

Slutevaluering af Klinik for Almen Medicin i Lemvig

Organisering, ydelser og tilknyttede patienters forbrug af
sundhedsydelser



*Slutevaluering af Klinik for Almen Medicin i Lemvig
– Organisering, ydelser og tilknyttede patienters forbrug af sundhedsydelser*

© VIVE og forfatterne, 2026

e-ISBN: 978-87-7582-531-8

Projekt: 301481

Finansiering: Region Midtjylland

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Klinik for Almen Medicin i Lemvig blev oprettet i 2019 og er en ud af flere regionsejede klinikker i Danmark, som etableres på baggrund af en lægedækningsudfordring. Klinikken har samtidig et formål om at afprøve nye organiserings- og driftsformer, der kan styrke nærhed og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

VIVE har på opdrag af Region Midtjylland gennemført en midtvejsevaluering og denne slutevaluering. Vi håber, at evalueringen kan bidrage til Region Midtjyllands fremadrettede overvejelser og beslutninger i relation til Klinik for Almen Medicin såvel som det fremadrettede arbejde med at sikre lægedækning. Vi håber samtidig, at den kan bidrage til en bredere forståelse af de mulige udfaldsrum for regionsklinikkers etablering og udvikling samt til inspiration og læring på tværs af regionerne.

Evalueringen er udarbejdet af projektchef Martin Sandberg Buch, analytiker Serkan Korkmaz og professor Jakob Kjellberg.

Vi vil gerne rette en tak til Region Midtjylland for samarbejdet om evalueringen og særligt til personalet i Klinik for Almen Medicin for at stille op til interviews og være behjælpelig med den øvrige dataindsamling. Også tak til rapportens to eksterne reviewere for gode input og kommentarer.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed og Ældre



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
Afrapportering	12
1 Indledning	13
1.1 Lægemangel leder til alternative klinikformer	13
1.2 Evalueringsens formål og datagrundlag	14
1.3 Læsevejledning	15
2 KfAM's organisation og udvikling	17
2.1 Midtvejsevalueringens resultater	17
2.2 Markant vækst i KfAM fra 2022-24	18
2.3 KfAM's udviklingsprojekter	22
2.4 Opsamling	25
3 KfAM's daglige organisering og patientrettede arbejde	26
3.1 Midtvejsevalueringens resultater	26
3.2 KfAM's dagskema og daglige organisering	26
3.3 Vokseværk og fokus på optimering af drift	28
3.4 Understøttende redskaber, møder og undervisning	31
3.5 Opsamling	34
4 KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune	35
4.1 Midtvejsevalueringens resultater	35
4.2 Udvikling og oplevede resultater i efteråret 2024	36
4.3 Opsamling	38
5 KfAM's patientpopulation, økonomi og ydelser	40
5.1 KfAM's patientpopulation og ydelser sammenholdt med Gødstrupklyngen	40
5.2 Udviklingen i KfAM's ydelser sammenlignet med PLO-praksis	44
5.3 KfAM's driftsomkostninger	49

5.4	Opsamling	51
6	Registeranalyse	53
6.1	Patienternes forbrug af sundhedsydelser i hospitalsvæsenet	54
6.2	Patienternes forbrug af sygesikringsydelser	60
6.3	Patienternes forbrug af antibiotika og opioider	65
6.4	Opsamling	67
7	Konklusioner og anbefalinger	69
7.1	KfAM's organisation og udviklingsarbejde	69
7.2	KfAM's økonomi, ydelser og patienternes brug af sundhedsydelser	71
	Dokumentation	74
8	Anvendte metoder og datagrundlag	75
8.1	Organisationsanalyse	75
8.2	Ydelser og omkostninger	78
8.3	Registeranalyse	79
	Litteratur	83
	Bilag 1 KfAM's møder og undervisning 2024	85
	Bilag 2 Instruks for samarbejde om den akut dårlige borger	86

Hovedresultater

Mangel på alment praktiserende læger er en central udfordring i det danske sundhedsvæsen, som særligt mærkes i yderområderne. På den baggrund er der opstået nye klinikformer, hvor læger ansættes i klinikker, som ejes og drives af regionerne. Regionsklinikker er kommet af nød og havde som udgangspunkt status af midlertidige tilbud. Dette er imidlertid ændret over tid: Først i 2019, hvor der blev mulighed for at sikre en driftsperiode på op til 6 år, og senest med udkastet til sundhedsreformen fra 2025 lægges der op til, at regionerne skal kunne oprette og drive almenmedicinske tilbud på permanent basis.

Regionsklinikker ses også som en mulighed for at afprøve nye samarbejdsformer mellem sundhedsvæsenets sektorer og for at nytænke driftsformen i almen praksis. Dette er også tilfældet i Lemvig, hvor Region Midtjylland i 2019 etablerede *Klinik for Almen Medicin (KfAM)*, som VIVE har fået til opgave at evaluere hhv. midtvejs i den aftalte projektperiode og ved afslutningen i 2024. Denne rapport udgør slutevalueringen, som undersøger:

- Klinikens organisering og det daglige patientrettede arbejde
- Resultater og erfaringer fra klinikens udviklingsprojekter
- Klinikens samarbejde med sundheds- og ældreområdet i Lemvig Kommune
- Udviklingen i klinikens ydelser og økonomi samt de tilknyttede patienters forbrug af sundhedsydelser sammenholdt med patienter fra andre praksisformer.

KfAM's organisation og patientrettede arbejde er fuldt konsolideret

KfAM har i efteråret 2024 etableret en almen praksisdrift, hvor personalet oplever gode rammer for det patientrettede arbejde, et godt arbejdsmiljø og et velfungerende tværfagligt samarbejde. Klinikens dagligdag fremstår – i henhold til observationer og interviews – effektiv og med en høj grad af opgaveoverdragelse fra læger til øvrigt personale. Klare arbejdsdelinger, instrukser, der opleves relevante, og systematisk supervision beskrives som væsentlige understøttende elementer.

Der er også gennemført en række ændringer i grundstrukturen for KfAM's dagligdag. Herunder at der dagligt er en læge og en sygeplejerske, der har akutfunktion, hvilket giver ro og driftssikkerhed for resten af klinikken. Uvisiteret telefontid for

klinikkens læger er afskaffet, hvilket frigiver tid til konsultationer og øvrige patientrettede opgaver.

KfAM's udviklingsopgaver har skiftet fokus og skabt gode resultater

I årene siden midtvejsevalueringen er der sket et skifte i klinikkens tilgang til udviklingsprojekter fra et primært klinisk fokus til et primært fokus på klinikkens organisation, arbejdsgange og eksterne samarbejdsflader. Tilstedeværelsen af en fast daglig leder med solid praksiserfaring samt evnen til at fastholde en stabil personalegruppe fremstår som væsentlige faktorer for de opnåede resultater. KfAM's ledelse og personale har med det afsæt i væsentlig grad formået at adressere de udviklingspunkter, der fremgik af VIVEs midtvejsevaluering.

KfAM's samarbejde med sundheds- og ældreområdet i Lemvig Kommune er således efter en langsom start udviklet og styrket med afsæt i faste samarbejds møder. Med afsæt i den løbende dialog er der indledt nye samarbejdsformer i forhold til sygedagpenge- og ældreområdet, som fremstår lovende. Endvidere er der udviklet fælles instrukser og arbejdsgange for samarbejdet om indlæggelsestruede borgere, der opleves velimplementerede og virkningsfulde på tværs af KfAM og kommunen.

En tredje drivkraft for udvikling knytter sig til, at KfAM i to omgange har overtaget patienter og i et tilfælde også personale fra udbudsklinikker, der er lukket. Med udvidelserne er fulgt både behov og muligheder for at effektivisere patientflow og resourceanvendelse. Udvidelserne og den større personalegruppe har i et vist omfang været med til at accelerere udviklingen af klinikkens dagsprogram og øget funktionsdeling. Det fremgår til gengæld også, at begge udvidelser har sat hverdag og personale under stort pres, samt at det tager tid at genkonsolidere hverdagen og patientbehandlingen. Det gælder ikke mindst i forhold til de nyeste patienter og det personale fra Thyborøn, der blev overtaget i efteråret 2024.

Sammenlignelig økonomi og færre kontakter end PLO-praksis

Omkostningerne til driften af KfAM ligger opgjort pr. tilknyttet borger tæt på gennemsnittet af PLO-klinikker i hele perioden frem til 2024. Det har således ikke været forbundet med større ekstraudgifter at drive klinikken, hvilket er bemærkelsesværdigt. Dels i lyset af KfAM's udgangspunkt som et midlertidigt tilbud i et område med akut

lægemangel, dels i forhold til at klinikkens patienter gennemsnitligt er ældre og med lidt højere sygdomsbyrde sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis. KfAM har samtidig vist sig robust i forhold til at overtage yderligere patienter med kort varsel, uden at det har resulteret i øgede omkostninger pr. tilmeldt patient.

KfAM – der i dag fungerer på driftsvilkår – illustrerer, at det kan lade sig gøre at drive regionsklinikker med sammenlignelige omkostninger i forhold til PLO-klinikker. Specifikt i forhold til KfAM's større andel af ældre patienter med større sygelighed fremstår klinikken også som et mere omkostningseffektivt tilbud, end man umiddelbart ville forvente.

Antallet af tilmeldte patienter pr. lægekapacitet er højere i KfAM sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis, og andelen af ikke-lægeligt personale er høj. Antallet af kontakter pr. patient er for alle kontaktformer i lægepraksis generelt set lavere i KfAM sammenlignet med gennemsnittet af PLO-klinikker i omkringliggende kommuner. I 2024 ligger antallet af fremmødekonsultationer ca. 24 % lavere i KfAM sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis.

De største forskelle ses i forhold til hjemmebesøg, e-mail- og videokonsultationer, hvor KfAM særligt i de første år lå op til 85 % under gennemsnittet for PLO-praksis. Over tid ses en udvikling i retning af, at KfAM leverer flere hjemmebesøg, e-mail- og videokonsultationer, som matches af et fald i antallet af telefonkonsultationer. Disse udviklinger korrelerer med, at KfAM aktivt har arbejdet på at styrke akutfunktionen samt øge mulighederne for selvbetjening og digitale kontaktmuligheder. Forskellene på KfAM og gennemsnittet for PLO-praksis er således mindsket, men KfAM ligger i 2024 fortsat væsentligt lavere på alle tre parametre.

Evalueringen giver ikke mulighed for at forklare KfAM's lavere antal patientkontakter entydigt, men de skyldes formentlig kombinationen af a) fraværet af ydelseshonorering og bestemmelsen om, at der kun honoreres en grundydelse pr. dag, b) flere og mere syge patienter pr. fuldtidslæge, c) klinikkens fokus på selvbetjeningsløsninger og d) samling af konsultationer og opgaveoverdragelse fra læger til sygeplejersker. En væsentlig pointe fra evalueringens øvrige kilder, som understøtter dette, er også, at der fra 2022 og frem er tale om en ønsket udvikling i forhold til at mindske antallet af unødige kontakter og frigøre ressourcer til de nødvendige.

Ingen signifikante forskelle i patienternes forbrug af øvrige sundhedsydelser

Evalueringen har undersøgt, hvorvidt overgangen fra PLO-praksis til KfAM har haft betydning for de tilknyttede patienters generelle forbrug af sundhedsydelser og de afledte omkostninger. Resultatet er på linje med tidligere undersøgelser, at der ikke findes signifikante ændringer i patienternes forbrug af sundhedsydelser, kontakter, de afledte omkostninger eller i forbruget af opioider eller antibiotika, der kan knyttes til overgangen fra PLO-klinik til regionsklinik.

Selvom der ikke kan påvises signifikante forskelle på udviklingen af ydelser, ses for KfAM på tværs af før- og efter-perioden en stigning i antallet af speciallægekontakter og antallet af sammedagsydelser i hospitalsregi for de tilmeldte patienter. Samtidig ses et fald i antallet af ydelser pr. lægekapacitet i KfAM. For KfAM kan det derfor være relevant at have en opmærksomhed på, om der er en sammenhæng mellem hhv. den lavere andel af læger i klinikken og det lavere antal ydelser i praksis over for det øgede forbrug af speciallægeydelser og sammedagskontakter på hospital, der er afdækket i analysen.

Anbefalinger

Det anbefales for det første, at KfAM i 2025-26 gives mulighed for at konsolidere den nye hverdag med nye patienter, to lokationer og nyt personale i Thyborøn. Et særligt opmærksomhedspunkt knytter sig til lægernes arbejdsvilkår og rammerne for at lykkes med både egne konsultationer, varetagelse af akutfunktionen og supervision på tværs af lokationer. Tilsvarende er det vigtigt at have fokus på lægernes arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige praksispersonale fra klinikken i Thyborøn.

Det anbefales for det andet at fastholde et fokus på udvikling af KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune. Særligt det styrkede samarbejde om indlæggelsestruede patienter og de spirende erfaringer med nye samarbejdsformer mellem KfAM's læger og personale fra det kommunale sygedagpenge- og jobcenterområde fremstår lovende og relevante. Det fremstår også relevant at dedikere ressourcer til at opsamle læring og resultater fra KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune og de afledte initiativer. Dels i et specifikt perspektiv på at styrke udbyttet for KfAM, kommunen og de tilknyttede patienter, dels i et generelt perspektiv for at opsamle og udbrede de udviklede løsninger.

For det tredje anbefales det at anvende erfaringerne fra etableringen af KfAM aktivt i andre sammenhænge. KfAM's 6-årige udviklingsperspektiv bekræfter, at det tager

tid at etablere en velfungerende praksisdrift i et regionalt regi. Det er i den forbindelse vigtigt at huske kerneopgaven, der ligger i (typisk med kort varsel) at sikre et velfungerende tilbud til patienter, der står uden læge. Med afsæt i erfaringerne fra KfAM og VIVEs tidligere evalueringer fremstår følgende:

- Det er vigtigt at få organisation, drift og stabilitet på plads, inden fokus flyttes til udviklingsprojekter – og det gælder særligt initiativer med et primært klinisk eller forskningsmæssigt fokus.
- Tilstedeværelsen af almenmedicinske speciallæger, der har solid erfaring med praksisdrift, fremstår afgørende for at komme godt fra start og over tid sikre en effektiv praksisdrift.
- En daglig og tilstedeværende ledelse, der kan sætte retning på klinikkens udvikling og arbejdsdelinger, fremstår tilsvarende som en afgørende faktor for etablering såvel som udvikling og konsolidering i et længere perspektiv.
- Fraværet af ydeshonorering fremstår som en kilde til, at det er nemmere at indrette arbejdsgangene efter, hvad der er smart. Herunder at mindske antallet af patientkontakter og prioritere samarbejde med fx jobcenter og det kommunale sundheds- og ældreområde.
- Det er vigtigt at opsamle og systematisere de mange gode erfaringer med henblik på at understøtte etablering af nye regionsklinikker. Specifikt rummer erfaringerne fra KfAM et potentiale for at udvikle guidelines og manualer til at komme godt i gang og hurtigt i drift.

Fakta om undersøgelsen

VIVEs evaluering er baseret på nedenstående data:

- Praksisbesøg med observation af det daglige patientrettede arbejde
- Interviews med klinikkens personale, ledelse og relevante samarbejdspartnere (i alt 17 informanter)
- Skriftligt materiale, der beskriver klinikkens arbejdsgange og udviklingsprojekter mv.
- Kvantitative data over udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi med sammenligning til PLO-praksis i omkringliggende kommuner
- Registeranalyser, der sammenligner tilknyttede patienters generelle forbrug af sundhedsydelser med udbudsklinikker og PLO-praksis i omkringliggende kommuner.

> **Afrapportering**

1 Indledning

1.1 Lægemangel leder til alternative klinikformer

Mangel på praktiserende læger er en af de centrale udfordringer for det danske sundhedsvæsen. Udfordringen bliver ikke mindre i en tid, hvor primærsektoren – herunder almen praksis – er udset til at spille en langt mere central rolle i at håndtere det demografiske pres på sundhedsvæsenet i form af flere ældre, multisyge patienter med kroniske sygdomme. Lægedækningsudfordringen viser sig særligt i nogle yderområder af Danmark, men også i nogle socialt belastede byområder. Samtidig er der et væsentligt potentiale forbundet med, at de praktiserende læger indgår i tværfaglige behandlerteams, hvor patientbehandlingen deles med sygeplejersker, sekretærer og bioanalytikere (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024).

Det er regionernes ansvar at sikre, at alle patienter har et alment medicinsk lægetilbud. Når alment praktiserende læger ikke kan afhænde deres praksis, og ydernummeret heller ikke overtages via en udbudsrunde, kan en region oprette en almenmedicinsk klinik, som ejes og drives af regionen (regionsklinikker). Regionsklinikker er lovbestemt som midlertidige løsninger, hvor regionerne siden 2019 har haft mulighed for at få dispensation til at drive klinikkerne i perioder på op til 6 år.¹ Med til disse dispensationer hører, at regionerne udnytter den flerårige driftsperiode til innovation, herunder fx afprøvning af nye organiserings-, samarbejds- og ansættelsesformer i både almen praksis og på tværs af sektorerne. Derudover hører det med, at klinikkerne skal evalueres.

Region Midtjylland har på ovenstående baggrund givet VIVE til opgave at evaluere *Klinik for Almen Medicin* i Lemvig (herefter: KfAM). Ønsket er at vurdere opnåede resultater og opsamle læring til det videre arbejde med at sikre almenmedicinske tilbud til patienter i områder med lægemangel.

¹ Med sundhedsreformen er der også lagt op til, at regionerne kan vælge at etablere permanente almen medicinske tilbud uden forudgående udbud.

1.2 Evalueringens formål og datagrundlag

1.2.1 Evalueringens opbygning og formål

VIVEs evaluering af KfAM består af et midtvejsnedslag og en afsluttende evaluering og har nedenstående tre formål om at:

- give input til opgaven med at etablere og udvikle KfAM's organisering og samarbejde med Lemvig Kommune
- give input til Region Midtjyllands fremadrettede arbejde med at sikre lægedækning i områder, hvor det ikke er muligt at dække ledige ydernumre
- skabe viden om driften af regionsklinikker, samt i hvilket omfang sådanne klinikker kan medvirke til at gentænke organisering og samarbejde om de tilknyttede patienter.

Midtvejsnedslaget fra 2022 (Klausen & Buch, 2022) undersøgte KfAM's opstart og organisering, eksterne samarbejde, patientperspektiver samt økonomi og ydelsesmønstre. Konklusioner og anbefalinger herfra er anvendt som input til Region Midtjylland og fungerer samtidig som bagtæppe for denne slutevaluering.

1.2.2 Slutevalueringens gennemførelse og undersøgelsestemaer

Slutevalueringen gennemføres med afsæt i midtvejsevalueringens resultater og undersøger herudover, om der ses forskelle i KfAM's patienters generelle brug af sundhedsydelser sammenlignet med gennemsnittet for udbudsklinikker og PLO-praksis i Gødstrupklyngen². Undersøgelsestemaerne er med det afsæt:³

- Aktuell status for arbejdet med at udvikle og konsolidere regionsklinikkens organisation og sikre velfungerende rammer for det daglige patientrettede arbejde på tværs af klinikkens faggrupper

² Gødstrupklyngen (tidligere Vestklyngen) er et af de fem planlægningsområder, der er ansvarlige for at ud-mønte sundhedsaftaler i praksis. Gødstrupklyngen består af: Regionshospitalet Gødstrup, Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune.

³ Det var planlagt at anvende de DanPEP-data, der frem til 2022 på nationalt niveau blev brugt til at vurdere patienttilfredsheden i almen praksis, til at følge op på patienttilfredsheden som en del af slutevalueringen. Da der endnu ikke er udviklet et nyt redskab som erstatning for DanPEP, har det ikke været muligt at gennemføre denne del af evalueringen inden for den aftalte ramme.

- Hvilke udviklingsprojekter der er gennemført i klinikkens levetid, samt hvilke resultater og fremadrettede perspektiver der knytter sig til disse
- I hvilket omfang klinikkens status som regionsklinik har givet mulighed for at optimere det tværsektorielle samarbejde med det kommunale ældre- og sundhedsområde om patienternes behandling
- Hvordan KfAM's økonomi har udviklet sig sammenlignet med gennemsnittet for PLO-praksis, samt hvordan ydelses- og henvisningsmønstre har udviklet sig i sammenligning med udbudsklinikker og PLO-praksis i Gødstrupklyngen
- Om der er forskelle på tilknyttede patienters generelle forbrug af sundhedsydelser og medicin (udvalgte typer) sammenlignet med udbudsklinikker og PLO-praksis i Gødstrupklyngen.

1.2.3 Datagrundlag og anvendte metoder

Slutevalueringen er baseret på følgende data og metoder:⁴ *a)* observationer i klinikken, *b)* interviews med klinikkens personale, ledelse og relevante samarbejdspartnere (i alt 17 informanter), *c)* kvantitative data over udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi med sammenligning til PLO-praksis i Gødstrupklyngen og *d)* registerdata, der opgør patienternes forbrug af sundhedsydelser og medicin med sammenligning til PLO-praksis i Gødstrupklyngen. Derudover er der løbende igennem evalueringens analyser inddraget viden og draget sammenligninger til andre undersøgelser af almen praksis (Buch, Hauge-Helgested et al., 2012; Kjellberg et al., 2008) samt VIVEs tidligere evalueringer af regionsdrevne almenmedicinske klinikker (Buch et al., 2019; Klausen et al., 2021; Klausen & Buch, 2022).

1.3 Læsevejledning

Rapporten består af nedenstående fem analysekapitler samt et kapitel med konklusioner, anbefalinger og perspektivering:

- Kapitel 2 samler op på centrale elementer i klinikkens udvikling og bemanding, herunder de udfordringer og muligheder, der har været i forbindelse med at konsolidere klinikdriften, samtidig med at antallet af patienter og ansatte vokser markant. Hertil kommer et blik på arbejdet med klinikkens udviklingsprojekter.

⁴ Rapportens kapitel 8 indeholder en udførlig beskrivelse af evalueringens design, anvendte metoder og datagrundlag.

- Kapitel 3 ser nærmere på klinikkens dagskema, arbejdsdelinger og patientrettede arbejde. Fokus er på udvikling samt de redskaber og tilgange, der anvendes til at understøtte en effektiv hverdag.
- Kapitel 4 omhandler KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune, og hvilke tiltag der er arbejdet med, samt hvilke resultater og fremadrettede perspektiver der forbindes med disse.
- Kapitel 5 ser med kvantitative øjne på udviklingen i klinikkens ydelser og økonomi sammenlignet med omkringliggende PLO-klinikker.
- Kapitel 6 sammenligner patientpopulationens medicinforbrug, henvisningsmønstre og generelle forbrug af sundhedsydelser på tværs af KfAM og Gødstrupklyngens PLO-klinikker.
- Kapitel 7 præsenterer evalueringens konklusioner og anbefalinger i forhold til KfAM og Region Midtjyllands eventuelle fremadrettede arbejde med at etablere regionsklinikker. Hertil kommer en perspektivering med fokus på generelle pejlemærker for arbejdet med offentligt forankrede almenmedicinske tilbud i en dansk kontekst.

2 KfAM's organisation og udvikling

Dette kapitel giver en status på KfAM's organisering og udviklingsprojekter. Gennemgangen bygger videre på VIVEs midtvejsevaluering (Klausen & Buch, 2022), og vi starter derfor med en kort opsummering af resultaterne herfra.

Næste afsnit beskriver udviklingen i klinikkens patientgrundlag, personale og ledelse samt personalets perspektiver på ansættelsen i KfAM. Tredje afsnit gør status over igangsatte udviklingsinitiativer samt de resultater og perspektiver for videre udvikling, der er afdækket via interviews og skriftligt materiale.

2.1 Midtvejsevalueringens resultater

På tidspunktet for VIVEs midtvejsevaluering befandt KfAM sig i en fase, hvor der havde været personaleudskiftninger og udfordringer med at sikre kontinuitet i forhold til overlevering af viden til klinikkens nyansatte. Ledelsesmæssigt befandt klinikken sig i en overgangsfase, hvor der i en længere periode ikke havde været en leder med fast daglig tilstedeværelse.

KfAM havde i henhold til målsætningerne for klinikken igangsat og planlagt en række udviklingsprojekter med klinisk fokus. Projekternes problemdefinitioner og målsætninger var kun i mindre grad koblet til arbejdet med at etablere og udvikle en effektiv daglig drift og arbejdsdeling.

Evalueringen fandt med det afsæt, at de igangværende projekter i relativt stort omfang var afkoblet fra personalet og hverdagen i KfAM. Samtidig viste evalueringen et stort uudnyttet potentiale for at optimere klinikkens arbejdsgange og arbejdsdelingen mellem læger og ikke-lægeligt personale.

Behovet for at tilknytte en fast dagligt tilstedeværende leder, som – i samarbejde med personalet – kunne sætte retning, træffe beslutninger og tage ansvar i disse udviklingsprocesser, fremstod også som et centralt opmærksomhedspunkt.

