlig bare kunne få lige i røret. Jeg mener stadig at vi står os bedre ved ikke at have telefontid. Men det er ikke så entydigt." (Marianne, ejerlæge)

Kompleksiteten – i form af den manglende entydighed – kommer netop frem i endnu en intern oversigt som Marianne har udarbejdet over fordele og ulemper ved de forskellige måder at håndtere telefontiden på, som er gengivet herunder. Den første ordning, *lægelig telefontid* oftest ml. 8-9, er det kendte alternativ fra mange andre lægehuse, mens den *personalevisiterede telefon* er den model, Lægehuset har anvendt indtil nu:

Lægelig telefontid medfører, at

- ◆ *Lægen får overstået samtalerne inden for en begrænset tidsramme og følgelig er "fri" for telefoner resten af tiden*
- ◆ *Patienterne skal lære, at de skal ringe i et bestemt tidsrum. Hvor lang tid tager det?*
- ◆ *Det kan være svært at komme igennem i et begrænset tidsrum*
- ◆ *Mange sikkert vil ringe uden for tiden. Hvad gør man ved dem? Og hvad hvis det er vigtigt?*
- ◆ *Man er uforberedt på samtalen.*

Personalevisiteret telefontid medfører, at

- ◆ *Man kan tage samtalerne, når det passer i eget program*
- ◆ *Man kan forberede sig på samtalen*
- ◆ *Patienterne ikke altid er at træffe, når det passer lægen, koster derfor flere opkald.*

Kilde: Internt dokument fra Lægehuset.

Set i et udviklingsperspektiv er det interessant, hvordan fusionen har været anledning til at eksplicite-re og diskutere organisatoriske "dogmer", som det er blevet kaldt i Lægehuset, og forholde sig ekspli-cit og systematisk til fordele og ulemper ved forskellige måder at organisere arbejdet på. I dette afsnit har vi set hvordan både visiteret og uvisiteret adgang til lægerne i hverdagen og på telefonen er gen-stand for en løbende debat. Mariannes lister hvor hun både evaluerer nuværende modeller (fordele og ulemper ved åben konsultation) eller evaluerer to alternativer op mod hinanden (lægelig vs. persona-levisiteret telefontid) er gode eksempler på, hvordan lægerne går til værks i arbejdet med at finde fælles fodslag: I stedet for at indtage simple positioner (pro *eller* kontra), inddrager de den kompleksi-tet som organiseringen rummer, og sætter fokus på, at der stort set altid er både pro og contra. Som Marianne selv så rammende udtrykte det: *"Det er ikke så entydigt!"*

Pauser: Faglig sparring og socialt samvær og i hverdagen

Endnu et element i at skabe fælles fodslag omkring hverdagens arbejdsorganisering handler om pau-ser: Langt det meste af arbejdstiden går med patientkontakt – i konsultationerne, på sygebesøg eller over telefonen. Men det hele er ikke patientkontakt, og ind i mellem er der pauser, som overordnet set har to funktioner: Pauser kan bruges til faglige og arbejdsrelaterede ting, så som at konferere faglige spørgsmål og tvivler i relation til enkelt patienter eller koordinere andre arbejdsopgaver ad hoc. Men

pauser har også en social funktion, at slappe af, tale med hinanden om andet end arbejde, eller at spise frokost sammen.

Medarbejderne i Lægehuset har meget forskellige erfaringer med både socialt og fagligt samvær i løbet af arbejdsdagen, og dermed også meget forskellige forventninger og behov: Erik kommer fra en lang karriere som sololæge, og har ikke arbejdet i en organisation, hvor der var pauser som havde en social eller faglig funktion, mens sygeplejerskerne kommer med årelang hospitalserfaring og kommunal erfaring, hvor de har været vant til en hverdag med faste pauser og mere kollegialt samvær. De øvrige medarbejdere har alle været i mindre organisationer, som befinder sig mellem disse to yderpoler.

Før fusionen havde Marianne og hendes tidligere kompagnon en struktur, hvor de hver dag brugte en time fra 12-13 på at spise frokost, samtidig med at de sammen gennemgik samtlige patienter de havde set:

"Vi sad med listen over alle de patienter vi havde haft siden sidst de sad der. Nogen gik vi let hen over, andre gik vi i dybden med. Det havde to formål: Vi var orienterede om de patienter der havde været inde hos hinanden, så når patienterne kom ind til mig en uge efter, så var jeg med på at det her var en opfølgning på noget i sidste uge, så behøvede jeg ikke at skulle sidde og kigge i journalen. Man havde en meget friere dialog med patienterne, når man vidste hvor de var henne. Den anden ting var, at vi brugte det til at gå i dybden rent fagligt – noget vi enten slog op i bøger eller på nettet." (Marianne, ejerlæge)

Erik fortæller, at de egentlig ville have forsat med at konferere patienter, men de oplevede også, at der var behov for en anden form for pause i en nyfusioneret organisation:

"Da vi lige var fusioneret og alt var nyt, kunne vi ikke lade vores nyansatte personale sidde en hel frokost for sig selv. En del af den fusion gik jo også ud på at føre personalet med, og en mulighed for det var jo den dialog vi havde under frokosten. Og derfor skippede vi den konference og indførte en frokost med personalet, hvor vi tilstræber at holde en halv times frokost med alle præcis kl. 12 og kl. 12.30 rejser vi os." (Erik, ejerlæge)

Intentionen var, at lægerne stadig havde en halv time til konference fra 12.30-13, men i praksis går det meget sjældent sådan, beretter Marianne:

"Den halve time efter frokost som egentlig skulle være gået med konference, den løber ud i sandet. Og har gjort det lige fra starten med diverse telefonopkald og personalet der så kommer med deres problemer fra om formiddagen. Så myldrer de ud – og "jeg har den ringeseddel", og "jeg skal spørge om det der" og "jeg gjorde sådan der, er det ok?" og inden vi ser os om er den halve time gået og så sidder de første patienter derude." (Marianne, ejerlæge)

Erik oplever det samme og konkluderer: *"Vi har ikke den ro der skal til for at kunne sidde og konferere patienter."* Marianne understreger at de prioriterer den fælles frokost med personalet meget højt, og at de derfor vil bibeholde den, men det betyder, at de ikke længere har nogen formel konference mere, men kun *"ad hoc snakken"*, som Marianne formulerer det. Men de har stadig intentionen:

"Vi kun godt begge to tænkte os en mere formel konference hvor vi vidste, at der er en tidsramme, og hvor vi sætter os ned. Vi kan ikke nå at komme dem alle sammen igennem, det ville tage to timer og være håbløst spild af tid – den tid vil jeg ikke tilbage til. Men man kunne tage problempatienter, eller tage tre udvalgte pr. dag, som vi har talt om – det kunne både være faglige problemer eller et socialt problem, hvor man så går lidt i dybden med det." (Marianne, ejerlæge)

Den faglige sparring har således ikke fundet nogen endelig form endnu, og ejerlægerne beskriver at den ansatte læge, Tone, lige har foreslået at de skal begynde at holde konference om torsdagen sidst på dagen, hvor der hverken er patienter eller personale i huset, fordi *”det er lettere når de andre er gået hjem at få ro”*, ifølge Erik.

Ejerlægerne talte udelukkende om behovet for det man kunne kalde faglige pauser, i form af tid til konferencer eller faglig sparring og udvikling. Den fælles frokost på en halv time er indkørt, og derudover havde de ikke andre ønsker om pauser.

De ansatte læger peger på, at de har behov for et rum for faglig sparring – både af den karakter som ejerlægerne beskriver, men også til spørgsmål af mere praktisk karakter, og dem forsøger de at få afklaret eller besvaret i den halve time efter frokost, og inden patienterne igen står for tur:

”Der er bare ganske få små spørgsmål jeg har. Jeg har brug for det for at kunne afslutte og jeg har brug for at gøre hver dag færdig. Jeg kan ikke lide at tingene hænger over til næste dag. Så vi mødes efter frokost, lige 10-15 min. Nogen gange er det kun mig der har noget, nogen gange har vi alle tre noget. Det synes jeg er meget rart. Det er specifikt patientrelateret: ”Hvilken fys. plejer I at bruge her i området til børn?” Og så får jeg nummeret og laver den henvisning. Det er helt konkrete ting. Det er ikke så meget holdninger til tingene.” (Tone, ansat læge)

Signe tilføjer, at hun oplevede, at den faglige sparring mellem lægerne var *”rigtig god”*:

”Man bankede på døren, løb ind hos hinanden, diskuterede. Det var måske mest mig, for det er også noget med at finde ud af, hvordan foregår det her. Det kunne både være noget med at banke på og sige ”kom ind og kig på det her”, eller diskutere det efter frokostpausen nogen gange i plenum med sygeplejerskerne, nogen gange bare os tre læger sammen.” (Signe, ansat læge)

Men pauser på en arbejdsplads har andre funktioner end sparring og kvalitetssikring i forbindelse med opgaveløsningen. Og særligt den ene af de ansatte læger samt personalet lægger vægt på de mere sociale aspekter af at holde pauser, og dermed på de sociale relationer på arbejdspladsen i det hele taget. Tone beskriver her sin oplevelse af pauser i hverdagen, og sammenligner med de lægehuse hun tidligere har været ansat i:

”Der hvor jeg kom fra, der var der meget mere tætte menneskelige relationer hinanden imellem, personalegruppen og i lægegruppen. Her er det meget adskilt. Men der var også afsat tid til det. Her kommer vi kl. 8 lige til første patient og kører det bare til kl. 12, hvor der er middagspause. Men vi er måske ikke blevet færdige, og så er der nogen der er stressede og går fra bordet. Der er egentlig ikke indlagt pauser til at man lige mødes. Det var der, der, hvor jeg var tidligere. Der var fælles pauser. På [hendes tidligere arbejdsplads] startede vi først kvart over 8 med patienterne, så man lige kunne komme ind og lave en kop te sammen og sige hej, hvordan går det. Det var ikke systemiseret, men vi havde tid til at snakke og fornemme og have det godt sammen. Ude på [et tredje lægehuse] var der afsat et kvarters pause fra 10-10.15 som blev højt prioriteret, så selv om man ikke var færdig med sit arbejde, kom man alligevel ud og havde den der pause sammen. Det var meget velorganiseret. Der var brød og smør og marmelade og te og kaffe og så satte man sig ned sammen. For sådan en som mig var det utroligt rart, for hvis jeg havde en problemstilling så kunne jeg lige spørge. Både fagligt og andet. Alt var tilladt. Også hvis man bare lige havde en lille historie. Det var meget rart.” (Tone, ansat læge)

Ud over hendes erfaringer fra andre lægehuse, hvor der var indlagt mere eller mindre formaliserede pauser i arbejdsdagen, så har hun også erfaringer fra sin tid i medicinalindustrien, som var præget af

en betydeligt højere grad af samarbejde og interaktion med andre, og det er noget af det hun savner mest i almen praksis, som hun forklarer her:

"Jeg mangler i almen praksis noget socialt samvær. Jeg savner det jeg havde i industrien hvor man havde flere møder dagligt og hvor man konfererer om tingene. Det der teamwork, det savner jeg rigtig meget. I forhold til industrien er det egentlig lidt ensomt." (Tone, ansat læge)

I forhold til ejerlægerne har hun således en helt anden erfaringsmæssig baggrund, som har været med til at forme hendes ønsker og forventninger til de sociale aspekter af et arbejdsliv. Men hun gør også opmærksom på, at det ikke kun handler om hendes eget behov for at afklare spørgsmål løbende og for socialt samvær. For hende handler det også om at skabe nogle arenaer for personaleledelse i hverdagen:

"For mig som læge er det vigtigt at mit personale har det godt, og at der er afsat tid til at høre "Hvordan har I det, er der noget?". Til lige at fornemme, at alt er OK, at de har det godt, og kører det, som det skal for dem? Eller har de lige brug for at man er med i en eller anden beslutningsproces eller er der noget de er utilfredse med, for så skal det bearbejdes, så der er god stemning blandt personalet. Jeg synes det er enormt vigtigt." (Tone, ansat læge)

Og netop personalet er den gruppe i Lægehuset som mest markant efterlyser mere socialt samvær på arbejdspladsen, og de er meget opmærksomme på at skabe og fastholde sociale relationer på forskellig vis. En af sygeplejerskerne fortæller, hvordan hun oplever hverdagen og det sociale samvær i Lægehuset:

"Om morgenen brygger jeg kaffen, og sørger for at Tone får en spand te ind. Jeg oplever meget, at det her også handler om at sørge lidt for hinanden. Ellers er vi meget i hver vores lille verden her. Og hvis ikke der en gang imellem er nogen der gør noget, så sker det ikke. Vi må skabe det, for det er der ikke af sig selv. Og det føler jeg er en meget central post i mit arbejde. Og jeg er meget bevidst om at gøre det her, for ellers er det der ikke. Fx er Tone vant til at have en pause om formiddagen på bare 10 minutter hvor man bare lige drak en kop kaffe, grinede lidt, snakkede sammen. Og det er der ikke her, og det savner vi egentlig alle sammen. For lige at nå at snakke lidt med hinanden og have lidt socialt: "Hvordan går det?", "Har du haft en god weekend?"" (Anne, sygeplejerske)

Men samtidig med, at personalet og den ansatte læge ønsker mere socialt samvær i hverdagen, så oplever de også, at ejerlægerne ikke har det behov:

"Jeg oplever nok måske, at Marianne bare gerne vil have lov til at gøre sine patienter færdige, der skal man ikke spørge så meget, eller forstyrre. Og Erik – han kommer ikke ret tit ud af sit lille hus [hans kontor] før vi når frokost. Han kommer lige ud en gang i mellem med en blodprøve måske. Og jeg tror ikke han føler sig forstyrret, hvis jeg spørger til noget, men jeg tror heller ikke, at det er noget han savner." (Anne, sygeplejerske)

"Marianne og Erik, de er superdygtige rent fagligt. Og jeg tror bare ikke at de har brug for noget socialt." (Tone, ansat læge)

Sekretæren startede inden fusionen, dengang lægerne spiste frokost og holdt konference sammen i en time, og hun beskriver sin oplevelse af det således:

"Der var mange ting der overraskede mig ved at komme til almen praksis. En ting var at jeg sad alene og spiste frokost ude på mit kontor. Det havde jeg aldrig prøvet før. Det var et stort chok. Der var ikke nogen, der talte sammen. Man hilste på hinanden når man kom og sagde farvel når man gik. Det var det. Det var jeg overrasket over. Det har jeg aldrig oplevet i mit liv.

