

Rapport

PROJEKT: BEDRE ARBEJDSLIV I ALMEN PRAKSIS.

UDFØRT AF ELKAN OG STØTTET AF VELLIVFORENINGEN 2019-2021



Authorized Partner



Indholdsfortegnelse

OM DENNE RAPPORT	3
BAGGRUND	4
FAKTA OM PROJEKTET	4
RESUMÉ	5
PROJEKTETS DATAGRUNDLAG	6
UDBRÆNDTHED	6
HVOR KOMMER PRESSET FRA	7
ARBEJDSGLÆDE	8
PRES UDEFRA	11
ARBEJDET MED ALMEN PRAKSIS	13
ADGANG TIL PRAKSIS	13
FORLØBET FOR DE ENKELTE PRAKSIS	14
<i>Formødet</i>	14
ALMEN PRAKSIS SOM ORGANISATION	16
<i>Metoder til arbejdet i den komplekse organisation</i>	20
ARBEJDET MED LEDELSE OG TEAMS	23
PERSONLIGHEDSPROFILER	26
IMPLEMENTERING	29
SAMMENFATNING OG KONKLUSION	30
DISKUSSION OG REFLEKSION	32
INDIKATORER	33
<i>Bekræftede indikatorer</i>	34
<i>Ubekræftede indikatorer</i>	34
MODELLER OG METODER I OVERBLIK	37

VÆRDIGRUNDLAGET	37
VISIONER OG MÅL	38
TILLID	40
KONFLIKTER	40
PERSONPROFILER	41
PROCESMETODER	42
<i>Kaizen</i>	42
<i>Korte møder</i>	43
KURSUSØVELSER	44
<i>Øvelser</i>	44
KILDER	48
<i>Rapporter m.m.</i>	48
<i>Bøger</i>	49
<i>Artikler</i>	49
BILAG	49

Om denne rapport

Rapporten er udarbejdet af Mikael Elkan. Rapporten beskriver erfaringer fra det kvalitative arbejde med læger i almen praksis i perioden fra 2019 til 2022, som vi har indsamlet i projektet for at afdække, hvad der kunne hæmme oplevelsen af stress og pres, der kan lede til udbrændthed hos læger i almen praksis. Projektet har arbejdet med kvalitative interaktioner i almen praksis.

Tak til projektteamet Gitta Trier, Ditte Haslund, Camilla Koppel, Silas Friberg og Gustav Bandholm for deres uvurderlige indsats, bidrag og viden undervejs i projektet.

Tak til alle der med åbenhed og lydhørhed i øvrigt har bidraget med viden, erfaringer og indsigt til projektet. Listen er lang og mangfoldig, og selvom flere bør nævnes så tak til Erik Carp, David Engel, Rikke Nordahl, Henrik Rømer, Jacob Andersen, Karin Uddin, Jan Andersen, Mette Madsen, Preben Sørensen, Maya Overbye Herulf, Josine Legêne, Søren Olsson, Jannik Falhof, Bibi Hølge-Hazelton, Bjørn Perrild, Thomas Rye, Cille Nielsen, Thomas Helt og Anette Pedersen.

Tak til min tålmodige familie for at bære over med lange eftermiddage, aftener og ture rundt i Danmark.

Og en helt særlig tak til alle lægerne, der deltog.

Mikael Elkan

mikael@elkan.dk

Baggrund

Projektet er hos Velliv Foreningen betitlet ”Almen praktiserende lægers trivsel”. Den kommunikerende projekttitel har været ”Bedre arbejdsliv i almen praksis”.

Projektansøgningen blev sendt til Velliv Foreningen d. 6. maj 2019, og projektstart var 1. oktober 2020. Den sene start skyldes to faktorer (1) at projektets start bl.a. var betinget af, at der skulle foreligge et tilsagn fra minimum 15 praksis om at deltage før projektet kunne få godkendelse til at begynde og dermed få adgang til bevillingen. (2) at projektet kørte i en periode hen over corona-nedlukning. Projektet var herefter sat til at løbe over 12 måneder fra oktober 2020 – oktober 2021. Projektet blev slutteligt forlænget til udgangen af 2021 for at få flest mulige præsentationer i hus, hvor projektets resultater blev formidlet til læger i almen praksis, som primær målgruppe. Det var en slutleverance i projektet at levere minimum 25 præsentationer. Der er ved rapportens afslutning booket eller gennemført 31 præsentationer, hvoraf langt hovedparten er gennemført i november og december 2021.

Projektets hovedleverancer har været:

1. Podcast om projektet og vidensdeling af projektets erfaringer og resultater. Podcast er i projektperioden udkommet i 28 afsnit og har rundet 2.600 lyttere.
2. Beskrivelse af et kursus, der kan støtte udviklingen af almen praksis med henblik på at hæmme udbændthed. Kursusoplæg er beskrevet i denne rapport og materialer er vedlagt i bilag.
3. Formidling af projektets resultater og findings ved 25 præsentationer med læger i almen praksis som primære målgruppe, personaler i almen praksis som sekundær målgruppe og interessentgrupper som tertiær målgruppe. Alle materialer er sendt til Velliv Foreningen og kan desuden findes via praksishjælp.dk

Fakta om projektet

- Projektet tog afsæt i PLO's rapporter fra hhv. 2016 og 2019.
- Projektets formål er at finde kvalitative løsninger, der kan sikre et godt arbejdsliv som læge i almen praksis.
- **Velliv Foreningen** har støttet projektet i 2020-2021.
- Det tog ca. 12 mdr. at finde de 16 praksis, der gav tilsagn til projektet.
- De 16 praksis har selv valgt at deltage.
- De 16 praksis repræsenterer i alt 47 læger og 73 ansatte.
- De deltagende praksis har været placeret bredt Danmark.

Resumé

Stress og pres i almen praksis kan over tid blive til udbændthed forstået som tab af empati, oplevelse af meningsløshed, oplevet kontroltab og ofte som følge heraf et øget konfliktniveau. Ca. 50 % af læger i almen praksis har rapporteret svar, der tyder på, at de oplever en moderat eller høj grad af udbændthed ifølge rapporter fra 2016 og 2019 gennemført af Aarhus Universitet, bestilt af PLO. Projektet for ”Bedre arbejdsliv i almen praksis” har fundet frem til en sandsynlig forklaringsmodel ved at gennemføre interaktionsindsatser, gennemføre research og interviews med 16 praksis som udgangspunkt. Projektet viser at arbejdet i almen praksis er komplekst, men oftest løses med simple metoder. Fx kan lægerne forsøge at ændre i deres dagsprogrammer (deres kalender) for at få en arbejdsdag, der er mere kontrol over. Lægerne veksler fx mellem akuttider, faste tider og ”Tid samme dag”-koncepter. Frustrationen kan opstå, når strukturen ikke har den ønskede effekt af kontrol. Det kan enten blive til en generel frustration eller personlige konflikter med sekretærer eller sygeplejersker, der visiterer eller styrer hele eller dele af dagsprogrammet. Men projektets vurdering er, at arbejdet i almen praksis er komplekst, og derfor ikke kan løses i strukturen medmindre den dikterer adfærd, der afgrænser. Komplekse opgaver kræver tæt samarbejde, øget frekvens af ledelse, klare værdier som basis for prioritering og klare mål for succes og kvalitet, der kan afgrænse organisationens ydelser og sætte rammer, når der ikke er noget udefra, der afgrænser. Uden rammer kan det være svært at opleve sin indsats som ok, selvom den ikke altid er tilstrækkelig. Som organisation kræver det en tydelig teamstruktur, klare processer, at medarbejdere kan få ledelse og at ledere har klare, fælles værdier. Det komplekse kræver, at man forstår arbejdet i en læringsproces og ikke kun som uddelegering af opgaver eller diktion af regler. Det virker i simple miljøer. Tegn på at lægerne ikke arbejder ud fra det komplekse er fx ingen, svag eller forkert brug af metoder som Kaizen, månedlige eller kvartalsvise møder om, hvordan man arbejder (versus ugentlig eller daglige korte møder), manglende inddragelse af praksispersonale i processer og visioner. Praksis skal have fokus på samarbejde, fælles resultater, læring og processtyring. Et fælles værdigrundlag i ledergruppen i praksis har vist sig som indikator for lavere grad af oplevet stress og pres. Sporbarheden her er at klare, fælles værdier gør det nemmere skabe fælles ledelse i en kompleks hverdag samt at have et konstruktivt konfliktniveau, som er nødvendigt i et komplekst miljø.

Projektets datagrundlag

I alt gav 16 praksis tilsagn til at deltage i projektet. Heraf valgte 1 praksis ikke at starte et forløb pga. arbejdspress og 1 praksis havde kun telefonsamtaler – ligeledes pga. arbejdsbyrde. De resterende 14 praksis deltog med forskellig intensitet og kortere eller længere forløb.

I alt har 47 læger og 73 ansatte været involveret. Tallet har været vanskeligt at gøre præcist op bl.a. fordi der er mange fagbetegnelser og forskellig grad af tilknytning. I nogle praksis har uddannelseslæger og medicinstuderende deltaget og i andre ikke. I nogle praksis har alt personale været involveret og i andre kun læger, og andre igen kun læger og sygeplejersker – og ikke øvrigt personale. Ser man på det samlede antal personer, så er tallet højere end det herover angivne for alle praksis.

Ud over de enkelte praksis har projektet indsamlet rapporter, afhandlinger, analyser, planer og øvrige tilgængelige dokumenter, talt med forskere, eksperter inden for fagspecifikke emner, forskellige praksis og branchespecialister. Det har ikke været muligt at etablere et samarbejde med PLO eller andre faglige organisationer. Svaret fra PLO's kommunikationschef, Jonas Heltberg var d.20. maj 2020: "Jeg kan ikke præcist redegøre for, hvorfor man ikke har ønsket at indgå i et samarbejde, men PLO og PLA (som du også har været i kontakt med) har jo selv en lang række initiativer i gang og et stort fokus på lægers trivsel og arbejdsglæde." Det har heller ikke efterfølgende været muligt at etablere et samarbejde. Derfor har projektet haft adgang til de data, som ellers kun er muligt at få adgang til i offentligheden.

Udbrændthed

Udbrændthed er, ifølge forsker fra Aarhus Universitet Anette Fischer Pedersen, en belastningsreaktion, der ligger efter stress. Dvs. at der først opstår et pres, der er vedvarende og derefter kan blive til stress. Når stresstilstanden varer ved, og man ikke føler, man kan handle, eller de handlinger, man foretager, ikke virker, så kan man opleve tab af empati, opgivenhed, nyttesløshed og meningsløshed og dette beskrives som udbrændthed.

Projektet tog først afsæt i rapporten fra 2016 fra Aarhus Universitets Forskningsenheden for almen praksis. Projektet tog videre udgangspunkt i rapporterne fra 2012 og 2019 som data- og sammenligningsgrundlag for at understøtte reliabiliteten af de kvalitative findings. Projektets mål har været at undersøge et overordnet problemfelt omkring almen praksis, og at forholde sig til de konkrete problemstillinger i de konkrete praksis, og afdække, hvilke interaktioner, der har virket. De praksis der deltager, har alle oplevet en eller anden form for stress eller pres. I 5 praksis gav de ved projektets start udtryk for, at de ville stoppe inden for 6 måneder,

hvis der ikke skete noget andet. Det modsvarer undersøgelsestallene på ca. 20 % der vil stoppe inden for 2 år. Det har dog ikke været et krav for at deltage, at man var stresset eller udrændt, men at der var noget, som lægerne ønskede at forbedre.

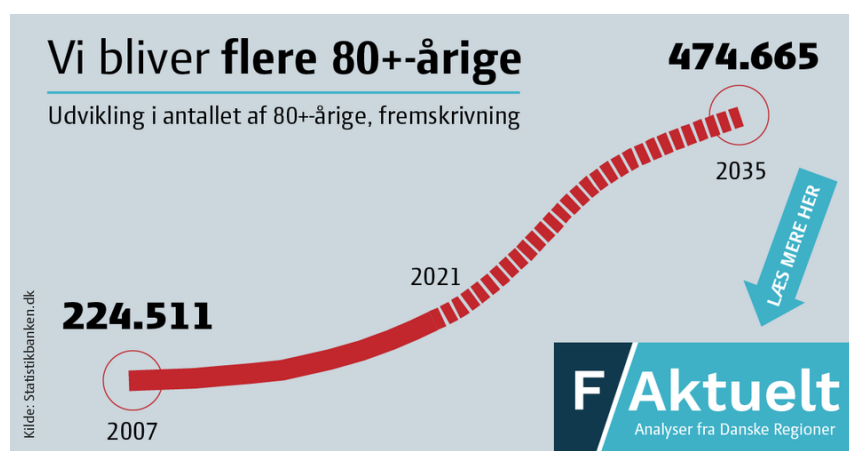
At der forekommer udrændthed, er evident: "Forskningsenheden for Almen Praksis har siden 2004 med års mellemrum målt udrændthed blandt danske praktiserende læger med det samme spørgeskema og har dokumenteret en kraftig stigning i andelen af moderat og alvorligt udrændte praktiserende læger." (s.4, AAU, 2019)

Hvor kommer presset fra

Der er mange forklaringer, der giver et billede af et pres, der kan lede til udrændthed. Nogle af dem er:

- Komplekse patientkontakter
- Mere administrativt arbejde
- Flere patienter med komplekse psykosociale problemer
- Samarbejdet med kollegaer
- Årskontroller
- Frygt for klager

Underordnet hvad indikationerne er ud fra det statistiske materiale, så virker det som vanskeligt at sige, om det er symptomer eller årsager. Det er dog klart, at der kommer flere ældre og at antallet stiger. Det er en af de problemstillinger, der kan genkendes hos de praksis, der har deltaget.



En læge i projektet udtrykker det stigende antal årskontroller og kronikere som:

"En organisation kan rumme en vis forandringsgrad. Ydelsen er ved at blive en flaskehals."