2.2 Markant vækst i KfAM fra 2022-24

KfAM er blevet mere end dobbelt så stor fra 2022 til 2024. Tabel 2.1 viser, hvordan KfAM's patientliste og personalegruppe har udviklet sig i perioden 2022-2024:

Tabel 2.1 Udvikling i antal tilknyttede patienter og ansatte i perioden 2022-2024

	2021	2022	2023	2024
Tilknyttede patienter	Ca. 3.400 patienter	Overtager 1-9-2022 ca. 3.000 patienter fra udbudsklinik i Lemvig og har nu ca. 6.500 patienter.	Ca. 6.500 patienter	Overtager 1-9-2024 ca. 2.300 patienter fra udbudsklinik i Thyborøn og har nu ca. 8.800 patienter.
Personaleudvidelser	-	Klinikken ansætter i efteråret to ekstra sygeplejersker og to ekstra sekretærer.	Klinikken udvider med en læge pr. 1-1-2023.	Klinikken ansætter en ekstra læge og en ekstra sygeplejerske pr. 1-9-2024. Yderligere tre sygeplejersker virksomhedsoverdrages fra udbudsklinik i Thyborøn.
Personaleudskiftninger	Sygeplejersker udskiftes i efteråret uden overlap og mulighed for overlevering til de nye, der ansættes. En læge udskiftes i løbet af sommeren. Leder er deltidssygemeldt og er kun i klinikken en dag om ugen.	Klinikken har ingen fast daglig leder januar-maj 2022. Ny leder starter 1-6-2022 juni.	Leder stopper 31-7-2023. Ny leder indtræder i vikariat og fastansættes efterfølgende 1-10-2023.	To læger udskiftes i foråret 2024.
Ansatte i alt*	3 læger (2 fuldtidsstillinger). 2 sekretærer (2 fuldtidsstillinger). 2 sygeplejersker (2 fuldtidsstillinger).	5 læger (3,2 fuldtidsstillinger). 5 sekretærer (4,5 fuldtidsstillinger). 4 sygeplejersker (4 fuldtidsstillinger).	8 læger (6,2) fuldtidsstillinger). 4 sekretærer (3,8 fuldtidsstillinger). 4 sygeplejersker (3,8 fuldtidsstillinger).	7 læger (5,1 fuldtidsstillinger). 4 sekretærer (3,8 fuldtidsstillinger). 7 sygeplejersker (6,3 fuldtidsstillinger).
Øvrigt			Klinikken godkendes til at have to uddannelseslæger.	Tre sygeplejersker arbejder fast i Thyborøn, mens læger skiftes til at betynde et konsultationsspor i Thyborøn

Note: * Angiver antallet af ansatte ved udgangen af året.

Kilde: Udarbejdet af VIVE med afsæt i oplysninger leveret af KfAM i efteråret 2024.

2.2.1 Udvidelser sætter dagligdag og personale under pres

Tabel 2.1 viser, at KfAM's patientliste er vokset fra ca. 3.400 patienter i foråret 2022 til ca. 8.800 i efteråret 2024, fordi klinikken i hhv. sommeren 2022 og september 2024 overtog patienter fra udbudsklinikker, der lukkede. Antallet af ansatte er vokset tilsvarende via nyansættelser og senest også overtagelse af personale fra udbudsklinikken i Thyborøn. KfAM er således – i et almen praksis-perspektiv – på kort tid vokset til at være en stor organisation, hvad angår patienter, personale og geografiske lokationer.

Det fremstår som et plus, at KfAM's lokaler i Lemvig Sundhedshus fortsat er velfungerende, fordi der løbende har været mulighed for at udvide antallet af konsultationsrum, mødelokaler og venteområder. Tilsvarende har det med en let renovering været muligt at sikre velegnede lokaler i Thyborøn-klinikken.

Som illustreret i nedenstående citat er der på tværs af interviews en opmærksomhed på, at udvidelserne har sat – og fortsat sætter – KfAM's hverdag og personale under stort pres:

Det har været hårdt at overtage så mange patienter. Begge gange har vi været i en situation, hvor vi følte, at der for alvor var ved at komme godt styr på hverdagen og sikre stabilitet i patienternes forløb. Og så bliver vi væltet! Det har været lidt som at blive slået hjem i ludo. (Læge)

En yderligere udfordring beskrives i forhold til, at de tilkomne patienter som gruppe har en høj alder og stor forekomst af såvel multisygdom som stort forbrug af risikomedicin (fx opioider og sovemedicin). Dette indebærer en stor – og langvarig – opgave med at lave overblikshotter, der kan understøtte personalet i mødet med de nye patienter, og i at optimere deres medicin mv. Klinikken har gode erfaringer med at rammesætte disse opgaver som et strategisk udviklingsprojekt og herunder at anvende medicinstuderende og en del af de tilknyttede lægeressourcer til disse opgaver. Med det afsæt havde klinikken ved udgangen af 2023 gennemgået de patienter, der i 2022 blev overtaget fra Nordic Medicare⁵. Forventningen er tilsvarende at være i mål med gennemgangen af de nye patienter fra Thyborøn ved udgangen af 2025.

Arbejdet med at håndtere den seneste overtagelse af patienter, sygeplejersker og en ny lokation i Thyborøn forventes også i 2025 at lægge beslag på en stor del af KfAM's udviklingsfokus. Dels ligger der en vigtig opgave i at sikre gode rammer

⁵ Nordic Medicare er et rekrutteringsbureau inden for sundhedssektoren, der bl.a. driver udbudsklinikker i lægedækningstruede områder.

for de nye sygeplejersker, dels er der fortsat behov for at udvikle klinikkens arbejdsgange og sikre stabil lægedækning i den nye klinik.

Det fremgår også, at særligt de sekretærer og sygeplejersker, der arbejder i klinikens reception, bliver sat under pres i mødet med patienter og pårørende, der har været tilknyttet udbudsklinikker:

Det sætter vores arbejdsgange og personalet under stort pres. Det gælder ikke mindst receptionen, hvor sekretærer og sygeplejersker har fået meget skæld ud af frustrerede patienter og pårørende, der jo ikke skelner mellem de oplevelser, de har haft i udbudsklinikkerne, og os i KfAM. (Læge)

KfAM's ledelse har derfor haft ekstra fokus på supervision og støtte til personalet og herunder også at gøre opgaven med at sikre en god tone i patienternes henvendelser til klinikken til et fælles ansvar for den samlede personalegruppe. Endvidere har der været fokus på at optimere praksisdriften og mindske ventetiden til konsultationer, hvilket vi vender tilbage til i kapitel 3.

Overtagelsen af de mange patienter har udfordret muligheden for at opnå den grad af kontinuitet mellem patienter og klinikkens personale (særligt lægerne), som der ønskes. Udvidelserne har også gjort det svært at fokusere på nye udviklingsprojekter (hvor der er mange ideer) såvel som at fastholde allerede opnåede resultater.

Evalueringsinterviewdeltagere har derfor et generelt ønske om, at KfAM den kommende tid får mulighed for at genkonsolidere hverdagen og fastholde opnåede resultater i forhold til klinikkens tværfaglige samarbejde, arbejdsgange og daglige organisering (uddybes i kapitel 3). Med afsæt i klinikkens aktuelle størrelse og placering på to lokationer peges også på, at fortsat vækst kan give udfordringer i forhold til at opnå den nærhed personalet imellem og til patienterne, som udgør en vigtig værdi for KfAM's ansatte.

2.2.2 Stabil personalegruppe og godt rekrutteringsgrundlag

Tabel 2.1 viser, at der i KfAM var et lederskifte i 2023, samt at to læger er skiftet ud i 2024, mens resten af personalet fortsat er ansat. Det er således lykkedes at holde personalegruppen stabil i perioden 2022-24, og dette udpeges som et centralt element i forhold til, at det langt hen ad vejen er lykkedes at overtage de mange nye patienter samt sikre god opstart og fastholdelse af de mange nye kolleger.

KfAM har arbejdet aktivt med at understøtte rekruttering og fastholdelse og har i den forbindelse gode erfaringer med at kunne tilbyde:

- Mulighed for fleksible arbejdstider og mulighed for hjemmearbejde i forhold til både administrative og patientrettede opgaver.
- En taxaordning, som aktuelt omfatter to af klinikkens læger og en sygeplejerske. Ordningen indebærer, at personalet arbejder under transporten, som derfor indgår i arbejdstiden.
- En højere normering af sygeplejersker, end det normalt ses i almen praksis, samt udvidet fokus på at flytte opgaver fra læger til sygeplejersker (uddybes i kapitel 3).
- Et fokus på at rekruttere personale med interesse for at indgå i udviklings- og kvalitetsprojekter. Herunder særligt almenmedicinske speciallæger med interesse for supervision og opgaveoverdragelse til øvrigt personale.

Oplevelsen er med afsæt i ovenstående prioriteringer, at det ved genbesættelse af stillinger og nyrekruttering har været relativt let at rekruttere kvalificeret personale på tværs af faggrupper. Dette gælder også de tre uddannelseslæger, klinikken indtil videre har haft tilknyttet. KfAM's ledelse og personale har i væsentlig grad formået at adressere de udviklingspunkter og anbefalinger, der fremgik af VIVEs midtvejs-evaluering i foråret 2022.

2.2.3 KfAM opleves som en attraktiv arbejdsplads

Stabiliteten i personalegruppen er også afspejlet blandt evalueringens interviewdeltagere, der beskriver KfAM som et travlt, men attraktivt sted at arbejde. Fællestræk knytter sig til oplevelsen af et attraktivt tværfagligt miljø, hvor der over tid er etableret velfungerende rammer for samarbejde, arbejdsdeling og supervision mv. (dette vender vi tilbage til i kapitel 3).

De interviewede sygeplejersker og sekretærer sætter særligt pris på, at de i efteråret 2024 oplever en tydelig og synlig ledelse i klinikken og en uformel, ikke-hierarkisk omgangstone i forhold til både ledelse og læger. Samarbejdet med klinikkens læger om at få overdraget opgaver, gode rammer for faglig udvikling samt muligheden for at deltage i udviklings- og kvalitetsarbejde fremhæves ligeledes positivt.

For de interviewede læger er det (på linje med VIVEs tidligere evalueringer (Buch et al., 2019; Klausen et al., 2021)) attraktivt at kunne koncentrere sig om det patientrettede arbejde, samt at arbejdsugen er væsentligt kortere – og uden attestarbejde og lignende i weekenderne. Lægernes baggrunde, motiver og forventninger til varigheden af deres ansættelse i KfAM er forskellige og først og fremmest knyttet til livs- og karrieresituation. I klinikken har der også været eksempler på erfarne praksislæger, der efter en periode har valgt at købe eget ydernummer igen, samt yngre

læger, der bevidst er søgt til klinikken ud fra et ønske om i deres nuværende situation at opnå en god balance mellem arbejde og familieliv.

KfAM's organisering med en formel ledelse frem for ejerlæger/partnere fremstår som en mulighed for at prøve kræfter med en ny og mere dedikeret ledelsesrolle, end der normalt er mulighed for i almen praksis. Dette er afsættet for, at KfAM's nuværende leder – der i mange år har haft egen PLO-praksis – har søgt til klinikken. Lederens – såvel som flere af KfAM's øvrige lægers – mange års erfaring som privatpraktiserende læger fremhæves i den forbindelse som afgørende for arbejdet med at sikre en effektiv daglig drift. Som illustreret nedenfor gælder dette også i forhold til at fastholde kernen i almen praksis, trods tilhørsforholdet til regionen og et stort hospital:

Det er afgørende at holde fast i, at vi vil være speedbåden i sundhedsvæsenet. Regionen og hospitalerne er supertankere. Der er mange regler i regionen, der kan spænde ben, og som vi en gang imellem kæmper med. Det er vigtigt at bevare grundtrækkene ved almen praksis og fokus på at være effektive. Ellers sander det hurtigt til. (Læge)

Hvis der fremadrettet i større omfang skal opereres med regionalt forankrede praksisklinikker, ses det som et generelt opmærksomhedspunkt at udvikle rammer, der sikrer mulighed for at fungere på andre præmisser end regionens øvrige enheder. Oplevelsen er, at dette i høj grad er lykkedes i KfAM, samt at der undervejs har været mulighed for synergi mellem personalets viden om effektiv praksisdrift og den understøttelse og udviklingskraft, der findes i det regionale system. Med dette afsæt ser KfAM's ledelse også en mulighed for at omsætte erfaringerne fra etableringen af KfAM såvel som de løbende udvidelser til generel viden og drejebøger, der kan komme andre til gavn.

2.3 KfAM's udviklingsprojekter

Etableringen af KfAM er på linje med tidligere regionsklinikker (Buch et al., 2019; Klausen et al., 2021) fulgt af en ambition om at anvende klinikken som afsæt for udvikling af bl.a. nye tværsektorielle samarbejdsformer og almen praksisdrift og organisering (Region Midtjylland, 2018).

De nedenstående afsnit sammenfatter først resultater og erfaringer fra de projekter, der blev arbejdet med i perioden fra KfAM's etablering frem til VIVEs midtvejsevaluering i foråret 2022. Herefter følger et afsnit med fokus på de projekter, der er arbejdet med i perioden 2022-24, samt de fremadrettede projekter og udviklingsbehov, der er fokus på i KfAM.

2.3.1 Status og resultater for første generation af projekter

På tidspunktet for VIVEs midtvejsevaluering i 2021 var der igangsat nedenstående tre initiativer:⁶

- En indsats for at sikre rettidig opdatering af det fælles medicinkort (FMK) for klinikkens patienter, så relevante aktører sikres et retvisende billede af patientens ordinationer
- Et forsøg med ansættelse af en fysioterapeut på konsulentbasis 3 timer ugentligt for at aflaste klinikkens læger i forhold til udredning af patienter med lidelser i bevægeapparatet
- Medicingennemgang målrettet patienter med polyfarmaci med henblik på at se muligheder for nedtrapning samt identificere og håndtere risici for skadelige interaktioner mellem præparater.

Erfaringer og resultater fra igangsatte projekter

Arbejdet med opdatering af FMK resulterede i, at 83 % af KfAM's patienter havde et rettidigt opdateret medicinbillede i efteråret 2021. Set relation til KfAM's udgangspunkt på 20 % og det generelle billede i Lemvig Kommune (40 % i efteråret 2021) blev indsatsen vurderet som en succes⁷. Fokus på rettidig opdatering indgår fremadrettet som fast rutine for KfAM's læger i forbindelse med fx opstart af nye patienter og årskontroller. I perioden frem mod 2024 har det ikke været muligt at fastholde andelen af opdaterede patienter pga. de mange nytilkomne patienter. Samtidig er det prioriteret at skifte fokus fra antallet af opdaterede medicinkort til et fokus på at sikre kvalitet i medicinstatus for de komplekse patienter, der fx deles med hjemmesygeplejen. Dette indgår derfor som et særligt fokusområde i forhold til de mange multisyge patienter, der er blevet tilknyttet siden 2022.

Tilknytningen af en fysioterapeut blev evalueret via en intern erfaringsopsamling der viste, at der var langt færre henviste patienter end forventet. Indsatsen blev derfor afsluttet, fordi den ikke var omkostningseffektiv.

Medicingennemgang i samarbejde med farmaceut: Denne indsats var organiseret som et egentligt projekt, der kørte i et halvt år, og i perioden blev der lavet medicingennemgang for 241 patienter, der alle fik mindst fem lægemidler. Resultatet

⁶ Hertil kom seks initiativer under overvejelse. Tre der efterfølgende blev igangsat handlede om a) at få KfAM godkendt som uddannelsessted, b) et klinisk forsøg med at omlægge blodtrykskontrol til webbaseret hjemmemonitorering og c) at optimere behandlingen for KOL-patienter. Tre der ikke er blev igangsat handlede om a) oprettelse af lægelig kombinationsstilling i samarbejde med et regionalt center for neurorehabilitering, b) et projekt med fokus på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser for KfAM's patienter og c) overvejelser om at indlede et fast samarbejde med den regionale akutklinik der 1. april 2022 åbnede i sundhedshuset.

⁷ Disse resultater er oplyst af KfAM i forbindelse med VIVEs midtvejsevaluering i foråret 2022.

var 905 medicinændringer, hvoraf de hyppigste knyttede sig til seponering af medicin (51 %), dosisændringer (23 %) og præparatskift/tillæg af præparater (8 %) (Rosenbæk, 2022).

Projektevalueringen konkluderede, at det tætte samarbejde med den regionale farmaceut blev oplevet nyttigt af KfAM's læger og sygeplejersker, men det har ikke været muligt at videreføre dette som en fast rutine. Intentionen er i stedet, at KfAM's læger skal prioritere medicingennemgang for hhv. nytilkomne patienter og patienter med kronisk sygdom, der får mindst fem lægemidler.

Med afsæt i projektets resultater er der også gennemført tværsektoriel undervisning i polyfarmaci for sygeplejersker fra Lemvig Kommune og sygeplejersker fra KfAM. Endelig har der som udløber af projektet været fokus på at mindske anvendelsen af vanddrivende medicin samt et generelt fokus på at mindske anvendelsen af opioider.

2.3.2 Status og resultater for anden generation af projekter

Initiativer videreført fra KfAM's første år

KfAM som uddannelsessted: KfAM blev i 2023 godkendt som uddannelsessted med mulighed for at have op til to uddannelseslæger tilknyttet ad gangen. Godkendelsen giver aktuelt mulighed for at tilknytte læger, der er i introforløb (KBU), turnusforløb samt første og anden fase af speciallægeuddannelsen i almen medicin. Klinikken er ikke godkendt til det sidste trin af speciallægeuddannelsen, fordi den ikke arbejder efter PLO-overenskomsten og derved ikke giver uddannelseslægerne mulighed for at få indblik i drift og økonomistyring. Fremadrettet arbejdes der på at kunne tilgodese disse behov, så klinikken også kan blive godkendt til læger, der er på det afsluttende trin af speciallægeuddannelsen.

Omlægning af blodtryksbehandling: Projektet vedr. hjemmemonitorering af blodtryksbehandling blev påbegyndt i 2022. Projektets initiativtager og fortsatte tovholder er KfAM's første daglige leder⁸, og projektet gennemføres i samarbejde med en hospitalsafdeling. Projektets intention er at identificere de patienter, der selv er i stand til at monitorere deres blodtryksbehandling og uploade data til klinikken. De forventede outcomes knytter sig dels til at mindske antallet af konsultationer og derved frigøre ressourcer til andre opgaver, dels til at optimere behandlingen.

Opgaven med at identificere egnede patienter til projektet varetages af KfAM's læger, mens inklusion og opfølgning er forankret hos KfAM's sygeplejersker og sekretærer. Det har undervejs vist sig vanskeligere end forventet at inkludere og fastholde

⁸ Dette er muligt, fordi den tidligere leder er tilknyttet som konsulent på deltid i Region Midtjyllands afdeling for praksisudvikling.

patienter i projektet. Projektet er derfor fortsat aktivt, med henblik på at patientpopulationen skal blive stor nok til, at man kan vurdere de kliniske resultater.

Optimering af KOL-behandling: KfAM har – som led i et generelt fokus på at optimere opfølgning og behandling for patienter med kroniske lidelser – arbejdet med øget systematik i KOL-behandlingen og herunder også at flytte opgaver til klinikens ikke-lægelige personale.

Udviklingsaktiviteter, igangsat i perioden 2022-24

Fra sommeren 2022 og frem er der sket et skifte i tilgangen til udviklingsprojekter i KfAM, som indebærer, at der ikke er igangsat nye projekter med klinisk fokus. I stedet er der arbejdet med at effektivisere og kvalitetssikre KfAM's daglige organisering og patientrettede arbejde (fokus for kapitel 3) samt med at optimere klinikkens samarbejde med Lemvig Kommune (fokus for kapitel 4). De to udvidelser af patienttallet har undervejs givet nye udviklingsbehov, der rækker ind i 2025 og bl.a. indebærer et særligt fokus på opdatering af FMK, flydenotater og fokus på at mindske anvendelsen af opioider blandt de nye patienter fra Thyborøn. Samtidig ses en række muligheder og behov for at videreudvikle klinikkens daglige organisering og eksterne samarbejdsrelationer, hvilket er fokus for de kommende kapitler.

2.4 Opsamling

KfAM har gennemgået en markant udvikling i årene, der er gået siden VIVEs midtvejsevaluering. Klinikken er blevet mere end dobbelt så stor, i takt med at den i hhv. 2022 og 2024 overtog patienter fra udbudsklinikker, der lukkede. Dette er også afspejlet i KfAM's personalestyrke, der i efteråret 2024 bestod af 18 ansatte fordelt på to lokationer.

Klinikkens personalegruppe fremstår stabil, og ifølge klinikkens ledelse er der ikke udfordringer med at rekruttere læger og øvrigt personale. Det interviewede personale angiver, at KfAM er et attraktivt sted at arbejde, samtidig med at deres baggrunde, begrundelser for ansættelse og forventninger til fremtiden varierer.

En udfordring knytter sig til, at hverdagen bliver sat under stort pres, når der skal overtages mange nye patienter. Derfor er der et gennemgående ønske om, at KfAM i de kommende år får ro til at konsolidere organisationen og den daglige organisering, der binder patientbehandlingen sammen.

Der er sket et væsentligt skifte i KfAM's tilgang til at lave udviklingsprojekter, således at disse fokuserer på at optimere klinikkens drift og samarbejdet mellem faggrupper såvel som klinikkens samarbejde med det kommunale sundheds- og ældreområde. Tilstedeværelsen af en fast lægefaglig leder med stor erfaring fra større PLO-praksis fremstår som en væsentlig drivkraft for dette skifte i udviklingsfokus.

3 KfAM's daglige organisering og patientrettede arbejde

Dette kapitel ser nærmere på, hvordan KfAM's organisering af det patientrettede arbejde har udviklet sig siden efteråret 2021. Først opsummeres de vigtigste resultater og anbefalinger fra VIVEs midtvejsevaluering (Klausen & Buch, 2022). Herefter følger et afsnit, der beskriver udvikling og oplevede resultater i forhold til KfAM's dagsprogram og arbejdsdelinger, samt et afsnit med fokus på de redskaber, møder og undervisningsaktiviteter, der anvendes til at understøtte hverdagens samarbejde og patientrettede opgaver.

3.1 Midtvejsevalueringens resultater

I foråret 2021 var KfAM's status som regionsklinik og fraværet af ydelseshonorering endnu ikke anvendt som afsæt for at gentænke dagsprogram og visitationen til de forskellige konsultationer i samme omfang som de regionsklinikker, VIVE tidligere har evalueret (Buch et al., 2019; Klausen et al., 2021). Dagsprogram og arbejdsdeling var derfor sammenlignelig med traditionelle PLO-praksis (se fx Buch, Hauge-Helgested et al. (2012); Buch, Navne et al. (2012); Kjellberg & Buch (2010)), hvilket bl.a. indebærer, at:

- der hver morgen var afsat 45 minutter til uvisiterede telefonkonsultationer for klinikkens læger og sygeplejersker.
- KfAM's læger anvendte langt det meste af arbejdsdagen på fremmødekonsultationer, mens andelen af opgaver, der var delegeret til øvrigt personale, var lav.
- der ikke var afsat faste tider til sparring og supervision af klinikkens sygeplejersker og sekretærer, samt at der var et stort ønske om bedre rammer for dette.

Der blev arbejdet på at øge andelen af delegerede opgaver fra læger til øvrigt personale, men fremdriften var udfordret af personaleudskiftninger, fraværet af en dagligt tilstedeværende leder og mangel på understøttende redskaber. Udvikling af den daglige organisering fremstod derfor som et vigtigt opmærksomhedspunkt i forhold til at opnå en mere stabil drift og bedre anvendelse af KfAM's samlede personaleressourcer.

3.2 KfAM's dagskema og daglige organisering

Tabel 3.1 viser KfAM's dagsskema, som det så ud på en almindelig mandag i efteråret 2024:

Tabel 3.1 KfAM's dagsskema en almindelig mandag i efteråret 2024

	Læge	Læge	Udd.læge	Læge	Læge	Læge	Læge	SPL	SPL	SPL	SPL	SEKR	SEKR	SEKR	SEKR
07.30														LAB / F11	Admin.
-45															
08.00	Admin.	Taxa	Admin.	Thyborøn	Admin.	Taxa	Hj.arb.	Taxa	Tlf.	Opflg.	Tlf.	Tlf.	Tlf.		
-15															
-30															
-45															
09.00	Kons.	AKUT	Kons.		Kons.	Kons.		Kons.	AKUT	Kons.	Kons.				
-15															
-30															
-45															
10.00	PAUSE														
-15	Kons.	AKUT	Kons.	Thyborøn	Kons.	Kons.	Hj.arb.	Kons.	AKUT	Kons.	Kons.	Tlf.	Tlf.	LAB / F11	Admin.
-30															
-45															
11.00					AKUT										
-15															
-30															
-45															
12.00	Supervision			Admin.				Supervision							Admin.
-15															
-30	Frokost														
-45															
13.00	Kons.	AKUT	Kons.	Thyborøn	Kons.	Kons.	Hj.arb.	Kons.	AKUT	Kons.	Kons.	Tlf.	Tlf.	LAB / F11	Admin.
-15															
-30															
-45															
14.00												Opflg.	Opflg.		
-15															
-30															
-45															
15.00	VAGT	Admin.	Admin.	Thyborøn	Admin.	Admin.	Hj.arb.	Admin.	Admin.	VAGT	Admin.	Opflg.	Opflg.		
-15															
-30															
-45		Taxa				Admin.		Taxa	Taxa						
16.00															

Anm.: Dagsprogrammerne for de fire sygeplejersker, der arbejder i Thyborøn-klinikken, er ikke med i tabellen. Deres dagsprogrammer er sammenlignelige med sygeplejerskerne i Lemvig.