Det sværeste var at vende sig til faconen her i huset. Jeg syntes det var så koldt og ensomt. Jeg havde svært ved at forlige mig med at side derude på min pind og sidde med min mad alene.” (Birgit, sekretær)

Siden fusionen er der kommet mere personale, og ifølge sekretæren har hun og de to sygeplejerskers samme perspektiv på disse ting: *”Vi er fuldstændig enige om det.”* Det har igangsat en udvikling, som hun har oplevet således:

”Vi har trinvis fået lavet små ændringer, som gør at det er en helt ny linje. Jeg synes de er blevet mere lydhør overfor vores ønsker og krav. Det er nogle banale ting, med fx: Vi har en meget lang dag fra klokken otte om morgenen til klokken seks om aftenen. Der foreslog jeg at vi skulle have kage til frokost. Det fik vi lov til og nu får vi også frugt en dag. Så det er små fremskridt, der gør at man kan hygge sig lidt mere. Blandt andet så foreslog jeg, at vi skulle købe nogle havemøbler, så vi kunne sidde uden for og spise frokost. Vi har jo en skøn have og det fik vi så. Det er simpelthen det bedste her om sommeren, at vi kan side udenfor den time og spise frokost. Så på den måde, der har vi fået det meget bedre. Men vi har stadig ikke nogen kaffepause. Den er stadig ikke blevet indført og det tror jeg sådan set ikke den bliver. For det kan vi ikke få tid til. Men jeg fik min frokost. Ja, ja - man kan ikke få det hele!” (Birgit, sekretær)

Sekretæren oplever således, at fusionen, og særligt den udvidelse af personalegruppen, som den har afstedkommet, har medvirket til at ændre det sociale samvær på arbejdspladsen, og hun har en større oplevelse af, at hendes ønsker bliver hørt og efterkommet. Hendes forventninger til en arbejdsplads er blandt andet, at ledelsen skal udvise interesse for medarbejderne også som privatpersoner, og ikke kun som medarbejdere. Det har konsekvenser for hendes forventninger til ejerlægerne:

”Rent fagligt var der selvfølgelig kommunikation. Det skulle der jo være, men der var ikke noget socialt. Ved MUS samtaler har jeg påpeget, at jeg ikke synes vi skal tale om patienter, når vi har frokostpause. Vi skal tale om hvad vi laver der hjemme: At man ligesom kommer hinanden ved. At de interesserer sig for, hvordan ens liv er derhjemme: ”Hvordan går det med dine børn?” ”Hvordan går det med dine hunde og hvordan går det med dit ben, der gik i stykker forleden dag?” At man ikke kun interesserer sig for sine patienter. For det ved jeg, de gør. Men at de også interesserer sig for os. De prøver ihærdigt. Men det er svært at få det til at fungere. Det kører meget på patienterne.” (Birgit, sekretær)

Forskellene i tilgangen til det at holde pauser og have socialt samvær på arbejdspladsen er et af de steder, hvor det tydeligst skinner igennem, at lægekultur og sygeplejekultur møder hinanden i almen praksis på meget nært hold – og på en måde, som ikke sker i hospitalssektoren. Der arbejder læger og sygeplejersker på meget forskellig vis, og generelt også i meget forskellige arbejdsfællesskaber og dermed også i forskellige faglige og sociale rum. Lægers ansættelsesforløb er præget af mange og korte ansættelser igennem flere år, mens de er under speciallægeuddannelse. Og når de holder pauser i arbejdet, er det oftest for at holde faglige konferencer, og det præger kommunikationen mellem dem. Enten taler man om konkrete patienter og mere generelle faglige emner, eller om organisatoriske forhold – alt fra ledelsesbeslutninger, over prioriteringer og diverse projekter til ressourcer mv.. Det spiller givetvis ind på kommunikationen, at mange læger er ansat meget kort tid hvert sted. Plejepersonalets og sekretærenes ansættelsesmønstre og arbejdsvilkår er ganske anderledes. Ansættelserne er længere, og der er helt andre traditioner for at holde fx formiddagspause, og for at tale sammen på arbejde om private anliggender. Denne korte beskrivelse¹⁴ er karikeret i den forstand at den lægger vægt på forskellene, og selvfølgelig findes der undtagelser fra disse generelle tendenser.

¹⁴ Beskrivelsen er lavet på baggrund af feltarbejdet til ph.d. afhandlingen ”Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde”, som fulgte både lægers og sygeplejerskers hverdag på fire medicinske centre, (8).

Men faktum er stadig at læger og sygeplejersker lever i vidt forskellige sociale rum på hospitalerne, hvor de alle har deres uddannelsesmæssige baggrund, og de er med til at forme deres kulturelt betingede forventninger til en arbejdsplads, herunder til kommunikationsformer, pauser, socialt samvær og ikke mindst ledelse.

Men tingene ændrer sig også i lægeverden, og den yngre ansatte læge har været ansat udenfor hospitalsvæsenet, i medicinalindustrien, og hun er her blevet vant til en anden form for samvær på en arbejdsplads. Ligeledes har hun været ansat i andre – og større – lægehuse, som også har været præget af mere socialt samvær og privat kommunikation på arbejdet. Og når hun taler om arbejds erfaring med socialt samvær, peger hun netop *ikke* på sine mange år i hospitalssektoren, men på sin tid i industrien og i andre lægehuse.

Ejerlægerne har mange års arbejds erfaring bag sig fra et arbejdsliv, de begge har haft stor indflydelse på, og som de har været glade for, men som har været præget af et meget entydigt fokus på patienterne og opgaverne omkring dem: Erik var sololæge i mange år, og er slet ikke vant til hverken at være leder eller at indgå i en organisation, hvor man arbejder så tæt sammen med personale eller yngre ansatte læger. Marianne har siddet i årevis i et velfungerende kompagniskab uden andet personale end to meget selvkørende sekretærer, hvoraf den ene havde været der i rigtigt mange år. Her var der fokus på patientarbejdet, og dagens pause blev brugt til konference hen over frokosten, ganske ligesom mange middagskonferencer på hospitalsafdelinger.

Fusionen og vokseværket har ikke bare forstørret organisationen, men har også grundlæggende ændret den ved at bringe faggrupper ind, som har en anden arbejdsmæssig erfaring, der indeholder nogle klare forventninger til blandt andet socialt samvær i hverdagen. Dette er uvant for ejerlægerne, med den arbejdsmæssige erfaring de hver især har med sig. Det har igangsat en langsom ændringsproces, hvor det sociale vinder mere ind i hverdagen, men hvor ejerlægerne samtidig oplever, at det er sket på bekostning af det faglige indhold og samarbejde i pauserne.

Opsamling: Fælles fodslag om hvad vi gør, og hvordan vi gør det

Samlet set er der en meget lang række af konkrete spørgsmål i relation til, *hvad* man gør i et fælles lægehus, men i mindst lige så høj grad *hvordan* man gør det, som kræver en høj grad af konsensus mellem kompagnoner. Alt fra klinisk praksis og graden af videnskabelighed og evidensbaseret, over synet på arbejdstid og graden af ensartethed i arbejdsvilkår, herunder graden af engagement i aktiviteter udenfor lægehuset, til organisering af hverdagen og prioriteringen mellem visiteret og uvisiteret patientkontakt og sidst men ikke mindst pausernes rolle i hverdagen, hvor særligt personalet har andre erfaringer og dermed også andre forventninger til pauser, antal og indhold, end ejerlægerne.

Afsnittet har beskrevet, at det rummer en udfordring at finde fælles fodslag omkring mange af disse forhold, fordi det for det første er med til at fastlægge indholdet i hverdagen arbejde for den enkelte. Men også fordi det berører mere principielle tilgange til arbejdet i almen praksis og læges rolle: Hvor vigtig er uvisiteret tilgængelighed? Hvor meget skal patienternes forventninger honoreres? Skal arbejdspladser og ledere dække medarbejdernes behov for socialt samvær – i hvor høj grad og hvordan? Sådanne mere principielle spørgsmål bliver meget konkrete når almen praksis udvides og nye medarbejdere med andre fagligheder, og dermed ofte også helt andre erfaringsmæssige baggrunde, skal få en fælles hverdag til at fungere i praksis.

Anden udfordring: Uddelegering af opgaver til personalet

Anvendelsen af personalet er endnu et af de mange områder, som lægerne skal finde fælles fodslag om: Skal plejepersonalet gå til hånde for lægerne ad hoc, eller skal de overtage selvstændige konsultationer og kontroller? Skal de lave administrative opgaver eller patientopgaver?

Når plejepersonalet beskriver deres arbejde, skelner de mellem tre typer arbejdsopgaver: telefonen, laboratoriet ("at rydde bordet") og patientkonsultationer ("gulvet"). Anne forklarer:

"Min dag er typisk, at jeg starter ved telefonen. Der har jeg hovedsageligt telefontid fra 8-11 stort set uafbrudt. Der er ting jeg gør færdige, som jeg eventuelt bare orienterer om bagefter, der er receptfornyelse, almindelige tidsbookinger, og så er der folk der ringer ind med lægeli-ge eller sygdomsrelaterede problematikker, som man skal forholde sig til i forhold til hvordan man skal handle. Jeg sidder og booker dagen. Fx i dag har Erik akuttjansen, så sidder jeg og booker hans akuttider. Og giver han sygebesøg alt efter hvad han har tid til. Og så må man jo hele tiden sidde og lave en vurdering af hvem skal på, og hvem kan vente til i morgen. Når jeg så sidder og tager telefoner, så jeg har også folk der kommer ud og skal betale for fx vaccinationer, attester og den slags. Den anden har så gulvet, altså patienter og tjansen med at rydde bordet med prøver, sørge for at de bliver centrifugeret, at urinen bliver stixet osv." (Anne, sygeplejerske)

Sygeplejerskeopgaverne i Lægehuset vedrører ifølge interne oversigter alt fra opvask over blodprøvehåndtering til sårbehandling. Men, som dette afsnit vil vise, er disse interne oversigter ikke en status over hvilke opgaver sygeplejerskerne rent faktisk udfører, men snarere en vision for hvilke opgaver lægerne gerne vil have sygeplejerskerne til at løse i fremtiden.

I relation til personaleanvendelse er der selvfølgelig forskel på hvilke opgaver sekretærer og sygeplejersker kan løse i almen praksis, og som sygeplejersken her beskriver det, så kan hun komme længere med de fleste opgaver, end en sekretær kan:

"Jeg kan afslutte og gøre ting mere færdige. Hvor 'sek' typisk kun kan tage imod en besked. Jeg når længere i forhold til hvad sek kan. Og der er mange patienter som vænner sig til at vi rent faktisk kan klare tingene på telefonen, så vi skal også passe på at telefonkonsultationerne ikke bliver for lange."

I forbindelse med at lægerne har fået flere erfaringer med anvendelsen af sygeplejersker er de også begyndt at overveje, om de fortsat også skal have sekretærer, eller om de skal have en mere ren sygeplejenormering. Lægerne oplever, at sygeplejerskerne også kan løse sekretæropgaverne, mens en sekretær ikke kan løse sygeplejefaglige opgaver. Men lige nu er den store udfordring for lægerne at få ændret anvendelsen af plejepersonalet, så den i højere grad bliver præget af selvstændige konsultationer, hvor sygeplejerskerne aflaster lægerne og tager egentlig patientkontakter, som lægen ikke længere behøver at være inde over, andet end ved særlig tvivl eller afvigelser. Derfor handler udfordringerne i dette afsnit om uddelegering til sygeplejersker i almen praksis.

Hvad skal sygeplejerskerne lave – og hvorfor?

