



Debatoplæg

**Organisatorisk udvikling i almen praksis**

Tina Eriksson og Søren Friberg, DAK-E

## **Indhold**

<b>Baggrund</b>	<b>3</b>
Temadage om organisatorisk udvikling i almen praksis	4
Strukturproblemer i almen praksis	4
Formål med denne publikation	5
<b>Kvalitetsudviklingsprojekter på området organisationsudvikling</b>	<b>6</b>
Beskrivelse af de enkelte projekter	6
A. Praksisudviklingskonsulent (PUK):	6
B. Gensidigt praksisbesøg (GPB)	8
C. Praksis Matrix	9
D: Center for Praksis Udvikling - CPU projektet	10
<b>Organisering af området i fremtiden</b>	<b>12</b>
Kursusvirksomhed for konsulenter og facilitatorer	12
Regionernes rolle	14

## **Debatoplæg**

# Organisatorisk udvikling i almen praksis

Ved Tina Eriksson og Søren Friberg, DAK-E

*Den endelige udgave udarbejdes efter DAK-E's besøgsrunde til de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg – samt efter diskussion i Kvalitetsfagligt Udvalg og i Kvalitets- og Informatik Fondens bestyrelse.*

## **Baggrund**

Gennem de senere år har der været et betydeligt fokus på organisatorisk udvikling og ændring i almen praksis. Der er formentlig flere årsager dertil. Strukturreformen medfører ændringer i opgavefordelingen mellem sektorerne og dermed øget fokus på de opgaver, der skal varetages i almen praksis. Arbejdsindsatsen stiger dels på grund af øget lægesøgning og dels på grund af en ændret befolkningssammensætning med flere ældre og kronisk syge. Desuden er der nu mangel på praktiserende læger, og denne mangel vil gøre det nødvendigt at ændre organisationen i den enkelte praksis. Såvel politisk som fagligt argumenteres der for forskellige organisatoriske løsninger. Større enheder med ansættelse af mere sundhedsfagligt personale i almen praksis er en mulig løsning.

Dette har medført, at der er taget flere initiativer, der i større eller mindre grad sigter på stimulering af den organisatoriske udvikling i almen praksis. Nogle af disse initiativer er startet af forskningsmiljøer og andre af kvalitetsudviklingsmiljøer i de enkelte amter/regioner. De fleste projekter er finansieret af lokale amtslige/regionale kvalitetsudviklingsmidler og er fortsat i pilotafprøvningsfase.

Den organisatoriske udvikling må ses i sammenhæng med de øvrige aktiviteter på kvalitetsudviklingsområdet i almen praksis. Det drejer sig om aktiviteter på følgende tre hovedområder:

1. Faglig udvikling – evidensbaserede kliniske vejledninger, kliniske indikatorer, elektronisk registrering af kliniske data (datafangst og registrering af data i DAMD – Dansk Almen Medicinsk Database), feedback og løbende forbedring af kvaliteten af det kliniske arbejde.
2. Patientevaluering – DanPEP – med tiltag der bevirker, at patienternes kommentarer bruges til organisatoriske forbedringer i den enkelte praksis.
3. Patientforløb – koordinering med andre dele af sundhedsvæsenet.

Den danske model for kvalitet i almen praksis, som den skitseredes ved DAK-projektets start i 2003, beskæftigede sig hovedsageligt med de tre første punkter. Vi mener nu, at det også er nødvendigt at indtænke praksisorganisering og i øvrigt også registrering af utilsigtede hændelser, hvis en samlet og sammenhængende kvalitetsudvikling i almen praksis skal sikres. Desuden mener vi, at der i fremtiden bør være tilbud til alle praksis der udviser interesse for organisatorisk udvikling.

## Temadage om organisatorisk udvikling i almen praksis

Ved to lejligheder har DAK-E været medarrangør af temakonferencer om organisatorisk udvikling i almen praksis. Den første var en halvdagskonference den 15. august 2006, og den anden var en heldagskonference den 6. juni 2007. Den sidstnævnte var arrangeret i samarbejde med Praksisenheden i Holstebro, Region Midtjylland (for program og indlæg, se:

[http://www.dak-e.dk/flx/den\\_almenmedicinske\\_kvalitetsenhed\\_dak\\_e/kurser\\_konferencer/](http://www.dak-e.dk/flx/den_almenmedicinske_kvalitetsenhed_dak_e/kurser_konferencer/))

På den seneste conference, hvor repræsentanter for PLO, DSAM, DAK-E, Danske Regioner og dermed politikere, administratorer og praktiserende læger fra de enkelte regioner deltog, var der enighed om, at det er afgørende nødvendigt at arbejde videre med de forskellige modeller.