Kilde: Udtrykket fra KfAM's planlægningsmodul.

3.3 Vokseværk og fokus på optimering af drift

Tabel 3.1 viser for det første, at der i efteråret 2024 er næsten tre gange så mange ansatte i fremmøde i KfAM sammenlignet med foråret 2022. For det andet ses ændringer i forhold til bl.a. telefonkonsultationer, supervision, pauser og hjemmearbejde. For det tredje ses, at der er oprettet nye funktioner dedikeret til hhv. laboratoriet, administrative opgaver og akutte opgaver.

Ændringerne afspejler et generelt fokus på at optimere driften, samtidig med at der er opstået en række muligheder for øget funktionsopdeling, i takt med at organisation og personalegruppe er vokset. Fraværet af ydelseshonorering fremhæves som en positiv faktor, der understøtter fokus på, hvad der er bedst for praksisdriften og patienterne.

De konkrete ændringer i dagskemaet og afledte resultater udfoldes nedenfor med afsæt i evalueringens interviews og skriftligt materiale fra KfAM.

3.3.1 Optimering af telefoniske henvendelser

Tabel 3.1 viser, at lægernes faste telefontid om morgenen er erstattet med administrativ tid. Alle patientopkald⁹ går i stedet til klinikkens reception, hvor størstedelen af henvendelserne kan håndteres, mens enkelte patienter stilles videre til relevant læge, når dette er aktuelt. Arbejdsgangen er understøttet af instrukser og løbende sparring om ansvars- og arbejdsdelinger, der i henhold til interviews og observation i klinikken opleves velfungerende i hverdagen.

Klinikkens telefonsluse, hvor patienterne bl.a. angiver cpr-nummer og årsag til henvendelsen, mens de venter, hjælper sammen med 'flydenotater'¹⁰ til at gøre samtalerne effektive. Tilsvarende fremgår det, at nye muligheder for selvbetjening i forhold til bookning af konsultationer, se prøvesvar, anmode om receptfornyelser mv. også medvirker til at mindske antallet af opkald.

Den samlede oplevelse er, at der (særligt i forhold til klinikkens læger) er opnået et lavere tidsforbrug og øget kvalitet i forhold til KfAM's håndtering af telefoniske

⁹ Relevante samarbejdspartnere, fx fra Lemvig Kommunes hjemmesygepleje og Tryghedshotel, har adgang til et direkte nummer.

¹⁰ Et flydenotat er en sammenfatning af den enkelte patients sygdomsbillede og forløb, der står øverst, når journalen åbnes, med henblik på at give overblik og herunder også understøtte vidensdeling på tværs af personalet i forhold til de enkelte patienters særlige opmærksomhedspunkter.

henvendelser. Disse resultater fremhæves også som en af forudsætningerne for, at det er lykkedes at håndtere de to store udvidelser, KfAM har været igennem.

3.3.2 Taxaordning – med administrativt arbejde

Som tidligere nævnt i afsnit 2.2.2 har KfAM en taxaordning, hvor aktuelt to læger og en sygeplejerske bliver kørt til og fra klinikken. Ordningen indebærer en væsentlig udgift, der aktuelt fremstår som en nødvendighed i forhold til at understøtte rekruttering og fastholdelse. Det fremgår til gengæld som en ny udvikling, at KfAM's ansatte har redskaber og IT-understøttelse, der gør det muligt at løse administrative opgaver under transporten.

3.3.3 Hjemmearbejde – med konsultationer

I takt med at KfAM er begyndt at anvende videomøder og videokonsultationer samt som led i et alment fokus på medicingennemgang, udarbejdelse af 'flydenotater' i patientjournaler mv. er der blevet mulighed for hjemmearbejde. Dette er som taxaordningen et element i forhold til fastholdelse og rekruttering, men samtidig også et element til at sikre ro og fordybelse i forbindelse med de opgaver, der ikke indebærer patientkontakt. Det fremgår af interviews, at erfaringerne primært er gode, men også at der stadig arbejdes på at optimere rammerne for hjemmearbejde. Sikker og stabil opkobling er i den forbindelse et fortsat opmærksomhedspunkt og frustration i forhold til møder og videokonsultationer.

3.3.4 Faste og fælles strukturer for pauser og supervision

Tabel 3.1 viser, at der i modsætning til tidligere er afsat faste tider til pauser, som der lægges vægt på, at alle personalegrupper skal holde og deltage i. Afsættet er tidligere erfaringer med, at mange ikke nåede at holde pauser i løbet af dagen, hvilket fremstod som en kilde til for stort arbejdspress og en oplevelse af at arbejde for meget alene.

Det fremstår også nyt, at der i dagsprogrammet er afsat faste tider til supervision – samt at der er etableret faste ansvarsfordelinger såvel som instrukser, der skal understøtte systematik og udbytte. I forhold til de afsatte tider er det klinikkens faste læger, der står for supervision, og i forhold til de behov, der opstår i løbet af dagen, er det klinikkens akutlæge, der har teten (uddybes nedenfor).

Det fremgår af interviews og observation, at de nye rammer for pauser (særligt i første halvdel af 2024) fungerer godt i forhold til ønsket om fællesskab i hverdagen og

behovet for at hvile hovedet i det ofte komprimerede patientarbejde. Tilsvarende forbindes de faste rammer for supervision med bedre understøttelse af klinikkens uddannelseslæger og ikke-lægelige personale i det patientrettede arbejde. I perioder med sygdom og ferie samt ved overtagelsen af Thyborøn-klinikken har der fortsat været tendenser til, at pauser og supervision drukner i travlhed. Det beskrives derfor som et opmærksomhedspunkt at fastholde dagligdagens fælles strukturer i 2025.

3.3.5 Fast akutfunktion for sygeplejerske og læge

Tabel 3.1 viser, at KfAM har indført en dedikeret akutfunktion med et dagligt læge- og sygeplejerskespor. Akutfunktionen kører på skift hos personalet og indebærer, at man på dagen har ansvar for samtlige akutte henvendelser fra patienter og samarbejdspartnere samt ansvar for akutte behov for supervision og sparring, der opstår i løbet af dagen.

Målet er – på linje med andre større praksis, VIVE har undersøgt (Buch, Hauge-Helgested et al., 2012; Kjellberg & Buch, 2010; Kjellberg et al., 2008) – at skabe arbejdsro for klinikkens øvrige personale samt bedre kvalitet og mulighed for at prioritere hjemmebesøg i forhold til patienter med akutte behov¹¹. Det fremgår af interviews, at akutfunktionen langt hen ad vejen fungerer godt og giver de ønskede resultater. De interviewede læger beskriver dog, at det kan være svært at nå de konsultationer, der sættes på deres program, og samtidig indfri de behov for sparring, der opstår, når der er mange sygeplejersker i front for det patientrettede arbejde. Derfor fremstår det som et fortsat opmærksomhedspunkt at udvikle arbejdsdelingen mellem den akutansvarlige læge og det ikke-lægelige personale.

3.3.6 Ny satellitfunktion for KfAM's læger

Tabel 3.1 illustrerer, hvordan lægedækningen af Thyborøn-klinikken indtil videre går på skift mellem KfAM's faste læger. Overtagelsen af Thyborøn-klinikken og ansvaret for at sikre lægedækning af de tilknyttede patienter har gjort det nødvendigt at indføre et nyt lægespor, der indtil videre bemandes på skift af KfAM's faste læger. Lægesporet i Thyborøn indebærer et udvidet fokus på at understøtte de tre sygeplejerskers patientrettede arbejde, da disse har mange selvstændige opgaver – og et større kendskab til de enkelte patienter end lægerne.

Som led i etableringen af Thyborøn-klinikken er der bl.a. planlagt studiebesøg i andre praksis, der opererer med satellitfunktioner, og gennemført et besøg i Grenaa

¹¹ I den forbindelse er der også udarbejdet en instruks for akutfunktionens arbejdsgange og KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune om akutte patienter (uddybes i kapitel 4).

Lægehus¹² for at få erfaringer og inspiration. På den baggrund arbejdes der med at udvikle en model for virtuel supervision af sygeplejerskerne i Thyborøn mhp. at aflaste den tilstedeværende læge. Tilsvarende arbejdes med at øge andelen af videokonsultationer i Thyborøn (og Lemvig) og herunder afklare hvilke emner der egner sig til dette, samt at udvikle kvalitetssikrede vejledninger for disse konsultationer.

3.3.7 Nye funktioner for KfAM's sekretærer

Oprettelsen af hhv. et laboratoriespor og et administrativt spor for to af KfAM's sekretærer, jf. Tabel 3.1, er sket som led i det generelle arbejde med at optimere klinikdriften samt for at udnytte de spidskompetencer, der findes i personalegruppen.¹³

Ansvar for laboratoriets prøvetagninger er således givet til en sekretær, der qua en baggrund som farmakonom samt flair for optimering og systematik af arbejdsgange har særlige kompetencer til denne opgave. Et væsentligt mål – og oplevet resultat – er, at KfAM's øvrige personale får bedre mulighed for at koncentrere sig om øvrigt patientrettet arbejde, samt at antal og typer af prøver, der kan tages i klinikken, er udvidet. Klinikken har med det afsæt også været i stand til at hjemtage ansvaret for blodprøvetagning fra den regionale laboratorieenhed, der også har lokaler i sundhedshuset.¹⁴

Oprettelsen af det administrative spor begrundes med, at en af KfAM's sekretærer har særlig flair for planlægning, koordinering og personaleadministration mv. Hun fungerer med det afsæt i det daglige som praksismanager og højre hånd for KfAM's daglige leder. Væsentlige mål – og oplevede resultater – for funktionen handler om at sikre ensartethed og kvalitet i klinikkens understøttende redskaber (uddybes i afsnit 3.4). Samtidig understøtter funktionen, at KfAM's daglige leder tre dage om ugen kan indgå i det patientrettede arbejde på linje med klinikkens øvrige læger.

3.4 Understøttende redskaber, møder og undervisning

En vellykket optimering af KfAM's dagligdag og arbejdsdelinger (herunder særligt at flytte opgaver fra læger til det øvrige personale) afhænger bl.a. af, om der er adgang til understøttende vejledninger og instrukser, samt at disse er anvendelige og

¹² Grenaa Lægehus er kendt som en foregangsklinik i forhold til at sætte det ikke-lægelige personale i front og derved frigøre tid til klinikkens læger.

¹³ Oprettelsen af en ambulatoriefunktion hænger herudover sammen med, at KfAM har overtaget ansvaret for egne blodprøver fra den regionale laboratorieenhed, der også har lokaler i sundhedshuset pga. manglende kapacitet i den regionale enhed.

¹⁴ KfAM blev bedt om det, fordi der manglede personaleressourcer og analysekapacitet i den regionale enhed.

anerkendte i hverdagen. Faglige kompetencer og adgang til supervision fremstår ligeledes som afgørende for effektiv og patientsikker opgaveløsning.

Det fremgår i den forbindelse, at der siden 2022 vedvarende er arbejdet med at kvalitetssikre eksisterende redskaber, udarbejde nye og skabe systematik i den praktiske anvendelse. Vægten har særligt været på at dække KfAM's funktions- og arbejdsgangsbeskrivelser samt de konsultationer og kronikerforløb, der involverer det ikke-lægelige personale.

3.4.1 Vejledninger er samlet og systematiseret i MediBOX

Det understøttende materiale er samlet under en fane i klinikkens MediBOX-plattform¹⁵ under nedenstående fem kategorier¹⁶:

- Klinikken: Referater og beskrivelser af klinikkens mødestrukturer, drejebøger for opstart af nyt personale mv.
- Sygdom/årskontrol: Vejledninger med tilhørende instrukser, der beskriver arbejdsdeling og fremgangsmåde for opfølgning og behandling af specifikke sygdomme (fx KOL, diabetes, osteoporose og astma)
- Forebyggelse: Vejledninger og instrukser for bl.a. håndtering af akutte henvendelser, prævention og børneundersøgelser
- Recepter: Med særlig vægt på arbejdsgange og ansvarsfordelinger ved ordination og fornyelse af risikomedicin (afhængighedsskabende, antibiotika, steroider mv.) samt vejledninger om tilskud
- Administration: Der bl.a. indeholder KfAM's funktionsbeskrivelser og generelle beskrivelser af arbejdsdelinger mellem klinikkens personalegrupper.

3.4.2 Fra vejledninger til ny praksis

Som også angivet i afsnit 2.2 forbindes fremdrift og resultater med tilknytningen af ledere med fast daglig tilstedeværelse i klinikken, samt at der i lille grad har været udskiftning af klinikkens personale.

¹⁵ MediBOX er en almen medicinsk vidensdatabase og IT-plattform udviklet af almenmedicinere i regi af Månedsskrift for Praktisk Lægegerning med henblik på at understøtte og effektivisere praksisteamets samarbejde og konsultationsarbejdet.

¹⁶ Samlet set er der tale om et omfattende materiale, og det ligger uden for evalueringens rammer at vurdere indhold, anvendelighed – og de forskellige personalegruppers konkrete anvendelse.

Arbejdet med at omsætte vejledninger og arbejds gange til hverdagen er desuden understøttet af fælles og monofaglige møder for klinikkens ansatte samt af intern undervisning, der går på skift mellem de ansatte alt efter emnet¹⁷. Møderne giver mulighed for at drøfte nye arbejds gange og samarbejder, mens undervisningen ofte fokuseres på de specifikke patientrettede opgaver, der overdrages til det ikke-lægelige personale. Hertil kommer et fokus på at tilbyde eksterne kurser til klinikkens medarbejdere med afsæt i de generelle tilbud, der findes for praksispersonale.

Det fremgår af interviews, at de udviklede vejledninger, instrukser og rutiner for supervision generelt opleves dækkende for de opgaver, der deles mellem klinikkens læger og øvrige ansatte. Nye fraser og rammer for arbejdet med dokumentation, attester, prøvetagning, udlevering af prøvesvar mv. beskrives tilsvarende som kilder til øget effektivitet. Endelig er der en række arbejds gange i forhold til specifikke konsultationstyper – fx årskontroller for patienter med kroniske sygdomme – der er blevet revideret i forhold til gældende faglige vejledninger. Dette har i en række tilfælde resulteret i, at der er fjernet opgaver (fx EKG-skanninger), hvormed den afsatte tid også har kunnet sættes ned fra fx 30 til 15 minutter.

I de gennemførte interviews, er det særligt KfAM's sekretærer og sygeplejersker, der sætter fokus på – og har en positiv oplevelse af – de understøttende redskabers anvendelighed og værdi. På baggrund af disse tiltag fremhæves også, at lægerne (selvom der stadig er forskelle) arbejder mere ensartet og er bedre til at overholde klinikkens vejledninger end tidligere. Rammerne for faggruppernes samarbejde opleves derfor at være godt, om end der i efteråret 2024 beskrives en tendens til, at nye vaner drukner i travlhed som følge af de nye patienter og kolleger.

De forbedrede rammer har samtidig understøttet sygeplejerskerne i at overtage markant flere patientrettede opgaver, herunder årskontrol for ukomplicerede patienter inden for en række kroniske sygdomsområder. Denne udvikling forbindes med en bedre udnyttelse af sygeplejerskernes konsultationsprogrammer og derved også aflastning af klinikkens læger.

De interviewede læger lægger også vægt på, at der er sket en væsentlig – og ønsket – udvikling af det tværfaglige samarbejde og opgavefordelingen mellem læger og øvrigt personale. Særligt afskaffelsen af uvisiteret telefontid om morgenen og klinikkens akutfunktioner fremstår samtidig som kilde til en mere effektiv hverdag for lægerne.

Med dette afsæt er der sket et skifte i lægernes opgaver i retning af mere supervision, samt at de i højere grad ser komplekse og multisygge patienter i deres egne konsultationer. Det fremgår, at disse ændringer kræver tilvænning og kan være

¹⁷ Se evt. bilag 1 for oversigt over møder og undervisningsaktiviteter i 2024.

krævende, bl.a. fordi lægerne får færre pusterum i hverdagen. Lægerne ser derfor fortsat et behov for at udvikle og konsolidere samarbejdet med de øvrige faggrupper, og dette gælder særligt i forhold til sygeplejerskerne i Thyborøn. Med dette afsæt er der også planlagt et overnatningsseminar med fokus på arbejdsdelinger og supervision for den samlede personalegruppe.

3.5 Opsamling

Evalueringsens interviewdeltagere oplever, at der i perioden siden 2022 er sket en lang række forbedringer af den daglige organisering og opgavedeling. Udviklingen er båret af et vedvarende fokus på at udvikle og effektivisere KfAM's drift og hverdag samt de behov og muligheder, der er fulgt med den større patient- og personalegruppe.

Nye funktioner, arbejdsgange og konsultationstyper fremstår som væsentlige elementer i arbejdet med at styrke den daglige organisering. Hertil kommer nye vejledninger, instrukser og tilgange til supervision, der understøtter en højere ensartethed i lægernes tilgang til uddelegering, samt en højere grad af opgaveoverdragelse til klinikkens øvrige personale.

Resultatet opleves at være et bedre patientflow og øget kapacitet i det patientrettede arbejde såvel som en forudsigelig og rolig dagligdag. Med det afsæt beskrives også, at der i perioder har været god mulighed for at dedikere ressourcer til organisatorisk og faglig udvikling.

De aktuelle og fremadrettede opmærksomhedspunkter knytter sig først og fremmest til at få styr på arbejdsgange, medicin og behandling i relation til de nye patienter og personalet på den nye lokation i Thyborøn. Lægernes arbejdsvilkår og samarbejdet mellem læger og sygeplejersker er i den forbindelse et fortsat udviklingspunkt – på linje med brugen af skærmt teknologi i forhold til både det tværfaglige og patientrettede arbejde.

4 KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune

Dette kapitel sætter fokus på regionsklinikkens samarbejde med hjemmesygeplejen i Lemvig Kommune samt kommunens *Tryghedshotel*¹⁸. Kapitlet opsummerer først de vigtigste opmærksomhedspunkter, der i 2022 fremstod for samarbejdet med kommunen. De efterfølgende afsnit gennemgår, hvordan samarbejdet har udviklet sig, samt hvilke resultater og fremadrettede muligheder der er peget på i evalueringens interviews.

4.1 Midtvejsevalueringens resultater

Regionsklinikkens samarbejde med hjemmesygeplejen og Tryghedshotellet kredsedede ved midtvejsevalueringen primært om de svage ældre patienter, hvor der er behov for lægefaglig sparring. Midtvejsevalueringen fandt på den ene side, at det planlagte samarbejde i forhold til fx medicin, blodtryksmåling og sårpleje fungerede godt og sammenligneligt med almindelige PLO-praksis.

Samarbejdet omkring såvel patienter med akut og indlæggelsestruende sygdom som patienter, der nyligt er udskrevet fra hospital, var til gengæld præget af gensidige udfordringer. De kommunale informanter udtrykte særligt behov for lettere og hurtigere adgang til lægefaglig sparring og hjemmebesøg, bl.a. for at undgå genindlæggelser, når de bliver usikre på patienter. I regionsklinikken var der heroverfor en oplevelse af, at antallet af henvendelser fra kommunen var unødvendigt højt, samt at kvaliteten af henvendelser og korrespondancer ofte var utilstrækkelig. Dette gjorde det bl.a. vanskeligt for KfAM's personale at skelne mellem, hvilke henvendelser der var akutte.

Begge parter så et behov for at udvikle og systematisere samarbejdet, og vi anbefalede derfor at prioritere samarbejdet som et strategisk udviklingsfokus i de kommende år.

¹⁸ *Tryghedshotellet* er et kommunalt plejetilbud med midlertidige sengepladser til patienter i Lemvig Kommune, som enten er for svage/syge til at være hjemme, men hvor der ikke er anledning til eller grundlag for en indlæggelse på sygehus, eller som ikke er klar til at blive udskrevet til eget hjem efter en indlæggelse.

4.2 Udvikling og oplevede resultater i efteråret 2024

4.2.1 Faste møder med fokus på udvikling af samarbejde

Umiddelbart efter der var startet en ny lægefaglig leder af KfAM i sommeren 2022, blev der etableret et fast samarbejdsforum med Lemvig Kommune. Her mødes KfAM's leder og relevant personale ca. hver tredje måned med repræsentanter fra Lemvig Kommune. Fra Lemvig Kommune deltager som udgangspunkt to ledere fra hhv. Tryghedshotellet og hjemmesygeplejen, hjemmesygeplejens koordinator samt kommunens sundhedschef. Gruppen bistås med sekretariatsbistand af en kommunalt ansat konsulent.

Det fremgår af interviews, at det faste samarbejdsforum er værdsat på tværs af kommunale og KfAM-deltagere. Der er en fælles oplevelse af, at møderne er præget af konstruktiv og problemløsende dialog, hvor der er plads til at tale åbent om udfordringer i samarbejdet såvel som internt i egen organisation. Særligt de kommunale interviewdeltagere oplever, at de bliver mødt med respekt, og at der er interesse såvel som muligheder for at finde løsninger, der kan understøtte et rettidigt og effektivt samarbejde om fx de akut dårlige patienter.

De kommunale interviewdeltagere fortæller også, at det er nyt for dem at have et fast forum med fokus på samarbejdet med almen praksis. De oplever også, at KfAM – qua statussen som regionsklinik – har flere ressourcer og en mere systematisk indgangsvinkel til samarbejdet, end de er vant til i forhold til PLO-klinikker. I forlængelse heraf gives flere eksempler på, at løsninger, der er aftalt med KfAM, også hjælper kommunen i samarbejdet med PLO-klinikker (uddybes nedenfor). Flere kommunale informanter efterspørger med det afsæt også at udvide forummet til at inkludere deltagere fra områdets PLO-klinikker.

4.2.2 Ny instruks – og ny praksis – for samarbejdet om akut dårlige patienter

Samarbejdsforummets første indsatsområde knyttede sig til samarbejdet om akut dårlige patienter, hvor der som nævnt ovenfor var en række udfordringer og frustrationer. Gruppen startede med at drøfte hinandens arbejdsvilkår, udfordringer og ønsker til samarbejde og kommunikation.

Med det afsæt har den kommunale sygepleje (inklusive Tryghedshotellet og kommunens to plejecentre) fået et nummer til KfAM's akutansvarlige læge, som giver mulighed for hurtig adgang til dialog og sparring. Endvidere er der udarbejdet en

fælles instruks¹⁹ for samarbejdet om akut dårlige patienter. Instruksen beskriver i detaljer samarbejde og arbejdsgange for kommunale medarbejdere (primært sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen og på Tryghedshotellet), der har brug for sparring om akut dårlige patienter, samt hvordan personalet i KfAM skal håndtere henvendelserne. Ved implementeringen af instruksen er det bl.a. aftalt, at borgerne skal være triageret efter de gældende retningslinjer for akutsygepleje, samt at det i udgangspunktet skal være en hjemmesygeplejerske, der står for henvendelsen.

Det fremgår af evalueringens interviews, at instruksen har introduceret en systematik i samarbejdet, som både kommunale og regionale interviewdeltagere sætter stor pris på. For det første fordi den har fjernet meget af den usikkerhed, der tidligere udfordrede særligt de kommunale medarbejdere. For det andet fordi kommunikation – respons – gensidigt opleves langt mere præcis, rettidig og anvendelig.

De kommunale deltagere oplever derfor, at det er blevet nemt at komme i kontakt og få rettidig hjælp fra KfAM, samt at det i langt højere grad er muligt at få klinikkens læger ud på hjemmebesøg. Heroverfor lægger KfAM's interviewdeltagere vægt på, at kvaliteten af de kommunale korrespondancer er øget, så det er lettere at vurdere, hvilke der er akutte, og handle rettidigt på de forskellige typer af henvendelser.

Oplevelsen er samtidig, at instruksen er velimplementeret, samt at der løbende er fokus på at sikre oplæring og vejledning, når der kommer nye medarbejdere til. De kommunale interviewdeltagere fortæller også, at de følger instruksen i samarbejdet med områdets PLO-praksis, samt at den også i denne sammenhæng fungerer efter hensigten.

