

Ny honorarstruktur i almen praksis

Casestudie af det lægelige arbejde i fire praksis
før og efter en ny honorarstruktur

Notat

Martin Sandberg Buch
Laura Emdal Navne
Pia Kürstein Kjellberg

KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning, som er en sammenlægning af DSI,
AKF og KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og
Regioners Analyse og Forskning og forfatterne

Udgiver: KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og
Regioners Analyse og Forskning
Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00
ds@dsi.dk

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er
tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes
sendt til KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og
Regioners Analyse og Forskning.

ISBN: 978-87-7488-740-9
Projekt 3300
September 2012

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuner og Regioners Analyse og Forskning
Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	4
1. Indledning og metode.....	7
1.1 Baggrund for undersøgelsen	7
1.2 Undersøgelsesdesign og metode.....	8
1.3 Undersøgelsens datagrundlag	9
1.4 Rapportens opbygning	10
1.5 Læsevejledning.....	11
2. Solo praksis – Case B1	12
2.1 Introduktion til huset, lægen, sekretæren og patienterne	12
2.2 Organiseringen af sololægens arbejde.....	13
2.3 Sololægens arbejdsopgaver	14
2.4 Opsamling på sololægens deltagelse i honorarprojektet	17
3. To personers kompagniskabspraksis – Case B2	19
3.1 Introduktion til huset, lægerne, personalet og patienterne	19
3.2 Organiseringen af det lægelige arbejde i B2	20
3.3 B2 lægernes arbejdsopgaver	20
3.4 Opsamling på B 2s deltagelse i honorarprojektet	26
4. Fire lægers kompagniskabspraksis – case B3	28
4.1 Introduktion til huset, lægerne, personalet og patienterne	28
4.2 Organiseringen af det lægelige arbejde i B3	29
4.3 B3 lægernes arbejdsopgaver	30
4.4 Opsamling på B3s deltagelse i honorarprojektet	35
5. Fire lægers kompagniskabspraksis 2 – Case B4	37
5.1 Introduktion til huset, lægerne, sekretæren og patienterne	37
5.2 Organiseringen af det lægelige arbejde	38
5.3 B4 lægernes arbejdsopgaver	39
5.4 Opsamling på B4s deltagelse i honorarprojektet	42
6. Honorarprojektets effekter på arbejdets organisering i fire udvalgte praksis	44
6.1 Ændringer i den formelle organisation og arbejdsdelingen mellem læger og personale	44
6.2 Ændringer i lægernes konsultationsarbejde og tidsanvendelse	49
6.3 Ændringer i lægernes kommunikation og samarbejde med eksterne parter.....	53
6.4 Opsamling	54
7. Konklusion og diskussion af undersøgelsens resultater	55
7.1 Overordnede resultater	55
7.2 Diskussion af undersøgelsens resultater	58
7.3 Styrker og svagheder ved den anvendte metode	59
Bilag 1: Eksempler på anvendte interviewguides.....	61
Bilag 2: Skemaer anvendt til at indhente oplysninger om deltagende praksis	65
Anvendt litteratur.....	67

Sammenfatning

Gennem de seneste år, er der i stigende omfang blevet stillet spørgsmål ved det hensigtsmæssige i, at alment praktiserende lægers honorering er tæt forbundet med den præsterede kliniske aktivitet. Bl.a. fordi der fra samarbejdsparter og beslutningstageres side er tvivl om, hvorvidt den eksisterende honorarstruktur i tilstrækkelig grad understøtter de praktiserende lægers investering i en forbyggende indsats og i veltilrettede forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

For at belyse honorarstrukturens betydning for de praktiserende lægers adfærd blev der i første halvdel af 2012 gennemført et forsøgsprojekt på Bornholm. I en periode på et halvt år fik de praktiserende læger mulighed for at fastlåse deres indtjening, så den var uafhængig af den præsterede kliniske aktivitet – børnevaccinationsområdet og laboratorieområdet undtaget. 22 ud af 30 læger valgte at deltage i forsøget. Vi har undersøgt effekten på deres arbejde ved casestudier i deltagende fire praksis: en solopraksis, et to mands kompagniskab samt to fire mands kompagniskabspraksis.

Formålet med casestudierne har været at undersøge, hvordan og hvorvidt de praktiserende læger i de deltagende praksis ændrer deres daglige arbejde ved indførelsen af en honorarstruktur, der kun i mindre grad er baseret på aflønning for præsteret aktivitet. Mere konkret har vi undersøgt, om forsøget med en ny honorarstruktur har ledt til:

- Ændringer i hvordan lægerne strukturerer arbejdsdagen og håndterer samarbejdet mellem læger og praksispersonale.
- Ændringer i lægernes ugentlige arbejdstid, samt ændringer på hvordan lægerne fordeler arbejdstiden mellem forskellige typer af opgaver.
- Optimering af patienternes behandlingsforløb – fx ved at sammentænke ydelser således at multisyge kroniske patienter ses til færre men grundigere konsultationer.
- Initiativer der fremmer LEON-princippet – fx ved at der koncentrerer lægetid på komplekse patienter, mens enkle og ikke akutte konsultationer/patienter i højere grad får løst deres henvendelser hos praksispersonale eller via e-mailkonsultationer o.l.
- Ændringer i lægernes håndtering af patienter og eksterne samarbejdsparters efterspørgsel på ydelser fra almen praksis.

Datagrundlaget for undersøgelsen er observation, interview og skriftligt materiale fra de fire case praksis indsamlet i perioden før forsøgets opstart samt i perioden inden forsøgets afslutning.

Undersøgelsens resultater

I projektperioden er der en af de undersøgte praksis, som har lavet mindre ændringer i opbygningen af lægernes og personalets arbejdsuge. Ændringerne består i, at en daglig fremmødekonsultation pr. læge er konverteret til opfølgningstid, samtidig med at der er indført en ugentlig kaffepause hvor læger og ansatte mødes.

Undersøgelsen har ikke identificeret øvrige ændringer i lægernes overordnede tidsanvendelse. Således var det både før og efter honorarprojektet ca. 85 % af den samlede arbejdstid, som blev brugt på konsultationsydelser med tilhørende opfølgning, koordinering og dokumentation. Casestudierne indikerer, at interne og eksterne møder, kvalitetsarbejde, supervision, pauser o.l. kun fylder en mindre del af lægernes samlede arbejdstid (ca. 15 %). De deltagende læger og ansatte fremhæver forpligtelsen til at være tilgængelig overfor patienterne og ønsket om at levere gode kliniske kerneydelser som omdrejningspunktet for deres opgaver, og den måde de organiserer arbejdet på.

En af forventningerne til honorarprojektet var, at perioden med fast løn skulle give et pusterum, hvor de deltagende praksis fx kunne dedikere tid til at udvikle behandlerteamets arbejdsdeling og samarbejde uden at miste indtjening. I den forbindelse viser casestudiet, at lægerne i to praksis

inden forsøgsperiodens opstart forventede at bruge honorarprojektet til at understøtte en allerede igangværende udvikling af praksissens kronikerbehandling. Ved forsøgsperiodens afslutning var der dog ingen af de to praksis, der havde omsat det indledende ønske om udvikling til konkrete ændringer. Lægerne forklarede det med kombinationer af: Kort projektperiode, manglende tid og overskud i hverdagen, faglige værdier og vaner der er svære at ændre samt mangel på lokaler.

For at undersøge, om honorarprojektet har understøttet optimering af patientforløb, frigivelse af lægeressourcer og bedre forløb for de involverede patienter, har vi interviewet deltagerne om deres planer og resultater i projektperioden. Forud for projektet var der to praksis som havde intentioner om at sammentænke kontrolforløbet for multisyge kroniske patienter, og to praksis som ønskede at afsætte flere dobbelttider til sårbare patienter med mange problemstillinger. Under projektperioden er der dog ingen praksis, som har aftalt eller igangsat egentlige udviklingsaktiviteter, som skulle understøtte disse intentioner. Samtidig fortæller lægerne fra de pågældende praksis, at det er svært at klemme flere dobbeltkonsultationer ind i deres program pga. ventetider på 2-3 uger og mange akutte patienter.

På individuelt niveau er der tre læger og en sygeplejerske, som har givet ca. 1-2 ekstra dobbeltkonsultationer om ugen, ligesom to læger enkelte gange har afsat en lang konsultation til at komme hele vejen omkring multisyge kronikers sygdomsbillede. Deltagerne er tilfredse med de ekstra dobbeltkonsultationer, fordi de giver et bedre udgangspunkt for at snakke tingene ordentligt igennem med fx stresssygemeldte patienter. De begrænsede erfaringer med at integrere opsamlingen på multisyge patienters forløb er til gengæld ikke gode: Oplevelsen er, at patienterne bliver forvirrede, samt at der ofte er gode faglige begrundelser for at fokusere på en diagnose ad gangen. Ved udgangen af forsøgsperioden påpegede flere læger derfor, at de mangler faglige anbefalinger at læne sig op ad, hvis de for alvor skal forsøge at integrere opfølgingsforløbene for multisyge patienter.

I forhold til det eksterne samarbejde viser observationer og interview entydigt, at honorarprojektet ikke har påvirket de fulgte lægers prioriteringer eller oplevede muligheder for at tilgodese samarbejdet med eksterne parter i regionalt og kommunalt regi. Kommunikationen er primært skriftlig, evt. suppleret med telefonisk kontakt. Samarbejdet fungerer – set fra lægernes perspektiv – udmærket.

Diskussion af undersøgelsens resultater

I forhold til aftaleparternes indledende forventninger har casestudiet identificeret få og usystematiske ændringer i de undersøgte praksis. Samtidig er der identificeret tre overordnede forhold, som er med til at forklare dette resultat:

For det første har læger og ansatte konsistent fremhævet den korte forsøgsperiode og forsøgets midlertidige karakter som kilde til, at der ikke er sket væsentlige ændringer i perioden med fast løn. Deltagernes pointe er, at det tager længere tid end et halvt år at foretage reelle ændringer, samt at det ikke har givet mening at give sig i kast med væsentlige ændringer, når lægerne ved, at de kommer tilbage på almindelig overenskomst efter et halvt år. Dette forhold kan være med til at forklare, at honorarprojektet i de undersøgte praksis først og fremmest er sat i forbindelse med udviklinger, der allerede var prioriteret af de deltagende læger – og som de ikke har fået gjort noget videre ved i projektperioden.

For det andet har læger og ansatte konsistent fremhævet, at den afprøvede honorarstruktur hverken ændrer på læger og personales forpligtelse til at være tilgængelige for patienter og samarbejdspartener eller deres oplevelse af, at de mangler tid til at imødekomme patienter og samarbejdspartners efterspørgsel på ydelser. Oplevelsen er, at læger og personale arbejder med ryggen mod muren i forhold til at efterleve deres mest basale forpligtelse om at kunne se relevante akutte og ikke akutte patienter indenfor hhv. en og fem hverdage (jf. § 51 i den gældende overenskomst med sygesikringen). Set i dette perspektiv er det naturligt, at udviklingsarbejde, informationsmøder med samarbejdspartener og lign. tidskrævende aktiviteter oftest taber til fordel for den synlige og presserende indsats overfor de patienter, der har brug for lægen. Det er også naturligt, at lægerne

i udviklingsarbejdet – jf. de udviklinger de har prioriteret i projektperioden – først og fremmest retter blikket indad i praksis, for at finde løsninger der øger effektiviteten i forhold til lægernes konsultationsydelser.

For det tredje henviser ca. halvdelen af undersøgelsens læger til, at deres vaner og faglige normer helt eller delvist har blokeret for de ønskede effekter af honorarprojektet. Mest eksplicit er sololægen, som ikke har ønsket, at projektet skulle påvirke hans arbejde på nogen måde. De tre erfarne læger fra et af undersøgelsens firemands kompagniskaber fortæller imidlertid også, at deres prioritering af den tætte patientrelation og indarbejdede vaner er med til at bremse intentionen om uddelegering af opgaver til praksispersonalet.

Ovennævnte indsigter om at de fleste praktiserende læger føler sig presset af efterspørgslen på ydelser, samt at omgivelsernes krav udfordrer en række af de traditionelle faglige kerneværdier i almen praksis er langt fra nye. Derfor er disse faktorer – som har stor betydning for at nå målsætningerne bedre samarbejde i et integreret sundhedsvæsen, effektive patientforløb og uddelegeret kronikerbehandling mm. – vigtige for overvejelserne om en fremtidig honorarstruktur.

1. Indledning og metode

Formålet med undersøgelsen er at undersøge, om overgangen fra ydelseshonorering til fast løn har ledt til ændringer i, hvordan de deltagende læger organiserer deres arbejde og håndterer samarbejdsparter og patienters efterspørgsel på ydelser.

Rapporten er baseret på observationer af det lægelige arbejde og opfølgende interviews med læger og personale fra fire af de praksis, der har deltaget i honorarprojektet på Bornholm. Undersøgelsen er designet som et før- og efterstudie, hvor lægernes arbejde via observationer og interview er undersøgt umiddelbart før – og fem måneder efter – overgangen til fast løn. Sammenligningen mellem de to identiske empiriindsamlinger står således centralt i rapporten.

Rapporten indgår i Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioners evaluering af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioners (DaR) pilotafrøvning af en ny honorarstruktur for almen praksis. Som led i evalueringen er der også udarbejdet en registeranalyse af de deltagende lægers ydelser, et litteraturstudie om incitamentsstrukturer i praksissektoren og en interessentanalyse.

1.1 Baggrund for undersøgelsen

1.1.1 Almen praksis' udfordringer

Almen praksis står overfor væsentlige udfordringer i forhold til kapacitet, forventninger fra samarbejdsparter, ydelser, kvalitet og bemanning: For det første betyder den demografiske udvikling med flere ældre og kronisk syge samt stigende forventninger hos patienterne, at efterspørgslen på ydelser i almen praksis stiger. For det andet undergår det samlede sundhedsvæsen en udvikling, hvor flere opgaver udlægges fra sekundærsektoren til primærsektoren, og hvor almen praksis tiltænkes en større rolle, hvad angår kronikeromsorg, forebyggelse og akutfunktioner. For det tredje stiger kravene til den kliniske kvalitet og den tekniske og organisatoriske standard hele tiden, og almen praksis forventes at spille rollen som koordinerende krumtap i et stadig mere komplekst og fragmenteret sundhedsvæsen (1-6).

Med ovenstående udviklinger er fulgt et ønske om at justere honorarstrukturen, så den i højere grad understøtter de opgaver og samarbejdsrelationer, som ønskes styrket i almen praksis. Derfor er der i den seneste overenskomst igangsat en proces for at forberede en ny honorarstruktur.

1.1.2 Udvikling af fremtidens honorarstruktur

Som aftaleparter, har Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) fået til opgave at konkretisere den fremtidige honorarstruktur for almen praksis.

Af overenskomstaftalen (3) fremgår, at det nuværende honorarsystem skal *forenkles*, og at der skal skabes en incitamentstruktur, der i højere grad understøtter de målsætninger, der er for området, herunder "kvalitet, dokumentation, lægedækning mv.". I protokollatet for arbejdet med at udvikle honorarsystemet er endvidere specificeret, at den nye honorarmodel skal leve op til nedenstående grundprincipper om at:

- Understøtte hensynet om den rigtige behandling på det rigtige niveau, jf. LEON-princippet
- Understøtte almen praksis som en aktiv medspiller i et integreret sundhedsvæsen
- Understøtte økonomisk styring af almen praksis området, herunder omforme de indbyggede incitamenter, så de understøtter de ønskede mål på området
- Understøtte effektivt ressourceforbrug
- Understøtte den ønskede kvalitet

- Være meningsfuld, rimelig, entydig og have legitimitet hos de alment praktiserende læger
- Fremme et godt arbejdsmiljø
- Være nem at administrere.

Der er ikke taget stilling til udformningen af den fremtidige honorarmodel, men protokollatet om nyt honorarsystem for almen praksis fremhæver, at den fremtidige tænkes at bestå af følgende elementer:

- Et klinikhonorar der er større end i dag, og hvortil der kan knyttes et antal forpligtelser og justeres for køn og alder samt evt. andre socioøkonomiske forhold.
- Aktivitetsbestemt honorering af et nærmere bestemt antal ydelser (færre og mere sammentænkte end i dag), herunder laboratorieområdet.
- Evt. honorering for kvalitet og procesmål vedrørende tilgængelighed, faciliteter o.l.

1.1.3 Introduktion til honorarprojektet

For at kvalificere de forhandlinger om honorarstrukturen som starter i efteråret 2012, har PLO og RLTN i det første halvår af 2012 gennemført et fælles honorarprojekt på Bornholm. Projektet indebærer, at 22 af øens 30 praktiserende læger er på fast løn i en tidsbegrænset periode på et halvt år. Projektet fungerer således, at lægerne er garanteret den samme prisregulerede indtæjning, som de havde i første halvår af 2011 – børnevaccinationsområdet og laboratorieområdet undtaget. Projektet giver lægerne frihed til at organisere og udføre deres arbejde uden at skulle skele til, om den enkelte patientkontakt eller koordineringsopgave tjener sig selv hjem. Det overordnede formål er at undersøge, hvordan de praktiserende læger omlægger deres arbejde under en økonomisk ramme, der er radikalt anderledes end vanligt.

Parternes umiddelbare forventninger til pilotafprøvningen (jf. (7,8)) var bl.a., at overgangen til fast løn ville forbedre lægernes mulighed for at organisere deres arbejde og kontakter med patienter og samarbejdspartnere på en rationel måde, der sikrer et fokus på, hvordan man opnår mest sundhed for pengene. Andre forventninger har gået på, at lægerne i højere grad får mulighed for at frigøre tid til udvikling af deres praksis – fx i forhold til kronikerbehandling, øget involvering af personale i det kliniske arbejde samt brug af datafangst.

For at sikre en systematisk gennemgang og vurdering af konsekvenserne af honorarstrukturændringen er Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner (tidligere Dansk Sundhedsinstitut) blevet bedt om at evaluere pilotprojektet. Denne publikation omhandler den del af evalueringen, der er baseret på casestudier af det lægelige arbejde i fire af deltagende praksis før samt i slutningen af forsøgsperioden.

1.2 Undersøgelsesdesign og metode

Casestudiet afdækker arbejdets organisering i fire af de deltagende praksis før og efter deltagelsen i honorarprojektet. Erkendelsesopgaverne for undersøgelsen er, hvorfor/hvorfor ikke honorarprojektet har ledt til:

- Ændringer i hvordan lægerne strukturerer arbejdsdagen og håndterer samarbejdet mellem læger og praksispersonale.
- Ændringer i lægernes ugentlige arbejdstid, samt ændringer på hvordan lægerne fordeler arbejdstiden mellem forskellige typer af opgaver.
- Optimering af patienternes behandlingsforløb – fx ved at sammentænke ydelser således at multisyge kroniske patienter ses til færre men grundigere konsultationer.
- Initiativer der fremmer LEON-princippet – fx ved at der koncentrerer lægetid på komplekse patienter, mens enkle og ikke akutte konsultationer/patienter i højere grad får løst deres henvendelser hos praksispersonale eller via e-mailkonsultationer o.l.

- Ændringer i lægernes håndtering af patienter og eksterne samarbejdspartners efterspørgsel på ydelser fra almen praksis.

1.2.1 Udvælgelse af praksis til undersøgelsen

De fire praksis, der indgår i undersøgelsen, er valgt med udgangspunkt i nedenstående kriterier:

- **Størrelse:** Det er prioriteret at vælge to store og to små praksis for at få indblik i det lægelige arbejde fra praksis, der er strukturelt forskellige.
- **De valgte praksis har ikke et afvigende ydelses- og henvisningsmønster:** Der er indhentet § 100 opgørelser for de praksis, der er nedsat på Bornholm. Opgørelserne er gennemgået for at undgå praksis med et meget afvigende ydelses- og henvisningsmønster.
- **De valgte praksis er stabile:** De valgte praksis er valgt på baggrund af dialog med nøglepersoner med kendskab til almen praksis på Bornholm. Formålet har været at undgå praksis med kendte interne samarbejdsproblemer, langtidssygemeldinger eller andre forhold, der kan 'lægge en praksis ned'.

På baggrund af kriterierne er der udvalgt nedenstående praksis, som indgår i casestudiet:

Tabel 1: Casestudiets fire lægepraksis fordelt efter størrelse

	B1 Solo praksis	B2 2 læge kompagniskab	B3 4 læge kompagniskab 1	B4 4 læge kompagniskab 2
Gruppe 1 sikrede patienter ¹	965	3.226	5.021	6.315
Sekretærer	1	1	2	2
Sygeplejersker	-	3	2	2
Laboranter	5 ³	-	-	5 ²
Uddannelseslæge	-	1	1	1

1.3 Undersøgelsens datagrundlag

Casestudierne er baseret på nedenstående datagrundlag, som er etableret umiddelbart før opstarten af honorarprojektet (baseline i december 2011) og umiddelbart inden projektets afslutning (effekter af deltagelsen i honorarprojektet juni 2012):

Baggrundsoplysninger

Som led i undersøgelsen er der via skemaer (vedlagt som bilag 2) og skriftligt materiale fra de deltagende praksis indhentet oplysninger, der beskriver:

- Antal tilmeldte patienter
- Personaleressourcer
- Lokalemæssige forhold
- Lægernes arbejdsuge og dagsprogrammer
- Uddelegering af opgaver til klinikpersonale og lægelig medhjælp.

¹ Opgjort på baggrund af § 100 opgørelse indhentet marts 2011.

² Case B1 og B4 har lokaler i et stort lægehus, hvor i alt 8 praktiserende læger og to speciallæger deler et fælles laboratorium.

De indhentede data er brugt til at få et billede af praksissens organisation før og efter honorarprojektet.

Observationsstudier af det lægelige arbejde

I hver praksis er der gennemført to observationsdage med en læge fra hver af de deltagende praksis. Observationerne har haft til formål at kortlægge og beskrive lægernes arbejde før og efter honorarprojektet, samt at kortlægge hvordan lægerne fordeler deres arbejdstid mellem forskellige typer af opgaver. Observationerne har således haft en åben del, hvor vi har fulgt med i alt, hvad lægerne laver, for at kortlægge deres arbejdsrutiner, samtidig med at vi struktureret har noteret, hvor lang tid lægerne bruger på de forskellige former for konsultationsopgaver, udviklingsarbejde, administrative opgaver, interne og eksterne møder og pauser. For at øge validiteten af sammenligningen mellem de to observationsrunder er det den samme ejer-læge, der er fulgt ved både før- og efterundersøgelsen.

Opfølgende interview med læger og personale

Efter hver af de gennemførte observationsrunder er der gennemført semistrukturerede interview med samtlige læger og udvalgte ansatte fra de undersøgte praksis. Tabel 2 viser en oversigt over interviewpersonerne – som var identiske i begge interviewrunder³:

Tabel 2: Oversigt over undersøgelsens informanter

	Sololæge B1	2 læge kom-pagniskab B2	4 læge kom-pagniskab B3	4 læge kom-pagniskab B4
Ejerlæger	1	2	4	4
Sekretærer	1	1	1	2
Sygeplejersker	-	2	1	2
Uddannelseslæge og ansatte læger	-	-	-	2

Interviewene er brugt til at kvalificere og generalisere indtrykket fra hver af observationsrunderne. Hver interviewrunde er foretaget *efter* den samlede gruppe af observationsstudier – således at vi har haft den samlede mængde af observationer at reflektere. Interviewene har haft til formål at kvalificere vores observationer af lægernes hverdag. Ved den første interviewrunde fokuserede vi endvidere på at afdække læger og personales forventninger til tiden med fast løn – herunder evt. ændringer de ønsker at indføre i projektperioden. Heroverfor fokuserede vi ved den afsluttende interviewrunde på at samle op på, hvordan det var gået med at realisere de ønskede forandringer, samt hvilke barrierer og fremmede faktorer der havde været for at nå målet⁴. Alle interview er optaget samtidig med, at der er skrevet et fyldigt referat, som er anvendt som afsæt for analyse og citering.