Ejerlægerne er enige om, at de gerne vil have uddelegeret flere opgaver til sygeplejerskerne – både mindre ad hoc opgaver, men i særlig grad egentlige selvstændige patientkonsultationer. Men efter over et år med sygeplejersker har de også måttet erkende, at uddelegeringen ikke kommer af sig selv med ansættelsen af sygeplejersker. Det kræver både et stort forarbejde, implementering og fasthol-

delse at overdrage opgaver til sygeplejerskerne. Men hvordan finder man ud af, hvad man vil bruge sit plejepersonale til – og hvordan får man det til at ske i praksis? Tone beskriver udfordringen således:

"Jeg mærker, at det er en nyfusioneret organisation på den måde, at det er det vi taler om i virke-ligheden: Hvilke opgaver skal personalet have? Hvordan får vi personalet i gang? Hvordan får vi dem oplært? Vi holdt møde her i weekenden om det: Hvordan får vi det implementeret så personalet bliver brugt til det, de har lyst til at blive brugt til, og som der også er mening i at de skal bruges til? Det helt typiske med fx diabetes- og hypertensionskontroller, vorter, og alt det man nu kan bruge sine sygeplejersker til. Og det har de også lyst til." (Tone, ansat læge)

Alle i Lægehuset vil gerne have mere uddelegering, men ud fra forskellige perspektiver. Sygeplejerskerne vil gerne have uddelegeret flere og mere selvstændige opgaver, og de forklarer her hvad der motiverer dem hver især:

"Opgaveuddelegeringen var slet ikke etableret [da hun blev ansat for 1¼ år siden]. Jo, lidt blodprøver, lidt vortefrys. Og det har jo stadig været en meget meget langsom proces. Men nu banker vi også på og siger, at nu skal de der udvidelser af vores kompetencer simpelthen på papir, nu skal rammerne etableres. For nu er jeg nået dertil, at der skal være lidt mere faglig udfordring. Man kan godt blive træt af at fryse vorter og tage blodprøver. Der må gerne være noget andet, som sparker lidt til ens intellekt." (Anne, sygeplejerske)

"Tone og jeg var på et diabeteskursus sammen, og nu skal vi have det grebet an sådan, at vi kan gennemføre hele processer med patienterne. Jeg kan også mærke, at det er meget væsentligt for mig at få vist, at jeg tager hjælpefunktionen for lægen, men jeg har også mit eget fag – sygeplejen er et selvstændigt fag – som supplerer lægen. Det er ikke udelukkende en hjælpfunktion til lægerne, men et supplement. Det får jeg lejlighed til at vise, når vi begynder at arbejde bevidst med, hvordan vi strukturerer behandlingen af eksempelvis kronikerne. Jeg bruger i høj grad min selvstændige sygeplejefaglighed ved de konsultationer jeg selv har direkte med patienterne." (Lise, sygeplejerske)

Sygeplejerskerne peger på, at uddelegering af konsultationer, hvor de kan tage hele konsultationer selvstændigt, gør to ting for dem: På den ene side er det med til at give dem faglige udfordringer, på den anden side får de mulighed for ikke bare at gå til hånde for lægen, men også bruge deres egen faglighed i mødet med patienterne på mere selvstændig vis. Begge dele er væsentlige for sygeplejerskerne, og derfor er de meget motiverede for at få uddelegeret flere selvstændige patientopgaver.

De ansatte læger mener også at plejepersonalet kan bruges bedre – særligt i betydningen mere effektivt: *"Alle havde vel en eller anden fornemmelse af, at man kunne godt bruge deres sygepleje lidt mere" (Signe, ansat læge).* Tone oplever at sygeplejerskerne er ledige meget af deres tid – i betydningen ikke-booket til patientkontakter.

Tone åbner en elektronisk kalender, og viser en af sygeplejerskernes booking i kalenderens samme dag:

"Jeg kan være overrasket over hvor ledige de er. Hun [sygeplejersken] er rigtig sød og rigtig engageret. Men der var jo masser af huller til hende i dag. Jeg er vant til at der er fyldt op til sygeplejerskerne 2-3 uger frem. Nu er det ikke engang så slemt, som det plejer at være. Men se fredag – her har hun næsten en fridag. Det synes jeg er ineffektivt. Jeg mener at det bør være muligt at de er helt fuldt booket en uge eller måske to i forvejen. Og det er det vi arbejder på. Det kan over-raske mig som leder. For det her, det er jo økonomi. Jeg kan jo være ligeglad, jeg ejer ikke stedet. Men det undrer mig. Det ville stresser mig måske. Og sygeplejerskerne vil gerne. Det er slet ikke det. Men det skal implementeres, så de får de her muligheder for at have fulde dage. Og vi har jo mandag, onsdag og fredag, hvor der er en af os læ-

ger, der har fri, så der er et konsultationsrum de kan være i og køre patienter.” (Tone, ansat læge)

De ansatte læger ser et stort potentiale – ikke mindst økonomisk – i at sygeplejerskerne bliver mere booket op med patientkontakter. Men på den anden side, så synes de også, at det er rart at have en ledig sygeplejerske, der kan gå til hånde, når de har brug for det:

”De [sygeplejerskerne] aflaster mig. De er jo ikke kørt ind, ligesom jeg har været vant til. Det kan blive langt mere effektivt det de bibringer økonomisk. Til gengæld er det en stor fordel at der altid er en sygeplejerske ledig. Jeg havde fx en ældre til fornyelse af kørekort, som blev frygtelig nervøs, og så var det en fordel, i stedet for at sende vedkommende hjem, for at komme igen for blodtryks-måling en anden dag, at kunne sende vedkommende ind til sygeplejersken og ligge og hvile i 10 minutter og få målt det her blodtryk. Det er utroligt rart, at der altid er en sygeplejerske ledig.”

”Du oplever at de har tid derude?”

”Ja, det gør jeg. Det er usædvanligt. For man vil jo gerne have at de bruger tiden på at tjene deres løn. Og de er utroligt motiverende. De vil gerne have opgaver.” (Tone, ansat læge)

Signe er enig med Tone i, at det er rart at kunne få hjælp ad hoc, men hun har ikke oplevet, at det var muligt, på samme måde som Tone¹⁵.

”Der var lagt lidt op til om eftermiddagen, at man kunne bruge sygeplejerskerne til fx podning, til lige at tage en blodprøve eller et eller andet akut, men det fungerede ikke rigtigt. Det havde de for travlt med telefon og regninger og deres egne patienter til. Så det der med at have en sygeplejerske på sidelinjen til de akutte ting, det fungerede ikke.” (Signe, ansat læge)

Ejerlægerne har også et klart ønske om at ændre på personaleanvendelsen. En årsag er, at ventelisten til Marianne er blevet meget lang. Men en anden er, at de har en forventning om at uddelegering af fx nogen typer kronikerkontroller kan betyde et kvalitetsløft, blandt andet fordi sygeplejerskerne er mindre improviserende og holder sig mere til det planlagte, end lægerne gør, oplever Marianne:

”Der kan være store fordele i at sygeplejerskerne passer nogen af de kroniske kontroller, for der sker meget tit det, at en sukkersygepatient kommer til sin planlagte kontrol – men så har han ondt i halsen. Og det er det der fylder mest hos ham – at han har ondt. Hans sukkersyge, som han har haft i 14 år, den spiller en mindre rolle. Så skal man først pøde i halsen. Og så er der også en knop han har, som bekymrer ham. Og pludselig er der kun to minutter tilbage af diabeteskontrollen som så bliver udført hu-vej vilde dyr. Og man skynder sig at tage nogle blodprøver og så ud af døren, og så må man følge op på det telefonisk. Men man får slet ikke den der snak om kost og motion og rygning osv. Og der ved vi jo også fra andre klinikker, at hvis det er sygeplejersken der tager diabeteskontrollen, så bliver der ikke blandet ondt i halsen og ondt i ryggen eller andre problemer ind i det. Hvis de nævner det, så siger sygeplejersken at så må de få en tid hos lægen og så passer hun ellers sin diabeteskontrol. Så der får man rent faktisk et kvalitetsløft ved at patienten ikke ses af lægen.” (Marianne, ejerlæge)

Men ejerlægerne peger ikke kun på sygeplejekonsultationer blandt de opgaver de ønsker personalet skal tage sig. Mange andre små og store opgaver trænger sig også på:

”Der er mange små praktiske ting, som vores personale førhen har klaret, som de ikke længere kan klare, fordi huset er vokset: Det er små ting som at rydde op i bladene i venteværelset,

¹⁵ Årsagen til de to ansatte lægers forskellige oplevelse af arbejdspresset hos sygeplejerskerne og dermed deres mulighed for at hjælpe til i ad hoc processer, er muligvis at Signe og Tone ikke har været ansat på samme tid, men i forlængelse af hinanden. Der kan således være skiftende arbejdspress samtidig med at der også har været en udskiftning i plejepersonalet.

sørge for at der er friske blomster i vindueskarmene, sørge for at ting, der går i stykker, bliver lavet. Det var lettere før med to halve sekretærer, for de havde mere tid ind i mellem til at lave sådan nogen småting. Der var mere ro i huset. (...) Der er et større flow igennem huset og en større uro, som gør at det bliver vanskeligt at få gjort. De laver noget hele tiden. Men der er mange af de små opgaver, som de ikke laver mere. Og så falder det tilbage på os. Nogen skal jo gøre det.” (Marianne, ejerlæge)

Ejerlægerne oplever således, at det større flow som følge af fusionen og den ekstra ansatte læge og mere sygeplejepersonale, kombineret med personaleudskiftningen, alt i alt har betydet, at der er opgaver, som falder tilbage på dem. Og selvom der måske er tale om småting, så er det stadig ting der skal gøres, og som ender med at tage lægernes tid. Således er der faktisk i praksis sket en uintenderet opgaveglidning den modsatte vej: *Fra personalet til lægerne*. Og det har været svært at få disse opgaver til at glide den anden vej igen, selvom lægerne arbejder på det.

For den tidligere sololæge, som var vant til at gøre alting selv, har fusionen og det øgede personale imidlertid betydet en klar aflastning af ham:

”Jeg lavede jo alt før med vaccinationer, sygepleje og rengøring af instrumenter osv. Og det gør jeg ikke mere. Jeg pakkede posten og satte frimærker på og alt sådan noget. Det gør jeg heller ikke mere. Det er helt klart blevet lettere for mig.” (Erik, ejerlæge)

Ud over listen med personaleopgaver har lægerne også lavet en oversigt over driftsopgaver, indenfor kategorierne regnskab, personale, EDB og telefon, arbejdsplanlægning for lægerne, vejledninger, kliniklokaler samt udstyr i øvrigt. Under hver kategori findes 10-15 konkrete underopgaver. Formålet med oversigten var for det første at få et overblik over hvilke opgaver der var, og estimere hvor lang tid de tog og diskutere om de kunne gøres mindre frekvent eller på anden måde effektiviseres. Dernæst at diskutere hvordan lægerne – inkl. en eventuel ny kompagnon – kunne dele dem mellem sig, men også forholde sig til hvilke driftsopgaver personalet kunne løse, enten i samarbejde med en af lægerne eller helt selvstændigt. Mange af opgaverne – alt fra at holde styr på venteværelset, legetøj, blomster, kontakt til håndværkere, handyman-opgaver, kontorartikler, medicin, vaccinationer og instrumenter – er opført som personaleopgaver. Men ved gennemgang af listen sammen med ejerlægerne viser det sig, at det stort set kun er læger, der laver opgaverne – også selvom der flere steder står personale, *’sp/’* eller *’sek/’*. Det har nemlig vist sig at være svært at komme fra beslutning til uddelegering i praksis:

”Listen [over driftsopgaver] ligger i skuffen, men den ligger også fremme i vores samtaler. Vi er meget interesserede i at få mere lagt ud. Strengt taget, så er det jo meget lidt, som er lagt ud på nuværende tidspunkt. Personalet laver faktisk ikke nogen af de her ting, endnu, men det skal de. Det er bombesikkert. At tjekke om vi har de og de plastre og de børnevacciner vi skal bruge og rejsevacciner og få styr på at der ikke er for gammel medicin i medicinskuffe og akuttasken, det er personalet der skal tage sig af det på længere sigt.” (Marianne, ejerlæge)

En af årsagerne har været personaleudskiftninger, som har taget tid i forbindelse med oplæring og indkøring:

”Det har været påvirket af, at der har været meget udskiftning og at det kræver tid at få folk kørt ind – inden de kan overtage sådan nogen små praktiske ad hoc ting også. Det gik rigtigt godt med den første sygeplejerske, men så sagde hun op fordi hun fandt noget andet og så skulle vi til at køre nogen nye ind, og det er slet ikke blevet kørt ind endnu og sat ordentligt i system.” (Erik, ejerlæge)

En anden årsag er, at mange af driftsopgaverne kræver en anden form for arbejdsro end fx lidt laboratoriearbejde ind i mellem telefoner og reception:

"Derudover så kræver sådan noget som bogføring, personaleplaner og vagtskemaer at man kan sidde uforstyrret i ro og lave det. Eller hvis du skal bestille varer hjem, så skal du rundt i de forskellige skuffer og skabe på kontorerne, og bare at komme frem og tilbage ville gøre at du skulle banke på hele tiden. Så det er nemmest at gøre det når huset er lukket ned. Og det er svært når de sidder ude i vores sekretariat, for der kommer hele tiden patienter der skal melde sig, bede om noget, få en service af en eller anden art. Og så kan man ikke sidde med de der arbejdsopgaver, som kræver ro." (Erik, ejerlæge)

Og indtil nu har ejerlægerne prioriteret at lægge alle deres personaletimer, mens der er patienter i huset, og det har været med til at gøre det svært at få uddelegeret driftsopgaverne. Men ejerlægerne arbejder nu på at finde helt konkrete modeller for hvordan opgaverne passes ind i hverdagen, hvornår og af hvem:

"Det vi skal gøre nu, er at finde en struktur på at få afsat et antal timer til de opgaver. Og de timer og de lokaler skal findes, så de [personalet] kan gøre det. Både dette og hint. Og det må så gå ud over noget andet. Og det bliver så en afvejning: Skal vi øge vores personaletid eller skal vi bare vælte endnu mere over i hovedet på dem? Kan de nå det? Kan de klare det? I reglen er der ikke passager hvor de sidder og triller tommelfingre." (Erik, ejerlæge)

Næste skridt er at komme fra opgavelister med intentioner omkring sygeplejeopgaver og beslutninger omkring uddelegering af forskellige opgavetyper, til en egentlig implementering i praksis. Et af de væsentligste elementer i den proces er ifølge alle informanter, mere systematik og struktur.