På dagen opnåedes konsensus om, at modellerne bør udvikles i de decentrale, regionale miljøer, der har interesse og overskud til dette. Når de enkelte regioner har udviklet modellerne kan de udbredes i de øvrige regioner.

Mødedeltagerne så DAK-Es funktion som rådgivende og koordinerende snarere end som ansvarlig for udviklingen af modellerne.

Uddrag af referatet fra temadagen 6. juni 2007

*Konklusion på dagen blev derfor, at:*

*DAK-E udarbejder et udkast til beskrivelse af redskaber til ændringer af de organisatoriske forhold i almen praksis med følgende pinde:*

- *Beskrivelse af de enkelte "organisatoriske modeller"*
  - *Anvendelsesområder*
  - *Økonomi*
  - *Regional forankring*
- *Forslag til organisatorisk videreudvikling*
  - *Hvordan fremmes større fokus på organisatorisk videreudvikling*

*Udkastet sendes til kommentarer i de enkelte regioner, PLO, DSAM, DaRe. Og tages herefter op i Kvalitetsfagligt Udvalg og i KIF's bestyrelse.*

Fælles for pilotprojekterne og de metoder, der blev beskrevet på temadagen den 6. juni er, at de, med forskellige udgangspunkter, metoder, tids- og ressourceforbrug, forsøger at stimulere til organisatorisk udvikling og læring i almen praksis.

## Strukturproblemer i almen praksis

Organisationen af almen praksis mere overordnet i lokalområder, kommuner og regioner er ikke i fokus i de projekter, der omtales her. Der eksisterer dog en række overordnede strukturproblemer som formentlig ikke kan løses ved tiltag i den enkelte praksis. På den anden side er velorganiserede praksis mere attraktive, ved rekruttering af personale og ved overtagelse/salg. Der kan nævnes følgende overordnede områder:

- Rekruttering/fastholdelse.
  - Rekruttering til faget almen medicin på studieniveau, f.eks. i samarbejde med SAMS (Studerendes Almen Medicinske Selskab).

- Rekruttering til faget almen medicin på yngre lægeniveau, herunder arbejde for en god placering af faget i speciallægeuddannelsen og sikre en speciallægeuddannelse af høj kvalitet.
- Sikre fleksible overtagelsesordninger og praksisformer.
- Fremme at yngre læger opnår slutstilling i praksis (i stedet for at arbejde som praksisvikarer og lignende).
- Sikre fastholdelse af ældre læger.
- Praksisstørrelse (mange små enheder).
  - Sololæger, der ikke har tid og overskud til omstruktureringer.
  - Forskelle i omkostningsniveau kan være en barriere for sammenlægningen af flere mindre praksis.
- Manglende kompensation for ugunstig listesammensætning.
  - Manglende kompensation for listesammensætning, f.eks. socialt, etnisk eller aldersmæssigt, kan medføre rekrutteringsproblemer i bestemte områder.

Skønt disse problemer ofte ikke løses ved tiltag og udvikling i den enkelte klinik, er det dog vigtigt at være opmærksom på, at disse problemer eksisterer – også når man gennemfører udviklingsprojekter, hvor disse forhold naturligvis vil have indflydelse på den enkelte kliniks funktion.

## Formål med denne publikation

Det er sigtet med denne publikation at skabe et overblik over initiativer på området organisationsudvikling i almen praksis i Danmark. Vi ønsker at bidrage til en diskussion af, hvilke tiltag man med fordel kan videreudvikle og i hvilket regi. Derudover vil vi, så vidt det er muligt på det nuværende vidensgrundlag, beskrive de enkelte programmers muligheder og begrænsninger. Det er vort håb, at dette arbejde på længere sigt kan indgå i en samlet dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet.

Desuden ønsker vi at bidrage til en debat om, hvilke færdigheder forskellige almenmedicinske konsulenttyper har brug for og hvordan en uddannelse organiseres.

