



Evaluering af 'Fusionspraksis'

Region Midtjyllands tilbud om støtte til almen praksis-enheder der fusionerer

Baseret på interview med deltagende læger og kvalitetskonsulenter

Martin Sandberg Buch

Anja Elkjær Rahbek

Dansk Sundhedsinstitut

Februar 2011

Dansk Sundhedsinstitut

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

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

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2011

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

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-663-1 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2639

Design: DSI

Forord

Der er i disse år en øget interesse hos praktiserende læger for at etablere sig i større enheder med tidssvarende lokaler og en øget brug af praksispersonale. Det kan ske enten som kompagniskabspraksis, hvor lægerne deler økonomi og patienter, eller som samarbejdspraksis hvor lægerne fortsætter med at have selvstændig økonomi og egen patientliste.

Større praksis kan etableres via sammenlægninger – som imidlertid kan udgøre en stor udfordring for de involverede læger og deres personale. Dels fordi sammenlægningen skal gennemføres i en travl hverdag, hvor patienterne fortsat skal passes, og dels fordi parterne kommer med forskellige arbejdsrutiner, personalesammensætning og holdninger mm.

Regionerne ønsker aktivt at støtte op om en udvikling i retning af større praksis. Derfor igangsættes i disse år forskellige initiativer der konkret skal støtte op om – og skabe viden om – praksissammenlægninger. Et af disse initiativer er Region Midtjyllands Fusionspraksisprojekt, hvor et tværfagligt team af kvalitetskonsulenter har støttet udvalgte lægepraksis i deres sammenlægningsproces.

Dansk Sundhedsinstitut har udført en evaluering, der indsamler og formidler de ansvarlige kvalitetskonsulenters erfaringer fra pilotprojektet, samt de deltagende lægers evaluering af den fusionsstøtte de har modtaget. Evalueringens formål er at sammenfatte og formidle viden om, hvordan fusionsstøtte kan organiseres.

En stor tak til de konsulenter og læger der har stillet op til interview, samt til Region Midtjyllands praksisenhed i Århus for at lade evalueringen offentliggøre. Evalueringen er finansieret af Region Midtjylland og DSI. Rapporten er kvalitetssikret internt ved direktør, professor Jes Søgaard.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resume	7
1. Evalueringens baggrund, indhold og metode	11
1.1 Baggrund og formål	11
1.2 Indhold og opbygning	11
1.3 Metode	12
2. Kvalitetskonsulenternes erfaringer	13
2.1 Organisering af fusionsstøtte	13
2.2 Elementer og kompetencer der har været centrale eller som har manglet	17
2.3 Væsentlige afvigelser fra projektbeskrivelsen	19
2.4 Konsulenternes overvejelser om videreførelse af Fusionspraksisinterventionen	20
3. Deltagernes evaluering af fusionspraksis	25
3.1 Beskrivelse af deltagerne og deres sammenlægningsforløb	25
3.2 Deltagernes evaluering af projektet	27
3.3 Deltagernes fremadrettede perspektiver	34
4. Opsamling og anbefalinger	37
Bilag 1: Interviewguide til kvalitetskonsulenter	41
Bilag 2: Interviewguide til deltagende læger	43
Bilag 3: Evalueringens informanter:	45

Resumé

Formål og baggrund

Formålet med denne evaluering er at indsamle og formidle viden om, hvordan støtte til praksissammenlægninger kan organiseres og udføres i praksis. Evalueringen er baseret på den viden, der er skabt via Region Midtjyllands pilotprojekt "Fusionspraksis", hvor et tværfagligt team af kvalitetskonsulenter¹ har støttet udvalgte lægepraksis i deres sammenlægningsproces.

Konsulentteamet faciliterer et udviklingsforløb for nyfusionerede lægepraksis. For de deltagende lægehuse er formålet at lette overgangen til et nyt praksisfællesskab og medvirke til at realisere de størstedriftsfordele, der er mulige i et stort lægehus. Samtidig er projektet igangsat med det selvstændige formål at indsamle erfaringer, som kan danne afsæt for Region Midtjyllands fremtidige strategier og tilbud til almen praksis i forbindelse med organisationsudvikling og sammenlægninger.

Væsentligste resultater

Evalueringen viser, at kvalitetsteamets kompetencer og ressourcer har matchet de deltagende lægehuses behov. Samtidig er de deltagende praktiserende læger meget tilfredse med den fusionsstøtte, som de har modtaget. De praktiserende læger lægger især vægt på, at fusionsstøtten har været fleksibel og taget udgangspunkt i deres aktuelle behov, samt at den har hjulpet dem med at involvere personalet i sammenlægningsprocessen.

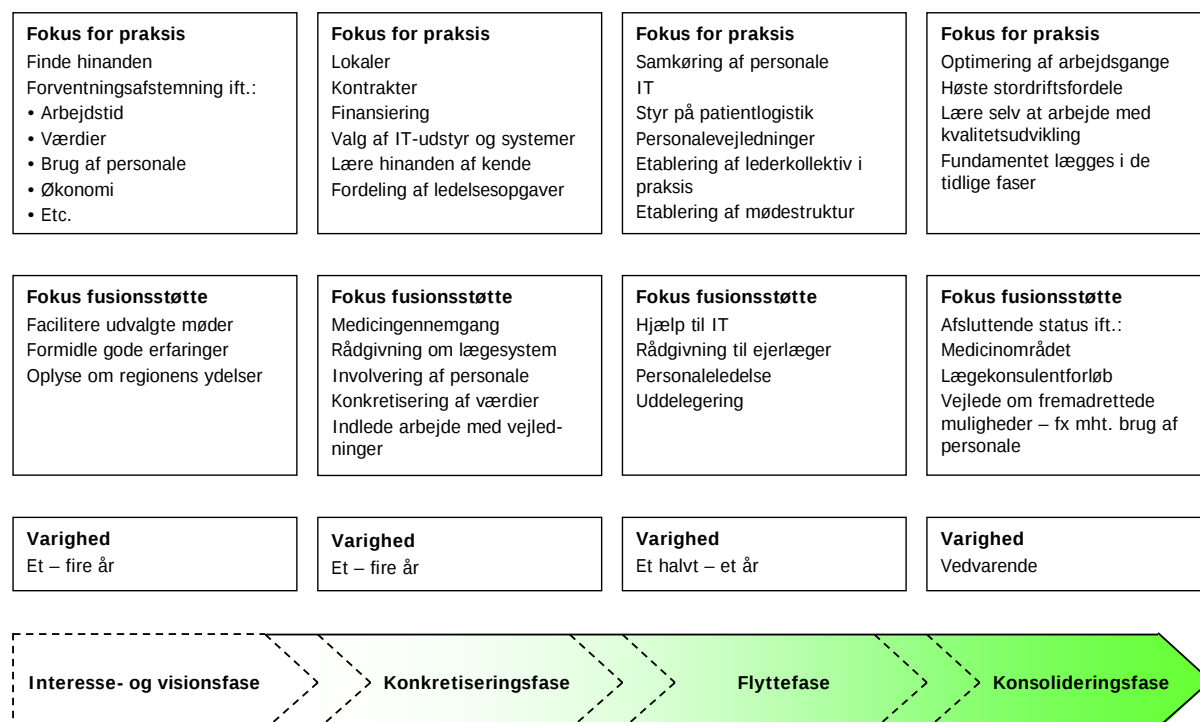
Den væsentligste læring fra pilotprojektet er imidlertid, at en snæver tidsmæssig afgrænsning af fusionsstøtte ikke er hensigtsmæssig. Den etårige afgrænsning, der var sat for fusionsstøtten, har således kun delvist matchet de sammenlagte lægehuses behov. Samtidig har lægehusene haft meget lidt overskud til at beskæftige sig med egentlig kvalitets- og organisationsudvikling i perioden umiddelbart før og efter deres sammenflytning i nye eller udvidede lokaler.

Disse forhold har medvirket til at konsulentteamets rådgivning i et vist omfang er blevet ad hoc baseret, og at den har handlet mere om praktiske problemstillinger, end det var forudsat i den oprindelige projektbeskrivelse. Samtidig har en del af forløbene i højere grad bestået af løst koblede inspirations- og sparringsmøder end et aftalt og forpligtende udviklingsforløb.

Evalueringen anbefaler derfor, at fremtidig fusionsstøtte baseres på nedenstående forløbsbeskrivelse for sammenlægningsprocesser. Forløbsbeskrivelsen opdeler sammenlægningsprocessen i fire faser og beskriver, hvad der optager 'fusionspraksis' i de enkelte faser, samt hvilket fokus fusionsstøtte kan have i hver enkelt fase.

¹ Projektteamet består af to praktiserende læger, der er deltidsansat som praksisudviklingskonsulenter hos regionen, en fuldtidsansat lægemiddelkonsulent (uddannet farmaceut) og en fuldtidsansat IT konsulent. Alle konsulenterne er tilknyttet praksisenheden i Århus, hvor de er en del af et større kvalitetsteam og indgår i mange andre opgaver, der ikke er relateret til fusionspraksisprojektet.

Figur 1.1 Forløbsbeskrivelse for sammenlægningsforløb samt muligt fokus for fusionsstøtte i de enkelte faser



Figurens fire faser uddybes og begrundes i de følgende afsnit:

Interesse- og visionsfasen starter, når lægerne etablerer kontakt til kolleger for at drøfte muligheder for at flytte sammen. Det sker typisk på baggrund af personlige relationer fra efteruddannelsesgrupper, vagthold eller via rekruttering af amanuensislæger, der har gjort det godt, mens de var i praksis. Informanterne vurderer, at det først og fremmest er lægerne selv, der skal finde hinanden uden indblanding fra andre. Konsulenterne forestiller sig dog, at de kan medvirke til at udbrede kendskabet om fusionsstøtte ved at informere på regionale praksisdage, regionale kurser, i lokale efteruddannelsesgrupper o.l. sammenhænge. På samme måde ser de en mulighed for, at nyfusionerede praksis med gode erfaringer kan være med til at skabe motivation for at flytte sammen.

I interesse- og visionsfasen bør der være fokus på at etablere fælles værdier og holdninger, som kan ligge til grund for samarbejdet i en fælles praksis. Emner, der med fordel kan drøftes, er den enkelte læges forventninger til fremtidig økonomi, brug af personale, arbejdstider, syn på ledelse, vejledninger og kvalitet. Konsulenterne vurderer, at en tidlig indsats kan være med til at forebygge komplikationer og i bedste fald 'praksisskilsmisser'. Informanterne foreslår, at der bliver mulighed for at bestille et faciliteret møde, som kan hjælpe interesserede læger i gang med forventningsafstemning på de nævnte områder.

I konkretiseringsfasen spiller lokaler, økonomi og kontrakter ofte en fremtrædende rolle. Informanterne vurderer, at de fleste opgaver i denne fase er noget, det enkelte lægehus bedst håndterer selv. Regionen kan evt. have en rolle, når det kommer til aftaler om lokaler o.l., mens praksisudviklingskonsulenterne evt. kan formidle kontakt til relevante advokater, entreprenører o.l.

Konsulenterne har erfaring med, at de mange praktiske problemstillinger i konkretiseringsfasen kan gøre det vanskeligt at fastholde fokus på de værdier, vejledninger o.l., der skal etableres i den fælles praksis. En relevant ydelse i konkretiseringsfasen knytter sig derfor til at udmønte (evt. aftale) de visioner, der er aftalt tidligere i forløbet. Herudover vil det være relevant at starte et udviklingsforløb på medicinområdet og arbejde med at inddrage personalet i sammenflytningen.

I den praktiske sammenlægningsfase sættes hverdagen under stort pres. Det understreges af, at konsulenterne i samtlige fusionsforløb har været nødt til at aflyse og udskyde planlagte møder med de deltagende praksis. Derfor er det vigtigt ikke at presse praksis for meget i denne fase. På den anden side er det også vigtigt at motivere praksis til at komme hurtigt til konsolideringsfasen, som er den fase, hvor lægehusene for alvor kan arbejde med deres organisation for at realisere stordriftsfordele og kvalitetsudvikling. Konsulenternes bud på relevante ydelser, der kan hjælpe lægehuset med at komme til konsolideringsfasen, består af ad hoc baseret vejledning fra lægekonsulenterne samt rådgivning fra den regionale IT konsulent.

Konsolideringsfasen handler om at etablere faste arbejdsdelinger og rutiner, der optimerer den daglige drift. Her vil det også være relevant at se på muligheder for at udvikle brugen af praksispersonale for at øge lægehusets opgave- og patientkapacitet. Overskuddet til at arbejde med disse forhold kommer først, når de fysiske rammer og IT redskaber er ordentligt på plads. Konsulenterne forestiller sig, at de i denne fase kan klæde lægehusene på til selv at arbejde videre med de igangsatte indsatsområder. Konsulenterne har fx gode erfaringer med at rådgive om, hvordan lægehusene kan analysere og effektivisere deres arbejdsgange i forhold til receptfornyelse, mødestruktur o.l.