At systematisere og strukturere

Sygeplejerskerne lægger megen vægt på at få sat ting i system som forudsætning for mere uddelegering. Anne, som er den sygeplejerske der har været der længst, beskriver hvordan hendes oplæringsproces har været præget af *learning by doing*:

"Jeg kan godt finde på at gå ind og banke på i konsultationen: 'Jeg står med den her problematik, fx at blodtrykket er for højt. Og nu har jeg målt det 5 gange og det er ikke faldet. Hvad gør vi? Sender vi den her patient hjem?' Det gør jeg flere gange om ugen. I starten var det meget hyppigere. Men det falder i takt med at man har været her længere tid og har lært flere og flere grænser at kende og handlingsrammerne bliver mere klare. Det er jo også noget, der bliver arbejdet på: Der var jo ikke nogen rammer i starten, og de er ved at blive fastsat nu. For det er jo også en del af processen: Lægerne skal finde ud af, hvad kan de bruge os til. Og derfor er der ved at blive sat nogle mere klare rammer op for nogle handlekompetencer: 'Her er vi, det her må vi, og det her, det skal vi banke på og spørge om'. Og så bliver der hæftet noget viden på. Men i takt med at jeg har været her længere tid, så gør jeg også det, at jeg selv skriver et notat i journalen, og så går jeg ind og siger, jeg har gjort sådan og sådan, er det OK? Og så siger de som regel, det er OK. Og hvis der er en tilføjelse, siger de, kunne du kontakte patienten og bede dem om at ringe tilbage hvis, sådan og sådan." (Anne, sygeplejerske)

Denne form for løbende og ad hoc-præget læring i forbindelse med den daglige opgaveløsning har givet hende en højere grad af selvstændighed i opgaveløsningen, som hun beskriver, men det har ikke grundlæggende ændret arbejdsdelingen og dermed uddelegeringen af opgaver til sygeplejerskerne. For at komme skridtet videre til egentlig overdragelse af fx kronikerkontroller kræver det flere ting:

"Vi skal have sat det i system: 'En sygeplejerskekonsultation omkring det her emne ser sådan og sådan ud. Den indeholder dét og dét. Rent videnskæssigt, hvad mangler du for at I kan opfylde det her?' Den proces har været fra jeg kom til nu. Og langt hen ad vejen er learning by

doing god til meget. Men ens viden bliver ikke så dyb, som hvis man sætter sig ned og taler noget igennem fra A til B. Men undervisning på begge planer – begge dele – er vigtigt.” (Anne, sygeplejerske)

Og som led i denne form for en mere systematisk tilgang til uddelegering efterlyser sygeplejerskerne også mere systematik omkring den vidensoverførsel, der sker fra lægerne til sygeplejerskerne. Når sygeplejerskerne *“banker på”* hos lægerne får de svar på konkrete spørgsmål, og på den måde lærer de ud fra de konkrete svar efterhånden noget mere generelt omkring et emne. Men de efterlyser mere målrettet og generel faglig udvikling. Og derfor roser de et nyt initiativ fra lægerne, hvor de har planlagt at holde egentlige undervisningssessioner internt i Lægehuset:

“Den faglig udvikling har ikke været meget konkret. Der har ikke været nogen undervisningsseancer. Vi har været på nogen kurser og jeg var på lægedage sidste år, og så var der et CVU-kursus om noget med livsstilssamtaler. Men undervisning har vi egentlig ikke haft. Det er dét, vi skal prøve at systematisere nu: Lægerne vil påtage sig nogle emner hver: Tone kunne undervise i EKG, og Erik fx blodtryksbehandling og Marianne i noget tredje. Men det er først nu vi er nået så langt, at det kommer på banen.” (Anne, sygeplejerske)

Lise efterlyser også mere systematik som forudsætning for, at en egentlig opgaveoverdragelse kan komme i stand, og hun beskriver her, med udgangspunkt i diabetesområdet, meget detaljeret og præcist, hvad hun mener med systematik, og hvorfor det er så vigtigt for hende:

“Vi har jo noget omkring diabeteskontroller. Kvartalskontrollerne kan vi godt tage, der ligger en frase¹⁶ vi gennemgår og får talt om tingene, vi vejer dem, får målt blodsukkeret, får taget blodprøverne – det kan vi til dels godt, men jeg oplever ikke, at det er systematiseret. Jeg har en frase, som Marianne og Erik har lavet, og som indeholder de spørgsmål der skal til – ligesom ved en rejsevaccination, så indeholder det en stribe spørgsmål. Derudover har jeg min erfaring fra en gammel diabetesuddannelse og min kliniske erfaring, med hvordan det nu lige er, en diabetiker ser ud: Hvad er det for ting, der plejer at være ved diabetikere?”

Men det er ikke nok fordi behandlingen af diabetikere har gennemgået et kæmpe paradigmeskift. Rent fagligt anskuer man den sygdom anderledes i dag, end dengang jeg fik min diabetesspecialviden. Man anskuer ikke sukkersyge som en sukker-sygdom i dag, man anskuer det som en stor karlidelse i dag. Fx så er en følgesygdom af diabetes at de helt fine nervespidser lider under det – og det har aldrig været sådan, at jeg som sygeplejerske har varetaget undersøgelser af, om nerverne har lidt skade, men det er der faktisk en mulighed for, at vi kan varetage, hvis vi får uddannelse nok i det. Det kræver bl.a. at vi er sikre på, hvad hinanden ved om sukkersyge. Helt konkret og fagligt om den sygdom: Ved vi så det, der skal til? Og ved lægerne hvad jeg ved og hvad Anne ved? Og hvordan skal det styres? Hvilket system skal det sættes ind i? Behandlingen af diabetikerne skal systematiseres, så vi ved, hvad der hører til den årlige kontrol, og hvad der hører til kvartalskontrollen, og hvad hører måske til i en halv-årlig kontrol? Hvad skal der ske? Og hvem er det præcist, der tager sig af det? Det kræver både, at det bliver ledet af Marianne og Erik, men det kræver også, at vi selv styrer os ind på, hvordan vi mener, det bør se ud.” (Lise, sygeplejerske)

Sygeplejerskens syn på uddelegering bærer præg af, at hun ser systematik som en måde at kvalitets-sikre på, der ligger tæt op af det ønske om evidensbaseret og faglige retningslinjer som bl.a. de ansatte læger lægger stor vægt på. Sygeplejersken tager således klart afstand fra en praksis omkring fx diabetikere, der baserer sig på en blanding af hendes erfaring og hendes forældede diabetesviden.

¹⁶ “Frase” er betegnelsen for de instrukser – fx i form af spørgsmål en patient skal stilles – som lægerne har udarbejdet og som er elektronisk tilgængelige for personalet.

Hun ønsker at konsultationerne skal være baseret på nyeste viden omkring et sygdomsområde, og at de skal være ensartede. Det passer godt med den forventning Marianne havde til et kvalitetsløft i forbindelse med overdragelse af netop diabeteskontrollerne til plejepersonalet.

Som analysen viser, er uddelegering af egentlige selvstændige sygeplejekonsultationer, der løfter kvaliteten og som aflaster lægerne, en omfattende proces. Et væsentligt element i den proces er, at lægerne gør sig klart hvad det helt præcist er, de vil have sygeplejerskerne til at gøre under overskriften "diabeteskontrol", "astmakontrol" eller "første graviditetsbesøg", og at de formår at klæde sygeplejerskerne fagligt på, til at kunne levere dette indhold på en kompetent måde. En ansat læge beskriver her hvad det egentlig kræver – og at det alt sammen er opgaver, der tager tid:

"Det kræver, at lægen forinden, til hver en arbejdsopgave – virkelig detaljeret – har skrevet ned og defineret hvad det er man skal, hvilke blodprøver skal der tages, når svaret kommer hvordan fortolker man dem, og ved diabeteskontrollerne, hvad er det, der skal undersøges, det skal jo ned på papir, eller hvis man vil bruge dem til første graviditetsbesøg, udfylde svangetjournalen. Det er ikke kun at udfylde den, man skal også vide, hvad man skal spørge om, og hvad er faresignalerne. Det er en skønssag hver gang, nogen af de blodprøver der skal tages, så det skal man også have lært dem: Hvad spørger man om? Hvad betyder svarene? Og er der så behov for dét eller dét? Så der skal være nedskrevne procedurer til alt hvad de laver, og det tager tid at lave. Og så skal de oplæres i det. Og det tager tid. Det tager rigtig lang tid at få lavet fordi det er dem, der ejer praksis, som har ansvaret." (Tone, ansat læge)

Sygeplejerskerne pegede på de samme generelle trin i uddelegeringsprocessen, og fokuserede også på vigtigheden af, at de får så stor en faglig baggrundsviden på de uddelegerede opgaveområder, at de kan opnå en faglig selvstændighed i deres opgaveløsning, men også så de føler sig sikre på, hvor deres grænse går, og hvor de skal have en læge involveret. Og her ligger en stor udfordring for lægerne. Som Tone beskriver det: *"Det er dem, der ejer praksis, som har ansvaret"*. Hvis sygeplejerskerne skal løse egentlig selvstændige opgaver, køre hele processer, uden at lægen hele tiden skal ind over og kontrollere, tjekke og kvalitetssikre, så kræver det, at de kan stole på, at det sygeplejerskerne gør, er det rigtige. Det kræver, at de har de rigtige forudsætninger og kender deres grænser. Med andre ord, lægerne skal vide hvad sygeplejerskerne ved – og ikke ved – for at kunne uddelegere opgaver til dem. En af sygeplejerskerne har blik for dette dilemma og beskriver her, hvordan hun opfatter lægernes situation. Hun har flere gange oplevet at ejerlægerne er blevet overraskede over at opdage hvad sygeplejerskerne ved – eller rettere – hvad de ikke ved, men som lægerne tog for givet, at en sygeplejerske vidste:

"Man ved altså ikke, hvad hinanden ved. Og jeg tror det er derfor, at det er enormt svært for lægerne at give opgaverne fra sig. Fordi måske de er lidt på gyngende grund med 'Hvad i al verden er det egentlig, vi kan bruge dem [sygeplejerskerne] til? Hvad er det de kan? Og hvor meget kan de? Hvor meget tør vi overhovedet lukke ind bag døren derinde og give dem lov til?' Det tror jeg er rigtig svært. Fordi det er deres ansvar i sidste ende at tingene bliver gjort korrekt. Og der handler det også for mig om at synliggøre min viden for dem. Og der tror jeg ikke, at vi er vant til at arbejde så tæt sammen, med ansvaret fordelt sådan at det er lægen, der har ansvaret for, hvad jeg laver. Og det tror jeg er svært: At være den, der sidder med det endelige ansvar og give los og stole på, at vi kan." (Anne, sygeplejerske)

Igen kommer sygeplejersken ind på det tætte samarbejde mellem læger og sygeplejersker i almen praksis, som hun aldrig tidligere har oplevet i hospitalssektoren eller i kommunalt regi, og som rummer nogle særlige udfordringer for læger og sygeplejersker i almen praksis. Behovet for et detaljeret og indgående kendskab til hinandens kompetencer på tværs af faggrænser bliver accentueret i almen praksis, fordi lægen har det direkte ansvar for sygeplejerskens arbejde.

Men uddelegering af kronikerkontroller og andre selvstændige sygeplejeopgaver er ikke det eneste, der kræver systematik og struktur. Helt i den anden ende af spektret har ejerlægerne som tidligere beskrevet også erfaret, at mange mindre og praktiske opgaver faktisk er gledet den anden vej – fra personale til læger – i forbindelse med personaleudskiftning og indkøring af sygeplejersker i stedet for sekretærer. Marianne beskriver her, hvordan hun oplever, at det fx kræver en høj grad af tydelighed og opfølgning fra hende som leder, at få uddelegeret mange af de mindre, løbende og praktiske opgaver:

”Vi skal være meget meget mere tydelige med hensyn til hvad det er, vi ønsker af personalet. Vi kan ikke forlange af personalet, at de skal gætte, hvad vi ønsker. Og så skal vi være meget bedre til ikke at gøre tingene selv. Det er svært. Det kan være svært at rejse mig her fra mit kontor og gå 10 skridt ud i sekretariatet og sige ”Er I søde at gå ind og tømme mine skraldespande?”, for det er næsten nemmere selv at tømme dem. Det tager næsten lige lang tid – i hvert fald den ene gang. Men lagt sammen et år bruger jeg en masse tid på at tømme skraldespande, som jeg kunne have brugt på patienterne. Så bliver det sat i system, så ville jeg få noget aflastning der. Men det er ikke aflastning at gå ud og bede om det hver gang. Man skal sætte det i system, fastholde at opgave er uddelegeret, man skal følge op på at det bliver gjort – og så skal man også huske at sige ”Nu fungerer det med at få tømt skraldespande”. Ellers ”Fint at alle bladene i venteværelset nu er sorteret – skal vi købe nogen nye?” Man bliver nødt til at følge op på tingene.” (Marianne, ejerlæge)

Og netop det med at få sat mange af de små og mere praktiske opgaver i system og få dem uddelegeret, har været en ledelsesmæssig udfordring. Marianne beskriver meget præcist at det faktisk kan være svært, og at det kræver noget overvindelse af hende selv, at gå ud og bede en uddannet sygeplejerske om at komme ind og tømme hendes skraldespande – i stedet for lige selv at gøre det. Ikke fordi hun nogensinde har oplevet negative reaktioner på det, eller forventer det. Men fordi det i situationen næsten er lettere at gøre det selv, og derfor oplever hun, at det er svært at bede andre om det. Men samtidig mener hun, at det set i et større perspektiv er det rigtige at gøre, fordi hun synes at de mange bække små samlet set tager for meget af hendes tid. Konklusionen for ejerlægerne er, at mange typer af opgaver fra mindre og praktiske ad hoc-prægede opgaver til fulde kronikerkontroller skal uddelegeres til personalet – og at begge dele kræver mere systematik, struktur, rammer og opfølgning, end de havde forudset da de startede processen.

