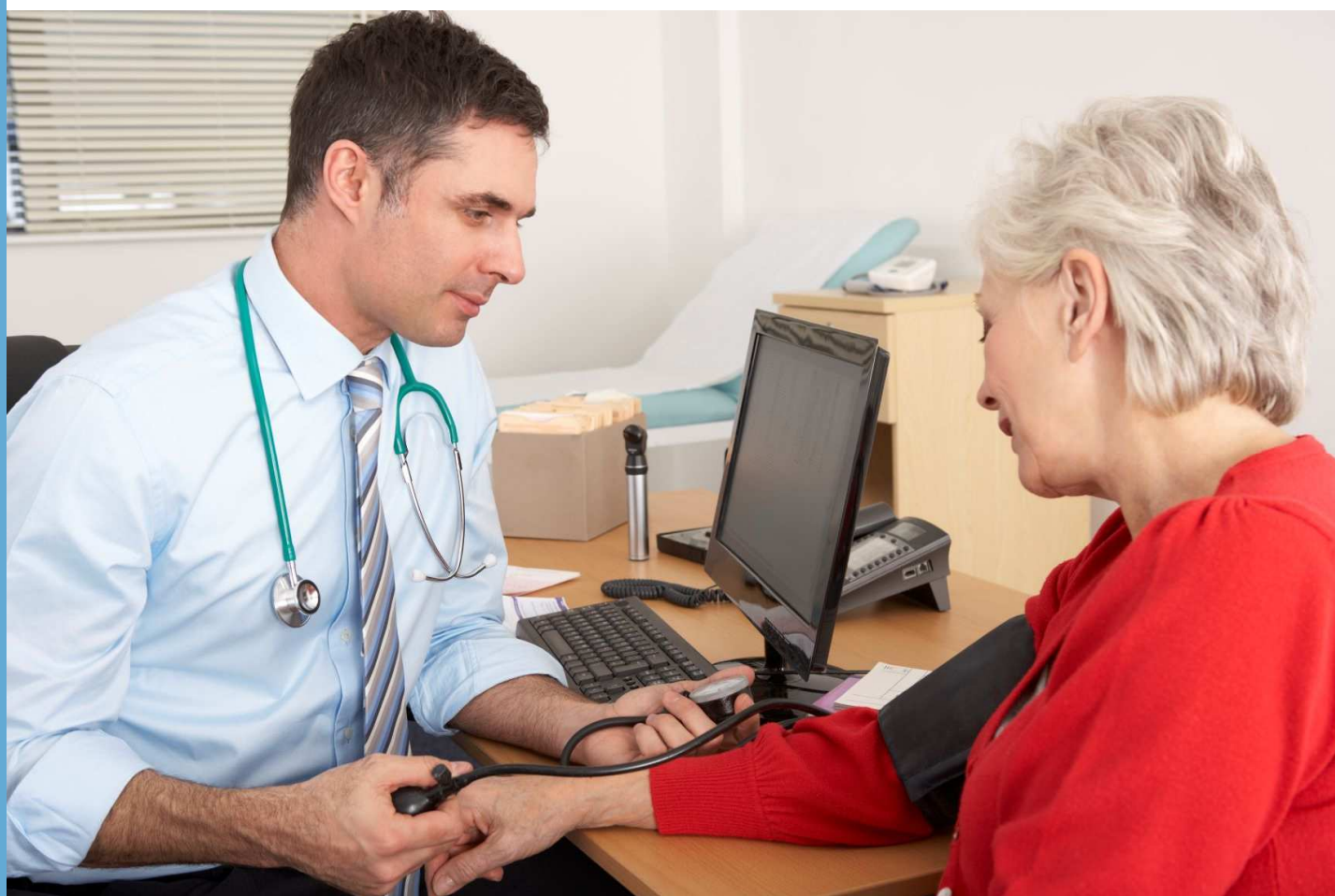


Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser

Januar 2020



Social- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.simb.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Indledning.....	3
2 Behandlingen i almen praksis	3
3 Benchmarkinganalyse på tværs af almen praksis.....	5
4 Kronikerindsatsen i strategisk udvalgte praksis.....	9

1 Indledning

På vegne af Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har VIVE gennemført en analyse af almen praksis' rolle i forhold til forebyggelse af sygehuskontakter blandt borgere med kroniske sygdomme (KOL og type 2-diabetes).