Anvendte metoder

Evalueringen er baseret på semistrukturerede interview med de kvalitetskonsulenter, der har haft ansvaret for fusionspraksis, samt tre gruppeinterview med de ejerlæger der har deltaget i projektet.

1. Evalueringsens baggrund, indhold og metode

1.1 Baggrund og formål

Region Midtjylland arbejder aktivt på at støtte sammenlægninger i almen praksis, fordi større lægehuse er prioriteret som et bærende element i en bæredygtig fremtidig praksisstruktur. For at opnå viden om hvordan en sådan fusionsstøtte kan organiseres i praksis, er der gennemført et pilotprojekt – 'Fusionspraksis', hvor et tværfagligt team af kvalitetskonsulenter² har støttet udvalgte lægepraksis i deres sammenlægningsproces.

Konsulentteamet faciliterer et udviklingsforløb for nyfusionerede lægepraksis. For de deltagende lægehuse er formålet at lette overgangen til et nyt praksisfællesskab og medvirke til at realisere de stor-driftsfordele, der er mulige i et stort lægehus. Samtidig er projektet igangsat med det selvstændige formål at indsamle erfaringer, som kan danne afsæt for Region Midtjyllands fremtidige strategier og tilbud til almen praksis i forbindelse med organisationsudvikling og sammenlægninger.

I forbindelse med pilotprojektet er Dansk Sundhedsinstitut blevet bedt om at gennemføre en kvalitativ evaluering, der indsamler og formidler de ansvarlige kvalitetskonsulenters erfaringer fra pilotprojektet, samt de deltagende lægers evaluering af den fusionsstøtte de har modtaget. Evalueringsens formål er at sammenfatte og formidle viden om, hvordan fusionsstøtte kan organiseres.

1.2 Indhold og opbygning

Evalueringen består af tre kapitler, der fokuserer på følgende aspekter vedrørende Fusionspraksis:

1. Kapitel 1: Kvalitetskonsulenternes erfaringer
 - a. Hvordan projektet har været organiseret i praksis.
 - b. Beskrivelse af elementer og faglige kompetencer der har været centrale.
 - c. Konsulenternes overvejelser om videreudvikling af interventionen og egne opgaver.
2. Kapitel 2: Deltagernes evaluering af Fusionspraksis
 - a. Beskrivelse af de deltagende lægehuses sammenlægningsforløb.
 - b. Deltagernes evaluering af fusionspraksisprojektet.
 - c. Deltagernes overvejelser om udvikling af konsulenternes funktion og opgaver.
3. Kapitel 3: Opsamling og anbefalinger
 - a. Kort opsamling på afsnit 2 og 3.
 - b. Dansk Sundhedsinstituts anbefalinger til Region Midtjylland.

² Projektteamet består af to praktiserende læger, der er deltidsansat som praksisudviklingskonsulenter hos regionen, en fuldtidsansat lægemiddelkonsulent (uddannet farmaceut) og en fuldtidsansat IT konsulent. Alle konsulenterne er tilknyttet praksisenheden i Århus, hvor de er en del af et større kvalitetsteam og indgår i mange andre opgaver, der ikke er relateret til Fusionspraksisprojektet.

1.3 Metode

Dataindsamling

Ovenstående forhold er belyst via semistrukturerede interview med de kvalitetskonsulenter, der har haft ansvaret for Fusionspraksis, samt tre gruppeinterview med de ejerlæger der har deltaget i projektet. (Interviewguides og liste over informanter er vedlagt som bilag 1-3).

Interviewguides er udarbejdet med udgangspunkt i DSIs viden om kvalitetsudvikling i almen praksis, projektbeskrivelsen for Fusionspraksis og dialog med Praksisenheden i Region Midtjylland – repræsenteret ved kontorchef Lone Düring.

Interviewene er udført i august – oktober 2010. Alle interview er optaget digitalt og udskrevet af en studentermedhjælp, hvorefter udskrifterne er anvendt som afsæt for citat og analyse. Alle data fra de deltagende lægehuse er anonymiseret i rapporten.

Analysestrategi

Evalueringen fokuserer på at formidle sammenhængende beskrivelser af de forløb og aktiviteter, som er realiseret via projektet, samt beskrivelser af hvordan de ansvarlige konsulenter vurderer, at tilbuddet om 'fusionsstøtte' kan videreføres i Region Midtjylland. Konsulenterne og kontorchef ved praksisenheden i Århus, Lone Düring, har derfor fået 1. udkast af evalueringen til kommentering med henblik på at validere og kvalificere dokumentationsafsnit og analyse. Dette har medført en række faktuelle præciseringer, men ingen ændringer til analysens struktur, indhold eller evalueringens afsluttende anbefalinger. Det er alene DSI, der svarer for evalueringens konklusioner og anbefalinger.

Validitet

Erfaringsgrundlaget (konsulentteamets tre realiserede udviklingsforløb) og evalueringsgrundlaget (interview med ejerlæger fra tre 'fusionspraksis') er for lille til, at det kan konkluderes, at der er opnået datamæthed i evalueringen.

Følgende forhold taler imidlertid for, at evalueringen alligevel giver et brugbart beslutningsgrundlag:

- ◆ Konsulentteamets overvejelser er delvist baseret på et indgående kendskab til almen praksis og mangeårige erfaringer fra kvalitetsarbejde, der ikke er snævert relateret til pilotprojektet.
- ◆ Der er god overensstemmelse mellem konsulenternes overvejelser og deltagernes evaluering af projektet.
- ◆ Informanternes udsagn og overvejelser matcher DSIs erfaringer fra øvrige projekter på praksisområdet.

2. Kvalitetskonsulenternes erfaringer

Dette afsnit beskriver med udgangspunkt i kvalitetskonsulenternes udsagn organiseringen af 'Fusionspraksis', samt de konsulenttydelser og faglige kompetencer der har været centrale i projektet. Afsnittet slutter med en struktureret sammenskrivning af konsulentteamets perspektiver på sammenlægningsprocesser, samt deres bud på hvordan fusionsstøtten kan videreføres.

2.1 Organisering af fusionsstøtte

2.1.1 Projektets formål

Konsulenterne lægger vægt på, at 'Fusionspraksis' er et åbent pilotprojekt, der dels skal støtte de deltagende praksis med udgangspunkt i deres oplevede behov, og dels skabe viden om hvordan man kan give støtte til sammenlægninger på en god måde. Konsulenterne fortæller, at den åbne tilgang har betydet, at *"både vi og deltagerne under opstarten har været lidt famlende over for, hvad det var, vi gik ind til"*.

Et væsentligt succeskriterium er derfor, at projektet genererer viden og vejledninger, der kan kvalificere fremtidige sammenlægningsforløb. Konsulenterne har derfor en målsætning om, at de skal lave en guide til praksis, der flytter sammen, samt vejledninger der kan bruges af de kvalitetsudviklingskonsulenter, som evt. skal støtte fremtidige sammenlægningsprocesser. Redskaberne skal fx beskrive faldgruber i forbindelse med fusion, dels give gode råd og huskelister til hvordan man kommer godt igennem en praksissammenlægning. Konsulenterne vurderer, at projektet vil gøre dem i stand til at indfri disse målsætninger, men de vil gerne opnå erfaringer fra fem sammenlægningsforløb, før de udarbejder de endelige beskrivelser.

Konsulenterne vurderer, at det primært er læger *med et vist overskud*, der fusionerer. Dette afspejler sig også i konsulenternes vurdering af de lægehuse, der har været med. Vurderingen er nemlig, at deltagerne har været meget engagerede, samt at de reelt har arbejdet med de indsatsområder, som er valgt i projektet. Der er således først og fremmest blevet tale om et tilbud til praksis, der i udgangspunktet er velfungerende.

2.1.2 Oversigt over det typiske udviklingsforløb

Omstående skema sammenfatter det ideelle fulde udviklingsforløb, som det er gengivet af kvalitetskonsulenterne:

1. Tilbud om at blive fusionspraksis bliver opslået til alle praksis i regionen. Herefter kan interesserede praksis fremsende en skriftlig ansøgning. Alle interesserede praksis kommer til 'ansættelsessamtale'. Mindst en kvalitetskonsulent og en kontorchef fra Region Midtjyllands praksisenhed er til stede under samtalen. Initialt er der afholdt samtale med fire praksis. To praksis er sorteret fra – enten med henvisning til at de er for langt i deres sammenlægningsproces, eller fordi deres planer har begrænset sig til at dele lokaler. Efterfølgende har yderligere ansøgere fået en indledende samtale med 1-2 af de deltagende konsulenter for at afklare. På denne måde er endnu to praksis inkluderet i projektet, men en er sprunget fra umiddelbart efter samtalen med henvisning til travlhed. Samtalerne bruges også til at afdække deltagernes forventede udviklingsbehov.
2. Der indgås en skriftlig kontrakt med de praksis som tilbydes et udviklingsforløb. Kontrakten beskriver hvem der flytter sammen, hvor meget personale der skal sammenføres, hvilke IT-systemer o.l. der skal samkøres, og hvad deltagerne indledningsvist forventer at få hjælp til. Kontrakten forpligter lægehusene til at holde lukket, når der holdes udviklingsmøder, samt til at deltage i evalueringen af projektet.
3. Alle udviklingsforløb starter med et opstartsmøde mellem 1-2 lægelige konsulenter og ejerlægerne fra den deltagende praksis. Mødet bruges til at snakke en bruttoliste med mulige indsatsområder³ igennem med lægerne. Lægekonsulenterne fortæller, at de lægger vægt på de emner, der handler om personaleledelse, personaleinvolvering, ejerlægenes holdninger til uddelegering og fordeling af ledelsesopgaver imellem ejerlægerne. Mødet bruges også til at introducere lægemiddel- og IT konsulenterne. I sidste ende er det dog ejerlægerne der bestemmer, hvilke indsatsområder de vil prioritere. Mødet afsluttes ideelt set med aftaler for, hvem der gør hvad frem til næste besøg, samt aftaler for de emner der skal drøftes på dette.
4. Lægekonsulenten udsender efter mødet et kortfattet beslutningsreferat, og ca. 14 dage før næste møde sendes en reminder, hvor konsulenten skitserer sine forventninger til mødet.
5. Lægekonsulenten har yderligere to-fire møder med lægehuset over en periode på et halvt til et helt år. Hvert møde starter ideelt set med, at lægekonsulenten opsummerer de aftaler, der er indgået på forrige møde, hvorefter deltagerne giver en status på deres fremdrift.
6. IT- og lægemiddelkonsulent involveres på ad hoc basis. I de udviklingsforløb, hvor konsulenterne har været med, har de hver haft 1-2 møder med de deltagende praksis.

Det skal bemærkes, at oversigten repræsenterer et ideelt og fuldt udviklingsforløb. I praksis er det kun udviklingsforløbet i lægehus 1, der indeholder alle de elementer, der er beskrevet ovenfor. Forløbene i lægehus 2 og 3 har været mere ad hoc prægede, og lægerne har primært brugt lægekonsulenterne som sparringspartnere til aktuelle problemstillinger. Der har således ikke været udarbejdet referater, remindere og faste aftaler for, hvad der skulle arbejdes med imellem møderne i disse forløb.

³ Bruttolisten indeholder følgende emner: Organisation og ledelse, faglig og organisatorisk udvikling, arbejdsbelastning, økonomi, personalefunktioner, holdninger til klinisk arbejde og kvalitet, brug af guidelines og kliniske vejledninger, journalføring, diagnosekodning, medicinordinationer, anvendelse af apparatur og anvendelse af IT.

2.1.3 Opgavefordelingen i konsulentteamet

Lægekonsulenternes opgaver

Lægekonsulenternes konkrete opgaver fremgår af ovenstående forløbsbeskrivelse. Dette afsnit fokuserer derfor på konsulenternes rolle som facilitator for udviklingsprocessen.

Som det fremgår af forløbsbeskrivelsen, fungerer lægekonsulenterne som de deltagende lægers gennemgående kontaktperson i udviklingsforløbet. Konsulentteamet er enige om, at dette er hensigtsmæssigt. Dels fordi det er nødvendigt med et indgående kendskab til praksisdrift. Dels fordi det letter adgangen til praksis betydeligt, hvis det er en praktiserende læge, der er ansvarlig for processen.

På overordnet niveau opsummerer lægekonsulenterne deres roller over for deltagerne således:

På den ene side har det været at hjælpe dem med at tænke lidt større forretningsmæssigt praksismæssigt og organisationsmæssigt. På den anden side har der været helt praktiske ting omkring vejledninger, og hvordan vi gør tingene. Også konkret – hvordan laver man en frase i EDB systemet. Jeg har samme lægesystem som dem og har fx vist dem forslag til at udnytte systemet i forbindelse med e-mailkonsultationer, og hvordan man kan søge i egne patientdata.