Patientreaktioner på uddelegering: Lægens rolle i overdragelsen

Et sidste element i selve processen omkring uddelegering er patienterne: Det er ikke nok, at læger og sygeplejersker bliver enige om en ny arbejdsdeling, der flytter opgaver fra lægerne til sygeplejerskerne. Patienterne er kunder i almen praksis, og de skal også acceptere, at deres kontakt med egen læge ændres. Netop i almen praksis har kontinuiteten i relationen mellem patient og læge være et meget centralt omdrejningspunkt og mange danskere har den samme familielæge i mange år – eller generationer. Derfor er det ikke nødvendigvis helt uproblematisk at uddelegere egentlige konsultationer til sygeplejerskerne. Anne beskriver her hvordan hun har oplevet de hidtidige forsøg med sygeplejekonsultationer og patientreaktionerne i den forbindelse:

”Der er da absolut en gruppe patienter, som ikke ønsker at komme hos sygeplejerskerne. For de har en forventning om, at når de kommer til en bestemt kronikerkontrol, så foregår det hos lægen, og det skal det blive ved med. De skal ikke nyde noget af en forandring og komme ind til en sygeplejerske. Men der er også mange, der synes det er fint at komme hos os. Og der skal være plads til individet. Men jeg tror, det er vigtigt, at det er lægen der præsenterer forandringsprocessen overfor patienten: ’Indtil nu har vi gjort sådan og sådan; og fremover gør vi nu sådan og sådan; målene og idegrundlaget er sådan og sådan, og skulle der være noget som helst, som falder udenfor det normale, så kommer du selvfølgelig tilbage til mig’. Lægen

skal skabe et sikkerhedsnet omkring det: 'Det er OK at gå derind, du behøver ikke at være bekymret'. Det tror jeg er meget vigtigt. Og det er også en del af det: Lægen skal selv give slip på sine patienter.' (Anne, sygeplejerske)

Lise oplever også, at lægens forberedelse af patienten er et væsentligt element i en vellykket uddelegering. Hun har oplevet at det var nødvendigt i forhold til bl.a. sygeplejerskernes overtagelse af INR-kontrollerne¹⁷:

"De patienter har i hvert fald skulle orienteres om, at 'næste gang er det en af sygeplejerskerne, der tager sig af at måle blodprøven og regulere din medicin. Det kan godt være, de kommer ind og konfererer med mig, men det er sygeplejersken der varetager det'. Det er noget patienterne skal vænne sig til. Men det bliver taget vel imod, når vi lægger et højt informationsniveau, når det bliver fortalt, at vi som sygeplejersker varetager den funktion. Det skal lægen fortælle (...). Nogle af patienterne studser lidt over, hvis det er mig, der forklarer hvorfor." (Lise, sygeplejerske)

Uddelegeringen kræver således, at der ligger en klar behandlingsplan, som patienterne er blevet orienteret om. En af ejerlægerne siger:

"Det er de livsstilssyge hvor vi gerne vil have en formaliseret plan for, hvordan vi følger dem: Blodtryk og lunge/astma, og dem der er for tykke – i det hele taget livsstilssamtaler. Og så kan man jo gøre det, som man vil, og beslutte om de skal komme hos lægen hver anden eller hver tredje gang. Men at der foreligger en eller anden plan for det, og at patienten også ved det, det er selvfølgelig en forudsætning." (Erik, ejerlæge)

Patientreaktionerne på uddelegering og opgaveændring berører ikke kun sygeplejerskerne. De ansatte læger oplever også patientreaktioner:

"Patienterne reagerer på en anden læge, men egentlig meget positivt [i Lægehuset]. Der var også faste kunder til Erik og Marianne. Men patienterne, der kom til mig, vidste jo også hvem de skulle ind til, så modstanden var de nødt til også at lægge lidt fra sig. Ellers var der jo ikke nogen grund til at komme. Og patienterne har jo også været vant til, at der var [en ansat læge] før mig. Det synes jeg egentlig ikke var noget problem. Plus at hvis der var nogen i den åbne [konsultation], som decideret ikke ville, så prøvede Marianne og Erik jo at tage sig af det." (Signe, ansat læge)

Sekretæren har også oplevet, at patienterne reagerer på at skulle ind til andre end deres egen læge, og hun har arbejdet aktivt på at få patienter til at bruge de ansatte læger, men ikke altid med held:

"Patienterne har taget det meget pænt at skulle ind til en ansat læge. Men nogen har sagt at de ville ind til Marianne eller Erik, men så har jeg så talt rosende om den nye læge, der nu har været. Fordi alle lægerne er søde og dygtige, 'så prøv det nu, det bliver du ikke ked af'. Så har patienten måske endda sagt, jamen den læge vil jeg gerne ind til næste gang. Men der er mange der helst vil til den samme læge hver gang. Det er derfor de skal vente tre uger¹⁸. De vil hellere vente, fordi den pågældende læge kender deres sag. De insisterer. De vil ind til den læge, som de har kendt altid. Så må de vente eller jeg må få lægen til at ringe dem op, hvis det er noget jeg vurderer hun kan tale med dem om over telefonen. For jeg kan ikke trylle tider frem, som ikke er der. Ellers så får de lov at komme i den åbne konsultation. Jeg synes faktisk, at der er mange, der insisterer på at de vil ind til en bestemt læge. Det kan godt være lidt svært." (Birgit, sekretær)

¹⁷ Patienter i blodfortyndende behandling.

¹⁸ Hun refererer til den lange ventetid hos en af ejerlægerne.

Patienterne er således vigtige interessenter i forhold til at ændre opgavevaretagelsen i almen praksis, så andre personalegrupper end ejerlægerne tager sig af en del af patientkontakterne. Det får selvfølgelig konsekvenser for kontinuiteten, at kontakten deles ud på flere personer. Men lægerne lægger meget vægt på, at kontinuitet ikke altid er lig med kvalitet, som fx Mariannes oplevelse af kvalitetsløftet ved at uddelegere diabeteskontroller til sygeplejersker illustrerer. En væsentlig udfordring i forbindelse med en fusion, indoptagelse af nye eller ansatte læger og uddelegering af konsultationer til plejepersonale er håndteringen af patienterne og deres ønsker og forventninger. Det kræver opmærksomhed på problematikken og klar kommunikation med patienterne at skabe forudsætningerne for uddelegering. Sekretæren beskriver hvordan hun fx forsøger at overtale patienterne til at bruge de ansatte læger, selvom de i udgangspunktet helst kun vil se deres egen læge, og det oplever sekretæren som en svær opgave. Sygeplejerskerne peger på væsentligheden af kommunikationen fra ejerlægerne til patienterne i denne sammenhæng. I et sundhedsvæsen som til stadighed bliver mere og mere specialiseret og fragmenteret, og alle forsøg på at skabe kontinuitet og tryghed via kontaktpersoner og koordinatore, har ikke ført til nær samme grad af kontinuitet, som den der leveres af egen læge i almen praksis: Egen sygehuslæge eller egen hjemmesygeplejerske er stadig visioner mere end virkelighed. Netop derfor er det væsentligt, at egen læge formår at skabe en opgavedeling i almen praksis, hvor patienterne sendes videre til andre sundhedsfaglige på en måde, som er tillidsvækkende, og som ikke skaber en oplevelse af fragmentering og manglende kontinuitet eller sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Sygeplejerskernes forventninger om medinddragelse i uddelegering

Der er mange spørgsmål at besvare på vej mod uddelegering af opgaver: Hvilke opgaver skal personalet løse? Hvad har de af viden? Hvad mangler de? Hvordan får de den viden, de mangler? Men der er også en helt anden type spørgsmål, som handler om hvordan man overhovedet finder svar på disse spørgsmål: Hvem stilles spørgsmålene til? Og hvem besvarer dem?

Her skinner de kulturelle forskelle mellem læger og sygeplejersker igen igennem, idet sygeplejerskerne udtrykker klare forventninger om medinddragelse i processen, mens lægerne i højere grad definerer opgaverne til uddelegering i eget regi. Umiddelbart inden personaleinterviewene havde de to ejerlæger og den nuværende ansatte læge brugt weekenden på at tale om blandt andet uddelegering og ændret personaleanvendelse. En sygeplejerske fortæller hvordan hun oplever det:

"Vi skal have de her nye opgaver koblet på, vi skal have lavet nogle nye procedurer. Og både Lise og jeg er vant til hjemmeplejen, hvor det er sådan at så laver man selv fodarbejdet. Man er selv med i det og har fingrene nede i det og skriver og mingelerer. Og sådan er det ikke helt her. Vi kan godt komme også sige, "Vi synes sådan og sådan", og så kommer meldingen, fx her til frokost, at nu sidder Tone, Marianne og Erik og laver procedurerne og rammerne for, hvad vi skal lave. Og så tænker jeg: "Hov! Hvor er jeg henne? Skal jeg ikke sidde sammen med jer ved det bord og være med til at lave de her ting?" Det kan godt være, at jeg helt overordnet har skrevet noget om, at jeg godt vil vide noget mere om EKG, eller at jeg synes vi skal have en overordnet procedure omkring blodtryksskontroller, men skal jeg ikke også være med til at lave dem, for jeg ved jo ligesom, hvad jeg ved? Hvad hvis de måske sidder og laver et rigtig fint stykke arbejde, og jeg måske siger, at jeg synes godt jeg kan mere, skal det arbejde så laves om? Kunne man ikke have taget diskussionen med det samme? Jeg brug for at være med i diskussionen for at sige 'ja det her det passer', for det er faktisk mig, der skal udføre den opgave, og så synes jeg også, at det er vigtigt, at jeg er med til at udforme den. (...) Det handler om den der følelse af at vi er fælles om det her, selvom de ejer det." (Anne, sygeplejerske)

Sygeplejersken beskriver hvad det betyder for hende, at hun ikke er med i processen: Hun føler ikke, at der bliver skabt en følelse af at *"vi er fælles om det her, selvom de ejer det"*. Hun vil ikke deltage i processen, fordi hun vil bestemme hvordan uddelegeringen skal foregå, men det betyder meget for hendes følelse af at være en del af Lægehuset som organisation, at hun blive inddraget i diskussionerne omkring udformningen af hendes fremtidige opgaver. Blandt andet fordi hun synes hendes egen vurdering af hendes nuværende kompetencer og hvad hun kan klare opgavemæssigt er væsentligt input til processen.

Lægerne på den anden side, har ikke nævnt, at de har overvejet at inddrage sygeplejerskerne, og på intet tidspunkt at det har været et bevidst fravalg. Desuden rummede dagsordenen for weekendmødet også andre emner end uddelegering. Rammerne for den slags processer er også ganske anderledes i almen praksis end i andre organisationer: I almen praksis er det ejerlægerne, der i givet fald skal betale for at inddrage sygeplejerskerne i nogle beslutningsprocesser, de som selvstændige erhvervsdrivende lægger udenfor normal åbningstid. Indtil videre har lægerne i høj grad prioriteret at lægge alle de personaletimer de køber, mens der er patienter i huset.

Processen vedrørende uddelegering af opgaver til sygeplejerskerne er blot et eksempel på, at plejepersonalet generelt har en forventning om medinddragelse, som er kulturelt betinget i den forstand at de i deres karriere hidtil har arbejdet på sygehuse og i kommuner, hvor de er vant til sygeplejeledelse og ikke lægelig ledelse. De beskriver, at de har været vant til en anden form for diskuterende og inddragende processer i organisationer, men også, at de er vant til langt mere indflydelse, end de har i almen praksis:

"Jeg har jo været vant til at have en enormt stor indflydelse og medbestemmelse, der hvor jeg har arbejdet. Og det her, det er deres [ejerlægernes] butik, deres forretning, og det er dem, der bestemmer. Og det jeg måske nogen gange har sagt, det er, at jeg ikke føler, at jeg bliver hørt og set med de forslag jeg kommer med, fordi de har deres mening om hvordan tingene skal være. Og så bliver vi lyttet på, men ikke nødvendigvis hørt." (Anne, sygeplejerske)

De forskelle i forventninger omkring medinddragelse og indflydelse på processer der beskrives her, er væsentlige at være opmærksom på – både for læger såvel som sygeplejersker. De er selvfølgelig til en vis grad personafhængige, men de udspringer både af mere grundlæggende og generelle kulturelle forskelle mellem læger og sygeplejersker, og af forskelle mellem selvstændige erhvervsdrivende og ansatte. Alt dette kombineret med det faktum, at samarbejdet mellem læger og sygeplejersker i almen praksis er langt tættere og mere direkte end i det øvrige sundhedsvæsen. Det har særligt konsekvenser for sygeplejerskernes arbejde, fordi de direkte er underlagt selvstændige erhvervsdrivende lægers ledelse.

Udfordringen bliver ikke mindre af, at mange af de kulturelt betingede forventninger ikke er bevidste, men i højere grad implicite. Sygeplejerskerne er således ikke bevidste om deres kulturelt betingede forventninger til medinddragelse og kollektive processer, før de pludselig oplever en helt anden (lægelig) ledelsesstil, og en helt anden måde at håndtere forandringsprocesser og arbejdsorganisering på, som de aldrig har været i nærkontakt med før, men kun observeret på afstand i det øvrige sundhedsvæsen. Nu arbejder de direkte under lægelig ledelse og oplever alle forskellene på meget nært hold.