1.4 Rapportens opbygning

Kapitel 2-5 indeholder hver sin beskrivelse af, hvordan det lægelige arbejde organiseres og praktiseres af lægerne i de fire fulgte praksis, samt hvordan deltagelsen i honorarprojektet har påvirket dem.

De fire beskrivelser af arbejdets organisering er identisk opbygget, så de giver indblik i:

- De grundlæggende elementer i praksissens organisation, herunder de fysiske rammer, læger og personale og tilmeldte patienter.

³ Med undtagelse af uddannelseslægen i B4.

⁴ Anvendte interviewguides er vedlagt som bilag 1.

- Organiseringen af det lægelige arbejde, herunder opbygningen af arbejdsugen og lægernes dagprogram, samt de overvejelser der ligger bag.
- Lægernes konsultationsarbejde og lægernes samarbejde med eksterne samarbejdsparter.
- Lægernes forventninger til projektperioden, deres vurdering af honorarprojektets effekter og de væsentligste forhold der er med til at forme og fastholde deres organisation, og måden de arbejder på.

Kapitel 6 og 7 analyserer og diskuterer undersøgelsens resultater med afsæt i undersøgelses-spørgsmålene fra kapitel 1 og beskrivelserne i kapitel 2-5.

1.5 Læsevejledning

Rapporten kan læses på to måder:

- **Den særligt interesserede læser, som ønsker større forståelse for hverdagen som praktiserende læge** – fx planlæggere, ledere og medarbejdere mm. der har et dagligt samarbejde med almen praksis – kan læse kapitlerne, som går tæt på de undersøgte praksis i deres fulde længde i kapitel 2-5.
- **Den travle læser, der er interesseret i effekterne af honorarprojektet** – fx overenskomstens aftaleparter, honorarprojektets styregruppe og relevante beslutningstagere – kan vælge at springe kapitel 2-5 over og i stedet læse de tværgående analyser, konklusioner og diskussioner i kapitel 6-7.

2. Solo praksis – Case B1

I dette kapitel præsenteres den første af de fire deltagende praksis, nemlig undersøgelsens solo-praksis. Der gives en introduktion til huset, lægen, sekretæren og patienterne, hvorefter vi beskriver lægens daglige arbejde. Beskrivelsen af arbejdet fokuserer på rammerne, indholdet af de forskellige konsultationstyper og samarbejdet med eksterne samarbejdsparter. Kapitlet afsluttes med en kort introduktion til sololægens forventninger til deltagelse i honorarprojektet og de ændringer, der er sket i projektperioden.

2.1 Introduktion til huset, lægen, sekretæren og patienterne

Undersøgelsens solopraksis ligger i et stort lægehus fra 70'erne. Lægehuset rummer fire almen praksis med i alt otte alment praktiserende læger, samt to speciallægepraksis med speciale i hhv. hud- og øjensygdomme. De i alt 10 læger deler et stort fælles venteværelse og et fuldt udrustet laboratorium, som er bemannet med fem bioanalytikere. Laboratoriet fungerer som en selvstændig enhed, hvor den enkelte praksis kun betaler for de prøver, vedkommende bestiller. Pga. det veludstyrede laboratorium er det meget få prøver, som sendes ud af huset.

I det ene hjørne af det fælles venteværelse har solopraksissen sin reception, som bemannes af praksissens sekretær. Til højre for receptionen fører en glasdør ind til en gang, hvor lægen har sit konsultationsrum. Lægens konsultation består af et forbundet samtale- og undersøgelsesrum. I samtalerummet er et skrivebord med PC placeret centralt i rummet. Her sidder lægen i en kontorstol på den ene side af skrivebordet, mens patienterne sidder i en blød læderstol på den anden side. Patienterne har ikke umiddelbart mulighed for at se, hvad der står på skærmen, men ofte drejer lægen skærmen lidt, hvis der er noget på skærmen, han ønsker at involvere patienten i. Bag patientens stol står også en lædersofa beregnet til eventuelle pårørende. I umiddelbar forlængelse med konsultationen er et undersøgelsesrum med et gynækologisk lege, en lille køkkenvæg med håndvask, elkoger og underskabe.

De fleste af lægens daglige handlinger foregår ved og omkring hans skrivebord. Her har han sin PC, som inddrages i enhver konsultation til opslag i kalender og tidsbooking, til opslag i patientoplysninger, hvor han kan bladere i fanenbladene: Journal, laboratoriekort, medicinkort, epikriser og regning. Lægen skriver en del noter i hånden undervejs i konsultationen på en blok A-4 papir.

Under lægens skærm ligger en del hvide lapper skrevet af ham selv eller sekretæren. Lapperne kan være om patienter, der skal ringes op, eller opfølgingsnotater fra lægens egne telefonkonsultationer. Derudover har lægen en blandet bunke af sedler under en brevholder med håndskrevne noter på patienter og blandet opfølgingskrævende arbejde.

Bag lægens skrivebord er et reolsystem med opslagsværker, som lægen under observationerne bruger relativt hyppigt til at tjekke navne på præparater, bivirkninger og doser. På reolen står desuden pjecer om livsstilsændringer, patientuddannelses tilbud, tilbud om ophør med nerve- og sove medicin, hjælp til alkoholafvænning og meget mere. Lægens konsultation har også et børnehjørne med lidt legetøj i en kasse.

Sololægen

Sololægen påbegyndte speciallægeuddannelse i almen medicin relativt sent i sin karriere, efter at han havde været under uddannelse til kirurg. Det betyder, at han tidligere har arbejdet på kirurgisk afdeling på Bornholms sygehus og derfor har lidt indsigt i arbejdsgange og personale. Derudover har lægen været i blokstilling i et lokalt kompagniskab på øen. Han overtog nuværende solo-praksis i 2005, da den tidligere ejer gik på pension.

Praksissens personale – og personalets opgaver

Sololægen har en fastansat sekretær, som også er hans ægtefælle. Sekretæren, der er uddannet kontorassistent, arbejder 32 timer om ugen. Selvom sekretæren ikke har sundhedsfaglig baggrund har hun gennem de sidste seks år i praksis tilegnet sig en del erfaringer, som gør, at hun kan aflaste lægen. Det sker fx ved, at hun visiterer patienter i telefonen, giver svar på blodprøver, sørger for genbestilling af medicin og har lange snakke med praksissens psykiatriske patienter. Praksissen har også tilknyttet en vikar, som ind imellem tager over for sekretæren ved sygdom eller fri-dage, og som hjælper med at lave regnskab en gang om måneden.

Sekretæren og lægen lægger vægt på, at deres praksis fungerer som en traditionel solopraksis og de har ingen ønsker om at ansætte praksispersonale, der kan involveres i det kliniske arbejde. Der er heller ingen formelle møder i praksis og samarbejde og koordinering sker via uformelle rutiner og et løbende og tæt samspil mellem læge og sekretær. Det afspejles også under observationerne, hvor lægen og sekretæren snakker meget sammen i løbet af dagen og løbende håndterer de mange henvendelser og spørgsmål, som lander hos sekretæren. Under de opfølgende interview fortæller lægen og sekretæren, at der er en tæt supervision af sekretærens arbejde, som bl.a. indebærer, at de drøfter alle telefoniske henvendelser med udgangspunkt i den logbog, som sekretæren bruger til at holde styr på, hvem der har ringet, og hvad de ringede om.

Praksissen har en lille, men krævende patientliste

Praksissen har kun 965 tilmeldte gruppe 1 sikrede patienter⁵, men lægen og sekretæren fortæller, at der er rigeligt at lave. De forklarer, at patientlisten er karakteriseret ved en stor overvægt af ældre patienter. Desuden har lægen arvet en funktion som arrestlæge fra sin forgænger, som gør, at mange indsatte vælger ham som fast læge, når de bliver løsladt. Praksissen har derfor en del yngre mænd som slås med forskellige kombinationer af sociale- og psykiske problemer samt misbrug.

2.2 Organiseringen af sololægens arbejde

2.2.1 Sololægens arbejdsuge

Sololægens selvvalgte arbejdsuge er på ca. 50 timer. Nedenstående ugeskema viser lægens overordnede ugeskema. Skemaet er baseret på det skærm billede, som lægen og sekretæren bruger til at strukturere lægens arbejdsuge.

Tabel 3: Sololægens ugeskema

	Mandag, tirsdag, torsdag og fredag	Onsdag
8.00-9.30	Uvisiteret fremmødekonsultation	Attestarbejde og andre indirekte patientopgaver (09.00-10.30)
9.30-10.00	Buffertid	
10-12	Visiteret fremmødekonsultation	Arresthuset (10.30-12.30)
12-13	Pause	Sygebesøg, attestarbejde og andet indirekte patientarbejde
13-16	Visiteret fremmødekonsultation	
16-18	Journalskrivning, epikriser og andre indirekte patientopgaver	Åben konsultation og tidsbestilling
18-20		Journalskrivning, epikriser og andre indirekte patientopgaver

Som det fremgår, arbejder sololægen alle ugens dage, og dagene følger samme struktur undtagen om onsdagen – som først og fremmest er reserveret til hængepartier, sygebesøg, attestarbejde og funktionen som arrestlæge.

⁵ Landsgennemsnittet er ca. 1.600 tilmeldte patienter.

2.3 Sololægens arbejdsopgaver

2.3.1 Sololægens telefontid og telefonkonsultationer

I modsætning til den altdominerende praksis blandt praktiserende læger, har sololægen ikke fast telefontid mellem 8 og 9 om morgenen. I stedet er der hver morgen uvisiteret fremmødekonsultation fra kl. 8.00-9.30. Den telefoniske vej til lægen går næsten altid forbi sekretæren, som bemande telefonen i hele praksissens åbningstid. En stor del af henvendelserne handler om tidsbestilling, genbestilling af medicin og svar på enkle prøver. Dem afslutter sekretæren på egen hånd. Samtidig er det sekretæren, der beslutter, hvilke samtaler der er så vigtige, at de skal stilles ind til lægen. Vigtige men ikke akutte henvendelser, som lægen skal reagere på, overleveres via gule sedler og følges op af gentagne mundtlige remindere, der sikrer, at lægen får ringet tilbage til relevante patienter og samarbejdspartnere. Det sker typisk, når der opstår en pause eller efter afslutningen af dagens konsultationer.

Den valgte praksis betyder, at lægen, sammenlignet med de øvrige læger i casestudiet, havde færre telefonkonsultationer, men også at han oftere blev forstyrret, mens han var i gang med andre opgaver.

2.3.2 Sololægens fremmødekonsultationer

Sololægen har i alt programsat 28 timer om ugen til fremmødekonsultationer. Heraf er 8 timer afsat til uvisiteret fremmøde og 18 timer til visiteret fremmøde. Lægen estimerer, at han gennemsnitligt ser 15–20 patienter i fremmødekonsultationen hver dag. I udgangspunktet er der sat 15 minutter af til en standardkonsultation, men det fremgik af både observationer og interview, at konsultationerne næsten altid tager længere tid, samt at der i forhold til de enkelte konsultationer opstår mange hængepartier, som gemmes til senere på dagen.

Det skyldes ifølge lægen, at han lægger vægt på, at patienterne skal have tid til at forklare sig, at lægen skal give sig tid til at indvie patienterne i sine begrundelser for behandlingsvalg, samt at der skal være tid til at udrede deres problemer ordentligt – også når patienten henvender sig med flere og vagt formulerede problemstillinger.

Sololægens uvisiterede fremmødekonsultation

Som det fremgår af Tabel 3 er der hver ugedag afsat en tidsblok, som bruges på uvisiteret fremmødekonsultation. Mandag, tirsdag, torsdag og fredag er det fra 08.00-09.30, og onsdag er det fra 16-18. I disse tidsrum noterer sekretæren patienterne, efterhånden som de kommer, og sætter dem i kø til lægen, samtidig med at hun passer telefon og tidsbestilling. En gang imellem sker det, at der møder flere patienter op, end lægen kan nå. Når det sker, prioriterer sekretæren patienterne ift., hvem der er akutte, og hvem der ikke er – hvorefter de ikke-akutte får en planlagt tid indenfor 2-3 hverdage. Lægen inkluderer selv buffertiden som en fast del af de uvisiterede fremmøde konsultationer, som bruges til at indhente opståede forsinkelser/når der er mange patienter, der henvender sig.

Under observationsdagene gik de uvisiterede konsultationsblokke med en blanding af akutte patienter, patienter i faste kronikerforløb og misbrugere, der efter fast aftale fik udleveret dagsmedicin hos lægen.

Lægen og sekretærens vurdering af fordele og ulemper ved den uvisiterede konsultation

Under de opfølgende interview fortalte lægen og sekretæren, at de har overvejet at afskaffe den uvisiterede fremmødekonsultation til fordel for en fast telefontid. De er dog aldrig nået til at tage skridtet, fordi de ønsker at bevare en tæt kontakt til patienterne. De oplever, at fremmødekonsultationer er den bedste måde at bevare kontakten til patienterne på, fordi de giver et bedre indblik i patientens kontekst og liv. Samtidig lægger de vægt på, at de ønsker at arbejde i en gammeldags praksis, som sætter patienternes behov i højsædet. Lægen begrundes således den valgte praksis med, at:

- Der skal være let adgang til – og kort ventetid på en tid hos lægen. Dels for at være tilgængelig for praksissens ældre patienter, som iht. lægen let giver op, hvis de ikke kan komme igennem på telefonen. Dels for at de yngre patienter og hjemmeplejen skal bruge ham i stedet for lægevagten og skadestuen – hvor han mener, at mange henvendelser skyldes, at patienter og plejepersonale ikke har kunnet komme i kontakt med egen læge i dagtiden.
- Lægen ser det som et mål at se patienterne i konsultationen, fordi der er så mange informationer, som han ikke kan få via telefon og e-mail. Lægens vurdering er, at telefonkonsultationerne ofte fører til blodprøver, fremmødekonsultation og tid til svar på blodprøver. Heroverfor foretrækker han at bruge sit kliniske blik og den objektive undersøgelse til at afgøre, om der er behov for yderligere undersøgelser. Lægen mener, at han på den måde sparer unødvendige ydelser, samt at han i langt højere grad end sine 'kolleger' afslutter subakutte henvendelser som en enkeltstående kontakt.
- Lægen vurderer, at det er lettere for patienter og samarbejdspartner at ringe, når behovet opstår, frem for i et afgrænset tidsrum, hvor der er kø på linjen. Princippet om tilgængelighed har også affødt, at han viderestiller praksissens telefon til sin mobiltelefon, når han er ude af huset i dagtiden. Han forklarer, at: *"Det er en serviceydelse. Hvis folk vil, kan de altid komme i kontakt med mig"*.

Praksissens planlagte fremmødekonsultationer

Lægen har mandag, tirsdag, torsdag og fredag disponeret to blokke med planlagte fremmødekonsultationer. Første blok er fra kl. 10–12 og anden blok er fra 13–16. Under observationerne fremgik det, at lægens fremmødekonsultationer typisk følger nedenstående struktur:

Forberedelse: Forberedelsen består i, at lægen kort ser, hvad der står om patienten i dagsprogrammet og/eller patientjournalen. Forberedelsestiden er på mellem 0 og 1 minut, afhængig af om henvendelsesårsagen er kendt eller ukendt. Hvis den er kendt, læser lægen i journalen, evt. patientens sygehistorie og tjekker, om der er kommet laboratoriesvar eller nye epikriser.

Konsultationen: Fremmødekonsultationerne indledes på lidt forskellige måder. Hvis konsultationen er af samtalekarakter eller har en uvis henvendelsesårsag, indleder lægen typisk med: "Hvad er dit problem?" eller "Hvad kan jeg gøre for dig?" Hvis henvendelsesårsagen er kendt og specifik indleder lægen typisk med: "Nå, vi skulle kigge på det blodtryk", eller "du skulle vaccineres" el.lign.

De fleste konsultationer indledes med lidt småsnak, som hurtigt glider over i henvendelsesårsagen og patientens sygehistorie. Lægen spørger grundigt ind til patientens sygehistorie og ind imellem formulerer lægen scenarier, som patienten skal be- eller afkræfte, fx: "Er det sådan, at du går og har små dialoger med dig selv?" Lægen noterer undervejs for sig selv på hvide ark papirer.

Undervejs i konsultationen læser lægen i journalen for at skele til historiske notater og bladrer skiftevis i medicinkort, notater, laboratorieskema og epikriser. Han kigger med jævne mellemrum i disse faneblade, og ind imellem læser lægen højt af journalen for patienten. Lægen bruger en del tid på at forklare patienterne, hvad han gør og hvorfor, hvilke hypoteser han har om, hvad de fejler og hans refleksioner over valg af behandling.

Når konsultationen er ved at være afsluttet, bruger lægen ofte vendingen: "skal vi sige det?", eller "det siger vi", og så rejser han sig og åbner døren og giver patienten hånden, siger som regel en sidste gang deres fornavn. Og så går patienten.

Opfølgning: Når patienten forlader konsultationsrummet, bruger lægen mellem 2–15 minutter på at skrive journalnotater, opdatere medicinkort, bestille medicin, bestille blodprøver i laboratoriet, skrive henvisning mv. Under observationerne er lægen det meste af tiden en time forsinket i forhold til det planlagte program. Derfor skydes en stor del af journalskrivningen – som lægen fortæller, at han er meget grundig med – til om aftenen.

2.3.3 Sololægens sygebesøg

Lægen har reserveret onsdag eftermiddag fra 13-16 til sygebesøg, men ofte lægger han også sygebesøg ind på hverdage imellem kl. 12.00 og 13.00. I løbet af de fire observationsdage havde sololægen i alt fem sygebesøg. Besøgene varede gennemsnitligt ca. 20 minutter inklusive transport, hvortil der kommer dokumentation og opfølgning i patientens journal.

Lægen fortæller, at han vægter sygebesøgene højt – og at han har relativt mange af dem. Det skyldes dels ønsket om at være tilgængelig for alle tilmeldte patienter, og dels at besøgene giver ham vigtig viden om de mest svækkede patienter, som han ikke får, når de fx bliver bragt ind i konsultationen af en hjemmehjælper.

2.3.4 Buffertid, opfølgningstid, attestarbejde o.l.

Af ugeskemaet fremgår, at lægen hver eftermiddag/aften og onsdag formiddag har reserveret tid til opfølgning på det patientrettede arbejde. Det skyldes dels, at lægens konsultationer systematisk tager længere tid end planlagt, og at lægen i løbet af en arbejdsdag får samlet en større mængde papirlapper og noter, som der skal tages hånd om, og dels at lægen lægger stor vægt på at dokumentere sine kontakter grundigt:

"Fordi det er den måde, vi dokumenterer på. Jeg skriver meget, fordi jeg forsøger at leve op til lægeloven. Det er en personlig petitesse. Jeg synes, det er rart at kunne gå tilbage og se præcis, hvordan og hvorfor jeg har gjort, som jeg har gjort."

Mens eftermiddagene er afsat til dag-dag opfølgning, er onsdag formiddag afsat til attester, korrespondancer og e-mails, indberetninger til Sundhedsstyrelsen o.l.

De onsdage, hvor DSI observerede lægens arbejde, var imidlertid atypiske, fordi lægen var alene i praksis og skulle passe telefonen for sekretæren. Telefonen ringede det meste af tiden mellem kl. 8.13 og kl. 9.30, og lægen nåede derfor stort set ingen af de planlagte opgaver. De planlagte opgaver blev i stedet – sammen med opsamlingen på dagens øvrige opgaver – skudt til om aftenen. Lægens arbejdsdag varede således – hvilket ifølge lægen ikke er usædvanligt – til ca. kl. 20.

2.3.5 Arresthuslæge

Sololægen er fast arresthuslæge for arresten i Rønne, og hver onsdag er der afsat to timer til konsultationer med de indsatte i arresten. Hver konsultation afregnes som en "privat konsultation", og funktionen som arresthuslæge er adskilt fra lægens øvrige arbejde for sygesikringen, men som tidligere nævnt vælger mange indsatte at fortsætte hos lægen, når de bliver løsladt.

2.3.6 Sololægens e-mailkonsultationer og samspil med eksterne samarbejdspartner

Nedenstående tabel 4 viser, at sololægen ved begge observationsrunder kun havde e-mailkonsultationer med samarbejdspartnere fra den kommunale hjemmepleje. Dette mønster er repræsentativt, da patienterne aldrig er blevet tilskyndet til at anvende denne konsultationsform. Samtidig ses det, at det under observationerne var en meget begrænset andel af sololægens tid, der blev brugt på e-mailkonsultationer⁶.

⁶ Det er muligt, at sololægen lavede flere e-mailkonsultationer, end vi har noteret, eftersom en stor del af lægens arbejde forgik udenfor det tidsrum, hvor observationerne blev gennemført.

Tabel 4: Sololægens e-mailkonsultationer før og efter honorarprojektet

	Tidsforbrug på e-mail-konsultation, B1, 1. runde					
	Antal		Tid (min.)		Min. per konsultation	
	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter
1. runde	-	1	-	3	-	3
2. runde	-	1	-	24	-	24

Under de opfølgende interviewrunder fortalte lægen og sekretæren om deres oplevelser af samarbejdet. De væsentligste pointer er sammenfattet i nedenstående afsnit.

Den kommunale ældrepleje

Lægens kommunikation med kommunen foregår både via korrespondancer og per telefon. Under observationsdagene konsulterede lægen sin indbakke for at tjekke korrespondancer flere gange i løbet af dagen – typisk når der opstod en lille pause omkring frokost, når en patient udeblev, eller når dagen var slut.

Overordnet oplever lægen, at kommunen kommunikerer væsentligt mere (for meget), efter at der er kommet mulighed for at sende skriftlige korrespondancer via edifact. Lægen fortæller i den forbindelse, at der nogle gange kommer flere spørgsmål vedrørende samme borger, fordi både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kommunikerer med ham uden at koordinere deres beskeder. Når det sker, er beskederne modstridende, og det frustrerer lægen, fordi *det så bliver et større udredningsarbejde at finde ud af, hvad der egentlig er på spil*. Det er heller ikke alle korrespondancer, der er lige relevante, og lægen oplever også jævnligt, at plejepersonalets ønsker – fx om smertestillende/beroligende medicin og indlæggelser – er i modstrid med det, han som læge kan – og bør tilbyde patienterne.

Samlet set oplever lægen dog, at fordelene ved de elektroniske korrespondancer opvejer ulemperne, og han anser dem som en kilde til værdifuld viden. Dels fordi informationerne fra plejepersonalet indimellem indeholder *"nogle rigtig vigtige informationer, som kan have betydning for liv og død"*. Dels fordi den tættere korrespondance giver et bedre afsæt for de telefonsamtaler og sygebesøg, lægen gennemfører for ældre komplekse patienter.

Sygehus og speciallæger

Selvom der er epikriser, der bliver glemt eller sendes for sent, vurderer lægen, at arbejdsgangene omkring epikriser fra sygehus, lægevagt og speciallæger fungerer udmærket – i og med at de automatisk sendes til hans indbakke.

Lægen er dog kritisk overfor indholdet, og han vurderer, at epikriserne kunne bruges meget mere optimalt til at understøtte lægens tovholderfunktion, hvis sygehuslægerne havde tid til at skrive, hvad de havde gjort ved patienten, hvad de har set på undersøgelser, hvilke tanker de har gjort sig, hvilken behandling de overvejer eller har igangsat og hvorfor mv. Pt. oplever lægen, at den viden, han får i epikriserne, er kendt, samt at patienten ofte er nødt til at supplere med resten af informationerne.

2.4 Opsamling på sololægens deltagelse i honorarprojektet

Som det fremgår af de ovenstående afsnit, er sololægen – ud fra et bevidst ønske – gået upåvirket igennem honorarprojektet. Den eneste forandring lægen har oplevet er, at hvis: *"der enkelte dage er opstået en uforudset pause i dagsprogrammet, har det været rart at tænke på, at indtjeningen er uændret"*. Lægen tilføjede dog, at den slags pauser uanset ny eller gammel honorarstruktur

"altid bider sig selv i halen, fx fordi udeblevne patienter blot kommer igen på et andet tidspunkt, hvor der så bliver tilsvarende travlt".