De projekter og tiltag, der er gennemført eller i øjeblikket er i gang på praksisudviklingsområdet, kan groft inddeles i følgende tre grupper:

1. Kvalitetsudviklingsprojekter med andet hovedsigte, men som i en række tilfælde har medført organisatoriske ændringer. Eksempler på sådanne projekter er DanPEP, der sigter på at evaluere patienttilfredshed og audits, så som auditten "recepten", hvor praksis arbejdede med receptfornyelsesprocedurer.
2. Konsulenter, der udbyder bistand med organisatoriske opgaver til praktiserende læger – praksis managers. I udlandet, særligt UK, hvor praksisenhederne er større har langt de fleste klinikker en praksismanager, der tager sig af de organisatoriske opgaver. I Danmark er der nu i flere regioner konsulenter, der tilbyder sådanne tjenester.
3. Kvalitetsudviklingsprojekter med organisationsudvikling som genstandsområde.

Denne publikation beskriver udelukkende 3) Kvalitetsudviklingsprojekter med organisationsudvikling som genstandsområde.

## **Kvalitetsudviklingsprojekter på området organisationsudvikling**

Gennem de sidste år har der været gennemført flere pilotprojekter, der på hver sin måde fokuserer på organisatoriske ændringer og udvikling.

- A. Praksisudviklingskonsulentens arbejde.
- B. Gensidigt praksisbesøg.
- C. Praksis Matrix.
- D. Center for praksisudvikling - CPU projektet.

### **Beskrivelse af de enkelte projekter**

Nedenfor findes en beskrivelse af baggrund, arbejdsmetode, resultater, foreslåede anvendelsesområder, økonomi og evaluering for de enkelte modeller/pilotprojekter i det omfang oplysningerne har været tilgængelige. De enkelte modeller er dog ikke færdigudviklede og i flere tilfælde pågår evaluering, og billedet kan derfor ændre sig på et senere tidspunkt. De enkelte modeller er udviklet forskellige steder i landet.

#### **A. Praksisudviklingskonsulent (PUK):**

Baggrund: Siden 2003 har man i Ringkøbing Amt og senere i Viborg Amt og fra 2007 i Region Midtjylland arbejdet med konceptet praksisudviklingskonsulentfunktionen. Udfordringerne i Ringkøbing Amt og Viborg Amt var den store arbejdsmængde for den enkelte praktiserende læge samt problemer med rekruttering.

Praksisudviklingskonsulentens hovedopgaver var, at:

- Få personalet mere på banen.
- Lære læger at lede og fordele arbejdet.
- Udvikle den faglige kvalitet gennem en bedre organisation.
- Få lokalområdernes læger til at trække på samme hammel.

Af jobbeskrivelsen fremgår, at praksisudviklingskonsulenten skal have:

- Fokus på samarbejdsopgaver mellem personale og læger.
- Inspirere til vejledning for uddelegering.
- Udbyde kurser i praksisledelse, organisering, personalepleje, arbejdsmiljø mv.
- Undervise personale og læger sammen.
- Være coach og inspirator for RIV-aktiviteter.
- Udvikle og udbyde undervisning for praksispersonale – kompetenceudvikling.

Arbejdsmetode: Besøg i de enkelte lægehuse enten som underviser i emner af relevans for organisationsudvikling eller som "flue på væggen" – med efterfølgende rådgivning med hensyn til organisationsforbedring.

Undervisning og kursustilrettelæggelse i såvel små som store almenmedicinske fora om samarbejde og organisationsudvikling – herunder megen undervisning i RIV sammenhæng.

PUK-ordningen har arrangeret og deltaget i kurser i følgende emner:

- Arbejdsgiverrolle og overenskomster.
- Arbejdsmiljø i praksis.
- Ledelse og økonomi.
- Ledelse og konflikthåndtering.
- Afholde møder i klinikken og få succes.
- Et godt generationsskifte.
- DanPEP opfølgning i flere omgange.
- Mange kurser for praksispersonale, herunder færdighedskurser.

- Organisation af omsorg for kroniske patienter - fælles undervisning af læger og personale.
- Fra vision til daglig drift.
- Forebyggelse og håndtering af konflikter.
- Hvordan finder jeg mine lederpotentialer?

Refleksion over praksisudviklingen ud fra de fire års arbejde viser, at der for mange lægers vedkommende er blevet sat fokus på:

- Lægens forhold til sig selv som person, som leder og evt. som organisator.
- Lægens forhold til patienten – også en "ledelsesopgave" at skabe rammerne for en god og kvalitetsmæssig kontakt.
- Lægens forhold til den faglige og teknologiske udvikling.
- Lægens rolle som leder for personalet og kolleger i den indre organisation.
- Lægens/klinikkens rolle i relation til det øvrige sundhedsvæsen og kommunerne.