Men lægerne kom også med andre mulige forklaringer

- A. *"Det stresser, at når vi ikke bruger tid på behandling, så er resten af opgaverne udgifter, og der kommer mere og mere administration"*
- B. *"Man kan ikke ansætte en lægevikar, når man har travlt. Man må ikke være der samtidig."*
- C. *"Det er svært, når man ikke kan se, hvordan man kommer ud af praksis igen. Man vil jo heller ikke miste. Hvad er Plan B?"*

Bindinger og det at lægerne befinder sig i situationer, hvor man ikke har resurser nok eller ikke kan handle uden at gå på kompromis, giver sandsynligvis et mismatch mellem indre ønsker og ydre muligheder. Lokaler har ligeledes flere steder været et konkret eksempel, fx havde en praksis gennem længere tid ønsket nye lokaler og været i kontakt med kommunen om det, så de ikke skulle dele toiletter med patienterne, men oplevelsen var, at der ikke skete noget. En anden praksis sad i opsagte lokaler, som de havde lejet af kommunen, men kommunen hjalp ikke med at finde nye lokaler inden lejemålets udløb. Det giver et pres på en organisation at have usikkerhed om, hvor man skal være. De ydre faktorer har en betydning og særligt stor, når det er uden for ens kontrol at påvirke dem.

Arbejdsglæde

I projektet var lægerne generelt enige om at valget af almen praksis handlede om at undgå hierarkier, vagtplaner og en oplevelse af, at man skal have rundsave på albuerne for at begå sig på hospitalerne. En læger udtalte:

"Læger vælger almen praksis for at blive fri for hierarki og vagter. Vi elsker mangfoldigheden. Årskontroller er mere et ambulatorium."

Kontrasten til årskontroller og mere styrede, monotone ydelser, hvor udredning og analyse ikke er en del af arbejdet, skaber lavere arbejdsglæde. Hertil er det tydeligt, at det lægerne lægger vægt på at almen praksis giver en mulighed for er:

- Selvbestemmelse
- Frihed
- Nærhed
- Gøre en forskel
- Tæt samarbejde
- Meningsfuldhed

Lægerne har brugt forskellige ord for ovenstående, men gennemgående har det handlet om disse værdier. I projektet spurgte vi eksempelvis til ”Beskriv en god arbejdsdag” og uddrog værdierne som overskrifter, som lægerne så kunne be- eller afkræfte. Deres personlige historier om valg af praksis handlede med få undtagelser om de samme oplevelser. Særligt oplevelsen af ”tid nok”, selvbestemmelse og kontinuitet – den langvarige kontakt, det brede arbejde med familier og en holistisk tilgang til sundhed og sygdom hos det enkelte menneske, er emner der går igen.

Ifølge rapporten fra 2019 fra Aarhus Universitet er de ting, der giver læger i almen praksis arbejdsglæde:

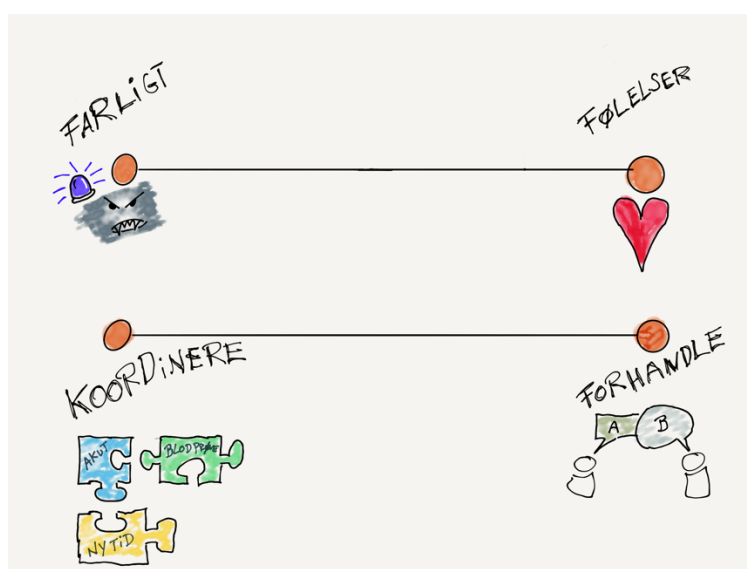
1. Godt samarbejde med lægekolleger i praksis (68,0%).
2. Godt samarbejde med klinikpersonale i praksis (56,4%).
3. Oplevelsen af tid nok i det daglige arbejde (39,3%).
4. En langvarig relation til patienterne (33,9%).
5. Autonomi til at præge arbejdslivet (24,4%).

Når man læser rapporterne, skal man måske minde sig selv om, at der spørges ind til faktorer, der måler udbrændthed, dvs. at de på sin vis reproducerer en hypotese om, hvad der korreleret set giver mistrivsel og ikke hvad årsagen til mistrivsel er. Ud fra projektets kvalitative data er punkterne om arbejdsglæde fra rapporterne angiveligt mere relateret til det der ”forstyrrer”, dvs. hvis man ikke har et godt samarbejde med lægekolleger, så går det dårligt. Fx kan de grundlæggende værdier som fx selvbestemmelse og frihed, forstyrres af dårligt samarbejde med kollegaer. Det er ikke enkelt at komme med en forklaringsmodel. Projektet har dog fundet frem til to kontinua, der viser udfordringen i mødet med patienterne, og hvor pres og stress opstår. Det ene handler om, at det lægerne er optaget af, er om det er ”farligt”, hvor patienten er

mest optaget af ”følelser”. På det andet kontinua handler det om at praksis er mest optaget af at koordinere ydelser og visitere korrekt, hvor patienterne oftest er optaget af at forhandle – tidspunkter, hvilken læge man skal se, hvilken medicin man skal have, om andre kan blive tjekket hos lægen, hvad man ellers kan blive undersøgt for til en årskontrol osv. Men generelt er det et skisma, at når relationen er god, så bliver opgaveløsningen nem, men graden af forhandling fra patienten bliver højere. Et par udtalelser fra lægerne understreger dette:

“Farligheden nedtones af patienten og fremkaldes, når lægen er god til det relationelle”

“Patienter der er trygge ved at besøge lægen kan godt opsøge lægen mange gange, uden at det er nødvendigt”



Når koordineringsmetoder som ”Tid samme dag” (TSD) ser ud til at virke for lægerne, så er det vores fortolkning, at det er fordi, man ved, hvad man skal sige til patienterne, når de ringer. Det bliver dermed nemt at afgrænse opgave og ydelser, hvilket er en lettelse, så man slipper for forhandlinger. Der er ikke noget at forhandle om, samt at alle kommer til samme dag, så både det akutte, og det der kan vente, bliver håndteret. TSD minimerer den koordinerende opgave. Hvis læger ønsker andre former en TSD, så handler det om at afgrænse og definere ydelsen, grad af serviceniveau og ønsket kvalitet – hvad må man, hvad får man?

Pres udefra

På trods af at de forskellige indsatser fra projektet både har givet mening, effekt og virket konstruktive, så bør det allerede nu understreges, at der har været en oplevelse af et stort ydre pres på almen praksis. Det handler både om, at man føler sig økonomisk bundet i den enkelte praksis, evt. lokaler, udstyr, goodwill¹ af ydernummer, hvis man sælger eller omvendt at skulle finde lokaler, begynde med et 0-nummer² m.m.

Der har været en oplevet stor administrativ byrde sammen med frygten for klager fra patienter og hertil konstruktionen i I/S, der stille store krav til samarbejde, ledelse og fælles værdier, som et beslutningsgrundlag. Hertil har de deltagende praksis vist samme tendens som statistikken giver udtryk for, at man løser problemerne ved at løbe hurtigere, inddrage fridage eller arbejde længere. Det er copingstrategier, der kan tage et umiddelbart tryk på organisationen, men det er ikke en metode, der er holdbar i længden, men nærmere splitter organisationen, når det ydre pres ikke kan håndteres.

A. *“Vi tror på en 1:1 logik. Vi tror at det at løse opgaven er det der gør os effektive.”*

Samarbejde med hospitalerne har også været et tilbagevendende emne fx:

B. *“Der er en forventning til at alt kan diagnosticeres. Der bliver produceret en masse patienter, der får en masse undersøgelser, men ikke nogen forklaringer. Forklaringerne skal så gives i almen praksis.”*

Patienternes holdninger og forståelse af hvordan de kan bruge eller forventer at bruge almen praksis, er også blevet fremhævet i projektet – her et par udtalelser fra lægerne.

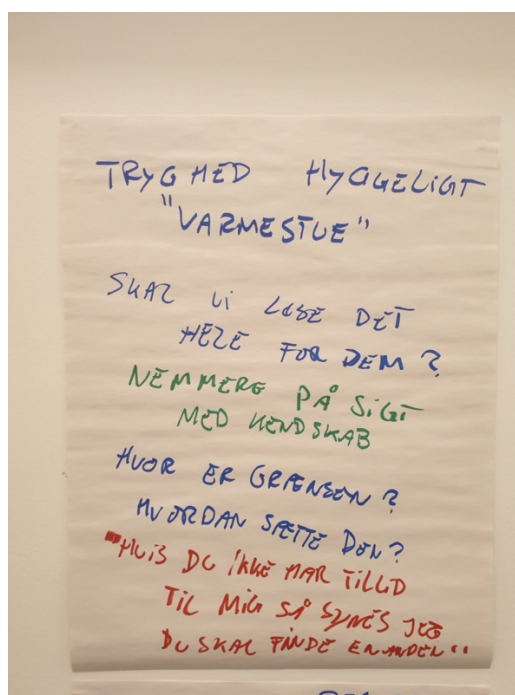
A. *“Måske er der ikke den samme accept af sygdom, som der har været tidligere. Der er flere tanker om at systemet kan helbrede en.”*

B. *“De unge patienter har ikke samme margin som de ældre. Praksis skal afgrænse mere og definere hvad ydelsen er.”*

¹ ”FAPS’ vedtægter fastsætter et goodwillmaksimum, som udgør 150% af gennemsnittet af de tre foregående regnskabsårs nettoindtægt reguleret for eventuelle overenskomstændringer.” – læger.dk, Lægeforeningen

² Et ydernummer hvor der ikke er tilknyttet en patientgruppe, som dermed ikke giver lægen et sikret indtægtsgrundlag.

- C. "Patienterne virker krævende og har et højt servicebehov. Det er de læger, der har vanskeligt ved at give afslag, som også ønsker et højt serviceniveau, der også har udfordringer, men vi får ikke mere for højere service eller kvalitet."



Figur 1 - billedet viser nogle af de emner, som har været oppe på workshops i praksis, hvor afgrænsning af ydelsen har været taget op.

Særligt under corona-epidemien var lægerne trætte af at høre udtrykket "Gå til egen læge", selv da vi efter projektets afslutning skulle rundt og formidle om resultaterne, har det været et emne, der kom op. I projektets forståelse har det øget "forhandlingsopgaven" dvs. hvad skal og kan din læge egentlig hjælpe dig med, som en læge der fortalte om en mand, der stod i konsultationen med sine tænder i hånden. De var slået ud og nu bad han om hjælp. Eksemplet skal sige noget om at almen praksis i nogle patienters forståelse ser ud til at have fået en rolle som "One stop shop" for sundhedssektoren, og det er ikke hensigtsmæssigt, når de organisatoriske bindinger gør, at klinikken ikke kan følge med forandringerne. Lægerne har haft en oplevelse af at organisationsformen ikke har ændret sig i mange år, og måske ikke er fulgt med udviklingen i sundhedssektoren. En praksis udtrykte hvad der må forstås som en direkte kritik af systemet:

"PLO har ikke tænkt i organisationsudvikling. Faget skriger på at der skal komme andre modeller."

Projektet ønsker ikke at udstille eller fremhæve PLO, som årsagen, men systemet som helhed kræver angiveligt et samarbejde på et højere plan, end det der nødvendigvis kan løses ude i de enkelte praksis, hvis den primære sundhedssektor skal hænge sammen i fremtiden. Det er vores bedste bud på en fremskrivning mod 2035, hvor antallet af ældre stiger frem mod, at der skal ses på organiseringen af almen praksis og samarbejdet omkring primærsektoren. De problemstillinger har projektet ikke kunnet løse. Det er en anerkendelse af at nogle problemer ligger uden for projektets rækkevidde. Men også en anmærkning af at hvis hele systemet er presset, så kan man ikke se på lægen som både årsag, symptom og løsning på et sundhedssystem, der er også generelt, ser ud til at være belastet.

Projektet har dog kunnet vise, at ud af de 16 praksis havde 5 udtrykt, at de ville stoppe inden for 6 måneder, hvis det ikke blev anderledes. Her har 1 ikke meldt tilbage, men praksis er fortsat aktiv, og 4 har aktivt valgt at fortsætte og har kunnet se en vej frem efter forløbet.

Arbejdet med almen praksis

I det følgende er beskrevet, hvordan vi i projektet har arbejdet med almen praksis. Det har været en løbende proces og læring. Projektet har udviklet sig undervejs og har krævet høj grad af fleksibilitet og tilpasning. Både praktisk for at kunne mødes og gennemføre interventioner med de enkelte praksis, men også løsningsmæssigt, fordi de forskellige praksis havde forskellige problemstillinger.

Adgang til praksis

Det var i første omgang vanskeligt at komme i dialog med almen praksis. Enkelte praksis som vi kontaktede, ville ikke deltage i projektet, men det var ikke fordi de ikke ønskede det, men fordi de ikke havde tid til at modtage hjælp. Det kunne tyde på en lav grad af viden om, hvad den hjælp man kan få, kan have af effekt på ens arbejde, så det var muligt at prioritere det at få hjælp. Det har været en erfaring i projektet at indsatser, der skal kunne hjælpe almen praksis bør være i korte, afgrænsede forløb og have en høj grad af tilpasning til praksis, fx har projektet haft succes med at mødes med læger, når der alligevel var personalemøder, kompagniskabsmøde, ledergruppemøder eller supervisionsgrupper.

Vi forsøgte at rekruttere ved at kontakte lægerne direkte, men det var krævende i administration og tid. Udbyttet var meget ringe. Lægerne er organiseret så de i toppen er forholdsvis utilgængelige i forhold til samarbejde via de faglige organisationer, der har nem adgang til lægerne, men i bunden er lægerne organiseret som en græsrodsbevægelse. Køb og salg af praksis såvel som at søge lægevikarer foregår efter projektets erfaringer via Facebook. Det ser ud til at fungere for lægerne, og det var

ad samme kanal, at det lykkedes projektet at rekruttere størstedelen af de deltagende 16 praksis. Det sagde også noget om, hvor uorganiseret og lidt støttet arbejdet omkring almen praksis er for den enkelte læge.