I forhold til at facilitere selve udviklingsprocessen fortæller den ene lægekonsulent endvidere at:

Min vigtigste rolle er at hjælpe dem med at sætte struktur på processen, vise hvordan man kan styre møderne, sikre at personalet inddrages reelt. [...] udfordringen er at holde dem på sporet og sikre fremdrift i processen. Vi er nødt til at give lidt plads i den akutte flyttefase – men samtidig skal vi også hjælpe til, at de ikke drukner i dagligdagen – så de aldrig når til at omorganisere [og derved ikke opnår de fordele der kan realiseres i et større lægehus].

IT konsulentens opgaver

IT konsulenten er involveret i to udviklingsforløb. Hun har bl.a. hjulpet et lægehus med at afdække deres IT behov og tolke et tilbud fra en leverandør af elektroniske journalsystemer. På driftsniveau har konsulenten blandt andet hjulpet med at få digital signatur, webreg, sundhed.dk o.l. til at virke på lægehusenes computere. IT konsulenten har også hjulpet med at vise hvordan man diagnosekoder i journalsystemer. Endelig har hun rådgivet omkring indkøb og opstilling af IT udstyr.

Overvejelser om timing

IT konsulentens ydelser er konkrete og afgrænsede, og hun bliver inddraget på ad hoc basis. Konsulenterne vurderer, at denne fremgangsmåde fungerer fint. Det skyldes først og fremmest, at lægehuse (når de er gjort opmærksom på IT konsulentens tilstedeværelse og kompetencer) har relativt let ved at se om – samt hvornår og hvordan – de kan bruge hendes ydelser.

Lægemedelkonsulentens opgaver

Lægemedelkonsulenten er involveret i alle tre udviklingsforløb. Som IT konsulenten er hun blevet bestilt til at levere specifikke ydelser, som deltagerne har efterspurgt. Lægemedelkonsulenten har som forventet rådgivet om etablering af fælles ordinationspraksis, vejledninger til personale om receptfornyelse og patienternes forbrug af vanedannende medicin:

Jeg har lavet receptfornyelses-aktiviteter. Finde ud af, hvordan de gør det hver især, og hvordan de kunne gøre det bedste muligt, så personalet ikke bliver frustreret, når en siger noget og den anden noget andet. Min rolle er få spillet på bordet, hvad de skal have en dialog om, og hvad det er vigtigt at blive enige om. [...] Fx forsøge at få dem til at få fælles normer for, hvad de vil acceptere, og hvad de vil ordinere.

Lægemiddelkonsulenten har haft en forventning om, at hun også skulle arbejde med medicin-gennemgang (audit) på patientniveau. Det er endnu ikke sket, men hun håber, at det bliver muligt fremover, fordi hun har gode erfaringer med at bruge metoden til at identificere og mindske u hensigtsmæssige forskelle imellem lægers ordinationspraksis over for patienter og personale.

Overvejelser om timing

I to forløb er lægemiddelkonsulenten kommet på banen relativt sent i sammenlægningsprocessen. Dette er sket, fordi lægekonsulenterne har vurderet, at deltagerne ikke har været klar til at se på lægemidler, før de er igennem den akutte sammenflytningsfase.

Konsulenterne vurderer, at det er vigtigt at etablere en fælles ordinationspraksis og entydig arbejdsdeling med personalet omkring receptfornyelse i et større lægehus. Derfor blev konsulenterne under interviewene enige om, at de fremadrettet vil forsøge at gøre lægemiddelkonsulentens indsats mere forløbsorienteret. Det optimale forløb, som fremstod på baggrund af konsulenternes overvejelser, ser ud som følger:

1. Inden sammenlægning kan konsulenten – via data og samtaler – kortlægge aktuelle forskelle i ordinationspraksis, retningslinjer for receptfornyelse og arbejdsdeling med personale, samt hvilke forventninger lægerne har til lægemiddelordination i deres nye fælles praksis. Konsulenterne vurderer, at det er vigtigt at være opmærksom på disse områder, fordi de netop har en tendens til at drukne i praktiske problemstillinger i forbindelse med selve sammenflytningen.
2. Hvis der er mulighed for det, bør konsulenten komme på banen relativt hurtigt efter den fysiske sammenlægning. Dels for at sikre et fokus på de aftaler, der er lavet inden sammenflytningen, dels fordi der ofte er et potentiale for at effektivisere (spare tid) arbejdsgangene omkring lægemiddelordination.
3. Der bør gennemføres et afsluttende besøg, hvor der gøres status på den etablerede praksis. Fx ved at samle op på løse ender, ved at sammenligne de gamle ordinationsmønstre med det nye, og ved at diskutere om praksis har nået de målsætninger, der var aftalt forud for sammenlægningen.

2.1.4 Teamets sammensætning, samarbejde og fordeling af opgaver

Teamsammensætning

Konsulenterne vurderer, at det er de relevante personer, der har været aktiveret i Fusionsprojektet. Selvom de er nævnt i projektbeskrivelsen, har der hverken været behov for at involvere efteruddannelses- eller hospitalsansatte praksiskonsulenter i udviklingsforløbene. Konsulenterne vurderer heller ikke, at der vil være behov for dette fremover. Til gengæld anbefaler de, at en bredere kreds af praksisudviklingskonsulenter inddrages.

Teamsamarbejde og fordeling af opgaver

Af projektbeskrivelsen for Fusionspraksis fremgår, at der skal gennemføres en indledende forventningsafstemning med hver deltagende praksis, samt at denne skal bruges til at udarbejde en samlet plan for teamets indsats. Forventningsafstemningen er gennemført af de lægelige konsulenter iht. intentionerne fra projektbeskrivelsen. Der er dog ikke udarbejdet samlede planer for udviklingsforløbet eller teamets forventede opgaver. Lægerne har i stedet kørt udviklingsforløbet alene, mens IT- og lægemiddelkonsulenten er blevet bestilt til at levere enkeltstående ydelser på ad hoc basis.

Begrundelserne for denne tilgang er for det første, at lægehusenes udviklingsprocesser ikke har været lineære, for det andet at deltagerne har været lagt ned i månederne efter deres sammenflytning, og for det tredje at konsulenterne ikke på forhånd har haft et klart billede af det forløb, der skal realiseres. Fusionspraksisprojektet har derfor primært resulteret i parallelle ad hoc baserede forløb frem for et planlagt og integreret udviklingsforløb. Lægemiddelkonsulenten fortæller i den forbindelse, at:

Jeg har savnet et bedre kendskab – i vores team – til, hvem der lægger planerne for praksis. Så kunne vi fx have sagt: Her skal jeg ind, fordi der er en mulighed for at få fokus på medicinen. Vi kunne have gavn af større samarbejde i vores team. Lave en samlet plan. Jeg kom rigtig sent ind med medicinen, og det havde de måske først ressourcer til dér, men de er også kommet rigtig langt i et samarbejde uden at være opmærksomme på, hvordan hinanden gør.

Lægekonsulenterne er enige i, at deres indledende forventningsafklaring fremadrettet bør bruges til at udarbejde en klarere fælles plan for teamets indsats fordi:

Vi og deltagerne ville egentlig have gavn af en mere fast handleplan, bare der ikke er datoer på. Men en plan der definerer udgangspunktet og beskriver, hvad det er for et forløb, vi skal igennem – måske med nogle kvartalsvise mål og nogle tovholdere for de ting der bliver udpeget som vigtige. [...] måske skulle vi også blive bedre til at fortælle, at selvom det er svært at lukke praksis en halv dag, så er tiden godt givet ud på den lange bane.

Konsulenterne har derfor aftalt, at de fremadrettet vil sikre en fælles drøftelse af de udviklingsbehov, som er identificeret i den enkelte praksis, samt at de vil lave en vejledende plan for hele udviklingsforløbet.

2.2 Elementer og kompetencer der har været centrale eller som har manglet

♦ Praksisbesøg forud for projektstart

Lægekonsulenterne har under opstarten af projektet opsøgt erfaringer fra praksis, der har fusioneret. Dette har været nyttigt, fordi:

Vi har været ude i praksis, hvor vi ved, at der har været store knaster. Der så vi, at det specielt var det med personalet, der gav knasterne. Lægerne vælger selv at flytte sammen og er indstillet på det. Personalet bliver flyttet. Derfor er vi meget opmærksomme på at have personalet med.

De indhentede erfaringer er efterfølgende brugt i projektet sammen med lægekonsulenternes erfaringer fra kvalitetsarbejdet samt egen praksis. Dette betyder, at forebyggelse af konflikter udgør en central målsætning for konsulenterne arbejde, som de forsøger at fremme ved at sætte fokus på:

- ♦ Forholdet imellem deigestillede lægelige ledere, som kan udfordres, hvis lægerne har forskellige forventninger til uddelegering, forebyggelse, personalevejledninger, indtjening og arbejdstid.
- ♦ Forholdet imellem læger og ansatte som fx kan udfordres, hvis lægerne agerer forskelligt over for personalet, eller hvis læger og personale ikke får etableret et tværgående teamsamarbejde i den nye praksis.
- ♦ Forholdet imellem de ansatte som især kan udfordres af modstridende ønsker om opgaver og ansvarsfordeling, opgavefordeling og forskelle i lønniveau.

Medindflydelse og fast lægekonsulent som tovholder og indgang til projektet

Kvalitetskonsulenterne oplever den åbne tilgang, hvor de deltagende læger selv er med til at definere støtten i samarbejde med en lægelig kvalitetskonsulent, som et stort plus. Som start på alle forløb har

konsulenten præsenteret de emner, der er beskrevet i projektbeskrivelsen (se fodnote 1), hvorefter de deltagende læger har valgt de emner, som de fandt mest relevante på baggrund af en fælles dialog med konsulenten.

Lægekonsulenterne fremhæver også deres gennemgående rolle i udviklingsforløbet som et plus. Dels fordi kontinuiteten giver et tillidsforhold for deltagerne, og dels fordi lægekonsulenten over tid opnår et godt kendskab til lægehuset. Konsulenterne vurderer, at tilliden gør deltagerne mere tilbøjelige til at åbne op for evt. 'ømmе' områder, mens kendskabet til det enkelte lægehus har kvalificeret deres rådgivning og støtte.

Involvering af personale

Den ene lægekonsulent og lægemiddelkonsulenten har gode erfaringer med at involvere personalet i udviklingsprocessen. De plejer at dele personale og læger op under de indledende snakke om forventninger til opgaver og arbejdsdeling i det nye lægehus. Opdelingen sker, for at personalet får mulighed for at komme mere på banen, og konsulenterne oplever ofte, at *lægerne reelt bliver overraskede over personalets input og ønsker*.

Den anden lægekonsulent har i højere grad taget udgangspunkt i at hjælpe lægerne, hvilket har givet anledning til følgende læring:

Jeg ønsker, at vi får personalet mere med – jeg har kørt det for meget med kun lægerne. Det var nok fordi, de ikke helt vidste, hvad de ville med personalet – de havde hver deres eget med, og især i starten fortsatte personalet med at referere til den, de var vant til at arbejde med. Det har de skullet have på plads. Fx havde jeg en dag om personalevejledninger kun med lægerne – det var helt gåk, at personalet ikke var med.

Begge lægekonsulenter har dog aktivt sat personaleledelse og de potentielle konflikter og problemstillinger, der kan opstå i et større og nyfusioneret lægehus, på dagsordenen. Sidstnævnte lægekonsulent har endvidere taget en af de kvalitetskonsulenter, der er tovholder for Region Midtjyllands kurser om Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP kurserne), med til to møder i ovennævnte praksis. På de to møder har der været fokus på ligestillet ledelse, uddelegering af opgaver til personale og rådgivning omkring teambuilding aktiviteter med personalet. Lægekonsulenten vurderer, at disse møder og det kvalificerede input fra LUP konsulenten har haft stor værdi for lægehuset.

Lægemiddelkonsulenten slutter snakken om personaleinvolvering af med at understrege, hvorfor det er vigtigt at involvere personalet i sammenlægningsprocessen. Det er:

Fordi de generelt har mange input, og fordi det er dem, der oplever usikkerheden, når lægerne ikke agerer ens i det nye lægehus.

Konsulenterne konkluderer i forlængelse af ovenstående, at de via fusionsprojektet er med til at gøre en forskel, fordi *lægerne, der er vant til at bestemme selv, ofte glemmer at spørge personalet om, hvad de kan tænke sig*.

Viden om praksisorganisering og ledelse

Lægekonsulenterne vurderer, at de har stor gavn af deres erfaringer fra øvrigt kvalitetsarbejde og undervisning i ledelse og praksisorganisation. Den ene lægekonsulent underviser selv på regionens kurser, og den anden har involveret den praksisudviklingskonsulent, der er tovholder for LUP kurserne, i de møder, der har haft ledelse på dagsordenen.

Adspurgt vurderer konsulenterne, at en person med organisationsfaglig baggrund og viden om praksismanagement kunne udgøre et nyttigt supplement til teamets indsats, men de tvivler på, at det kan betale sig at sende to mand ud på samme måde, som det fx sker i Region Syddanmarks projekt Team SydPOL.