4.2.3 72-timers behandlingsansvar og fast plejehjemslæge

Genindlæggelser, uklart behandlingsansvar og mangelfuld information om de patienter, der udskrives fra hospital til et ophold på Tryghedshotellet, var problemstillinger, der fyldte meget for de kommunale deltagere i midtvejsevalueringen. Dette var stadig aktuelt ved dataindsamlingen i efteråret 2024, men der var samtidig sket flere væsentlige forbedringer.

Det første fremskridt knytter sig til, at der er indført en 72-timersperiode, hvor den udskrivende hospitalsafdeling fortsat har behandlingsansvaret. Dette indebærer en pligt til at stå til rådighed med information og vejledning for kommunen samt ansvar for at vurdere borgernes behov for opfølgende behandling og evt. genindlæggelse. Dette beskrives i interviews som et stort fremskridt, om end der stadig opleves en del udfordringer med at få hospitalsafdelingerne til at leve op til aftalen. Der

¹⁹ Instruksen fremgår af Bilag 2.

peges således på et fortsat behov for at arbejde med implementering og forankring af aftalen i hospitalsregi.

Det andet fremskridt knytter sig til, at KfAM fra efteråret 2024 stiller én fast plejehjemslæge til rådighed for Tryghedshotellet såvel som kommunens to plejecentre. Det fremgår i den forbindelse, at interviewdeltagerne fra Tryghedshoteller og de to plejecentre oplever et væsentligt forbedret samarbejde, samt at de forventer en yderligere styrkelse af dette, i takt med at ordningen med fast tilknyttet læge bliver fuldt implementeret. Særligt de kommunale interviewdeltagere håber, at forventningsafstemning med pårørende i forhold til aftaler om genoplivning og behandling i den sidste tid bliver styrket og systematiseret. Tilsvarende forventes, at der kan laves klarere aftaler omkring den generelle pleje og behandling af plejecentrenes patienter, når samarbejdet fundes i faste relationer med den tilknyttede læge.

4.2.4 Månedlige tværsektorielle samarbejds møder om attester mv.

Et relativt nyt tiltag, der er udsprunget af de kvartalsvise samarbejds møder, knytter sig til at styrke dialog og samarbejde omkring sygemeldte patienter. Ønsket er for det første at styrke arbejdet med attester, der kan være tidskrævende – og som nogle læger kan have svært ved at formulere korrekt i forhold til de kommunale sagsbehandlers behov. For det andet er der et ønske om at fremme relationer, gensidig dialog og viden på tværs af de involverede. Dette gælder både generelt og specifikt i forhold til de borgerforløb, der samarbejdes om.

Med afsæt i ovenstående er der en gang månedligt afsat tre timer til rundbords-samtaler, der kan bookes af kommunen i forhold til dialog og sagsbehandling af komplekse borgersager. Samarbejdsformen er fortsat under udvikling, men det fremgår af interviews, at de foreløbige erfaringer er gode, og der er en forventning om, at møderne understøtter ønsket om et styrket samarbejde.

4.3 Opsamling

KfAM's samarbejde med sundheds- og ældreområdet i Lemvig Kommune har udviklet sig positivt siden VIVEs midtvejsevaluering. Via faste samarbejds møder mellem KfAM og Lemvig Kommune er der udviklet relationer og et samarbejde, der opleves gensidigt udbytterigt og respektfuldt. I forhold til det daglige patientrettede samarbejde er der udviklet en fælles instruks for samarbejdet omkring akutte og indlæggelsestruede patienter. I evalueringens interviews beskrives instruksens anvendelig og velimplementeret, hvorfor der opleves et væsentligt løft af samarbejdet. I KfAM er der også etableret en fast akutvagt, der på skift bemannes af klinikkens

læger, hvilket for de kommunale interviewdeltagere forbindes med, at det er blevet lettere at få hjemmebesøg til indlæggelsestruede patienter.

Endvidere er det fra efteråret 2024 og frem aftalt, at KfAM tilknytter en fast plejehjemslæge til kommunens Tryghedshotel og de to plejecentre. Forventningen er, at dette vil styrke samarbejdet yderligere, men på tidspunktet for evalueringens dataindsamling var der endnu ikke konkrete erfaringer.

Den nyeste udvikling er etablering af månedlige samarbejds møder mellem KfAM og Lemvig Kommune om attester i forhold til sygedagpengesager og patienter, der er under udredning i forhold til arbejdsevne mv. Samarbejdsformen er endnu ny, men oplevelsen er, at mødernes konkrete dialog og sagsbehandling er med til at sikre mere kvalificerede attester og et smidigere samarbejde med færre misforståelser.

5 KfAM's patientpopulation, økonomi og ydelser

Dette kapitel belyser udviklingen i KfAM's patientgrundlag, ydelser og økonomi. Der ses først på patientkarakteristika og udviklinger i klinikkens patientpopulation samt antal og typer af patientkontakter. Dernæst ser vi på klinikkens drifts- og personaleomkostninger og på, hvordan Region Midtjylland fastlægger og styrer klinikkens økonomi. I begge tilfælde drages sammenligninger til gennemsnittet for PLO-praksis i Gødstrupklyngen, som omfatter Lemvig og de omkringliggende kommuner.²⁰

5.1 KfAM's patientpopulation og ydelser sammenholdt med Gødstrupklyngen

5.1.1 Patientkarakteristika pr. lægekapacitet

Tabel 5.1 viser karakteristika for KfAM's patienter, herunder fordelingen på alder, køn og sygelighed pr. lægekapacitet. Tabellen er baseret på data fra ultimo 2024. Tabellens venstre kolonner vedrører KfAM, mens højre kolonne vedrører de patienter, som er tilmeldt en PLO-praksis i Gødstrupklyngen. Sammenligningen ser dermed ikke på praksisniveau, men på, hvordan regionsklinikkens patienter spejler sig i forhold til den samlede population af patienter, som er tilmeldt en PLO-praksis i Gødstrupklyngen.

Tabel 5.1 viser, at regionsklinikken i 2024 har sikret 1.534 patienter et lægetilbud pr. lægekapacitet²¹, mens det tilsvarende tal er 1.389 patienter pr. lægekapacitet for gennemsnittet af PLO-praksis. Omregnet til procent svarer dette til, at regionsklinikken i 2024 har haft ca. 10 % flere tilmeldte patienter pr. lægekapacitet i forhold til PLO-praksis. Jævnfør kapitel 3 er de mange tilmeldte patienter pr. læge også afspejlet i et vedvarende fokus for KfAM på at overdrage opgaver fra klinikkens læger til det øvrige personale.

²⁰ Patienter tilmeldt udbudsklinikker indgår ikke i sammenligningen af økonomi og ydelser i dette kapitel, da dette falder uden for evalueringens formål.

²¹ Uddannelseslæger indgår ikke i opgørelsen, og antallet af patienter og lægekapaciteter er opgjort som et gennemsnit for hele 2024.

Tabel 5.1 KfAM's patienter i 2024 sammenlignet med den øvrige patientpopulation i Gødstrupklyngen

	KfAM	Gødstrupklyngen
Antal sikrede	6.655	248.679
Antal lægekapaciteter	4	161
Sikrede pr. lægekapacitet	1.534	1.389
Køn		
Mænd og drenge	791 (49,0 %)	723 (48,4 %)
Kvinder og piger	823 (51,0 %)	770 (51,6 %)
Sygelighed		
Let til middelsvær	199 (12,3 %)	176 (11,8 %)
Svær	35 (2,1 %)	27 (1,8 %)
Aldersgruppe		
0-24 år	385 (23,9 %)	427 (28,6 %)
25-64 år	741 (45,9 %)	705 (47,2 %)
65+ år	487 (30,2 %)	362 (24,2 %)

Anm.: Tabellen viser de gennemsnitlige karakteristika af patienterne tilknyttet hhv. KfAM og Gødstrupklyngens PLO-praksis. Opgørelser og beregninger er sket med afsæt i det gennemsnitlige antal lægekapaciteter og tilmeldte patienter for hele 2024. De patienter, der pr. 1/9 blev overtaget fra klinikken i Thyborøn, er indregnet i gennemsnittet for 2024.

Opgørelsen af køn, sygelighed og alder er baseret på sikrede pr. lægekapacitet. Sygeligheden er baseret på Charlsons komorbiditysindex.

Kilde: Data brugt i tabellen er leveret af Region Midtjylland.

Opgørelserne af køn og alder viser, at KfAM (jf. (Klausen & Buch, 2022)) fortsat har væsentligt flere ældre patienter²², samt at patienterne har en lidt højere sygelighed sammenlignet med PLO-gennemsnittet i Gødstrupklyngen.

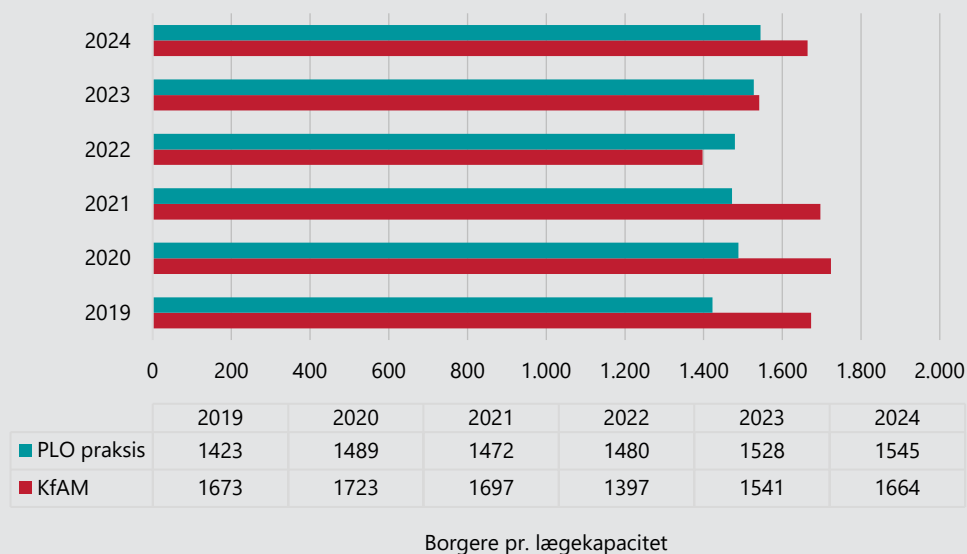
Figur 5.1 ser på udviklingen i antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet over tid i de 5 år, KfAM har eksisteret.

Som det fremgår af Figur 5.1, steg antallet af sikrede patienter pr. lægekapacitet i Gødstrupklyngens PLO-praksis med 105 patienter i perioden 2019-2023. I 2024 ses til gengæld et fald på 139 patienter pr. lægekapacitet, hvilket bringer PLO-praksis-sene tilbage til et antal patienter, der er en smule under gennemsnittet for 2019.²³

²² Som angivet i Bilagstabel 1.2 er KfAM's patienter gennemsnitligt ca. 45 år, mens gennemsnittet for Gødstrupklyngens PLO-praksis er ca. 40 år.

²³ Fra 2023 til 2024 falder antallet af sikrede patienter med 36.096, antallet af kapaciteter og klinikker falder med hhv. 9 og 3 blandt Gødstrupklyngens PLO-praksis.

Figur 5.1 Antal sikrede patienter pr. lægekapacitet, 2019-2024



Kilde: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE.

I perioden 2019-2021 havde KfAM ca. 1.700 tilknyttede patienter pr. lægekapacitet, hvilket var væsentligt over gennemsnittet for områdets PLO-praksis. I 2022 blev KfAM udvidet med to lægekapaciteter i forbindelse med overtagelsen af patienter fra Nordic Medicare, og klinikken sikrede det år færre patienter end områdets PLO-klinikker. Antallet af patienter pr. lægekapacitet i KfAM har herefter ligget stabilt på ca. 1.530 i 2023-2024.

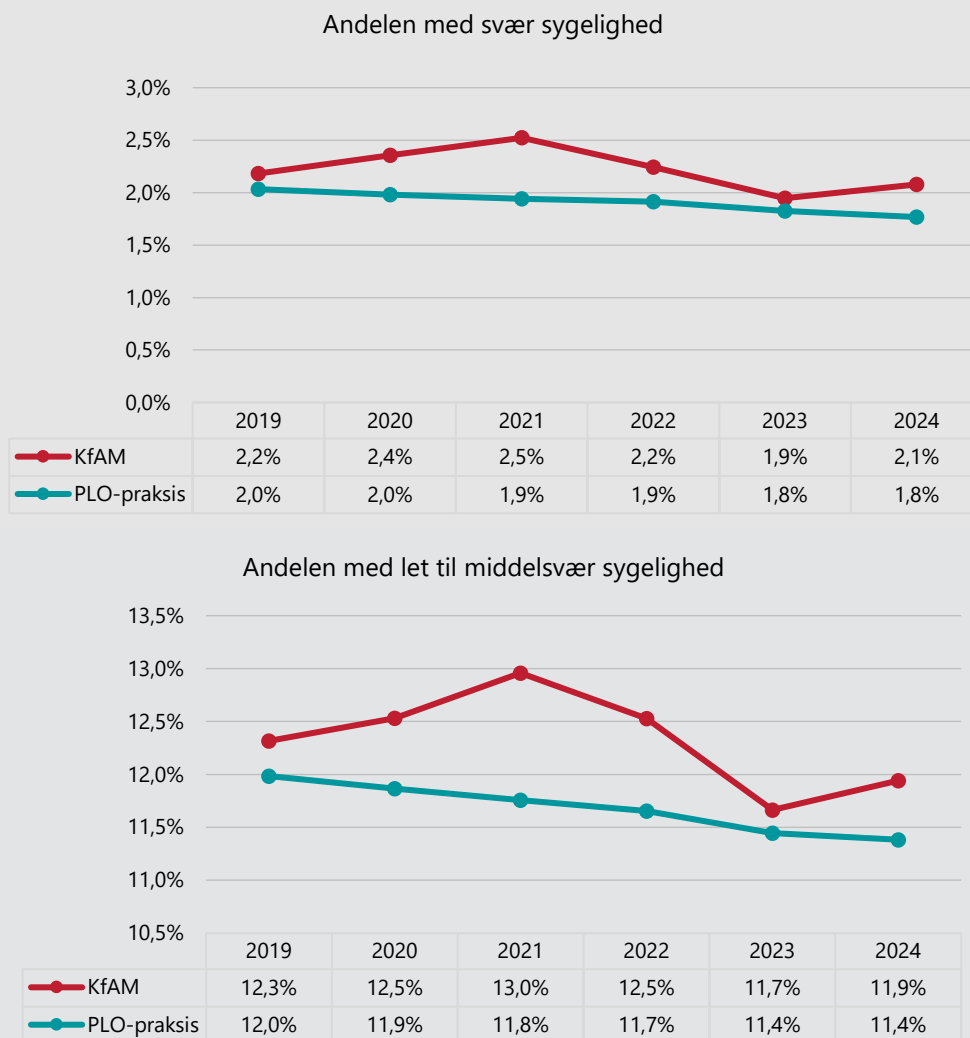
Det er vigtigt at huske, at tabellen viser gennemsnittet på årsbasis. Efter overtagelsen af klinikken i Thyborøn havde KfAM (jf. kapitel 2) ca. 1.725 tilknyttede patienter pr. fuldtidslæge, hvilket er væsentligt over det ønskede. Derfor arbejdes der i 2025 på at udvide antallet af læger, så antallet af patienter pr. læge kommer tilbage på ca. 1.500.

5.1.2 Patienternes sygelighed

Figur 5.2 ser nærmere på, hvordan patienternes sygelighed har udviklet sig i hhv. KfAM og Gødstrupklyngens PLO-praksis over tid.

Figur 5.2 Patienternes sygelighed siden 2019 sammenlignet med Gødstrupklyngens patienter

Graferne viser andelen af patienterne i KfAM, som har hhv. let til middelsvær sygdom og svær sygdom i årene 2019-2024. Der sammenlignes med den bredere population af patienter i Gødstrupklyngen.



Anm.: Sygeligheden er baseret på Charlsons komorbiditetsindeks.

Kilde: Data fra Region Midtjylland.

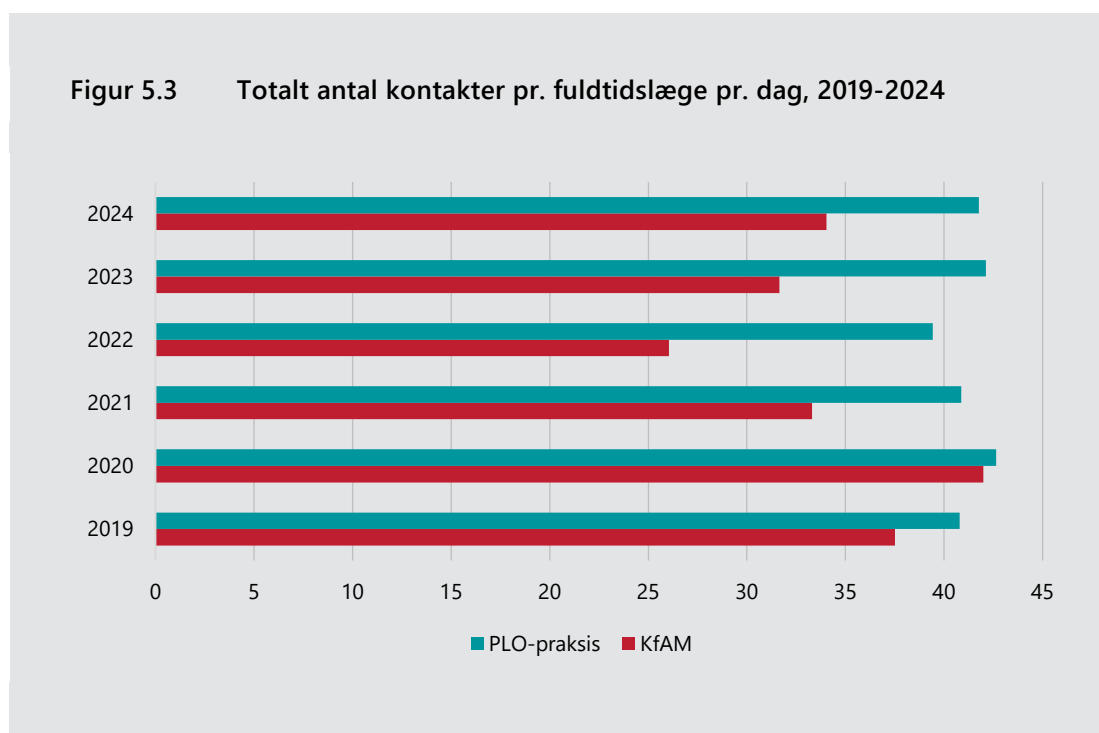
Det fremgår af Figur 5.2, at KfAM's patienter i hele perioden 2019-2024 har en lidt højere sygelighed end gennemsnittet af patienterne i Gødstrupklyngens PLO-praksis. Det fremgår endvidere, at sygeligheden er steget en smule i både KfAM og Gødstrupklyngens PLO-praksis, når opgørelserne fra 2019 sammenlignes med 2024.

5.2 Udviklingen i KfAM's ydelser sammenlignet med PLO-praksis

Dette afsnit ser på, hvordan KfAM's ydelser har udviklet sig over tid, og hvordan ydelsesmønstret ser ud sammenholdt med gennemsnittet af PLO-praksis i Gødstrupklyngen.²⁴ Analysen ser først på det samlede antal kontakter og dernæst isoleret på de forskellige typer af kontakter (fremmødekonsultationer, sygebesøg, telefonkonsultationer, e-mail-konsultationer og videokonsultationer).

5.2.1 Kontakter pr. lægekapacitet, fremmødekonsultationer og sygebesøg

Figur 5.3 viser det samlede antal kontakter pr. fuldtidslæge pr. dag i KfAM for årene 2019-2024. Der sammenlignes med patienter tilmeldt PLO-praksis.



Kilde: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE.

Som det fremgår af figuren, er der for årene 2019-2021 registreret færre kontakter i KfAM pr. læge pr. dag sammenlignet med gennemsnittet for PLO-praksis i

²⁴ Der knytter sig et væsentligt forbehold til sammenligningerne, som bunder i, at regionsklinikken – i modsætning til PLO-klinikker – ikke er ydeshonoreret. Dermed har klinikken ikke et økonomisk incitament til fx at maksimere andelen af konsultationer eller til at opretholde en grundig ydelsesregistrering. Ogørelserne og evt. bagvedliggende forskelle skal derfor tolkes med forsigtighed.

Gødstrupklyngen. Det fremgår samtidig, at KfAM's ydelser var næsten identiske med gennemsnittet for PLO-praksis i 2020 (der var præget af covid-19-nedlukninger), hvorefter antallet af ydelser i KfAM er faldet fra 2021 og frem.

I årene 2022-2024 ligger KfAM således væsentligt lavere end gennemsnittet for PLO-praksissene. Særligt i 2022 (hvor KfAM i en periode var uden fast ledelse) ses et stort fald i antallet af registrerede kontakter. I 2023-24 stiger antallet af registrerede kontakter igen, men niveauet er fortsat en del lavere end i perioden 2019-2020.

De overordnede forskelle på KfAM's og Gødstrupklyngens patientkontakter kan skyldes mange forskellige ting – og herunder sammensætningen af de forskellige kontaktformer, som patienterne har mulighed for. Figur 5.4 og Figur 5.5 sammenligner de fem overordnede typer af kontakter, der registreres i almen praksis for at se nærmere på dette.²⁵

Hvis der ses isoleret på fremmødekonsultationer, illustrerer Figur 5.4, at KfAM i det meste af perioden 2019-2024 har registreret færre konsultationer pr. tilmeldt patient sammenlignet med gennemsnittet for Gødstrupklyngens PLO-praksis. Det fremgår samtidig, at udviklingen i fremmødekonsultationer pr. patient er forholdsvis stabil for begge patientgrupper, hvilket indikerer, at klinikkernes konsultations-/registreringspraksis ikke har ændret sig væsentligt i perioden. Endelig fremgår det, at KfAM siden tredje kvartal af 2022 konsekvent ligger under gruppen af PLO-praksis, samtidig med at forskellen øges over tid, så der ved udgangen af 2024 registreres ca. 24 % færre kontakter i KfAM.

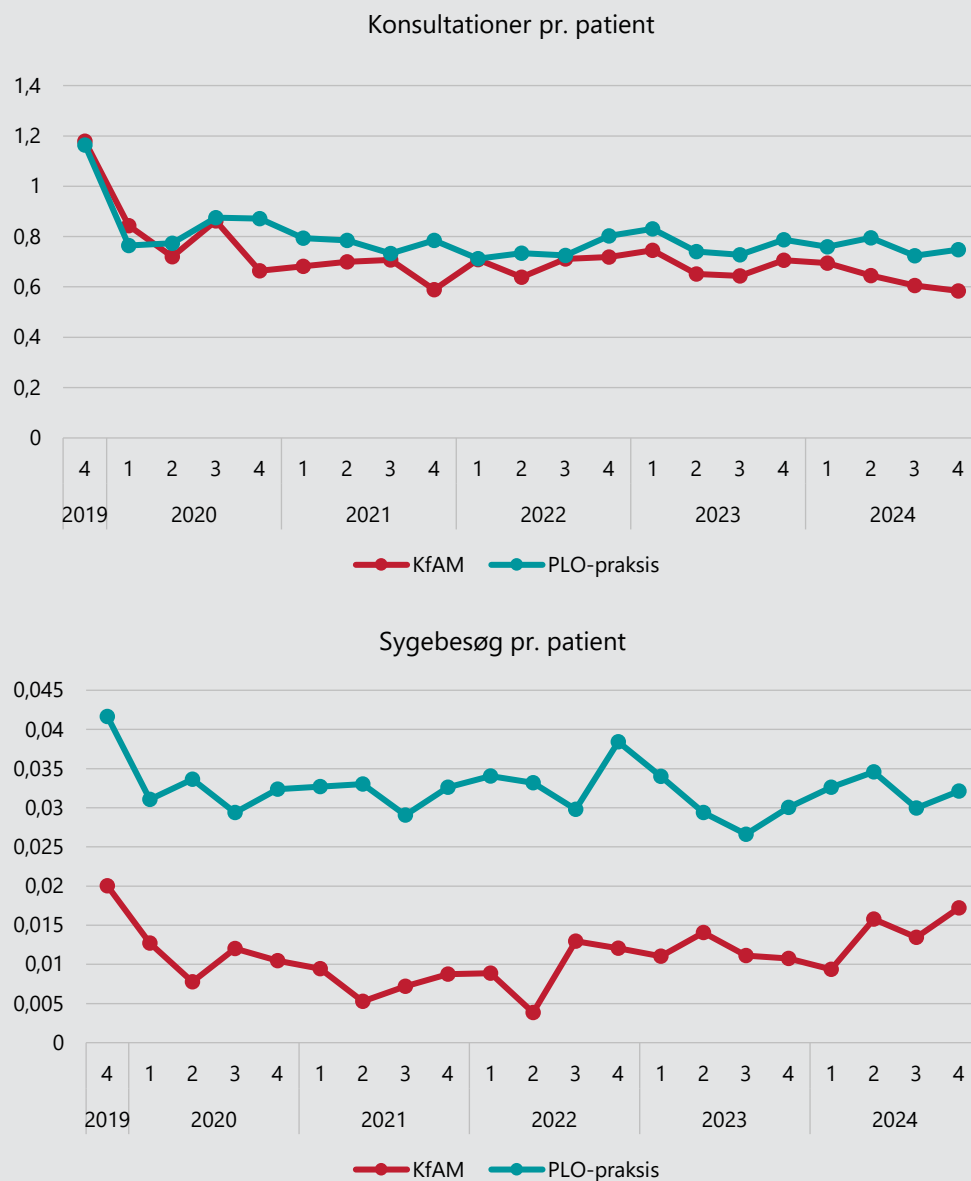
For perioden 2019-2022 havde KfAM betydeligt færre sygebesøg (op til ca. 85 % færre) sammenlignet med patienterne tilmeldt PLO-praksis. Som det fremgik af VIVEs midtvejsevaluering (Klausen & Buch, 2022) blev dette fremhævet som en udfordring af KfAM's kommunale samarbejdspartnere. Det fremgik desuden som en udfordring, at KfAM's læger havde forskellige tilgange til sygebesøg, samt at udfordringer med ventetid og en presset hverdag begrænsede mulighederne for at afsætte tid til sygebesøg. Fra sommeren 2022 og frem ses en væsentlig stigning (en tredobling ved udgangen af 2024) i KfAM's sygebesøg.²⁶ Det fremgår, at antallet af sygebesøg forbliver stabilt hos PLO-praksissene, hvilket betyder, at de i 2024 fortsat leverer ca. dobbelt så mange sygebesøg pr. patient, som KfAM.