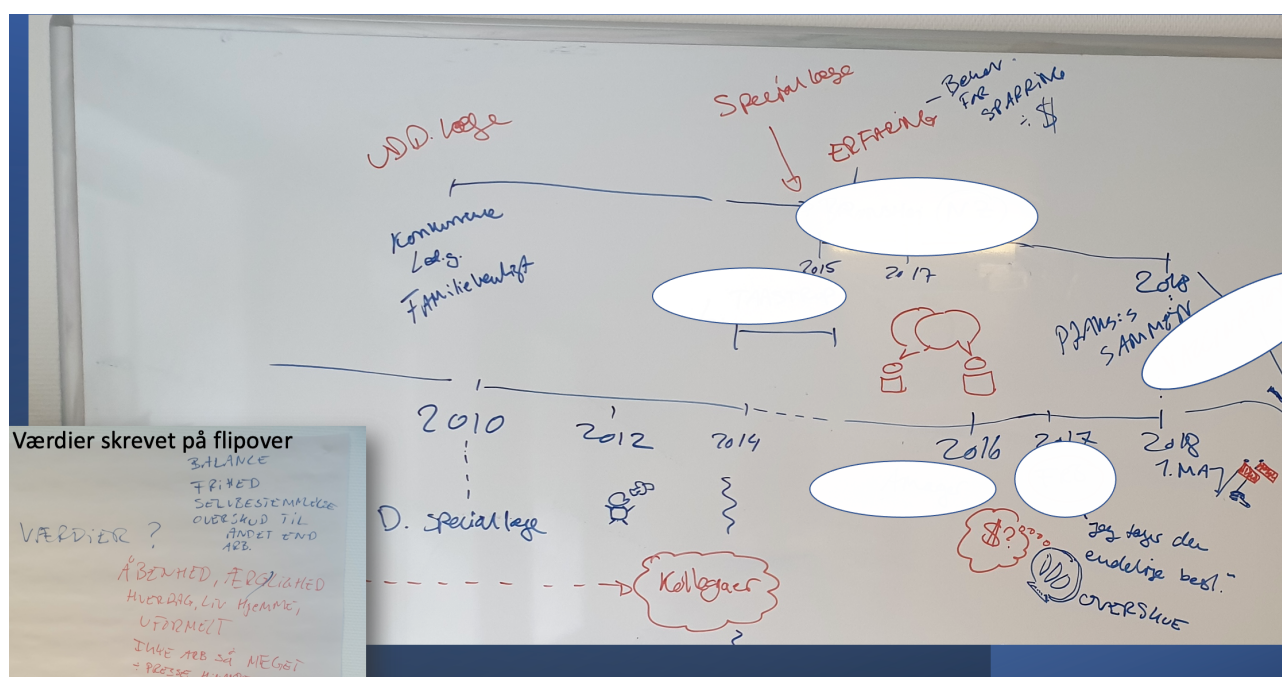
Forløbet for de enkelte praksis

Projektet indledte alle forløb med et formøde af 1-2 timers varighed. Det blev oftest aftalt i forbindelse med lægernes kompagniskabsmøder, hvor de alligevel mødtes. Efter første møde kom projektleder med et oplæg til et forløb for den enkelte praksis. Der var så vidt muligt efterstræbt at lave generelle forløb dog med tilpasninger på interventioner og emner.

Det var oprindeligt planlagt, at hver praksis skulle tilbydes et fast, foruddefineret forløb med et bestemt antal workshops, coachingtimer, samtaler m.m. men allerede i rekrutteringen af praksis til projektet viste det sig at være udfordrende. Der var ikke commitment til lange forløb fra begyndelsen. Alle praksis der har været med i projektet, har haft en eller flere problematikker, som de gerne ville arbejde med. Vi forsøgte at få aftaler i stand med læger, der var udbrændte efter rapporternes definitioner, men dem vi fik kontakt med, var ikke i arbejde, men sygemeldt. De praksis der har deltaget i projektet, har haft et klart ønske om et godt arbejdsliv eller at komme ud af noget, som de oplevede som stressende. To praksis havde konflikter, som blev løst i konfliktforløb, før projektet kunne gå videre med andre tiltag og interventioner.

Formødet

Et formøde tog udgangspunkt i at tale om den enkelte praksishistorie og de enkelte lægers baggrund for at vælge almen praksis som speciale. Arbejdshypotesen var, at de valg vi træffer er udtryk for bagvedliggende værdier – hvad er vigtigt for den enkelte. Dermed kunne facilitator uddrage værdier og få dem bekræftet af lægerne efterfølgende.

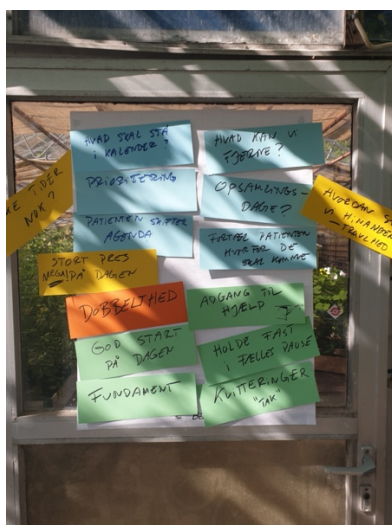


Figur 2 - Tavle med historielinje. Værdier skrevet på flipover.

I andre praksis hvor vi ikke lavede værdiprocessen som en fortælling, var der allerede nogle presserende emner, som de ønskede blev taget op. Flexibiliteten i processen viste sig at være særdeles vigtig for oplevelsen af udbytte og sammenhold omkring problematikkerne i de enkelte praksis. De praksis, hvor personalet har deltaget på lige fod med lægerne, har rapporteret mere glæde og mindre skepsis ved om de kunne bruge udbyttet. For de praksis hvor kun lægerne deltog, har det været sværere at få sat initiativer i gang og gøre brug af metoder, hvor igen de praksis, der har inddraget personalet, har rapporteret et mere konkret udbytte, som de har kunnet se effekten af i hverdagen.

- A. "Problemerne bliver adresseret godt. Der har ikke været noget dogme, det har ikke været forceret - nogle gange har problemerne ligget et andet sted. Der har ikke været forkerte tilgange. Alle har følt sig hørt og set i processen, og det ender med at være positivt og alle bidrager til løsningen."
- B. "God indsigt at få visioner og mål i praksis fra starten. Det var godt at få personalet med. De havde også nogle gode ideer om, hvad der var gode visioner."

Tilpasningen til de enkelte praksis har ikke kun været vigtig for et oplevet udbytte, men det har været vigtig for at kunne gribe de problemstillinger eller ønsker, som den enkelte praksis selv mente, de stod med. Fx som en praksis, hvor projektet faciliterede et personaleseminar. Her var processen mere styret af, hvad der optog den enkelte praksis, og derfor var det i højere grad facilitering af dagen end af en bestemt proces, der skulle følges eller problemstilling, der skulle løses.



Til gengæld kunne denne praksis sige til evaluering at:

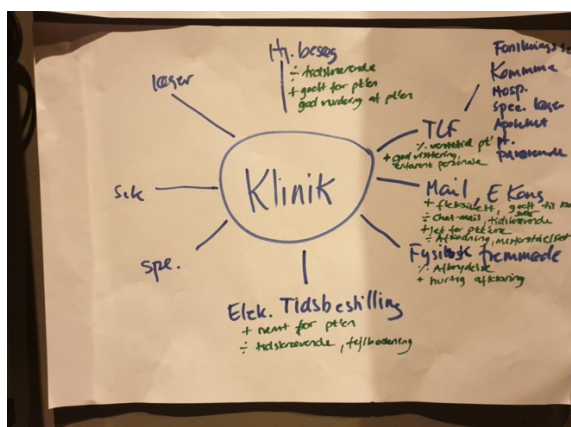
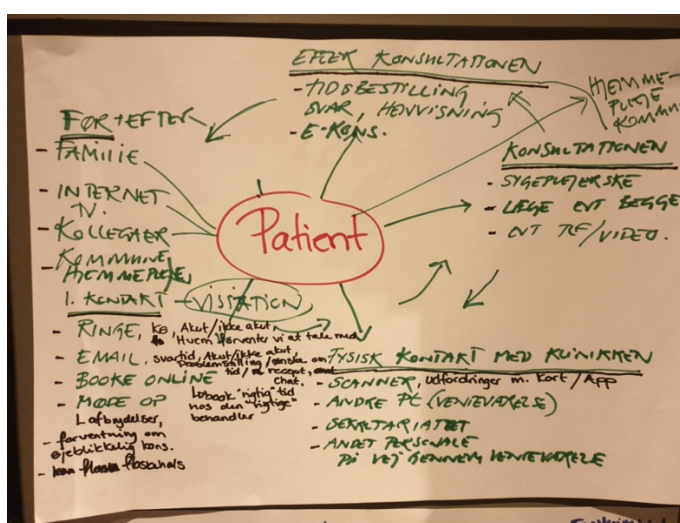
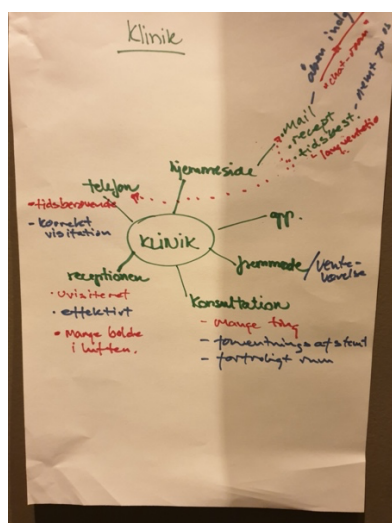
” Vi har fået sat fokus på ledelse og trivsel. Der er kommet nogle elefanter på bordet. Vi har set at frustrationerne skal tages med det samme. Det giver ro på.”

Det gode i oplevelserne har generelt været, at man arbejdede ud fra den accepterede tilstand praksis var i. Det var også positivt at arbejde med organisationen, imens det gik godt, så processernes styrke har været at undersøge og forstå frem for at løse problemer.

Almen praksis som organisation

Almen praksis er særlig på den måde at lægerne både er faglig beslutningskompetence, ledelse, administrations- og produktionsenhed. Der er også anden administration og produktion i praksis, men mange beslutninger er centreret omkring lægen. Der er en stor grad af afhængighed i organisationen omkring lægens rolle. At få personale, der kan støtte funktionen – fx uddannelseslæger – hjælper ikke altid, da der så skal sættes tid af til supervision m.m. Samarbejdet i almen praksis er meget tæt, og de mange afhængigheder er

med til at give kompleksitet i hverdagen. I en praksis arbejdede vi med ”patientens rejse”³, og ideen var at producere et lineært overblik over kontaktpunkter og kommunikation. Det som de arbejdende grupper producerede, var et ”hjul”, der viste de mange kontaktpunkter, men også med den pointe at kommunikationen ikke er lineær – se eksempler nedenfor.



Som en læge udtrykte det:

“Der er meget mailkorrespondance og prøvesvar. De skal hele tiden udvikle måder, som vi skal være tilgængelig på.”

³ Praksis som gennemførte processen var uden for projektet, men det gav indsigt i arbejdet i praksis i projektføreløbet.

Ud over de mange kontaktpunkter har patienterne en adfærd, der tyder på at de forstår fx mail og sundhedsapps som chat-funktioner. Så også her skal lægerne afgrænse og definere ydelsen – hvad vil vi svare på, hvad kan løses over mail? Men overordnet har det ledt til et billede af hvor komplekst arbejdet er i almen praksis. Komplexiteten opstår af flere årsager.

1. Mange kontaktpunkter til kommunikation til og fra almen praksis – ingen afgrænsning.
2. Mange udefrakommende forventninger, krav og bindinger.
3. Patienten åbner mere op, når der er skabt gode relationer, eller når konsultationen er ved at slutte. Det er svært at skabe en god relation på 15 min. og slippe den godt igen.
4. Lægen er omdrejningspunkt for mange roller og funktioner, men sidder i konsultationen meget af tiden. Det giver mange afbrydelser, beslutninger og skift.
5. Mange kontakter i løbet af en dag giver mange muligheder for påvirkninger af dagen – det gør det svært at planlægge og dræner psykisk pga. de mange mennesker lægen skal forholde sig til.

Som en læge udtaler det:

“Konsultationerne er mere komplicerede. De nemme ting går mere og mere til sygeplejersken. Vi taler meget om hvilke typer af konsultationer vi kan lægge ud til personalet.”

Selvom arbejdet i almen praksis har en høj grad af kompleksitet, så ser måden arbejdet bliver organiseret på ikke ud til at rumme en håndtering af kompleksiteten. Der blev i hver praksis talt mest om, hvad man arbejdede med og ikke så meget om, hvordan man arbejdede. Lægerne havde oftest rollen som faglig leder og mindre som organisatorisk leder. Der var en implicit forventning om, at når man havde aftaler og lagt en plan, så fulgte man den. Ellers blev problemer oftest løst 1:1 og gerne med indførelse af nye regler. Det virker ok til simple opgaver, men i komplekse felter kan opgaven ændre karakter, og organisationen drukner sig selv i regler eller kan give andre individer skylden for oplevede mangler eller eget ubehag. Det bliver en negativ spiral af konflikter og stress.

I en praksis blev vi fx bedt om at se på dagsprogrammerne, og hvordan man lagde et godt program. Men ved gennemgang med sekretæren var det tydeligt, at problemet ikke var den meget simple proces, der består af: Patienten ringer > visiteres > får en tid. Problemet for sekretæren var at lægerne havde forskellige holdninger til både hvor mange og hvilke typer af patienter, de ville se på hvilke dage, hvor akutte patienter skulle placeres, når der ikke var flere akuttider den dag, og om man satte attesttider i kalender eller om det var noget man lavede ved siden af. Forholdet omkring koordinering af opgaver blev

vanskeliggjort, fordi det for sekretæren blev et spørgsmål om følelsesmæssig prioritering. 1) Patientens følelser og personlige behov for at få en tid hurtigt eller på en bestemt dag. 2) Lægernes personlige behov for at få bestemte patienter på bestemte dage. Begge dele besværliggør koordineringen, men ansvaret ligger hos lægerne, som ledere af organisationen. I flere praksis så vi herefter på, hvor ”ledelse” fandt sted, dvs. hvor de beslutninger, der styrede arbejdet i almen praksis blev truffet. Et par læger udtrykte det på følgende måder:

A. *“Ja, vi har ‘Dragen’ i forkontoret, som patienterne siger.”*

B. *“Når jeg siger, at de kan gå ud og få en ny tid, så siger de ‘ja, vi ved godt hvem der er chefen’ og så griner de”*

Ønsket om at servicere og hjælpe kan blive til et misforstået hensyn, hvor organisationen skal tilpasse sig individers behov. De ekstra hensyn er med til at øge den kompleksitet, der er i forvejen. Patienterne kan virke styrende, og det gik igen i flere praksis. Forsker Bibi Hølge-Hazelton⁴ kunne fortælle, at læger kan opleve en ”ufrivillig specialisering”, dvs. at patienterne kommer til at styre, om de fx vil se en mandlig eller kvindelig læge eller hvilken læge de vil se. Som en læge udtalte det:

“Man får de patienter man fortjener. Patienterne finder ud af hvad man er god til, og så søger de den læge.”