Resultater og evaluering: Ordningens indhold findes beskrevet i kvalitetsudviklingsudvalgets årsrapporter, og der har været stor tilslutning til langt de fleste arrangementer med særdeles positive evalueringer. Nogen egentlig effektevaluering har ikke været mulig i opbygningsfasen

Praksisudviklingskonsulenterne er autodidakte, men med en omfattende praksisviden og en betydelig erfaring fra efteruddannelses- og kvalitetsområdet.

#### Anvendelsesområde:

Alle kan i princippet modtage praksiskonsulentens ydelser.

Økonomi og ressourceforbrug: Praksisudviklingskonsulenterne aflønnes som andre konsulenter efter tillægsoverenskomsten.

Fordele og ulemper ved PUK-modellen: Praksisudviklingskonsulenterne kombinerer faglige og organisatoriske tiltag – derfor ses de organisatoriske elementer næsten altid i en større sammenhæng.

Arbejdet som PUK'er kan kombineres med andre organisatoriske tiltag, så som Praxis Matrix, DanPEP og CPU.

Det kræver en betydelig "omnipotens" at kunne dække alle elementerne i den foreliggende jobbeskrivelse.

Der er ikke nogen systematisk tilgang eller metode i forhold til de problemområder konsulenten beskæftiger sig med. Man har arbejdet pragmatisk med løsning af presserende organisatoriske opgaver i almen praksis.

Næste fase i PUK-modellen vil fordre systematiseret udvikling af konceptet og undervisning af kommende PUK'er.

## B. Gensidigt praksisbesøg (GPB)

Baggrund: I 1997 startede kvalitetsudviklingskonsulenterne i Frederiksborg Amt med at arrangere GPB. Ideen blev taget op i flere amter. Fyns Amt er det amt, hvor flest praktiserende læger har deltaget i GPB og der blev også foretaget en udførlig evaluering af projektet i eget amt.

Der er udarbejdet en rapport. Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til DAK-E's sekretariat.

Ved denne metode lærer praktiserende læger gennem at se, hvordan en kollega organiserer og udfører sit arbejde og også selv lade en kollega få indblik i sine egne forhold. Der tages således udgangspunkt i sammenhængen mellem klinisk arbejde, refleksion og forandring.

Efteruddannelsesvejlederne i de enkelte amter stod for projektets organisation.

Arbejdsmetode: Ved et samlet introduktionsmøde "parres" deltagerne to og to på basis af på forhånd fastlagte kriterier, herunder en grundig diskussion af forventninger og fokusområder.

Hver deltager følger sin partner på en almindelig arbejdsdag. Der afsættes tid til diskussion og refleksion, så der er mulighed for forandringer. Alle aspekter af praksis kan diskuteres, både faglige, organisatoriske og økonomiske.

I slutningen af forløbet afholdes et afslutningsmøde, hvor alle "par" deltager. Her diskuteres de samlede erfaringer med fokus på, hvilke forandringer de gensidige praksisbesøg gav anledning til i egen praksis.

Resultater og evaluering: I det tidligere Fyns Amt har i alt 50 praktiserende læger deltaget i GPB.

18 praktiserende lægers (9 pars) forløb blev eksternt evalueret, dels ved fokusgruppe interview og dels med solo interviews.

Besøgsrunderne førte til en række forandringer både med hensyn til praksisindretning, praksisorganisering og ændringer af forskellige behandlingsteknikker.

Flere deltagere beskrev, at de var blevet mere bevidste om deres egne handlinger i hverdagen.

GPB fokuserer på at skabe udviklingsorienteret læring. Det kræver, at lægerne forandrer rutiner og bryder vaner. Det sker bedst, hvis man tillidsfuldt udfordres af "besøgsvennen".

Anvendelsesområde: Der lægges vægt på at deltagerne er motiverede, forandringsparate og nysgerrige praktiserende læger. Metoden kræver, at der investeres en del tid.

Såvel den danske evaluering og udenlandske erfaringer peger på, at partnerudvælgelsen er vigtig for udbyttet. Det er væsentligt, at der er områder, hvor de to praksis har lighedspunkter, men der skal også være tydelige forskelle. Hvis de to læger og deres praksis er for forskellige eller for ens reduceres udbyttet.

Metoden er i enkelte tilfælde også blevet brugt af andre personalegrupper.