Under det afsluttende interview understregede lægen også, at hans muligheder for at gennemføre ændringer – uanset om han ønsker det eller ej – er begrænset, fordi presset fra patienterne, og den tid han har til rådighed, er uændret, uanset hvilken honorarstruktur der er gældende. Disse udsagn knytter an til sololægens største frustration, som knytter sig til mangel på tid (han er næsten altid bagud i sit dagskema) og en oplevelse af, at han ikke selv har mulighed for at sortere i opgaverne, så han bruger sine ressourcer, der hvor det er mest relevant. Han fortæller således, at:

"Der er for mange kontakter, alt for meget papir, og for mange patienter der kommer – men jeg har svært ved at sige, hvem det var, der ikke skulle komme – eller jeg kan først se det bagefter. Og når jeg prøver at se på henvendelserne uden mine lægebriller, så kan jeg jo godt forstå, hvorfor folk kommer herved, eller hvorfor SOSUerne ringer eller skriver, som de gør".

Lægens største ønske til en ny honorarstruktur er derfor, at den giver lægen større frihed til selv at planlægge og strukturere sit arbejde. Til gengæld har han også svært ved at se, hvordan efterspørgslen efter ydelser kan vendes, fordi:

"Vi er jo en form for servicefunktion – det meste handler jo om ondt i halsen, feber, ondt i øret – selvom det ikke er akut. Jeg har måttet gøre op med mig selv og indordne mig efter, hvordan patienterne vælger at bruge deres læge. I stedet for at sige: "nu må du tage dig sammen", eller "det der er ikke noget at gå til læge med." Hvis de vælger at gå til lægen, må det være fordi, de synes, det er vigtigt nok – og hvis jeg gør det godt, kan jeg måske få dem til at forstå, at næste gang er det nok ikke noget, de behøver at gå til lægen med".

3. To personers kompagniskabspraksis – Case B2

3.1 Introduktion til huset, lægerne, personalet og patienterne

Undersøgelsens tomands kompagniskab ligger i en etplansvilla på 180 m². Huset er bygget til at være lægehus i starten af 70'erne. Husets kerne udgøres af et venteværelse og en reception. Rundt omkring kernen findes fire konsultationsrum, et laboratorium og et personalekøkken, der også fungerer som fælles mødelokale. Lægerne fortæller, at huset fungerer godt, men de kunne godt bruge et ekstra konsultationsrum, så der var mulighed for at være fire læger i huset ad gangen.

Den fulgte læges konsultationsrum er den centrale ramme for arbejdet – og under observationerne var det her, lægen brugte ca. 75 % af sin arbejdstid. Konsultationsrummet er indrettet med et gynækologisk leje, der vender væk fra døren, en håndvask samt skabe og reoler, der bl.a. indeholder instrumenter, faglitteratur, blanketter og informationsmateriale til patienterne. Lægens skrivebord og computer står i midten af konsultationen og fungerer sammen med patienterne som omdrejningspunktet for lægernes arbejde. Skærmen er placeret, så patienterne kan se, hvad der står i journalen, ligesom de kan følge med i, hvad lægen skriver under konsultationen. Når der er konsultation, sidder patienten for enden af skrivebordet, mens lægen sidder ved hjørnet ofte ganske tæt på patienten under samtalen. Arbejdet mellem patient og journal kan derfor udføres stort set, uden at lægen flytter sig.

Praksissens læger

Praksissens to ejerlæger er erfarne, og de har arbejdet sammen i praksissen siden midten af 90'erne. Indtil 2008 var der tre læger i huset, men siden 2008, hvor den ældste læge gik på pension, har lægerne dækket et ubesat ydernummer. Manglen på en tredje læge sætter en del begrænsninger for lægerne, og ønsket om en ny kompagnon står derfor relativt højt på lægernes ønskeliste – selvom de *"ikke har været meget udfarende i deres bestræbelser på at tiltrække en ny kollega"*.

I forhold til dem selv forbinder lægerne en tredje ejerlæge med mulighed for en fire dages arbejdsuge – ligesom de fleste af deres kolleger på øen har. I forhold til patienterne forbinder lægerne en tredje kompagnon med mindre ventetid og mindre pressede dagsprogrammer, der i højere grad giver mulighed for at yde en god service overfor de patienter, der har brug for ekstra tid.

Praksissens personale og personalets opgaver

Praksissens personale består af tre erfarne sygeplejersker, der alle arbejder 20 timer om ugen. Sygeplejerskerne arbejder forskudt og dækker to konsultationsspor med blodprøver, kronikerkontroller, vægtrådgivning o.l. Sporene er tilrettelagt, så sygeplejerskerne løbende har tid til at tage de ad hoc opgaver og blodprøver mm., der sendes videre fra lægernes konsultation i løbet af dagen. Både sygeplejersker og læger oplever, at sygeplejerskernes tid udnyttes effektivt, samt at sygeplejerskerne har stor betydning for praksissens opgave- og patientkapacitet. Udover sygeplejerskerne er der ansat en farmakologuddannet sekretær, som arbejder 25 timer om ugen. Lægerne fortæller, at sekretærens erfaring og kendskab til medicin har stor betydning for lægernes mulighed for at køre effektive dagsprogrammer uden for mange afbrydelser.

Normalt har lægerne også en uddannelseslæge i huset, og en uddannelseslæge der ca. en gang om måneden er på returdage i praksissen. Erfaringerne med uddannelseslægerne er blandede: De fleste udgør en reel aflastning, som giver lidt mere plads i dagsprogrammet, men det sker også at uddannelseslægerne kræver mere tid til supervision og opfølgning, end de aflaster. I disse perioder – samt mellemp perioder hvor praksissen er uden uddannelseslæge – oplever lægerne, at der er et for stort pres på praksissen.

Praksissen har en relativt tung patientliste

Praksissen har ca. 3.320 gruppe 1 sikrede patienter. Lægerne vurderer, at deres patientliste er væsentlig tungere end regionsgennemsnittet, fordi patientlisten bliver ældre i takt med, at de unge patienter flytter til Rønne eller helt fra øen. Den store andel af ældre patienter betyder bl.a., at lægerne har mange opgaver, som er forbundet med kroniske sygdomme, samt at de igennem en årrække har arbejdet bevidst med at introducere sygeplejersker i behandlingen pga. et stort arbejdspress.

3.2 Organiseringen af det lægelige arbejde i B2

3.2.1 Lægernes arbejdsuge

Nedenstående ugeskema, er baseret på det skærm billede, som læger og personale bruger til at strukturere lægernes arbejdsuge.

Tabel 5: Lægernes arbejdsuge i to personers kompagniskab

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
07.45-08.00	Møder og gøre konsultationen klar				
08.00-09.00	Telefonkonsultationer, telefonen lukker 08.50 mhp. at blive færdig til kl. 9.00				
09.00-10.00	Fremmødekonsultationer				
10.15-10.30	Buffertid – bruges til at indhente forsinkelse eller rydde op i indbakke mm.				
10.30-12.00	Fremmødekonsultationer				
12.00-13.00	Frokostpause og buffertid – bruges bl.a. til at indhente forsinkelse og til at rydde op i indbakke				
13.00-14.45	Fremmødekonsultationer				
14.45-15.00	Buffertid – bruges til at indhente forsinkelse eller rydde op i indbakke mm.				
15.00-15.45	Fremmødekonsultationer				
15.45-16.15	Gennemgang af indbakke, supervision af uddannelseslæge, afslutning af hængepartier, akutte patienter og hjemmebesøg				
Udenfor alm. arbejdstid	Hver læge har ca. fem timers hjemmearbejde om ugen fordelt på aftener og weekender. Den ene læge foretrækker at bruge hverdagsaftenerne, mens den anden foretrækker at blive lidt længere i praksis og/eller bruge weekenden på de ekstra opgaver.				

Som det fremgår af tabellen, følger lægernes dagskema den samme struktur alle ugens dage, og begge læger arbejder fem dage om ugen. Lægernes selvvalgte arbejdstid er således på ca. 47 timer.

Næste afsnit præsenterer opgørelser af den fulgte læges tidsanvendelse ved 1. og 2. observationsrunde. Herefter følger en række afsnit, der beskriver og analyserer indholdet af de enkelte blokke i lægernes ugeskema samt læger og personales overvejelser omkring dagligdagens struktur og opgaver.

3.3 B2 lægernes arbejdsopgaver

3.3.1 Morgentid

Morgentiden bruges til at tænde computerne og sikre, at alting virker. Herudover bruger lægerne typisk tiden til at tjekke op på urindyrkninger i laboratoriets varmeskab, og beskeder som ligger på hver læges hylde bagved sekretariatet. Lægerne åbner også dagsprogrammet, så de kan se, om der er særlige konsultationer, de skal være opmærksomme på. Nogle gange når lægerne også at

åbne lægehusets indbakke, men det er sjældent, de når at gøre noget i den, fordi telefonerne begynder at ringe præcis kl. 8.

3.3.2 Lægens telefonkonsultationer

Telefonkonsultationerne starter hver dag præcis kl. 8, hvor telefonen automatisk bliver stillet ind i lægernes konsultation. Typisk er der 13-15 opringninger i telefontiden, og selv om det sker, at der er pauser uden opkald, fortæller lægerne, at telefonen oftest er optaget uafbrudt frem til kl. 9. Fra 9-12 er det sekretæren, der passer telefonen – og fra kl. 12-16 skiftes sekretæren og sygeplejerskerne til at passe praksissens akuttelefon. Udenfor den faste telefontid bliver enkelte patienter og samarbejdspartner stillet igennem til lægen, men som hovedregel lægges en besked om, at lægen skal ringe tilbage ved lejlighed.

Under alle observationsdagene fulgte lægens telefonkonsultationer nedenstående struktur:

1. Læge XX – goddag...
2. Giv mig lige dit personnummer eller navn, hvorefter pt. journalen åbnes. Under observationerne var der en del patienterne, som lægen kendte så godt, at hun var inde i journalen med det samme, patienten sagde sit navn.
3. Patienten forklarer årsagen til henvendelsen, og lægen spørger ind til symptomer o.l. samtidig med, at hun bladrer og skriver noter i patientens journal.
4. Samtalerne slutter typisk med, at der aftales a) en fremmøde konsultation, b) at patienten skal se tiden lidt an, c) at lægen giver et prøvesvar eller udskriver en recept, eller d) at lægen noterer nogle opfølgende handlinger – fx at der skal bestilles blodprøver eller ringes til en pårørende eller en samarbejdspartner, for at forløbet kommer videre.
5. Lægen siger farvel og lægger på.
6. Telefonen ringer med det samme, og samtalen starter forfra med ny patient. Under observationerne skete det enkelte gange, at lægen bad næste patient om at vente i røret, fordi der var noget, som skulle gøres færdigt. Det meste af opfølgningen var imidlertid integreret i selve samtalen. Det var ligeledes meget sjældent, at lægen var nødt til at lave huskesedler til senere.
7. Ind i mellem opstår pauser, hvor telefonen ikke ringer. Det skyldes som regel, at presset på praksissens telefonsluse er så stort, at ingen kan komme igennem. Disse uforudsete pauser bruger lægen til at læse og godkende epikriser o.l. i sin indbakke.

Dagenes henvendelser omhandlede bl.a. udlevering af prøvesvar, ørepine, mistanker om lungebetændelse, fornyelse af recepter, akutte hjerteproblemer, influenzavaccination, sag om forældremyndighed til en plejefamilie og komplekse igangværende udrednings- og behandlingsforløb.

Under de opfølgende interviews vurderede lægerne, at ovenstående mønster var typisk for deres telefonkonsultationer, bortset fra at de oftest ender med at være en smule bagud, når dagens planlagte konsultationer starter.

Nedenstående tabel 6 viser antallet af telefonkonsultationer, den samlede konsultationstid og den gennemsnitlige konsultationstid ved hhv. 1. og 2. runde. Som det fremgår, var antallet af konsultationer, såvel som det samlede tidsforbrug også stort set uændret fra 1. til 2. runde. Samtidig ses det, at samtalerne med patienterne fylder langt det meste af lægens telefonkonsultationer, mens samtalerne med samarbejdspartnere gennemsnitligt var næsten tre gange så lange. Dette skyldes, at samtalerne ofte omhandler komplekse patienter, hvor lægen eller samarbejdspartneren koordinerer deres indsats.

Tabel 6: B2 lægens telefonkonsultationer 1. og 2. runde

	Tidsforbrug på telefonkonsultation, B2					
	Antal		Tid (min.)		Min. per konsultation	
	Patienter	Samarbejds- parter	Patienter	Samarbejds- parter	Patienter	Samarbejds- parter
1. runde	32	2	132	22	4,1	11,0
2. runde	30	1	124	13	4,1	13,0

Tidsopgørelserne (jf.

Tabel 6) viser, at lægens telefonkonsultationer under begge observationsrunder gennemsnitligt varede under fem minutter. Langt de fleste af lægens telefonsamtaler var således korte og ukomplicerede, men ved begge runder var der også enkelte eksempler på lange og komplekse samtaler (der varede mere end 20 minutter), der var med til at udfordre lægens dagsprogram.

3.3.3 Lægernes fremmødekonsultationer

B2 lægerne har hver afsat ca. 24 timer om ugen til fremmødekonsultationer. Lægerne kører med 15 minutters konsultationer, så i alt er der plads til at gennemføre ca. 96 almindelige konsultationer om ugen pr. læge. Hver ugedag har hver læge fem akutte konsultationstider som først låses op om morgenen – eller evt. tidligere af lægen selv – hvis det er vigtigt nok. Disse tider fyldes typisk op under morgens telefonkonsultation – eller af sekretæren i tidsrummet 9-12. Konsultationerne på disse tider er typisk af lettere karakter, da de ofte handler om øre, hoste, snot, hals o.l. Derfor er det som regel også disse konsultationer, som læger og sekretær ofte dobbeltbooker, når der er brug for det.

Ift. konsultationernes længde fortæller lægerne, at der er gynger og karruseller, således at de enkle og korte konsultationer ca. modsvarer de konsultationer, der tager længere tid end et kvarter.

Samtidig understreger lægerne dog også, at konsultationerne – i takt med uddelegeringen til sygeplejerskerne – er blevet tungere. Derfor er lægerne ofte bagud i deres program, og de ville gerne give flere dobbeltkonsultationer, end de har mulighed for p.t. I den forbindelse fortæller lægerne, at deres venteliste til ikke akutte konsultationer er en udfordring: Ventetiden på at komme til er altid på ca. 2-3 uger. Når ventelisten bliver så lang, er den ofte med til at starte en ond cirkel, hvor lægernes akuttider bliver taget af patienter, som ikke er akutte, men som heller ikke kan vente mere end en uge med at komme til. Resultatet er, at lægernes dagsprogram nogle gange har givet alle deres akuttider væk, når telefonkonsultationen starter. Det medfører dels dobbeltbookninger på de samme tider, og dels at lægerne har meget svært ved at tilbyde dobbeltkonsultationer til fx stresssygemeldte eller demente.

Observationerne viste, at fremmødekonsultationerne indeholder en større variation end telefonkonsultationerne, fordi der er flere forskellige problemstillinger og typer. Den grundlæggende struktur er dog:

- **Forberedelse:** Hvor lægen åbner patientens journal og orienterer sig om, hvad konsultationen er sat til at handle om, hvilken sygehistorie der ligger bag, hvilke prøver der tidligere er taget. Journal, laboratoriekort. For de fleste konsultationer tager forberedelsen højest et minut, men under dagene var der flere konsultationer på svækkede patienter, som tog væsentligt længere tid at forberede. Endvidere var der flere konsultationer/problemstillinger omkring ældre sårbare patienter, som krævede forberedelse af flere omgange – hvor lægen løbende søgte kontakt med samarbejdsparter i hjemmesygepleje og hospitalsregi for at koordinere indsatsen.
- **Konsultationen:** Hvor patienten præsenterer sine symptomer/årsager til henvendelsen, eller hvor lægen gennemfører en planlagt kontrol, samtale eller undersøgelse. På de to observationsdage varierede konsultationernes længde fra 3 minutter (ørepine) til 41 minutter (årskontrol på multisyg diabetiker).
- **Afslutning af kontakten:** Konsultationen afsluttes med, at lægen opdaterer patientens journal, diagnosekoder konsultationen og sender henvisninger, bestiller laboratorieprøver o.l. Opfølgningen tager typisk mellem 1-5 minutter. Med få undtagelser nåede lægen at afslutte opfølgningen på alle konsultationer, inden hun hentede den næste patient.

Under observationerne varede lægens fremmødekonsultationer gennemsnitligt 16 minutter inklusiv opfølgning. De korteste konsultationer (fx ørepine og ondt i halsen) tog 3-5 minutter, mens den længste (årskontrol på multisyg diabetiker) varede 41 minutter.

Opgørelser over B2 lægens fremmødekonsultationer ved 1. og 2. observationsrunde

Nedenstående tabeller viser antallet af konsultationer, den samlede konsultationstid og den gennemsnitlige konsultationstid ved hhv. 1. og 2. runde. Den gennemsnitlige konsultationstid ligger på ca. 17 minutter. De korteste konsultationer tog under fem minutter, mens de længste tog 40-50 minutter.

Tabel 7: B2 lægens fremmødekonsultationer før og efter honorarprojektet

	Tidsforbrug på fremmødekonsultation, B2		
	Antal	Tid (min.)	Min. pr. konsultation
1. runde	30	482	16,1
2. runde	24	431	18,0

3.3.4 Sygebesøg

Der var under begge observationsrunder flere og længere sygebesøg end normalt (hhv. to sygebesøg der i alt tog mere end to timer, og tre sygebesøg der i alt tog ca. halvanden time). Lægen gjorde derfor opmærksom på, at observationerne ikke er repræsentative for, hvor meget tid der normalt bruges på sygebesøg.

B 2 lægernes sygebesøg tages enten ved frokost – hvor der er indlagt en times pause – eller efter dagens sidste konsultationer. På en gennemsnitlig uge vurderer lægerne, at de hver har 2-3 sygebesøg, som varer ca. 20-30 min. hver. Herudover har de en aftale med det lokale plejehjem om, at de en gang om måneden kommer på 'stuegang' til de patienter, som har brug for konsultationer.

3.3.5 Pauser, opfølgning og buffertider

Enkelte pauser opstår spontant, men de fleste er indarbejdet i dagsskemaet for at give lægerne mulighed for opfølgning, oprydning i lægehusets indbakke og indhente forsinkelser:

Om formiddagen, til frokost og to gange i løbet af eftermiddagen er der indlagt buffer og opsamlingsstid. Meningen er, at tiden skal bruges på at godkende de recepter, som personalet laver, svare på e-mailkonsultationer fra patienter og korrespondancer fra samarbejdsparter (primært hjemmesygeplejen) som skriver på vegne af patienter og til at ringe tilbage til patienter, der ikke kom igennem om morgenen. Under observationerne blev en stor del af buffertiderne imidlertid anvendt til at indhente oparbejdede forsinkelser.

Under den første observationsdag lykkedes det dog for lægen at få den planlagte buffertid om formiddagen. Her nåede lægen på 11 minutter at:

- Svare på en korrespondance fra en hjemmesygeplejerske
- Svare på en e-mailkonsultation for en patient
- Godkende fire recepter fra sygeplejersker og sekretærer
- Lave en aftale omkring influenza vaccination med praksissens sekretær.

Lægerne vurderer, at ovenstående opgaver er illustrativt for, hvordan de bruger pauser, men de understreger samtidig, at de planlagte pauser – i overensstemmelse med observationerne – oftest bruges til at indhente forsinkelser, som oparbejdes, når konsultationerne tager længere tid end forventet.

3.3.6 Lægernes samspil med personalet

Under observationerne var der meget lidt interaktion mellem læger og sygeplejersker under udførelsen af de rutinemæssige arbejdsopgaver – og der blev ikke observeret episoder, hvor læger eller personale var i tvivl om, hvem der skulle gøre hvad. Når der var kontakt handlede det primært om, at lægen skulle aflevere patienter videre til prøvetagning hos sygeplejersken, eller omvendt at patienten kom ind til lægen efter at have været hos sygeplejersken.

Lægens hyppigste kontakt i løbet af dagen var med sekretæren som jævnligt fanger lægen med sedler/beskeder og spørgsmål vedr. de patienter, der ringer i løbet af formiddagen. Både læger og sekretær fortalte efterfølgende, at sekretæren spiller en stor rolle for at aflaste lægerne – fx fornyr hun mange simple recepter og snakker med en del af de patienter, der ringer, uden at der egentlig er noget galt.

Det fremgik af observationerne – og blev bekræftet under de efterfølgende interviews – at samspillet mellem læger og sygeplejersker er styret af skriftlige vejledninger og rutineprægede arbejdsgange. Samtidig har det stor betydning for samarbejdet, at hele behandlerteamet er erfarent og indkørt i forhold til hinanden:

Interviewer: *"Hvad betyder det, at I har været her så længe, for hverdagen?"*

Sygeplejerske: *"Det betyder rigtigt meget. Vi kender hverdagen, hinanden og patienterne. Når vi har travlt, afløser og hjælper vi bare hinanden på kryds og tværs."*

3.3.7 Lægernes e-mailkonsultationer og samspil med eksterne samarbejdspartner

Lægernes samspil med eksterne samarbejdspartner sker først og fremmest via lægehusets indbakke og telefonen på de pauser og opfølgningstider, der er indlagt i dagsprogrammet. Lægerne vurderer, at det fungerer fint, samt at eksterne samarbejdspartner næsten altid får svar samme dag, som de henvender sig til praksissen. Den observerede læge havde under begge observationsrunder en fast rutine med at gå i indbakken, hver gang der var et par minutter til overs for at godkende recepter, epikriser og sende svar på e-mailkonsultationer. Lægerne bekræftede i de efterfølgende interviews, at de hele tiden er nødt til at holde øje med indbakken, da den ellers lynhurtigt bliver uoverskuelig.

Nedenstående tabel 8 viser B2 lægens e-mailkonsultationer ved hhv. 1. og 2. observationsrunde. Tabellen viser, at lægerne har en del e-mailkonsultationer og korrespondancer med hjemmesygeplejen, samt at den gennemsnitlige e-mailkonsultation tog ca. samme tid som en normal telefonkonsultation.

Tabel 8: B2 lægens e-mailkonsultationer ved 1. og 2. observationsrunde

	Tidsforbrug på E-mailkonsultation, B2					
	Antal		Tid (min.)		Min. pr. konsultation	
	Patienter	Samarbejdspartner	Patienter	Samarbejdspartner	Patienter	Samarbejdspartner
1. runde	8	6	24	17	3,0	2,8
2. runde	9	2	34	8	3,8	4,0

Lægerne vurderer generelt, at samarbejdet med hjemmeplejen er godt, og at kommunikationen er blevet hyppigere, efter at hjemmeplejen er kommet på edifact. Fordelen ved dette er, at lægerne i mindre grad bliver afbrudt af sygeplejersker, der ringer i løbet af dagen, samt at de får flere relevante oplysninger sammenlignet med tidligere. Til gengæld er ulemperne, at de får en del korrespondancer fra hjemmeplejens øvrige personale, hvor lægerne gerne havde set, at sygeplejen havde været inde over for at vurdere relevans og formulering. Lægerne foretrækker derfor, at kommunikationen går via hjemmesygeplejersker fremfor hjemmeplejens øvrige personale.

Under de afsluttende interviews bemærkede læger og personale, at de så en forbedring i kommunens brug af korrespondancer i retning af, at brugen var blevet mere målrettet, og at der var knapt så mange irrelevante spørgsmål. Hele lægehuset havde også deltaget i Region Hovedstadens tilbud om Fælles Skolebænk. Læger og personale havde ikke fået noget fagligt ud af at deltage på tilbuddet, men de havde fået nyttig viden om, hvordan det kommunale plejepersonale arbejder, tænker og agerer i samarbejdet med almen praksis.