²⁵ Der er ikke lavet opgørelser af videokonsultationer for 2019-2021, da denne mulighed ikke blev benyttet i KfAM.

²⁶ Som gennemgået i kapitel 3 falder stigningen dels sammen med en mere stabil hverdag i KfAM, dels med oprettelsen af en fast akutfunktion bemandet af en læge og sygeplejerske.

Figur 5.4 Fremmødekonsultationer og sygebesøg pr. tilmeldt patient i KfAM sammenlignet med PLO-gennemsnit i Gødstrupklyngen

Opgørelsen viser antallet af registrerede ydelser opgjort pr. kvartal.



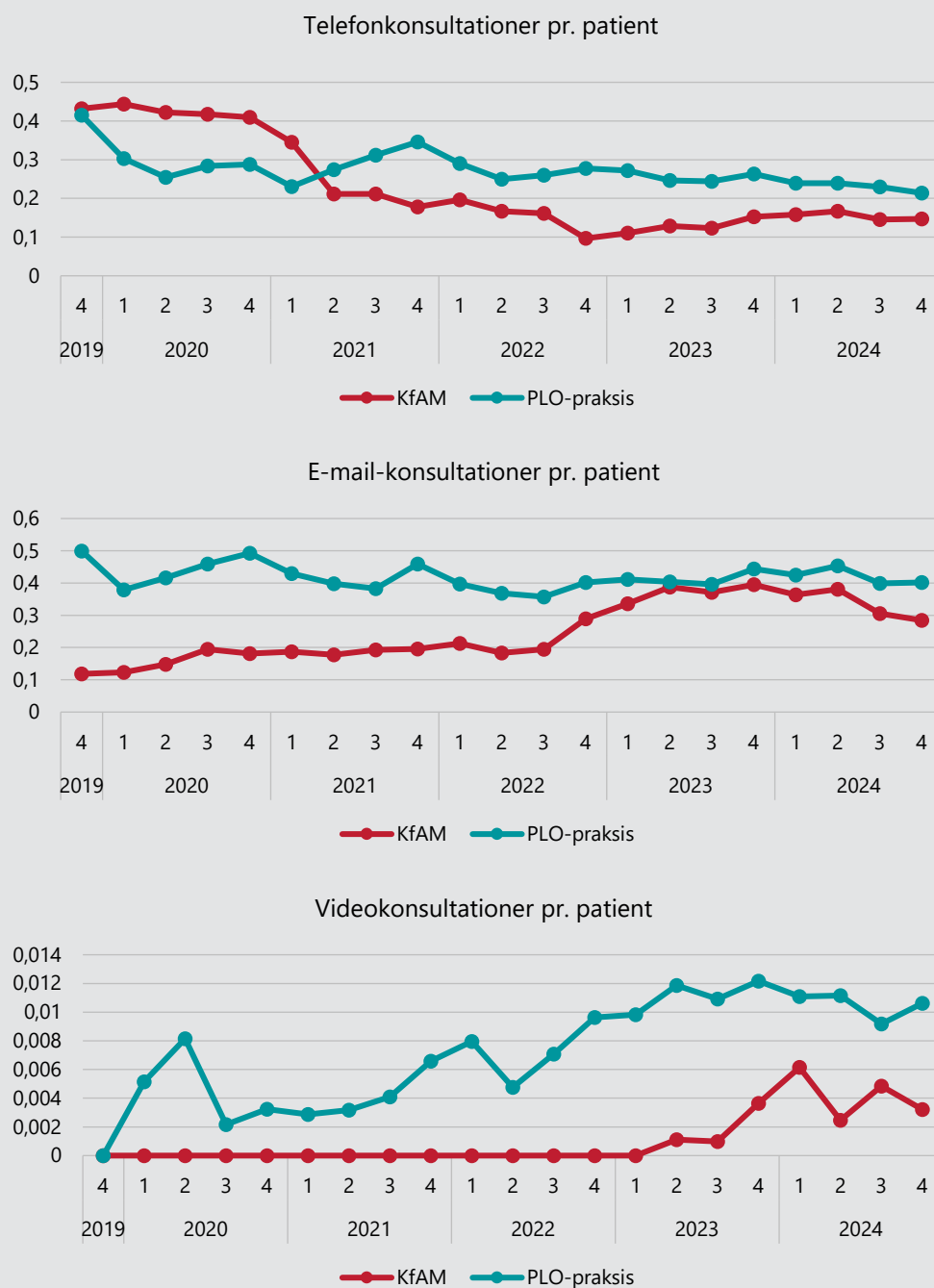
Kilde: Data brugt i tabellen er trukket af Region Midtjylland og leveret til VIVE.

5.2.2 Telefon, e-mail- og videokonsultationer

Figur 5.5 sammenligner udviklingen af registrerede e-mails, telefon- og videokonsultationer på tværs af KfAM og Gødstrupklyngens PLO-praksis:

Figur 5.5 **Udviklingen i KfAM's e-mail-, telefon- og videokonsultationer sammenlignet med gennemsnittet for PLO-klinikker i perioden 2019-2024**

Opgørelsen viser antallet af registrerede ydelser opgjort pr. kvartal.



Anm.: Kurverne angiver det gennemsnitlige antal konsultationer pr. patient opgjort kvartalsvis.

Kilde: Udarbejdet af VIVE med afsæt i opgørelser fra Region Midtjylland.

Ser vi på telefonkonsultationer, fremgår det af Figur 5.5, at der i perioden 2019-2020 var væsentligt flere kontakter (i et enkelt kvartal 40 % flere) pr. patient i KfAM sammenlignet med PLO-praksis. Herefter vender billedet, så der i 2021 og frem er betydeligt færre telefonkonsultationer (op til ca. 55 % færre) i KfAM sammenlignet med Gødstrupklyngens PLO-praksis.

Udviklingen i KfAM's telefonkonsultationer skal ses i relation til udviklingen i antallet af e-mail-konsultationer²⁷, der ca. er tredoblet i perioden 2019 til 2024. Med dette afsæt ses også, at KfAM er gået fra at have markant færre e-mail-konsultationer end Gødstrupklyngens PLO-praksis (op til ca. 75 % færre) til "kun" at have ca. 33 % færre i 2024.

Endelig fremgår det, at KfAM i perioden 2023-2024 er begyndt at anvende videokonsultationer, om end antallet fortsat er ca. 70 % lavere ved udgangen af 2024 sammenlignet med gruppen af PLO-praksis.

5.2.3 KfAM har færre patientkontakter end PLO-praksis

Opgørelserne i Figur 5.3-Figur 5.5 viser på linje med VIVEs tidligere evalueringer (Buch et al., 2019; Klausen et al., 2021; Klausen & Buch, 2022), at KfAM på tværs af kontakttyper har færre registrerede patientkontakter sammenlignet med gennemsnittet for Gødstrupklyngens PLO-klinikker. Opgørelserne viser, at der er en del udsving i antallet af kontakter over tid, men det fremgår også, at der ikke ses tydelige udsving i hhv. efteråret 2022 og 2024, hvor KfAM overtog store grupper af nye patienter.

Der kan være mange årsager til de observerede forskelle, og evalueringens datagrundlag giver ikke mulighed for at vurdere de præcise sammenhænge. Samtidig skal det understreges, at antallet af kontakter ikke i sig selv kan ses som udtryk for hhv. kvalitet og effektiv opgavevaretagelse.²⁸ Der er dog nogle mulige forklaringer, som der er peget på i de gennemførte interviews med KfAM's ledelse og medarbejdere såvel som i midtvejsevalueringen af KfAM.

For det første peges der på, at fraværet af ydelsesregistrering og bestemmelsen om, at der honoreres én grundydelse pr. dag, understøtter et fokus på at gentænke

²⁷ Som det fremgik af VIVEs midtvejsevaluering, anvendte KfAM stort set ikke e-mail-konsultationer i perioden 2019-2020, og tilsvarende tog det tid at få klinikkens elektroniske tidsbestilling mv. etableret. Faldet i klinikkens telefonkonsultationer skal således til dels ses som en konsekvens af, at disse elementer kommer til at fungere i den daglige drift.

²⁸ VIVEs midtvejsevaluering (Klausen & Buch, 2022) indeholdt en undersøgelse af patienttilfredsheden. Undersøgelsen viste, at KfAM's patienter forholdt sig mere kritisk til tilgængeligheden sammenlignet med patienter fra PLO-praksis, mens tilfredsheden med klinikkens læger var sammenlignelig – og stor på tværs af praksistyper. Undersøgelsen var baseret på den landsdækkende DanPEP-undersøgelse, der var udviklet til almen praksis, men denne er siden nedlagt, uden at der findes et alternativ. Det har derfor ikke været muligt at inkludere patienttilfredsheden i slutevalueringen.

konsultationsarbejdet med fokus på at mindske antallet af patientkontakter. Dette gælder i henhold til interviews både i forhold til selvbetjenings- og online løsninger og i forhold til at samtænke årskontroller mv., så disse planlægges med færrest mulige patientkontakter i forhold til prøvetagning og konsultationer.

For det andet peges (som gennemgået i kapitel 3) på, at særligt lægernes rolle er under udvikling pga. KfAM's fokus på at overdrage opgaver til klinikkens sygeplejersker. Overdragelsen af opgaver sættes i interviews i relation til, at lægerne alt andet lige har færre og mere komplekse konsultationer, samtidig med at de bruger mere tid på sparring og supervision, end de er vant til. Disse vurderinger matcher umiddelbart det fald i antallet af lægekontakter, der ses i Figur 5.3 for perioden 2021 og frem.

En tredje betragtning på de observerede forskelle er, at regionsklinikken jf. Figur 5.1 har flere tilmeldte patienter pr. lægekapacitet end PLO-praksis i Gødstrupklyngen, hvilket logisk set vil trække opgørelserne i retning af færre antal kontakter pr. patient. Samlet set er der flere mekanismer, som kan have betydning for identificerede forskelle i antal og typer af kontakter pr. patient, og der kan ikke drages håndfaste konklusioner om årsagerne. Opgørelserne tager heller ikke hensyn til, om der er forskelle i patientkarakteristika, der kan være med til at forklare forskellene.

5.3 KfAM's driftsomkostninger

KfAM's løbende omkostninger til løn, øvrige personaleomkostninger og drift fremgår af Tabel 5.2 for årene 2020²⁹ til 2024.

Tabel 5.2 Driftsomkostninger og patienter i Klinik for Almen Medicin, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Personaleomkostninger					
Løn	4.876.102	4.993.974	5.764.979	9.452.652	10.459.904
Administrativ bistand	337.500	277.000	530.000	578.404	646.891
Tjenesterejser og øvrige personaleomkostninger	27.789	63.374	282.187	399.693	652.122
Kurser	39.299	31.800	40.441	156.309	-32.047
Øvrige driftsomkostninger					

²⁹ Regionsklinikken åbnede for patienter i september 2019, men sammenligningen er afgrænset til hele år og starter derfor først i 2020.

	2020	2021	2022	2023	2024
Medicin og øvrige lægelige artikler	231.348	218.125	108.442	205.481	263.823
Materiale- og aktivitetsudgifter	27.790	24.608	35.446	17.865	-68.406
Drift og vedligehold af it, medico-udstyr og alarm	161.799	137.849	181.835	161.548	195.367
Ejendomsudgifter og -vedligehold samt el	124.154	134.425	147.384	162.901	231.135
Anskaffelser af inventar og apparatur	99.276	47.231	21.643	51.798	70.501
Driftsomkostninger i alt	5.925.057	5.928.386	7.112.358	11.186.653	12.419.290
Antal sikrede patienter	3.447	3.393	4.192	6.163	6.655
Omkostninger pr. borger KfAM	1.719	1.747	1.697	1.815	1.866

Anm.: For at understøtte sammenlignelighed inkluderer opgørelserne ikke indtægter relateret til attestarbejde og vaccinationer. Det skyldes, at der ikke er adgang til disse oplysninger for PLO-praksis. I opgørelsen af omkostninger og antal sikrede patienter indgår kun klinikken i Lemvig. Fra 2025 og frem vil antallet af patienter og omkostninger inkludere klinikken i Thyborøn.

Kilde: Opgørelsen er lavet af VIVE med afsæt i data leveret af Region Midtjylland i foråret 2025.

Tabel 5.2 viser, at udgifter til løn udgør den markant største omkostning i at drive KfAM. Omregnet i procenter udgør lønudgifterne over 90 % af de samlede årlige omkostninger i perioden 2020-2024. Derudover fremgår det, at omkostninger pr. tilknyttet patient i KfAM i årene 2020-2024 er steget fra 1.719 kr. til 1.866 kr.

De enkelte udgiftsposter for regionsklinikken i Tabel 5.2 kan ikke sammenlignes direkte med omkostningerne til PLO-klinikker, da Region Midtjylland ikke har indblik i de enkelte klinikkers regnskaber og udgiftsposter. Derfor præsenteres Region Midtjyllands udgifter til PLO-klinikker i Gødstrupklyngen på aggregeret niveau i Tabel 5.3.

Tabel 5.3 Samlede omkostninger og patientantal for PLO-klinikker i Gødstrupklyngen, 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Ydeshonorar + vagttid	264.505.553	260.113.922	246.655.017	264.859.704	266.175.435
Basishonorar	125.632.370	128.555.003	101.353.915	116.364.823	119.652.489
Kronikerhonorar	31.565.732	35.086.452	31.804.990	34.640.399	36.825.258
Praksisomkostningshonorar	2.747.889	2.868.433	2.444.705	2.567.259	2.690.150
Kvalitetsklynger	1.696.185	1.261.801	210.812	431.208	840.889

	2020	2021	2022	2023	2024
Honorar for mødedeltagelse	27.880				
Endelave	348.516	548.750	169.806	114.629	17.050
Tutorlæge				1.236.966	2.808.297
Plejhjemslæger			1.362.824	1.522.528	2.102.065
Total	426.524.125	428.434.361	384.002.069	421.737.516	431.111.633
Antal sikrede patienter	251.430	253.575	224.358	228.123	228.875
Omkostninger pr. borger i PLO-praksis (gennemsnit i Gødstrupklyngen)	1.696	1.690	1.712	1.849	1.884

Anm.: Tabellen inkluderer ikke Region Midtjyllands almen praksis-relaterede udgifter til: Fonden for Almen Praksis, forbidsstoffer, Statens Seruminstitut (SSI), laboratorieanalyser for patienter i Region Midtjylland udført af andre virksomheder end SSI, efteruddannelse af almene læger, Den regionale efteruddannelsespulje, Kvalitetsudviklingsudvalget. Udgifter til kvalitetsklynger er opgjort på klyngeniveau. Udgiftsposten 'Endelave' henviser til en praksis, som geografisk ligger uden for Gødstrupklyngen, men som drives af en praksis i Gødstrupklyngen.

Kilde: Opgørelsen er lavet af VIVE med afsæt i data leveret af Region Midtjylland i foråret 2025.

Set på tværs af Tabel 5.2 og Tabel 5.3 er det omkostninger pr. tilmeldt patient, som egner sig til sammenligning. Her viser tabellerne, at omkostningerne pr. patient i KfAM i 2020-21 ligger en smule højere end gennemsnittet for Gødstrupklyngens PLO-klinikker. For årene 2022-2024 ses til gengæld, at omkostningerne i KfAM ligger en smule under gennemsnittet for PLO-praksis.

KfAM's budget fastlægges med afsæt i den gennemsnitlige udgift pr. patient i PLO-praksis. Derfor er det forventeligt, at udgifterne pr patient i perioden 2020-2024 er sammenlignelige med gennemsnittet for PLO-klinikker. Det fremstår til gengæld som en væsentlig pointe, at der ikke har været budgetoverskridelser i perioden.

5.4 Opsamling

Det fremgår, at KfAM også ved udgangen 2024 har en ældre patientpopulation med højere sygelighed sammenlignet med gennemsnittet for PLO-praksis i Gødstrupklyngen. Klinikken har fortsat også ca. 10 % flere tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge sammenholdt med gennemsnittet for Gødstrupklyngen.

Ser vi på udviklingen i regionsklinikkens patientkontakter, ses en klar tendens til, at KfAM har færre af alle typer af kontakter pr. patient i årene 2019-2024, sammenlignet med gennemsnittet af Gødstrupklyngens PLO-klinikker. Det fremgår samtidig, at KfAM generelt set har færre patientkontakter pr. lægekapacitet fra årene 2021 og frem sammenlignet med årene 2019-2020.

Evalueringen giver ikke mulighed for at forklare de observerede forskelle entydigt, men de opstår formentlig via kombinationen af fraværet af ydelseshonorering, et højt antal patienter pr. fuldtidslæge samt klinikkens vedvarende fokus på selvbetjeningsløsninger, samling af konsultationer og opgaveoverdragelse fra læger til øvrigt personale.

Ser vi på regionsklinikkens omkostninger, ligger omkostninger pr. patient relativt tæt på PLO-gennemsnit. I årene 2019-2021 var omkostningerne i KfAM en smule højere, mens omkostningerne i 2022-2024 var en smule lavere sammenlignet med PLO-gennemsnittet.

Set i sammenhæng med at KfAM's patienter gennemsnitligt er op mod 5 år ældre og har højere sygelighed, er det bemærkelsesværdigt, at klinikken kan drives med sammenlignelige omkostninger.

6 Registeranalyse

Dette kapitel undersøger, hvorvidt overgangen til KfAM har ført til et ændret forbrug af sundhedsydelser og afledte omkostninger for de tilknyttede patienter. Analysen er opbygget som et komparativt registerstudie, hvor udviklingen hos KfAM's patienter sammenlignes med en kontrolgruppe af patienter, der er tilknyttet hhv. PLO-praksis eller udbudsklinik i Gødstrupklyngen. Perioden, der ses på, er hhv. 24 måneder før og 24 måneder efter oprettelsen af KfAM i september 2019. I kapitel 8 findes en detaljeret beskrivelse af, hvordan grupperne er identificeret.

Først ses der på udviklingen i antal og typer af hospitalskontakter samt omkostningerne til disse. Herefter undersøges de tilsvarende udviklinger for ydelser relateret til praksissektoren samt de afledte omkostninger i forhold til vagtlæge og praktiserende speciallæger. Til sidst undersøges udviklingen i forhold til medicinforbrug med fokus på brugen af antibiotika og opioider.

Boks 6.1 Om de anvendte metoder

Kontrolgrupperne er eksakt matchet på køn, aldersgruppe, civilstatus, socioøkonomiske karakteristika samt etnicitet for at sikre, at grupperne er sammenlignelige. Der er store forskelle på størrelsen af patientpopulationerne i KfAM i forhold til udbudsklinikker og særlig PLO-klinikkerne. Den statistiske usikkerhed er derfor større for KfAM, særligt i forhold til ydelser, der er sjældent forekommende og dyre.

I forhold til at vurdere forskellene anvendes to forskellige statistiske test: ANOVA-test og difference-in-differences-test, samt et 5-%'s signifikansniveau.

En ANOVA-test sammenligner gennemsnittet af tre eller flere grupper for at vurdere, hvorvidt værdierne er ens. En signifikant ANOVA-test er således en indikation på, at KfAM's patienters forbrug af en given ydelse er sammenlignelig med den gruppe, der testes i forhold til.

Difference-in-differences-test sammenligner udviklingen over tid og giver dermed mulighed for at vurdere effekten af en given indsats – i dette tilfælde patienternes overgang til KfAM. Det gøres ved hjælp af en før- og eftermåling, hvor der ses på forskelle i udviklingen for hhv. en interventionsgruppe og en eller flere kontrolgrupper. Et signifikant resultat er således en indikation på, at interven-

tionen – i dette tilfælde KfAM – påvirker forbruget af den givne ydelse, men testen kan ikke anvendes til at vurdere årsagssammenhænge.

Forudsætningen for at kunne lave difference-in-differences-analyse er, at udviklingen i de grupper, der sammenlignes, har et rimeligt sammenligneligt forløb i perioden. Dette vurderes visuelt i forhold til de udarbejdede figurer med afsæt i, hvorvidt kurverne forløber sammenligneligt eller ej.

6.1 Patienternes forbrug af sundhedsydelser i hospitalsvæsenet

6.1.1 Antallet af sammedagskontakter og stationære kontakter

Opgørelse af kontakter

Ved overgang til tredje version af Landspatientregistret ophørte den formelle opdeling i ambulante og stationære kontakter. Derfor anvendes variabelen 'kontaktdage' til at opdele kontakter i hhv. kortere og længere kontakter.

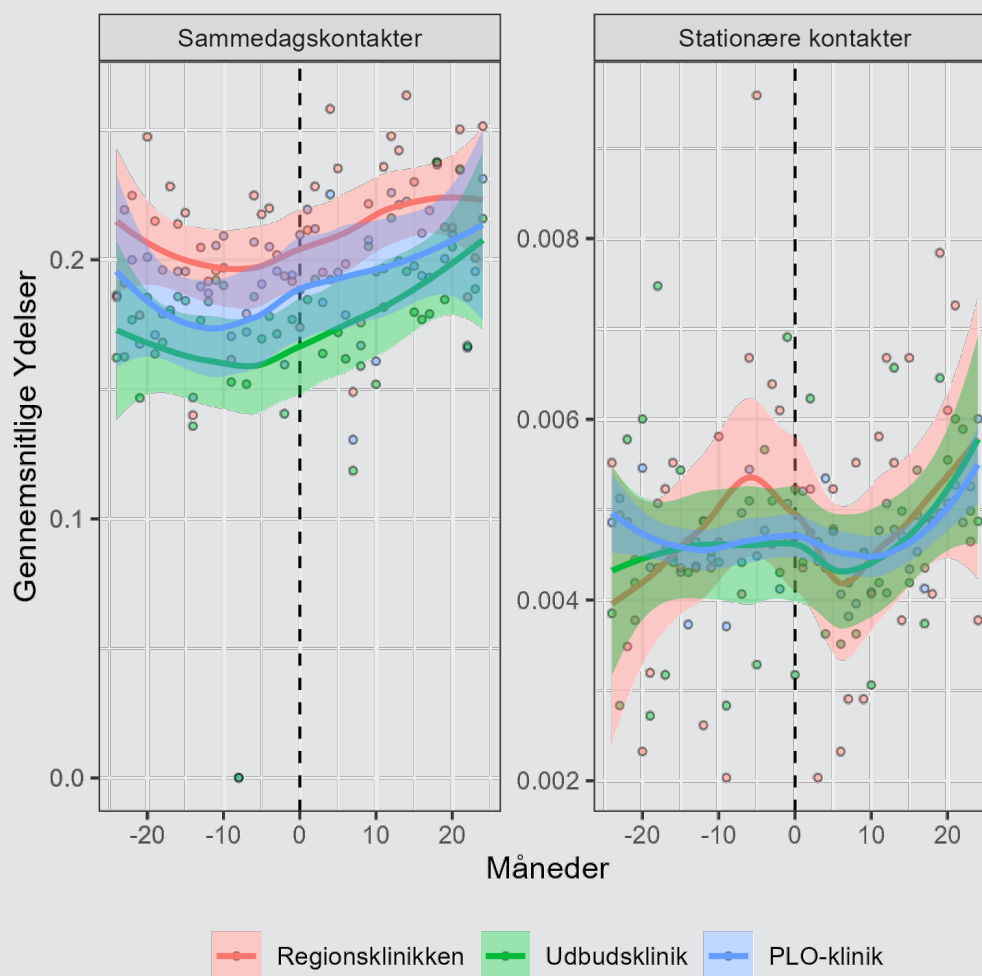
Vi definerer en 'sammedagskontakt' som en kontakt, der har én kontaktdag, hvilket betyder, at patienten er ankommet og har forladt hospitalet inden for samme dato. Opgørelsen af sammedagskontakter inkluderer alle typer af hospitalskontakter, der er startet og afsluttet på samme dato.