2.3 Væsentlige afvigelser fra projektbeskrivelsen

2.3.1 Indsatsen er ikke dokumenteret via effektmål

Projektbeskrivelsen indeholder en ambition om at undersøge, om fusionering har effekt på kliniske mål, effektivitetsmål, interne og eksterne økonomiske forhold, patienttilfredshed, arbejdstilfredshed/belastning blandt læger og personale. Konsulenterne er i dag enige om, at ovenstående målsætning om effektmåling er for ambitiøs og metodisk vanskelig at håndtere i et projekt som Fusionspraksis. På den anden side understreger konsulenterne, at:

Det er vigtigt at aktivere kvalitetstanken, når praksis sammenlægges – fx ved at engagere personalet så de har fingrene nede i tallene, og forstår hvad det er, de arbejder med.

Medicinområdet fremstår i den forbindelse som et oplagt område, hvor evt. forandringer relativt let kan dokumenteres med udgangspunkt i en baseline. Det kræver dog, at lægemiddelkonsulent kobles på udviklingsforløbet, jf. de overvejelser der er gengivet i afsnit 2.1.3.

For selve fusionsstøtten vurderer konsulenterne, at deltagernes egen vurdering af processen er en brugbar indikator for projektets nytte. Her formuleret af den ene lægekonsulent:

Hvis vi bagefter kan sige til andre, at de deltagende praksis synes, de er kommet godt i gennem sammenlægningen, at det er blevet sjovere at gå på arbejde i den fælles praksis, samt at de er glade for den støtte, de har fået.

2.3.2 Tidsforbruget er mindre end forventet

I projektbeskrivelsen for Fusionspraksis er kalkuleret med et tidsforbrug på op til ti dage pr. deltagende praksis. Nedenstående skema viser tidsforbruget for de tre udviklingsforløb på baggrund af kvalitetskonsulenternes timeregistreringer:

Tabel 2.1 Konsulenternes tidsforbrug angivet i timer pr. forløb

	Forløb 1	Forløb 2	Forløb 3
Praksisudviklingskonsulent	27	Ca. 4 arbejdsdage baseret på skøn	20
Lægemiddelkonsulent	4	4	5
IT konsulent	4	3	4

Som det fremgår af tabel 2.1, er der i alt brugt 5-6 arbejdsdage pr. deltagende praksis. Heraf har IT- og lægemiddelkonsulent kun brugt ca. 1/2 arbejdsdag hver. De lægelige konsulenter har således brugt den afsatte tid, mens de øvrige konsulenter er brugt meget mindre end de i alt seks dagsværk, der var forventet.

Konsulenterne fortæller, at tid er en mangelvare i almen praksis, hvorfor læger og personale i nyfusede praksis ikke har halve og hele dage, som de kan hive ud til udvikling. I stedet bliver det et par timer her og der. Derfor vurderer de heller ikke, at det er realistisk at bruge mere end de ti dage, der

er sat af til projektet. Udfordringen er således i højere grad at aftale og skabe plads til de forløb, der aftales, end at efterspørgslen på konsulenternes ydelser er for stor.

2.3.3 Der er gennemført færre forløb end forventet

Projektet havde en målsætning om at støtte seks sammenlægningsforløb i løbet af 2009. Ved udgangen af 2010 er der dog kun gennemført tre udviklingsforløb. Lægekonsulenterne fortæller, at de har været opsøgende over for lægepraksis, der har været i gang med at flytte sammen, samt at den ene konsulent har gjort reklame for projektet på LUP kurserne, hvor hun underviser. Det er disse aktiviteter, der ligger bag opstarten af forløb 2 og delvist forløb 3.

Dette gav anledning til at spørge ind til rekrutteringsgrundlaget og mulighederne for at inkludere flere praksis i en evt. fremtidig udgave af Fusionspraksis. Konsulenterne vurderer, at følgende årsager kan forklare forsinkelsen og de få gennemførte udviklingsforløb:

1. Der er ikke så mange praksis som forventet, der fusionerer, og når de gør, er processen sjældent så lineær og afgrænset tidsmæssigt som antaget i projektbeskrivelsen.
2. For det enkelte lægehus har det været uklart, hvad man får ud af at deltage i projektet. Konsulenterne forventer, at det vil fremstå tydeligere, når der foreligger en manual til fusioner og en mere fast beskrivelse af Regionens tilbud.
3. Projektet har geografisk været afgrænset til den praksisenhed, der ligger i Århus. Dette er sket, fordi konsulenterne ønskede at få erfaringer fra en praksisenhed, inden tilbuddet evt. skal udbredes på en større målestok.

Det er svært at spå om, hvor mange sammenlægningsprocesser der vil finde sted i de kommende år. Konsulenternes bedste bud er, at det vil være relevant at gennemføre 3-5 fulde udviklingsforløb om året, hvis projektet fortsættes og udbredes til hele regionen. Herudover forventer de, at det på årsbasis vil være relevant at facilitere opstartsmøder i 3-5 lægehuse for at støtte dem i den lange periode, de ofte bruger på at forberede deres sammenflytning. Konsulenterne forventer, at sådanne lægehuse hver vil have gavn af 1-2 møder i de indledende faser (dette uddybes nedenfor i afsnit 2.4.1.).

2.4 Konsulenternes overvejelser om videreførelse af Fusionspraksisinterventionen

Konsulenterne er overbeviste om, at behovet for fusionsstøtte lever videre. De forventer, at projektet skal videreføres, og at tilbuddet med fordel kan udbredes til hele Region Midtjylland. Selvom der kun er gennemført tre udviklingsforløb, vurderer konsulenterne, at pilotprojektet allerede har givet mange brugbare erfaringer. Især lægekonsulenterne oplever, at de i dag har erfaringer, som kan komme andre 'fusionspraksis' til gavn, og som kan videregives til kvalitetskonsulenter fra andre praksisenheder, hvis det besluttes at videreføre interventionen. Nedenstående afsnit beskriver de vigtigste læringspunkter, som konsulenterne har fremhævet under interviewene.

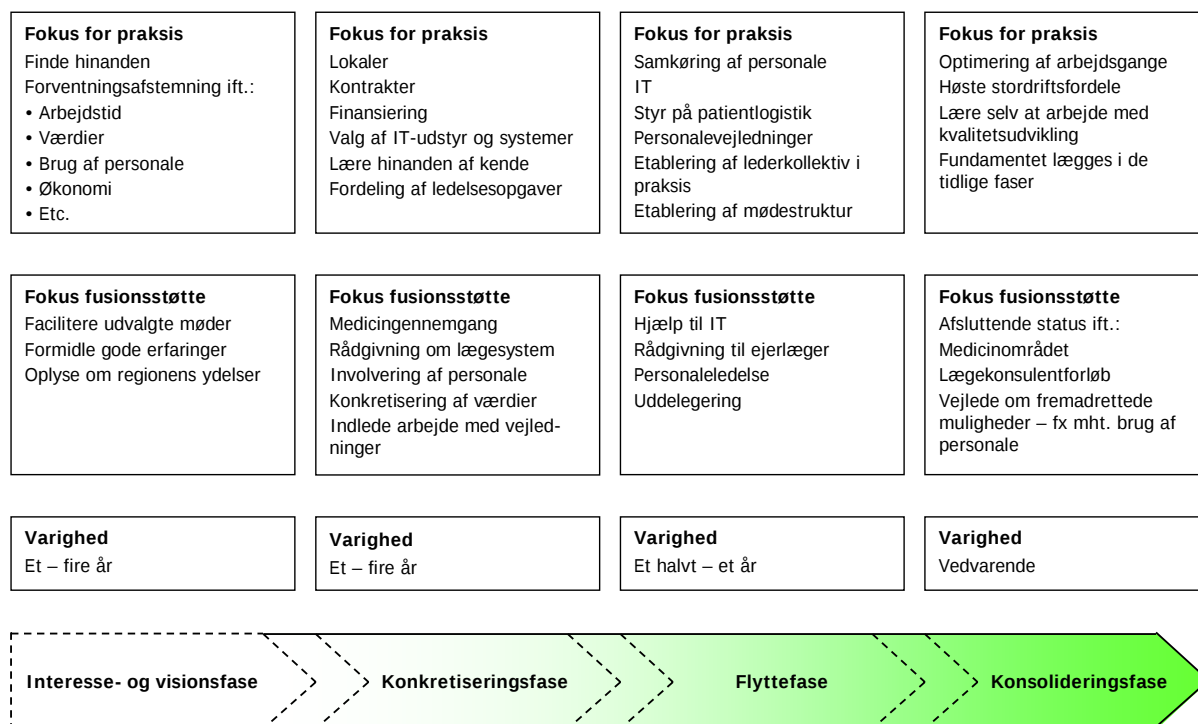
2.4.1 Fremadrettet behov for at inkludere flere faser af sammenlægningsprocesser

Fusionsprojektet har skærpet konsulenternes opmærksomhed på, at de i projektet har fokuseret på den 'praktiske sammenlægningsfase', der ligger umiddelbart før og efter den fysiske sammenflytning. Konsulenterne bemærker i den forbindelse, at:

Det, at processen skal ske på et år, er for sammenklemt. Vi vil i virkeligheden gerne ind og hjælpe dem med at danne fælles holdninger, inden de går i gang med alt det praktiske arbejde.

Konsulenterne henviser således til, at deres etårige fusionsstøtte kun dækker en afgrænset del af de fire-fem år, en sammenlægningsproces ofte tager. Derfor brugte vi en del tid på at diskutere faserne i et sammenlægningsforløb. På baggrund af diskussionen fremstod den forløbsbeskrivelse, der er angivet i figur. 1.1.

Figur 1.1 Forløbsbeskrivelse for sammenlægningsforløb samt muligt fokus for fusionsstøtte i de enkelte faser



Forløbsbeskrivelsen sammenfatter konsulenterne bud på, hvad der optager 'fusionspraksis' i de enkelte faser, samt de bidrag konsulenterne forestiller sig, at et fusionsteam kan yde i de enkelte faser. Konsulenterne vurderer, at forløbsbeskrivelsen med fordel kan danne afsæt for drøftelserne omkring den fremtidige fusionsstøtte og de fremadrettede udviklingsplaner, der evt. skal udarbejdes i regi af Fusionspraksis. Figurens faser uddybes og begrundes i de følgende afsnit:

Interesse- og visionsfasen starter, når lægerne etablerer kontakt til kolleger for at drøfte muligheder for at flytte sammen. Det sker typisk på baggrund af personlige relationer fra efteruddannelsesgrupper, vagthold eller via rekruttering af amanuensislæger, der har gjort det godt, mens de var i praksis. Konsulenterne vurderer, at det først og fremmest er lægerne selv, der skal finde hinanden uden indblanding fra andre. Konsulenterne forestiller sig dog, at de kan medvirke til at udbrede kendskabet om fusionsstøtte ved at informere på store praksisdag, de regionale LUP kurser, i lokale efteruddannelsesgrupper o.l. sammenhænge. På samme måde ser de en mulighed for at nyfusionerede praksis med gode erfaringer kan være med til at skabe motivation for at flytte sammen.

I denne fase bør der være fokus på at etablere fælles værdier og holdninger, som kan ligge til grund for samarbejdet i en fælles praksis. Emner, der med fordel kan drøftes, er den enkelte læges forventninger til fremtidig økonomi, brug af personale, arbejdstider, syn på ledelse, vejledninger og kvalitet.

Konsulenterne vurderer, at en tidlig indsats kan være med til at forebygge komplikationer og i bedste fald 'praksisskilsmisser'. Konsulenterne foreslår, at der bliver mulighed for at bestille et faciliteret møde, som kan hjælpe lægerne i gang med forventningsafstemning på de nævnte områder.

I konkretiseringsfasen spiller lokaler, økonomi og kontrakter ofte en fremtrædende rolle. Konsulenterne vurderer, at de fleste opgaver i denne fase er noget, det enkelte lægehus bedst håndterer selv. Regionen kan evt. have en rolle, når det kommer til aftaler om lokaler o.l., mens praksisudviklingskonsulenterne evt. kan formidle kontakt til relevante advokater, entreprenører o.l.

Konsulenterne har erfaring med, at de mange praktiske problemstillinger i konkretiseringsfasen kan gøre det vanskeligt at fastholde fokus på de værdier, vejledninger o.l., der skal etableres i den fælles praksis. En relevant ydelse i konkretiseringsfasen knytter sig derfor til at konkretisere (evt. aftale) de visioner, der er aftalt tidligere i forløbet. Herudover vil det være relevant at starte et udviklingsforløb på medicinområdet, som beskrevet i afsnit 2.1.3 og arbejde med at inddrage personalet i sammenflytningen.

I den praktiske sammenlægningsfase sættes hverdagen under stort pres. Det understreges af, at konsulenterne i samtlige fusionsforløb har været nødt til at aflyse og udskyde planlagte møder med de deltagende praksis. Derfor er det vigtigt ikke at presse praksis for meget i denne fase. På den anden side er det også vigtigt at motivere praksis til at komme hurtigt til konsolideringsfasen, som er den fase, hvor lægehusene for alvor kan arbejde med deres organisation for at realisere stordriftsfordele og kvalitetsudvikling. Konsulenternes bud på relevante ydelser, der kan hjælpe lægehuset med at komme til konsolideringsfasen, svarer til den ad hoc baserede vejledning, som lægekonsulenterne har ydet, samt IT konsulentens opgaver som er præsenteret i afsnit 2.1.