Samspillet med sekundærsektoren foregår næsten udelukkende via epikriser og henvisninger, og iht. observationer og interview fremstod området som en uproblematisk rutine. Lægerne bekræftede

de også i de opfølgende interview, at de for det meste har god kontakt og god kommunikation med specialisterne på sygehus og specialpraksis.

3.4 Opsamling på B 2s deltagelse i honorarprojektet

Som det fremgår af de foregående afsnit, arbejder læger og personale i B2 i stort omfang iht. de anbefalinger, der fx er for uddelegering af opgaver til praksispersonale, og ifølge læger og personale er samspillet med eksterne samarbejdspartnere kendetegnet ved, at næsten alle får svar på deres henvendelser indenfor en dag. Samtidig er alle deltagere enige om, at samarbejdet i behandlerteamet er velfungerende og effektivt.

Til trods for at lægerne i stort omfang har realiseret de anbefalinger, som er opstillet til organisationen og udførelsen af arbejdet i almen praksis, har lægerne det samme grundlæggende problem som de øvrige deltagere i undersøgelsen: At de mangler tid og overskud til at påtage sig yderligere opgaver og forandringer. Personalet fortæller således, at:

"Lægerne arbejder allerede meget. Kommer 7:45 og går 16:15 – alle ugens dage – og de sluger munden og snakker patienter under frokosten. De har ikke en pause i løbet af dagen. Herudover går de til møder, undervisning, lægevagt, papirarbejde osv. – så jeg tror ikke, de har mere at give af." (Praksissygeplejerske B2)

Som citatet – og lægernes efterfølgende erfaringer – illustrerer, løser overgangen til fast løn ikke praksissens grundlæggende problem, som består i, at der mangler en ejerlæge. Efterspørgslen på ydelser i praksis er derfor så stor, at lægerne – selvom de har stor hjælp af deres kliniksyegeplejersker – har svært ved at levere den service til patienter og samarbejdspartner, som de gerne vil. Samtidig har de svært ved at se, hvor de kan forbedre deres interne organisation og samarbejde yderligere.

Ønsker om mindre forandringer forud for honorarprojektet

Forud for projektet havde lægerne dog overvejelser om mindre ændringer, de ønskede at gennemføre i projektperioden. Det drejede sig om:

- Muligheden for at samle kronikerkonsultationerne for multisyge patienter, så disse fik længere, men færre konsultationer i praksis.
- Muligheden for i højere grad at afsætte dobbelttider til samtaleterapi.
- Bruge data fra datafangst til at identificere og indkalde de kronikere, der glemmer deres aftalte kontroller.

Under de afsluttende interview fortalte læger og personale dog, at det ikke var lykkedes at omsætte intentionerne til konkrete ændringer. I forhold til intentionen om at samle kronikerkontroller for multisyge patienter, var begrundelsen for det første, at:

"Nu havde vi endelig fået dem [kronikerne] i system – og de kører i et årshjul. Derfor ville det være alt for bøvlet at begynde og lave det om, når vi skal tilbage til normal honorering. Det ville give for meget kludder i systemet." (Ejerlæge B2)

Og for det andet at lægerne ved nærmere eftertanke var kommet frem til, at:

"Det for mange patienter ikke er hensigtsmæssigt at tage for meget på en dag. Vores erfaring er, at de ender med at rode tingene sammen, fordi de ikke kan rumme så mange informationer på en gang. Det er ikke så tosset at splitte det op, og det er ikke nødvendigvis en fordel med lange konsultationer." (Ejerlæge B2)

På samme måde var det kun den ene læge, der enkelte gange havde været givet en dobbelttid til en samtalekonsultation, som normalt kun ville have fået en tid. Lægen vurderede, at det var sket ca. 10 gange i projektperioden. Den anden læge havde ikke haft mulighed for det, fordi hendes tidsskema var så presset, at det ville gå for hårdt ud over andre patientrettede opgaver.

Inden projektperioden startede, havde lægerne en enkelt gang trukket lister fra datafangst og indkaldt de patienter med for lavt stofskifte, der var udeblevet fra deres aftalte kontroller. Under projektperioden har de imidlertid ikke fået gjort mere ved intentionen om at gøre det samme for de øvrige kronikergrupper. Igen vurderer lægerne, at det er manglen på læge- og personaleresourcer, som har stået i vejen for at løfte den ekstra opgave.

4. Fire lægers kompagniskabspraksis – case B3

4.1 Introduktion til huset, lægerne, personalet og patienterne

Undersøgelsens tredje case – et kompagniskab med fire ejerlæger – ligger i en 200 m² stor et plans villa fra 70'erne. Hovedindgangen fører ind til et stort ny-tilbygget lyst venteværelse og en entré med patienttoilet. En glasluge adskiller venteværelset fra receptionen. I receptionen sidder to sekretærer og tager imod patienter og passer telefon. Fra venteværelset fører en dør ind til en lang U-formet fordelingsgang, med adgang til 6 konsultationsrum, et køkken samt et personaletoilet. Dørene ind til konsultationsrummene er malet med forskellige farver, så lægerne fx kan invitere patienterne ind med sætningen: "Vi skal ned til den blå dør".

De fire ejerlæger og uddannelseslægen har hver deres konsultationsrum. Det sidste rum bruges til sygeplejerskekonsultationer og deles af praksissens to sygeplejersker. I sygeplejekonsultationen findes også udstyr til EKG og lungefunktionsmåling, som lægerne henter efter behov. Det giver ifølge sygeplejerskerne en del afbrydelser i deres konsultationer. Køkkenet er småt og fungerer på én gang som frokoststue, mødelokale og laboratorium. Langs den ene bordplade er placeret laboratorieudstyr til analyser af blodprøver.

Bag den blå dør har den læge, som deltog i observationerne, sin konsultation og det er her han tilbringer langt størstedelen af dagen. Lægens konsultationsrum er indrettet med et skrivebord i centrum, hvor lægens computerskærm står sammen med bunker af papir, en tryllestav til børnene og blodprøveglas til en dags forbrug. Til venstre for skrivebordet er et mindre bord i samme højde, hvor tastatur, telefon og printer er placeret. Når lægen sidder med front mod tastaturet, vender han samtidig ryggen eller siden til patienterne. I et interview fortalte lægen, at han nogle gange bevidst bruger denne bevægelse for at signalere til patienten, at konsultationen er forbi.

Et gynækologisk lege står umiddelbart til højre, når man kommer ind i konsultationsrummet. I et hjørne bagved lægen findes en håndvask og en bordplade, hvor lægen har sin vagtlægetaske. Overskabe rummer medicin, instrumenter, faglitteratur, blanketter og informationsmateriale til patienterne. I rummet er to stole til patienter og pårørende. Afhængigt af hvor patienten sætter sig, har denne mulighed for at følge lidt med på skærmen. En del pårørende sætter sig på det gynækologiske lege, mens de venter, andre sidder på den overskydende stol.

Praksissens læger

Kompagniskabet har fire læger, en kvindelig og tre mandlige. De mandlige læger har været i lægehuset mellem 25 og 30 år. De på vej på pension, og praksissens fremtid fylder meget i deres bevidsthed. Lægerne håber, at de kan finde 2-3 yngre læger, som kan overtage deres andele af huset, men selvom der er 0 kr. i goodwill, ser udsigterne ind til videre ikke specielt gode ud.

Lægerne fortæller at de har oprettet 'ministerier', så de har fordelt ansvaret for bl.a. IT, afregning med sygesikringen, uddannelseslæger, instrukser, personalet, regnskab og løn mellem sig.

De gennemførte observationer og interview viste, at lægerne havde forskellige ønsker og behov i forhold til deres rolle som læge og i forhold til den daglige interaktion med praksispersonalet. Overordnet bestod forskellen i at de ældre læger definerede sig selv som traditionelle (og gammeldags familielæger), som fortsat holder fast i patienterne og deres ret til at arbejde forskelligt. Modsat, ønskede den sidst ankomne læge i højere grad en praksis med systematisk uddelegering og klare grænser mellem arbejds- og privatliv. Af hensyn til det forestående generationsskifte blandt lægerne, arbejder de på at omlægge praksissen, så organiseringen af læger og personalets arbejde i højere grad matcher nye lægers forventninger. Samtidig har lægerne dog erkendt at de igangsatte forandringer først for alvor slår igennem ved det forestående generationsskifte.

Praksissens personale og personalets opgaver

Lægehuset har ansat to sygeplejersker og to sekretærer i deltidsstillinger. En sekretær og en sygeplejerske arbejder 28 timer om ugen, mens de to øvrige arbejder 32 timer om ugen.

Sygeplejerskerne kører selvstændige konsultationer i forhold til diabetes-, KOL-, vægtkontrol-, livsstilssamtaler, blodtryk og sårbehandling. Sygeplejerskerne arbejder i to forskellige konsultationsspor: et planlagt program med fokus på ovennævnte opgaver og 'gulvvagten', som er ansvarlig for at hjælpe lægerne med blodprøvetagning og ad hoc opgaver – fx EKG, blodprøver, lungefunktions-test og dyrkning af urinprøver.

Udover at passe reception, telefon og indgående post, varetager sekretærene selvstændigt udlandsvaccinationer, blodprøver og børnevaccinationer. Sygeplejersker og sekretærer har stort set samme oplæring, og sygeplejerskerne kan erstatte sekretærene ved sygdom og ferie.

Under observationerne og de opfølgende interview fortalte lægerne og personalet at det interne samarbejde primært er struktureret af uformelle arbejdsgange og indarbejdede rutiner. Dertil kommer skriftlige instrukser, som lægerne har udarbejdet til sygeplejerskerne på de områder, hvor de har selvstændige kliniske opgaver - fx diabeteskontroller.

Observationsstudierne gav endvidere indblik i et dagligt samarbejde, som var karakteriseret ved mange, men meget korte, daglige kontakter mellem læger og praksispersonale. Kontakterne skete typisk, når praksispersonalet havde behov for sparring og 'fangede' lægerne, når de kom ud af deres konsultationsrum. Kontakten og kommunikation omkring patienthenvendelser o.a. foregik oftest på gangen, mens lægen var på vej fra A til B. Herudover kommunikerede lægerne med praksispersonalet i køkkenet, når der var kaffe- og frokostpauser. De observerede frokostpauser fungerede i høj grad som en uformel konference, hvor der blev snakket om patientrettede opgaver.

Praksissens patienter

Praksissen har 5.021 sikrede patienter. Patienterne har en fast læge i huset, samtidig med at de, ved akutte problemstillinger, har mulighed for at komme til alle husets læger. Lægerne fortæller også at patienterne er skævt fordelt imellem dem. De tre mandlige læger har en del tunge, multisyge og ældre patienter, mens den kvindelige læge tager sig af de fleste yngre kvinder og børn fra patientlisten.

Som i de øvrige cases, lægger lægerne vægt på at deres patienter er ældre og mere syge end regionsgennemsnittet, hvorfor de har væsentligt mere arbejde end det umiddelbart fremgår af antallet af gruppe 1 sikrede.

4.2 Organiseringen af det lægelige arbejde i B3

4.2.1 Lægernes arbejdsuge

De fire læger arbejder alle fire dage om ugen og deres aftalte arbejdsuge er på ca. 36 timer. Den ugentlige fridag blev mulig, da den kvindelige læge blev optaget som kompagnon for nogle år siden. Fridagen er en stor lettelse for både den kvindelige læge, *"som ellers ikke kunne få det til at hænge sammen med sine to små børn"*, og for de tre erfarne læger, som *"især når det bliver sent om eftermiddagen ikke længere har helt så mange kræfter at give af"*. For nogen år siden besluttede lægerne også at de ikke skal kunne koble sig på hjemmefra, for at blive bedre til at adskille arbejde og fritid.

I praksis varierer lægernes arbejdsuger en del, fordi de erfarne læger *"stadig har en vane med at tage i praksis på fridage og i weekender for at samle op på attestarbejde og hængepartier"*. Lægerne vurderer at deres reelle arbejdsuge er på ca. 41 timer.

Akutvagten

Lægernes arbejdsdag ser lidt forskellig ud, alt efter om lægen har akutvagten, som går på skift mellem ejerlægerne. Akutvagten indebærer at man er primær ansvarlig for akutte henvendelser. 'Akutlægen' bliver lidt hyppigere afbrudt, da vedkommende skal tage sig af de gule sedler med telefonopkald vedr. akutte patienter, som sekretærerne tager imod i løbet af dagen. Når man har akutvagten bliver både morgenens og eftermiddagens konsultationer tit en blanding af planlagte og akutte fremmødekonsultationer. Akutvagter indebærer også at lægen skal godkende personalets recepter, så de kan sendes videre til apoteket. Sidst, men ikke mindst, indebærer det at have akutvagt at man bliver i praksis, indtil alle patienter i venteværelset er taget og at man lukker og slukker for huset. Lægerne er enige om at dagene med akutvagt er hårde, først og fremmest fordi der er rigtigt mange forstyrrelser og ad hoc opgaver. Fordelene ved akutvagten er til gengæld at lægerne efterfølgende har tre dage, hvor deres dagsprogram er relativt forudsigeligt.

Lægernes ugeskema

Nedenstående ugeskema viser den fulgte læges ugeskema. Det er baseret på det skærbillede som læger og personale bruger til at strukturere lægernes arbejdsuge. Den fulgte læge er den eneste i huset, som systematisk har morgentid, men ellers er dagens opbygning identisk for alle lægerne, ligesom dagens struktur overordnet er den samme alle dage, de er på arbejde.

Tabel 8: Den fulgte læges dagskema

Kl.	Mandag, tirsdag, onsdag og fredag	Torsdag
7.30-8	Morgentid	Ugentlig fridag for den fulgte læge. De tre øvrige ejerlæger holder fri hhv. mandag, tirsdag og onsdag.
8-9	Telefontid	
9-10	Planlagte konsultationer	
10-10.15	Kaffepause	
10.15-11.00	Planlagte konsultationer	
11.00-12.00	Uvisiterede fremmødekonsultationer	
12-13	Pause/sygebesøg	
13-15	Planlagte konsultationer	
15-16	Planlagt administrativ tid	

Næste afsnit præsenterer og sammenligner opgørelser af den fulgte læges tidsanvendelse ved 1. og 2. observationsrunde. Herefter følger en række afsnit, der beskriver og analyserer indholdet af de enkelte blokke i lægernes ugeskema, samt læger og personales overvejelser omkring dagligdagens struktur og opgaver.

4.3 B3 lægernes arbejdsopgaver

4.3.1 Morgentid

Under observationsdagene startede lægens arbejdsdag kl. 07.30. Lægen fortalte i den forbindelse at han generelt er den første der møder, fordi han godt kan lide at have lidt rolig morgentid, inden telefonkonsultationerne starter. Samtidig bruger han ofte morgentiden på konsultationer med patienter, der ikke kan få fri fra arbejde eller forældre, der har brug for at få tjekket børn, inden de bliver afleveret på institution eller i skole. Lægen fortalte i den forbindelse at han gør meget for at hjælpe forældre med at få tjekket deres børn, så de kan komme på arbejde.

4.3.2 B3 lægernes telefonkonsultationer

Lægerne har fast telefontid hver morgen mellem kl. 8 og 9. Derudover har praksissen telefonisk adgang for patienter og eksterne samarbejdspartnere dagligt mellem 9-16, hvor sekretærerne

(eller sygeplejerskerne) visiterer henvendelserne, samtidig med at de passer receptionen. Sekretærene besvarer også telefonen mellem 8 og 9, og lægger små papirbeskeder til lægerne med patienter, der skal ringes op. Der er ofte mange af disse beskeder, der skal følges op på, fordi patienterne – fx når lægerne bruger telefontiden på andre opgaver - har svært ved at komme igennem til lægerne.

Under observationsdagene varede telefonkonsultationerne mellem 1 og 10 minutter, og opfølgningstiden var typisk mindre end et minut. Lægens opfølgning består altid af et journalnotat, ofte medicinbestilling og indimellem tidsbestilling. Den fulgte læge presser også jævnligt en akut tid ind i telefonkonsultationen – under observationsdagene drejede det sig fx om en mor med et barn, som skulle tjekkes for infektion og et akut hjemmebesøg på byens plejehjem.

Under observationsstudierne fulgte lægens telefonkonsultation nedenstående faste struktur:

1. Lægen tager telefonen og hilser med: "læge XX, godmorgen"
2. Lægen spørger stort set aldrig efter patientens personnummer, men slår straks patienten op i patientjournalen, på baggrund af patientens efternavn. Lægen tiltaler sjældent patienten ved fornavn, men hans forhåndskendskab til patientens baggrund og historie fremgår af måden han taler indforstået med patienterne på.
3. Lægen lytter til patientens (eller social- og sundhedsassistentens/sygeplejerskens) henvendelsesårsag og spørger ofte ind til symptomer mv. Herefter følger lægens handlinger et mønster: Han åbner medicinkort eller laboratoriekort, afhængig af om henvendelsen handler om genbestilling af medicin eller svar på blodprøver. Derudover kan lægen slå op i epikriser fra sygehuset eller fra lægevagten.
4. Opfølgningsarbejdet i forbindelse med telefonkonsultationen består i dokumentation i patientjournal, (gen)bestilling af medicin til apoteket, tidsbestilling ved behov for ny tid og en regning. Alt dette udfører lægen som regel undervejs i selve telefonkonsultationen.
5. Lægen afslutter med bemærkningen: "Det siger vi, ik?"
6. Indimellem opstår pauser, hvor telefonen ikke ringer. Det skyldes som regel at presset på praksissens telefonsluse er så stort at ingen kan komme igennem. Disse uforudsete pauser bruger lægen til at læse og godkende epikriser o.l. i sin indbakke.

Nedenstående tabel viser antallet af telefonkonsultationer fordelt på patienter og samarbejdspartnere, den samlede konsultationstid og den gennemsnitlige konsultationstid ved hhv. 1. og 2. runde. Som det fremgår, er det samtaler med patienter, der fylder langt det meste af lægens telefonsamtaler. Det fremgår også at lægen havde flere telefonkonsultationer i 1. runde end i 2. runde. Forskelle skyldes først og fremmest at lægen under 2. runde brugte en stor del af den reservede telefontid på fremmødekonsultationer og et hjemmebesøg.

Tabel 9: B3 lægens telefonkonsultationer ved 1. runde

	Lægens tidsforbrug på telefonkonsultationer					
	Antal		Tid (min.)		Gns. Tid per konsultation	
	Patienter	Samarbejdspartner	Patienter	Samarbejdspartner	Patienter	Samarbejdspartner
1. runde	19	4	70	27	3,7	6,8
2. runde	15	1	81	6	5,4	6,0

4.3.3 B3 lægernes fremmødekonsultationer

Sammenlagt har hver læge afsat cirka 19 timer om ugen til fremmødekonsultationer. Heraf udgør den daglige akuttid – som er fra 11.00-12.00 hver dag – ca. 4 timer. Lægerne kører med 15 minutters konsultationer som standard, hvilket vil sige at hver læge har tid til 76 almindelige konsultationer i det planlagte program.

Lægerne fortæller at deres intention er at de skal være 'skrappe' overfor patienterne således at konsultationerne i akuttiden kun kommer til at handle om det akutte, patienten har henvendt sig med. Imidlertid er der en tendens til at akuttiderne skrider, fordi de bliver brugt til ikke-akutte konsultationer, som tager længere tid. Lægerne henfører dette til en af praksissens store udfordringer, som består i at der er 2-3 ugers ventetid på en planlagt konsultation. Derfor ender mange ikke-akutte patienter på akutlisten, fordi de ikke kan vente så længe.

Under observationerne fulgte lægens konsultationer nedenstående struktur:

Forberedelse: Forberedelsestiden er kort. Lægen åbner patientjournalen og læser kort på de seneste notater. Indimellem åbner han desuden laboratoriekort og ser eventuelle prøvesvar, læser eventuelt nye epikriser, hvis patienten har været indlagt eller til speciallæge i mellemtiden.

Konsultation: Lægen viser patienterne ind med sætningen: "vi skal ned til den blå dør", og beder dem tage plads, hvor de har lyst. Selv sætter han sig bag sit skrivebord vender sig kort mod sin skærm og ser i journalen og laboratoriekortet på nogle blodprøvesvar, mens han siger til patienten: "Det var det med XX. Vi skal have taget en blodprøve".

Lægen spørger ind til hvordan patienten har det, og patienten fortæller om sine symptomer, som nogen gange handler om nogle helt andre og flere ting, end det, der var hovedformålet med konsultationen. Lægen giver sig for det meste tid til at undersøge de andre småting, patienten bringer på banen og vender derefter tilbage til den oprindelige plan om at tage blodprøver eller måle blodtryk el. lign.

Mange konsultationer indeholder blodprøvetagning, som lægen selv udfører. Husets øvrige læger sender i højere grad patienterne ud til sygeplejerskerne for at få gjort dette. Årsagen til at den fulgte læge beholder opgaven er dels at opgaven giver ham nogle velkomne pauser i en presset arbejdsdag med mange tunge og komplekse konsultationer, der kræver koncentration og tålmodighed. Dels at han har en større føling med hvordan det går med hans kronikere, fordi han kan snakke lidt mere med patienten, mens han tager blodprøverne.

Lægen har bl.a. mulighed for at måle INR-værdier og blodsukker nu og her. Han har et digitalt apparat til strips, der kan analysere blodprøver taget i fingerspidsen. Det betyder at nogle patienter kan afsluttes hurtigt med en afkræftelse af infektion, fx under selve konsultationen. Blandt de mest almindelige blodprøver er: Infektionstal, blodsukker, kolesterol, stofskifte. Dertil kommer at en del patienter får en tid til EKG eller lungefunktionsmåling.

Under konsultationen flytter lægen sig en del rundt. Når patienten skal have taget blodprøver eller målt blodtryk, varierer det om han sætter sig over for patienten og taler om stort og småt, eller om han gør det hele stående. Det afhænger af travlheden og af patienten. Hvis der er god tid, bruger han sin viden om patientens baggrund og dagligdag til at spørge ind til vedkommende, fx om at de netop er gået på pension, er blevet bedsteforældre, er blevet enker osv.

Konsultationer, der handlede om sygemelding på grund af stress eller mistanke om depression, adskilte sig lidt fra de øvrige ved at lægen sad med al opmærksomhed rettet mod patienten og stillede mange åbne spørgsmål for at afdække hvordan patienten havde det.

Hver gang lægen forlader sit konsultationsrum er det med stor sandsynlighed for at han bliver stoppet af en anden læge, en sygeplejerske eller en sekretær, der har behov for svar på faglige spørgsmål eller for at lægen kort tilser en af deres patienter.

Afrunding: Lægen havde forskellige gestusser han afsluttede en samtale med. Det kan være en opfordring til at patienten ringer og får endeligt svar på prøven om nogle dage, eller afsluttende sætninger som:

- "det siger vi, ikk'?"
- "hvis det bliver værre, må du komme eller ringe igen..."
- "jeg bestiller en ny tid til dig!" (og tit giver han dem en håndskrevet lap med tiden på med)
- "nu har jeg sendt medicinen til apoteket, og du kan hente det..."

Opfølgning: En stor del af lægens opfølgning foregik mens patienten stadig var i konsultationen. Lægen fortæller i den forbindelse, at han foretrækker at lave opfølgningsarbejdet undervejs i konsultationen. Dels for at give patienterne indsigt i det han skriver og tænker, men også for at få konsultationen afsluttet i én omgang. Undtagelser kan være de mere komplekse patienter, fx en 15 årig pige med selvmordstanker. Opfølgningen på denne konsultation vælger lægen bevidst at udskyde, for at have tid til at overveje grundigt hvordan han formulerer sin viderehenvielse til børnepsykiater – den skal nemlig være helt efter bogen, ellers ved han at den kommer retur. Lægen noterer derfor opfølgningen i sin kalender, – den dag, hvor han har sin ugentlige fridag.