Opgørelsen af sammedagskontakter adskiller sig fra ambulante kontakter, der typisk har 6-12 timers længde. I det anvendte datasæt har vi ikke haft mulighed for at opgøre kontaktens varighed i timer.

En 'stationær kontakt' strækker sig pr. definition over mere end et døgn og svarer til en indlæggelse.

Figur 6.1 viser udviklingen i antallet af sammedagskontakter og stationære kontakter for KfAM's patienter og patienter tilknyttet en udbudsklinik eller en PLO-klinik.

Figur 6.1 **Udviklingen i patienternes forbrug af somatiske hospitalsydelser**
24 måneder før og efter Regionsklinikkens åbningsdato



Anm.: Punkterne viser månedlige gennemsnit pr. person og måned i perioden fra 24 måneder før til 24 måneder efter KfAM's åbning. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit pr. gruppe. De farvede områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantest. Den sorte stiplede linje er periode 0, som er klinikens åbningsdato.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret.

For antallet af sammedagskontakter ses, at KfAM's patienter både før og efter etableringen har flere kontakter end PLO-praksis og udbudsklinikkens patienter. Det fremgår samtidig, at udviklingen forløber stort set parallelt på tværs af de tre klinikformer.

For antallet af stationære kontakter ses, at kurverne krydser hinanden, samt at der særligt for KfAM's patienter er udsving i perioden. Da der er færrest patienter tilknyttet regionsklinikken, er det forventeligt, at de statistiske udsving vil være størst for denne gruppe.

Tabel 6.1 opgør i absolutte tal antallet af sammedagskontakter og indlæggelser for hhv. KfAM, udbudsklinikker og PLO-klinikker, samtidig med at P-værdien for de gennemførte ANOVA-test er angivet.

Tabel 6.1 Gennemsnitligt antal kontakter for 24 måneder før og efter åbningen af KfAM

	Regionsklinikken N = 3.443	Udbudsklinik N = 8.828	PLO-klinik N = 191,192	P-værdi
Sammedagskontakter – 24 måneder efter	5,3	4,5	4,8	<0,001
Stationære kontakter – 24 måneder efter	0,12	0,11	0,11	>,9
Sammedagskontakter – 24 måneder før	4,8	4,1	4,5	<0,001
Stationære kontakter – 24 måneder før	0,11	0,11	0,11	0,9

Anm.: Tabellen viser kontakter, der varer én dag (sammedagskontakter), og kontakter, der varer over én dag (stationære kontakter) for KfAM's patienter og kontrolgruppen. Alle tal er opgjort som gennemsnit. Forskellen på sammedagskontakter er statistisk signifikant.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret.

Tabellen viser for det første, at KfAM med 5,3 har flest sammedagskontakter over 24 måneder efter etableringen af regionsklinikken, efterfulgt af PLO-klinikker med 4,8 og 4,5 i udbudsklinikker. Det fremgår samtidig, at forskellen i antallet af sammedagskontakter mellem de tre kliniktyper i forhold til efter-perioden er signifikant forskellig ($p < 0,001$). Samme mønster med signifikant forskel ses i før-perioden ($p < 0,001$). Her havde KfAM's patienter med 4,8 kontakter flest sammedagskontakter, efterfulgt af PLO-klinikker med 4,5 og 4,1 i udbudsklinikker.

Forbruget af sammedagskontakter er stigende i alle tre klinikformer, men stigningen er størst for patienterne tilknyttet KfAM. For at teste, om der er en statistisk forskel i, hvor væksten er i kontakter, er der lavet en difference-in-differences-test. Resultatet af difference-in-differences-testen³⁰ er, at der ikke kunne findes en statistisk signifikant effekt for forskellen knyttet til brugen af sammedagskontakter, dvs. at væksten i forbrug af sammedagskontakter i KfAM, som umiddelbart blev identificeret i Tabel 6.1, ikke statistisk kan henføres til etableringen af klinikken.

Antallet af stationære kontakter pr. patient er jf. Tabel 6.1 på 0,12, 0,11 og 0,11 for hhv. KfAM, udbudsklinikker og PLO-klinikker i efter-perioden. Gennemsnittet er

³⁰ Tabellen er angivet i afsnit 8.3.

således næsten ens trods den variation, der sås i Figur 6.1. Dette er også afspejlet i, at forskellene ikke er signifikante ($p > 0,9$).

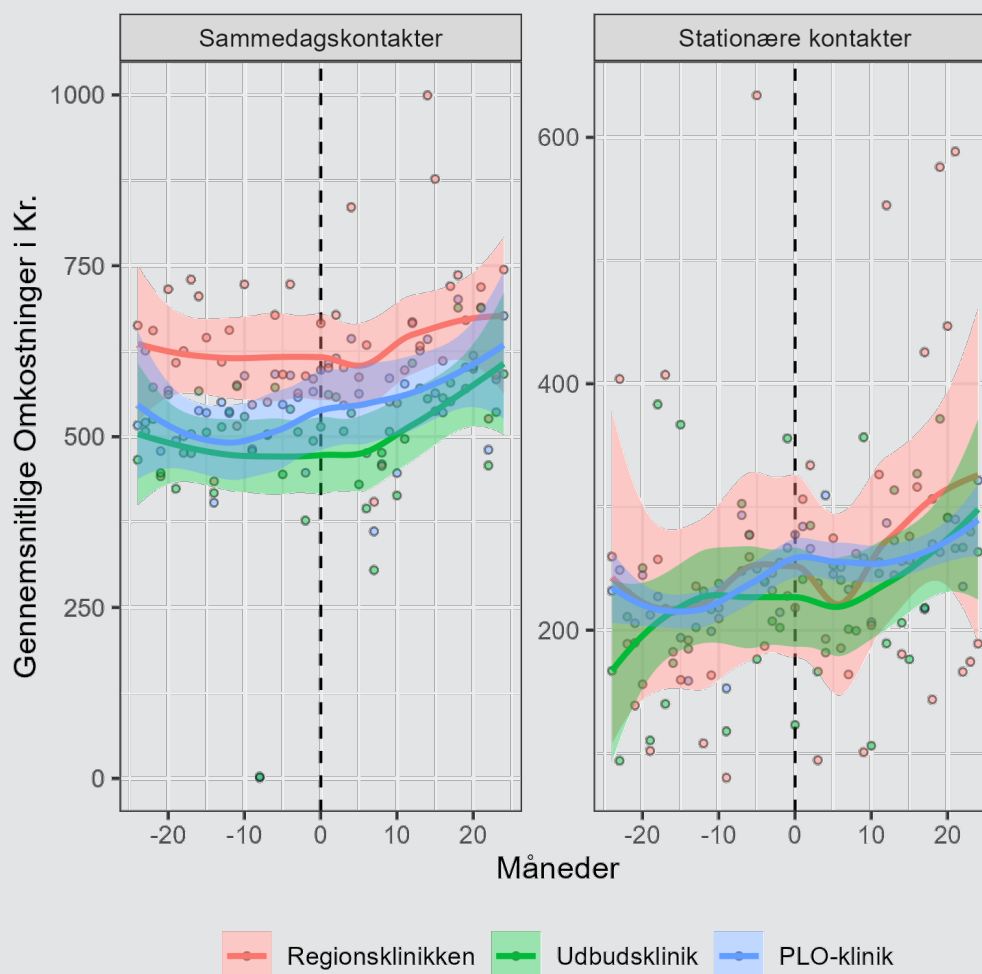
I perioden før etableringen af KfAM var antallet af stationære kontakter pr. patient på 0,11, 0,11 og 0,11 for hhv. Regionsklinikken, udbudsklinikker og PLO-klinikker, og heller ikke i før-perioden var der nogen statistisk signifikante forskelle på forbruget blandt de tre praksisformer. Generelt er udsvingene i forbruget af stationære kontakter små. De statistiske forudsætninger for at lave en difference-in-differences-test på denne parameter er således ikke opfyldt, og der er ingen indikation på væsentlige forskelle i forbruget af stationære kontakter før og efter etableringen af KfAM.

Antallet af stationære kontakter er her mindre end det, der umiddelbart genfindes i andre analyser. Dette kan bl.a. henføres til, at vi har et krav om, at borgeren skal være tilknyttet klinikken i hele perioden, dvs. patienter skal fx være i live i hele perioden, samt at definitionen af sammedagskontakter medfører, at en række kortere indlæggelser (mellem 12-24 timer) er medregnet som sammedagskontakter i denne analyse.

Figur 6.2 viser de afledte udgifter i sygehusregi, som er relateret til patienternes sammedagskontakter og stationære kontakter.

Der ses generelt en ensartet udvikling i de tre grupper, som følger mønsteret for antallet af kontakter.

Figur 6.2 **Udviklingen i omkostninger relateret til 'sammedagskontakter' og 'stationære kontakter' 24 måneder før og efter Regionklinikken's åbningsdato (løbende priser)**



Anm.: Punkterne viser ugentlige gennemsnit pr. person i perioden fra 24 måneder før og efter Regionklinikken's åbningsdato. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit pr. gruppe. De farvede områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantest. For hver graf er der estimeret en test af forskellen efter et års opfølgning. Den sorte stiplede linje er periode 0, som er klinikken's åbningsdato.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregisteret.

I Tabel 6.2 er udgifterne til sammedagskontakter og stationære kontakter opgjort for hhv. efter- og før-perioden. Her ses der samlede udgifter pr. patient i efter-perioden på 15.586 kr., 12.727 kr. og 13.818 kr. for hhv. KfAM's, udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter og 14.844 kr., 11.962 kr. og 12.760 kr. i før-perioden. Både forskellene i før- og efter-perioden er statistisk signifikante på tværs af de tre praksisformer. Derfor er der udført en difference-in-differences-test for at teste, om udviklingen i omkostningerne til sammedagskontakter adskiller sig mellem KfAM og

de øvrige klinikformer. Som vi så det i analysen af antallet af kontakter, forsvinder den statistiske forskel i omkostningerne mellem KfAM og de øvrige kliniktyper, når der kontrolleres for udviklingen i før-perioden ved brug af difference-in-differences-analyse. Det er således ikke muligt at påvise en statistisk forskel i omkostningerne til stationære kontakter mellem KfAM og de øvrige klinikker, når der kontrolleres for forskellene i forbruget, før KfAM blev etableret.

Udgifterne i 24 måneder efter etableringen af KfAM til stationære kontakter er på 6.718 kr., 5.954 kr. og 6.290 kr. for hhv. KfAM's, udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter og 5.522 kr., 5.161 kr., og 5.452 kr. i de 24 måneder op til etableringen. Umiddelbart stiger omkostninger til stationære indlæggelser hurtigere for KfAM's patienter, men statistisk er der hverken før eller efter etableringen af klinikken signifikante forskelle mellem omkostninger til stationære kontakter.

De formelle statistiske forudsætninger for at lave en difference-in-differences-test er ikke opfyldt, men umiddelbart er der ikke statistisk belæg for, at patienter med tilknytningen til KfAM har en anden udvikling i omkostningerne til stationære kontakter, end der er gældende for de øvrige patienter.

Tabel 6.2 Gennemsnitlige udgifter afledt af sammedagskontakter og stationære kontakter ved 24-måneders før- og efter-periode i kr. (løbende priser)

	Regionsklinikken N = 3.443	Udbudsklinik N = 8.828	PLO-klinik N = 191.192	P-værdi
Sammedagskontakter i efter-perioden	15.586	12.727	13.818	>0,01
Stationære kontakter i efter-perioden	6.718	5.954	6.290	0,60
Sammedagskontakter i før-perioden	14.844	11.962	12.760	0,02
Stationære kontakter i før-perioden	5.522	5.161	5.452	0,7

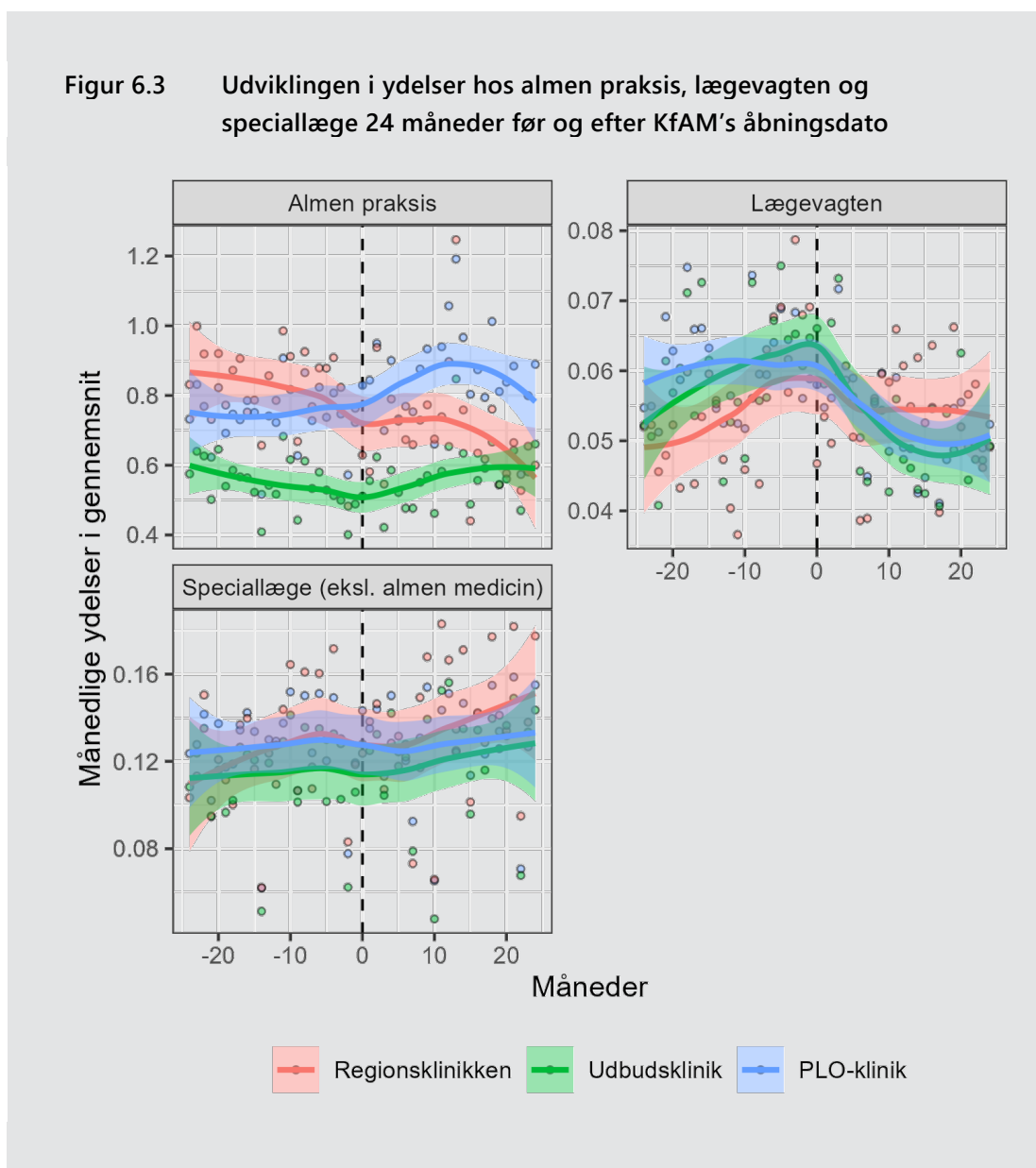
Anm.: Tabellen viser udgifterne i DKK for kontakter, der varer én dag (sammedagskontakter), og kontakter, der varer over én dag (stationære kontakter) for KfAM's patienter og kontrolgruppen. Forskellen på sammedagskontakter er statistisk signifikant.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af DRG-registeret.

6.2 Patienternes forbrug af sygesikringsydelser

I dette afsnit kigger vi på gennemsnitlige antal ydelser hos almen praksis, lægevagten og speciallæger pr. patient samt omkostningerne for lægevagt og speciallæger.³¹

Figur 6.3 viser antallet af ydelser hos almen praksis, lægevagten og speciallæge.



Anm.: Punkterne viser månedlige gennemsnit for antallet af ydelser pr. person i perioden fra 24 måneder før og 24 måneder efter Regionsklinikens åbningsdato. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit pr. gruppe. De farvede områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantest. Den sorte linje er Regionsklinikens åbningsdato.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisterdata leveret af Region Midtjylland.

³¹ Omkostningerne i KfAM og PLO-praksis er tidligere sammenlignet i kapitel 5. Sammenligning med udbudsklinikker indgår ikke i evalueringen.

Figur 6.3 viser, at KfAM's patienter har et faldende forbrug af kontakter i praksis både i perioden før og efter etableringen, mens mønsteret for de to andre praksisformer både stiger og falder i perioden. For forbruget af ydelser til speciallæge ses, at KfAM stiger i både før- og efter-perioden, så KfAM ender med det højeste forbrug af de tre praksisformer. Forbruget af lægevagtsydelser viser ikke noget tydeligt mønster på tværs af de tre praksisformer.

Tabel 6.3 viser det gennemsnitlige antal faktiske ydelser opgjort samlet for en opfølgningsperiode på 24 måneder fordelt på almen praksis, lægevagten og speciallæger.

Tabel 6.3 Gennemsnitligt antal ydelser ved 24 måneder før og efter KfAM's åbningsdato

	KfAM N = 3.443	Udbudsklinik N = 8.828	PLO-klinik N = 191.192	P-værdi
Almen praksis – før-periode	20	14	19	< 0,001
Almen praksis – efter-periode	17	14	21	< 0,001
Lægevagten – før-periode	1,36	1,48	1,52	0,01
Lægevagten – efter-periode	1,31	1,24	1,26	0,8
Speciallæge (ekskl. almen medicin) – før-periode	3,1	2,8	3,2	0,01
Speciallæge (ekskl. almen medicin) – efter-periode	3,3	2,9	3,1	0,03

Anm.: Tabellen viser ydelser pr. person blandt KfAM's patienter og i kontrolgrupperne som gennemsnit.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsdata leveret af Region Midtjylland.

Tabel 6.3 viser, at antallet af ydelser i almen praksis er signifikant forskelligt ($p < 0,001$) på tværs af de tre praksisformer i både før- og efter-perioden. Det fremgår samtidig, at antallet af ydelser for KfAM's patienter falder fra 20 i før-perioden til 17 i efter-perioden, mens antallet stiger fra 19 til 21 for de patienter, der er tilknyttet PLO-praksis.

I forhold til lægevagtsforbruget fremgår det, at KfAM's patienter havde signifikant færre kontakter i før-perioden ($p = 0,01$), mens forskellene udjævnes og bliver ikke signifikante i efter-perioden ($p = 0,8$).

Forbruget af speciallægeydelser er statistisk signifikant forskelligt mellem de tre praksisformer i både før- og efter-perioden, og det fremgår, at patienter tilknyttet udbudsklinikker har det laveste forbrug i begge perioder. Udviklingen i forbruget er lidt forskelligt mellem de tre praksisformer, men forskellene er forholdsvis små.

Det gælder (jf. Figur 6.3) for alle tre undersøgte parametre, at udviklingen ikke forløber parallelt, og betingelserne for at gennemføre difference-in-differences-analyse er derfor ikke opfyldt. Dette ændrer dog ikke på, at antallet af ydelser i almen praksis har været faldende i KfAM i perioden fra at ligge relativt højt før etableringen af klinikken til at ligge relativt lavt ved periodens udgang.

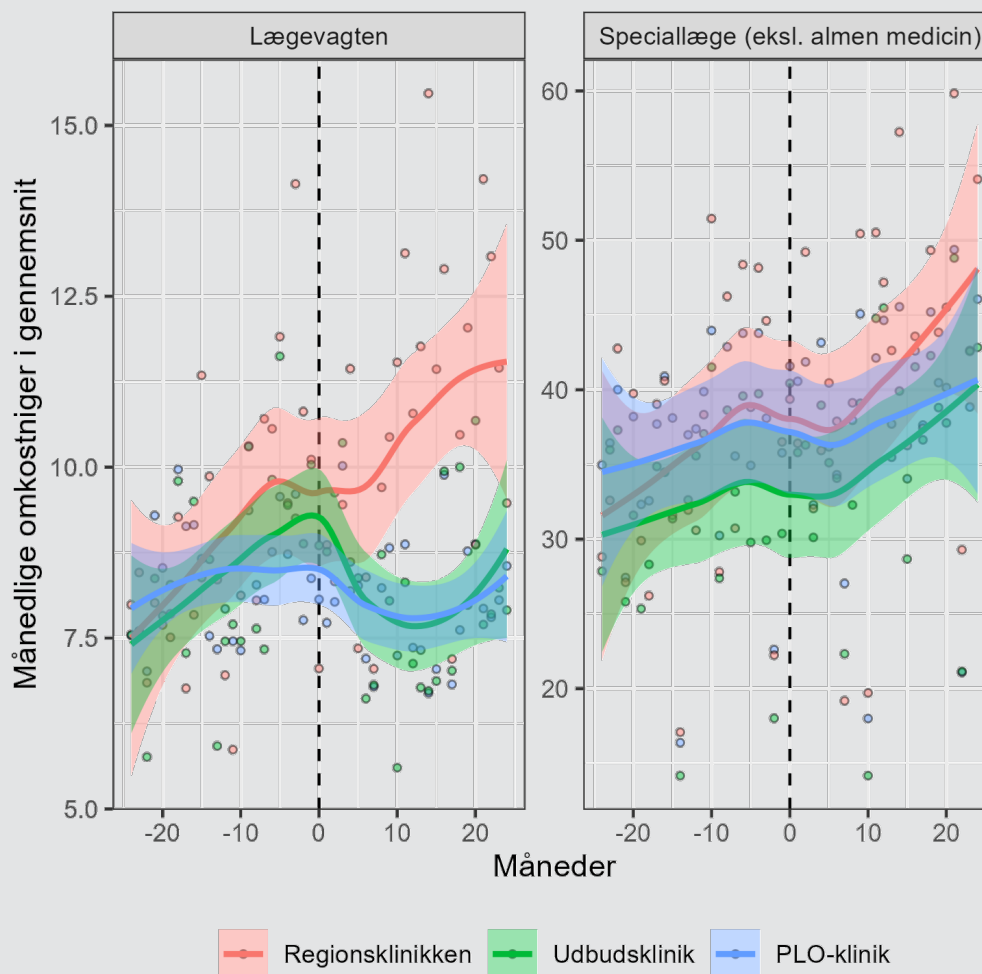
For forbruget af speciallæger kan det se ud, som om der både før og efter etableringen af KfAM har været en tendens til stigende ydelsesforbrug sammenlignet med de to øvrige praksisformer. Selvom det ikke er muligt at vurdere sammenhængen med overgangen til KfAM, kan det være relevant at have en opmærksomhed på, om der kan være en sammenhæng mellem faldet af ydelser i KfAM og de tilknyttede patienters øgede forbrug af speciallægeydelser.

Forskellen i forbruget af ydelser i praksissektoren afspejler sig i de afledte omkostninger, jf. Figur 6.4.

Figur 6.4 viser de samme mønstre i udviklingen af udgifter, som vi så for antallet af ydelser i Figur 6.3. Udgifterne til lægevagten falder for udbudsklinikkernes og PLO-klinikkernes patienter, mens de stiger for KfAM's patienter efter klinikkens åbningsdato.

Udgifterne til speciallæger er stigende før og efter KfAM's åbningsdato, og dette gør sig gældende for alle tre klinikformer. Det fremgår samtidig, at udgifterne er steget mest for KfAM's patienter.

Figur 6.4 Gennemsnitlig honorarudgift for sygesikringsydelser opgjort 24 måneder før og efter Regionklinikken's åbningsdato



Anm.: Punkterne viser månedligt gennemsnit for bruttohonoraret pr. person i perioden fra 24 måneder før og 24 måneder efter KfAM's åbningsdato. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit pr. gruppe. De farvede områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantest. Den sorte linje er Regionsklinikken's åbningsdato. Almen praksis er udeladt her, da de tre klinikker fakturerer anderledes og derfor ikke kan sammenlignes.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsdata leveret af Region Midtjylland.

Tabel 6.4 viser de gennemsnitlige honorarudgifter i praksissektoren i de første 2 års opfølgning efter inklusion.