Økonomi og ressourceforbrug: Udgifter til projektleder(e)

Et introduktionsmøde og et afslutningsmøde af (2-3 timers varighed).  
Frikøb af hver deltager to hele dage pr. besøgsomgang.

### Fordele og ulemper ved gensidigt praksis besøg:

Metoden giver mulighed for læring på en lang række områder og kan kombineres med andre metoder.

Metoden kræver personligt engagement af den enkelte læge og inddrager ikke nødvendigvis hele klinikken. Der kræves formentlig en velfungerende organisation og en nogenlunde tilslutning for at sikre, at der kan dannes velfungerende par.

## C. Praksis Matrix

Baggrund: Praksis Matrix er tænkt som et redskab, der skaber udvikling internt i praksis ved at fremme kommunikationen. Det er meningen, at de enkelte læger og praksispersonalemedlemmer skal opnå indsigt i, hvordan de andres arbejde fungerer og hvilke holdninger de andre i praksis har til arbejdet og den fremtidige udvikling.

Praksis Matrix er en dansk tilpasning til det engelske Maturity Matrix, udviklet i 1997.

Yderligere information se projektets midtvejsrapport fra juni 2007 på [www.praksismatrix.dk](http://www.praksismatrix.dk).

Arbejdsmetode: Praksis Matrix **redskabet** er en selvbedømmelse af egen praksis, der dækker en række områder af en praksis' drift, de såkaldte dimensioner. Praksis Matrix **metoden** indebærer, at alle i praksis afsætter uforstyrret tid til at mødes med en facilitator.

Mødet starter med at hver enkelt deltager "scorer" egen praksis' funktion på en række organisatoriske dimensioner og markerer sin egen score på et skema. Under facilitators ledelse drøfter man sig så vidt muligt frem til enighed om en fælles score – en såkaldt "konsensuscore". Derefter drøfter man, hvorvidt praksis ønsker at prioritere det pågældende område af praksis drift i det kommende år, sætter sig konkrete ændringsmål og udpeger en særligt ansvarlig for at følge op på disse mål. Mødet tager ca. 2 timer.

Ved at gentage denne scoring, f.eks. efter et års forløb, kan man få et indtryk af den udvikling, der er foregået og man kan foretage sammenligninger mellem egen praksis scoringsresultater og andre praksis' resultater lokalt eller på landsplan.

I den mellemliggende periode kan man arrangere forskellige former for individuel opfølgning, f.eks. gensidige praksisbesøg med klinikker, der har samme indsatsområder eller lignende.

Resultater: I løbet af det første år har Praksis Matrix organisationen og 13 uddannede facilitatorer i et tæt samarbejde gennemført 55 Praksis Matrix møder med godt 300 deltagere. Data fra møderne er indtastede og bearbejdede.

Evaluering: Der er gennemført en uafhængig kvalitativ evaluering med deltager interviews med 7 læger og 8 praksispersonalemedlemmer. Overordnet viser den kvalitative undersøgelse, at Praksis Matrix af både de praktiserende læger og praksispersonalet blev oplevet som en god og veltilrettelagt måde at evaluere og diskutere arbejdsgange og arbejdsopgaver på, ligesom diskussionen omkring udvikling og prioriteringer i hverdagen i den enkelte praksis blev opfattet positivt.

Den faciliterede gruppeproces blev af alle de interviewede beskrevet som en effektiv og behagelig evalueringsform, men at udbyttet er afhængig af en dygtig og velstruktureret facilitator.

Dimensionerne blev fremhævet som vedkommende og rammer hverdagen i praksis godt. Der var dog en del ønsker om flere "bløde" dimensioner.

Alle informanterne ønskede at deltage igen på et senere tidspunkt. Ingen af dem så Praksis Matrix som en enkeltstående begivenhed.

Der er gennemført en spørgeskemaevaluering af modellen i tilslutning til første besøgssrunde. Resultaterne af spørgeskemaevalueringen var meget positive.

Anvendelsesområde: Alle praksis kan deltage, også solopraksis. Dog er det ikke nogen god ide at gennemføre møder i perioder, hvor der er konflikter i klinikken (f.eks. verserende afskedigelsessager).

Økonomi og ressourceforbrug: Udgiften til at holde klinikkerne skadesløse ligger mellem 4.500 - 7.500 kr. pr møde, afhængig af gennemsnitlig praksisstørrelse og lokale traditioner for refusion. Hertil kommer løn til facilitator for omkring en dags arbejde indberegnet forberedelse samt centrale udgifter til projektleder og f.eks. datahåndtering.