Nedenstående tabel viser antallet af konsultationer, den samlede konsultationstid og den gennemsnitlige konsultationstid ved hhv. 1. og 2. runde. Som det fremgår, er såvel antallet og den gennemsnitlige konsultationslængde sammenligneligt på ca. 14 minutter. De korteste konsultationer tog under fem minutter, mens de længste tog 20-30 minutter. Når lægerne på forhånd ved at konsultationen bliver tung, afsættes tid til en dobbeltkonsultation.

Tabel 10: B3 lægens gennemsnitlige fremmødekonsultationer ved 1. runde

	Lægens gennemsnitlige fremmødekonsultationer B3		
	Antal	Tid (min.)	min. pr. konsultation
1. runde	40	572	14,3
2. runde	36	496	13,8

4.3.4 Pauser, opfølgning og buffertider

Læger og personale har hver dag en planlagt kaffepause fra 10.15-10.30. Pausen er tiltænkt en kop kaffe og en slags morgenkonference, hvor de kan sparre med hinanden på tværs af praksispersonale og læger. Læger og personale fortæller at de oftest lykkes med at holde pausen, men som med de fleste andre elementer af hverdagen i lægehuset, er det presset fra patienterne, der afgør om pausen bliver holdt eller ej. Samtidig afholdes pausen oftest forskudt, fordi læger og personale skal passe den ind i dagens patientprogram. Det samme er gældende i forhold til praksisens frokostpause og buffertid fra 12-13. Under første observationsrunde var lægens program tæt pakket, og der var få og korte pauser. De få pauser der var, blev endvidere brugt til faglig sparring, både på enkelte problemstillinger med aktuelle patienter og på generel videndeling. På samme måde endte lægen med at bruge frokostpausen til fremmødekonsultationer.

Under anden observationsrunde var mønsteret et andet: her havde lægen nemlig tid til at holde de indlagte pauser og de indlagte buffertider blev i højere grad brugt til opfølgning på epikriser, recepter, e-mails o.l.. Dette skyldtes ifølge lægerne at de afsluttende observationsdage var mindre travle end normalt, samt at lægehuset var fuldt bemannet.

Lægerne vurderede under de opfølgende interviews at det er mønsteret fra første observationsrunde, der er det normale. Lægerne fortalte endvidere, at de har overvejet at fjerne noget fremmødetid til fordel for mere opfølgningstid. De har dog opgivet denne tanke ud fra en erkendelse af, at de alligevel ville ende med at fylde buffertiden op med patienter.

4.3.5 Sygebesøg

Under observationsdagene havde den fulgte læge sammenlagt tre sygebesøg, som alle var initieret af kontakt fra hjemmesygeplejen. Sygebesøgene varede ca. 25-30 minutter inklusive transport og opfølgning.

Under de opfølgende interviews fremgik det at praksissens ældre læger prioriterer sygebesøgene højt og at de har relativt mange af dem. Lægerne betragter sygebesøgene som en del af deres høje serviceniveau, og som et af kendetegnene ved at være en traditionel familielæge. I modsætning hertil er det sjældent at den nyankomne ejerlæge tager på sygebesøg, men det skyldes primært at det er hende, der har de fleste af praksissens mødre og børn.

Den fulgte læge lægger normalt sine sygebesøg i frokostpausen eller om torsdagen, hvor han har sin ugentlige fridag. Når programmet er presset eller når der opstår akutte behov, kan det imidlertid godt ske – som under telefontiden på en af observationsdagene - at sygebesøgene presses ind imellem igangværende opgaver.

4.3.6 Lægernes samspil med eksterne samarbejdsparter

Indbakken – eller *kommunikationsmaskinen* som den fulgte læge kalder den – er omdrejningspunktet for langt det meste af praksissens samspil med eksterne samarbejdsparter. Det er her lægerne læser og godkender epikriser, læser og svarer på korrespondancer, laver recepter, svarer på e-mailkonsultationer og skriver attester.

Den fulgte læge foretrækker at samle arbejdet med indbakken udenfor den daglige konsultationstid, men under observationerne fremstod indbakken også som det sted lægen altid kan vende sin opmærksomhed, når der opstår en pause i løbet af dagen. Endvidere er det en fast procedure at den "vagthavende" læge (jævnfør afsnit 4.2) godkender alle recepter som fornys af praksispersonalet).

Nedenstående tabel viser at e-mailkonsultationerne fyldte meget lidt under de gennemførte observationsdage. Ved anden observationsrunde blev der således ikke observeret nogen eksempler på denne konsultationstype. Det skyldes primært at lægen tager disse konsultationer uden for almindelig arbejdstid eller på sin ugentlige fridag.

Tabel 11: B3 lægens e-mailkonsultationer

	Lægens tidsforbrug på E-mail-konsultation, B3, 1. runde					
	Antal		Tid (min.)		Min. per konsultation	
	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter
1. runde	1	1	1	2	1,0	2,0
2. runde	-	-	-	-	-	-

Samspillet med sygehuse og speciallæger

Generelt oplever lægerne at samarbejdet med sygehuset er velfungerende. Forhold, der fremmer det er bl.a. at flere af ejerlægerne tidligere har arbejdet på sygehuset og kender både arbejdsgange og personale på sygehuset, samt at den lokale lægeforening har et særdeles aktivt efteruddannelsesudvalg, som laver gode faglige arrangementer for alle øens læger. Endelig fortæller lægerne at der, pga. de særlige ø-forhold, er god tradition og mulighed for at ringe til overlæger på sygehuset for at koordinere indlæggelser og få sparring om patienter. Den anden vej rundt, fortæller lægerne, at sygehuset savner lettere adgang for at gøre det samme med almen praksis pga. den afgrænsede telefontid.

Adspurgt om epikriserne fortæller lægerne – mens de smågriner – at:

"...der lidt for ofte mangler et opdateret medicinkort og det sker jævnligt at vi har patienter i konsultationen inden vi har modtaget sygehusets epikrise. Men vi ved jo også godt at de har travlt på samme måde som os, og det ændrer ikke på det overordnede indtryk af, at vi har et godt samarbejde.

(Ejerlæge B3).

Samspelet med det kommunale ældreområde

Lægernes samspil med det kommunale ældreområde sker via telefon, korrespondancer og konkrete møder i forbindelse med sygebesøg og ledsagede fremmødekonsultationer. Under interviewet var det primært den skriftlige korrespondance, der optog lægerne. Lægerne er glade for at de elektroniske korrespondancer har mindsket trykket på telefonen og derved antallet af afbrydelser i deres konsultation. Til gengæld fortæller de også at:

"Korrespondancerne er vores dårlige samvittighed – og hverken vi eller kommunen har helt fundet ud af hvordan vi bruger dem optimalt. Det vi har oplevet efter at muligheden er kommet, er at alle på plejehjemmene har brug for at udtrykke deres mening om patienterne og derfor har det væltet ind i et omfang, vi slet ikke kan følge med til".

(Ejerlæge B3).

Samt at:

"Patienterne har forstået det med e-mailkonsultationer, men det har plejehjemmene ikke. De sender det ene og det andet, og nogen gange kommer der tre beskeder fra forskellige personer, som modsiger hinanden. Og så kan vi slet ikke finde ud af det".

(Ejerlæge B3).

Lægerne oplever således at der er for mange unødvendige henvendelser, samt at der indimellem er akutte beskeder i indbakken som bliver overset i mængden. Det, der som regel redder lægerne, er praksissens personale, som løbende kigger korrespondancerne igennem og gør lægerne opmærksom på hvilke sager, der er akutte. Endvidere er det også personalet, som er med til at minde lægerne om at der ligger gamle korrespondancer, som ikke er blevet besvaret. I den forbindelse fortæller lægerne at:

"Der mangler de [personalet på plejehjemmene] altså at lære at det akutte ikke er noget man klarer via en korrespondance og at det ikke er via korrespondancer man bestiller sygebesøg. Det handler nok lidt om at vi skal finde balancen mellem telefon og korrespondance".

(Ejerlæge B3).

4.4 Opsamling på B3s deltagelse i honorarprojektet

Forud for honorarprojektet, så lægerne deltagelsen som en mulighed for at gøre deres kronikerbehandling og samarbejdet med praksissygeplejerskerne mere ensartet på tværs af lægerne. Undersøgelsen har imidlertid ikke afdækket nogen former for forandringer i praksissens interne organisering, lægernes kliniske arbejde eller praksissens samarbejde med eksterne samarbejdspartner. Læger og personale vurderer heller ikke at de på individniveau har eksperimenteret med ændringer.

Eneste konkrete udviklingsaktivitet som var aftalt, men ikke afholdt ved de afsluttende interview, var et besøg af de lægekonsulenter, der er ansat under Region Hovedstadens kronikerprogram. På besøget skal lægekonsulenten gennemgå praksissens kronikerbehandling sammen med læger og personale, og komme med gode råd til hvor og hvordan samarbejde og ressourceudnyttelse kan

forbedres⁷. Lægerne så frem til besøget, fordi de håbede at det kunne give dem et skub i retning af en mere uddelegeret behandling.

Lægernes ønsker om at være tæt på patienterne og levere en god service, samt patienternes efterspørgsel på ydelser, fremstår som de to primære forhold, der er med til at forme lægernes arbejde og muligheder for forandring. De erfarne læger fortæller således, at de stadig har en tendens til at holde fast på patienterne, ligesom de holder fast i lægens ret til at arbejde forskelligt. Samtidig er der også fundet en række eksempler på hvordan lægerne vægter hensynet til patienter højt – fx ved at gennemføre andre typer af konsultationer i telefontiden eller udenfor almindelig åbningstid.

Disse forhold står i et vist omfang i modsætning til lægernes ønske om at formalisere opgavedelingen med personalet og uddelegere flere selvstændige opgaver. Under de afsluttende interview vurderede lægerne da også, at de ønskede forandringer i praksissen *"formentlig først for alvor slår igennem med det forestående generationsskifte."*

Endvidere henviste lægerne til at: *"vi må erkende at det er patienterne, der styrer vores arbejde"*, samt at: *"vi har intentionerne, men det er svært at realisere dem pga. af arbejdspresset, som hele tiden skubber udviklingen i baggrunden"*.

⁷ Facilitatorordningen er et projekt under Region Hovedstadens kronikerprogram der har til formål at fremme en struktureret kronikerbehandling i almen praksis. Facilitatorerne er frikøbte praktiserende læger. mere info om ordningen kan ses her:
<http://www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Projekter/Kompetenceudvikling/Facilitatorbesoeg/Facilitatorbes%c3%b8g.htm>

5. Fire lægers kompagniskabspraksis 2 – Case B4

5.1 Introduktion til huset, lægerne, sekretæren og patienterne

Undersøgelsens andet firelægers kompagniskab ligger i samme store lægehus som sololægen. De fysiske rammer og principperne for brugen af laboratoriet er således de samme (jævnfør afsnit 3.1.1).

Kompagniskabets reception ligger i det modsatte hjørne af sololægens, og den bemandes af kompagniskabets to sekretærer. Til højre for receptionen fører en glasdør ind til en gang, hvor lægerne har deres konsultationsrum. Fordelt ned af gangen findes seks konsultationsrum – et til uddannelseslægen, et til praksissens sygeplejersker og fire rum, som deles af ejerlægerne og praksissens faste vikar.

Lægens konsultationsrum er indrettet med gynækologisk leje, der vender væk fra døren, håndvask og reoler med lægebøger og manualer. Computeren står på skrivebord, så patienten kan se med på skærmen. Når der er konsultation sidder patienten for enden af skrivebordet, mens lægen under samtalen sidder ved hjørnet ofte ganske tæt på patienten. Blodtryksapparatet, som bruges i mange af dagens konsultationer, står også ved hjørnet af skrivebordet, så trykket kan måles uden at patient eller læge flytter sig. Arbejdet mellem patient og journal kan derfor udføres stort set uden at flytte sig og patienterne har ofte mulighed for at følge med på skærmen, når lægen læser og skriver i journalen under konsultationen.

De fleste af lægens daglige handlinger foregår ved og omkring skrivebordet. Her står computeren som inddrages i enhver konsultation til opslag i kalender og tidsbooking, til opslag i patientoplysninger, hvor han kan bladere i fanebladene: Journal, laboratoriekort, medicinkort, epikriser og regning. Lægen skriver en del noter i hånden undervejs i konsultationen på en blok A-4 papir.

Praksissens ejerlæger

Praksissen har fire erfarne ejerlæger; en mandlig læge, som har været kompagnon siden 1999 og tre kvindelige læger, som har været kompagnoner siden hhv. 1995, 1998 og 2002.

Lægerne udnytter muligheden for at uddelegere ansvarsområder og de har bl.a. fordelt ansvaret for personale, uddannelseslæger, kronikerbehandling og instrukser, afregning med sygesikringen og IT imellem sig.

Praksissens personale – og personalets opgaver

Lægehuset har ansat en fast vikarlæge, to sygeplejersker og to sekretærer i deltidstillinger. Vikarlægen arbejder i gennemsnit 25 timer om ugen, mens sygeplejerskerne og sekretærerne arbejder hhv. 29,5 og 32,5 timer om ugen. Herudover der som regel en uddannelseslæge i praksissen.

Vikarlægen er en tidligere kompagnon, som afløser lægerne, når de er på kursus, ved sygdom og til møder. Da lægen kender praksis ud og ind arbejder han præcis som ejerlægerne og han har en del faste patienter.

Sygeplejerskerne kører bl.a. selvstændige konsultationer i forhold til INR behandling, diabeteskontrol, rygestopvejledning, vægtkontrol-, livsstilssamtaler, sårbehandling og vaccinationer. Sygeplejerskerne fortæller at det fungerer fint med de selvstændige konsultationer, bl.a. fordi der er helt faste vejledninger for opgaverne, samt for hvornår de skal involvere lægerne. Ejerlægerne har kronikerbehandlingen som et prioriteret område og de arbejder fremadrettet bl.a. på at involvere sygeplejerskerne i KOL og hypertensionsbehandling. Udviklingen hæmmes dog af at kompagniskabet mangler konsultationsrum, samt at lægerne ikke er helt afklarede i forhold til hvor meget standardisering og uddelegering de ønsker på kronikerområdet. I forhold til lokalesituationen afventer lægerne indtil videre muligheden for at overtage lokaler når en af husets speciallæger går på pen-

sion. I forhold til at finde enighed om kronikerbehandlingen pågår mellem ejerlægerne en udviklingsproces, hvor lægerne bl.a. har kronikerbehandlingen som prioriteret indsatsområde på deres partnermøder og praksissens årlige to-dages udviklingsseminar.

Sekretærerne passer reception, telefon, indgående post og kalender og svarer på simple korrespondancer fra samarbejdspartnere og e-mailkonsultationer fra patienter. Sygeplejerskerne afløser sekretærerne ved sygdom og ferie, og hjælper i øvrigt i receptionen ved behov. Til gengæld overtager sekretærerne ingen af sygeplejerskernes opgaver ved sygdom og ferie.

Under DSIs observationer og opfølgende interviews fortalte både læger og personale at det interne samarbejde hænger sammen via en kombination af skriftlige vejledninger og erfarent personale, som er selvstændige, samtidig med at de har en god fornemmelse for hvornår de skal involvere lægerne.

Observationsstudierne gav indtryk af et dagligt samarbejde, som var karakteriseret ved få og korte daglige kontakter mellem lægen og praksispersonalet. Lægen vurderede i den forbindelse at de andre havde skånet hende i forbindelse med observationerne, fordi der normalt var væsentligt flere afbrydelser i løbet af dagen.

Praksissens patienter

Lægerne har ca. 6.300 gruppe 1 sikrede patienter. Lægerne vurderer at deres patienter er ældre end regions gennemsnittet, men yngre end gennemsnittet for Bornholm. Dette skyldes at mange børnefamilier vælger at bo i Rønne og omegn. Derfor vurderer lægerne ikke i samme grad som de øvrige informanter at de er ekstraordinært belastede af ældre og kronisk syge patienter.

5.2 Organiseringen af det lægelige arbejde

De fire læger arbejder fem dage om ugen og deres selvvalgte arbejdsuge er på 45 timer.

Lang dag

Lægernes arbejdsdag ser lidt forskellig ud alt efter om lægen har ansvaret for 'den lange dag', som går på skift mellem lægerne. Denne dag indebærer at man bliver i praksis indtil alle patienter i venteværelset er taget og at man lukker og slukker for praksis. Dagen er derfor i princippet uden bagkant, men oftest betyder den at man har to-tre ekstra akutte konsultationer efter de normale konsultationstider, som slutter kl. 15.30.

Lægernes ugeskema

Tabel 13 viser lægernes overordnede arbejdsuge ved 1. observationsrunde. Det er baseret på det skærm billede som læger og personale bruger til at strukturere lægernes arbejdsuge. Den fulgte læges skema adskiller sig en smule fra de øvrige lægers, fordi hun hver dag har reserveret en halv time fra kl. 13.00-13.30 til at supervisere uddannelseslægen. Herudover er dagens opbygning identisk for alle lægerne, ligesom dagens struktur overordnet er den samme alle dage, de er på arbejde.

Tabel 12: Lægernes ugeskema ved 1. observationsrunde

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
07.50-08.00	Møder og gør konsultationen klar				
08.00-09.15	Telefonkonsultationer, telefonen lukker 9.00 mhp. at blive færdig til kl. 9.15				
09.15-12.15	Fremmøde konsultationer				
12.15-13.00	Frokostpause og buffertid – bruges bl.a. til at indhente forsinkelse og til at rydde op i indbakke				
13.00-15.45	Fremmødekonsultationer				
15.45-16.30	Gennemgang af indbakke, afslutning af hængepartier og hjemmebesøg				

5.3 B4 lægernes arbejdsopgaver

5.3.1 B4 lægernes telefonkonsultationer

Telefonkonsultationerne i B4 starter hver dag kl. 8.00, hvor telefonen automatisk stilles ind til lægernes konsultation. Lægerne har typisk mellem 10-15 samtaler i telefontiden og lægerne fortæller at der sjældent er pauser uden opkald⁸.

Fra 9-12 passer sekretærerne telefonen – og lægger telefonbeskeder til de enkelte læger på faste pladser i sekretariatet. Under observationerne havde den fulgte læge en fast rutine med at hun tjekkede sin plads for 'haste' beskeder imellem de fleste fremmødekonsultationer. Denne praksis blev efterfølgende fremhævet som en fordel, fordi den løbende kontrol gør at sekretærerne i lille omfang har behov for at bryde ind i lægernes konsultationer. Det sker derfor sjældent at samarbejdsparter og patienter stilles igennem til lægerne uden for telefontiden.

Under observationsdagene fulgte B4 lægens telefonkonsultationer nedenstående faste struktur:

1. Læge xx – vent et øjeblik...
2. Herefter opdaterer lægen journalen for den foregående patient, der har været igennem.
3. Lægen vender tilbage til den aktuelle patient: Giv mig lige dit CPR-nummer eller navn, hvorefter journalen åbnes. Under observationerne var der en del patienter lægen kendte så godt at hun gik direkte ind i journalen.
4. Patienten forklarer årsagen til henvendelsen og lægen spørger ind til symptomer o.l. samtidig med at hun orienterer sig om sygdomshistorie og laboratoriesvar mm. i journalen.
5. Samtalerne slutter typisk med at der aftales a) en fremmøde konsultation, b) at patienten skal se tiden lidt an, c) at lægen giver et prøvesvar eller udskriver en recept eller d) at lægen noterer nogle opfølgende handlinger – fx at der skal bestilles blodprøver eller ringes til en pårørende eller en samarbejdspartner for at forløbet kommer videre.
6. Lægen siger farvel og lægger på. Telefonen ringer med det samme igen og forløbet starter forfra.

Nedenstående tabel viser antallet af telefonkonsultationer fordelt på patienter og samarbejdspartnere, den samlede konsultationstid og den gennemsnitlige konsultationstid ved hhv. 1. og 2. runde. Som det fremgår, er det samtaler med patienter, der fylder langt det meste af lægens telefonsamtaler. Samtidig ses det at de gennemsnitlige telefonsamtaler med patienter er noget kortere end samtaler med samarbejdsparter. Dette skyldes at samtalerne med samarbejdsparter ofte omhandler sparring og koordination af indsatsen overfor komplekse patienter eller igangværende udredningsforløb.

⁸ Disse opstår primært når telefonslusen er overbelastet, så der ikke er nogen, der kan komme igennem til lægerne.

Tabel 13: B4 lægens telefonkonsultationer ved 1. og 2. observationsrunde

	Tidsforbrug på telefonkonsultation, B4					
	Antal		Tid (min.)		Min. per konsultation	
	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter
1. runde	27	3	137	24	5,1	8,0
2. runde	15	4	52	32	3,5	8,0

5.3.2 B4 lægernes fremmødekonsultationer

Ved 1. observationsrunde havde hver ejerlæge afsat ca. 27,5 timer om ugen til fremmødekonsultationer. Lægerne kører altid med 15 minutters konsultationer som standard. Det betyder at hver læge ved 1. observationsrunde havde plads til 110 almindelige konsultationer pr. en uge. Ved 2. runde havde hver læge afsat 26,25 timer om ugen, hvilket giver plads til 105 almindelige konsultationer pr. uge.

Under observationsdagene forekom der ingen dobbeltbookinger i lægens dagsskema og i det opfølgende interview fortalte lægerne at dette stort set aldrig sker, selvom lægerne nogenlunde ved hvilke konsultationer, der er korte. Det skyldes først og fremmest at lægernes konsultationer bliver tungere, når sygeplejerskerne tager mange af de simple opgaver. Derfor har den fulgte læge en tendens til altid at være ca. en halv time bagud. De har derfor brug for de korte konsultationer og afbuddene for at komme på omgangshøjde med programmet.

Hver ugedag har hver læge tre akutte tider, som først låses op om morgenen – eller evt. tidligere af lægen selv, hvis det er vigtigt nok. Disse konsultationer er typisk af lettere karakter, da de ofte handler om "snot, hoste, hals o.l.".

Observationerne viste at fremmødekonsultationerne indeholder en større variation end telefonkonsultationerne, fordi der er flere forskellige problemstillinger og typer. Den grundlæggende struktur er dog:

Forberedelse: Lægen åbner patientens journal og orienterer sig om hvad konsultationen er sat til at handle om, hvilken sygehistorie der ligger bag, og hvilke prøver der tidligere er taget. Journal og laborietkort gennemgås. For de fleste konsultationer tager forberedelsen højest et minut, men i løbet af dagene var der flere konsultationer på svækkede patienter, som tog væsentligt længere tid at forberede. Endvidere var der flere konsultationer/problemstillinger omkring ældre sårbare patienter, som krævede forberedelse af flere omgange, hvor lægen løbende søgte kontakt med samarbejdsparter i hjemmesygepleje og hospitalsregi for at koordinere indsatsen.

Konsultationen: Patienten præsenterer sine symptomer/årsager til henvendelsen eller hvor lægen gennemfører en planlagt kontrol, samtale eller undersøgelse. På de to observationsdage varierede konsultationernes længde fra 6 minutter (streptokokker) til 48 minutter (årskontrol på udviklingshæmmet diabetiker med ledsager).

Afslutning af kontakten: Konsultationen afsluttes med at lægen opdaterer patientens journal, diagnosekoder konsultationen og sender henvisninger, bestiller laborietprøver o.l. Opfølgningen tager typisk mellem 1-5 minutter. Med få undtagelser nåede lægen at afslutte opfølgningen på alle konsultationer, inden hun hentede den næste patient.

Nedenstående tabel viser antallet af konsultationer, den samlede konsultationstid og den gennemsnitlige konsultationstid ved hhv. 1. og 2. runde. Som det fremgår, er antallet af konsultationer og den gennemsnitlige konsultationslængde sammenligneligt. Under begge observationsrunder varede lægens gennemsnitlige fremmødekonsultationer ca. 19 minutter. Der var enkelte korte konsultationer, som tog ca. 5 minutter, mens den længste konsultation varede 47 minutter. Den forholdsvis lange konsultationstid afspejler at lægens konsultationer havde en overvægt af komplekse pro-

blemstillinger, som fx omhandlede udviklingshæmmede kronikere, depressioner og multisyge patienter, der skulle til årskontrol.