Borgere med kroniske sygdomme som type 2-diabetes og KOL skal som udgangspunkt følges og behandles i det nære sundhedsvæsen. Almen praksis spiller en væsentlig rolle i opsporingen, behandlingen og opfølgningen på borgere med kroniske sygdomme og er dermed en vigtig aktør i forhold til forebyggelse af unødvendige sygehuskontakter blandt disse borgere. Over de seneste år er almen praksis' rolle som tovholder for borgerne med kroniske sygdomme blevet styrket igennem politiske aftaler som overenskomstaftaler og aftaler om regionernes økonomi. Der er blandt andet foretaget justeringer af sygehusenes økonomiske incitamenter og incitamenter i almen praksis, ligesom der er aftalt en overdragelse af behandlingsansvaret fra sygehusene til almen praksis af patienter med ukompliceret KOL og type 2-diabetes.

At sikre velregulerede kroniske patienter i almen praksis og dermed forebygge og undgå nogle af sygehuskontakterne kan både være til gavn for den enkelte patient, men også for sundhedsvæsenets økonomi.

I analysen benchmarkes almen praksis under hensyn til forskelle i rammevilkår i forhold til sygehuskontakter blandt patienter med KOL og type 2-diabetes. Via den kvantitative analyse har VIVE også undersøgt, om der er særlige praksiskarakteristika forbundet med at have flere eller færre sygehuskontakter end forventet. Via kvalitative casestudier giver analysen desuden et praksisnært indblik i, hvordan læger og personale i ni strategisk udvalgte praksis arbejder struktureret med kronikerindsatsen.

Den samlede analyse kan anvendes til at arbejde med kvalitetsforbedringer i almen praksis, fx i de relativt nyetablerede kvalitetsklynger, hvor lægerne kan drøfte egen praksis og indsatser på kronikerområdet. Analysen kan også være med til at understøtte dialogen mellem regionen, kommunen og almen praksis og derved skabe bedre sammenspil og mere sammenhæng mellem de enkelte dele af sundhedsvæsenet i kronikerbehandlingen.

I de følgende afsnit beskrives de væsentlige fund og konklusioner fra VIVE's analyse. På vores hjemmeside www.simb.dk kan du finde den fulde rapport fra 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 diabetes patienter.*

2 Behandlingen i almen praksis

Der findes kliniske retningslinjer og anbefalinger for almen praksis' varetagelse af opgaver for borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes¹. Det fremgår af disse, at bor-

¹ Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning (2017): *KOL i almen praksis* og Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning (2019): *Type 2-diabetes – opfølgning og behandling.*

gere med KOL skal tilbydes en årlig kontrol indeholdende blandt andet en vurdering af sygdommens sværhedsgrad ved hjælp af spirometri (lungefunktionsundersøgelse)². Tilsvarende skal borgere med type 2-diabetes modtage en årskontrol, hvor sygdommen vurderes på baggrund af målinger af langtidsblodsukker, blodtryk mv.

Næsten alle borgere med henholdsvis KOL og type 2-diabetes har mindst én almindelig konsultation i almen praksis i løbet af 2017, og i gennemsnittet har borgere med disse sygdomme mere end 7 almindelige konsultationer årligt, jf. tabel 2.1. Herudover har borgere med KOL og type 2-diabetes typisk en række andre kontakter med almen praksis. Det er blandt andet kontroller, forebyggende undersøgelser samt telefon- og e-mailkonsultationer. En analyse fra Sundhedsdatastyrelsen (2019)³ viser, at når der ses på alle typer kontakter, har borgere med KOL i gennemsnittet 17 kontakter til egen læge på et år, og tilsvarende har borgere med type 2-diabetes i gennemsnit 16 kontakter på et år. Til sammenligning har borgere uden kroniske sygdomme i gennemsnit kun halvt så mange kontakter med egen læge.