Lægerne kunne i stedet for have drøftet det der skete med sekretæren for at få indsigt i processen og de beslutninger, der blev truffet. De kunne så have aftalt klare grænser og testet, hvad der var muligt – genbesøge og aftale på ny, hvad der virkede, til de havde en fælles løsning.

For at få yderligere indblik i det daglige arbejde efterspurgt vi muligheden for at observere arbejdet i praksis hos læger, sygeplejersker og sekretærer i de deltagende praksis. 7 sagde ja til en eller flere dages observation. Under observationerne deltog projektansvarlig Mikael Elkan. Observationerne viste tydeligt, at arbejdet i almen praksis er komplekst. Komplexiteten fremtræder såvel i selve konsultationen, som i de mange skift i omgivelserne og det tætte samarbejde, der er i klinikken. Få ændringer kommer til at påvirke alle, og mange opgaver hænger sammen eller har overlap. Hertil er der et konstant pres fra mennesker. Et tydeligt eksempel er sekretariatet, hvor det kunne være vanskeligt for sekretæren at tillade sig selv en pause, gå på toilettet eller hente vand.

⁴ Forskningsleder og professor ved Syddansk Universitet, Sjællands Universitetshospital

Problemet med kompleksitet i almen praksis så ud til at være at meget af arbejdet blev løst ud fra en simpel logik. Som nævnt udtrykte en læge det selv med:

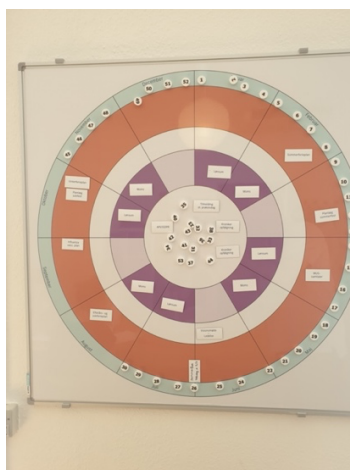
“Vi tror på en 1:1 logik. Vi tror at det at løse opgaven er det der gør os effektive.”

Flere praksis rapporterede undervejs, at det på sin vis var nemmere under corona, fordi det var tydeligt, at der ikke var noget, man kunne forholde sig til. Mødefrekvensen var øget og ledelsen blev nødsaget til at holde sig orienteret og melde ud hyppigere. Et træk fra arbejdet i det komplekse felt, hvor man må øge kommunikationen for at kunne omstille sig og følge forandringerne – læring og tilpasning kommer i fokus. Da vi arbejdede med den tilgang i flere praksis, var tilbagemeldingen også fx her fra en praksis:

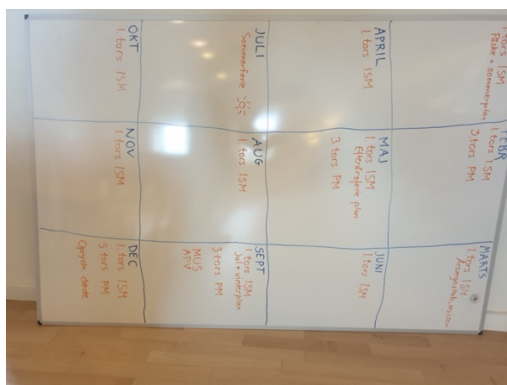
“Det har været godt at få indført et ugentligt møde. Det har været nyttigt for samarbejdet. Vi er fokuserede, når vi gør det. Det er 30 min, løsningsorienteret, og der er ikke noget referat. Personalet har sagt, at de kunne mærke det.”

Metoder til arbejdet i den komplekse organisation

I alle praksis har man anvendt årshjul og i flere har man anvendt eller haft kendskab til Kaizen som metode til opgavestyring, men det har ikke været sådan som metoden var tænkt eller med den hensigt. Ideen om Kaizen er god i forhold til at håndtere arbejdet i det komplekse, men de daglige strukturer og processer bliver ikke fulgt. Det komplekse bygger på læring og tilpasning, og det simple bygger på beslutninger og uddelegering. Selvom man brugte værktøjer fra det komplekse, så viste det sig, at man arbejdede mere ud fra den simple logik.



Figur 3 - eksempel et godt årshjul, hvor der skabes overblik og prioriteres. Dem oplevede vi få af.



Figur 4 - eksempel på et interimistisk årshjul, der stod på gulvet. Ringere mulighed for styring, overblik og ledelse.

I det simple kan en traditionel hierarkisk organisation fungerer med en top down-styring med uddelegering og regelfølge-besked. Hvis omgivelserne ikke ændrer sig, så vil reglen gælde hele tiden. Men i det komplekse ændrer vilkår, rammer, betingelser og mål sig. Derfor er der behov for mere teamledelse, koordinering, tværgående kommunikation, processtyring og læring. Projektet mener derfor at ledelse, struktur og processtyring i høj grad mangler og dermed omvendt er med til at fremme stress og udbrændthed. Hvis man løser komplekse arbejdsforhold med simple metoder, så vil det opleves som nytteløst og meningsløst. Det så vi bl.a. ved at man havde tilbagevendende emner til beslutning, at man ikke fik korrigeret eller handlet på beslutninger, at man genoptog beslutninger, fordi det man besluttede, ikke længere virkede eller ikke passede til virkeligheden.

I en praksis havde de et skilt stående med "Sekretariat". Patienterne der kom hen til skiltet og ville have en tid, fik at vide at de skulle ringe til praksis. Det virkede ulogisk, når de nu stod der. Konsulenten spurgte om de så ikke skulle fjerne skiltet. Det gjorde praksis, men da konsulenten senere kom på besøg igen, var skiltet kommet tilbage. Hvorfor? Praksis forklarede, at nu gik patienterne rundt i praksis for at finde ud af hvem de skulle spørge – det var mere irriterende end at de gik hen til "Sekretariatet". Opgaven var nu den samme, men forståelsen af effekten af den, og det at det var et tilvalg gjorde den meningsfuld og god. Et eksempel på, hvordan det komplekse løses med erfaring. I den simple forståelse af opgaven havde begge løsninger været dårlige, og man skulle så finde på en ny – der måske igen ikke ville virke med irritation til følge.

Når de komplekse modeller ikke opstår af sig selv eller er en arbejdsform, der falder lige for, så kan det skyldes en forklaring, som en af lægerne kom med, hvor man i den praksis arbejdede i teams:

"De er sat i teams [personalet] men det er der ikke mange der er vant til i sundhedsvæsenet. Man får en uddannelse, og så er det det, man kan."

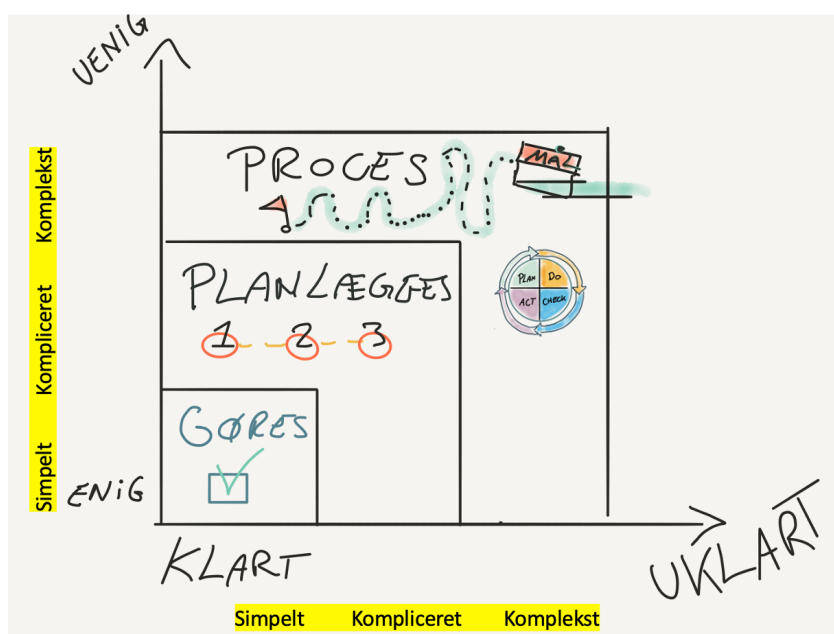
Da vi var ude og tale med praksis, der arbejdede på helt andre måder bl.a. Sløjfen i Aalborg, Lægefællesskabet i Grenå (modtager af Den gyldne skalpel 2018) samt to andre praksis, så var teamet det gennemgående. Her arbejder 2 læger som en slags ”bagvagter” og sygeplejersker er de primære kontaktpersoner, men strukturen er i et team. I Aalborg kan man således have 9.000 patienter til to læger. Modellen ser ud til at hæmme den kompleksitet, der påvirker praksis, og som projektet mener fremmer stress og pres og i sidste ende leder til udbrændthed. En af lægerne udtrykte det ved:

“Lettelsen er en kombination af patientkrav og komplicerede problemstillinger. Der skal være tid til når det bliver svært - det svære er sjovt, men hvis der ikke er frirum til det, og man også skal tage sig af patientens følelser - sur, bange, bekymret - så bliver presset for stort”

“Modellen er god for lægerne, patienterne og de ansatte. Ansaret lå tidligere helt og aldeles hos lægen. De deles om at være den primære for patienten. Det er nedslidende at være ene behandler.”

Modellen i disse klinikker bekræfter nogle af de samme faktorer, som vi fandt frem til i de øvrige klinikker: at følelser og håndteringen af dem leder til en del af kompleksiteten, fordi ansvarsplaceringen hos lægen, der samtidig er omdrejningspunkt for en stor del af organisationen, giver udfordringer. Hvis lægen ikke kan håndtere patientens følelser, så bliver presset større, og der kommer mere forhandling.

Problemer håndteres i det komplekse ved at have fokus på læring – derfor bør man efterstræbe en teamstruktur. Beslutninger i det komplekse, der træffes ud fra en simpel forståelse bliver opfattet som forstyrrelser, dårlige beslutninger, modarbejde fra andre m.m. For at identificere det komplekse felt, har vi arbejdet med følgende model inspireret af Ralph Stacey:



Figur 5 - i det simple er opgaven klar og kan udføres. I det komplicerede kan den løses, men skal planlægges. I det komplekse må man have en løbende proces og skabe læring, fordi målet flytter sig efterhånden, som vi forstår opgaven.

Efter denne finding gjorde vi mere ud af at arbejde med almen praksis ud fra en team-forståelse. Så ledelsen fik redskaber til den ledelse, det kræver og de processer, der kan understøtte arbejdet i det komplekse.

Arbejdet med ledelse og teams

Projektet arbejdede videre ud fra hypotesen om at problemet med stress og udbrændthed primært handlede om styring af kompleksitet. I det arbejde anvendte vi Patrick Lencionis tilgang til teams og DiSC-profiler til at understøtte kendskabet til hinanden i teamet. Lencionis model er veldokumenteret og har påvist en korrelation mellem de forskellige niveauer.

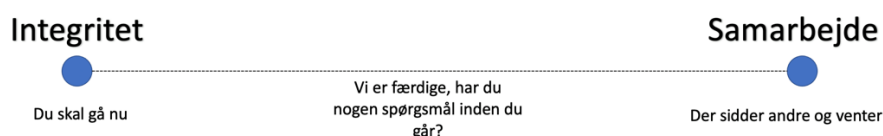


Figur 6 - Modellen forklares i kursusmateriale Bilag 2.

Tilgangen bygger på at en gruppe defineres som et antal individer, der løser opgaver uafhængigt af hinanden. Derfor virker uddelegering som sagt fint, når man har simple veldefinerede opgaver og klare løsninger. I gruppens arbejde kan hver deltager leverer et resultat, uden at det har indflydelse på eller influeres af de andre i gruppen. I almen praksis er der som nævnt ofte så mange sammenhænge i tid, løsning og kompetencer, at det er vanskeligt at bevæge sig ud af det komplekse felt, hvorfor man bliver afhængig af sit team. Vi arbejdede især med de to basisniveauer for tillid og konflikter. Vi oplevede, at det gav en effekt, som en læge beskriver det:

“Der er kommet mere blik for dynamikken i personalegruppen. Vi har fået et sprog for det, så det er blevet nemmere at være i det.”

Oplevelsen var, at man ofte strandede i konflikterne i samarbejdet. Når vi arbejdede med tillid – som sårbarhed og åbenhed – så blev det nemmere at sige tingene højt. Men der skulle også findes en god måde at sige det på. Det samme gjaldt for kommunikationen med patienter og mellem lægerne. Derfor arbejdede vi med konkrete øvelser til at udvise integritet og samtidig fortælle, hvad man ville samarbejde omkring.



Eksemplet i figuren viser forskellen ved at tale integritet og samarbejde med patienten, men vi arbejdede også med det i forhold til ledelsesopgaven. Lægerne fortæller det i følgende udsagn:

- A. *“Vi skulle fortælle en medarbejder ‘vi er bekymrede for dig, hvad kan vi gøre, vi er en lille arbejdsplads, du har været meget væk, det kan ikke forsætte’ - det var næsten en firing, men medarbejderen takkede for samtalen, og hvor god den var.”*
- B. *“Det har givet modet til at få fyret sygeplejersken - også selvom man ved, hvad der er det rigtige at gøre, så var det svært før nu.”*
- C. *“Det har været godt at få sat rammer - jeg får sagt langt flere ting højt.”*

D. "Det er blevet nemmere, hvad man skal sige - det er sådan og sådan, hvis det skal være ordentligt".

Hvis man undgår at tale om uoverensstemmelser, mulige misforståelser, ønsket hensyn, begreber, ansvar, opgaver m.m. så kan teamet ikke hænge sammen, men ender i destruktive konflikter – siger Lencionis teori. I almen praksis fandt vi eksempler på, at ledelsen helt kunne undgå at forholde sig til om medarbejderne havde det godt – angiveligt fordi der er så meget fokus på opgaven og løsningen. En medarbejder udtrykte det meget klart, da vi spurgte: "Er du ok?" (det så hun ikke ud til at være) og svaret var: "Nej, der er faktisk aldrig nogen der spørger mig, om jeg har det godt." Spørgsmålet handlede ikke så meget om, hvorvidt medarbejderen rent faktisk havde det godt eller dårligt, men om 1) Hvis du ikke har det godt, hvordan kan vi så hjælpe dig? 2) Hvis din leder ikke ved det, så er der ikke åbenhed og transparens nok i teamet til at kunne give tilstrækkelig med ledelse.