Opsamling: En miniguide til uddelegeringsprocessen i praksis

Samlet set tegner de forskellige perspektiver på uddelegering af opgaver et billede af en proces, som indeholder flere generelle elementer og spørgsmål, der kræver afklaring undervejs. Rækken af delelementerne er listet herunder, og giver et indblik i mere generelle udfordringer som uddelegeringsprocessen kan rumme. Opsamlingen er delt op i ialt 9 punkter under 4 overskrifter, således at den

beskriver en forløbsmodel, der kan inspirere andre, der selv står overfor eller midt i de samme udfordringer. De 9 punkter kan bruges som tjekliste, som grundlag for planlægning og styring af uddelegeringsprocesser i praksis, eller som inspiration til refleksion over egen praksis i forbindelse med uddelegering. Der er indsat bokse med eksempler og metoder fra andre lægehuse med det formål at inspirere.

1. Hvilke (typer af) opgaver skal uddelegeres til hvilket personale?

- ◆ Den første udfordring er at få **overblik de opgaver, som personalet skal overtage**. Det kan gøres på mange måder og ved hjælp af mange metoder¹⁹. Første skridt er at få lavet et overblik over hvilke konkrete opgaver der ønskes uddelegeret. Det er væsentligt at overveje om, hvordan og hvornår personalet skal inddrages i denne proces, jf. afsnittet om forskelle i læringskulturer og sygeplejerskernes forventninger til inddragelse, og at orientere personalet om dette.
- ◆ Næste skridt er at foretage en **kategorisering af opgaverne**, som giver den enkelte praksis et overblik over de mange forskelligartede opgaver: Der kan skelnes mellem praktiske opgaver (som ikke nødvendigvis kræver sundhedsfagligt personale), og sundhedsfaglige opgaver. På basis af Lægehusets arbejde med uddelegering er her opstillet fire kategorier til inspiration, men andre kategoriseringer kan også være relevante. Kategoriseringen kan danne basis for en prioriteringsdiskussion om personaleanvendelse: Hvad er det vigtigst at bruge personalet til? Hvor meget personale skal bruges på de forskellige typer opgaver? osv. Den kan også bruges til at diskutere arbejdsdelingen mellem forskellige typer personalegrupper.

Personalets opgaver i lægehuset kan overordnet set deles op i følgende kategorier:

Sundhedsfaglige opgaver
<p>Direkte planlagt patientkontakt: <i>Selvstændige sygeplejerskekonsultationer fx diverse kronikerkontroller, vaccinationer, livsstilssamtaler, svangerundersøgelser, mv.</i></p> <p>I Lægehuset var den største udfordring i relation til uddelegering at få selvstændige sygeplejeambulatorier op at stå med en effektiv udnyttelse af sygeplejerskernes tid. Det kræver en høj detaljeringsgrad, og meget af det lægerne tidligere gjorde selv, skal nu ekspliciteres. Men Lægehuset oplevede også, at det krævede et langt tættere samarbejde mellem læger og sygeplejersker, end nogen af aktørerne havde oplevet andre steder i sundhedsvæsenet.</p>
<p>Direkte ad hoc patientkontakt: <i>Gå til hånde for lægerne ved behov for fx blodtryksmåling, podninger, blodprøvetagning, EKG'er mv.</i></p> <p>I Lægehuset synes lægerne, særligt de ansatte, at det var rart om de havde en sygeplejerske til at gå til hånde med forskellige akutte opgaver, der kunne aflaste lægen. Men der knytter sig også dilemmaer til denne form for brug af personalet. Hvis de skal kunne gå til hånde, skal de have en arbejdsfunktion, der er så fleksibel at de kan afbrydes i den. Det er imidlertid ikke omkostningsfrit, at bruge personalet på den måde, og det er en konkret afvejning i hvor høj grad man vil bruge sine personaletimer på at have sygeplejersker i forskellige former for standby funktioner.</p>
<p>Indirekte eller ingen patientkontakt: <i>Telefonopgaver (telefonkonsultation, tidsbestilling, receptfornyelser), laboratorieopgaver, prøvehåndtering, medicinbestillinger mv.</i></p> <p>I Lægehuset er det primært disse opgaver, som er uddelegeret til personalet. Det indirekte patientarbejde kan ofte varetages af andre personalegrupper end sygeplejersker, fx laboranter og sekretærer. Overvejelser omkring volumen er imidlertid særligt væsentlige i forhold til denne type opgaver, da sygeplejersker ikke kan det samme som hverken laboranter eller sekretærer – men til gengæld kan sygeplejerskerne bruges mere fleksibelt i forhold til de andre opgavetyper. Der er megen tradition for at bruge praksispersonale til disse opgaver, og uddelegeringen af dem havde da heller ikke voldt de store udfordringer i Lægehuset rent ledelsesmæssigt.</p>

¹⁹ For inspiration til konkrete metoder, se fx den samling af værktøjer som Branche arbejdsmiljørådet Social & Sundhed (BAR) har udgivet i temanummeret "Ledelse på attraktive arbejdspladser", som kan downloades gratis fra www.arbejdsmiljoweb.dk. Bl.a. værktøjet "Brown paper analyse", som er beskrevet her, kan anvendes til denne opgave i almen praksis.

Ikke-sundhedsfaglige opgaver

Praktiske og ofte ad hoc prægede opgaver: *Holde orden i venteværelset, brygge kaffen, tømme skraldespandene, opvask, oprydning, post, modtagelse og ankomstregistrering, mv.*

I Lægehuset har ejerlægerne gjort sig den erfaring, at en del af de små, praktiske og løbende opgaver fra den første kategori, krævede mere eksplicit ledelsesfokus at få uddelegeret helt, end de umiddelbart havde forudset. Derfor oplevede de, at disse opgaver tog for meget af deres tid, selvom der var tale om mange bække små. Sådanne opgaver kan let overses eller undervurderes i en større diskussion omkring uddelegering af selvstændige konsultationer, hvis man ikke går systematisk til værks.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af interne dokumenter fra lægehuset (oversigt over personaleovergaver).

Der er tradition for i varierende grad at bruge praksispersonale til de opgaver som beskrives i de fire ovenstående kategorier. Til inspiration beskrives her mulighederne for hel eller delvis uddelegering af andre typer af opgaver, som det foregår i et andet lægehus²⁰: En større praksis med 5 læger, 3 sygeplejersker og 2 sekretærer er gået alternativt til værks og har defineret et antal "ministerier", som for det første har betydet en mere klar og entydig placering af ansvar, men som også betyder uddelegering af utraditionelle opgaver, som fx ansvaret for boligministeriet til et personalemedlem, og personalet er også med i kultur- og undervisningsministerierne sammen med en læge. Ligeledes peger en ejerlæge fra denne praksis på at IT-ministeriet ville kunne uddelegeres til et personalemedlem med de rette kompetencer. Denne måde at gribe uddelegeringen an på aflaster lægerne fra mange af de opgaver, som særligt de to ansatte læger i Lægehuset er meget skeptiske overfor at skulle påtage sig ansvaret for, og som de har meget lidt lyst til selv at udføre.

Uddelegering og entydig organisering: Ministerier i praksis

- Økonomiministeriet (bogholderi, løn mv.)
- Boligministeriet (alt vedr. bygninger)
- Indenrigsministeriet (arbejdstilrettelæggelse)
- IT ministeriet
- Kulturministeriet (sociale arrangementer)
- Undervisningsministeriet (intern undervisning)
- Personaleministeriet (MUS, kontrakter mm.)

2. Hvad skal personalet konkret gøre? – og hvor går grænserne for læges involvering?

- ◆ Forskellige opgaver kræver forskellig grad af **udspecificering af opgaverne**. Uddelegering af fx kronikerkontroller kræver en relativt høj grad af detaljering: Hvad indeholder en kontrol? Dette punkt handler således om konkretisering via instrukser, vejledninger, retningslinjer mv. Men i Lægehuset oplevede ejerne som sagt også, at små og praktiske opgaver også krævede, at de var tydelige omkring deres forventninger: Altså at også disse opgaver blev udspecificeret.
- ◆ En vigtig del af denne proces er at få sat **rammer for uddelegering** af særligt de sundhedsfaglige opgaver og at få defineret rammerne for hvor langt personalet kan gå indenfor hver opgave: Hvad kan personalet gøre og træffe selvstændige beslutninger om? Og hvornår skal en læge inddrages?
- ◆ Et sidste element handler om at tage stilling til hvordan den **løbende kvalitetssikring** af de uddelegerede opgaver sikres? Et element handler om fordelingen af patientkontakterne på læger og personale i forbindelse med fx planlagte kronikerkontroller, hvor der er flere kontakter årligt: Fx tjekker lægen ikke blot patienten ved årskontrollen, men også sygeplejerskens arbejde. Et andet element er kompetenceafklaring og uddannelse af personalet.

²⁰ Eksemplet stammer fra personlig kommunikation samt oplæg ved praktiserende læge Lars Rytter, som er medejer af den omtalte praksis.

3. Hvilke kompetencer har personalet? – og hvordan sikres nødvendige kompetencer?

- ◆ Særligt sygeplejerskerne i Lægehuset var opmærksomme på, at det var væsentligt af få **afklaret kompetencer** for at sikre, at personalet har den viden, der skal til, for at kunne varetage de uddelegerede opgaver. Implicitte og urigtige antagelser om hinandens kompetencer er væsentlige at få frem, påpegede de, for at sikre kvaliteten i de uddelegerede opgaver.
- ◆ Næste skridt efter kompetenceafklaring var naturligt nok en **plan for oplæring og uddannelse**, som kan sikre, at personalet får den viden, de evt. mangler, for at kunne løfte opgaven. I Lægehuset pegede de på alt fra eksterne kurser, til intern undervisning, og løbende sparring og supervision i forbindelse med sikringen af kompetenceniveauet og dermed også af kvaliteten.

4. Hvordan overdrager lægen patienterne til personalet? – og gør hun det konsekvent?

- ◆ Uddelegering kræver, at patienterne accepterer den nye opgavedeling mellem læger og personale, og det forudsætter inddragelse af patienterne. Hvordan skal **patienterne informeres om uddelegeringen**, og af hvem? I Lægehusets har sygeplejerskerne erfaret, at det er vigtigt, at det er lægen, der giver slip på patienterne, og informerer om overgangen til fx sygeplejekontroller af kronikere. I boksen til højre beskriver en praktiserende læge, det element i patientoverdragelsen, som handler om patientinformationen.

Patienterne skal ikke 'bare' ind til en sygeplejerske

”Vi gør meget ud af at slå fast, at der absolut ikke er tale om det næstbedste, når det er personale, der skal undersøge eller kontrollere patienterne. Faktisk er der områder, hvor det ville være den næstbedste løsning, hvis jeg skulle klare det: Tænk på laboratorieområdet, hvor det ville være en katastrofe hvis jeg skulle håndtere og analysere større mængder af blodprøver. Her er det ikke mig, der har rutinen eller er eksperten.

Vi læger er hurtige med en præcisering, når en patient siger: »Så er det vel *bare* sygeplejersken, jeg skal have tid hos?« For ordet »bare« holder ikke! Hvis det er sygeplejersken, patienten skal have tid hos, er det fordi, det i den givne situation er det bedste. Dette er centralt hvis uddelegering skal lykkes: Respekt for og tillid til andre faggruppers kompetencer. Vi skal som læger bruge vores kompetencer, hvor de nødvendige og ikke hvor andre faggrupper kan gøre det ligeså godt eller bedre.”

Poul Oluf Olesen, praktiserende læge (Ugeskrift for Læger 2009; 171(26) og privat kommunikation).

- ◆ I Lægehuset har de erfaret, at nogle patienter enten er skeptiske eller decideret ikke ønsker at komme til konsultation hos en sygeplejerske. Problemet kan afhjælpes ved at lægerne laver en god overdragelse – men ikke helt. Derfor er det væsentligt at tage stilling til i hvor høj grad uddelegeringen er et frivilligt tilbud til patienterne, som de kan benytte eller lade være, fordi de i stedet kun ønsker at se en læge? Eller om man ønsker at implementere en uddelegering konsekvent, således at lægerne slet ikke varetager visse opgaver længere, og patienterne således ikke kan vælge lægen, hvis de ikke ønsker at blive set af sygeplejersken?

Tredje udfordring: At være leder

"Som Marianne siger: Det er svært at være leder, når man egentlig ikke er leder, men er læge, og så pludselig blive leder for mere personale. Hvordan gør man det?" (Anne, sygeplejerske)

Citatet peger på den helt grundlæggende udfordring, som en stor og voksende del af lægerne i almen praksis møder. I processen omkring fusionen og udvidelsen af Lægehuset er mange ting kommet som en overraskelse for ejerlægerne. En af overraskelserne har været, hvor meget ledelse og administration fylder, og hvad det kræver af dem:

"Der er kommet mindre lægearbejde og mere administration. Det er kommet meget bag på mig. Før var der ikke det samme personale, og der var ikke den samme udskiftning, og alt det der følger med, når man skal ansætte nyt personale: jobsamtaler, udvælgelsesprocedurer, intro, supervision, undervisning, MUS." (Marianne, ejerlæge)

De tidligere afsnit har peget på, at selvom der er udvidet med mere personale, og selvom lægerne har gjort en del for at få uddelegering af alt fra kronikerkontroller til diverse driftsopgaver, oplever de faktisk, at opgaveglidningen i nogen tilfælde er gået den anden vej – fra personale til læger. Særlig er mange af de mindre, praktiske og løbende opgaver er så at sige gledet tilbage fra de to deltidssekretærer som arbejdede i den delepraksis, der var før fusionen, til at blive lægeopgaver fordi plejepersonalet efter fusionen har mere at se til, og fordi det ikke er lykket at få uddelegeret disse opgaver til dem i praksis endnu.