Tabel 2.1

Behandlingen i almen praksis blandt KOL-patienter og patienter med type 2-diabetes, 2017

	KOL		Type 2-diabetes	
	Antal borgere	Andel, pct.	Antal borgere	Andel, pct.
Borgere med mindst én konsultation i almen praksis	155.604	94	212.828	95
Gennemsnitlige antal almindelige konsultationer per borger	7,5		7,6	
Borgere der har fået foretaget en årskontrol	70.771	43	129.694	56
Borgere med mindst én lungefunktionsundersøgelse	55.818	34		
	Antal praksis	Andel, pct.	Antal praksis	Andel, pct.
Klinikpersonalet varetager lungefunktionsundersøgelse	707	42		
Klinikpersonalet varetager rygeafvænning	562	33		
Klinikpersonalet varetager blodsukkermåling			509	28
Klinikpersonalet varetager urinundersøgelse			258	14

Anm.: Urinundersøgelse er selvrapporteret af almen praksis og kan dække over alle urinundersøgelser der kan udføres i almen praksis både i relation til type 2-diabetes, men også i relation til fx urinvejsinfektion.

Kilde: VIVE (2020): *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser – En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL og diabetes patienter.*

Til trods for at borgere med KOL og type 2-diabetes i gennemsnit har en del kontakter med almen praksis om året, viser analysen fra VIVE, at under halvdelen af borgere med KOL har fået foretaget en årskontrol i almen praksis i 2017, og at kun en tredjedel har fået foretaget mindst én lungefunktionsundersøgelse i almen praksis, jf. tabel 2.1. Tilsvarende har kun omkring 56 pct. af borgere med type 2-diabetes fået foretaget en årskontrol i almen praksis i løbet af 2017.

Det tyder dermed på, at langt fra alle borgere med kroniske sygdomme tilbydes en årlig kontrol i almen praksis. Nogle af de borgere, der ikke modtog en årskontrol i almen praksis, kan have været igennem et kontrolforløb et andet sted i sundhedsvæsenet, som fx et ambulatorie på sygehuset,

² Spirometri er en undersøgelse, hvor man vurderer lungefunktionen, ved at måle hvor meget og hvor hurtigt man kan puste luften ud af lungerne.

³ Sundhedsdatastyrelsen (2019), *Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom.*

mens andre slet ikke har været til årskontroller i løbet af 2017. Det tilsvarende er gældende for lungefunktionsundersøgelser blandt borgere med KOL.

En analyse af lungefunktionsundersøgelser blandt borgere med KOL viser dog, at langt de fleste af de borgere, der ikke har fået foretaget en lungefunktionsundersøgelse i almen praksis, heller ikke har fået dem andre steder i praksissektoren eller ambulant i sygehusvæsenet, jf. Sundhedsdatastyrelsen (2018), *Lungefunktionsmåling for borgere med KOL*.

Det fremgår endvidere af de kliniske vejledninger, at klinikpersonalet ansat i almen praksis med fordel kan inddrages i opfølgning og behandling af patienterne. Ifølge yderregistret har stort set alle læger angivet, at de har ansat klinikpersonale. Der er imidlertid forskelle på i hvor stort omfang, de enkelte praksis anvender klinikpersonalet i kronikerindsatsen. Godt 40 pct. af praksis med KOL-patienter har registreret i yderregistret, at klinikpersonalet varetager lungefunktionsundersøgelserne, og en tredjedel af praksis har registreret, at klinikpersonalet varetager rygeafvænning af borgerne, jf. tabel 2.1 ovenfor. Under 30 pct. af praksis med type 2-diabetespatienter har registreret, at klinikpersonalet varetager blodsuktermåling, mens 14 pct. af praksis har registreret, at klinikpersonalet varetager urinundersøgelserne.