Tabel 14: B4 lægens gennemsnitlige fremmødekonsultationer ved 1. og 2. runde

	Den gennemsnitlige fremmødekonsultation B 4		
	Antal	Tid (min.)	Min. pr. konsultation
1. runde	30	585	19,5
2. runde	27	512	19,0

5.3.3 B4 lægernes sygebesøg

Lægernes sygebesøg tages typisk i forbindelse med frokostpausen eller efter den sidste konsultation om eftermiddagen. Under de to observationsrunder havde lægen kun et sygebesøg som i alt tog 30 minutter. Lægerne vurderede efterfølgende at dette er repræsentativt for deres hverdag, hvor de typisk har et-to sygebesøg om ugen, som hver tager 30-45 minutter.

Det sker også at sygeplejerskerne tager på sygebesøg for at give influenzavaccinationer på plejehjem. Endvidere er der aftalt et fast rul hvor de tre lokale plejehjem får besøg af en laborant en gang om måneden for at tage planlagte blodprøver.

5.3.4 B4 lægernes pauser, opfølgning og buffertid

Under 1. observationsrunde var lægens dagsprogram tæt pakket og der var kun få og korte pauser. Samtidig blev frokosten den ene dag brugt på et improviseret personalemøde, da personalet havde en række punkter, som de ønskede at lægerne tog stilling til på aftenens partnermøde.

Den tætpakkede konsultation betød at lægen det meste af tiden var mellem en halv og en hel time bagud i forhold til det planlagte program. I de efterfølgende interviews fortalte lægerne at dette mønster er typisk for deres hverdag, samt at det først og fremmest skyldes at lægerne forsøger at klare alle de ting, patienterne kommer med:

Det, man kan se på vores dagsprogram, er kun det vi tror konsultationen skal handle om. Ofte viser det sig at være noget helt andet. Samtidig er det generelt svært at holde sig til én diagnose af gangen. Det er primært de tunge medicinske patienter. De kommer med alle mulige andre skavanker – og det giver simpelthen ikke mening af se dem som én diagnose. [...] Heldigvis viser det sig jo ofte at vi kan nå omkring rigtig mange ting på ret kort tid – og så går patienten fra konsultationen og føler sig godt hjulpet. Problemet er dog at vi kommer bagud.

Når der opstod pauser i arbejdet, brugte lægen dem på at rydde op i indbakken. Lægen fortalte dog, at hun foretrækker at koncentrere sig om konsultationsarbejdet, så der kan afsluttes så mange løse ender som muligt i løbet af dagen. Derfor holder hun generelt få pauser i løbet af dagen og klarer opfølgningen på e-mails og korrespondancer i en koncentreret blok ved afslutningen på dagen.

5.3.5 B4 lægernes eksterne samarbejde

Som i de øvrige praksis, er det lægehusets indbakke, der er omdrejningspunktet for langt det meste kommunikation og koordination med eksterne samarbejdspartner. Det er her lægerne læser og godkender epikriser, læser og svarer på korrespondancer, laver recepter, svarer på e-mailkonsultationer og skriver attester.

Tabel 15 viser at e-mailkonsultationer og korrespondancer fylder mellem 30-45 minutter om dagen. Samtidig ses det at den gennemsnitlige konsultationslængde på ca. 6 minutter er lidt længere end den gennemsnitlige telefonkonsultation.

Tabel 15: B4 lægens e-mailkonsultationer ved 1. og 2. observationsrunde

	Tidsforbrug på E-mail-konsultation, B4					
	Antal		Tid (min.)		Min. per konsultation	
	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter	Patienter	Samarbejdsparter
1. runde	2	5	20	40	10,0	8,0
2. runde	8	1	29	2	3,6	2

Samspillet med den kommunale ældrepleje

Lægernes samspil med det kommunale ældreområde sker via telefon, korrespondancer og konkrete møder i forbindelse med sygebesøg og ledsagede fremmødekonsultationer. Under interviewet var det primært de nye muligheder for elektronisk kommunikation med ældreplejen der optog lægerne. Som i de øvrige praksis oplever lægerne at de skal forholde sig til markant flere korrespondancer fra den kommunale ældrepleje efter at der er kommet mulighed for elektronisk korrespondance:

Det er gud og hver mand, der skriver og vi kan godt mærke at der er kommet færre hjemmesygeplejersker. Der er en anden faglighed i det der kommer ind og man kan godt mærke at meget af det der tidligere blev afgjort af hjemmesygeplejersken nu ender hos os.

(ejerlæge B4)

Lægernes vurderinger af fordele og ulemper ved de elektroniske korrespondancer adskiller sig heller ikke fra de øvrige praksis i undersøgelsen:

Jeg vil gerne have det løftet lidt op på højere niveau. Der mangler en faglighed fra dem. Der går også nogle observationer tabt når man skriver sammen så jeg kan egentlig godt lide at tale med dem. Men på den anden side kan jeg rigtig godt lide elektronisk kontakt, for så er det dokumenteret. Så bliver jeg mindre forstyrret i dagligdagen fordi de ikke ringer så meget.

(ejerlæge B4)

Samspillet med sygehuse og speciallæger

Samspillet med sekundærsektoren foregår næsten udelukkende via epikriser og henvisninger og i henhold til observationer og interviews, fremstod området som en forholdsvis uproblematisk rutine. Endvidere blev der observeret enkelte telefonsamtaler vedr. indlæggelser og sygebesøg.

5.4 Opsamling på B4s deltagelse i honorarprojektet

Undersøgelsen har ikke afdækket betydende ændringer i B4s interne organisering, lægernes kliniske arbejde eller eksterne samarbejdsrelationer, som kan relateres til honorarprojektet. Eneste formelle ændring som er direkte relateret til honorarprojektet er at læger og personale i projektperioden "med god samvittighed" har indført en fælles ugentlig kaffepause onsdag formiddag.

De manglende ændringer er i overensstemmelse med lægernes forventninger forud for projektet, hvor de fortalte at:

"Vi har talt om at det er meget kort tid til at vende en skude som denne her – og det lægger jo ikke op til at lave alting om, når vi ved at vi skal tilbage på gammel overenskomst efter et halvt år igen".

(ejerlæge B 4).

Samtidig henviste læger og personale, under begge interview- og observationsrunder, gentagne gange til at det er overenskomstens kerneydelser og forpligtelser om at lægerne skal være tilgængelige overfor patienterne, der styrer praksissens organisation og lægernes arbejdsform. Lægerne understreger også at de ikke oplever store problemer med unødvendige henvendelser, samt at de sjældent har svært ved at vurdere hvilke henvendelser, der er behov for at se i konsultationen. Derfor oplever lægerne – ikke væsentlige problemer med unødvendige konsultationer. Til gengæld fortæller læger og personale – som i de øvrige praksis der indgår i undersøgelsen, at løsningen af de relevante kerneopgaver sætter deres dagligdag under pres.

I forhold til kronikerbehandlingen, så lægerne honorarprojektet som en mulighed for at fortsætte udviklingen af praksissens kronikerbehandling. Derfor afholdt de et partnermøde, hvor de drøftede mulige justeringer af kronikerbehandlingen. Overvejelserne gik på at:

- Planlægge kronikerbehandlingen mere rationelt – fx ved at se de multisyge patienter til færre, men grundigere kontroller.
- Komme i gang med at uddelegere kvartalskontroller for KOL og blodtrykspatienter til praksissens to sygeplejersker.
- Udvide brugen af datafangst til at fange de patienter, der ikke kommer til de aftalte kontroller.

Under de afsluttende interview fortalte læger og personale dog at projektperioden ikke havde ledt til resultater for de to første indsatsområder. Det skyldtes at:

"Vi [lægerne] gik ud i fire forskellige retninger med hvad vi gerne ville. Samtidig havde vi også svært ved at se, hvor vi for alvor kunne få plads til at gøre noget anderledes".

(Ejerlæge B 4)

Under de afsluttende interview fortalte lægerne at de havde gennemgået deres diabetespatienter og indkaldt de patienter, som var udeblevet fra aftalte kontroller. Samtidig havde den 'kronikeransvarlige' læge samlet kvalitetsdata fra datafangst og præsenteret resultaterne for resten af praksissen på forårets udviklingsseminar⁹.

På individuelt niveau fortalte deltagerne om enkelte små ændringer som de havde eksperimenteret med i forbindelse med honorarprojektet. Det drejer sig om at:

- En af praksissygeplejerskerne et par gange om ugen har sat dobbelttid af til patienter der tidligere kun ville have fået en enkelttid. Når honorarprojektet stopper, vil sygeplejersken stoppe denne praksis.
- En af ejerlægerne har lavet færre depressionstest, fordi de tager lang tid og ikke har udløst et ekstra honorar i projektperioden. Når det ekstra honorar kommer tilbage, vil lægen gå tilbage til sin vanlige praksis.
- En af lægerne har forsøgt sig med et par lange og samlede konsultationer for multisyge kronikere og oplevet at "det blev alt for meget for patienten - bagefter kunne hun overhovedet ikke huske eller finde rundt i de ting, vi havde gennemgået og snakket om". Derfor har lægen ikke forfulgt intentionen om at sammentænke årskontrollerne for kronikerne yderligere.

⁹ Praksissen anvendte allerede disse kvalitetsdata inden pilotprojektet.

6. Honorarprojektets effekter på arbejdets organisering i fire udvalgte praksis

Dette kapitel beskriver og analyserer arbejdets organisering og udførelse på tværs af undersøgelsens fire praksis før og efter honorarprojektet. Fokus er på, om der er sket ændringer, som matcher parternes indledende forventninger til projektets effekter.

Kapitlet består af tre hovedafsnit og en opsamling. Første hovedafsnit sætter fokus på den grundlæggende organisation, arbejdsdelingen mellem læger og personale og opbygningen af lægernes arbejdsuge. Andet hovedafsnit sætter fokus på lægernes kliniske arbejde og tidsanvendelse i forbindelse med telefon-, fremmøde- og e-mailkonsultationer, sygebesøg og de opfølgings- og koordineringsopgaver, som tager lægernes tid. Tredje hovedafsnit sætter fokus på lægernes samarbejde med eksterne parter.

6.1 Ændringer i den formelle organisation og arbejdsdelingen mellem læger og personale

Dette afsnit undersøger, om den ændrede honorarstruktur har ført til ændringer i arbejdsdelingen mellem læger og personale, samt om der er foretaget ændringer i organiseringen af lægernes arbejde.

6.1.1 Ændringer i praksissens grundlæggende organisation

Det er ikke forventeligt, at deltagelsen i et halvårligt projekt giver anledning til væsentlige ændringer i de deltagende praksis' grundlæggende organisation, men da ombygninger, fusioner, udskiftninger af læger og personale, langtidssygdom o.l. kan have stor betydning for læger og personales hverdag – og dermed resultatet af før- og efterstudiet – har vi via interview og skriftligt materiale afdækket, om der har været sådanne begivenheder. Resultatet er sammenfattet i nedenstående tabel:

Tabel 17: Ændringer i personaleressourcer og grundlæggende organisation før- og efter honorarprojektet

	B1	B2	B3	B4
Personaleressourcer før projektet	1 ejerlæge, 1 sekretær og adgang til fuldt udstyret laboratorium som er bemannet af bioanalytikere	To ejerlæger, 1 uddannelseslæge, 1 sekretær og tre sygeplejersker	4 ejerlæger, 1 uddannelseslæge, 2 sekretærer og 2 sygeplejersker	4 ejerlæger, 1 vikarlæge, 1 uddannelseslæge, 2 sekretærer, 2 sygeplejersker og adgang til fuldt udstyret laboratorium som er bemannet af bioanalytikere
Ændringer i personaleressourcer eller arbejdstider i løbet af projektperioden	Nej			
Ombygninger, langtidssygemeldinger, fusion og lign. forhold som kan have betydning for deltagelsen i honorarprojektet	Nej			
Antal tilmeldte patienter/væsentlige ændringer i projektperioden	Ca. 960/nej	Ca. 3.300/nej	Ca. 5.000/nej	Ca. 6.300/nej

Som det fremgår, er der – bortset fra den rutinemæssige udskiftning af uddannelseslæger i praksis B2, B3 og B4 – ikke foretaget ændringer i personaleressourcerne i løbet af projektperioden. Der er heller ikke nogen af de fire praksis, som har været udsat for væsentlige begivenheder, der har påvirket muligheden for at få udbytte af honorarprojektet. Endelig ses det, at der ikke er sket væsentlige ændringer i antallet af tilmeldte patienter i løbet af projektperioden.

6.1.2 Ændringer i arbejdsdelingen mellem læger og personale

En af de udviklinger, der ønskes fremmet i almen praksis, er et proaktivt og tværfagligt behandlerteam, hvor læger – også i det kliniske arbejde – aflastes af praksispersonale. En overenskomst uden aktivitetsbestemt honorering kan i den forbindelse give lægerne et klarere incitament til at udvikle arbejdsdelingen mellem læger og personale i den ønskede retning. Derfor har vi undersøgt, om honorarprojektet har hjulpet lægerne til at opprioritere udviklingen af behandlerteamets samarbejde i projektperioden.

Nedenstående tabel opsummerer personalets kliniske opgaver ved før undersøgelsen, lægernes planer for udvikling af det interne samarbejde i projektperioden, samt de ændringer der var realiseret ved udgangen af projektperioden:

Tabel 18: Personalets opgaver og arbejdsdelingen mellem læger og personale

	B1	B2	B3	B4
Personalets selvstændige kliniske opgaver	Intet klinisk personale Laboratorieprøver tages i det centrale laboratorium.	Sygeplejersker udfører EKG, lungefunktionstest, INR kontrol, blodtrykskontrol, KOL og diabetes, sårbehandling, blodprøvetagning, livsstilssamtaler mm.	Sygeplejersker udfører EKG, lungefunktionstest, diabetes-, KOL og blodtrykskontrol, sårbehandling, livsstilssamtaler, blodprøvetagning mm.	Sygeplejersker udfører diabeteskontroller, sårbehandling, livsstilssamtaler, vaccinationer, rygestop mm. Laboratorieprøver tages i det centrale laboratorium
Organisering af personalets kliniske arbejde	Samarbejdet er integreret, og der er ingen formelle rutiner.	Praksissens 3 sygeplejersker bemande 2 konsultationsspor. Spor 1 fokuserer på at aflaste lægerne med ad hoc opgaver. Spor 2 fokuserer på kronikerkontrol og aftalte konsultationer. Der er skriftlige fraser for alle personalets opgaver.	Praksissens 2 sygeplejersker bemande 2 konsultationsspor: Spor 1 aflaster lægerne. Spor 2 fokuserer på kronikerkontrol og aftalte konsultationer. Primært uformelle rutiner, men der er udarbejdet fraser for sygeplejerskernes kronikerkontroller.	Praksissens 2 sygeplejersker bemande 1 sygeplejerskespor med faste konsultationer. Der er skriftlige fraser for alle sygeplejerskernes opgaver.
Planer for det kliniske arbejde	Ingen. Lægen ønsker at arbejde som en traditionel sololæge, der er tæt på patienterne.	Praksissens kronikerbehandling er delt mellem læger og sygeplejersker iht. anbefalinger. Derfor har lægerne ingen aktuelle planer for personalets kliniske arbejde.	For at forberede det forestående generationsskifte ønsker lægerne at formalisere samarbejdet om kronikerbehandlingen yderligere.	Yderligere uddelegering af kronikerbehandlingen er et prioriteret område. Mangel på lokaler og manglende enighed blandt ejerlægerne hæmmer dog den ønskede udvikling.
Ændringer i projektperioden	Ingen af de fire praksis har gennemført systematiske ændringer i organiseringen af personalets kliniske opgaver i projektperioden.			

Som det fremgår af Tabel , adskiller sololægen sig fra de øvrige praksis, fordi han ikke har nogen ønsker om at involvere personale i det kliniske arbejde. Lægerne i B2 har de seneste år satset målrettet på uddelegering – bl.a. fordi lægerne er presset af, at praksissen mangler en ejerlæge. Det betød, at praksissens kronikerbehandling – og de øvrige opgaver der deles af læger og sygeplejersker – allerede ved opstarten af honorarprojektet lå i faste og velfungerende rammer. Lægerne i B2 havde derfor heller ingen intentioner om at sætte yderligere fokus på arbejdsdelingen med personalet som følge af honorarprojektet.

B3 og B4 er i gang med en udvikling, hvor flere kliniske opgaver uddelegeres til personalet, og begge praksis har sygeplejersker med selvstændige opgaver, som inkluderer kronikeropfølgning iht. gældende anbefalinger. Udviklingen er dog ikke helt i mål, og lægerne i begge praksis så honorarprojektet som en anledning til at sætte yderligere fokus på området:

I B3 har lægerne truffet en principbeslutning og lavet vejledninger for sygeplejerskernes arbejde med de mest almindelige kroniske patienter. I hverdagen har de tre erfarne læger dog svært ved at give slip på patienterne, og lægerne agerer ikke ens i forhold til de målsætninger, der er opstillet for kronikerbehandling. Lægerne (og sygeplejerskerne) var forud for projektet opmærksomme på, at lægernes forskelligheder nogle gange er med til at gøre personalet usikre på de nye selvstændige opgaver – hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at lægerne ofte afbrydes af personale, der ønsker sparring. Samtidig vurderede lægerne, at der ofte er ledige tider i sygeplejerskernes konsultationsspor. Lægerne så honorarprojektet som en mulighed for at få bedre styr på det interne samarbejde om kronikerbehandling.

De afsluttende observationer og interview afdækkede ingen ændringer i arbejdsdelingen mellem læger og sygeplejersker i B3. Lægerne fortalte, at planerne var gledet i baggrunden pga. a) almindelig travlhed, b) for kort projektperiode, og c) fordi de erfarne læger fortsat har svært ved at lave om på de vaner og værdier, som de har oparbejdet igennem ca. 30 år. Ved de afsluttende interview vurderede B3s læger, at den ønskede arbejdsdeling mellem læger og personale formentlig først kommer rigtigt på plads, når der sker et generationsskifte blandt lægerne.

I B4 er diabetesbehandlingen – og en række andre kliniske opgaver – uddelegeret til praksissens sygeplejersker. Læger og sygeplejersker var tilfredse med erfaringerne fra diabetesbehandlingen, og de var før starten af honorarprojektet i gang med at forberede en lignende uddelegering af opgaver fra KOL- og hjertebehandlingen. B4s læger så derfor honorarprojektet som en løftestang for de eksisterende planer for arbejdsdelingen i kronikerbehandling.

Ved de afsluttende interview og observationer blev der heller ikke afdækket ændringer i arbejdsdelingen mellem læger og personale i B4. Lægerne var i gang med udviklingsarbejdet, men fortalte at omlægninger i deres behandling tager tid: Dels fordi ejerlægerne er nødt til at være helt enige og afklarede omkring nye tiltag der sættes i værk, og dels fordi praksissen først har mulighed for at oprette nye konsultationsspor for sygeplejerskerne, hvis de kan overtage flere lokaler i lægehuset.

6.1.3 Ændringer i lægernes arbejdsuge og lægernes overordnede tidsanvendelse

Under projektperioden har lægernes indtjening været uafhængig af, hvor mange konsultationsydelser de udfører. Derfor har lægerne haft frihed til at strukturere deres arbejdsuge, så de fx forkorter arbejdstiden, nedprioriterer konsultationsydelser til fordel for sygebesøg eller forebyggende samarbejde med hjemmesygeplejen e.l. Tabel 19 undersøger, om dette er tilfældet i de fire praksis.

Tabel 19: Den overordnede organisering af lægernes arbejdsuge

	B1	B2	B3	B4
Ugentlig selv-vurderet arbejdstid eksklusiv vagtarbejde og tillidshverv	Fem dages arbejdsuge på ca. 50 timer	Fem dages arbejdsuge på ca. 47 timer	Fire dages arbejdsuge på ca. 36/41 timer	Fire dages arbejdsuge på ca. 40 timer.
Ændringer i længden af lægernes arbejdsuge i løbet af projektperioden	Nej			
Planer om ændringer i organiseringen af lægernes arbejdsuge	Nej			
Gennemførte ændringer i lægernes dagsprogrammer eller arbejdsuge	Nej			Konsultationstid konverteret til indirekte patientarbejde. Indlagt en ny fælles kaffepause hver onsdag.

Som det fremgår af

Tabel , vurderer lægerne, at de arbejder ca. 10 timer pr. arbejdsdag. Samtidig ses det, at lægerne i de to fire lægers kompagniskaber alle holder en fire dages arbejdsuge. I B3 er noteret to tal – 36 timer som er den aftalte arbejdsuge, og det timetal som praksissens nyeste kompagnon holder sig indenfor, og 41 timer som er den selvvalgte arbejdsuge for de tre erfarne kompagnoner.

Ved den første interviewrunde var der ingen af lægerne, som havde planer om at ændre i arbejdstiden eller strukturen af deres arbejdsuge. Ved afslutningen af projektet havde B4 indført en ændring i arbejdsugen. Ændringen består i, at læger og personale hver uge er begyndt at mødes til en fælles kaffepause, hvilket betyder, at ca. fem læge- og en sygeplejerskekonsultation om onsdagen er konverteret til pause. Lægerne i B4 har også konverteret en daglig konsultationstid pr. læge til opfølgningstid, hvilket betyder, at der på ugebasis er ca. 20 fremmødekonsultationer mindre til rådighed for patienterne. Til gengæld har lægerne frigjort ca. fem timers arbejdstid, som bl.a. bruges til at svare på skriftlige henvendelser fra patienter og samarbejdspartner. Lægerne understregede i forbindelse med de afsluttende interview, at ændringen ikke var motiveret af honorarprojektet. Samtidig var de ikke afklarede med, om den nye praksis skulle fortsætte: En læge mente, at der var kommet for meget luft i dagsprogrammet, mens to var tilfredse med den nye praksis¹⁰, fordi de havde fået lettere ved at håndtere den løbende opfølgning på de beskeder, der lander i lægehusets indbakke.

6.1.4 Ændringer i lægernes overordnede tidsanvendelse

Som led i observationerne er det registreret, hvordan de fulgte læger fordeler deres arbejdstid mellem forskellige typer af opgaver under observationsdagene. Formålet er at afdække, om evt. ændringer i praksissens organisation og interne arbejdsdeling er relateret til et ændret tidsforbrug. Opgørelserne i Tabel 20 viser, at der ikke er afdækket systematiske forskelle på lægernes overordnede tidsforbrug ved 1. og 2. observationsrunde. Samtidig vurderede ingen informanter til de afsluttende interview, at honorarprojektet havde påvirket lægernes eller personalets overordnede tidsanvendelse.

Tabel 20: Lægernes overordnede tidsanvendelse ved 1. og 2. observationsrunde

	B1		B2		B3		B4	
	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde
Konsultationsydelser (telefon-, fremmøde- og e-mailkonsultation samt sygebesøg)	65 %	76 %	78 %	65 %	68 %	70 %	68 %	65 %
Opfølgning på konsultationsydelser	21 %	21 %	13 %	16 %	15 %	17 %	8 %	9 % ¹¹
Interne møder, sparring med kolleger, udviklingsarbejde og pauser ¹²	14 %	3 % ¹³	9 %	19 % ¹⁴	18 %	13 %	25 %	26 % ¹⁵

¹⁰ Den fjerde ejerlæge var på ferie på interviewtidspunktet.

¹¹ Den fulgte læge i B4 inkluderede ofte opfølgningen i den aktuelle fremmødekonsultation, mens de øvrige læger ofte gemte opfølgningen til afgrænsede blokke senere på dagen.