Tabel 6.4 Gennemsnitlig honorarudgift for sygesikringsydelser opgjort for 24 måneders før-periode og 24 måneders opfølgning i kr.

	Regionsklinikken N = 3.443	Udbudsklinik N = 8,828	PLO-klinik N = 191.192	P-værdi
Lægevagten – før-perioden	223	211	210	0,5
Lægevagten – efter-perioden	255	195	192	0,3
Speciallæge (ekskl. almen medicin) – før-perioden	891	801	902	0,01
Speciallæge (ekskl. almen medicin) – efter-perioden	1.000	865	922	0,001

Anm.: Tabellen viser udgifterne pr. person blandt KfAM's patienter og i kontrolgrupperne som gennemsnit. Alle forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsdata leveret af Region Midtjylland.

Tabel 6.4 viser, at KfAM's patienter både før og efter etableringen har større omkostninger til lægevagten end udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter. Udsvingene er dog små – ca. 30 kr. pr. patient over de to perioder på 24 måneder. Statistisk set er der derfor ikke signifikante forskelle i forbruget af vagtlægeydelser mellem de tre klinikformer.

KfAM's patienter har også større omkostninger til speciallæger end udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter i efter-perioden. Forbruget er på 1.000 kr. for KfAM's patienter og 865 kr. og 922 kr. for hhv. udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter i efter-perioden, mod 891 kr., 801 kr. og 902 kr. i før-perioden. I alle klinikformer stiger forbruget i perioden, men mest for patienterne tilknyttet KfAM. Forskellene i forbruget er statistisk signifikante på tværs af de tre praksisformer i før- og efter-perioden. Hvis der testes for forskelle i væksten i forbruget, er forskellen formelt set ikke statistisk signifikant forskellig ($p = 0,06$), men på grænsen til at være signifikant forskellig. Tendensen til øgede udgifter for KfAM's patienter kan derfor være et muligt opmærksomhedspunkt.

6.3 Patienternes forbrug af antibiotika og opioider

I dette afsnit gennemgår vi patienternes forbrug af antibiotika og opioider målt som 'Defineret Døgn Dosis' (DDD).

Defineret Døgn Dosis (DDD)

En DDD (Defineret Døgn Dosis) er en enhedsbetegnelse, der benyttes ved sammenlignende opgørelser af forbruget af lægemidler. En DDD er således en statistisk måleenhed og afspejler ikke nødvendigvis den faktiske dosis, som gives til en patient på en bestemt indikation.

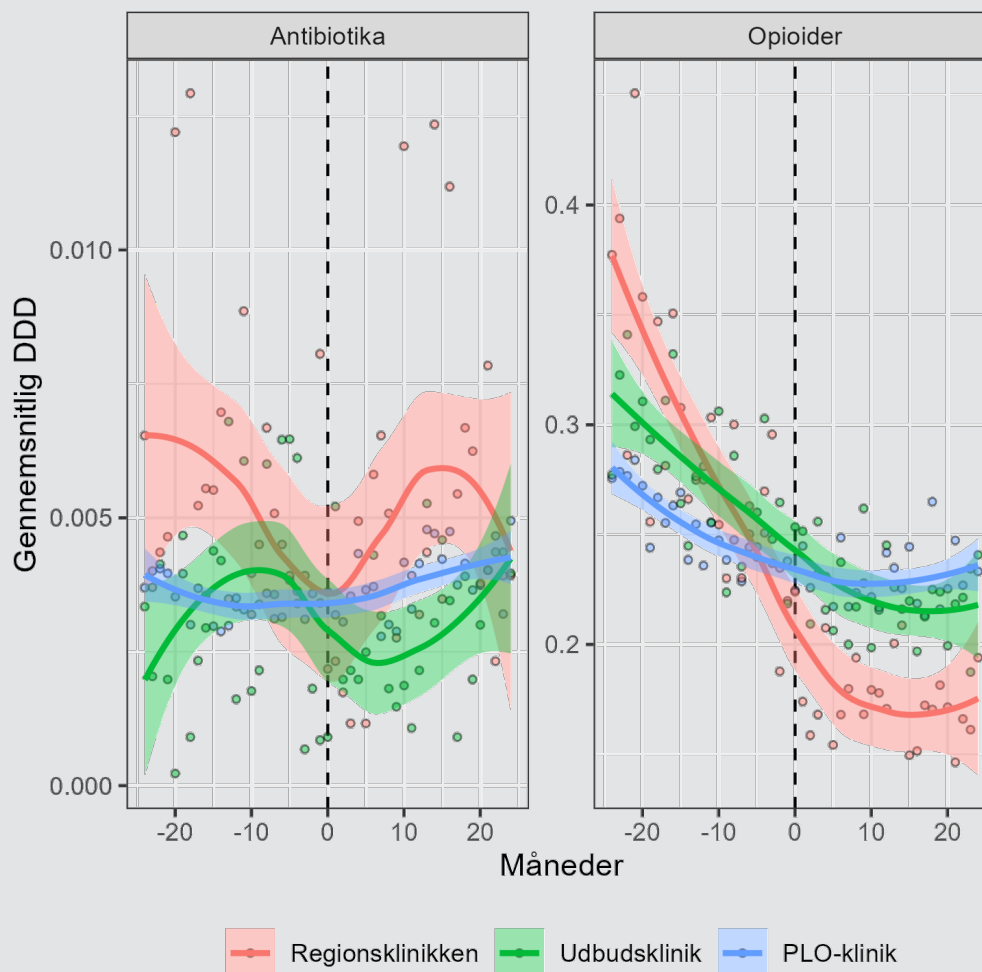
DDD-værdien for et lægemiddelstof fastsættes af en ekspertgruppe fra Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og angives pr. administrationsvej.

I Figur 6.5 er patienternes forbrug af antibiotika og opioider opgjort for patienterne tilknyttet hhv. KfAM, udbudsklinikker og PLO-klinikker, før og efter KfAM's åbningsdato. Det fremgår, at forbruget af antibiotika er faldende for KfAM's patienter op til åbningen, mens den er tilnærmelsesvis konstant for udbudsklinikker og PLO-klinikkens patienter. Efter KfAM's åbning er forbruget af antibiotika faldende for udbudsklinikkens patienter, mens det er stigende for KfAM's og PLO-klinikkens patienter. Det skal her bemærkes, at forbruget af antibiotika for KfAM's patienter er meget varierende, kendetegnet ved den store røde skygge.

Forbruget af opioider før KfAM's åbning er faldende for alle tre klinikformer. Forbruget ligger stabilt i efter-perioden for PLO-klinikkens patienter, mens det fortsætter med at falde for KfAM's og udbudsklinikkens patienter. Det fremgår samtidig, at forbruget af opioider for KfAM's patienter falder markant særligt i før-perioden, så der samlet set ses mere end en halvering i løbet af de 4 år, som er opgjort.

Figur 6.5 Forbruget af antibiotika og opioider 24 måneder før og efter Regionsklinikken's åbningsdato

Figuren viser det månedlige forbrug opgjort ved Defineret Døgn Dosis (DDO) 24 måneder før og efter Regionsklinikken's åbningsdato.



Anm.: Punkterne viser månedlige gennemsnit pr. person i perioden fra 24 måneder før og 24 måneder efter KfAM's åbningsdato. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit pr. gruppe. De farvede områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantest. Den sorte linje angiver Regionsklinikken's åbningsdato.

Kilde: Egne beregninger baseret på Lægemedeldatabasen.

I Tabel 6.5 er antibiotika- og opioidforbruget opgjort for hele perioden. Tallene er altså et udtryk for det gennemsnitlige forbrug over 24 måneder efter KfAM's åbning. KfAM's patienter får udskrevet mere antibiotika end udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter. KfAM's patienter får udskrevet 0,13 DDO pr. måned mod 0,08 og 0,09 for udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter. Forskellen i forbruget er statistisk signifikant i efter-perioden, men i absolutte tal sker der ikke nogen

væsentlig ændring, og resultat bør næppe tillægges nogen større vægt, da der er betydelige udsving hen over perioden, særligt for patienterne tilknyttet KfAM.

I samme periode får KfAM's patienter udskrevet færre opioider end udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter. KfAM's patienter får udskrevet 4,17 DDD pr. måned mod 5,30 og 5,53 for udbudsklinikkens og PLO-klinikkens patienter. Forskellen er ikke statistisk signifikant.

Tabel 6.5 Forbruget af opioider og antibiotika i perioden efter regionsklinikens åbningsdato

	Regionsklinikken N = 3.443	Udbudsklinik N = 8.882	PLO-klinik N = 191.192	P-værdi
Antibiotika (før)	0,13	0,08	0,09	0,40
Antibiotika (efter)	0,12	0,07	0,09	0,03
Opioider (før)	7,24	6,94	6,31	0,30
Opioider (efter)	4,17	5,30	5,53	0,07

Anm.: Forbruget er opgjort som Defineret Døgn Dosis (DDD) for 24 måneder efter KfAM's åbningsdato.

Kilde: Egne beregninger fra Lægemiddeldatabasen.

Mønsteret i forbruget af opioider og antibiotika og de få data gør det ikke muligt at lave meningsfulde statistiske test for at vurdere, om åbningen af KfAM har haft nogen påvirkning på forbruget af opioider eller antibiotika.

6.4 Opsamling

Over en studieperiode på 24 måneder før og efter KfAM's åbningsdato kan der ikke ses væsentlige ændringer i kontaktmønsteret til det øvrige sundhedsvæsen eller i forbruget af opioider eller antibiotika, der kan knyttes til etableringen af klinikken. De ændringer, der ses i perioden for KfAM's patienter, spejles i betydelig grad i tilsvarende ændringer, der kan observeres blandt PLO-klinikker og udbudsklinikker.

24 måneder før etableringen af KfAM havde KfAM's patienter den højeste kontaktfrekvens i forhold til ydelser i almen praksis, og ved udgangen af perioden havde KfAM's patienter den laveste kontaktfrekvens. Faldet sker dog på tværs af den samlede periode og kan derfor ikke direkte tilskrives etableringen af KfAM.

De kvantitative analyser giver generelt ikke mulighed for at forklare de observerede forskelle, der er i forbrug og kontaktmønsteret i perioden, og det skal understreges,

at mange forhold kan påvirke forbruget og de dertilhørende omkostninger. Analysen kan dog bruges som en deskriptiv sammenligning mellem tre grupper af patienter, hvor der umiddelbart ikke ses nogen væsentlige ændringer i forbruget af øvrige sundhedsydelser uden for praksis, før og efter at patienter overgik fra at være tilknyttet en PLO-klinik til at blive tilknyttet KfAM.

Fremadrettet kan det for KfAM være relevant at have en opmærksomhed på, om der er en egentlig sammenhæng mellem de lavere antal ydelser i praksis og et øget forbrug af fx speciallægeydelser og sammedagskontakter i hospitalsregi. I analysen findes det statistisk ikke godtgjort, at udviklingen i retning af flere speciallægeydelser og sammedagskontakter er direkte koblet til etableringen af KfAM. Men dette er ikke ensbetydende med, at der ikke kan være en sammenhæng, som blot ikke kan identificeres rent statistisk. KfAM's eksplicitte fokus på at mindske antallet af patientkontakter samt klinikkens lavere andel af lægekapaciteter indikerer, at udviklingen kan være relevant at undersøge nærmere.

7 Konklusioner og anbefalinger

De nedenstående afsnit præsenterer evalueringens konklusioner og anbefalinger til KfAM og Region Midtjylland. Hvor det er relevant, perspektiveres også til tidligere undersøgelser, ligesom det vurderes, hvilke generelle muligheder der er for at drage nytte af erfaringerne fra KfAM i arbejdet med regionsklinikker.

7.1 KfAM's organisation og udviklingsarbejde

7.1.1 KfAM's organisation og patientrettede arbejde var fuldt konsolideret i efteråret 2024

KfAM har i efteråret 2024 etableret en almen praksisdrift, hvor personalet oplever gode rammer for det patientrettede arbejde, et godt arbejdsmiljø og et velfungerende tværfagligt samarbejde. Klinikens dagligdag fremstår – i henhold til observationer og interviews – effektiv og med en høj grad af opgaveoverdragelse fra læger til øvrigt personale. Klare arbejdsdelinger, instrukser, der opleves relevante, og systematisk supervision beskrives som væsentlige understøttende elementer.

KfAM's samarbejde med sundheds- og ældreområdet i Lemvig Kommune er efter en langsom start udviklet og styrket med afsæt i faste samarbejds møder. Med afsæt i den løbende dialog er der indledt nye samarbejdsformer i forhold til sygedagpenge- og ældreområdet, der fremstår lovende. Endvidere er der udviklet fælles instrukser og arbejdsgange for samarbejdet om indlæggelsestruede borgere, der opleves velimplementerede og virkningsfulde på tværs af KfAM og kommunen.

Afsættet for de ovenstående resultater er bl.a. et skifte i klinikens tilgang til udviklingsprojekter fra et primært klinisk fokus til et primært fokus på klinikens organisation, arbejdsgange og eksterne samarbejdsflader. Tilstedeværelsen af en fast daglig leder med solid praksiserfaring samt evnen til at fastholde en stabil personalegruppe fremstår som væsentlige faktorer for de opnåede resultater. KfAM's ledelse og personale har med det afsæt i væsentlig grad formået at adressere de udviklingspunkter, der fremgik af VIVEs midtvejsevaluering.

En yderligere drivkraft for udvikling knytter sig til, at KfAM i to omgange har overtaget patienter og i et tilfælde også personale fra udbudsklinikker, der er lukket. Med udvidelserne er fulgt både behov og muligheder for at effektivisere patientflow og ressourceanvendelse. Udvidelserne og den større personalegruppe har således i et vist omfang været med til at accelerere udviklingen af klinikens dagsprogram og

øget funktionsdeling. Det fremgår til gengæld også, at begge udvidelser har sat hverdag og personale under stort pres, samt at det tager tid at genkonsolidere hverdagen og patientbehandlingen. Det gælder ikke mindst i forhold til de nyeste patienter og det personale fra Thyborøn, der blev overtaget i efteråret 2024.

7.1.2 Nye patienter og ny lokation giver behov for konsolidering

Det anbefales, at KfAM i 2025-26 gives mulighed for at konsolidere den nye hverdag med nye patienter, to lokationer og nyt personale i Thyborøn. Et særligt opmærksomhedspunkt knytter sig til lægernes arbejdsvilkår og rammerne for at lykkes med både egne konsultationer, varetagelse af akutfunktionen og supervision på tværs af lokationer. Tilsvarende er det vigtigt at have fokus på lægernes arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige praksispersonale fra klinikken i Thyborøn.

Af ovenstående følger også en opfordring til ikke at igangsætte nye større udviklingsprojekter, før KfAM og klinikkens personale vurderer, at den nye hverdag er konsolideret i en grad, hvor der er overskud til det. Ved evt. behov for at sikre regional lægedækning af nye patienter bør det også overvejes, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at udvide KfAM yderligere. Dels i forhold til, at hverdag og personale sættes under stort pres, dels i forhold til at afveje klinikkens størrelse og antallet af lokationer med hensynet til nærhed i patientbehandlingen.

7.1.3 Lovende kommunesamarbejder bør udvikles og fastholdes

KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune er forankret i et fælles samarbejdsforum, som udgør en nyskabelse i snitfladen mellem kommune og almen praksis. Møderne har over tid givet mulighed for dialog om arbejdsvilkår og gensidige behov samt afsæt for at udvikle konkrete arbejdsgange og aftaler, der opleves at understøtte et gensidigt udbytterigt samarbejde. Særligt det styrkede samarbejde om indlæggelsestruede patienter samt de spirende erfaringer med nye samarbejdsformer mellem KfAM's læger og personale fra det kommunale sygedagpenge- og jobcenterområde fremstår lovende og relevante.

Det anbefales derfor at dedikere ressourcer til at opsamle læring og resultater fra KfAM's samarbejde med Lemvig Kommune og de afledte initiativer. Dels i et specifikt perspektiv for at styrke udbyttet for KfAM, kommunen og de tilknyttede patienter, dels i et generelt perspektiv for at opsamle og udbrede de udviklede løsninger.

7.1.4 Erfaringer fra opstart og udvikling bør anvendes aktivt ved etablering af nye regionsklinikker

KfAM's 6-årige udviklingsperspektiv bekræfter tidligere erfaringer (jf. Buch et al. (2019); Klausen & Buch (2022)), som viser, at det tager tid at etablere en velfungerende praksisdrift i et regionalt regi. Det er i den forbindelse vigtigt at huske kerneopgaven, der ligger i (typisk med kort varsel) at sikre et velfungerende tilbud til patienter, der står uden læge. Med afsæt i erfaringerne fra KfAM og VIVEs tidligere evalueringer fremstår følgende fokuspunkter:

- Det er vigtigt at få organisation, drift og stabilitet på plads, inden fokus flyttes til udviklingsprojekter – og det gælder særligt initiativer med et primært klinisk eller forskningsmæssigt fokus.
- Tilstedeværelsen af almenmedicinske speciallæger, der har solid erfaring med praksisdrift, fremstår afgørende for at komme godt fra start og over tid sikre en effektiv praksisdrift.
- En daglig og tilstedeværende ledelse, der kan sætte retning på klinikkens udvikling og arbejdsdelinger, fremstår tilsvarende som en afgørende faktor for etablering, såvel som udvikling og konsolidering i et længere perspektiv.
- Fraværet af ydeshonorering fremstår som en kilde til, at det er nemmere at indrette arbejdsgangene efter, hvad der er smart. Herunder at mindske antallet af patientkontakter og prioritere samarbejde med fx jobcenter og det kommunale sundheds- og ældreområde.
- Det er vigtigt at opsamle og systematisere de mange gode erfaringer med henblik på at understøtte etablering af nye regionsklinikker. Erfaringerne fra KfAM rummer specifikt et potentiale for at udvikle guidelines og manualer til at komme godt i gang og hurtigt i drift.

7.2 KfAM's økonomi, ydelser og patienternes brug af sundhedsydelser

7.2.1 Sammenlignelig økonomi og færre patientkontakter end PLO-praksis

Omkostningerne til driften af KfAM ligger opgjort pr. tilknyttet borger tæt på gennemsnittet af Gødstrupklyngens PLO-klinikker i alle år undtagen 2024. Det har således ikke været forbundet med større ekstraudgifter at drive klinikken, hvilket er

bemærkelsesværdigt. Dels i lyset af KfAM's udgangspunkt som et midlertidigt tilbud i et område med akut lægemangel, dels i forhold til, at klinikkens patienter gennemsnitligt er væsentligt ældre og med lidt højere sygdomsbyrde sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis. KfAM har samtidig vist sig robust i forhold til at overtage yderligere patienter med kort varsel, uden at det har resulteret i øgede omkostninger pr. tilmeldt patient. De sammenlignelige omkostninger matcher resultaterne af VIVEs evaluering af regionsklinikken på Mors (Klausen et al., 2021) mens andre erfaringer indikerer, at det er dyrere at drive midlertidige tilbud om lægedækning (Buch et al., 2019; Danske Regioner, 2018). Den tilgængelige viden trækker således i flere retninger, og særligt hvis regionsklinikker etableres i en permanent form, er det vigtigt at følge omkostningerne.

KfAM – der i dag fungerer på driftsvilkår – illustrerer i den forbindelse, at det kan lade sig gøre at drive regionsklinikker med sammenlignelige omkostninger i forhold til PLO-klinikker. Specifikt i forhold til KfAM's større andel af ældre patienter med større sygelighed fremstår klinikken også som et mere omkostningseffektivt tilbud, end man umiddelbart ville forvente.

Antallet af tilmeldte patienter pr. læge er højere i KfAM sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis, og andelen af ikke-lægeligt personale er højt. Antallet af kontakter pr. patient er for alle kontaktformer i lægepraksis generelt set lavere i KfAM sammenlignet med gennemsnittet af PLO-klinikker i Gødstrupklyngen. I 2024 ligger antallet af fremmødekonsultationer ca. 24 % lavere i KfAM sammenlignet med gennemsnittet af PLO-praksis.

De største forskelle ses i forhold til hjemmebesøg, e-mail- og videokonsultationer, hvor KfAM særligt i de første år lå op til 85 % under gennemsnittet for PLO-praksis. Over tid ses en udvikling i retning af, at KfAM leverer flere hjemmebesøg, e-mail- og videokonsultationer, som matches af et fald i antallet af telefonkonsultationer. Disse udviklinger korrelerer med, at KfAM aktivt har arbejdet på at styrke akutfunktionen samt øge mulighederne for selvbetjening og digitale kontaktmuligheder. Forskellene på KfAM og gennemsnittet for PLO-praksis er således mindsket, men KfAM ligger i 2024 fortsat væsentligt lavere på alle de tre parametre.

Evalueringen giver ikke mulighed for at forklare KfAM's lavere antal patientkontakter entydigt, men de skyldes formentlig kombinationen af a) fraværet af ydelseshonorering, b) flere og mere syge patienter pr. fuldtidslæge, c) klinikkens fokus på selvbetjeningsløsninger og d) samling af konsultationer og opgaveoverdragelse fra læger til sygeplejersker. En væsentlig pointe fra evalueringens øvrige kilder, som understøtter dette, er også, at der fra 2022 og frem er tale om en ønsket udvikling i forhold til at mindske antallet af unødige kontakter og frigøre ressourcer til de nødvendige.

7.2.2 Patienternes generelle forbrug af sundhedsydelser

Almen praksis har en vigtig rolle som gatekeeper for det sekundære sundhedsvæsen, ligesom der er et ønske om, at det almenmedicinske tilbud styrkes, så flere opgaver kan varetages i det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024). Evalueringen har med det afsæt undersøgt, hvorvidt overgangen fra PLO-praksis til KfAM har haft betydning for de tilknyttede patienters generelle forbrug af sundhedsydelser og de afledte omkostninger. Resultatet er på linje med tidligere undersøgelser (se fx BDO (2023)), at der ikke findes signifikante ændringer i patienternes forbrug af sundhedsydelser, kontakter, de afledte omkostninger eller i forbruget af opioider eller antibiotika, der kan knyttes til overgangen fra PLO-klinik til regionsklinik.

Det lavere antal kontakter pr. patient blandt KfAM's patienter ser derfor ikke umiddelbart ud til at påvirke det øvrige sundhedsforbrug. Datamaterialet for speciallægeydelser er dog relativt begrænset, og her spores en mulig tendens til en hurtigere stigning i forbruget blandt KfAM's patienter.

7.2.3 Mulig sammenhæng mellem færre kontakter i KfAM og flere kontakter i øvrige speciallægepraksis

Det fremgår som en vigtig pointe, at antallet af kontakter i almen praksis for KfAM's patienter er faldet i hele før- og efter-perioden fra 2017-2021, og udviklingen kan derfor ikke statistisk set tilskrives etableringen af KfAM. Patienterne er med det afsæt gået fra at ligge væsentligt over gennemsnittet, sammenlignet med de øvrige klinikformer, til at have den laveste kontaktfrekvens i 2021. Som gennemgået ovenfor har KfAM også i de efterfølgende år færre kontakter, og dette korrelerer umiddelbart med det fokus, KfAM har på at mindske antallet af unødige kontakter.

Selvom der ikke kan påvises signifikante forskelle på udviklingen af ydelser, ses på tværs af før- og efter-perioden hhv. en stigning i antallet af speciallægekontakter og antallet af sammedagsydelser i hospitalsregi samt et fald i antallet af ydelser i KfAM. For KfAM kan det derfor være relevant at have en opmærksomhed på, om der er en sammenhæng mellem hhv. den lavere andel af læger i klinikken og det lavere antal ydelser i praksis over for det øgede forbrug af speciallægeydelser og sammedagskontakter på hospital, der er afdækket i analysen.

> Dokumentation

8 Anvendte metoder og datagrundlag

Evalueringen er baseret på skriftligt materiale, interviews og observation, en gennemgang af deskriptive data over regionsklinikens ydelser og økonomi samt registerdata, der er stillet til rådighed af Region Midtjylland. De anvendte data og fremgangsmåder i evalueringens undersøgelser beskrives nedenfor.

8.1 Organisationsanalyse

Organisationsanalysen er baseret på interviews med ansvarlige ledere, læger og personale fra Regionsklinikken i Lemvig, observation og rundvisning i klinikken samt inddragelse af relevant skriftligt materiale omkring driften af klinikken. Hertil kommer gruppeinterviews med medarbejdere i hjemmesygeplejen samt Tryghedshotellet, der udgør de primære samarbejdspartnere fra Lemvig Kommune.