Ejerlægerne var godt klar over at fusionen og den udvikling de gik ind i ville være krævende, og blandt andet sagde Erik sit job som lægevagtschef gennem 15 år op, for at gå helhjertet ind i den nye organisation. Marianne er enig i, at det er krævende, og mener, at det ville være helt utænkeligt for dem at have bijobs, sådan som arbejdspresset har været de sidste 2 år. Men hun savner at have tid til at deltage i andre faglige aktiviteter udenfor lægehuset.

Godt 2 år efter fusionen gjorde ejerlægerne status, hvor de blandt andet diskuterede de ting, de fandt svære eller problematiske. Et skriftligt oplæg til diskussionen pegede på de forhold, som er gengivet i boksen til højre:

Listen er ikke nogen gennemarbejdet eller endelig status. Den er udtryk for en brainstorm over hvilke forhold, der opleves som problematiske i hverdagen. Men listen illustrer det dilemma som opstår omkring ledelse: På den ene side føler lægerne sig presset af lange arbejdsdage med patienter, og af en lang venteliste som stresser. På den anden side, er der en bevidsthed om, at der er behov for mere tid til ledelse – både ledelsesbeslutninger, opfølgning på beslutninger, supervision og ledelse i hverdagen.

Hvad er problematisk?

- For lange arbejdsdage
- For stor arbejdsomfang de enkelte dage
- For få fridage
- Stress pga. for lang ventetid for patienterne
- Ofte for mange patienter i åben konsultation
- For meget opfølgning sidst på dagen (ringesedler, henvisninger, planer, stillingtagen, konferencer, læsning og indskrivning af elektronisk såvel som papirpost, administrative drøftelser og almindelig sniksnak)
- For lidt tid til ledelsesbeslutninger og manglende opfølgning på de beslutninger, der tages.
- For lidt tid til opfølgning på beslutninger, som medfører praktisk arbejde, fx småting, der skal ordnes i klinikken, vejledninger eller ydelser, der skal ændres, oprydning etc.
- For lidt tid til supervision af personale
- Manglende initiativ hos personalet (manglende ledelse?)
- For meget arbejde uden for arbejdstid, fx. gennemgang af regnskab, bestilling af varer, opdatering af vejledninger, læse op på faglige spørgsmål etc.
- Patientforventninger om fx at komme til hos en bestemt læge.

Kilde: Internt dokument fra Lægehuset

Analysen af udfordringerne med uddelegering viser, at det kræver en højere grad af eksplicitering af forventninger, systematik, struktur i form af skabelsen af konkrete og praktiske rammer omkring uddelegering af opgaverne, end lægerne havde regnet med. Denne lære har lægerne uddraget af deres erfaringer med uddelegering i de to år der er gået:

"Det er kommet lidt bag på mig hvor meget man skal lave rammer. Jeg har nok haft lidt for store forventninger til alt fra at holde orden i skuffer og skabe, sætte faneblade i mapperne, til at man få plottet en ny liste med telefonnumre fra [Hospitalet] ind i listerne. Det tror jeg nok, at jeg har forventninger om. Men så må man jo vende den mod sig selv og sige: 'Har jeg givet tilstrækkeligt udtryk overfor personalet, for at jeg har den forventning?' For hvis de ikke har forstået, at man har den forventning, så kan jo heller ikke forvente at tingene bliver gjort."
(Marianne, ejerlæge)

"Det med at sætte rammer har jeg skullet lære, og det synes jeg ikke, jeg har lært endnu: Netop det der med at uddelegere og fastholde arbejdsopgaver. Jeg arbejder konstant med at få de der ledelsesmæssige ting ind under min kasket og kunne begynde at mestre det. Og det tror jeg også at jeg er blevet bedre til i de her to år." (Erik, ejerlæge)

Et af de værktøjer ejerlægerne har tænkt sig at tage i brug fremover i forbindelse med uddelegering, er en tættere kobling mellem de forskellige personaler og konkrete opgaver via egentlige stillingsbeskrivelser. Der er i dag ikke stillingsbeskrivelser for personalet, som indeholder konkrete funktionsbeskrivelser, men det vil de udarbejde i et forsøg på at gøre deres forventninger til personalet mere tydelige og klare.

Vejen ind i ledelse har for ejerlægerne været præget af en høj grad af learning by doing: Alting er gjort for første gang ved at prøve sig frem. Men lægerne oplever nu, at de er ved at få opbygget rutiner for mange af de nye opgaver, som i et vist omfang er kommet bag på dem, og det letter særligt omfanget det administrative arbejde for dem:

"Mange af de administrative ting vi har lavet her de første 2 år er jo ting vi har skullet lave for første gang, hvor det allerede anden gang er meget nemmere: Nu har vi fx et introduktionsprogram til ny sygeplejerske, vi har en mappe med alle de papirer som skal udleveres, vi ved hvad vi skal undervise i, i hvilken rækkefølge. Det har vi jo lige skullet prøve først, og så lave instruksen for det. Og det bliver selvfølgelig nemmere og nemmere for hver gang. Og tilsvarende med lønnen, som jo i starten jo virkelig trak tænder ud for Erik, og feriepenge og alt muligt og hvordan gør man det!? Men efterhånden som man kan det, så ruller det jo! (...) Så mange af de der opgaver bliver jo mindre omfattende, jo flere gange man har prøvet det."
(Marianne, ejerlæge)

Uddelegering af opgaver har krævet mere struktur og flere klare rammer, end ejerlægerne regnede med, og ledelse og administration har taget mere tid, end de forudså. Men det har ikke været de eneste ledelsesmæssige udfordringer for ejerlægerne. Det sværeste for dem har været processen med at skulle træde i karakter som leder overfor personalet – at "synliggøre ledelse", som det beskrives af Marianne, der valgte at tage på et ugekursus i ledelse i regi af Lægernes Uddannelsesforening²¹ for netop at blive bedre til det:

"Jeg valgte at bruge tid på det [LUF-kursus i ledelse] selvom vi har så travlt, fordi jeg virkelig synes et af de store problemer Erik og jeg har haft, det har været at synliggøre vores ledelse. Vi kommer alt, alt for nemt til at gøre tingene selv i stedet for at bede andre om at gøre det. Vi har haft svært ved at definere, hvad det var, vi gerne ville have andre til at gøre. Både

²¹ LUF er en forening af praktiserende læger med det formål at lave brugerbetalt efteruddannelse for praktiserende læger.

overfor os selv og overfor andre. Vi har haft svært ved at følge op på tingene. Vi har været meget iderige og entusiastiske. Det har været en meget fremadrettet og positiv proces, hvor vi har set et eller andet derude for enden af tunnelen. Men vi har haft svært ved at finde ud af, hvordan vi skulle komme derhen.” (Marianne, ejerlæge)

Et konkret eksempel på et nyt og godt initiativ, som ejerlægerne selv synes de ikke har magtet at følge op på, har været deres indførelse af MUS-samtaler. Her oplevede de, at det næsten gav bagslag, fordi de havde undervurderet hvor meget opfølgning krævede, at føre indholdet og aftalerne fra MUS-samtalerne ud i livet bagefter:

”Vi har kastet ideer op og gennemført forskellige ting, men har ikke helt magtet at følge op på det. Fx fandt vi ud af, at vi skulle have MUS – og det havde vi aldrig haft før. Og det var så godt for både ledelsen og personalet og vi holdt sådan nogen møder, hvor vi fik klarlagt forventninger og lagt planer for kurser og uddannelse og sådan noget. Og så første gang vi holdt MUS, så var der faktisk en del ting som krævede, at det var noget man handlede på. Så fik vi ikke rigtigt handlet på det og tiden gik. Og så pludselig var det tid til en ny MUS, og så havde vi ikke rigtigt fået fulgt op på et rigtigt godt initiativ. Og der er andre eksempler på den slags. Så vi har manglet nogle ledelsesmæssige redskaber begge to.” (Marianne, ejerlæge)

Når Marianne beskriver ledelsesopgaven som ny for dem begge, selvom hun har siddet i en praksis med personale i mange år, er det fordi hun i det tidligere kompagniskab både oplevede en anden type personale og en anden form for brug af personale, da der var tale om to halvtidssekretærer og ingen sygeplejersker:

”Det personale [tidligere kompagnon] og jeg havde sammen var meget selvkørende og meget selvstændigt. Den ene sekretær, som holdt op et år før [kompagnonen] stoppede, hun havde været her i 30 år, og kunne det hele og styrede det hele. Hun var chefen i virkeligheden. Så sådan set er det også nyt for mig, det der med at skulle formidle, hvad det er man gerne vil have af dem.” (Marianne, ejerlæge)

Samlet set har mængden af administrative og ledelsesmæssige opgaver været større end ejerlægerne havde regnet med, både fordi der var flere ledelsesopgaver end først antaget, fordi der var større personaleudskiftning som krævede lægetid, og fordi det kom bag på lægerne hvor meget struktur og hvor klare rammer der skal til, for at etablere en opgaveuddelegering som reelt aflaster lægerne og er med til at give dem det tidsmæssige overskud, og den fleksibilitet, som de blandt andet håbede, at det større og fælles lægehus kunne give dem. Men de arbejder stadig på visionerne om en klinik med et højt fagligt niveau, med et personale der reelt aflaster lægerne, og hvor lægerne får en højere grad af fleksibilitet og en kortere arbejdsuge, uden at det går ud over den tid, de har til deres kerneydelser overfor patienterne:

”Vi vil godt arbejde mindre, forstået på den måde, at vi godt vil lægge nogen af de arbejdsopgaver fra os, som vi ikke tjener penge på. Vi tjener jo ikke penge på at tømme skraldespande. Vi tjener penge på at have patienter. Vi vil gerne arbejde mindre, men vi vil gerne øge vores kerneydelse, som er patientbehandlingen. (Marianne, ejerlæge)

”Det er ikke lykkedes endnu. Men som du også kan høre, så har det været en svær øvelse at lave selve fusionen rent praktisk, lægefagligt, lokalemæssigt. Det vi har fortalt er jo også at meget af patientbehandlingen bliver fuldstændigt omstruktureret: Vi skal måske til at indføre hver anden konsultation hos sygeplejersker. Det er en helt ny måde at tænke på. Det skal søsættes, personalet skal informeres, oplæres, motiveres, klædes på til det. Vi skal vænne os til at sådan er det, patienterne skal vænne sig til det, så det er en proces, og vi er ikke færdige med den endnu. Og det har været meget ressourcekrævende, også tidsmæssigt, og fordi vi

ikke har fået det gennemført endnu, så synes vi, at vi træder i en trædemølle. Men på et tidspunkt begynder det at komme op i gear, så vi kommer mere fremad, end vi gør nu." (Erik, ejerlæge)

Alt i alt oplever ejerlægerne, at de bruger langt mere tid på organisering, strukturering og uddelegering, end de havde forudset. Der er mange opgaver i forbindelse med at have såvel ansatte læger som sygeplejersker for første gang, som kræver at lægerne i langt højere grad "sætter rammer" omkring arbejdet, som de udtrykker det, og tydeliggør deres ønsker til medarbejderne – altså tydeliggør deres ledelse. Dette er i høj grad kommet bag på lægerne, som begge er meget erfarne praktiserende læger. Patientarbejdet og den faglige udvikling omkring dette rummer ikke de store udfordringer for lægerne, der beskrives af deres yngre ansatte kollegaer som meget evidens- og kvalitetsbevidste. Men hele den ledelsesmæssige overbygning, som følger med at fusionere og skabe et større lægehus, samt få ansatte læger såvel som sygeplejersker, kræver nogle ganske andre kompetencer af lægerne. Lægerne oplever således, at det er en stor udfordring at gå fra at være medicinsk ekspert til også at skulle være leder.

Diskussion: Ledelse i almen praksis

Der har været meget lidt fokus på ledelse og organisering i almen praksis, og dermed er der også meget lidt viden om området. Fokus i forskningen såvel som debatten omkring almen praksis har primært været på almen praksis som rammen om patienters møde med indgangen til sundhedsvæsenet, almen praksis i samarbejde og samspil med sundhedsvæsenets øvrige aktører, og almen praksis set i et større styringsmæssigt perspektiv, hvor den decentrale struktur og de begrænsninger den giver i direkte styringsmuligheder, skaber debat. Viden om alle disse områder er væsentlig for at kunne håndtere de udfordringer det samlede sundhedsvæsen, og almen praksis i særdeleshed, står overfor. Det samme gælder dog i allerhøjeste grad ledelse og organisering i almen praksis, men der har indtil nu ikke været det samme fokus på almen praksis som organisation, med alle de ledelsesmæssige udfordringer dette indebærer²².

Dette studie har omhandlet ét lægehus set i et organisatorisk perspektiv, hvor ledelse i relation til uddelegering, arbejdsdeling, organisering, kvalitetssikring af medarbejderes arbejde, og ikke mindst perspektiv- og kulturforskelle er nogle af de udfordringer, som de praktiserende læger møder hver dag. Alt sammen er det udfordringer, der skal håndteres godt og effektivt, hvis almen praksis skal kunne honorere de efterhånden mange og voksende krav der stilles til sektoren.

Mange praktiserende læger har fået øjnene op for udfordringerne – ofte fordi de står midt i dem, og håndterer dem efter bedste evne, og med de kompetencer de nu har, hver især. Nogen henter hjælp og kompetencer via de mange forskellige kurser og initiativer, der er sprunget op rundt omkring i forskellige regier – både i Lægeforeningen, i Lægernes Uddannelsesforening, og i de enkelte regioner²³, i konsulentfirmaer eller i helt andre konstellationer. Baggrunden for mange af disse initiativer er ofte ildsjæle, der har erfaringer at dele af, og som tager et initiativ, der lever så længe de holder det i gang.