Teorien er, at når der skabes åbenhed, så vil teamets medlemmer være mere tilbøjelige til at sige til og fra, når de kan eller ikke kan magte en opgave, når der er for mange opgaver, når der er uoverensstemmelser osv., dvs. at medarbejderne kommer og beder "om ledelse", og det er der behov for i almen praksis, når lederen ikke kan være til stede hele tiden, men er "lukket inde" i konsultationen. At der er behov for at ledelse efterspørges af de ansatte, er nødvendigt, fordi lægen har så mange kontaktpunkter i løbet af en dag (en læge havde talt ca. 100 kontakter på en dag), at driften og evnen til at omstille sig kræver tilgængelighed og klarhed. Dvs. hvor forskellige patienter eller nye sager, hvor lægens viden og beslutninger skal bringes i spil for at kunne løse opgaven.

Lederen skal i et team sikre sig:

1. Åbenhed og transparens
2. Kvantitet i ledelse og mulighed for at kunne kontakte sin leder
3. Fremhæve og facilitere uoverensstemmelser
4. Forstå at sætte teamet ud fra individuelle faktorer
5. Kunne sætte retning og rammer, så ansvar for opgaver er noget, teamet selv tager.

Lægerne selv har givet det følgende udtryk, der viser ledelsesopgaven, og hvad det har givet at arbejde med tillid og åbenhed:

A. "Man behøver ikke løse problemer, man kan bare lytte til dem. Det har været en lettelse."

- B. *“Forløbet har forløst et stort potentiale hos de ansatte. Personalet er blevet gladere, mere fagligt udfordret, følt sig værdsat og hørt”*
- C. *“Der er en der har sagt op, som ikke følt sig inddraget. Det har de været i det her projekt - at inddrage personalet, det skal vi gøre igen. Det er godt at høre deres tanker om kunne høre hvad de tænker om praksis. De bliver opfattet som en resurse i klinikken.”*

Udsagnene forklaret ud fra projektets optik er:

Ad A – At lytte giver mulighed for at blive hørt og skaber åbenhed. I flere tilfælde lød det også til at frustrationer bare var en følelse – ikke noget, der skulle handles på. Det er ikke særegent for almen praksis, men velkendt, at ledere kan have en tendens til at ”høre problemer”, der skal løses i stedet for at lytte til frustrationer, der bare skal høres.

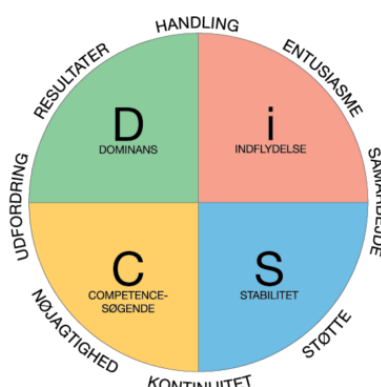
Ad B – At personalet bidrager mere, skyldes angiveligt åbenheden, fordi – vil Lencionis teori sige – at der nu er plads til konfliktniveauet. Dermed kan teamet samarbejde omkring faglige uoverensstemmelser, men også føle et større commitment, fordi det er muligt at være i dialog og handle. Herefter bliver roller og ansvar ofte mere tydelige, og teamet vil være mindre tilbøjelige til at ”fryse” i konflikter eller tavshed uden åbenhed.

Ad C – At inddrage personalet er vigtigt, fordi hele praksis skal se sig selv som et team, der skal opnå et fælles resultat. Det er hele forskellen på om motivationen kommer indefra som et ønske eller udefra som et krav. Det kan være samme opgave, der skal løses, men den psykologiske forskel er stor.

Vi havde oprindeligt planlagt at bruge personlighedsprofiler til lægerne, men efter forståelsen for det komplekse og det angiveligt større behov for at arbejde i teams, så tilbød vi at lave profiler for alle i praksis. Det var ikke alle praksis, der tog imod det, men flere gjorde med et positivt udfald, som beskrevet herunder.

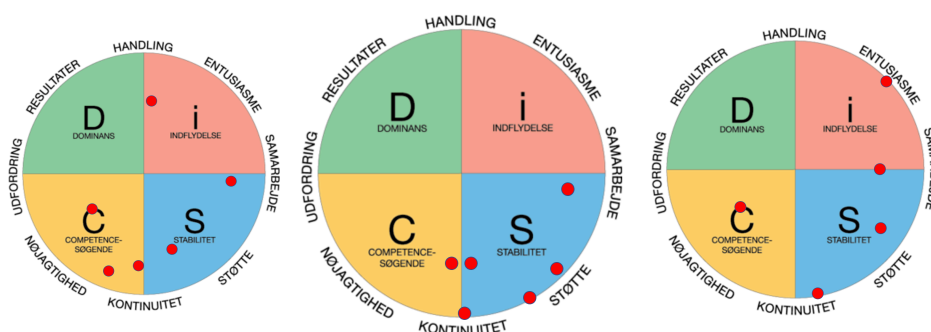
Personlighedsprofiler

I projektet tilbød vi DiSC-profiler, som er tilpas simple og nemme at arbejde med i et team. DiSC har en høj grad af genkendelighed og profilerne udfyldes med en såkaldt adaptiv test, dvs. at testen tilpasser sig informantens svar, hvis der ikke er data nok til at give et validt resultat.



Figur 7 - DiSC og de 4 profiler og 8 præferencer.

Ud over den generelt positive respons på at arbejde med profilværktøjet, så var der en gennemgående tendens i de praksis, der valgte at bruge det. Generelt var der enten en samlet gruppering eller en enkelt afviger i forhold til resten af teamet. Den der ”afveg”, havde en naturlig nøglefunktion – fx den der skabte struktur og orden, men kunne også give udtryk for frustrationer, som de andre ikke kunne genkende. Det er alment anerkendt inden for profilværktøjer, at vi har en tendens til at foretrække personer, der minder om os selv. Hvis det sker i et team, så kan teamet komme i tilstande, hvor de ikke udfordrer hinanden nok, men for hurtigt når til dårlige løsninger, fordi enighed opleves som godt og konstruktivt og modstand som udfordrende og negativt. Her nedenfor ses tre eksempler på praksis, hvor personalegruppen er repræsenteret:



De røde pletter viser personprofilens placering i DiSC, men det interessante var at praksis kunne se en sammenhæng mellem de udfordringer, som de oplevede og den adfærd, som de generelt manglede i teamet – eller – for de teams med en ”afviger” – hvilken rolle og funktion, den der afveg havde, og hvorfor rollen faldt naturligt for dem. Profilerne blev det værktøj, der generelt fik bedst og mest positiv feedback på både

indsigt, anvendelighed og effekt, men også et værktøj, som der skal arbejdes med over flere gange, som lægerne her også giver udtryk for:

- A. *“Det var godt at folk sad og snakkede og man fik en forståelse af hinanden på en ny måde”.*
- B. *“Profiler gav først god mening senere. Det tog tid, og det var godt at gøre det flere gange. Der var en større tillid efter første gang.”*
- C. *“Vi har fået en god forståelse for hinanden, det har gjort samarbejdet nemmere.”*
- D. *“Godt at få lavet profiler med personalet. Som leder kan man bedre se og forstå, hvordan de arbejder, og hvad man skal være opmærksom på.”*
- E. *“Godt med profilerne. Det har ændret struktur og opgaver, så man ikke giver de forkerte opgaver.”*

Det har gennemgående været en succesoplevelse at arbejde med personlighedsprofiler. Det har både styrket samarbejdet i praksis, samarbejde i ledergruppen mellem lægerne og kommunikation med patienter. Evnen til at håndtere ens eller meget forskellige personlighedstyper påvirker nemt den lille arbejdsplads og kan give konflikter. Vi arbejdede med Everything DiSC (fra Wiley), men andre, tilsvarende simple 4-faktorsystemer vil kunne bruges. Simplicitet har været vigtigt i både formidling og anvendelse i det daglige. Flere læger har nævnt MBTI, som et testsystem de har kendskab til, men det har ikke været anvendt i det daglige, fordi erfaringen var, at det var for kompliceret at bruge og forstå. En klar erfaring har som nævnt været, at det kræver 2-4 genbesøg om emnet, dvs. at holde en hel dag eller en halv dag med personlighedstest har givet langt lavere effekt end at holde fx 3 sessioner af 2-3 timer.

At der skulle arbejdes over flere gange med de forskellige metoder, modeller og værktøjer var et gennemgående træk. Selve implementeringen i almen praksis var nogle gange vanskelig. Hvis praksis ikke ”lykkedes” at få vendt adfærd, så oplevede enkelte tilbagefald til tidligere stadier, som krævede genbesøg fra projektet og gennemgang af metoder og værktøjer igen. At arbejde med udviklingen i almen praksis kræver vedholdenhed og træning, der skal ind i hverdagen. Se her neden for om implementeringen.

Implementering

Det har været udfordrende at få nye metoder og arbejdsformer ind i hverdagen, men der var et efterspurgt behov for konkrete værktøjer og metoder, som det ses herunder i udtalelser fra lægerne:

- A. *"Problemet er når man er kommet hjem. Vi skulle omstille os på 14 dage, da der kom ændringer, og så fik vi ikke taget det op."*
- B. *"Udfordrende at få tingene ind i hverdagen. Man falder nemt tilbage."*

Efterfølgende har vi arbejdet med flere og andre praksis, end de der gav tilsagn. Indsigten i og forståelse for ledelse har været det mest fremtrædende som mangel, men til gengæld er billedet også således, at i de praksis, hvor vi arbejdede mere med ledelsesopgaven og organisationen, efterspurgte lægerne flere konkrete værktøjer:

- C. *"Jeg har savnet noget mere konkret arbejde med at få processer på plads"*
- D. *"Gerne flere konkrete værktøjer og metoder - det har ikke altid været tydeligt nok."*

Derfor bør man efter vores forståelse arbejde med en ligevægt af begge dele. Overordnet set har synlighed og inddragelse af hele praksis været væsentligt for en oplevet forandring og effekt. Det er ikke nok at lægerne tager på kursus, seminar, får nye metoder eller bare træffer beslutninger. Der skal synlighed, opbakning og fælles forståelse til at gøre en forskel. Hertil gav de praksis, der havde flipovers og andet hængende ved genbesøg i praksis mere positiv respons. Det at have modeller og metoder "top of mind" gav en større oplevet effekt af mestring, som de to udsagn herunder viser:

- E. *"Godt at vi har hængt tingene i frokoststuen. Det gjorde det nemmere at få brugt."*
- F. *"Vi har kun skimmet materialet til opfølgning. Det er ikke blevet prioriteret. Det har dog givet os noget fokus på trivsel og glæde. Vi taler mere åbent, og vi synes vi rummer hinanden mere. "*

Der har været meget materiale at bearbejde, og der har været mange eksempler og meget data at forholde sig til i projektet. De væsentligste findings er præsenteret her ud fra de erfaringer og data, der har kunnet samles i et meningsgivende billede, og ud fra hvad der også hos lægerne har givet resonans som en brugbar forklaring på, hvad der giver stress og i sidste ende udbrændthed – og væsentligst: hvad de har oplevet har haft en positiv effekt på deres hverdag. Det er sammenfattet herunder.

Sammenfatning og konklusion

Almen praksis udfører et komplekst arbejde, der ikke kan løses strukturelt. Der skal være en struktur, men hvilken struktur, synes underordnet – blot det er en, som alle er enige om giver gode måder at arbejde på for den enkelte praksis. At kende sin arbejdsform kræver læring og indsigt i personligheder samt inddragelse af alle i klinikken, men det er vigtigt, at lægerne definerer deres arbejdsdag og afgrænser organisationen i forhold til det. Hvad vil vi, hvad vil vi ikke? Hvad skal vi, hvad skal vi ikke? Hvad tilbyder vi, hvad tilbyder vi ikke?

Da et vilkår for kompleksitet er, at man ikke kan vide, hvordan man skal arbejde, så kræver det daglige og minimum ugentlige korte møder, hvor der tales om justeringer, samarbejde og processer. Læring frem for løsning bør være i fokus. For at lykkes med det, så vil det kræve arbejde i teams med høj grad af oplevet tryghed og tillid, da læring kræver, at man indser og vedkender sig fejl og mangler i resurser, evner, adfærd og metoder. Dermed bliver ledelsesopgaven også dikteret af at sætte rammer, retning, vilkår og betingelser for opgaver, succes og kvalitet. Der er ingen ydre rammer, der definerer kvalitet eller succes, og dermed kommer ydre faktorer til at spille en rolle, hvilket understreger behovet for at lægerne, som ledere i høj grad bestemmer de ydelser, der leveres. Fx kan patienterne som nævnt komme til at tage ledelse for et ønsket service- og kvalitetsniveau, eller der kan opleves en overdiagnosticering, som lægerne i en praksis sagde det:

A. *"Man bliver ikke hverken mere syg eller rask af at få en diagnose"*

B. *"Hospitaller laver mindre, der er meget der skal samles op."*

Hospitallerne står som eksempler på forstærkere af det følelsesmæssige hos patienten, som er det, der er med til at udfordre almen praksis, fordi flere opgaver med patientkontakt placeres ude i almen praksis, hvor balancen mellem følelser og farligt er til forhandling. Sundhedssystemet er til dels med til at producere den emotionelle kompleksitet, der kan opleves i almen praksis.