Alt i alt må man regne med en gennemsnitlig udgift på godt 10.000 kr. pr. praksis pr. Praksis Matrix "runde".

Fordele og ulemper ved Praksis Matrix modellen: Fordelene er, at der på en enkel måde skabes rum for en diskussion af klinikens drift, der involverer alle i klinikken, også praksispersonalet.

Metoden kræver, at der eksisterer en facilitatorordning i den region, der vil indføre den, og ordningen kræver, at den enkelte klinik i et eller andet omfang selv er i stand til at videreføre arbejdet på egen hånd. Hvis der er sværere samarbejdsproblemer i klinikken er metoden formentlig ikke velegnet.

Desuden er Praksis Matrix projektet tilknyttet en international projektorganisation og tilknyttet WONCA Europe's kvalitetsudviklingsgren EQuiP. Det giver mulighed for internationalt samarbejde, inspiration og udveksling samt forskningssamarbejde.

## **D: Center for Praksis Udvikling - CPU projektet**

Baggrund: CPU giver almen praksis værktøjer til at kvalitetsudvikle almen praksis på det faglige, organisatoriske og kommunikative niveau. Den overordnede ide er, at anvende eksterne konsulenter som katalysatorer i udviklingsprocessen og at skræddersy indsatsen til den enkelte praksis.

Arbejdsmetode: CPU har i efteråret 2006 gennemført et pilotprojekt med fire deltagende praksis. Projektet er støttet af kvalitetsudviklingsmidler fra det tidligere Fyns Amt.

Formålet med projektet var at undersøge, hvordan eksterne konsulenter kunne understøtte en organisatorisk udvikling i almen praksis.

Hver enkelt praksis fik besøg af to konsulenter og en koordinator ved i alt fem besøg over en fire måneders periode (to afklarende besøg, et hotline-besøg og to workshops, hvor alle i praksis deltog).

Ved **besøg 1** observeredes praksis ud fra følgende organisatoriske fokusområder:

- Intern ledelse/samarbejde/intern kommunikation
- Intern struktur/funktionsbeskrivelse/ansvarsområde

- Definition af værdigrundlag
- Service

Efter observationerne samledes alle i praksis til et dialogmøde, hvor formålet var at afstemme forventninger og udarbejde en SWOT analyse.

På baggrund af SWOT analysen og konsulenternes observationer tilrettelægges den første workshop. Workshopen var forskellig i de fire praksis, men det gennemgående tema var, at få medlemmerne af praksis til at tænke på sig selv som en organisation. Ved **workshop 1** formulerede alle fire praksis konkrete mål med deres deltagelse.

Ved **besøg 2** observeredes, hvor langt praksis var kommet med deres mål og **workshop 2** tog afsæt i, hvad praksis ønskede at arbejde videre med.

Konsulenternes succeskriterier har været at skabe værdi ved at udvikle ny viden, ny forståelse eller nye handlemuligheder. Alle konsulenter har gruppodynamisk erfaring.

Resultater og evaluering: Der er i alle fire praksis defineret et værdigrundlag. Det har været godt for praksis at få sat ord på styrker og svagheder. I alle praksis har der været fokus på arbejdsgange og intern kommunikation. Det har øget den sociale trivsel og der er skabt mere rationelle arbejdsgange. De praktiserende læger i de fire praksis har fået fokus på den praktiserende læges mange roller og mere fokus på ledelse og konflikthåndtering.

Projektet er eksternt evalueret dels gennem et spørgeskema til samtlige praktiserende læger og ansatte i de fire praksis (besvarelsesprocenten 71%) dels gennem fokusgruppe interview både med de fire praksis samt med konsulenterne. Generelt har der været stor tilfredshed med projektet.

De enkelte praksis har følt ejerskab til projektet og fundet det positivt at konsulenterne kombinerer viden fra hverdagen i almen praksis med viden om organisationsudvikling, medarbejderudvikling og ledelse.

I spørgeskemaundersøgelsen mener 78% meget god/god ide, at CPU er et tilbud til alle almene lægepraksis. 22% svarer ved ikke.

Anvendelsesområde: Praksis, der ønsker et check på deres "organisatoriske hverdag" eller praksis der internt i lægegruppen eller personalegrupperne imellem har ønsker om at forbedre organisatoriske strukturer.

Praksis der ønsker at ændre arbejdsområder for de enkelte faggrupper.

Små praksis, der ønsker at indgå i større enheder.