I den fulde rapport kan du finde flere deskriptive opgørelser, som karakteristika af borgere med KOL og type 2-diabetes og praksiskarakteristika.

3 Benchmarkinganalyse på tværs af almen praksis

En stor del af borgere med kroniske sygdomme har mindst én årlig sygehuskontakt. Det fremgår af rapporten fra VIVE, at 3 ud af 4 af borgere med KOL havde minimum én sygehuskontakt i 2017, mens det tilsvarende blandt borgere med type 2-diabetes var omkring 2 ud af 3 borgere. Til sammenligning er det omkring halvdelen af hele befolkningen, der havde minimum én sygehuskontakt i 2017⁴. De fleste borgere med KOL og type 2-diabetes havde gentagne sygehuskontakter i løbet af 2017.

De faktiske antal sygehuskontakter på tværs af almen praksis

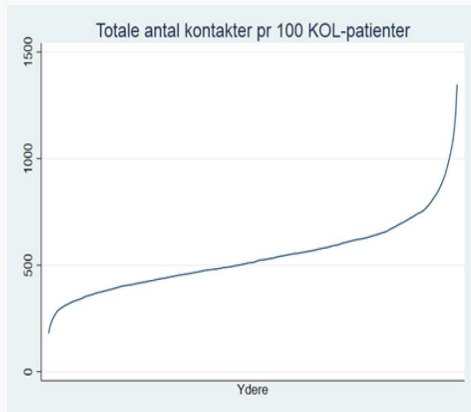
På tværs af almen praksis er der betydelige variationer i antal sygehuskontakter blandt henholdsvis KOL- og type 2-diabetes patienter. Antal sygehuskontakter pr. 100 borgere med KOL er i gennemsnit omkring 500 kontakter. Dette tal varierer betydeligt mellem de enkelte praksis, jf. figur 3.1. Således er der praksis med langt flere sygehuskontakter pr. 100 KOL-patienter, ligesom der er praksis med betydeligt færre sygehuskontakter pr. 100 KOL-patienter.

Tilsvarende ligger antallet af sygehuskontakter pr. 100 borgere med type 2-diabetes på knap 500 kontakter, men også blandt diabetespatienterne er der en betydelig variation mellem de enkelte praksis, jf. figur 3.2.

⁴ Sundhedsdatastyrelsen (2019), *Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet, 2009-2018*.

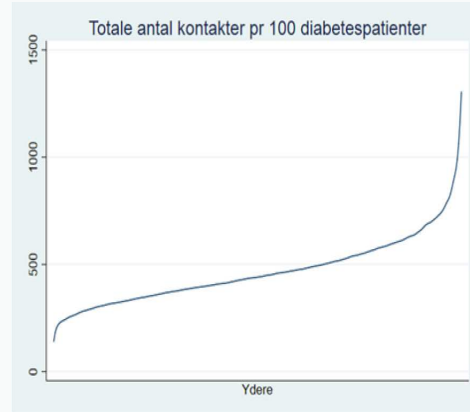
Figur 3.1

Faktiske antal sygehuskontakter pr. 100 KOL-patienter på tværs almen praksis, 2017



Figur 3.2

Faktiske antal sygehuskontakter pr. 100 type 2-diabetespatienter på tværs almen praksis, 2017



Anm.: Ydere angiver de enkelte almen praksis.

Kilde: VIVE (2020): *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser – En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL og diabetes patienter.*

I den fulde rapport kan du også se variationer på tværs af almen praksis i forhold til antallet af akutte sygehuskontakter og diagnoserelaterede kontakter.

Antal sygehuskontakter under hensyn til rammevilkår på tværs af almen praksis

Nogle af disse forskelle mellem almen praksis er i et vist omfang påvirket af, at de enkelte almen praksis har forskellige rammevilkår.