Tabel 8.1 Oversigt over interviews, informanter og øvrige data i organisationsanalysen

Metode	Data/informanter
Observation i regionsklinikken	En halv dag med observation af og spørgsmål til sekretærernes, sygeplejerskernes og lægernes arbejde
Interviews med fokus på regionsklinikens organisering, ledelse, udviklingsarbejdet og det tværsektorielle samarbejde I alt 17 informanter fordelt på 9 interviews	Medarbejdere i regionsklinikken • Gruppeinterview med 2 sygeplejersker og 2 sekretærer • Gruppeinterview med 3 læger • Interview med klinikens uddannelseslæge. Ledelse og understøttende funktioner til regionsklinikken • Fælles interview med KfAM's leder samt regional sparringspartner til regionsklinikken, der er tilknyttet klinikken og undervejs har været en del af klinikens ledelse i forbindelse med lederskifter. Udviklingsprojekter • Interview med forsker, der medvirker på projekt om medicinenemgange • Interview med almenmediciner, der er initiativtager til projekt om hjemmeblodtryksmåling. Kommunale informanter • Fælles interview med en koordinator fra hjemmesygeplejen samt hjemmesygeplejens leder • Fælles interview med 2 sygeplejersker tilknyttet Lemvig Kommunes plejeboliger • Interview med leder af Lemvig Kommunes Tryghedshotel (midlertidige aflastningspladser).

Metode	Data/informanter
Skriftligt materiale	• Dokument fra Region Midtjylland med oversigt over klinikkens udviklingsprojekter • Region Midtjyllands ansøgning til Sundhedsministeriet, som beskriver baggrund og visioner for regionsklinikken • Instruks for samarbejde om akut dårlige patienter • Oversigter over KfAM's instrukser, dagsprogrammer og interne møder.

8.1.1 Fokuspunkter i interviews med regionsklinikkens personale

Interviews med regionsklinikkens sekretærer, sygeplejersker og læger har overordnet set fokuseret på:

- Perspektiver på ansættelsen i klinikken, herunder
 - Oplevelsen af opstart og ansættelse, motivation for at søge jobbet
 - Oplevelser af personaleudskiftning
 - Sammenligninger med tidligere erfaringer i PLO-praksis eller evt. ud-budsklinikker, herunder fordele og ulemper.
- Dagligdagens organisering og ledelse, herunder
 - Gennemgang af dagsprogram og arbejdsdeling mellem sekretærer, sygeplejersker og læger
 - Daglig ledelse
 - Interne møder, løbende arbejde med kvalitetsudvikling, supervision
 - Inddragelse i evt. udviklingsarbejde.
- Det patientrettede arbejde
 - Hvordan og hvorvidt arbejdes der med kontinuitet
 - Oplevede muligheder for overblik, viden og information i lægesystem om patienterne.
- Oplevelser af tværsektorielt samarbejde
 - Afdækning af de primære snitflader i kommune og sygehusregi
 - Udfordringer og muligheder i det tværsektorielle samarbejde, kom-munikation, henvisninger mv.

8.1.2 Fokus i interviews med ledelse og understøttende funktioner til regionsklinikken

Disse interviews har haft fokus på at kortlægge klinikkens udvikling i forhold til personaleudskiftning, lederskifte, rekruttering samt status på klinikkens udviklingsarbejde.

8.1.3 Fokus i interviews med eksterne deltagere i udviklingsprojekter

Formålet med disse interviews var at få eksempler på eksterne projektdeltageres perspektiv på og oplevelse af det udviklingsarbejde, der er foregået i KfAM. Herunder hvordan udviklingsarbejdet har været drevet, af hvem, og i hvilken grad projekterne har indebåret inddragelse af klinikkens personale og patienter. Formålet har således ikke været en vurdering af resultaterne af de enkelte projekter, men snarere at belyse rammer, aktører og processer i KfAM's udviklingsarbejde.

8.1.4 Interviews med kommunale informanter

De kommunale informanter er rekrutteret af KfAM's personale. Fokus i disse interviews har været på informanternes oplevelser af samarbejdet med regionsklinikken sammenlignet med øvrig almen praksissektor (herunder også udbudsklinikker) samt fremadrettede perspektiver. Herunder:

- Oplevede muligheder for adgang til lægefaglig sparring
- Kvalitet i skriftlig kommunikation
- Viden om de patienter, der samarbejdes om
- Oplevelser af sygebesøg
- Evt. indsatser for at udvikle/forbedre samarbejde med KfAM
- Fremadrettede perspektiver/anbefalinger med afsæt i hidtidige erfaringer.

8.1.5 Behandling af interviewdata

Alle interviews er blevet optaget og hovedpointer sammenfattet umiddelbart efter interviewet. Derudover er der lavet fyldige referater tæt på informanternes udsagn.

Sammenfatninger og referater er analyseret på tværs med fokus på at skabe overblik over de temaer, som indgår i analysen. Lydfilerne er blevet gennemlyttet efter behov og med fokus på centrale passager samt med henblik på brug af citater.

8.2 Ydelser og omkostninger

Evalueringsens afdækning af KfAM's ydelser, patientkarakteristika og økonomi fremgår af kapitel 5. Samtlige data er leveret af Region Midtjylland.

Analysen omfatter data på klinikniveau fra regionsklinikken i Lemvig samt aggregerede data fra PLO-praksis i hele Gødstrupklyngen, som omfatter følgende kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer. Der er bevidst fravalgt data fra udbudsklinikker, da ønsket har været at lave sammenligninger mellem KfAM og områdets PLO-praksis.

Undersøgelsen er en deskriptiv fremstilling af data, som kommenteres og sammenholdes med fund fra de kvalitativt baserede analyser, hvor dette er relevant. I metoden indgår således ingen kontrol for diverse baggrundsvariable. Nedenfor fremgår de anvendte data.

Anvendte ydelsesdata

- Totale antal kontakter pr. patient
- Antal fremmødekonsultationer pr. patient
- E-mail-konsultationer pr. patient
- Sygebesøg pr. patient.

De anvendte ydelsesdata er opgjort kvartalsvis fra september 2019 til december 2024.

Data på patienter og patientkarakteristika

- Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge
- Patienternes køn, alder og sygelighed (de samme parametre, som indgår i beregningen af differentieret basishonorar til PLO-praksis).

De anvendte data er opgjort på årsbasis for årene 2019-2024.

Data på drifts- og etableringsomkostninger

- Data inkluderer Region Midtjyllands egne opgørelser over udgifter til etablering og drift af regionsklinikken på årsbasis fra september 2019 til december 2024.

- Klinikens indtægter fra attestarbejde, vaccinationer mv. er udeladt af evalueringens opgørelser.

8.3 Registeranalyse

Registeranalysen tager udgangspunkt i et matchet case-kontrol-design, hvor patienterne i KfAM sammenlignes med to kontrolgrupper. Den første kontrolgruppe er patienter, der er tilknyttet en udbudsklinik, mens den anden er alle patienter tilknyttet en PLO-klinik.

Populationen består af alle borgere i Region Midtjylland, som er tilknyttet almen praksis i Gødstrupklyngen. Gødstrupklyngen omfatter kommunerne Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer, dvs. omkring 287.000 individer.

Interventionsgruppen: Består af de patienter, der i Yderregisteret er observeret med en tilknytning til klinikken i hele perioden fra september 2017 til september 2021, dvs. det er et krav for at indgå i populationen, at man var tilknyttet klinikken på tidspunktet for overgangen fra PLO-klinik til KfAM og betinget af, at man i hele perioden har været tilknyttet klinikken. I tilfælde af dødsfald i opfølgningsperioden er man ekskluderet fra populationen. Patienter følges 2 år før og 2 år efter etableringen af KfAM. Opfølgningsperioden er her begrænset til 2 år for at undgå for stort frafald af populationen, ligesom andre faktorer end etableringen af KfAM kan risikere at påvirke tolkningen af data ved valg af en længere opfølgningsperiode.

Kontrolgrupperne: Den ene kontrolgruppe består af patienter tilknyttet udbudsklinikker i Gødstrupklyngen, mens den anden kontrolgruppe består af patienter tilknyttet PLO-klinikker i Gødstrupklyngen. For kontrolgrupperne gælder det samme krav om, at man skal have været tilknyttet samme klinik i hele studieperioden, og i tilfælde af dødsfald i opfølgningsperioden ekskluderes man fra populationen.

8.3.1 Datagrundlag

Data kommer fra de danske sundhedsregistre (Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Yderregisteret), som er suppleret med sociodemografiske data fra Befolkningsregisteret, Uddannelsesregisteret samt Arbejdsklassifikationsmodulet. Data dækker perioden september 2017 til og med september 2021.

Til matchingen anvendes data om demografi, uddannelse, civilstatus og arbejdsmarkedstilknytning. Demografi, uddannelse og civilstatus er målt i året før inklusion for personer i både indsats- og kontrolgruppen.

Udfaldsmålene er antallet af kontakter i primærsektoren samt sammedagskontakter og stationære kontakter i hospitalsregi. Endvidere ses på udgifter relateret til speciallægepraksis samt udgifter i hospitalsregi baseret på DRG-takster for sammedagskontakter og stationære kontakter.

8.3.2 Metode

Vi anvender exact matching til at sammensætte kontrolgrupperne. Matchingen er foretaget på baggrund af køn, alder, socioøkonomisk status, etnicitet og civilstatus – alle målt før september 2019.

Før matchingen er alle individer censureret ved død, fraflytning fra Region Midtjylland eller skift til en anden praksisklinik.

Det betyder, at et individ kun indgår i populationen, hvis – og kun hvis – vedkommende i hele studieperioden, dvs. fra september 2017 til september 2021:

1. Er i live
2. Forbliver tilknyttet den samme klinik
3. Fortsætter med bopæl i Region Midtjylland.

Denne metode sikrer, at de patienter, der er tilknyttet KfAM, ligner dem, der er tilknyttet udbuds- og PLO-klinikker.

I Tabel 8.2 vises fordelingen af de nævnte variable før matchingen, mens Tabel 8.3 viser fordelingen efter matchingen.

Tabel 8.2 Før matching

Karakteristik	Regionsklinikken	Uden for Regionsklinikken	Forskel
Anden etnicitet end dansk	0,026308182	0,105921187	-0,49743
Enlig	0,208441746	0,2793905	-0,17467
Ikke enlig	0,791558254	0,7206095	0,174667
Registreret partnerskab	0,496964441	0,416885754	0,16016
Single	0,503035559	0,583114246	-0,16016
Arbejdsmarkedsstatus: Aktiv	0,426423822	0,447572518	-0,04276
Arbejdsmarkedsstatus: Inaktiv	0,109280139	0,134961149	-0,08231
Arbejdsmarkedsstatus: Udenfor	0,464296039	0,417466334	0,093899
Erhvervsfaglig uddannelse	0,328707719	0,298684749	0,063914
Grundskole	0,619543221	0,63599816	-0,03389
Gymnasial uddannelse	0,046545244	0,058036106	-0,05455
Videregående uddannelse	0,005203816	0,007280986	-0,02887
Mænd	0,465163342	0,504991529	-0,07985
Alder	47,13732293	41,66853256	0,224541

Anm.: Alle tal er angivet som procenter i decimaler. En værdi på 0,1 er altså 10 %. Alder er opgivet i år.

Kilde: VIVES egne beregninger baseret på Befolkningsregisteret.

Tabel 8.3 Efter matching

Karakteristik	Regionsklinikken	Uden for Regionsklinikken	Forskel
Anden etnicitet end dansk	0,024688	0,024688	0
Enlig	0,207668	0,207668	0
Ikke enlig	0,792332	0,792332	0
Registreret partnerskab	0,497241	0,497241	0
Single	0,502759	0,502759	0
Arbejdsmarkedsstatus: Aktiv	0,427825	0,427825	0
Arbejdsmarkedsstatus: Inaktiv	0,108336	0,108336	0
Arbejdsmarkedsstatus: Udenfor	0,46384	0,46384	0
Erhvervsfaglig uddannelse	0,329654	0,329654	0
Grundskole	0,621841	0,621841	0
Gymnasial uddannelse	0,044148	0,044148	0
Videregående uddannelse	0,004357	0,004357	0
Mænd	0,465873	0,465873	0
Alder	47,088	47,088	0

Anm.: Alle tal er angivet som procenter i decimaler. En værdi på 0,1 er altså 10 %. Alder er opgivet i år.

Kilde: VIVES egne beregninger baseret på Befolkningsregisteret.

8.3.3 Difference-in-differences-test for sammedagskontakter og omkostninger til speciallæge

I Bilagstabel 1.3 præsenteres resultaterne fra de gennemførte difference-in-differences-regressioner, som omhandler:

- Antal sammedagskontakter
- Forbrug af sammedagskontakter
- Omkostninger til speciallæge.

Det vigtigste estimat i analyserne er interaktionsleddet "Treatment * Post", som måler effekten af Regionklinikken på antallet og omkostningerne ved sammedagskontakter.

I alle tre analyser er p-værdien for "Treatment * Post" ikke signifikant, hvilket indikerer, at der ikke er fundet nogen statistisk signifikant effekt. Alle statistiske test er udført med et signifikansniveau på 5 %.

Tabel 8.4 Forbrugsregressioner

Characteristic	Sammedagskontakter (antal)			Sammedagskontakter (omkostninger)			Speciallæge (omkostninger)		
	Beta	95 % CI	P-værdi	Beta	95 % CI	P-værdi	Beta	95 % CI	P-værdi
Treatment	0,31	0,02, 0,65	0,01	2,272	651, 3,517	0,004	-12	-78, 55	0,7
Post	0,30	0,23, 0,36	<0,001	373	130, 615	0,003	31	7,0, 32	0,002
Treatment * post	0,15	-0,33, 0,63	0,5	-212	-2,343, 1,711	0,8	82	-4,3, 184	0,06

Kilde: VIVEs egne beregninger baseret på danske sundhedsregistre (Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Yderregisteret).

8.3.4 Analyse af forbrug af opioider og antibiotika

I analysen af forbrug af lægemidler identificeres de i lægemiddelregisteret med ATC3-koden n02a for opioider og p01a (midler mod amøbe- og andre protozo-sygdomme) for forbrug af antibiotika. Forbruget opgøres som summen af definerede døgndoser (DDD) i før- og efter-perioden pr. patient.

Litteratur

BDO (2023). *Kortlægning af udvikling af praksisformer i almen praksis*. BDO.

Buch, M.S., Bojesen, A.B., Skytt, I. & Kjellberg, J. (2019). *Evaluering af praksisklinikken på Bornholms Regionshospital: Midtvejsstatus på organisering, patientperspektiver og effekter*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Buch, M.S., Hauge-Helgested, A., Fredslund, E.K., Tybring, C.D. & Rahbek, A.E. (2012). *Proaktive lægehuse anno 2010: Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling*. Dansk Sundhedsinstitut.

Buch, M.S., Navne, L.E. & Kjellberg, P.K. (2012). *Ny honorarstruktur i almen praksis: Casestudie af det lægelige arbejde i fire praksis før og efter en ny honorarstruktur*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Danske Regioner (2018). *Regionale erfaringer med regions- og udbudsklinikker til drift af almen medicinske tilbud 2012-2018. EMN-2018-00111*. Danske Regioner.

Kjellberg, J. & Buch, M.S. (Eds.). (2010). *Kapacitet i fremtidens almen praksis: Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner*. Dansk Sundhedsinstitut.

Kjellberg, P.K., Buch, M.S., Olsen, K.R. & Juhl, H.H. (2008). *Små og store lægehuse: Et komparativt casestudie*. Dansk Sundhedsinstitut.

Klausen, M.B. & Buch, M.S. (2022). *Midtvejsevaluering af Klinik for Almen Medicin Lemvig: Organisering, ydelser og patientoplevelser*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Klausen, M.B., Fredslund, E.K. & Højgaard, B. (2021). *Midtvejsevaluering af Nye Veje – et tværsektorielt udviklingsprogram: Om hvordan Region Nordjylland og Morsø Kommune samarbejder om det nære sundhedsvæsen med afsæt i en regionsklinik*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Region Midtjylland (2018). *Ansøgning om godkendelse af iværksættelse af forsøg og dispensation fra udbudsforpligtelsen [Upubliceret dokument]*. Region Midtjylland.

Rosenbæk, I.B. (2022). *Medicinprojekt i Klinik for Almen Medicin Lemvig*. Koncern Kvalitet.

Sundhedsstrukturkommissionen (2024). *Sundhedsstrukturkommissionens rapport: Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Bilag 1 KfAM's møder og undervisning 2024

Bilagstabel 1.1 KfAM's faste personalemøder og interne undervisning i 2024

Lægemøde	Hver 2. måned	Med fokus på lægegruppens trivsel, klinikkens arbejdsgange og samarbejdet med øvrigt personale samt udviklingsprojekter mv.			
Personalemøde	Hver 2. måned	Fælles for alt personale med fokus på klinikkens dagligdag, samarbejde og udvikling.			
Faggruppemøde	Hver 2. måned	Rammesat som undervisning af SPL og SEKR. – der undervises i de instrukser, der ligger i MediBOX, samt løbende behov for undervisning, fx visitation af infektioner inden sæsonen starter.			
SPL-møde	Hver 4. måned	Trivselsmøde med SPL-faggruppen og ledelse. Mødet er tænkt som: Hvordan går det lige nu og her, hvilke udfordringer står I med, hvad skal vi huske, gode idéer mv.			
SEKR.-møde	Hver 4. måned	Trivselsmøde med SEKR.-gruppen og ledelse. Mødet er tænkt som: Hvordan går det lige u og her, hvilke udfordringer står I med, hvad skal vi huske, gode idéer mv.			
Afholdt undervisning på faggruppemøder i 2024					
Faggruppemøder					
Uge	Dato	Kl.	Emne	Mødelokale	Underviser
6	06.02.	14.00-15.00	Astma voksne	Kafferum	AH
19	06.05.	14.00-15.00	PPI, NSAID, PCM Hud, acne, fnat, steroidcreme	Mødelokale 1	LJ
22	30.05.	14.00-15.00	KOL	Mødelokale 1	AH
35	28.08.	13.30-16.30	Smerteklinikken underviser hele klinikken	Mødelokale 4	-
40	03.10.	14.00-15.00	Infektioner	Mødelokale 1	AH/SB
49	05.12.	14.00-15.00	Demens	Mødelokale 1	SR

Kilde: Oversigten er udleveret af KfAM i efteråret 2024.

Bilag 2 Instruks for samarbejde om den akut dårlige borger

Instruks for samarbejde med Klinik for almen medicin om akut dårlige borgere		
Gældende for: Alle sygeplejersker i den kommunale sygepleje og på Tryksheshotellet, samt øvrigt personale der laver korrespondancer til Klinik for almen medicin i sygeplejen, hjemmehplejen og på Tryksheshotellet.	Gældende fra: 19-06-2023 Revideres: 19-12-2023	Udarbejdet af: Louise Havskov Kristiansen Godkendt af: Arbejdsgruppen for samarbejde om akut dårlige borgere
Borgermålgruppe: Borgere hvis tilstand er akut ændret eller forværret med behov for lægelig vurdering.		
+ Formål At systematisere og forbedre arbejdsgange omkring den akut dårlige borger tilknyttet Klinik for almen medicin af hensyn til lægens faglighed, sygeplejens faglighed, samarbejdet og patientsikkerheden.		
+ Baggrund Arbejdsgruppen ønsker at udarbejde og forbedre strukturen i samarbejdet om den akut dårlige borger og udvikle arbejdsgange, hvor patientsikkerheden er i fokus. Med små tiltag ønskes det at forbedre det eksisterende samarbejde mellem Regionsklinikken (Kfam), den kommunale sygepleje og Tryksheshotellet. Samarbejdet forudsætter, at alle parter kender til og gør brug af TOBS, ISBAR og ABCDE. Der findes lommekort, der beskriver alle tre metoder.		
+ Fremgangsmåde for kommunalsygeplejen og Tryksheshotellet Hvis sygeplejersker oplever en akut ændret eller forværret tilstand hos borgere tilknyttet Klinik for almen medicin følges arbejdsgangen som vist i figur 1 længst nede i dokumentet. Tegningen findes også som pdf og kan printes som lommekort. Er borgeren udskrevet fra sygehuset indenfor de seneste 72 timer følges arbejdsgangen for dette i stedet. I arbejdsgangen skal der tages stilling til, om borgeren skal tilses af en læge med det samme via video, eller om det kan vente op til 24 timer. Arbejdsgangen gælder for henvendelser fra mandag til fredag i klinikens åbningstid. Udenfor dette tidsrum går henvendelser til vagtlægen som sædvanligt. Vurderes det, at det kan vente op til tre hverdage, bruges vejledningen til korrespondancer som beskrevet i næste punkt.		
+ Fremgangsmåde for personale ved udarbejdelse af korrespondancer til Klinik for almen medicin Når du skal lave en korrespondance til en læge i Klinik for almen medicin, er der flere ting du skal tage stilling til.		

Før korrespondancen laves

1. **Kan en kollega hjælpe?** Har du overvejet, om en sygeplejerske eller en anden kollega vil kunne svare på dit spørgsmål inden du går i gang med at skrive korrespondancen. Hvis ikke de kan det, laves der en korrespondance.
2. **Hvem skal svare på din henvendelse?**
 - a. Skal en recept fornyes, skal du have fat i en sekretær og skal ikke lave en korrespondance. Der anmodes om receptfornyelse i FMK i stedet. Er der brug for receptfornyelse samme dag til en akut dårlig borger ringes der til akuttelefonen.
 - b. Skal der søges om hjælpemidler, fx støttestrømper og bleer, skal borger selv sende en ansøgning via Lemvig Kommunes hjemmeside. Hvis kommunen har brug for en udtalelse fra lægen, så henvender de sig til lægen.

Når korrespondancen laves

1. **Haster din henvendelse?** Lægen har tre hverdage til at svare på din korrespondance.
 - a. Hvis situationen er akut, og der er brug for svar samme dag eller indenfor 24 timer skal du ringe til akuttelefonen, når du har sendt din korrespondance. Korrespondancen markeres **med flag**.
 - b. Hvis din henvendelse kan vente op til tre hverdage, sendes korrespondancen afsted **uden flag**. Korrespondancer der er sendt til en bestemt læge, kan have længere ventetid end tre hverdage afhængigt af lægens arbejdstider. Hvis du henvender dig til en specifik læge, skal du gøre opmærksom på om henvendelsen haster eller kan vente til vedkommende læge er på vagt.
2. **Brug ISBAR** - Det er en stor hjælp for lægen, hvis du tager udgangspunkt i ISBAR, når du skriver korrespondancen (se lommekort).
 - a. **Situation:** Er der mulighed for det, inkluderes TOBS-målinger og saturation under Situation.
 - b. **Baggrund:** hjælp lægen med at forstå situationen ved at beskrive, hvordan borgerens udviklingen har været den sidste tid. Hvad er tidshorisonten/udviklingshastigheden på borgerens tilstand?
 - c. **Råd - Hvad vil du gerne have lægen til at gøre?** Selvom du har lavet en grundig beskrivelse, er det ikke altid nemt for lægen at vide, hvad du gerne vil have dem til at gøre og hvornår. Hvis du har brug for en lægefaglig vurdering af borgerens tilstand, så skriv det gerne ordret.
3. **Er du studerende?** Inden du sender korrespondancen afsted, skal du notere hvilken sygeplejerske du har konfereret om korrespondancen med.
4. **Kontaktoplysninger.** Lægen kan have spørgsmål til din korrespondance. Skriv gerne et telefonnummer på, hvor lægen kan få fat i dig.

Efter korrespondancen er sendt

1. Lægen svarer på din korrespondance indenfor tre hverdage medmindre den er stilet til en bestemt læge, hvor der kan forventes længere ventetid.

+ Fremgangsmåde for praktiserende læger

Der er indgået aftale om, at de kommunale medarbejdere kan kontakte Klinik for almen medicin på akuttelefonen i forbindelse med borgere, hvis tilstand er akut ændret eller forværret, og i forbindelse med receptfornyelse til samme målgruppe.

Akut dårlige borgere, som skal tilses via video

1. Hvis en kommunal sygeplejerske, efter at have lavet TOBS og målt saturation vurderer, at en borger bør tilses via video, ringer denne til akuttelefonen og efterspørger en videokonsultation.
2. Lægen sender link til pågældende sygeplejerske, og der laves en videokonsultation.
3. Kommunikationen tager udgangspunkt i ISBAR. Aftaler og planer dokumenteres efterfølgende som korrespondancer.

Akut dårlige borgere, som skal tilses indenfor 24 timer

1. Hvis en kommunal sygeplejerske, efter at have lavet TOBS og målt saturation vurderer, at en borger bør tilses indenfor 24 timer, udarbejder de en korrespondance med udgangspunkt i ISBAR og markerer den med flag.
2. Når korrespondancen er sendt afsted, ringer sygeplejersken til akuttelefonen og orienterer lægen med udgangspunkt i korrespondancen.
3. Lægen vurderer situationen og der lægges en plan.
4. Lægen dokumenterer aftaler og planer som svar på korrespondancen.

Receptfornyelse til akutdårlige borgere

5. Kommunalt personale ringer til akuttelefonen
6. Sekretær laver en receptfornyelse og ligger den til godkendelse hos lægen. Er det meget akut tager sekretæren direkte kontakt til lægen.
7. Lægen godkender receptfornyelsen.

Figur 1