Det paradoksale er, at det er relationen og den emotionelle kontakt, der er bærende for en højere kvalitet i konsultationen og som hurtigere afdækker om det er farligt. Selv i de praksis, hvor sygeplejersken er primær kontaktperson, giver de følgende udsagn om det relationelle og kontinuiteten:

“Relationen er vigtig. Hvis de kommer tit, så spørger de efter sygeplejersken”

For patienten er relationen også vigtig, men med 15 min i en konsultation, så er det en krævende opgave og balance at sikre relationel kontakt, afdække en sygdom – der måske er farlig – og sige pænt farvel. Også når det som flere læger kalder for “doktor google” spiller ind, eller når sundhedsapps og hjemmesider kommer med forslag til, hvad man kan fejle, så har systemet måske gjort sig selv til en sygdomssekter frem for en sundhedssekter, der kan få patienter til at føle sig mindre raske og mere syge. Det kunne undersøges hvilken forståelses- og adfærdseffekt informationsgraden og it-løsninger har på patienter og effekt på sundhedssystemet. Det har ikke været inden for dette projekts opdrag at undersøge nærmere.

Lægerne påtager sig mange forskellige administrative opgaver, som for lægerne opleves som større inden for de sidste 8-10 år. Krav om dokumentation, mål om at notater kan læses af alle for at sikre fleksibilitet, så patienten kan se forskellige læger i samme praksis og frygt for fejl og klager, må angives som drivkraften for den højere dokumentationsgrad i det, som vi har registreret. De enkelte praksis kan med fordel gøre sig bevidst, hvad der er udefrakommende krav, og hvad der er egne krav og behov – igen få defineret succes og kvalitet i ydelsen.

Elementer som lægevagter, lokaler, frihedsgrad, økonomi, indtjeningsgrad, patientdemografi, ufrivillig specialisering m.m. er emner, der giver et pres pga. oplevet kontroltab over egen situation. Det er faktorer, som lægerne ikke oplever at kunne gøre noget ved, eller som det har store konsekvenser at gøre noget ved. Det skaber bindinger og en rigid struktur, der ikke stemmer overens med det ønske om frihed og selvbestemmelse, som lægerne har som baggrund for at vælge almen praksis. Alle praksis er ikke mærket af alle emner, men det gik igen at et eller flere emner blev nævnt, når vi besøgte praksis. Som nævnt er det nogle af de emner, der ligger i nogle større strukturer, der har betydning for mulighederne i at organisere sit arbejde. En opgave der ligger hos Danske regioner, PLO, evt. KiAP og KL. Den bliver ud fra de erfaringer, som vi har gjort os, ikke løst i et samarbejde, men i et forhandlende konfliktfelt. Man bliver hinandens modstandere i stedet for samarbejdspartnere. Det giver forskellige risici, fx som en af lægerne siger det er:

“Specialistens erfaringer og indsigt forsvinder i systemet”

Fx havde lægerne generelt en oplevelse af at skulle gætte bestemte ord, der skulle med i en henvisning til hospitalerne for, at den gik igennem. Der var ikke forståelse for hvordan ordkontrol bliver til kvalitet eller sikkerhed i sundhed.

Bindingerne i almen praksis er, at lægerne er ledere og højt specialiserede fagpersoner, der også er udførende. Det skaber en binding i organisationen, hvis man vil fastholde lægen som leder, produktionsenhed, vidensperson og koordinator. Det er med til at øge behovet for hyppigere ledelse og adgang til lægen, som leder, og det kræver højere forståelse for ledelse, organisering, processer og åbenhed i almen praksis. Det kræver også igen en klar afgrænsning og rammesætning fra ledelsen, så alle i klinikken kan have fokus på fælles, konkrete mål og herunder, hvad man laver i almen praksis, og hvad man ikke laver i almen praksis. Når det er sagt, så er det ikke det samme som at, hvis man arbejder i en teamstruktur, så løses alle problemer i almen praksis. Det ville være naivt at tænke, men nogle problemer skyldes måden man arbejder, og dermed oplevelsen af stress, pres og udebleven succes. Men fx en udtrykt meningsløshed i at man behandler flere raske end syge patienter, kan ingen arbejdsform fjerne. Det er et emne, som sundhedssektoren overordnet set må beskæftige sig med.

Diskussion og refleksion

Det kunne undersøges nærmere hvorfor utilfredsheden øges i 2016, hvor Styrelsen for patientsikkerhed oprettes i 2015, og at man i tal fra Sundhedsdatastyrelsen fra 2016 kan læse at:

"Andelen falder i takt med stigende gennemsnitlig lægealder i praksis. Kun 55 pct. af borgere med diabetes type-2 tilmeldt praksis med en gennemsnitslægealder på 65 år eller derover har kronikeropfølgning, mens det tilsvarende gælder 70 pct. af borgere med type-2 diabetes tilmeldt praksis med en gennemsnitlig lægealder under 55 år."

Det der styrker en undersøgelse af det, er når undersøgelserne fra Aarhus Universitet specifikt viser, at læger under 55 år rapporterer en højere grad af udbrændthed end læger over 55 år, og ses dette sammen med, at det særligt er komplekse patienter, som kronikere, der giver oplevelsen af udbrændthed, så kunne det undersøges nærmere. Projektet har kun kunnet få bekræftet problematikken omkring kronikere. De påvirker særligt almen praksis, fordi de komplekse forløb oftest varetages af lægerne og ikke kan uddelegeres i samme grad som andre opgaver. Hvis det skal uddelegeres, så kræver det specialisering af sygeplejersker, som organisatorisk binder sygeplejersken til den del af opgaven, hvilket igen giver en rigid struktur i en lille organisation, der bedst trives med fleksibilitet og omstilling. Det kræver så større organisationer, men så

forsvinder en del af ideen for den enkelte læge, der ønskede frihed og selvbestemmelse og ikke nødvendigvis at være i større kompagniskaber med flere bindinger. Det har de praksis, der arbejdede med lægen som bagvagt løst, men det giver andre udfordringer, der kan gøre at ”hoppet” føles stort, hvis der er ikke er tydelig opbakning til mange praksisformer, som en læge i en af de praksis, der har omstillet sig siger det:

”Ændringerne kræver meget omstilling og uddannelse. Det tager ca. 2 år så kan de [sygeplejerske] en masse. Det tager tid at få dem oplært.”

Uddannelsesstederne har projektet ikke fået god kontakt til. Vi har ikke påvirket eller inspireret konkrete forløb, men lægerne har flere gange givet udtryk for, at de savnede mere forberedelse til opgaven fra deres uddannelse. Det kan give god mening, da alle læger – underordnet arbejdssted – skal agere med en eller anden form for ledelsesopgave, hvor projektets data anbefaler et fokus på en teamstruktur og teamledelse. Det understøttes bl.a. af Line Laursens masterprojekt, hvor hun skriver:

” Almen praksis kan på den måde [en integreret funktion] fortsat være et vigtigt omdrejningspunkt, hvor dygtige praktiserende læger ikke skal løse opgaver selv, men i teams ved at integrere behandlingen med en udbygning af andre sundhedsfaglige professioner i første linje. Her kan det vise sig, hvad professionel ledelse og prioritering betyder.” (s.41)

Organiseringen som Laursen refererer til anvendes af praksis som Sløjfen i Aalborg og en praksis i Grenaa, der fik den gyldne skapel i 2018/11. De praksis mener, at det en positiv organisering i forhold til de krav, der stilles til almen praksis for at kunne løse opgaven i sundhedssektoren i dag, men også at det som nævnt tager tid at omstille sin praksis, bl.a. fordi det stiller andre krav til daglig ledelse. Projektet vil ikke vurdere om de typer af praksis’ specifikke organisering er fremtiden, men det kan understreges, at de praksis også har fundet løsninger i en teamstruktur, som projektet anbefaler.

Indikatorer

I det følgende beskriver vi nogle indikatorer, hvor projektet har kunnet se nogle tendenser eller tegn på hypoteser, som vi ikke har kunnet tydeligt be- eller afkræfte. Det kan måske give inspiration til yderligere arbejde med almen praksis.

Bekræftede indikatorer

Der sker en ufrivillig specialisering i almen praksis, der påvirker og kræver bevidst handling fra ledelsens side. Handlingerne er daglig eller ugentlig opmærksomhed på rammer og ydelser, så organisationen definerer sig selv i højere grad end omgivelserne påvirker ydelsen. Arbejdet i almen praksis løses oftest med metoder, der passer til en simpel struktur, fx ændring i dagsprogrammer. Der skal arbejdes mere ud fra komplekse sammenhænge, fx teamforståelse og processer. Løsninger i de simple strukturer giver kun nyt arbejde, og i det komplekse hjælper det ikke at løbe hurtigere og længere, som er lægernes primære copingstrategier. Når lægerne blev adspurgt, om de ville blive færdige, hvis de havde åbent til kl.22, så svarede alle nej. Dvs. at når opgaverne ikke naturligt afgrænser sig i tid og omfang, så er det organisationens og ledelsens opgave at afgrænse, ellers kan der kun tilføres mere tid og flere resurser, og da almen praksis har overenskomst-mæssige vilkår, der begrænser lægen som resurse (der kan kun være 1 læge pr. 1 ydernummer), så kan praksis kun lykkes ved at afgrænse lægens arbejde eller ansætte ikke-lægeligt personale og omdefinere lægens rolle. Det ses som godt for lægens trivsel at have klare roller, og generelt bør der være mere interesse for forskellige måder at organisere almen praksis, så der kan skabes et bredere og anerkendt vidensgrundlag for det. Feltet synes udokumenteret.

Der mangler viden om ledelse og tid til ledelse i almen praksis. Fælles værdier som grundlag for virksomheden er fundet som en indikator for gode praksis i projektet, og der var mange historier, der bekræftede det, men et større studie kunne være interessant at se på, hvordan lægerne finder hinanden til de kompagniskaber, der fungerer. Klare, fælles værdier giver et grundlag for beslutninger, retning, prioritering og dermed for en samlet ledelse, der ikke splitter organisationen, men er det entydigt det, der gør at nogle praksis fungerer uproblematisk? Det har vist sig at bidrage positivt i vores arbejde med praksis, men vi savnede en bedre dokumentation.

Ubekræftede indikatorer

Der bør ses på samarbejde i den overordnede struktur omkring almen praksis. At flytte opgaver ud i praksis uden videre planlagte støttestrukturer virker i længden risikabelt, hvis ansvaret og opgaven placeres hos den almen praktiserende læge uden at se på de store sammenhænge.

Læger bør være bedre til at søge hjælp tidligt og anerkende deres egen faglighed, og at de ikke skal løse alt selv. Dermed skal de være mere klare i den rolle, og de opgaver, som de ønsker at varetage internt. Der kunne anbefales mere støtte og fx et løbende tjek ind eller status ved opstart af praksis eller helt ny i praksis. Supervisionsgrupper og DGE-grupper er gode, men de løser ikke nødvendigvis opgaven. Man risikerer at

reproducere løsninger, der ikke har nogen dokumenteret effekt, eller er taget ud af en kontekst, der ikke virker i andre. Effekten af opstartsforløb for særligt nye læger i praksis anbefales det også undersøge nærmere.

Selvopfattelse af pres og stress kan være større end det reelle pres. At bede lægerne selv rapportere giver ikke nødvendigvis et entydigt billede. Arbejdspres handler måske mere om lav grad af evne til at kunne prioritere eller styre arbejdet samt meningsstab – som en læge udtrykte det:

”Jeg bruger mere tid på at behandle raske mennesker end syge. Kan det passe det er meningen med vores sundhedssystem?”

Større praksis antages at give flere fordele i omorganiseringen, men repræsentanter fra Københavns Kommune udtalte, at der var dokumentation for at solopraksis er mere produktive. Hvad der er korrekt, er ikke afdækket af projektet, og der synes at mangle klarhed om, hvilken strategi, der er bedst, da regeringen i 2018 satte som mål at 9 ud af 10 praksis skulle være flermandspraksis og have mere personale. Men det kan siges, at lokaler i sig selv bliver et problem, hvis almen praksis skal vokse i antallet af personaler og læger og varetage flere ambulante opgaver fra hospitalerne. Det er ikke et problem, der kan lægges på lægernes skuldre, alene af den grund at det er vanskeligt som ejerdrevne virksomheder at nå til enighed og skabe samarbejde, når man ikke har ”ønsket hinanden” fra start. Der kunne være bedre støtte og afdækning i sammensætningen af praksis og i tildelingen af lokaler.

Med det mulige problem omkring lokaler, kan det blive nemmere for private virksomheder at komme ind på markedet for almen praksis, da de har mulighed for at foretage langsigtede investeringer i lokaler. Modellen giver nogle andre muligheder, som man bør huske at nogle læger vælger for at slippe for personale, administration og få frihed og fritid.

Køn kan spille en større rolle end det har været muligt at afdække i projektet. Forsker Bibi Hølge-Hazelton kunne fortælle, at man omkring 2002-2003 havde overvejelser om kønskvoter på antallet af kvinder, der kunne tillades i almen praksis af frygt for en devaluering af respekt omkring lægen. Af deltagende, adspurgte kvindelige læger i projektet har alle entydigt sagt, at det har en klar betydning at være kvinde og læge.

Vi har ikke entydigt kunnet afklare, hvorfor der er en forskel i graden af udbrændthed blandt mænd end blandt kvinder, men det har været klart, at der er en stor oplevet forskel i at være mand eller kvinde som læge. Vi har ikke kunnet finde de dokumenterede faktorer, men flere hypoteser står ubekræftet hen:

- 1) Kvinders roller i hjemmet har ikke forandret sig i samme takt som rollerne på arbejdsmarkedet.
- 2) Det er kvinder, der går til lægen, så det oftere er kvinder, der møder kvinder.
- 3) Kvinder påvirkes i større grad af den ufrivillige specialisering pga. patienters fordomme om kvinden som "omsorgsperson" fx til psyk-samtaler⁵, gynækologiske undersøgelser eller mor/barn-undersøgelser. Det vil dog kræve en større undersøgelse, da projektet også har fundet praksis, hvor mænd blev foretrukket til fx psyk-samtaler. Men at der er en forskel, synes tydeligt, men hvorfor den er der, hvor stor en effekt den har på arbejdet, og hvad den skyldes, har vi som nævnt ikke kunnet afdække i dette projekt.

⁵ Psyk-samtaler er hvor lægen har samtaler med patienten om fx stress, kriser, depression eller selvmordstanker.