Rammevilkår er et begreb, som i denne forbindelse bruges om de strukturelle forhold, som den enkelte praksis opererer under. Rammevilkår er generelt kendetegnet ved, at de ikke kan ændres af den pågældende aktør på kort eller mellemlangt sigt. I VIVE's analyse er rammevilkår bestemt af den individbaserede demografiske og socioøkonomiske sammensætning af borgere med henholdsvis KOL og type 2-diabetes som alder, køn, uddannelsesniveau, civilstand, sygelighed i øvrigt, om borgerne modtager hjemmepleje eller hjemmehjælp og lignende forhold. Herudover udgør rammevilkår regionale forhold og sammensætning af patientpopulationen i den enkelte praksis.

Benchmarkingindikatoren beregnes ved hjælp af en statistisk model, jf. boks. 3.1.

Boks 3.1

Kontrol for rammevilkår og fortolkning af benchmarkingindikatoren

For at tage højde for forskellige rammevilkår mellem almen praksis estimeres ved hjælp af en regressionsmodel et forventet antal sygehuskontakter på individniveau, når der tages højde for rammevilkår. De forventede akutte kontakter aggregeres derefter til almen praksisniveau og vægtes i forhold til antallet af borgere med henholdsvis KOL og type 2-diabetes.

Det faktiske og det forventede antal kontakter pr. 100 borgere med KOL/type 2-diabetes benyttes til at beregne en benchmarkingindikator. Benchmarkingindikatoren viser, om den enkelte almen praksis har et højere eller lavere antal sygehuskontakter, end man kunne forvente, når der tages højde for rammevilkår. Benchmarkingindikator beregnes som:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \left(\frac{\text{Faktiske antal sygehuskontakter pr. 100 borgere med KOL/type 2 - diabetes}}{\text{Forventet antal sygehuskontakter pr. 100 borgere med KOL/type 2 - diabetes}} - 1 \right) \times 100$$

Benchmarkingindikatoren sikrer et bedre sammenligningsgrundlag på tværs af almen praksis, hvor betydningen af de identificerede rammevilkår er renset ud.

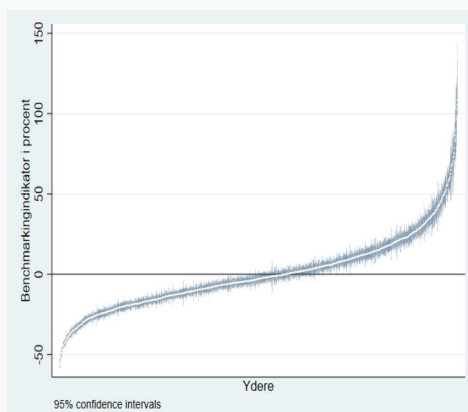
En lav benchmarkingindikator udtrykker, at almen praksis klarer sig bedre end, hvad man kunne forvente, mens en høj benchmarkingindikator indikerer, at almen praksis klarer sig dårligere, end hvad man kunne forvente.

En benchmarkingindikator på fx 50 pct. angiver således, at almen praksis har 50 pct. flere kontakter per 100 borgere med KOL/type 2-diabetes, end hvad man kunne forvente, mens en benchmarkingindikator på -50 pct. angiver, at en almen praksis har 50 pct. færre kontakter per 100 borgere med KOL/type 2-diabetes, end hvad man kunne forvente.

Figur 3.3 og 3.4 viser, hvordan de enkelte praksis placerer sig, når man ser på forskellen mellem det faktiske og det forventede antal sygehuskontakter pr. 100 KOL/type 2-diabetespatienter. Det ses, at der også efter en justering af rammevilkår er en betydelig variation på tværs af de enkelte praksis.