Økonomi og ressourceforbrug: 25.000 kr. for et forløb i mindre praksis, dvs. sololæger og to mandspraksis (der er behov for en praksisudviklingskonsulent og en projektkoordinator).

50.000 kr. for et forløb i større praksis, dvs. tre mands praksis eller større (der er behov for to praksisudviklingskonsulenter og en projektkoordinator).

Fordele og ulemper: Metoden kombinerer organisatorisk viden med faglig viden i konsulentgruppen. Den tager fat på de organisatoriske problemer, praksis ønsker at beskæftige sig med på en systematisk måde gennem en længerevarende procesindsats.

Metoden kræver investering i tid og økonomi.

## **Organisering af området i fremtiden**

DAK-E har planlagt en besøgsrunde i de enkelte regioner i september og oktober 2007. Her vil vi bl.a. søge at få et helt aktuelt overblik over tidligere og igangværende initiativer på området. Desuden ønsker vi at drøfte de tanker, man i de enkelte regioner gør sig med hensyn til den videre udvikling samt DAK-Es mulige rolle.

På temadagen den 6. juni 2007 skitseredes en organisatorisk fordeling, hvor:

- Region Hovedstaden videreudvikler Praksis Matrix-modellen – i samarbejde med Region Midtjylland (som allerede deltager i projektet) og muligvis Region Nordjylland.
- Region Syddanmark (evt. Midtjylland) videreudvikler praksisudviklingsystemet CPU
- Region Midtjylland (evt. Syddanmark) videreudvikler praksisudviklingskonsulentkonceptet.

Det er vigtigt, at udviklingen koordineres med de tiltag, der allerede findes på området. Dette bør ske gennem sikring af organisatorisk samarbejde og sammenhæng, såvel i de enkelte regioner som centralt, f.eks. i DAK-E.

Siden de første kvalitetsudviklingskonsulenter blev ansat tilbage i 1995 har der været en betydelig stabilitet i konsulentkorpset. Men den organisatoriske struktur, som de praktiserende læger skal agere i, er blevet betydelig mere kompleks efter strukturreformen. Dette medvirker til, at en uddannelse af konsulenterne er påkrævet. Regionaliseringen er således en god anledning til at indføre en egentlig uddannelse.

Vi vil derfor foreslå, at der indføres en basisuddannelse på konsulentområdet i almen praksis, og at denne uddannelse planlægges af DAK-E i samarbejde med regionerne.

En egentlig uddannelse vil sikre, at såvel den enkelte praksis, som de ressourcer der i øvrigt anvendes udnyttes bedst muligt.

I den sammenhæng har vi gjort os nogle tanker om typen af de forskellige funktioner man skal mestre dels som konsulent og dels som facilitator.

### **Kursusvirksomhed for konsulenter og facilitatorer**

I nogle projekter overlapper facilitatorrollen og rollen som konsulent – f. eks. kvalitetsudviklingskonsulent (se boksen nedenfor) – alligevel mener vi, at man står sig bedst ved at adskille disse to funktioner – praktisk såvel som konceptuelt. Kvalitetsudviklingskonsulenter har f.eks. primært organisatoriske opgaver, bl.a. som igangsætter og koordinator af nye overordnede projekter.

Facilitatorer, udviklingskonsulenter og personlige efteruddannelsesvejledere har andre opgaver – opgaver, der især relaterer sig til arbejdet med udvikling i den enkelte lægepraksis.

Der er stor forskel på disse roller og det vil ofte være forskellige personer, der føler sig tiltrukket af de forskellige funktioner. Vi antager, at kun et fåtal vil ønske at mestre begge roller.

Med hensyn til uddannelse er det også ret forskellige former for viden, den enkelte skal erhverve sig for at udfylde rollen, hvilket har betydning for de planlagte uddannelsesaktiviteter.