¹² Opgørelsen af disse aktiviteter er slået sammen, fordi de hver især fylder meget lidt i lægernes hverdag, samtidig med at der var meget stor og tilfældig variation i tidsfordelingen fra dag til dag.

¹³ Forskellen skyldes bl.a., at lægen var til tandlæge under første observationsrunde, samt at der mødte flere og mere komplicerede patienter op i lægens uvisiterede konsultationstid ved 2. observationsrunde.

¹⁴ 2. observationsrunde var sammenfaldende med, at praksissen fik besøg af en medicinkonsulent fra Region Hovedstaden. Samtidig havde praksissen fået en ny uddannelseslæge som tog ekstra tid til sparring.

¹⁵ Observationerne var ved begge runder sammenfaldende med ejerlægenes kvartalsmøde. Tiden anvendt på interne møder er derfor ikke repræsentativ.

Tidsregistreringerne viser, at lægerne ved begge observationsrunder bruger størstedelen af deres samlede arbejdstid (ca. 70 %) på konsultationsydelser, som er direkte relateret til patienterne. Hertil kommer ca. 15 % af arbejdstiden, som anvendes på journalskrivning, opfølgning på konsultationer, og koordinering med samarbejdsparter i kommune og på hospital. I alt er det således ca. 85 % af lægernes bruttoarbejdstid, der bruges på lægefaglige kerneopgaver, mens møder, pauser, udviklingsaktiviteter og sparring fylder relativt lidt i lægernes arbejdsdag.

6.2 Ændringer i lægernes konsultationsarbejde og tidsanvendelse

En honorarstruktur uden ydelseshonorering kan påvirke sammensætningen og antallet af forskellige typer af konsultationsydelser: Fx ved at tidskrævende fremmødekonsultationer konverteres til telefon- og e-mailkonsultationer, eller ved at længde og indhold af de gennemførte konsultationer ændres. For at afdække om dette er tilfældet, har vi undersøgt, om der i projektperioden:

1. Er sket forskydninger i, hvor lang tid de observerede læger anvender på forskellige former for konsultationsydelser – og om disse er relateret til honorarprojektet.
2. Om der er sket ændringer i opbygning og indhold af forskellige typer af konsultationer og forløb – og om disse er relateret til honorarprojektet.

Disse forhold præsenteres i de følgende tre afsnit, der omhandler lægernes telefon- og fremmøde-konsultationer, samt de øvrige opgaver lægerne varetager i løbet af en arbejdsdag¹⁶.

6.2.1 Ændringer i lægernes telefonkonsultationer

Undersøgelsen har ikke afdækket nogen forskelle på lægernes arbejde med telefonkonsultationer eller læger og personales overvejelser omkring den telefoniske visitation af patienter før- og efter honorarprojektet. Nedenstående beskrivelser er derfor gældende for både før- og efterundersøgelsen.

Sololægens telefonkonsultationer adskiller sig fra de øvrige læger i undersøgelsen, fordi der ikke er nogen fast telefontid, hvor han står til rådighed for patienter og samarbejdspartnere. I stedet er det sekretæren, som i hele praksissens åbningstid besvarer udefra kommende opkald. Lægen fortæller, at den valgte praksis er en fordel, fordi sekretæren kan afslutte mange henvendelser omkring tidsbestilling, genbestilling af medicin og udlevering af enkle prøvesvar uden at involvere lægen. Samtidig sørger sekretæren for – enten ved at stille vigtige opkald direkte igennem til lægen eller ved hjælp af gule lapper og gentagne remindere i løbet af dagen – at lægen får ringet tilbage til relevante samarbejdsparter og patienter. Den valgte praksis betyder, at sololægen ofte bliver forstyrret af opkald, som stilles igennem, mens han er i gang med andre opgaver. Til gengæld vurderer lægen, at han normalt har væsentligt færre (normalt 4-8 om dagen) men mere relevante telefonkonsultationer sammenlignet med andre læger.

De tre øvrige praksis i undersøgelsen har alle fast telefontid fra kl. 8-9 hver morgen, og dette er der ikke ændret på i projektperioden. Uden for telefontiden er det sekretærer, der bemande telefonen og på forskellig vis sørger for, at relevante beskeder når frem til lægerne. Lægerne har typisk 13-15 opringninger i telefontiden, og generelt er der få pauser imellem samtalerne. I forhold til opbygning og varighed forløb de tre observerede lægers telefonkonsultationer stort set identisk efter nedenstående struktur:

1. Læge XX – goddag...
2. Giv mig lige dit personnummer eller navn hvorefter patientjournalen åbnes. Under observationerne var der en del patienter, som lægerne kendte så godt, at de var loggede ind i journalen, når patienten sagde sit navn.

¹⁶ Brugen af e-mailkonsultationer og sygebesøg fylder ikke ret meget i lægernes arbejdsdag, og den er ofte en del af samarbejdet med eksterne samarbejdsparter fra kommuner og sygehus. Lægernes brug af disse ydelser gennemgås derfor i afsnit 3.3, der omhandler kommunikation og samarbejde med eksterne parter.

3. Patienten/samarbejdspartneren forklarer årsagen til henvendelsen, og lægen spørger ind til symptomer o.l. samtidig med, at der bladres og skrives noter i patientens journal.
4. Samtalerne slutter typisk med, at der aftales a) en fremmøde konsultation eller et sygebesøg, b) at tiden skal ses lidt an, c) at lægen giver et prøvesvar eller udskriver en recept, eller d) at lægen noterer nogle opfølgende handlinger – fx at der skal bestilles blodprøver eller ringes til en pårørende eller en samarbejdspartner, for at forløbet kommer videre.
5. Lægen siger farvel og lægger på.
6. Telefonen ringer med det samme, og samtalen starter forfra med ny patient.

Observerede forskelle på lægernes telefonkonsultationer ved før- og efterundersøgelsen

Række 3 i Tabel viser, at antallet af telefonkonsultationer i B3 og B4 var lavere ved 2. end 1. observationsrunde, mens antallet af konsultationer i B1 og B2 er sammenligneligt. Lægen fra B4 vurderede under observationerne, at dagene havde været uvanligt rolige, mens lægerne i B3 brugte en stor del af telefontiden på at løse et problem omkring sendte henvisninger, der var forsvundet fra deres IT-system. Variationen var således tilfældig. Ved de afsluttende interviews var der heller ingen informanter fra de fire praksis, som vurderede, at der var sket ændringer i praksissens håndtering af telefonkonsultationer.

Af tabel 21 ses også, at langt de fleste telefonsamtaler finder sted imellem lægen og patienter/pårørende. Lægerne vurderer i den forbindelse, at det meste af kontakten med eksterne samarbejdspartnere i dag sker via elektroniske korrespondancemeddelelser (gennemgås i afsnit 3.3). Endelig viser opgørelserne, at den gennemsnitlige konsultationstid med en enkelt undtagelse var på ca. 4-5 minutter både før og efter honorarprojektet.

Tabel 21: Antal telefonkonsultationer og lægernes tidsforbrug ved 1. og 2. observationsrunde

	B1		B2		B3		B4	
	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde	1. runde	2. runde
Antal konsultationer med patienter/samarbejdspartnere	19/4	23/1	32/2	30/1	19/4	15/1	27/3	15/4
Samlet tid angivet i minutter	152	119	152	137	97	87	161	84
Gennemsnitlig konsultationstid afrundet til hele minutter	7	5	4	4	4	5	5	4

6.2.2 Ændringer i lægernes fremmødekonsultationer

Forud for projektet spurgte vi alle læger og ansatte om deres forventninger og ønsker til ændringer i deres håndtering af fremmødekonsultationer. Overordnet var der ingen, som forventede, at honorarprojektet ville få mærkbar betydning for konsultationsarbejdet, og lægerne vurderede generelt heller ikke, at de havde problemer med unødvendige konsultationer. Lægerne fra B2 og B4 så dog projektet som en mulighed for at afprøve nogen af de forventninger, der er formuleret for honorarprojektet, fordi de så et potentiale for:

1. At sammentænke kronikerkontroller for multisygge patienter, så de sås til færre men mere helhedsorienterede kontroller.
2. At give færre længere konsultationer til patienter, der har brug for det – fx i forbindelse med samtaleterapi og psykiske problemstillinger.
3. At bruge output fra datafangst til at fange patienter, der glemmer aftalte kronikerkontroller.

I henhold til deltagernes forventninger afdækkede de to observationsrunder ingen forskelle i lægernes håndtering af fremmødekonsultationerne. Derfor er det primært de afsluttende interview,

som er brugt til at samle op på, hvordan det er gået med deltagernes planer om ændringer i projektperioden, samt hvilke øvrige effekter deltagelsen i honorarprojektet har haft for konsultationsarbejdet. Resultaterne er sammenfattet i Tabel :

Tabel 22: Gennemførte forandringer i projektperioden

	B 1	B 2	B 3	B 4
Sammentænke kronikerkontrol for multisyge patienter	-	Nej – det bliver for meget for patienten	-	Nej – det bliver for meget for patienten
Færre men længere konsultationer til de patienter der har brug for det.	-	Den ene læge havde givet en-to ekstra dobbeltkonsultationer pr uge. Den anden havde ikke kunnet gøre dette pga. lang ventetid.	-	En læge og en sygeplejerske havde hver givet en-to ekstra dobbeltkonsultationer pr. uge.
Bruge output fra datafangst til at fange kronikere der glemmer kontroller	-	Stofskiftepatienter er indkaldt en gang. Herudover har travlhed fortrængt intentionen	-	Diabetespatienter er indkaldt i projektperioden. Herudover har travlhed fortrængt intentionen.
Øvrige ændringer i konsultationsarbejdet som er relateret til honorarprojektet	-	-	-	-

Intentionen om at sammentænke kronikeropfølgningen for multisyge patienter

Tabel viser, at intentionen om at sammentænke kronikeropfølgningen for multisyge patienter ikke er realiseret i B2 og B4. I B4 holdt lægerne et partnernøde om, hvordan de kunne sammentænke forløbene, men lægerne oplevede på mødet, at *"vi gik i fire forskellige retninger med, hvad vi ville. Samtidig havde vi også svært ved at se, hvor vi for alvor kunne få plads til at gøre noget anderledes"*. Både lægerne fra B2 og B4 fortalte også, at deres motivation til at omlægge kronikerforløbene i en midlertidig periode er begrænset – særligt fordi det har været et stort arbejde at organisere opfølgningen i de faste rammer og 'årshjul', som allerede er på plads i de to praksis. Enkelte læger påpegede også, at der mangler faglige vejledninger at læne sig op ad i arbejdet med at sammentænke kronikeropfølgningen for multisyge patienter.

På individuelt niveau var der enkelte læger, der enkelte gange havde forsøgt at sætte ekstra lang tid af til kroniske patienter med et komplekst sygdomsbillede og/eller et særligt behov for motivation til at igangsætte livsstilsændringer. Lægernes foreløbige og usystematiske erfaringer fra de pågældende konsultationer var, at de af flere årsager forløb uhensigtsmæssigt. For det første fordi lægerne erfarede, at informationsmængden var for overvældende for patienterne. Derfor har lægerne oplevet patienter, som efter den lange og helhedsorienterede konsultation har været *"snot-forvirrede"*, og patienter *"som ender med at rode tingene sammen"*. For det andet vurderer lægerne, at det – for nogle diagnoser og risikofaktorer (fx KOL og rygning eller diabetes og overvægt) er godt at holde konsultationen fokuseret. Det skyldes, at fx KOL-patienter, der ryger – ifølge lægerne – vil bruge enhver undskyldning for at snakke uden om rygningen, som er det vigtigste element i behandlingen. Lægerne vurderer derfor ikke, at de uden videre kan gå videre med at sammentænke opfølgningen på multisyge kronikere.

Intentionen om at afsætte flere dobbelttider til patienter der har brug for det

Lægerne i B2 og B4 aftalte ikke en formel ramme for intentionen om at afsætte flere dobbeltkonsultationer til fx stressramte patienter. Initiativet har i stedet ligget hos den enkelte læge eller sygeplejerske. Som det ses i tabel 22, er der to læger og en sygeplejerske, som i projektperioden –

med god samvittighed – har afsat ekstra dobbelttider 1-2 gange om ugen. Flere af de øvrige læger har også haft intentionen, men pga. lange ventelister og tætpakkede dagsprogrammer har de ikke haft nogen dobbelttider at give af.

Intentionen om at bruge datafangst til at indkalde patienter der glemmer aftalt kontrol

Læger og personale i B2 og B4 har de seneste år været tilmeldt datafangst og diagnosekodet deres konsultationer. Derfor anvendte lægerne allerede inden honorarprojektet kvalitetsdata fra datafangst i behandlingen af deres kroniske patienter. Lægerne var dog ikke nået til at lave lister og indkaldelser til de patienter, der glemmer de aftalte kontroller. I projektperioden var dette lykkedes en enkelt gang i hver praksis, og erfaringerne var gode. Samtidig vurderede både lægerne i B2 og B4, at de har svært ved at finde tid til det ekstra arbejde, som opgaven indebærer, hvis de skal til at gøre det systematisk for alle de kroniske patienter.

Forskelle på lægernes fremmødekonsultationer ved før- og efterundersøgelsen

Overgangen fra ydelseshonorering til fast løn har et potentiale for at påvirke mængden og længden af lægernes konsultationer. For at vurdere om der har været nogen påvirkning af disse forhold, har vi taget detaljerede noter omkring lægernes tidsanvendelse i forbindelse med fremmødekonsultationer. Opgørelserne er efterfølgende sammenlignet på tværs af før- og efterundersøgelsen. Resultatet er sammenfattet i Tabel :

Tabel 23: Lægernes fremmødekonsultationer før og efter honorarprojektet

	B1 ¹⁷	B2	B3	B4
Samlet antal konsultationer/gennemsnitlig konsultationslængde før honorarprojektet	21/22	30/16	40/14	30/20
Samlet antal konsultationer/gennemsnitlig konsultationslængde efter honorarprojektet	35/17	24/18	36/14	27/19

Som det fremgår, afdækkede observationerne mindre og usystematiske forskelle i antallet af konsultationsydelser og det gennemsnitlige tidsforbrug pr. konsultation. Lægerne understregede dog, at disse forskelle skal ses som udtryk for tilfældig og/eller sæsonbaseret variation.

Alle de fulgte lægers fremmødekonsultationer følger nedenstående tredelte grundstruktur:

1. **Forberedelse:** Hvor lægen åbner patientens journal og orienterer sig om, hvad konsultationen er sat til at handle om, hvilken sygehistorie der ligger bag, hvilke prøver der tidligere er taget. For de fleste konsultationer tager forberedelsen under et minut, men under dagene havde alle lægerne flere konsultationer med svækkede patienter, som tog væsentligt længere tid at forberede. Endvidere var der flere konsultationer/problemstillinger omkring ældre sårbare patienter, som krævede forberedelse ad flere omgange – hvor lægen løbende søgte kontakt med samarbejdspartner i hjemmesygepleje og hospitalsregi for at koordinere indsatsen.
2. **Konsultationen:** Hvor patienten præsenterer sine symptomer/årsager til henvendelsen, eller hvor lægen gennemfører en planlagt kontrol, samtale eller undersøgelse.
3. **Opfølgingsarbejde:** Konsultationen afsluttes med, at lægen opdaterer patientens journal, sender evt. henvisninger og recepter, bestillinger på laboratorieprøver o.l. Opfølgningen tager typisk mellem 1-5 minutter.

En ny honorarstruktur med fast løn kan også – fx hvis lægerne i højere grad bruger tid på at koordinere indsatsen med samarbejdspartnere – påvirke sammensætningen af direkte og indirekte patienttid i konsultationsarbejdet. For at undersøge om der har været en effekt af honorarprojek-

¹⁷ Den store forskel på antallet af konsultationer skyldes bl.a., at lægen var til tandlæge under første observationsrunde, samt at der mødte flere og mere komplicerede patienter op i lægens uvisiterede konsultationstid ved 2. observationsrunde.

tet, har vi opgjort forholdet mellem den indirekte patienttid (forberedelse og opfølgning) og den direkte patienttid, hvor lægen har patienten inde i konsultationen. Resultatet er sammenfattet i Tabel 16:

Tabel 16: Fordelingen af indirekte og direkte patienttid før og efter honorarprojektet

	B1		B2		B3		B4	
	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter
Indirekte patienttid	30 %	27 %	18 %	19 %	21 %	27 %	24 %	22 %
Patienttid	70 %	73 %	82 %	81 %	79 %	73 %	76 %	78 %

Som det fremgår, er forholdet mellem indirekte og direkte patienttid stort set identisk før og efter honorarprojektet hos alle de fulgte læger. Der er således ikke noget som tyder på, at projektet har haft indvirkning på lægernes tidsanvendelse i forhold til de individuelle konsultationer.

6.2.3 Ændringer i lægernes sygebesøg og e-mailkonsultationer

Ifølge læger og personale har honorarprojektet ikke resulteret i overvejelser eller konkrete ændringer i den normale praksis for sygebesøg eller lægernes korrespondancer med patienterne. Lægerne fortæller, at de typisk har ca. 2-4 sygebesøg om ugen. Sygebesøgene tages oftest i forbindelse med lægernes frokostpause eller efter den sidste konsultation. De få sygebesøg, vi observerede, varede gennemsnitligt ca. 30-45 minutter, hvilket ifølge lægerne er normalt.

Antallet af e-mails fra patienter varierede en del på tværs af de fulgte læger. Selvom lægerne vurderer, at antallet af e-mails er i hastig vækst, fyldte de ikke ret meget under de gennemførte observationer. I to af praksisserne – B1 og B3 – så vi stort set ingen eksempler på denne konsultationstype, fordi lægerne systematisk besvarer dem uden for almindelig arbejdstid. I B2 og B4 brugte lægerne i alt ca. 10-15 minutter om dagen på e-mails fra patienterne, og den gennemsnitlige tid pr. konsultation var sammenlignelig med telefonkonsultationer.

6.2.4 Ændringer i lægernes brug af buffertider

Blokerede buffertider i dagsprogrammet spiller en vigtig rolle for lægernes mulighed for at få det daglige arbejde til at hænge sammen i alle de undersøgte praksis. Typisk er der indlagt et kvarter om formiddagen, en time omkring frokost, et kvarter om eftermiddagen og en halv til en hel time efter den sidste patient.

Buffertiderne bruges primært til at indhente oparbejdede forsinkelser, gennemgå lægens indbakke for recepter der skal godkendes, læse korrespondancer fra samarbejdspartnere og til koordinering af komplekse udrednings- og behandlingsforløb. De gennemførte observationer og interview af dækkede ingen eksempler på, at honorarprojektet havde ledt til overvejelser eller ændringer af lægernes typiske arbejdsopgaver under buffertiderne.

6.3 Ændringer i lægernes kommunikation og samarbejde med eksterne parter

I forbindelse med honorarprojektet ønskes det undersøgt, om projektet har påvirket lægernes prioritering af samarbejdet med eksterne parter i regionalt og kommunalt regi. Observationerne og de opfølgende interview indikerer entydigt, at dette ikke er tilfældet. Der er således ingen informanter, der vurderer, at honorarprojektet har påvirket deres daglige prioriteringer eller deres generelle muligheder for fx at imødekomme samarbejdspartners ønsker om møder og koordineringsydelser. Nedenstående beskrivelser er derfor gældende for både før- og efterundersøgelsen.

Observationerne viste, at det først og fremmest er praksissens indbakke, der er omdrejningspunktet for de fulgte lægers kontakt med eksterne samarbejdspartner. Kommunikationen er domineret af

kortfattet skriftlig kommunikation i form af statusnotater, epikriser og korrespondancer. Den skriftlige kommunikation blev ca. 3-5 gange om dagen suppleret med telefonsamtaler, der typisk går til hjemmesygeplejen, pårørende og hospitalslæger og omhandler konkrete patienter. Det overordnede indtryk fra de samtaler, vi observerede, er, at den daglige kommunikation – set over skulderen på de fulgte læger – fungerer fint.

Under observationer og interview var det primært samarbejdet med hjemmesygeplejen, der optog lægerne pga. de forandringer, der følger af, at parterne har mulighed for direkte elektronisk kommunikation. Lægerne er enige om, at den elektroniske kommunikation er et vigtigt skridt i retning af bedre kommunikation og samarbejde. Fordelene er således, a) at lægerne i mindre grad bliver afbrudt af sygeplejersker, der ringer i løbet af dagen, b) at lægerne får flere relevante oplysninger om patienterne, og c) at lægerne kan koncentrere sig om at svare på korrespondancerne udenfor den almindelige konsultationstid.

Ulemperne er til gengæld, at alle ansatte i ældreplejen kan skrive – og lægerne oplever, at de nogle gange er ved at drukne i meddelelser og spørgsmål. Derfor efterspurgte lægerne ved førundersøgelsen, at hjemmesygeplejerskerne i højere grad kommer ind over korrespondancen for at vurdere relevans og formulering. Samtidig var der enkelte læger, som medgav, at de har svært ved at nå at svare hurtigt nok, samt at enkelte korrespondancer glemmes helt.

Ved efterundersøgelsen var der enkelte læger, som vurderede, at de selv – og samarbejdspartnerne i kommunen – var blevet bedre til at bruge korrespondancerne i løbet af projektperioden. Forbedringerne blev dog sat i forbindelse med øvelse – fremfor honorarprojektet.

6.4 Opsamling

De foregående afsnit har analyseret resultaterne af de fire praksis' deltagelse i honorarprojektet. Samlet set viser analysen af honorarprojektets effekter på arbejdet i de fire praksis, at der er afdækket få og usystematiske ændringer i forhold til undersøgelsens erkendelsesspørgsmål.

7. Konklusion og diskussion af undersøgelsens resultater

Casestudiet er gennemført for at beskrive hvordan praktiserende læger arbejder, samt for at undersøge i hvilket omfang arbejdet ændrer sig i en periode, hvor lægerne har været på fast løn. Erkendelsesopgaverne for undersøgelsen har været om honorarprojektet har ledt til:

1. Ændringer i hvordan lægerne strukturerer arbejdsdagen og håndterer samarbejdet mellem læger og praksispersonale.
2. Ændringer i lægernes ugentlige arbejdstid, samt ændringer på hvordan lægerne fordeler arbejdstiden mellem forskellige typer af opgaver.
3. Optimering af patienternes behandlingsforløb – fx ved at sammentænke ydelser således at multisyge kroniske patienter ses til færre, men grundigere konsultationer.
4. Initiativer der fremmer LEON princippet - fx ved at der koncentrerer lægetid på komplekse patienter, mens enkle og ikke akutte konsultationer/patienter i højere grad får løst deres henvendelser hos praksispersonale eller via e-mailkonsultationer o.l..
5. Ændringer i lægernes håndtering af patienter og eksterne samarbejdspartners efterspørgsel på ydelser fra almen praksis.

7.1 Overordnede resultater

Undersøgelsens fire praksis har været stabile i projektperioden. Der er således ikke afdækket særlige forhold – fx ombygninger, sygemeldinger, personaleudskiftninger eller ændringer i antallet af tilmeldte patienter – som har påvirket det mulige udbytte af honorarprojektet.

7.1.1 Ændringer i arbejdets organisering

En praksis har indført en ugentlig kaffepause for læger og personale, som er indført i et af de fulgte fire lægers kompagniskaber. Herudover har den samme praksis, uafhængigt af honorarprojektet, konverteret ca. 20 fremmødekonsultationer pr. uge til opfølgningstid. På denne baggrund må det konkluderes at vi ikke har afdækket betydende ændringer i arbejdets organisering, som kan henføres til honorarprojektet.

7.1.2 Ændringer i arbejdsdelingen mellem læger og personale

Lægerne i to af de undersøgte praksis (B3 og B4) har set honorarprojektet som en mulig løftestang for deres igangværende udviklinger af praksissernes kronikerbehandling. Det øgede fokus har dog ikke resulteret i konkrete ændringer indenfor honorarprojektets projektperiode. I B3 forklarer lægerne de manglende resultater med manglende tid og overskud, samt at tre af de fire læger har indlejrede værdier og vaner som er svære at ændre. I B4 har læger og personale arbejdet med at udvikle kronikerbehandlingen i projektperioden, men lokalemangel og den korte tidshorisont betyder at arbejdet ikke har ledt til konkrete forandringer ved udgangen af projektet.