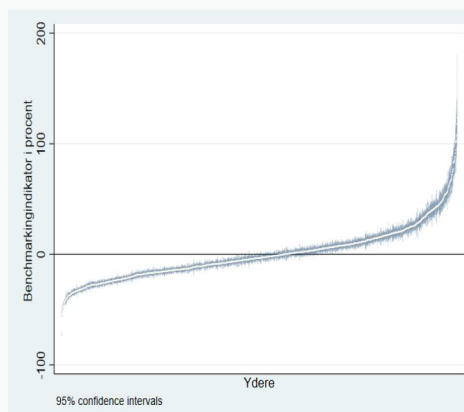
Figur 3.3

Benchmarkingindikator for antal sygehuskontakter pr. 100 KOL-patienter fordelt på tværs almen praksis, 2017



Figur 3.4

Benchmarkingindikator for antal sygehuskontakter pr. 100 type 2-diabetespatienter fordelt på tværs almen praksis, 2017



Anm.: Ydere angiver de enkelte almen praksis

Kilde: VIVE (2020): *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser – En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL og diabetes patienter.*

De 100 praksis med lavest benchmarkingindikator har i gennemsnit 38 pct. færre sygehuskontakter pr. 100 borgere med KOL, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår. Omvendt har de 100 af praksis med højest benchmarkingindikator i gennemsnit 60 pct. flere sygehuskontakter pr. 100 borgere med KOL, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår. Også blandt borgere med type 2-diabetes er der en betydelig variation i antal sygehuskontakter på tværs af praksis. De 100 praksis med lavest benchmarkingindikator har i gennemsnit 37 pct. færre sygehuskontakter pr. 100 borgere med type 2-diabetes, end man kunne forvente på baggrund af deres

rammevilkår. Omvendt har de 100 af praksis med højest benchmarkingindikator i gennemsnit 63 pct. flere sygehuskontakter pr. 100 borgere med type 2-diabetes, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

I den fulde rapport kan du finde flere resultater af benchmarking af almen praksis, herunder forskelle i antal akutte sygehuskontakter og andel borgere med diagnoserelaterede sygehuskontakter blandt henholdsvis KOL- og type 2-diabetes patienter.

Alle benchmarkinganalyser viser, at der eksisterer en betydelig variation på tværs af almen praksis, hvad angår både de samlede sygehuskontakter, akutte sygehuskontakter og andelen af patienter med en diagnoserelateret kontakt. Det tyder dermed på, at der kan være et betragteligt potentiale i forhold til at begrænse antallet af sygehuskontakter for KOL og type 2-diabetes patienter. Dette gælder både borgere med KOL og type 2-diabetes, jf. tabel 3.1.

I analysen af alle sygehuskontakter og akutte sygehuskontakter viser tallene, hvor mange procent flere/færre kontakter end forventet de 100 praksis i henholdsvis top og bund har. I analysen af diagnoserelateret kontakt viser tallene, hvor mange procent flere/færre borgere med KOL/type 2-diabetes end forventet, der har haft en diagnoserelateret kontakt. I alle opgørelserne er negativt fortegn udtryk for færre end forventet (top 100), mens positive fortegn er udtryk for flere end forventet (bund 100).

Tabel 3.1

Gennemsnitlige benchmarkingindikatorer for de 100 praksisser i hhv. top og bund af rangeringen, pct.

	KOL		Type 2-diabetes	
	<i>Flest ift. forventet</i>	<i>Færrest ift. forventet</i>	<i>Flest ift. forventet</i>	<i>Færrest ift. forventet</i>
Alle sygehuskontakter	60	-38	63	-37
Akutte sygehuskontakter	70	-46	57	-48
	<i>Størst andel ift. forventet</i>	<i>Mindste andel ift. forventet</i>	<i>Størst andel ift. forventet</i>	<i>Mindste andel ift. forventet</i>
Diagnoserelateret sygehuskontakt	90	-70	123	-78

Kilde: VIVE (2020): *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser – En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL og diabetes patienter.*

Sammenhæng mellem praksiskarakteristika og benchmarkingindikatoren

VIVE har undersøgt, om der er statistiske sammenhænge mellem praksiskarakteristika og sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetes patienter, når der samtidigt tages højde for rammevilkår i de enkelte praksis. Følgende sammenhænge kan fremhæves:

- En større andel af KOL- og type 2-diabetespatienter med en **årskontrol** i almen praksis hænger sammen med et lavere antal sygehuskontakter end forventet.
- En større andel af KOL-patienterne, der har fået foretaget en **lungefunktionsundersøgelse** i almen praksis hænger sammen med et lavere antal samlede sygehuskontakter samt en mindre andel med KOL-relaterede sygehuskontakter end forventet.
- Flere **konsultationer** i almen praksis blandt henholdsvis borgere med KOL- og type 2-diabetes hænger sammen med flere sygehuskontakter end forventet. Det omvendte er dog tilfældet mht. andelen af patienter med en diabetesrelateret kontakt. Det kan bemærkes, at antallet af kontakter i almen praksis både kan være udtryk for behandlingsindsatsen i almen praksis, men også et udtryk for tyngden blandt populationen.

- **Praksispersonalet der varetager rygeafvænning** hænger sammen med en mindre andel patienter med en KOL-relateret sygehuskontakt i forhold til forventet.
- **Praksispersonalet der varetager blodsuktermåling og urinundersøgelser** hænger sammen med færre totale antal sygehuskontakter end forventet blandt borgere med type 2-diabetes.

En robusthedsanalyse af disse statistiske sammenhænge indikerer, at flere af ovenstående resultater er "drevet" af de praksis, der har flest kontakter i forhold til det forventede. Det indikerer, at de praksis med flest sygehuskontakter i forhold til det forventede, leverer færrest årskontroller og lungefunktionsundersøgelser blandt KOL-patienter. Tilsvarende viser analysen både for KOL og type 2-diabetes patienterne, at praksis, der har flest sygehuskontakter i forhold til det forventede, i mindre udstrækning angiver at have uddelegeret rygafvænning, blodsuktermåling og urinundersøgelser til praksispersonalet

Sammenhængene mellem sygehuskontakter og lungefunktionsundersøgelser samt sygehuskontakter og årskontroller kan for det første være et udtryk for kvalitet i almen praksis, således at jo større andel af borgere med kronisk sygdom, der får foretaget årskontroller og lungefunktionsundersøgelser, jo flere velregulerede patienter, der ikke har brug for så mange sygehuskontakter.

Nogle af borgere med KOL og type 2-diabetes modtager imidlertid kontroller og undersøgelser i sygehusregi som en selvstændig planlagt ambulant kontakt. De viste sammenhænge kan derfor for nogle borgere være et udtryk for en substitutionseffekt, hvor fx borgere der ikke får foretaget en lungefunktionsmåling i almen praksis, i højere grad får foretaget en lungefunktionsmåling i sygehusregi. Jf. tidligere, har en analyse fra Sundhedsdatastyrelsen dog vist, at langt fra alle borgere med KOL, der ikke fik målt lungefunktion i almen praksis, modtog lungefunktionsundersøgelser i et planlagt forløb på sygehuset. Det tyder dermed på, at substitutionseffekten for lungefunktionsmålingerne er begrænset.

Det skal generelt bemærkes, at med Overenskomst for almen praksis 2018 mellem praktiserende lægers organisation og Regionernes lønnings- og takstnævn flyttes i disse år behandlingsansvaret for patienter med ukompliceret KOL og type 2-diabetes fra sygehusambulatorier til almen praksis. Det indebærer, at der fremover forventes at være færre borgere med KOL og type 2-diabetes med planlagt behandling og opfølgning på sygehusambulatorier. Det kunne derfor være relevant at gentage den gennemførte analyse igen ved en senere lejlighed og undersøge, hvordan almen praksis klarer sig i forhold til sygehuskontakter blandt borgere med KOL og type 2-diabetes.