Konsolideringsfasen handler om at etablere faste arbejdsdelinger og rutiner, der optimerer den daglige drift. Her vil det også være relevant at se på muligheder for at udvikle brugen af praksispersonale for at øge lægehusets opgave- og patientkapacitet. Overskuddet til at arbejde med disse forhold kommer først, når de fysiske rammer og IT redskaber er ordentligt på plads. Konsulenterne forestiller sig, at de i denne fase kan klæde lægehusene på til selv at arbejde videre med de igangsatte indsatsområder. Konsulenterne har fx gode erfaringer med at rådgive om, hvordan lægehusene kan analysere og effektivisere deres arbejdsgange i forhold til receptfornyelse, mødestruktur o.l. Konsulenterne ser det dog ikke som deres rolle at hjælpe med større arbejdsgangsanalyser eller decideret undervisning i LEAN. Hvis lægehusene ønsker sådanne udvidede ydelser, formidles kontakt til Center for Kvalitet og Udvikling, hvor de pågældende ydelser udbydes til kostpris.

2.4.2 Konsulenternes gode råd

Et af hovedformålene med fusionspraksisprojektet er at udarbejde guidelines og anbefalinger til det fremadrettede arbejde med praksissammenlægninger. Derfor brugte vi en del af interviewene på at diskutere de gode råd, som projektet giver anledning til. Vi har valgt at afslutte afsnittet om konsulenternes erfaringer med at gengive disse. Først kommer konsulenternes råd til de praksis, der fusionerer. Bagefter kommer konsulenternes råd til Region Midtjylland.

Konsulenternes råd til kommende 'fusionspraksis'

Råd 1: Sørg for at afdække og afstemme de enkelte lægers visioner og forventninger tidligt i processen. Det handler om at finde ud af, hvilken type praksis man gerne vil opbygge sammen. Fx hvor mange patienter skal vi have? Hvor mange ansatte skal vi have? Hvad må de ansatte gøre? Skal vi være uddannelsespraksis? Hvad er vores forventninger til økonomi og arbejdstid?

Råd 2: Vær opmærksom på de muligheder og udfordringer der følger af at være et ligestillet lederkollektiv. Fx bør man være opmærksom på at fordele ansvarsområder imellem lægerne på en retfærdig og overskuelig måde. En af praksisudviklingskonsulenterne har fx set eksempler på:

Læger, der har følt sig overbebyrdede af at have alt for mange ansvarsområder, samtidig med at kompagnonerne havde en opfattelse af, at de pågældende havde raget alt for meget ansvar til sig.

Råd 3: Hav tålmodighed: En fusionsproces tager oftest flere år, og forandringsprocessen kan – især i den praktiske fase – være hård for læger og personale. Processen kan blive lettere, hvis man er opmærksom på dette fra starten.

Råd 4: Det er vigtigt at have personalet med. Det kan godt være, at det er lægerne, der beslutter at gå sammen, men det er vigtigt at inddrage personalet i processen. Hvor skal vi hen? Hvordan skal vi bo? Hvad kan I tænke jer at lave i den nye praksis? Osv. Jo tidligere personalet er med, jo nemmere bliver det oftest at flytte sammen – også fordi de får mulighed for at lære hinanden at kende.

Råd 5: Aftal en ensartet personaleledelse og gennemsigtige principper for aflønning. Vælg en personaleansvarlig leder blandt lægerne, så personalet har en primær chef at referere til. På den måde kan man mindske problematikken ved, at hver enkelt ansat bliver ved med at betragte sin tidligere læge som sin primære chef.

Råd 6: Det kan godt betale sig at flytte fokus fra økonomi til tid og effektivitet. I stedet for at tænke på om økonomien hænger sammen med det antal patienter, man har i dag, kan man også arbejde med at realisere nogen af de stordriftsfordele, der er i et stort lægehus – dvs. at man passer flere patienter samtidig med, at det er lettere og sjovere at være læge.

Konsulenternes råd til Region Midtjylland

Råd 1: Der skal være en skabelon for udviklingsforløbet og en klar beskrivelse for tilbuddet.

Råd 2: Sammenlægning af lægehuse sætter hverdagen under pres. Der bør derfor være fleksibilitet i de planer, der lægges, og plads til pauser i forløbet.

Råd 3: Det vil være en stor hjælp, hvis regionen kan være behjælpelig med at finde egnede lokaler, men konsulenterne ser ikke dette som en relevant ydelse for teamet.

Råd 4: Der er behov for at udvide perspektivet på praksissammenlægninger og fusionsstøtte som beskrevet under overskrift 2.4.1.

3. Deltagernes evaluering af fusionspraksis

Dette afsnit starter med beskrivelser af de sammenlægningsforløb, som de tre deltagende praksis har gennemgået i forbindelse med deres fusion. Bagefter følger de deltagende lægers erfaringer og evaluering af Fusionspraksisprojektet. Afsnittet slutter med en opsummering af deltagernes forslag til Regionens fremadrettede arbejde med at støtte sammenlægninger, samt de gode råd som deltagerne vurderer, at andre praksis, der skal fusionere, kan have gavn af.

3.1 Beskrivelse af deltagerne og deres sammenlægningsforløb

3.1.1 Lægehus 1

Lægehuset er et kompagniskab, der består af en kvindelig og to mandlige ejerlæger, to sekretærer, en sygeplejerske samt skiftende uddannelseslæger. De to mandlige læger har været i kompagniskab i 22 år. De udvidede for halvandet år siden kompagniskabet ved at optage den daværende amanuensislæge. Fusionen indebar, at amanuensislægen overtog en solopraksis ude i byen, hvorefter hun flyttede patienter og ydernummer til kompagniskabet. Pga. ventetid på lokaler, arbejdede den kvindelige læge som sololæge i et år, før den egentlige fusion fandt sted.

Lokaler

Lægerne brugte ca. et år på at lede efter egnede lokaler. De beskriver denne fase som ret opslidende, fordi der er stor mangel på egnede lokaler i det område, hvor de er nedsat. Processen endte dog godt, da lægernes udlejer fik dispensation til at udvide de eksisterende lokaler. Det skete med henvisning til, at det var i kommunens interesse at støtte etablering af større lægehus. I alt gik der godt to år fra beslutningen om at fusionere til sammenflytning i udvidede og istandsatte lokaler.

Forberedelse af sammenlægningen

Processen med at blive enige om ledelsesstilen og med at skabe fælles kultur gik ifølge lægerne relativt let. Dels fordi lægerne kendte hinanden godt inden fusionen og viste at de havde samme værdier og ønsker til organisering. Derfor lavede de tidligt i sammenlægningsforløbet en skriftlig aftale om deres forventninger på disse områder. Lægerne fortæller også at sammenlægningen har været let fordi den ikke indebar en fusion af to personalegrupper – fordi den kvindelige læges sekretær stoppede i forbindelse med sammenlægningen.

3.1.2 Lægehus 2

Lægehuset er i dag en samarbejdspraksis med tre ydernumre og fire ejerlæger. To af lægerne deler et ydernummer (delepraksis), og to er nedsat som enkeltmandspraksis med hver sit ydernummer. I praksis er ansat en sekretær, en sygeplejerske og en sygehjælper samt skiftende uddannelseslæger. De tre praksis har hver deres patienter og adskilt aflønning af ejerlægerne, men de deler alt vedrørende personale, lokaler og IT som i et kompagniskab. Den enkelte praksis andel af fællesudgifterne udregnes på baggrund af lægehusenes omsætning.

Lægerne har fundet sammen, fordi de har været på samme vagthold i lægevagten, og fordi den ene sololæge i to år har været barselsvikar i delepraksissen. Lægerne kendte derfor hinanden i forvejen og vidste, at de fungerede godt sammen. Det fælles lægehus udspringer derfor først og fremmest i et ønske om at fortsætte og udvide et velfungerende samarbejde. Lægerne begrundet dog også motivationen for at gå sammen i et større lægehus ud fra et ønske om at opnå det faglige og sociale samarbejde, som er muligt i en større enhed. Herunder at få plads til hjælpepersonale der kan lave kronikerindsatser, så lægehuset bliver i stand til at leve op til de forventninger, der er til almen praksis på kronikerområdet.

Lokaler

Lægerne forhandlede i to år om at udvide kompagniskabets lokaler, og det lykkedes fra december 2008 at flytte sammen. Der gik i alt ca. fire år fra fusionen besluttedes til sammenflytning i udvidede og istandsatte lokaler.

Forberedelse af sammenlægningen

I den lange opstartsperiode mødtes lægerne hver til hver anden måned for at forberede sig på sammenlægningen. Lægerne fortæller, at de bl.a. brugte møderne til at aftale et fælles værdigrundlag, forberede instrukser i forhold til forskellige patientgrupper, drøfte ledelsesopgaver i det nye lægehus, længden på konsultationer, brug af personale mm. Lokalespørgsmålet fortrængte dog meget alt dette arbejde, fordi forhandlingerne med ejendommens ejer var langtrukket, og fordi der hele tiden skete noget nyt i byggeprocessen.

Lægerne var meget bevidste om, at der kom helt andre personaleledelsesopgaver, når de blev til en større enhed. Men de var ikke klar på, hvordan de skulle håndtere dem i opstarten. Da de flyttede sammen, aftalte lægerne derfor at køre separat i de første tre måneder, så der ikke var tvivl om, *hvem der skulle gøre hvad* oven i flytningen.

3.1.3 Lægehus 3

Lægehuset er i dag et kompagniskab med tre ydernumre og to kvindelige og to mandlige ejerlæger, en amanuensislæge, to sygeplejersker og to sekretærer. Amanuensislægen optages som kompagnon, når den ældste ejerlæge går på pension foråret 2011.

Baggrunden for fusionen går tilbage til 2001, hvor fire lægepraksis aftalte at etablere et lokalfællesskab. I løbet af de følgende år fik lægerne udarbejdet byggeforslag fra i alt fire forskellige arkitekter. Projektet endte imidlertid med at gå i stå – og i 2008 blev det helt droppet. Årsagerne var dels, at det ikke var svært at lave et hus, der kunne fungere ligeværdigt for fire forskellige praksis, og dels at lægerne havde meget forskellige ønsker til indretning og arkitektur. Efter det forliste byggeprojekt besluttede den ene praksis (et trepersoners kompagniskab) at arbejde videre med bygge- og fusionsplaner. De aftalte at fusionere med en sololæge fra lokalområdet. Sololægens primære motivation til fusionen var, at han stod over for pension og så det nye moderne lægehus som en mulighed for at aflevere sin praksis videre til en ny læge.

Lokaler

Lægerne havde allerede reserveret en grund på et område, kommunen havde afsat til sundhedsbygninger, og de havde kontakt til et af de arkitektfirmaer, de tidligere havde brugt. Fra beslutningen om fusion til fysisk sammenflytning gik der derfor kun ca. halvandet år.

Forberedelse af sammenlægningen

Lægerne har i sammenlægningsprocessen været bevidste om at arrangere sociale og faglige arrangementer på tværs af de to praksis for at lære hinanden bedre at kende. Fx blev der det sidste halve år holdt en ugentlig fælles frokost efterfulgt af et fælles personalemøde. Samarbejdet omkring sammenlægningen har været rigtig godt, og der har ikke været diskussioner og uenigheder, men lægerne pointerer dog, at det er meget slidsomt at have byggeprocessen og arbejdet med at skabe en ny organisation ved siden af en normal arbejdsdag.

3.2 Deltagernes evaluering af projektet

Interviewene viser, at lægehusenes udviklingsforløb med mindre afvigelser svarer til konsulenternes beskrivelser fra afsnit 2. Derfor koncentrerer vi os om at gengive de elementer og erfaringer, som deltagerne har lagt vægt på under interviewene. Vi har valgt at bruge mange citater for at lade deltagerne selv komme til orde. Afsnittet er opdelt i følgende underoverskrifter:

- ◆ Forventninger og motivation for deltagelse i projektet
- ◆ Evaluering af konsulenterne
- ◆ Evaluering af projektets processtøtte
- ◆ Evaluering af projektets udbytte.

3.2.1 Forventninger og motivation for deltagelse i projektet

Interviewene viser, at de deltagende læger i starten havde uklare forventninger til projektet, samt at det ikke var helt klart for dem, hvad formålet med projektet var.

Lægehus 1 begrundet deltagelsen med, at de forudså problemer med sammenlægningen, og at de ønskede:

Nogle gode råd, både i forhold til det ledelsesmæssige, det administrative og det funktionelle med personale. Og i forhold til det faglige med kronikere, hjælp til at få sat det lidt mere i system.