	<b>Facilitatorrollen</b>	<b>Konsulentrollen</b>
<b>Konsulenttyper:</b>	Facilitatorer, udviklingskonsulenter personlige efteruddannelsesvejledere, patientsikkerhedsansvarlige.	Konsulenter (f.eks. kvalitetsudviklings-konsulenter, praksiskonsulenter-/koordinatorer, APO konsulenter, faglige konsulenter (DM, KOL), kommunale konsulenter, riskmanagers).
<b>Arbejdsområde:</b>	Besøger den enkelte praksis i et lokalområde med henblik på at assistere med opgaver som f.eks. at implementere ny eller allerede kendt faglig viden, herunder feedback – data f.eks. kliniske indikatorer eller ordinationsdata. Desuden hjælp til udarbejdelse af værdigrundlag for praksis samt personlige læreplaner for læger og personale, bistand med organisatorisk udvikling også på basis af registrering af utilsigtede hændelser. Den enkelte facilitator kan beskæftige sig med en eller flere af de ovenstående områder.	Konsulenter er ansatte i enten centrale eller regionale organer/ myndigheder Konsulenterne bør have et indgående kendskab til deres område og planlægge, sikre finansiering af og iværksætte udviklingsplaner og projekter på de pågældende områder.
<b>Indsats:</b>	Indsatsen er kendetegnet ved at den enkelte praksis er i centrum, og facilitatorer møder praksis hvor de er og søger at fremme udvikling på praksis' egne betingelser.	Indsatsen er kendetegnet ved at konsulenten påtager sig at have en mening om, hvilke projekter der bør nyde fremme og også ved at konsulenten har blik for hvilke initiativer, der bliver nødvendige i fremtiden. Idegenerering og ledelse.
<b>Volumen:</b>	En facilitatorordning i et område, f.eks. en region, må nødvendigvis have et vist volumen hvis den skal kunne dække alle praksis.	Man kan klare sig med et begrænset antal konsulenter på de enkelte delområder i f.eks. en region.
<b>Nødvendig viden og færdigheder:</b>	Facilitatorer har brug for viden og øvelse i at arbejde i den enkelte organisation. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsforståelse.</li> <li>• Forståelse for gruppeprocesser.</li> <li>• Relationsforståelse.</li> <li>• Lineær eller systemisk tilgang.</li> <li>• Kommunikation og spørgetilgange.</li> <li>• Kendskab til og evne til at anvende redskaber i og metoder i gruppeprocesser og i organisationsudvikling.</li> <li>• Igangsættelse af træningsprojekt i 'fremmed' organisation.</li> </ul> Hertil kommer kurser i enkelte modeller og projekter.	Konsulenter har primært brug for faktuel viden om organisatoriske forhold og faglige forhold på det område som konsulenten skal dække. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbejdspartner og samarbejdsformer.</li> <li>• Etisk projektvurdering (f.eks. datasikkerhed, konflikthåndtering).</li> <li>• Sagsgang, projektstyring og finansiering.</li> </ul> Hertil kommer undervisning i forhold, der angår eget specifikke område.

Vi foreslår derfor, at der udvikles to forskellige undervisningsprogrammer til disse hovedfunktioner. Man kan forstille sig en model, hvor alle, der skal agere i den enkelte praksis, kan tilbydes en grunduddannelse, og at der derudover arrangeres kurser i de enkelte metoder.

DAK-E kan, såfremt det efterspørges i de enkelte regioner, arrangere grundkurser for de personer, der skal varetage disse funktioner, hvorimod undervisning i de enkelte projekter bør varetages af udbyderne.

I øvrigt kan DAK-E tænkes at påtage sig koordinering, indsamle viden, udgive rapporter om emnet generelt, bistå med at arrangere workshops ol.

## **Regionernes rolle**

Kravene til praksissektoren i fremtiden vil øge. Vi forventer, at løbende udvikling af den enkelte praksis – ikke kun driften, men også den faglige udvikling og udvikling af det interne miljø bliver nødvendig. Regionerne har en vigtig rolle at spille i dette arbejde, og det er spørgsmålet om ikke også kommunerne kunne støtte op lokalt.

Med hensyn til finansiering af de investeringer, der er nødvendige for at fremme dette område, er det formentlig kun pilotfasen der kan klares via udviklingsmidler. Når de enkelte projekter er evaluerede, må en driftsfase overvejes.

Under alle omstændigheder er en god regional støtteorganisation for facilitatorer og konsulenter afgørende af afgørende vigtighed for fremdriften på området.

<b>Om forfatterne</b>
Begge forfattere er ansat i DAK-E, Søren Friberg som leder og Tina Eriksson som konsulent. Desuden er begge forfattere involverede i projekter på området, idet Tina Eriksson er idéudvikler og leder af Praksis Matrix projektet og Søren Friberg som konsulent i CPU projektet og som medarrangør af temadagen 6. juni 2007.
Vi er opmærksomme på, at denne tætte tilknytning kan udgøre et problem. Vi har forsøgt at beskrive snarere end at evaluere de enkelte projekter.