På et mere overordnet plan skal den nye speciallægeuddannelse sikre, at alle speciallæger oplæres i de syv kompetencer²⁴, herunder ledelse. Det er imidlertid et åbent spørgsmål, hvorvidt nye praktiserende læger føler sig klædt tilstrækkeligt på ledelsesmæssigt: De to relativt nyuddannede speciallæger i almen medicin i dette casestudie oplevede således ikke, at de havde fået nogen af de administrative og ledelsesmæssige kompetencer, de havde behov for, som led i deres speciallægeuddannelse. Under alle omstændigheder gør speciallægeuddannelsen potentielt set kun en forskel for nye praktiserende læger – ikke for de mange der i dag ejer og driver almen praksis.

Der er en lang forskningsmæssig tradition for at betragte sygehusvæsenet ud fra et organisatorisk perspektiv, og dermed alle de ledelsesmæssige udfordringer som styring og forandring rummer i store komplekse hospitalsorganisationer²⁵. Sideløbende med dette forskningsmæssige fokus er der kommet en øget formidling af viden omkring organisering og ledelse i sygehusvæsenet til praktikere via bl.a.

²² Månedsskrift for praktisk lægegerning har i en længere artikelserie valgt at sætte fokus netop på ledelse og organisation i almen praksis. Er udvalg af disse, som vurderes at være særligt relevante i forhold til de organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer der beskrives i denne case er nævnt i referencelisten (9-18). Artikelserien rummer både praktiserende lægers egne refleksioner over ledelsesrollen og de udfordringer den giver, samt enkelte ledelsesforskere's perspektiv på det samme. Serien er således et bidrag til debatten, der muligvis kan medvirke til at sætte mere fokus på ledelse og organisering i almen praksis – ikke mindst forskningsmæssigt.

²³ Et eksempel er Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP-kurser) i Region Midtjylland.

²⁴ Rollen som leder, kommunikator, samarbejder, akademiker, professionel, sundhedsfremmer og medicinsk ekspert.

²⁵ Forskningsmiljøer på CBS og AUC har via Forskningscenter for Ledelse og Organisering i Sygehusvæsenet (FLOS) været med til at skabe dette fokus, som også er videreført i Center for Health Management på CBS. Følgende publikationer rummer et lille udvalg af eksempler på denne type forskning: (8:19-26).

uddannelsestilbud i form af både et stort udbud af masteruddannelser såvel som et formaliseret lederuddannelsestilbud til sygehusoverlæger, som Danske Regioner og Lægeforeningen i samarbejde driver i form af Overlægernes ledelses- og administrationsuddannelse (OLAU).

Det forskningsmæssige og uddannelsesmæssige fokus på ledelse og organisering i sygehussektoren er opstået over en længere årrække parallelt med at der fra myndighedernes side op gennem 1990'erne blev stillet øgede og nye krav om omstilling og forandring på sygehusene. En forudsætning for dette var indførelsen af egentlig og faglig ledelse, i stedet for blot sygehusadministration. Og således var en af de største forandringer indførelsen af en budgetansvarlig hospitals- og afdelingsledelse via implementeringen af den såkaldte trojka-model som produktivitetsudvalgets betænkning under Indenrigsministeriet var kommet frem til at anbefale tilbage i 1980'erne (25;27).

Sammenligner man almen praksis i dag med sygehusvæsenet for år tilbage, er der lighedspunkter: Der blev stillet nye og store krav til sygehusvæsenet, og der var langt fra enighed – hverken blandt sundhedsfaglige, forskere eller myndigheder om at ledelse og organisering udgjorde relevante perspektiver i forbindelse med de forandringer, som var undervejs. Imidlertid har ledelses- og organiseringsperspektivet fået rodfæste i sygehusvæsenet, og den indledende skepsis er i vidt omfang forstummet: Spørgsmålet i dag er således ikke længere om der er behov for ledelse på sygehuse, eller hvorvidt de sundhedsfaglige skal påtage sig et ledelsesansvar, men snarere hvordan de sundhedsfaglige i sygehusvæsenet skal bedrive ledelse, og hvor de kan få de kompetencer, de har behov for i den forbindelse.

I lyset af de mange, nye krav og ønsker om omstilling og forandring i almen praksis, er det derfor relevant at fokusere på forudsætningerne for, at lederne i denne sektor kan honorere kravene. Almen praksis består ikke længere af enkeltmandsvirksomheder, men af tværfaglige organisationer. Og jo hurtigere vi erkender denne realitet – jo hurtigere kan vi komme fra en diskussion om *hvorvidt* der er behov for ledelse i almen praksis, og *hvorvidt* praktiserende læger skal påtage sig dette ledelsesansvar – til en mere konstruktiv og fremadrettet diskussion af *hvordan* vi kan sikre, at praktiserende læger kan få den viden og de kompetencer de har behov for, for at kunne løfte de ledelsesopgaver, som de bliver stillet overfor.

Den ene af Lægehusets ejere er ikke i tvivl om, at han synes, at det er på høje tide, at der bliver taget mere systematisk fat på den opgave af andre end ildsjælene og de private virksomheder rundt omkring:

[Ledelse] "er jo slet ikke med som en del af vores uddannelse for at blive praktiserende læger. Det er jo kun overlæger som i en vis udstrækning får noget lederuddannelse. Og det savner jeg." (Erik, ejerlæge)

Sammenligningen med sygehusoverlægerne er ikke irrelevant, og her er det værd at bemærke, at der investeres systematisk, nationalt såvel som regionalt, i at udvikle overlægernes ledelseskompetencer selvom mange sygehusoverlæger hverken har ansvar for budgetter, ansættelser eller direkte personaleledelse. Det har derimod rigtigt mange praktiserende læger – og der er klare politiske ønsker om at flere praktiserende læger vil tage et ansvar for ejerskab og for personaleledelse i en tid hvor manglen på praktiserende læger allerede kan mærkes mange steder i landet.

Dette pilotstudie har søgt at skabe mere viden og dermed også mere bevidsthed om ledelsesudfordringerne i almen praksis. Hvis de mange krav og ønsker om forandring i almen praksis skal realiseres, er det væsentligt ikke at overse de organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer dette rummer for de praktiserende læger og deres ansatte.

Det er således intentionen at dette pilotstudie kan levere input til debatten om ledelse i og udviklingen af ledelseskompetencer i almen praksis. Rapporten har afdækket centrale temaer, perspektiver og udfordringer, som kan danne grundlag for yderligere kvantitativ såvel som kvalitativ forskning i ledelse i almen praksis, såvel som udviklingen af ledelseskompetencer målrettet almen praksis.

Efterskrift: Lægehuset et år efter

Rapporten er udgivet næsten ét år efter interviewene er foretaget. Siden er der sket meget, og her gives et kort referat af de vigtigste begivenheder²⁶:

Den åbne konsultation blev nedlagt i august året efter (2009), fordi ejerlægerne oplevede at der kom for mange patienter, der ikke havde korte akutte problemer, og som der derfor ikke var afsat den rigtige tid til, og at det stressede alle i huset, når der sad så mange og ventede – ikke mindst den læge som havde akut-tjansen. Før august var der således, som beskrevet i casen, hver dag to timer om formiddagen med akuttider, som der kunne visiteres til, samt to timers åben konsultation om eftermiddagen. Efter august er der nu en time med subakutte tider fra 8-9 som der visiteres til dagen før – dem der ringer med noget akut om eftermiddagen kan således få en akuttid næste morgen. De to timer med akutte tider er udvidet til 2½ time fra 9-11.30, og dem visiteres der til fra om morgenen samme dag. Derudover er der lagt en ekstra ½ time ind med akutte tider fra 14.30-15, for at kunne tage de patienter, der i en overgangsperiode nok ville blive ved med at dukke op til åben konsultation, fordi de endnu ikke havde opdaget, at den åbne konsultation var nedlagt. Ejerlægerne havde forventet, at der ville dukke en 8-10 patienter op i det tidsrum, hvor der plejede at være åben konsultation, men har måttet sande at der kun kommer 1-2, og derfor vil denne ekstra halve time blive afviklet i løbet af kort tid. Ejerlægen beskriver de umiddelbare patientreaktioner på lukningen af den åbne konsultation som "et ramaskrig" – idet mange troede, at deres muligheder for at komme til lægen akut nu var blevet indskrænket, hvilket mange patienter har gjort opmærksom på både direkte og via mails. Men i de måneder der er gået har patienterne oplevet, at når de ringer og har brug for akut lægehjælp, så tilbydes de om formiddagen stort set altid en tid med det samme – til mange patienters overraskelse. Og om eftermiddagen kan de enten få en tid i den halve time sidst på dagen, eller hvis personalet skønner at det kan vente, så får de en subakut tid næste morgen ml. 8-9. Denne løsning har fået 'ramaskriget' til at forstumme. Lægerne oplever, at det har givet en helt anden ro i huset, at der ikke hver dag er et venteværelse fyldt med patienter i den åbne konsultation, men at patienterne i stedet kommer visiteret til aftalte tidspunkter, og hvor der er sat den rette tid af til de forskellige problemstillinger. Dette går også personalets arbejde mindre hektisk, da deres relativt lille og fælles kontor er åbent direkte ud til venteværelset.

Begge sygeplejersker er stadig ansat i Lægehuset. Sekretæren, som allerede på interviewtidspunktet i efteråret 2008 ønskede at finde noget andet, fordi hun var blevet varslet længere arbejdstider, der harmonerede dårligt med hendes familieliv, fandt pr. 1. juni en deltidsansættelse i en speciallægepraksis tæt på hendes hjem, og sagde derfor op. Lægerne har i stedet ansat en ny sekretær i en 37-timers stilling pr. 15. juli.

Den ene af ejerlægerne blev i efteråret 2008 ramt af en alvorlig infektionssygdom og var sygemeldt i godt fire måneder frem til februar 2009, og har siden været deltidssygemeldt (to halve dage om ugen) grundet et langvarigt genoptræningsforløb, men vender tilbage på fuld tid fra medio oktober. I den periode har der ud over Tone været ansat to yderligere vikarer for at dække sygemeldingen, og begge er stadig tilknyttet på ad hoc basis. Sygdomsforløbet har betydet, at planerne omkring Tones mulige køb af det ledige ydernummer har været sat i bero, men genoptages nu, hvor der om kort tid igen er to ejerlæger på fuld kraft.

²⁶ Udarbejdet på basis af telefonsamtale med den ene ejerlæge.

Litteratur

- 1) Jakobsen HN, Rytter L, Hammer AV, Andreasen AH, Hansen FR, Nissen Aa et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2007.
- 2) Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- 3) Praktiserende lægers organisation. Medlemsundersøgelse: Marts 2009.
- 4) Dansk Sygeplejeråd. Medlemsstatistik: Januar 2009.
- 5) Danske Lægeseekretærer (DL). Lægeseekretærens opgaver i almen praksis. 2008. (Rapport 2008.02)
- 6) Bro F, Hildebrandt S. Faglighed og virksomhed - kultur og ledelse. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:507-15.
- 7) Holm-Petersen C, Hansen J, Vinge S. Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale - udfordringer og muligheder for psykiatrien. København: DSI; 2006.
- 8) Vinge S. Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse. Ph.d.-afhandling. København: Handelshøjskolen i København; 2003.
- 9) Foged L. Ledelse i praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:277-87.
- 10) Foged L, Hvas L. Ledelse og organisation i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:273-5.
- 11) Poulsen L, Ledderer L, Damgaard J, Foged L, Hansen DG, Munck A. Praksispersonalets deltagelse i det kliniske arbejde. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2009;87:329-37.
- 12) Bro F, Hildebrandt S. Faglighed og virksomhed - kultur og ledelse. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:507-15.
- 13) Møller HC, Petersen HH, Koch T, Hagild K. Praksismanager - trussel eller mulighed. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:616-24.
- 14) Heje H. Anvendelse af patientens perspektiv ved tilrettelæggelse af arbejdet i praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:668-97.
- 15) Madsen H, Andersen J, Lassen B, Elverdam B. Klinikken som lærende organisation. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:895-905.
- 16) Mouritsen E, Maagaard R. Ledelsesopgaven i en uddannelsespraksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:1201-9.
- 17) Møller MN, Sander B. Kolleger i ledelsesfællesskabet. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2008;86:1517-24.
- 18) Grøn L. Patienttid uden patienter. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2009;87:187-97.
- 19) Borum Fr. Ledelse i sygehusvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag; 2003.

- 20) Jespersen PK. Magt og faglighed i sygehuse. In: Hildebrandt S, Klausen KK, Nielsen SF, editors. Sygehusledelse: temaer, perspektiver, udfordringer. København: Munksgaard 2003; p. 371-8.
- 21) Jespersen PK. New Public Management reformer i det danske sygehusfelt. Nordisk Administrativ Tidsskrift 2001;82(1):22-41.
- 22) Vikkelsø S, Vinge S. Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag; 2004.
- 23) Svenningsen S. Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse. København: Handelshøjskolens Forlag; 2004.
- 24) Bentsen EZ. Lægelig ledelse - om at gøre en forskel. København: Handelshøjskolen i København; 2001. Report No. 2.
- 25) Bentsen EZ. Sygehusledelse i Danmark - Trojkamodellens opståen, spredning og funktion. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne; 2000.
- 26) Jespersen PK. Mellem profession og management. København: Handelshøjskolens Forlag; 2005.
- 27) Produktivitetsudvalget under Indenrigsministeriet. Sygehusenes organisation og økonomi. København: Indenrigsministeriet; 1984.