Lægerne fra lægehus 2 fortæller, at de kun ansøgte om at være med på projektet, fordi de blev opfordret til det af en af de ansvarlige lægekonsulenter. De havde således ikke klare forventninger, og hvis de ikke havde kendt lægekonsulenten fra tidligere samarbejde, ville de have fravalgt projektet med henvisning til mangel på tid.

To af lægerne fra lægehus 3 har været på LUP kursus (ledelse og udvikling i almen praksis) og begrundet motivationen for at deltage med, at:

Vi ville gerne have nogle ideer til, hvordan vi kører videre. Og det er jo også motivationen til at deltage i det her. Det var også det, Anny reklamerede med at vi kunne få. Vi har taget imod alt hvad vi kunne få af tilbud. Og vi forventede vel at få en eller anden tjekliste til, om vi nu har været omkring det hele. Og have en der kunne guide os i forhold til om vi har husket det hele. Så vi fik det hele med, og vi fik snakket om alle de ting, der var vigtige. Og det synes jeg også, vi har fået.

Som følgende citater illustrerer, afspejler lægernes uklare forventninger sig i lægehusenes oplevelser fra 'ansættelsessamtalen':

Ansøgningen var vist ikke så krævende. Vi troede bare, at vi kom derud, og så var det i orden. Vi var ikke klar over, at vi skulle gøre os fortjent til at være med, men det fandt vi så ud af. Det var fint. Vi havde vel egentlig ikke en idé om, hvad vi gerne ville. Eller det havde vi selvfølgelig, men ikke så krystalklart. (Lægehus 1)

Vi mødte helt uforberedt op, troede bare vi skulle ud og høre om, hvad det var [...] De tog os nok, fordi vi virkede som om, vi havde brug for hjælp. (Lægehus 2)

Lægehus 3 var ikke til en ansættelsessamtale:

Det har vi sprunget over, vi gik bare lige direkte ind. Vi så opslaget i et tidsskrift for et par år siden. Og da vi søgte, fik vi at vide, at det var alt for tidligt i sammenflytningsprocessen. Så vi var nok sat på standby. Men så var det, at Anny på LUP kurset sagde til os, at det kom til at køre som et projekt, og så fandt vi bare en dato for det første møde.

Informanterne fra lægehus 1 og 2 fortæller, at det bl.a. var de spørgsmål, de fik under samtalen, som var med til at spore dem ind på projektets formål, samt hvad det ville være relevant at få hjælp til. Ansættelsessamtalen indeholdt også (som de forventede) en gennemgang af projektbeskrivelsen og en præsentation af de tilknyttede konsulenter og deres kompetencer. Alt i alt vurderer deltagerne derfor, at samtalen var udbytterig, og de fik et klarere formål med deres deltagelse. Efter samtalen knyttede deltagerne forventninger sig især til lægekonsulentens hjælp til at:

Holde os på sporet ... holde processen på skinnerne, så toget rent faktisk kører ... holde skruen i vandet ... skabe et fokus og et holdepunkt.

Andre forventninger, som delvist er etableret via deltagelsen i projektet, omhandler hjælp til at udnytte de stordriftsfordele, der er mulige i en større enhed, hjælp til at lave en bedre arbejdsorganisering på tværs af læger og personale og rådgivning om personaleledelse.

3.2.2 Evaluering af konsulenterne

Lægekonsulenterne har udgjort den samlede figur for de realiserede udviklingsforløb, og det er primært dem, deltagerne forholder sig til, når de skal evaluere. Når deltagerne bliver bedt om at evaluere deres lægekonsulent, lægger de vægt på følgende forhold:

Godt at der blev taget udgangspunkt i deltagernes behov

Anny er gået meget ind i de idéer, vi havde. Det er vores egne idéer, der er blevet udviklet og holdt på sporet. (Lægehus 1)

Morten var god til at spørge om, hvad vi kunne tænke os. Samtidig har vi brugt ham til at komme med forslag til, hvad han syntes, vi kunne have brug for. (Lægehus 2)

Man kunne mærke, at Morten havde været igennem samme proces og mange af de ting, vi skulle til at arbejde med [...] Vi har brugt Morten i forhold til det organisatoriske i dagligdagen, hvordan vi indretter os. De [Mortens praksis] har gjort det meget anderledes. Men det har været fint at høre om, hvordan de fx har akutte tider, hvad deres personale tager sig af osv. Så kunne vi tage stilling til, om vi ville det. Vi har valgt at gøre det meget anderledes, men det var fint med inspiration fra, hvordan de havde gjort. (Lægehus 2)

Anny har været rigtig god til at spørge om mange af tingene, men vi havde qua det der LUP kursus været inde på det meste. Vi havde uddelegeret ansvarsområder mellem os læger, og vi havde tænkt fordeling af tid, så vi kunne jo bare vinke hele listen af, som hun havde med. Har I tænkt på det, og har I tænkt på det. Og det havde vi jo faktisk. Hele vejen ned. Men det var rigtig godt at få det bekræftet – at vi var på rette vej. (Lægehus 3)

Fleksibilitet er et andet centralt element, som deltagerne forbinder med at tage udgangspunkt i deres behov. Derfor er de meget tilfredse med den fleksibilitet, konsulenterne har udvist i forhold til at give dem fred i de faser, hvor praktiske problemer omkring IT, telefoner, sygesikringskort, forvirrede patienter osv. har domineret hverdagen.

Godt at der er en tovholder, samt at denne var en kollega

Anny har hjulpet med at holde skruen i vandet. Jeg er sikker på, at hvis hun ikke var her, så havde vi ikke fået lavet det. Så var vi ikke kommet så langt. (Lægehus 1)

Tovholderen for processen er nødt til at være en læge. Vedkommende skal kende vores overenskomst og vores hverdag. Det har været godt, at det var Anny. [...] Vi kendte Anny på forhånd. Det er vigtigt at have tillid til den, der kommer. (Lægehus 1)

Det er vigtigt, at det er en kollega, som er tovholder. Det ville ikke have været lige så godt at sidde med en professionel person, der kun har forstand på proces. (Lægehus 2)

Ingen deltagere har formuleret kritik af lægekonsulenterne. Det må derfor konkluderes, at de er meget tilfredse. Som det fremgår af citaterne, er det positivt, at konsulenterne har formået at tage udgangspunkt i deltagernes behov, samtidig med at de har inspireret valget af indsatsområder. Herudover vurderer deltagerne – ikke helt overraskende – enstemmigt, at det bør være en læge, der er tovholder for fusionsstøtte. Samtidig er der ingen deltagere, der har savnet en person med organisationsfaglig baggrund.

IT konsulenten

IT konsulenten har, som nedenstående citater illustrerer, haft en lille men vigtig rolle i forbindelse med sammenflytningen, og deltagerne er tilfredse med den hjælp, de har fået:

Lægehus 1:

Vi havde primært fat i Dorte [IT konsulenten] i forhold til edb-systemer. At finde ud af, hvad vi skulle have. Vi havde ét. Du havde et andet – og det var dét, vi kørte videre med. Den proces konfererede vi med hende omkring. Der fik vi udmærket råd. Så har hun været her lidt, men ikke ret meget. Det kunne godt have været mere, hvis jeg skal være helt ærlig, men altså det er småsager, vi har brugt hende til.

Lægehus 2:

Jeg var ikke klar over, der var en... Nåh, ja. Det er rigtigt. Men de gange vi har sagt noget om IT, har Morten sagt, at det kan han komme og fortælle os om. Det er fordi, de ting, vi har ønsket, har haft en meget stærk lægelig del knyttet til brugen af vores lægesystem. Det er hun som sådan ikke ekspert i. Hun er ikke daglig bruger af et lægesystem, men hun kan mange andre ting med EDB, som vi kunne have brugt hende til ad hoc. Men behovet har ikke lige været der.

Lægehus 3:

Dorte har vi egentlig ikke haft møde med, hun er bare kommet og har ordnet de ting, der var aftalt. Vi har ikke tænkt på hende som en del af fusionsprocessen. Hun har været en del af det tilbud om støtte der i forvejen tilbydes fra regionen. Vi har brugt hende til digital signatur, til cancer og dødsattestregistrering og til lokationsnumre. Rent praktisk er der en del der, når man flytter. Og lidt omkring når man sender prøver til undersøgelse. Efter flytningen kom vi mere til at høre under Randers end Århus, så det skulle vi have hjælp til at ændre i opsætningen af web req.

Lægemiddelkonsulenten

Lægerne fra lægehus 1 havde ikke anvendt lægemiddelkonsulenten på interviewtidspunktet, men de har tidligere gjort brug af konsulenten. Lægernes vurdering er, at lægemiddelkonsulentens ydelser først bør introduceres, når sammenlægningsprocessen er ved at være overstået:

Ordinationsgennemgang burde ligge senere i forløbet. Det er så et spørgsmål om, hvor det skal ligge henne. Det er nok ikke lige processen i starten. Det er mere, når vi snakker om, hvad vores holdning er inden for forskellige medicingrupper. [...] Ikke fordi hun ikke er relevant, men ikke i starten – der handler det mere om det akutte.

Omvendt vurderer deltagerne fra lægehus 2, der fik besøg af lægemiddelkonsulenten efter et år, at de godt ville have gjort det lidt før, bl.a. fordi de havde et stort udbytte af besøget, hvor de blev:

Hjulpet med at kortlægge, hvordan hele processen ser ud, når patienterne ringer ind. Hvilke faldgruber er der? Hvor meget tid bruger vi på telefonrecepter hver dag? Og så kiggede vi medicinskemaer igennem. En del var meget praktisk og anvendeligt. Hun printede også vores ordinationsmønstre ud, så vi kunne sammenligne med hinanden. Det var meget sjovt.

Informanterne fra lægehus 3 fortæller, at de har haft to møder med lægemiddelkonsulenten. Et om receptens forløb i praksis, og et om lægernes ordinationsmønster. De fortæller om møderne at:

Receptens forløb i praksis: Det fik vi ikke så meget ud af. Vores ene sekretær følte sig lidt anklaget. Følte sig trådt over tæerne i forhold til hendes kompetencer på grund af de mange meget detaljerede spørgsmål, der blev stillet til hende, mens resten af praksis så på. Hun følte sig set ned på og syntes ikke, at det var tiden værd. Det havde nok også noget at gøre med,

at mødet viste, at det hele jo kørte, som det skulle. Så det, vi fik, var primært en bekræftelse af, at det gik godt.

På andet besøg gik hun igennem alle stofgrupper og havde simpelthen set på vores praksis, hvordan vores ordinationsmønster var sammenholdt med praksis i regionen. Det var super godt. Rigtig rigtig godt. [...] vi gennemgik fx Benzodiazepiner og smertestillende, og de muligheder der var for at optimere ordinationsmønsteret i forhold til dyr og billig medicin. Og de ændrede tilskudsordninger. Det fik hun forklaret os rigtig godt.

Da vi spurgte, om tidspunktet for lægemiddelkonsulentens besøg havde haft nogen betydning for udbyttet, kom lægerne frem til, at:

Det kunne være en god ide, hvis man tager lægemiddelkonsulenten, inden man er flyttet sammen, som en del af det med at lære hinanden at kende. Så personalet hører, hvad anbefaler man udefra, og hvad siger lægerne. [...] det var også lidt overvældende med Pia Ehlers [lægemiddelkonsulenten] ved første besøg – nok fordi vi var i dyb kaos der. Vi var lige flyttet ind.

3.2.3 Evaluering af projektets processtøtte

En relativt stor del af deltagernes positive erfaringer knytter sig de møder, referater, opgaver og deadlines, der er fulgt med deltagelsen i Fusionspraksis. Deltagernes perspektiver på disse forhold er givet via citater i dette afsnit.

Betydningen af møder (mødestruktur) og deadlines

Lægehus 1:

Vi forventede hjælp til at holde os på skinnerne, og det synes jeg også, Anny har gjort. Nogle af de visioner og tanker, vi selv har haft, forsvinder i en travl dagligdag. Så har det været rart at vide, at der var nogle mødepunkter og deadlines. [...] Man har kunnet mærke at – orv, nu kommer Anny. Nu må vi lige sætte tingene på plads. Det er positivt. Ellers får man ikke justeret, men kører let videre med det, man har gjort før.

Deltagerne oplevede også, at konsulenten gjorde en mærkbar forskel på mødestrukturen, og den måde der blev arbejdet på. Fx ved at:

Hun var god til at vende kort, hvad der skete sidste gang. Og så havde vi en plan at forholde os til. Hun satte noget i gang både hos os læger og personalet.

Samt at:

Hun delte os op i små grupper efter emner, hvor vi skulle formulere forskellige ting omkring nogle emner. Så samlede hun sammen og så, hvordan de var afstemt i forhold til hinanden. Nogle gange har vi været blandet personale og læge, andre gange delt op personale og læger. Fx tema omkring arbejdsforhold og hvad der var af ønsker fra personalets og vores side. Hvilke interessemodsætninger var der, hvilke gode ting var der.