Modeller og metoder i overblik

Følgende er de modeller og metoder, som projektet har arbejdet med. Det kan ikke defineres som, at man skal arbejde med disse metoder, men det har været dem, som har været anvendt med de deltagende praksis i forhold til de problemstillinger, som de har stået over for. Ønsker man selv at arbejde med det, så må den enkelte praksis definere sine udfordringer og mål og herefter finde passende støtte og hjælp.

Generelt henvises til slides og Bilag 2 – kursusoplæg, der skal ses som inspiration og mulige metoder og modeller, som man kan arbejde med. Yderligere info kan findes via praksishjælp.dk.

Værdigrundlaget

Projektet har arbejdet ud fra et koncept om, at man ikke kan spørge folk direkte om, hvad deres værdier er – hvad er vigtigt for dig? Værdier kommer frem i en fortolkning af de valg, vi træffer. Derfor er der arbejdet på tre måder.

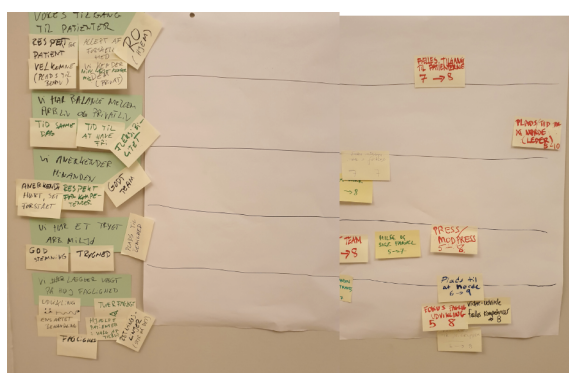
1. At bede lægerne om at fortælle om dengang de fandt ud af de skulle være læge.
2. At bede lægerne om at fortælle historien for deres praksis.
3. At bede lægerne om gensidigt at fortælle deres livshistorie med udgangspunkt i, hvor de er vokset op henne.

Ud af de narrative former, der kommer, når man fortæller om det, kan det uddrages, hvad der er lagt vægt på – hvilke valg er truffet. Facilitator uddrager så, hvad der er vigtigt og kan spørge ind til de konkrete valg. Vores værdier kommer som sagt til udtryk i de valg vi træffer, og det er netop muligheden for at kunne vælge, der er væsentlig, og som kan drive beslutninger i dagligdagen eller i kriser og problemer. I pkt. 3 kommer lægerne selv ind på fælles referencer og får oftest skabt en dialog omkring nogle temaer. Det giver en indsigt i værdier, men også en forståelse for hinanden, der styrker en god relation, og det er en god begyndelse på det tillidsopbyggende arbejde. Det skal ses i kontrast til oplevelsen i projektet af, at læger ofte vælger praksis ud fra tre faktorer: kontrakten, regnskabet og lokaler. Dermed misser de nogle psykologiske faktorer, der kan udfordre, når man skal til at samarbejde og træffe vigtige valg.

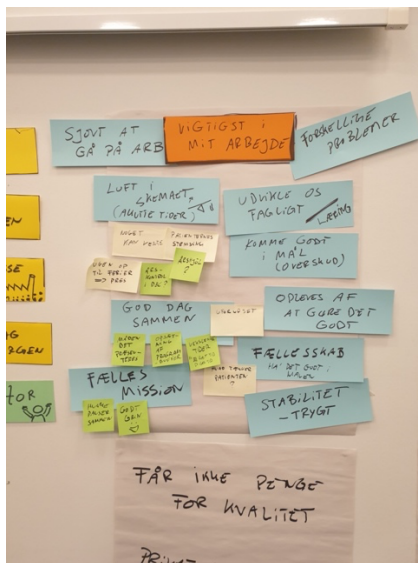
Visioner og mål

Visioner sætter retningen for praksis. Vi har arbejdet med at værdierne er grundlaget for fællesskabet, og derefter arbejdet med visionen for hvordan værdierne kan blive indfriet. En vision er det som vi kan se, men ikke nå – populært sagt, så derfor har vi arbejdet med enten at nedbryde værdier i aktiviteter eller nedbryde mål i aktiviteter. Det har været forskelligt om praksis i forvejen havde konkrete værdier eller mål, som facilitator kunne tage udgangspunkt i. Herunder ses tre tilgange, som vi har arbejdet med.

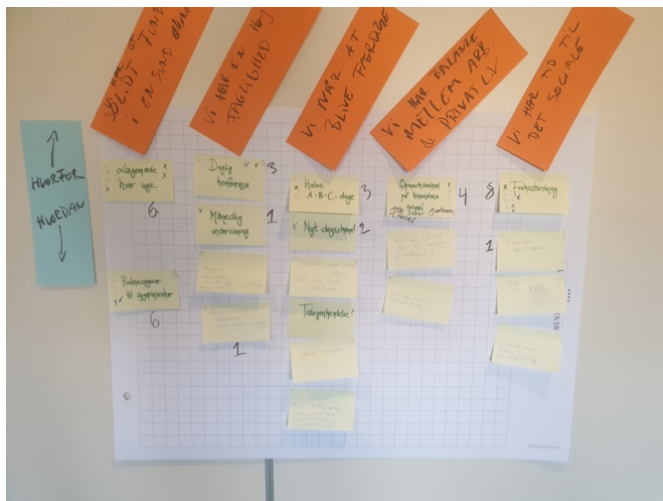
1. Ud fra de fundne værdier – formuleret som sætninger – satte deltagerne aktiviteter på, som de mente kunne fremme den værdi. De gav den en score ved at placere dem på en linje fra 1-10 i forhold til, hvor stor effekt de mente den havde på at fremme værdien, og bagefter fik de mulighed for at diskutere aktiviteterne, så de sammen kunne få et blik for den enkeltes vurdering samt, hvad aktiviteten kunne bidrage til.



2. Ud fra overskriften "Vigtigst i mit arbejde" kom deltagerne med udsagn, som de mente var vigtigst for deres arbejde. Metoden er hurtigere at arbejde med, hvis man ikke har så meget tid til selve proces og diskussioner omkring at finde værdierne. Bagefter sættes aktiviteter på de enkelte handlinger. Har man mange emner, så kan en "prikafstemning" hjælpe. Dvs. at hver deltager får et antal prikker, som man må placere, hvor man vil. De emner med flest prikker gennemgås (fx Top 5) og alle tjekker ind om det kan accepteres. Man arbejder så videre med de emner og sætter konkrete aktiviteter på – brug evt. SMART-mål.



3. I den tredje model arbejdede vi med et målhierarki. Formen har virket god og var tilpas konkret. Man finder værdierne først – evt. hvis praksis allerede har formuleret et værdisæt, så kan der tages udgangspunkt i det. Herefter sættes værdierne i søjler og herefter laver deltagerne en nedbrydning af værdier ved at sige fx ”Vi har balance mellem arbejdsliv og privatliv” > hvordan vil vi gøre det? De laver en nedbrydning indtil aktiviteterne er så konkrete, at det er noget, der kan gøres. Herefter kan opgaverne uddelegeres eller sættes i proces som to-do-lister eller kaizen-hjul. I billedet herunder blev der foretaget prikafstemning på aktiviteter, da nedbrydningen foregik på væg ved siden af. Billedet viser de valgte aktiviteter.



Tillid

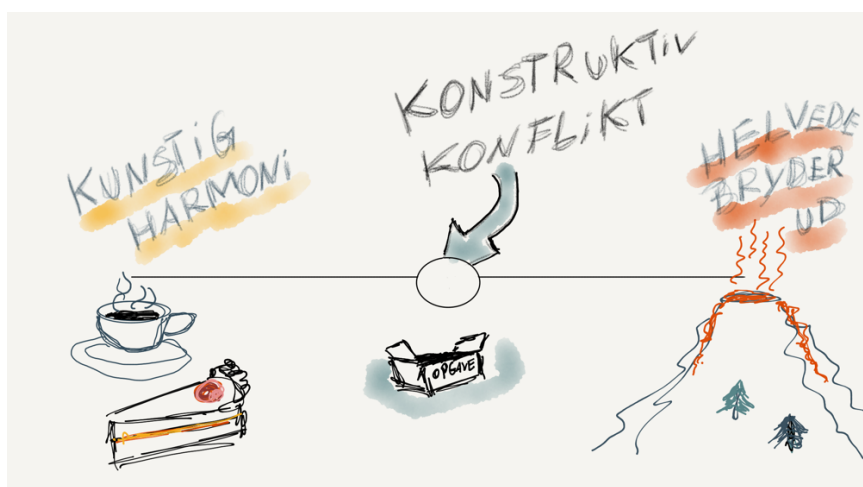
Tillid er basisniveauet i Lencionis model, og der er flere måder at arbejde med tillidsniveauet på. Nogle af metoderne er beskrevet i slides 67-68, Bilag 2. Omkring øvelser med tillid bygger især på facilitators evne til at vise, at det er ok at tale om de emner, der kommer frem. Derfor skal facilitator bevidne, det der bliver sagt. Det kan gøres ved at gentage og få den der har udtalt det mulighed for at bekræfte eller korrigere. En metode som vi også anvendte, var LEGO® SERIOUS PLAY® (LSP) fordi det kan være nemmere at arbejde med figuren og give den et udtryk frem for at tale direkte til andre. LSP kræver dog mere tid og en certificeret facilitator, men metoden er god. Der kan bruges andre metoder som fotogallerier, tegninger m.m. Grundpointen er at deltagerne får givet et udtryk til fortolkning, som de kan fortælle omkring, så fortællingen får en eksternalisering.



Figur 8 - deltagerne figurer, hvor de har bygget hinandens kvaliteter.

Konflikter

Vi har arbejdet med konflikttyper som konstruktive, destruktive og fortrængninger – den kunstige harmoni. Lægerne har lært at se de konstruktive konflikter, hvor vi er optaget af opgaven og løsningen, og hvordan de skal rose den, når den er der. Det kan fremme oplevelsen af, at det er ok at være uenige, men vigtigt at blive hørt. Dermed hæmmes konfliktoptrapning. Deltagerne har også fået gennemgået den klassiske konfliktrappe. For at undgå at konflikter udvikler sig, arbejdede vi med integritet – samarbejde – kontinua og konkret træning i sætninger, der lå inden for de tre felter (se ovenfor, s.24). Det har været vigtigt at formidle, at vi har konflikter som mennesker, og at konflikter er overalt som uoverensstemmelser, hvor vi må skrue op for vores nysgerrighed og ønske om at forstå for at kapere dem. Det har været en vigtig ledelsesdisciplin i en lille virksomhed, men også over for patienter, så man kan reagere på det, der sker i rummet og spotte konflikter i god tid.



Figur 9 - konfliktkontinuum. Vi har en tendens til at søge den kunstige harmoni af frygt for at konflikten bryder ud. Men en sund organisation har et vist niveau af konstruktive konflikter.

Personprofiler

Som nævnt har vi anvendt DiSC, men andre 4-faktor-værktøjer kan anvendes. Simpliciteten har været god, og det har været nemt at arbejde med. Facilitator skal være opmærksom på at farver fra andre systemer ikke kan genbruges – at være ”blå” er ikke det samme i alle profilværktøjer.

I oplægget i Bilag 2 kan der ses en simpel test, som deltagerne kan udfylde. Den kan give et fingerpeg om deltagernes profil, hvis man ikke ønsker at bruge penge på en DiSC-profil. Flere bruger VIA-testen, der kan findes gratis på nettet, men ellers kan der findes tests på 123test.com. De giver dog ikke den samme sikkerhed og kvalitet som en betalt test. Kvaliteten af en betalt test er især den normgruppe man er sammenlignet med. Med de gratis test, er der ingen normgrupper, og dermed intet statistisk materiale, ens profil er sammenlignet med. Det vil give afvigelser.

Ønsker man at arbejde over fx de anbefalede 3 gange, så har gangene haft fokus på:

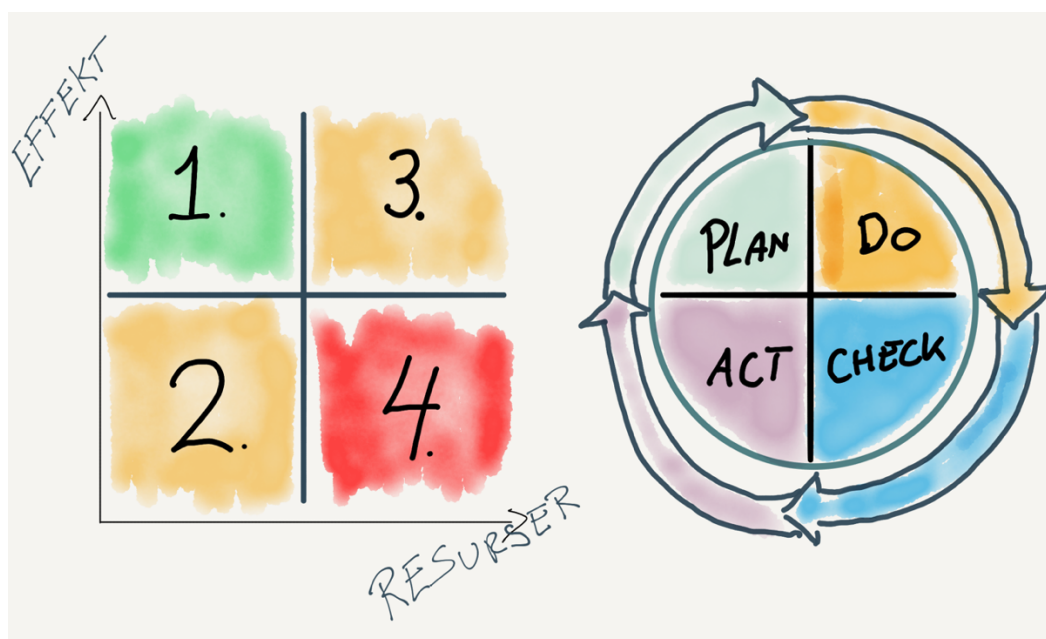
1. Min egen profil – hvem jeg er og min egen adfærd.
2. Andres profiler og sammenligningsrapporter, hvis muligt.
3. Samarbejde, konflikter, patienter og omgivelser.

Det har været gode faser, hvor der både er blevet opbygget tillid og indsigt, der har givet vejen til udsyn og implementering i det daglige. Vi vil altid anbefale, at man bruger en der er certificeret eller har en tilsvarende uddannelse i det system, der anvendes.