I de to små praksis (B1 og B2) har honorarprojektet ikke ledt til et øget fokus på udviklingen af behandlerteamets arbejdsdeling og samarbejde. I B1 er årsagen at der ikke er et behandlerteam, samt at den udvikling der ønskes fremmet i almen praksis strider imod lægens faglige værdier om at arbejde som en traditionel sololæge. I B2 er årsagen at praksissen allerede inden honorarprojektet havde gennemgået den ønskede udvikling.

7.1.3 Ændringer i lægernes tidsanvendelse

Mangel på tid fremstår som lægernes tilbagevendende problem: I alle de undersøgte praksis er lægerne for det meste bagud i dagsprogrammet og - med undtagelse af sololægen - er ventetiden på at blive set af en læge for lang. Dette bidrager til onde cirkler, hvor lægernes reservede akut-tider ofte ender med at gå til ikke-akutte patienter, som ikke kan vente 2-3 uger på at blive set hos lægen. De afledte konsekvenser af dette er bl.a. at lægerne jævnligt er nødt til at presse dagsprogrammet ved at lave dobbeltbookinger på de enkelte konsultationstider, samt at der mangler dobbelttider til sårbare patienter med mange problemstillinger.

Alle læger i undersøgelsen oplever at de befinder sig i et krydspres, hvor sygesikringens krav og lægernes grundlæggende faglige værdier udfordres af patienter og omgivelseres forventninger om ydelser fra lægerne. Undersøgelsen giver samtidig indtryk af at oplevelsen af at være presset af kerneydelser er med til at vende lægenes blik indad i stedet for udad. I det omfang lægerne beskæftiger sig med udviklingsopgaver er det således først og fremmest i forhold til at optimere praksissens interne organisation med henblik på at løse de kliniske kerneopgaver mere effektivt. Ønsket om at håndtere patienternes efterspørgsel på ydelser hos lægen fremstår således som det vigtigste omdrejningspunkt for lægernes arbejde og deres overvejelser omkring praksissens organisation.

I forhold til konkrete ændringer, har undersøgelsen ikke afdækket nogen forskelle på lægernes overordnede tidsanvendelse, som kan relateres til honorarprojektet. Tidsstudierne, og lægernes efterfølgende tilkendegivelser, viser at lægerne både før- og efter honorarprojektet anvendte ca. 85 % af den samlede arbejdstid på honorerede konsultationsydelser og tilhørende opfølgning, koordinering og dokumentation. Interne møder, sparring, udviklingsarbejde og pauser fylder således relativt lidt i de fulgte lægers daglige arbejde. Undersøgelsen giver i den forbindelse indtryk af at den travle og effektive hverdag er med til at holde lægerne fast i et 'konsultationshjul' hvor det patientrettede og presserende arbejde gør det svært at finde anledning og overskud til væsentlige ændringer.

7.1.4 Ændringer i lægernes arbejde med telefon- og fremmødekonsultationer

Det fremgår af undersøgelsen at lægernes rutiner i konsultationsarbejdet er kendetegnet ved meget faste rammer og arbejdsgange, der gentages igen og igen. Samtidig med at rammerne for arbejdet er forudsigelige, rummer de individuelle patientkontakter et element af uforudsigelighed, fordi mange konsultationer handler om andet - eller mere - end det der var planlagt. Patienternes problemstillinger og ønsker sætter ofte lægernes planlagte program med tidslommer á et kvarter under pres. Dette er særligt udtalt, når der er pårørende eller professionelle ledsagere i konsultationen, da disse ofte har en parallel dagsorden og forventninger på patientens vegne, som lægen skal forholde sig til. Lægerne lægger dog vægt på - og det var også indtrykket fra observationerne - at de i høj grad forsøger at komme omkring de problemer patienterne har, når de kommer i praksis. Samtidig vurderer lægerne - også i overensstemmelse med indtrykket fra observationerne - at det oftest lykkes at klare de fleste af de ting patienterne henvender sig med.

I forhold til konkrete ændringer af konsultationsarbejdet, har undersøgelsen ikke afdækket eksempler på at honorarprojektet har påvirket antallet, længden eller fremgangsmåden for lægernes telefon og fremmødekonsultationer. Mønsteret ved før- og efterundersøgelsen er uændret at telefonkonsultationerne gennemsnitligt tager ca. 4-5 minutter, samt at langt størstedelen af samtalerne finder sted imellem læger og patienter. Samtidig er der ingen læger eller ansatte, der fortæller at de har ønsket - eller gennemført - ændringer deres telefoniske visitation af patienter.

I forhold til den tid lægerne bruger på fremmødekonsultationer er mønsteret før- og efter honorarprojektet uændret, nemlig at konsultationerne afhængigt af de forskellige læger tager ca. 14-20 minutter, samt at mødet med patienterne tager 70-80 % den anvendte tid, mens forberedelse og opfølgning tager ca. 20-30 % af tiden.

7.1.5 Optimering af behandlingsforløb

Forud for projektet var der to praksis (B2 og B4), som havde intentioner om at sammentænke kontrolforløbet for multisyge kroniske patienter. Intentionerne har dog ikke resulteret i formelle omlægninger af forløbene – først og fremmest, fordi lægerne har fundet det uhensigtsmæssigt at lave større ændringer i en midlertidig projektperiode. På individuelt og usystematisk niveau er der enkelte læger, som enkelte gange har afsat en lang konsultation for at komme hele vejen omkring en multisyg patients sygdomsbillede. De begrænsede erfaringer med dette er dog, at patienterne bliver forvirrede, samt at der ofte er gode faglige begrundelser for at fokusere på en diagnose af gangen – fx fordi nogle patienter forsøger at snakke uden om de emner, der er mest behov for at sætte fokus på. Endelig var der ved udgangen af projektperioden flere læger som påpegede at der mangler faglige anbefalinger som man kan læne sig op af, hvis man for alvor skal forsøge at integrere opfølgingsforløbene for multisyge patienter.

7.1.6 Øget brug af dobbelttider til patienter med særlige behov

To af undersøgelsens praksis (B2 og B4) havde forud for projektperioden en forventning om at give flere dobbelttider for at levere en bedre service overfor sårbare patienter med mange problemstillinger. Lægerne har efterfølgende ikke aftalt nogen formelle udviklingsaktiviteter, der skulle understøtte intentionen, men ved undersøgelsens afsluttende interview fortalte to læger og en sygeplejerske at de hver, ca. 1-2 gange om ugen, havde givet patienterne en ekstra dobbelttid. De øvrige læger og ansatte vurderede ikke at de havde haft mulighed for dette pga. problemer med lange ventetider og tætpakkede dagsprogrammer.

7.1.7 Bruge datafangst til at indkalde patienter, der glemmer aftalt kontrol

To af undersøgelsens praksis (B2 og B4) havde mulighed for at bruge data fra datafangst til at identificere og indkalde patienter, der glemmer aftalte kronikerkontroller. I projektperioden har hver praksis identificeret og indkaldt en gruppe af patienter. Lægerne var tilfredse med resultaterne, men fremadrettet har de – uanset honorarstrukturen - svært ved at se hvor de skal finde resourcerne til at påtage sig opgaven for alle deres kroniske patienter.

7.1.8 Ændringer i lægernes kommunikation og samarbejde med eksterne parter

Ingen af de undersøgte praksis har set honorarprojektet som udgangspunkt for at ændre deres prioriteringer af samarbejdet med eksterne parter. Observationer og interview viser også at honorarprojektet ikke har påvirket de fulgte lægers prioriteringer eller oplevede muligheder for at tilgode samarbejdet med eksterne parter i regionalt og kommunalt regi. Kommunikationen er primært skriftlig, men når lægerne har behov for at supplere med personlig kontakt blev der ikke observeret væsentlige problemer med tilgængelighed eller den efterfølgende dialog om problemløsning. Undersøgelsen efterlader derfor overordnet et indtryk af et lokalt samarbejde som – fra lægernes perspektiv - er relativt velfungerende.

På tværs af undersøgelsen fremstod dog tre udfordringer i forbindelse med den skriftlige kommunikation:

1. Der kommer så mange beskeder og epikriser, som lægerne skal godkende i løbet af en dag, at der er stor risiko for at overse vigtig information.
2. Lægerne oplever at den information de får fra deres samarbejdspartnere ofte ikke er målrettet almen praksis behov for viden.
3. Lægerne oplever i stigende grad at deres eksterne samarbejdspartnere – fx i hjemmeplejen og aktører på sygedagpengeområdet – efterspørger attestarbejde, statusnotater o.l. som lægerne finder irrelevant. Under observationerne var der således flere læger, som fremhævede eksempler på henvendelser og opgaver som ikke hørte hjemme hos dem. Fx i forhold til statusattester for sygemeldte og henvendelser, hvor lægerne oplever at blive brugt som bagstopper for

personale i fx hjemmeplejen som pga. af mangel på hjemmesygeplejersker og stigene krav om dokumentation søger sikkerhed hos lægerne.

I forhold til intentionen om at almen praksis skal fungere som en mere integreret og forpligtet medspiller i et samarbejdende sundhedsvæsen peger lægerne på en række barrierer, som begrænser deres deltagelse:

1. Det er først og fremmest opgavepresset og patienternes efterspørgsel på ydelser, der styrer lægernes arbejde.
2. Hvis lægerne skal leve op til samarbejdsparternes ønsker om mødeaktivitet og deltagelse i udviklingsarbejde, vurderer de at der er behov for at lukke konsultationen 2-3 timer ekstra om ugen, og det vil medføre ringere service og øge i forvejen for lange ventetider.
3. Lægerne oplever ofte at de deltager i møder der er ufokuserede og ikke har en tydelig nytte-værdi, der modsvarer den nytte lægerne fx ser i at kunne bruge to timer på patientrettet arbejde.
4. De buffertider og pauser, der er indlagt i lægernes dagsprogrammer bliver ofte spist af uforudsete hændelser og konsultationer, der går over tid. Derfor skydes meget opfølgning til efter almindelig arbejdstid. Når lægernes egne aftenmøder, diverse tillidshverv og opgaver i lægevagten er overstået, har de et lille overskud til at deltage i øvrige aktiviteter.

7.2 Diskussion af undersøgelsens resultater

I forhold til de opstillede undersøgelsesspørgsmål, har undersøgelsen identificeret få og usystematiske ændringer i de undersøgte praksis. Der er dog også identificeret forhold som kan være med til at forklare disse resultater:

7.2.1 Kort projektperiode

Under de opfølgende interview har de deltagende læger og deres ansatte meget konsistent fremhævet den korte projektperiode og projektets midlertidige karakter som en hovedkilde til udeblevne ændringer. Deltagernes pointer er at det tager længere tid end et halvt år at lave reelle ændringer, samt at det ikke har givet mening at give sig i kast med væsentlige ændringer, når lægerne ved at de kommer tilbage på den almindelige overenskomst efter et halvt år. Dette forhold kan være med til at forklare at honorarprojektet i de undersøgte praksis først og fremmest er sat i forbindelse med udviklinger, der allerede var prioriteret af de deltagende læger, samt at ingen af deltagerne er nået særlig langt med de prioriterede indsatsområder i projektperioden.

7.2.2 Travl hverdag giver mangel på tid og overskud

Det andet forhold, som meget konsistent er fremhævet på tværs af alle deltagerne er, at den afprøvede honorarstruktur hverken ændrer på læger og personales forpligtelse (jf. overenskomsten) eller ønske om at være tilgængelige for patienterne. Samtidig er der en konsistent oplevelse og frustration over at læger og personale mangler tid til at imødekomme patienter og samarbejdspartners efterspørgsel på ydelser. Læger og personale henviste derfor mange gange i løbet af undersøgelsen til at mængden af daglige opgaver begrænser deres muligheder for at lave væsentlige ændringer i hverdagen, uagtet måden de aflønnes på.

7.2.3 Faglige værdier og normer for det lægelige arbejde

Flere af undersøgelsens læger har i de opfølgende interview henvist til at deres vaner og faglige normer helt eller delvist har blokeret for ændringer i perioden med fast løn. Mest eksplicit er solo-lægen, som ikke har ønsket at projektet skulle påvirke hans arbejde på nogen måde, men de tre erfarne læger fra B3 fortæller også at deres prioritering af den tætte patientrelation og indarbejdede vaner bl.a. er med til at bremse intentionen om uddelegering af opgaver til praksispersonalet.

Ovennævnte indsigter om at de fleste praktiserende læger føler sig presset af efterspørgslen på ydelser, samt at omgivelsernes krav udfordrer en række af de traditionelle faglige kerneværdier i almen praksis er ikke nye (jf. (2-7)). Derfor er disse faktorer - som har stor betydning for at nå målsætningerne bedre samarbejde i et integreret sundhedsvæsen, effektive patientforløb og uddelegeret kronikerbehandling mm. - vigtige for overvejelserne om en fremtidig honorarstruktur.

7.3 Styrker og svagheder ved den anvendte metode

7.3.1 Mulighed for årstidsbestemt variation

I læsningen af rapporten og beskrivelserne af lægernes hverdag er det vigtigt at være opmærksom på at den årstidsbestemte variation begrænser muligheden for at sammenligne før- og efterundersøgelsens resultater: Ifølge de fulgte læger er efterspørgslen på ydelser generelt større i vintermånederne end om sommeren, samtidig med at karakteren af de ydelser, der efterspørges er en anden. Da førundersøgelsen er gennemført i december, mens efterundersøgelsen er gennemført i juni, påvirker dette muligheden for at sammenligne opgørelserne af hvordan lægerne fordeler deres tid mellem forskellige typer af opgaver.

7.3.2 Undersøgelsen giver indblik i hvordan det er at være læge i en udkantskommune

Patientpopulationen på Bornholm er karakteriseret ved en skæv aldersfordeling og en skæv sundhedsprofil, som betyder at lægerne har mange kroniske syge og tunge patienter, som ses hyppigt i praksis. Bornholms særlige ø-geografi betyder også, at der indenfor en del specialer, mangler praktiserende speciallæger, samtidig med at der er stor afstand til højt specialiserede udrednings- og behandlingstilbud. Ifølge de fulgte læger gør disse forhold det sværere at opretholde en god kommunikation i komplekse forløb, ligesom en del patienter der principielt hører hjemme i en specialiseret behandling, ender med at blive fulgt af deres egen læge. Til gengæld fortæller mange af lægerne at de særlige ø-forhold på mange måder resulterer i et relativt tæt og fleksibelt samarbejde mellem de lokale aktører i det bornholmske sundhedsvæsen.

Ovenstående forhold betyder at undersøgelsens beskrivelser, når det kommer til patienttyngde, konsultationslængde og kliniske opgaver, ikke uden videre kan overføres til praksissektoren som helhed. Fx må det alt andet lige forventes at lægernes kontakter med patienterne gennemsnitligt er længere og mere komplekse end gennemsnittet for almen praksis.

7.3.3 Undersøgelsen af baseret på et begrænset antal cases

Fordelen ved den valgte metode er gengæld at den har afdækket forklaringer på, hvorfor der ikke er afdækket synlige og mærkbare ændringer i de fire praksis, som følge af honorarprojektet, samt at der er udpeget en række andre faktorer, som har betydning for at nå målsætningerne om bedre samarbejde, effektive patientforløb og uddelegeret kronikerbehandling i almen praksis.

Undersøgelsen er også baseret på et lille antal cases som er observeret i en kort projektperiode. Det kan derfor ikke udelukkes at resultatet havde været et andet, hvis den nye honorarstruktur blev gennemført i et mere længerevarende og forpligtende setting. Samtidig er det muligt at resultaterne ville have været anderledes, hvis undersøgelsen var gennemført i andre praksis. I forhold til sidstnævnte forbehold er det dog vores indtryk at de valgte praksis jf. nedenstående grove opdeling er repræsentative for praksissektoren:

1. De praktiserende læger, der ønsker at bevare en tæt relation til patienterne uden indblanding af personale er repræsenteret via den fulgte sololæge i praksis B1.
2. De praktiserende læger, som er langt fremme i forhold til at realisere de overordnede anbefalinger omkring det samarbejdende og proaktive behandlerteam (jf. (9)) er repræsenteret via de fulgte læger i B2.
3. De praktiserende læger der er i gang med at introducere sygeplejersker i det kliniske arbejde er repræsenteret via lægerne i B3 og B4.

I forhold til disse to forbehold styrkes validiteten af resultaterne dog af at den gennemførte inter-
ressentanalyse – som inkluderer 20 af de 22 læger der har deltaget i honorarprojektet – finder
samme resultater som casestudiet.

Bilag 1: Eksempler på anvendte interviewguides

Interviewguide – ejerlæger - 1. runde

Introduktion

Vores formål: at forstå hvordan jeres hverdag ser ud, hvad får den til at hænge sammen. Hovedtemaerne for interviewet er:

- Jeres arbejdsdag og opgaver – dem skal vi snakke igennem for at validere det indtryk vi har fået fra observationerne.
- Så skal vi omkring jeres ugeskema – hvordan er det opbygget – hvorfor og hvilke tanker ligger bag de forskellige konsultationsspor o.l.
- Hvordan I bruger jeres personale, planer, udfordringer, succeser osv.
- Afrunding: forventninger til ændringer i projektperioden og tanker om nuværende/fremtidige honorarstruktur
- Spørgsmål inden vi går i gang?

Præsentationsrunde

- Navn, alder og hvor længe I har været her?

Indtryk fra observationerne

Vi starter med at de snakker deres ugeskema igennem med os. Bagefter spørger vi ind til specifikke ting vi har observeret, der bekræfter/afviger fra det generelle billede de giver.

- Afbrydelser mv.
- Konsultationstyper – telefon, e-mail, fremmøde og hjemmebesøg?
- Tunge/lettere patienter
- Komplekse, lange forløb/simple og korte forløb
- Patientrettet samarbejde med pårørende, hjemmesygeplejersker o.l. hvordan strukturerer I det? hvad fungerer godt og hvad giver udfordringer? (indbakken, korrespondancer, telefonsamtaler osv.).

Samarbejdet med personalet

Beskriv jeres samarbejde og arbejdsdeling med personalet?

- Selvstændige konsultationer, opgaveglidning, kliniske retningslinjer, supervision ol.?
- Patientrettet forebyggelse og forløbstækning?
- Fremtidsplaner i forhold til praksispersonale og yngre læger?

Kommunikation og kontakt eksterne samarbejdspartnere

- Beskriv jeres samarbejde med a) det kommunale ældreområde og b) sygehuse og speciallæger
- Smarte løsninger eller problemstillinger som personale og læger vurderer de gerne vil være bedre til at løse?
- Barrierer for samarbejde med eksterne parter?

Forventninger til den nye honorarstruktur og motivation for at deltage i pilotprojektet

Hvad tror I at honorarprojektet vil betyde for jeres?

- Samarbejde med eksterne parter?
- Ydelser og henvisninger?
- Brug af personale?
- Arbejdsdag – struktur, længde, opgaveindhold?

Igangværende udviklinger – planer om ændringer?

- De vigtigste ting I er i gang med – forhold som kan få betydning for hvordan I arbejder når vi kommer til juni?

Noget vi har glemt / noget at tilføje?

Interviewguide – ejerlæger - 2. runde

Som forberedelse til interviewet læses udskrift fra sidste gang grundigt og vigtige pointer noteres som stikord i interviewguiden.

Husk ift. eventuelle ændringer at følge op på om a) tror de at den består når de går tilbage på ydeshonorering? Var der ting som ville være ændret hvis projektet havde haft en længere tids-horisont?

Formål: At samle op på hvad der er sket siden sidst – med udgangspunkt i vores observationer og jeres vurderinger af ændringer siden sidst. Punkterne vi skal igennem er de samme som sidst. Skal nok få lov til at videregive jeres tanker om pilotprojektet, men det gemmer vi til sidst.

- Spørgsmål inden vi går i gang?

Arbejdstid og struktur i arbejdsdag?

- Ændringer i jeres eller personalets ugentlige arbejdstid?
- Ændringer i ugeskema/dagsprogram?
- Ændringer i hvor mange patienter der ses på en uge?

Læger og personales arbejdsopgaver

- Er der formelt (noget I har besluttet) sket nogen ændringer i jeres opgaver og arbejdsdeling med personalet? Hvis ja – har ændringerne sammenhæng med honorarstrukturen?
- Er der formelt sket nogen ændringer i arbejdsdeling og samarbejde internt imellem lægerne?
- Andre nye tiltag eller initiativer som er muliggjort under projektperioden? Hvis ja – har ændringerne sammenhæng med honorarstrukturen?
- Samme spørgsmål som ovenfor, men på uformelt/uplanlagt niveau...eksempler på ikke tilsigtede/uhensigtsmæssige konsekvenser?
 - Visitationskriterier der er blevet anderledes? Bevidst ubevidst...
 - Agerer/tænker anderledes ift. tomme tider i kalenderen? Aflysninger, udfyldning af akuttider? Ventetid på at komme til?

Opgave og arbejdsdeling med kommuner og sygehuse – med fokus på jeres rolle...

- Er der sket nogen form for ændringer bevidste/ubevidste ift. hvordan I samarbejder med:
 - Hjemmesygepleje?
 - Kommunale forebyggelses- og kronikertilbud?
 - Speciallæger og sygehuse?

Uddelegering af opgaver til personale og forløbstænkning internt i praksis?

- Er der konsultationer/patienter som ikke længere ses så ofte i praksis? – eller eksempler på ydelser der i højere grad er sammentænkt – fx samlet kontrol for flere samtidige sygdomme?
- Er der kontakter og opgaver som I er begyndt at håndtere anderledes?
- Er der noget nyt – og smart I har gjort ift. arbejdsdeling med personale? Relation til honorarprojektet?
- Unødvendige konsultationer som I har fået færre af?

- Effekt på ydelser og henvisninger?

Afrunding

Noget andet at bemærke eller noget vi har glemt at spørge om?

Bilag 2: Skemaer anvendt til at indhente oplysninger om deltagende praksis

Tabel 1. Personale ressourcer og patienter

	Praksis
Gennemsnitlig arbejdsuge pr. læge	
Antal uddannelseslæger og anden lægelig med hjælp	
Gennemsnitlig arbejdsuge pr. Lægelig medhjælp	
Antal sygeplejersker	
Gennemsnitlig arbejdsuge pr. sygeplejerske	
Antal sekretærer	
Gennemsnitlig arbejdsuge sekretærer	
Antal bioanalytikere	
Gennemsnitlig arbejdsuge bioanalytiker	
Tilmeldte gruppe 1 sikrede patienter	

Tabel 2. Lokalemæssige forhold

	Praksis
Størrelse	
Laboratoriefaciliteter	

Tabel 3. Brug af praksispersonale – uddelegering af opgaver

	Praksis
Opgaver sygeplejersker	
Opgaver sekretærer	
Udfører praksispersonalet selvstændige konsultationer? – Hvilke?	

Anvendt litteratur

- (1) Hansen J, Kjellberg PK, Buch MS, Voss H, Hindborg P. Styring i praksis - erfaringer fra de danske regioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (2) Kjellberg J, Buch MS. Kapacitet i fremtidens almen praksis - muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (3) Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Forhandlingsaftale 2010. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO); 2010.
- (4) Danske Regioner. Organisering af almen praksis - delrapport: Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2007.
- (5) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. : Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (6) Danske Regioner. Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen. 2007.
- (7) Boysen M. Bornholmske praksislæger skal afprøve fast løn. København: Dagens Medicin; 2012.
- (8) Boysen M. »Vi bliver honoreret for at se vores patienter tit og ikke nødvendigvis godt«. København: Dagens Medicin; 2012.
- (9) Foged L. Arbejdsglæde gennem arbejdsdeling i en god organisation. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2009;87:1061-1078.