Lægehus 2:

Deltagerne fra lægehus 2 oplever også, at møderækken med lægekonsulenten har understøttet processen fordi:

Så kommer han jo igen nu, og så tager vi det jo op, det har været godt at blive holdt til ilden [...] Morten har været et holdepunkt, han har skabt fokus, hvor vi har et rum til at diskutere, og der er en femteperson. Hvis vi bare sidder selv, kommer vi let til at snakke om alt mulig andet til vores aftenmøder. Men Morten gav fokus, også fordi han har så mange konkrete erfaringer.

Deltagerne fra lægehus 2 har dog ikke brugt lægekonsulenten som del af en forpligtende proces. De fortæller, at:

Med vores egne månedlige partnermøder og 14-dages møder en time med hele klinikken har det ikke været nødvendigt at hænge forpligtelser op i møderne med Morten. Det har været mere overordnet "Vi har noget tid tilbage, hvad kunne I godt tænke jer". Vi bruger mødet med Morten til at få idéer.

Den processtøtte, der er præsenteret ovenfor, udgør en selvstændig del af deltagernes udbytte, som de oplever, har været med til at styrke deres sammenlægningsproces.

Lægehus 3 har primært set møderne med lægekonsulenten som et par møder, der inspirerer dem. Adspurgte bliver de dog opmærksom på, at der har været sammenhæng imellem de to afholdte møder:

På første møde havde hun lavet nogle spørgsmål til os. Hvordan gør I sådan? Har I tænkt på det her, hvad betyder det for jer. Hun gav os også forslag og spurgte ind til, om vi har tænkt på det. Det var rigtig godt. Første møde var det mest tjeklister. Næste møde har mere været, om vi så har fået gjort noget ved det, vi snakkede om. Første omgang kastede hun altså ideer op i luften, anden gang skulle boldene gribes.

3.2.4 Evaluering af udbytte

Dette afsnit fokuserer på deltagernes emne- og indsatsspecifikke udbytte fra deltagelsen i projektet, samt deltagernes vurdering i forhold de kunne have brugt mere hjælp til. Afsnittet samler citater fra deltagerne under overskrifterne: ledelse og organisation, personaleinvolvering og indfrielse af forventninger.

Ledelse og organisation

Lægehus 1 fortæller, at:

På det ledelsesmæssige plan har vi lært, at man skal have regelmæssige møder, og hvad man skulle snakke om. Rent fagligt er det kørt ind på skinner bl.a. i forhold til kronikere. Det blev taget op gang på gang; hvor langt er vi i den proces. Men også at få hele personalet med i processen. At høre deres ønsker og hvad de kunne magte rent fagligt.

I lægehus 2 fortæller lægerne, at deltagelsen har givet:

Fokus på, at man er en anden organisation, at man er en stor enhed, hvor der er brug for ledelse og medarbejderpolitik. Vi havde selv snakket om det, men ikke sat tid af til det. Det har været med til at holde os fast i forløbet. ... mange af samtalerne har også handlet om at få rådgivning om, hvordan man skal være leder, hvor vi har haft en at spille bold op ad.

Samt fokus på:

Økonomi – bruger vi vores personale rigtigt? Hvordan kan vi optimere? Jeg tror det er Poul Oluf [praktiserende læge og regionalt ansat praksisudviklingskonsulent]. Eller dem sammen. Morten kunne trække vores driftsregnskaber ud og se, hvordan vi fx tager forskellige honorarer for ting, der er ens.

To af informanterne fra lægehus 3 fortæller, at:

Vi er to, som har været på LUP. Vi kommer hjem med alle de her ideer og visioner. Og så er det meget godt, at det ikke bare er os, der tromler frem. At der også kommer en udefra, som er med til at trække i den rigtige retning. Vores to kompagnoner er jo et par ældre herrer, og de er så klar til at prøve det her, men nogle gange føler de også, vi er lidt for visionære. Lidt for mange fine ord, og ting vi skal ha sat i gang. Så er det godt, at der kommer sådan en god og erfaren dame, som spørger ind til det – okay, det er ikke bare tomme ord. Det har hun støttet meget godt op om. (Lægehus 3)

Personaleinvolvering

Fusionsstøtten har betydet, at lægehus 1 har involveret personalet mere, end de ellers ville have gjort. Lægerne vurderer, at dette har givet et godt udbytte jf. nedenstående citater:

Anny havde nogle papirer med omkring ledelse og ledelsesmetoder. Noget med at blive hørt og arbejdsorganisering og hvad de kunne tænke sig. De [ansatte] blev mere synlige, vil jeg mene, med deres ønsker, end hvad vi måske nødvendigvis ville have fået frem. Vi har tre ansatte. Den ene vil gerne tage sig af noget, men der er også ting, hun ikke vil påtage sig, fx blodprøvetagning. Det havde vi slet ikke forestillet os ville være et problem. Så kan hun godt lide at stå ved skranken. Så er det noget med at bruge hendes bedste evner. De andre to er rigtig motiverede for at komme ind i behandlingen. Det er blevet endnu mere tydeligt. Måske er det også blevet mere legalt for dem at sige det.

Anny var hele tiden opmærksom på at få alle med og vigtigheden af at formulere det. Nogle har vi haft oppe og skrevet på plancher og sådan, fx hvad er vigtigt for os, vores ansigt udad til. Både for os og for personalet.

Lægehus 2 har ikke arbejdet eksplicit med at involvere personalet i fusionsforløbet, fordi de i højere grad har koncentreret sig om forholdet mellem lægerne. Men som nedenstående citat illustrerer, er lægerne opmærksomme på personalet:

Vi har ikke haft vejledning i, hvordan vi kunne involvere personalet. Vi har ikke haft problemer, men ved mange andre har. [...] Måske kunne man hjælpe dem, der har behov for det ved at lave vejledninger og hjælp til problemløsning, sådan at der også kom nogle og snakkede med personalet. Det kan jo godt være, de ville sige nogle andre ting, hvis vi ikke var der. Det er nok bare, fordi vi ikke har haft problemerne, at vi ikke har bedt om det.

Senere i interviewet fortæller lægerne, at personalet var med til, at lægemiddelkonsulenten var på besøg, og de bemærker i den forbindelse, at der: *havde vi personalet med en enkelt gang – det tror jeg ikke, vi havde fået gjort selv.*

Levet op til forventningerne

Som tidligere beskrevet har ingen af lægehusene haft særligt faste forventninger til, hvad deltagelsen i fusionspraksis skulle give dem. Men som nedenstående interviewbidder illustrerer, vurderer alle deltagere, at udbyttet har levet op til forventningerne:

Lægehus 1:

Interviewer: Så indholdet har stemt overens med jeres forventninger?

Ejerlæge: Det synes jeg [de andre bekræfter].

Interviewer: Og udbyttet, har det også svaret til jeres forventninger?

Ejerlæger i kor: Ja.

Interviewer: Så I kan godt anbefale det til andre?

Ejerlæge: Ja.

Interviewer: Også hvis det kostede noget at være med?

Ejerlæge: Det tror jeg, pengene ville være givet godt ud. Hvor mange ved jeg ikke lige.

Lægehus 2:

Interviewer: Jeg opsummerer lige, om jeg har forstået jer korrekt: I havde ikke noget helt klart formål med deltagelsen, da I meldte jer. Men det fik I hurtigt. Og støtten har efterfølgende levet op til jeres forventninger.

Ejerlæger: Helt sikkert.

Interviewer: Har det været så godt, at I ligefrem ville have betalt for det?

Ejerlæge: Havde vi vidst, hvad det var fra start af, tror jeg helt sikkert vi ville. [...] Vi ville nok have været med, hvis vores kolleger anbefalede det som en rigtig god ting.

Lægehus 3:

Anny er kommet med indspark til ting, man kan gøre anderledes. Rigtig god inspiration. Hun gør det super. Rigtig givtigt især der hvor hun var inde over nogle mere følelsesmæssige ting. Det at få snakket det igennem med en neutral udefrastående. Vi håbede på at kunne få en eller anden slags tjekliste til, om vi nu har været omkring det hele. Og en der kunne guide os, og det synes jeg også, vi har fået.

3.3 Deltagernes fremadrettede perspektiver

Vi brugte også en del af deltagerinterviewene på at afdække de erfaringer og gode råd om sammenlægningsprocesser og fusionsstøtte, som ejerlægerne gerne ville give videre til Region Midtjylland og deres kolleger. Disse er sammenfattet på tværs af interview i dette afsnit, der afslutter deltagernes evaluering.

Forslag til Fusionsteamet og Region Midtjylland

Forslag 1: Det ville være en fordel, hvis der var en tydelig præsentation af hele teamet omkring fusionspraksis ved opstartsmødet. Nogle gange benytter man sig ikke af tilbuddet, fordi man ikke helt ved, om de er her.

Forslag 2: Det kan være en ide at inddrage lægehuse, som er "færdig-fusionerede", til et af de indledende møder (måske også senere i forløbet) for at skabe et forum til erfaringsudveksling og til at give gode råd. Et af de deltagende lægehuse har tilkendegivet, at de gerne stiller op i sådan en sammenhæng.

Forslag 3: et lægehus foreslår at arrangere en workshop undervejs i forløbet, hvor man sætter tre praksis sammen, som kan give input til hinanden og erfaringsudveksle.

Forslag 4: Afhold møderne lidt tættere på hinanden, så der bliver fulgt op på opgaverne, og forløbet bliver mere sammenhængende.

Forslag 5: Udvid perspektivet på fusionsprocessen. Fusionsstøtten har dog forløbet i over et år hos alle lægehuse og er heller ikke afsluttet endnu. Lægehuse er som nævnt meget tilfredse med den fleksibilitet, der har været indlagt i fusionsstøtten, og de føler, at der er taget hensyn til, at tidspunktet for behov for støtte og arten af behovet varierer fra lægehus til lægehus. Det ene lægehus beskriver i denne sammenhæng:

Det er jo forskelligt. Nogle har lokaleproblemer, andre personaleproblemer. Der er altid et eller andet. Forløbet viser, at et par år er mere realistisk end ét år. Hellere sige at der er visse midler til rådighed, og så gør det ikke noget, om det er to år.

Alle lægehuse fremhæver, at fusionsstøtten med fordel kunne starte tidligere i sammenlægningsprocessen. Et af lægehuse fremhæver dette i følgende citat:

Det ville også være godt at starte det op, inden man flytter sammen. Der er så meget virvar, når man flytter sammen.

Forslag 6:

Det vigtigste er, at en kommer og snakker holdninger og værdier – at der kommer en og stiller alle de spørgsmål, som man måske netop viger udenom. Det er det allervigtigste. For det er jo de "farlige punkter", der er vigtige at tage stilling til. Så kunne man bare få alt det andet på skrift – alt det med at man skal huske at gøre dit og dat. (Lægehus 3)

Forslag 7: Informanterne fra lægehus 3 efterspørger et billede med en tidslinje for sammenlægningen, som kan bruges til at fortælle, hvordan man kan forvente, at en fusion vil køre. Hvad kan man forberede sig på nu, og hvad kan man forvente af katastrofer, og så et tegn på at der kommer en overlevelse bagefter og en hverdag efter katastroferne?

Gode råd til andre lægehuse der har planer om at fusionere

Råd 1: Flere læger anbefaler LEAN kursus og en LEAN tavle, der kan bruges i hverdagen. Når man pludselig er en større enhed, bliver det vigtigt at vide, hvem gør hvad i forhold til praksissens udviklingsprojekter – og det kan tavlen hjælpe med.

Råd 2: I den indledende fase bør man sætte sig sammen mindst en gang om måneden og snakke om, hvad man vil med det nye lægehus. Så finder man hurtigt ud af, om det går. Hvis man også husker at skrive det, man bliver enige om, ned, har man et godt udgangspunkt for det senere arbejde.

Råd 3: Det er også det med at have nogle fælles mål. Det gælder lige så meget personalet, som det gælder os. Og værdier – det er også vigtigt. Hvordan er man over for patienterne – helt basic?

Råd 4: Det er vigtigt at arbejde med sine visioner og planer, inden man kommer til de praktiske sammenlægningsfaser – før der forsvinder ethvert overskud til noget som helst andet end de akutte og praktiske problemer.

Råd 5: Det er godt at starte processen med at lære hinanden at kende op inden sammenflytningen. Vi havde stor gavn af at holde fælles møder, udflugter, kurser og faglige arrangementer sammen i den periode. Det med, at alle har været med undervejs, betyder meget i dag.

Råd 6: Først og fremmest skal de være indstillet på, at det tager længere tid, end man regner med.

4. Opsamling og anbefalinger

4.1.1 Opsamling

Afsnit 2 har præsenteret konsulentteamets erfaringer fra projektet. Afsnittet viser, at der er sammenhæng imellem projektbeskrivelsen for Fusionspraksisprojektet og konsulenternes udsagn om projektets overordnede formål, samt de fokuspunkter konsulenterne har orienteret sig imod i de konkrete udviklingsforløb.