Procesmetoder

Kaizen

Der findes flere agile metoder, som kunne tages i brug til processen omkring det komplekse felt, men mange praksis har lært Kaizen. Ikke alle har brugt metoden korrekt eller ikke forstået de teoretiske pointer med at bruge metoden. Kaizen er japansk og betyder frit oversat ”at ændre til det bedre”. Det understreger dermed også, at fokus er på at udvikle sig frem mod noget fra en tilstand, man er i og dermed ikke at løse et antal opgaver med en bestemt hastighed. I metoder som Kaizen er fokus på læring af, hvad der virker og bringer teamet tættere på det ønskede resultat. Metoden har to faser. I første fase laver man en prioritering af opgaver ud fra effekt og resursetyngde. I anden fase sættes de i læringshjulet. Se Bilag 2 slides 77-80 for detaljer i metoden.



Metoden var god til at diskutere om opgaverne hørte til i det komplekse eller det simple felt og dermed kunne processen og ledelse omkring opgaverne styres bedre. Ved at have fokus på processen og læringen kan praksis fjerne fokus fra, at noget er individers skyld eller ydre faktorerers skyld, og dermed får man noget af handlekraften tilbage, så man føler, at man kan gøre noget ved de opgaver, man står over for. Det kan være ting, som når sygeplejersken eller uddannelseslægen skal afkode, hvornår man må bryde ind i konsultationen med et spørgsmål eller få samlet op på daglige valg, som når en sekretær bruger tid på hjælp med alt fra sygetransport til at logge ind med NemID i sundhedsapps – opgaver, der ikke ligger i almen praksis, men som viser, at her skal der afgrænses eller accepteres. Når teamet har dialogen, så kan den

samme opgave føles som accepteret frem for stressende, fordi teamet og ledelsen er nået til enighed om, at det er sådan det skal gøres.

Kaizen giver mulighed for ledelse, tilpasning, læring, definition af hvad man laver, og hvad man ikke laver i almen praksis, samtaler om hvad der er succes og kvalitet i den daglige opgaveløsning, og det støtter tilsammen et arbejdsmiljø, der hæmmer stress og udbrændthed, fordi der er en højere grad af vedvarende oplevelse af opgavekontrol og prioritering. Kaizen fjerner ikke den enorme arbejdsbyrde, som projektet også har set, der kan være i almen praksis, men det er en metode, der passer bedre til arbejdet i almen praksis i forhold til typen af opgaver, når man arbejder i det komplekse felt.

Korte møder

En del af mødeformen i det komplekse er hyppige korte møder. Derfor er de deltagende praksis, der har arbejdet med dette, blevet præsenteret for måder at styre de korte møder. Bl.a. har de arbejdet med Kanban-systemer og mødespørgsmål som:

1. Hvordan gik det i går?
2. Hvad tager du dig af i dag?
3. Er der noget du har brug for hjælp til?

Ved ugeslutningen eller hver 14. dag afvikles mødet med følgende spørgsmål:

1. Hvad er gået godt?
2. Hvad er gået mindre godt?
3. 2 ting, som vi skal ændre for at opnå succes og kvalitet i opgaven er...?

Det har været væsentligt at praksis har kunnet gennemføre møderne på 10-15 min, men vigtigt at de *bliver* gennemført, så teamet opnår at fastholde fremdrift og læring. De forskellige spørgsmål blev givet som rådgivning og oplæg. Bruger praksis kortere tid, så giv andre spørgsmål – ”hvordan går det fra 1-10?” De enkelte praksis har tilpasset spørgsmål og proces, og nogle var ved projektets slutning stadig ved at komme i gang med arbejdsformen. Men en gennemgang eller genopfriskning af metoden har været nødvendig. Træn det ude i praksis for størst effekt.

Kursusøvelser

Kursets øvelser er beskrevet her. For slides og info se Bilag 2.

Øvelser

Øvelse / Slides	Beskrivelse	Materialer
Ø1 – 7	15 min. konsultation Øvelsen er simpel og bør ikke tage for lang tid. Den er en øjenåbner for, hvor meget der sker i en konsultation på 15 min. Sygeplejersker kan være med. Sekretæren kan lave en for en telefonvisitation. Det er vigtigt at folde det ud, så de selv kan se mangfoldigheden og den kompleksitet, der nemt opstår. Deltagerne laver en streg på et stykke papir og skriver 0-15 min i hhv. den ene og anden ende af en linje. De sætter så efter fri brainstorm ind hvad der sker i den tid – alt tæller. Lad dem se hinandens, så de kan forstå, hvad der sker, og hvor meget der foregår. Lad dem opdage nye ting. Ønsker man at udvide øvelsen kan man bruge LEAN til metoden (ikke beskrevet her).	Papir og noget at skrive med. Kan også laves på flip-overs, hvis man vil gå dybere og dele erfaringer.
Ø2 – 35	Værdier som historier Øvelsen er også beskrevet på slides. Som facilitator skal du uddrage værdier af deres valg igennem deres historier. Spørg ind til deres valg – hvad gjorde, at du valgte det? Hvorfor var det det rigtige? Hvorfor gjorde du A i stedet for B? Der skal ikke være fortolkninger, men uddrag værdier. Værdierne sættes op og fremhæves. Hvis de er forskellige fra deltager til deltager, så få dem til at diskutere værdierne. Som regel når de frem til 3-5 værdier. Aldrig mere.	Væg med plads – gerne post-it's eller et langt whyteboard til tidslinje. Post'its er godt, da der nogle gange skal flyttes rundt, når folk kommer i tanke om, hvad de lavede hvornår.
Ø3 – 39	Fra værdier til mål	Papkort eller post it's. Kan også laves på flip-over, men hav flere

	Når deltagerne har fundet værdier, så kan de nedbrydes til handlinger. Det kan gøres ved at sætte værdierne op i søjler eller skrive en værdi pr. 1 flipover. Herefter nedbrydes værdier med "Hvordan", dvs. man spørger til hvordan man vil indfri værdien. Der spørger så mange gange til man har en konkret aktivitet, der kan udføres og evt. uddelegeres. Bed dem om at tjekke vejen op igen ved at spørge "Hvorfor". Som ledere skal de være opmærksomme på, at hvis man ændrer i den konkrete aktivitet, så skal de spørge op i hierarkiet igen. Passer aktiviteten stadig til værdien? Ok, så sæt i værk med ændringen.	ark. Sørg for at det er noget, som kan tages med hjem – tag fotos og skriv rent.
Ø4 – 46-49	Personprofiler Sørg for at deltagerne ikke kender hinandens profil, når de mødes første gang. Det skal siges inden de udfylder profilen. Giv dem et hint om at de skal gætte hinanden og evt. hvor i rapporten de kan få et overblik (DiSC = side 7). De må gerne begynde at gætte på deres kollegaer. 1. Session, Min egen profil – hvem jeg er og min egen adfærd. Gennemgang og verifikation af egen profil. Spørgsmål til den og tanker om det. Hvad passer, hvad passer mindre godt. 2. Session, Andres profiler og sammenligningsrapporter, hvis muligt. Sammenligningsrapporter kan trækkes gratis, hvis man bruger DiSC. Ellers er det her, der skal diskuteres samarbejde, stressfaktorer og adfærd. Deltagerne skal hjælpes på vej og have en genopfriskning af 1. session. Spørg ind til om der er nogen de kender, der ligger i de forskellige felter.	Det anbefales at købe profiler for størst udbytte, men ellers kan gratis profiler bruges til nød. Vigtigt med god tid. Der kan ikke nås meget mere på en session af 2-3 timer.

	3. Session, Samarbejde, konflikter, patienter og omgivelser. Genopfrisk fra 1. session og tag omgivelser op. Samarbejdspartnere, patienter og evt. genbesøg deres eget samarbejde. Pointer siden sidst? En del af det kan føles som repetition, men for deltagerne handler det om at opbygge en faglighed omkring profilværktøjet. Slut hver gang af med en opsamling og lad flip med profiloversigt hænge, så de selv kan sætte den op et sted.	
Ø5 – 67	Tillid – præsenter dig selv Gennemgå de forskellige udsagn med deltagerne. Brug et eksempel fra dig selv. Deltagerne vælger 1-2 ting de gerne vil sige om sig selv. Har du en mindre gruppe, så kan du vælge emner ud, hvor de skal lave en flip over, der fortæller noget om dem. Øvelsen er hurtig, men der kan sagtens bruges mere tid på den, hvis man ønsker det.	Plads og øjenkontakt. Facilitator skal kunne tage kontakt og fremhæve, hvad der er sagt og kunne styre, hvis andre kommenterer. Evt. flip-over ved mindre grupper, hvor der er tid til at gå i dybden og facilitator kan hjælpe.
Ø6 – 68	Tillid – personlige fortællinger Denne øvelse er noget dybere end ”præsenter dig selv”. Facilitator skal ikke afbryde den samlede proces, men kan træde til hvis andre kommenterer på de personlige historier. Det er vigtigt, at ingen føler, at de udstiller sig selv, men at de bliver bevidnet / bekræftet og at der siges ”tak”, når de er færdige. Det er en pointe, som gerne må fremhæves at tillid fås med den styrke, som det gives. Derfor er det vigtigt at den der begynder, tør åbne op. Hvis de tøver, så hav en historie klar om dig selv. Det er at facilitator styrer hele tiden. Hvis nogen begynder at sammenligne eller underkende deres egne historier, så understreger facilitator at det vi skal er at vi skal forstå hvem du er – ikke sammenligne. Vi bærer vores egen historie.	3-12 personer i grupper. Pas på med tiden. Mindre grupper styrer tiden. Godt at sidde ved borde i øer eller sidde i grupper med stole.

Ø7 – 77-80	Kaizen og PDCA Øvelsen er simpel, men sjov. De skal bygge papirflyvere. Det er ikke svært. Det svære er at holde tiden og fokus på processen. Udpeg en der styrer processen i gruppen. Hvem holder styr på tiden? Hvem måler, hvor har de deres aftaler? Bruge de kaizenhjulet? Det første svære at er bygge flyvere uden at blive selvkritisk – svært for mange voksne. Understøt dem i at bygge og lave fejl – de skal turde fejle. Når de når frem til succes, så fremhæv det. Der kommer et øjeblik, hvor de jubler. Der kommer også et øjeblik, hvor de bliver kreative og prøver at forbedre den der virkede – fremhæv det. De søger løsninger selvom de havde en løsning – nu har de et valg. Hvad er bedst? Det er en del af læringen i Kaizen. Slut af med at de selv uddrager læring af øvelsen.	A4-papir, plads, tidstagning – stopur eller telefon, en alarm, klokke eller pivedyr til at signalere skift i faser.
Ø8 – 86-87	Det store billede Øvelsen går ud på at samle ledelsesteamet omkring et strategisk overblik. Som facilitator kan du komme med spørgsmål og skabe forbindelse mellem deltagerne – ”hvad tænker du?” – ”hvad ville jeres ansatte sige?” – ”Hvad ville patienterne sige?” – skab perspektiver og hjælp med at folde det ud. Hvis de har svar, så tjek at alle er enige, hvis de tøver, så spørg ind til det. Når de er færdige, skal de præsentere det samt hvor de begynder når de kommer hjem – hvad er de 2-5 vigtigste ting de skal starte på i morgen? Hvornår følger de op? Hvilken effekt vil de se af det? Stil undersøgende spørgsmål, der forpligter dem til opfølgning og resultater.	Print på A3 eller lav flips på forhånd. Skriveredskaber og evt. post-it's til at arbejde med ”Det store billede”.

Kilder

Rapporter m.m.

- Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, 2012
- Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, 2016
- Alment Praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, 2019
- Sundhedsanalyser, Lægemiddelstatistik og Sundhedsdataprogram, September 2016
- Danske Regioner, Vision for almen praksis i 2030, 2020.
- Sundheds- og Ældreministeriet, En læge tæt på dig – en plan for fremtidens almen praksis, 2018
- Anne Laursen, Almen praksis i et krydsfelt mellem patientinddragelse og andre konkurrerende krav, der risikerer at påvirke de praktiserende lægers arbejdsvilkår negativt, til ulempe for patienten, Masterprojekt, Aarhus Universitet, 2021.
- Sundhedsdatastyrelsen, Beskrivelse af almen praksissektoren i Danmark, 2016
- Sundhedsdatastyrelsen, Kronikeropfølgning i almen praksis – fokus på borgere med KOL og type-2 diabetes, 2016
- VIVE, Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser - En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter, 2020
- PLO Faktaark, 2017
- PLO Faktaark, 2018
- PLO Analyse - Ekstraudgifter på 30 mio. kr. til regions- og udbudsklinikker, 2019
- PLO Analyse - Antallet af patienter hos de praktiserende læger stiger fortsat, 2018
- Danmarks Statistik udtræk over selvmordsrater i Danmark, <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Data/doedelighed-og-erhverv/dodsars>
- KiAP, håndbog til rollen som klyngekoordinator, ikke dateret. Hentet maj 2021.
- Regionernes lønnings og takstnævn, overenskomststafte om almen praksis, 2022
- PLA, praksismanager – funktionsbeskrivelse, 2018
- Praksis+ - En **interaktiv** e-bog til (selv)hjælp og støtte i de første fem år i egen praksis, ikke dateret. Hentet maj 2021.

- Budget 2020, regionsrådets budetkonference - Notat om forskellige praksistyper
- Danske Regioner, Notat - "Spørgeramme til opsamling af erfaringer med regions- og udbuds- klinikker, jf. politisk aftale om bedre lægedækning januar 2017", 2018

Bøger

- Lencioni, Patrick: De fem dysfunktioner i et team, Gyldendal Business, 2015.

Artikler

- <https://dagensmedicin.dk/liged-handler-ikke-om-at-alle-skal-have-lige-meget-tid-med-laege/> - den gyldne skalpel til lægepraksis i Grenaa
- Annette Sofie Davidsen & Christina Fogtmann Fosgerau. "Mirroring patients – or not. A study of general practitioners and psychiatrists and their interactions with patients with depression", European Journal of Psychotherapy & Counselling, 2015.

Bilag

Bilag 1- Formidlingsoversigt

Bilag 2 – Kursusoplæg til almen praksis

Bilag 3 – Rapport: Projekt: Bedre arbejdsliv i almen praksis, 2019-2021.

Bilag 4 – Præsentation om Bedre arbejdsliv i almen praksis