Afsnittet illustrerer, at især lægekonsulenterne skal afveje behovet for at motivere og skubbe på for udvikling, med behovet for at deltagerne er med. Evalueringen viser, at det ikke har været muligt at realisere så faste og forpligtende forløb, som der er lagt op til i projektbeskrivelsen. For det første er der realiseret færre forløb. For det andet har de realiserede forløb været ramt af forsinkelser og aflysninger. For det tredje har to af tre forløb været relativt ad hoc prægede.

Afsnit 3 har præsenteret deltagernes sammenlægnings- og udviklingsforløb, samt deres evaluering af den udviklingsstøtte de har modtaget. Interviewene viser, at deltagerne er meget tilfredse med den hjælp, de har fået. Begrundelserne knytter sig først og fremmest til, at konsulenterne har arbejdet med udgangspunkt i deltagernes behov samtidig med, at de har repræsenteret en 'passende forstyrrelse', som har kvalificeret deltagernes valg af indsatsområder og fremgangsmåde.

Evalueringen viser, at der er stor konsistens imellem kvalitetsteamets og deltagernes perspektiver på pilotprojektet. Det skyldes formentlig, at begge parter er gået relativt åbent ind i projektet, hvorefter de sammen har skabt de erkendelser og erfaringer, som er gengivet i evalueringen. Dette er positivt, fordi det indikerer, at pilotprojektet har skabt den forventede læring.

4.1.2 Konklusion og anbefalinger

DSIs overordnede konklusion er, at pilotprojektet har givet konsulentteamet nyttig viden om sammenlægningsprocesser, som fremadrettet kan komme andre lægehuse og Region Midtjylland til gode. I lyset af de forandringer praksissektoren gennemgår, må det forventes, at relevansen af denne viden – og behovet for støtte til sammenlægninger – stiger de kommende år. Derfor anbefaler DSI, at Region Midtjylland, under hensyntagen til de ressourcer det er muligt at allokere til området, viderefører fusionsstøtte med afsæt i de erfaringer, der er beskrevet i evalueringen. I den forbindelse giver evalueringen anledning til følgende konkrete anbefalinger:

Anbefalinger vedrørende fusionsstøtte generelt:

Hvis det besluttes at videreføre fusionsstøtten anbefales overordnet, at:

- ♦ Arbejdsdelingen og bemandingen af fusionsteamet bevares. Region Midtjylland kan evt. overveje at inddrage de erfaringer, der skabes via projektet Team SydPOL i Region Syddanmark med henblik på at skabe synergi mellem fusionsstøtte og praksisenhedens øvrige ydelser⁴.
- ♦ Der udarbejdes en manual for fusioner, som kan inspirere lægehuse, der har planer om sammenlægning, samt skriftlige vejledninger som andre kvalitetskonsulenter kan bruge som afsæt for støtte til sammenlægninger. Arbejdet kan udføres med afsæt i forløbsbeskrivelser og overvejelser-

⁴ For yderligere information om Team SydPOL se: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm306484> samt DSI's publikation "Styring i praksis – erfaringer fra de danske regioner": http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=247&type=book_whole&project_id=2752

ne om timing fra denne evalueringsrapport suppleret med konsulentteamets øvrige erfaringer. DSI vurderer, at konsulenterne har tilstrækkelig viden til at udarbejde en sådan manual, forudsat at den revideres, efterhånden som der indsamles erfaringer fra yderligere sammenlægningsprocedurer.

- ◆ Lægemedelkonsulentens ydelser i højere grad får karakter af et selvstændigt udviklingsforløb, der a) starter inden den fysiske sammenflytning, b) holder pause i den praktiske fase, og c) afsluttes når lægehuset er nået til konsolideringsfasen. Dels ud fra en forventning om at konsulentens ydelser kan mindske medicinudgifter, medvirke til at forbedre medicinering af patientpopulationen og effektivisere ordinationssamarbejdet i den enkelte praksis. Dels ud fra en forventning om at det vil være muligt at dokumentere de initiale forskelle og de evt. ændringer, der sker af praksis' ordinationer i løbet af en sammenlægningsproces.

Anbefalinger til det fulde udviklingsforløb som der er arbejdet med i pilotprojektet

Hvis det besluttet fortsat at udbyde det fulde fusionsforløb, der har været indeholdt i pilotprojektet anbefales, at:

- ◆ 'Ansættelsessamtalen' bevares, fordi den dels sikrer, at det er reelle sammenlægningsprocedurer, der støttes, og dels fordi den kan være med til at forberede deltagerne på deres sammenlægningsproces og opstartsmødet med deres tovholder.
- ◆ Lægemedelkonsulenterne bruger deres nye viden til at tydeliggøre deres forventninger til deltagernes samlede udviklingsforløb, samt hvornår og hvorfor det vil være relevant at inddrage IT og lægemedelkonsulent.
- ◆ Der for hvert udviklingsforløb bør udarbejdes en fleksibel, men sammenhængende og skriftlig plan for teamets forventede indsats.
- ◆ Der i alle længerevarende udviklingsforløb – med respekt for deltagernes temperament og udviklingsbehov – opereres med beslutningsreferater, remindere, mødedagsordener og 'hjemmeopgaver'. Anbefalingen gives, da deltagernes udsagn indikerer, at sådanne elementer er med til at støtte fremdriften i deres sammenlægningsproces.

Anbefalinger vedrørende proces og timing

En væsentlig læring, som bør drages af pilotprojektet, er, at antagelserne omkring proces og timing kun delvist har matchet de sammenlagte lægehusenes behov. For det første har ingen af sammenlægningsprocesserne passeret til den etårige afgrænsning, der var forudsat i projektbeskrivelsen. For det andet har lægehusene haft meget lidt overskud til at beskæftige sig med egentlig kvalitets- og organisationsudvikling i perioden umiddelbart før og efter den fysiske sammenflytning.

Disse forhold har medvirket til, at rådgivningen i et vist omfang er blevet ad hoc baseret, og at den har handlet mere om praktiske problemstillinger, end det var forudsat i den oprindelige projektbeskrivelse. Samtidig har en del af forløbene i højere grad bestået af løst koblede inspirations- og sparingsmøder end et aftalt og forpligtende udviklingsforløb.

Derfor anbefales, med udgangspunkt i forløbsbeskrivelsen fra afsnit 2.4.1, at der gives mulighed for at:

- ◆ Forskyde udviklingsstøtten, så der kommer mere vægt på visions- og konkretiseringsfaserne. Dels fordi lægerne i denne fase må formodes at have større overskud til at beskæftige sig med de forhold, som er centrale for lægemedelkonsulenter og lægemedelkonsulentens ydelser. Dels fordi, det er her, meget af fundamentet for den fremtidige fælles praksis med fordel kan aftales.

- ◆ Leverer enkeltstående ydelser til praksis, der planlægger at fusionere. Det kan fx være et faciliteret værdi- og visionsmøde mellem ejerlægerne i et tidligt stadie af en fusionsproces, eller et faciliteret konkretiseringsmøde omkring fremtidig arbejdsdeling mellem læger og personale.

Anbefaling vedrørende dokumentation af tidsforbrug

DSI har ikke grund til at tro at konsulenternes estimerede tidsforbrug i forbindelse med fusionsstøtten er forkert. Hvis fusionsstøtten videreføres, anbefaler DSI dog, at:

- ◆ Alle involverede konsulenter fremadrettet dokumenterer den faktiske tid, de – og evt. andre konsulenter – anvender til fusionsstøtte, for at få en mere sikker forståelse for de ressourcer og prioriteringer en satsning på fusionsstøtte kræver.

Bilag 1: Interviewguide til kvalitetskonsulenter

Interviewet vil fokusere på at sammenholde de formål og indsatsområder der er opstillet i projektbeskrivelsen med de udviklingsforløb I har faciliteret. Følgende emner vil danne udgangspunkt for interviewet:

Præsentationsrunde:...

1. Afdækning af forskelle projektbeskrivelse og praksis?

- i. Elementer der har fungeret særligt godt?
- ii. Elementer der har været vanskelige at realisere?
- iii. Forberedelsesfasen – er den gennemført iht. projektbeskrivelsen – gav den anledning til ændringer?
- iv. Tids- og ressourceforbruget – hvordan ser det ud sammenlignet med projektbeskrivelsen?

2. Konsulentteamet

- i. Har bemanningen været adækvat?
- ii. Er alle blevet brugt – til hvad (sammenlign med projektbeskrivelse)?
- iii. Behov for kompetenceudvikling eller ændret bemanning?
- iv. Hvordan har teamet fungeret – samarbejde/synergi/tilgængelighed?

3. Interventionen i forhold til den enkelte praksis – hvad har været centralt?

- i. Hvad har deltagerne efterspurgt hjælp til?
- ii. Forskelle og ligheder imellem de deltagende praksis?
 1. Hvornår i processen er I blevet involveret?
 2. Hvor lange har forløbene været – har forløbene svaret til jeres forventninger?
- iii. Har I kunnet hjælpe deltagerne med det de efterspurgt?
 1. Er der noget de deltagende praksis har overset som konsulenterne har kunnet bidrage med?
- iv. Har jeres og deltagernes forventninger været de samme?

4. Deltagerne

- i. Hvordan har I oplevet deltagerne og deres engagement?
- ii. Hvad kendetegner de praksis der har været med – yngre læger? Frontløbere? Praksis med problemer eller praksis med overskud?
- iii. Rekruttering af deltagere – hvorfor har det været så svært? Kan der gøres noget for at ændre dette/hvad?

5. Fremadrettet organisering af Fusionsstøtte

- i. Er det realistisk at arbejde videre med interventionen i forhold til kronikerudviklingsprojekter o.a. kvalitetsudvikling? Overlap? Kapacitet i praksisenhederne?
- ii. Hvad har I lært om fusionering – de fem bedste råd til praksis/region

6. Forslag til forbedringer?

- i. Noget der skal gøres anderledes
- ii. Elementer der kan fjernes eller tilføjes?
- iii. Forslag til ændringer af konsulenternes rolle?

7. Noget at tilføje eller uddybe?

Bilag 2: Interviewguide til deltagende læger

Introduktion:

Formål kvalitetssikring og metodeudvikling i forhold til fusionspraksis som intervention - ikke en evaluering af jeres indsats, men af fusionspraksisprojektet og de konsulenter der har hjulpet jer.

Introduktionsrunde: Navn, stilling, uddannelse, antal år i praksis.

Start med at beskrive jeres sammenlægningsforløb – fra de indledende tanker til der hvor I er i dag...

Beskrivelse af jeres udviklingsforløb med konsulentteamet...

1. Motivation for - og udbytte ved at deltage i fusionspraksis

- a. Motivation for at fusionere?
- b. Motivation for at deltage i Fusionspraksis?
- c. Jeres egen version af det vigtigste udbytte

2. Deltagelsen – har den sat noget i gang i forhold til:

- a. Visioner og ledelse?
- b. Konkrete nye aftaler forandring?
- c. Konflikter -konsensus?
- d. Personale – ledelse og retningslinjer?
- e. Organisering og stordriftsfordele?
- f. Kommunikation?
- g. Samarbejde?

3. Forankring af forandring

- a. Indsatsområder? – hvad har det egentlig ændret – er der faldgruber som de har undgået?
- b. Arbejdet med at udvikle indsatsområder (Hvem, hvad, hvordan)?
- c. Målopfyldeelse?
- d. Forhold der har haft betydning for arbejdet med opstillede mål?
- e. Var det på grund af Fusionspraksis at der blev arbejdet med pågældende mål?

4. Opfølgning og støtte

- a. Anvendelse af ekstern hjælp til at arbejde med udviklingsmål?
- b. Udækket behov for ekstern hjælp?
- c. Andet der skal tages med videre i forhold til opfølgning og processtøtte?

5. Forslag til ændringer af facilitatorens rolle?

- a. Læge, IT- konsulent eller organisationsbaggrund
 - i. Fordele og ulemper

6. Forslag til udvikling af indholdet i Fusionspraksis som intervention

- a. Pilotprojekt – forslag til forbedring eller fremtidig organisering?

1. Overordnet tilfredshed med fusionspraksis

- a. I hvilket omfang har deltagelsen svaret til jeres forventninger?
- b. Var formålet med deltagelsen klart
- c. Vil I anbefale interventionen til andre?
- d. Ville I være villige til at betale for deltagelse/tilkøb af ekstra konsulentbistand?

2. Noget at tilføje/udddybe?

Bilag 3: Evalueringens informanter

Kvalitetsteamet

- ♦ Praktiserende læge og regional praksisudviklingskonsulent, Morten Bondo Christensen
- ♦ Praktiserende læge og regional praksisudviklingskonsulent, Anny Adeler
- ♦ Regional IT konsulent Dorte Maslak
- ♦ Regional lægemiddelkonsulent, Pia Ehlers

Ejerlæger fra deltagende lægehuse

- ♦ Gruppeinterview med alle tre ejerlæger fra lægehus 1, samt lægehusets amanuenslæge.
- ♦ Gruppeinterview med alle fire ejerlæger fra lægehus 2
- ♦ Gruppeinterview med to af fire ejerlæger fra lægehus 3, samt den amanuenslæge der til foråret optages som kompagnon.