4 Kronikerindsatsen i strategisk udvalgte praksis

Som en del af analysen har VIVE udarbejdet en kvalitativ afdækning af, hvordan strategisk udvalgte praksis arbejder struktureret med kronikerindsatsen. De kvalitative casestudier bygger på besøg og interviews med læger og personale i ni strategisk udvalgte praksis. Som følge af gældende regler om brug af personhenførbare data er det ikke muligt at identificere og udvælge de enkelte praksis på baggrund af antallet af sygehuskontakter blandt KOL- og type 2-diabetespatienter. I udvælgelsen har VIVE lagt vægt på at inkludere praksis, som ud fra en forhåndsvurdering har arbejdet på at sætte kronikerbehandling i system.

Det betyder, at vi for det første ikke ved, hvordan de ni udvalgte praksis klarer sig med hensyn til antallet af sygehuskontakter blandt deres patienter med henholdsvis KOL eller type 2-diabetes og

for det andet, at de ni praksis heller ikke er repræsentative for, hvordan man i almen praksis sektoren generelt arbejder med kronikerbehandling. Alle de udvalgte praksis arbejder systematisk med kronikerindsatsen. De varierer på praksisform, størrelse, geografi (land/by) og region.

Hovedresultater

Den kvalitative afdækning i de ni udvalgte praksis viser, at en systematisk kronikerindsats ikke hører bestemte praksisformer til, men kan udfolde sig i såvel større kompagniskaber med erfarent personale, som i relativt nyetablerede solopraksis med mindre erfarent personale. Analysen finder også, at den systematiske kronikerindsats kan eksistere i praksis placeret i byerne såvel som på landet.

Et fælles træk ved de ni strategisk udvalgte praksis, der arbejder systematisk med kronikerindsatsen er, at der sker en væsentlig brug af praksispersonalet i forbindelse med kronikerbehandlingen. Størstedelen af de uddelegerede opgaver varetages af sygeplejersker og i nogle tilfælde SOSU-assistenten. Arbejdsdelingen mellem læger og personale fremstår generelt som en forudsætning for at opretholde aktiviteten i kronikerindsatsen samtidig med, at det letter og koncentrerer lægernes arbejde om de komplicerede, multisyge patienter.

De fleste praksis understøtter uddelegering af kronikeropgaver til personalet via instrukser og flowcharts. I de udvalgte praksis er der fx klare instrukser til personalet for kliniske forundersøgelser til årskontroller, og der er tydelige procedurer for lægers og personales arbejdsgange.

Selvom de udvalgte praksis anvender praksispersonalet i kronikerbehandlingen er der dog også en række variationer på tværs af de ni praksis i forhold til, i hvor stort omfang personalet involveres, og hvilke opgaver der er uddelegeret til personalet.

VIVE har karakteriseret de ni praksis alt efter om der sker en lav, middel eller høj grad af uddelegering af kliniske opgaver relateret til KOL og diabetes til praksispersonale:

- Lav grad af uddelegering: praksis hvor kun forundersøgelser er uddelegeret.
- Middel grad af uddelegering: praksis hvor forundersøgelser samt opfølgende konsultation ved kvartals- og halvårskontroller er uddelegeret.
- Høj grad af uddelegering: praksis hvor forundersøgelser, konsultationer ved kvartals- og halvårskontroller og nogle årskontroller er uddelegeret.

Størst uddelegering ses hos kompagniskaber med erfarent⁵ og eventuelt specialiseret personale – her uddelegeres fx opgaver som forundersøgelser til årskontroller, selve konsultationer ved kvartals- og halvårskontroller samt nogle årskontroller.

Men ved at understøtte uddelegering via instrukser til personalet og flowcharts kan det også konstateres, at uddelegering af vigtige kerneopgaver som forundersøgelser til årskontroller samt kvartals- og halvårskontroller kan finde sted i solopraksis og praksis med relativt uerfarent personale.

⁵ VIVE har opdelt erfaringen blandt sygeplejersker og SOSU-assistenten groft i mindre, høj og specialiseret på følgende måde: mindre erfaring: sygeplejersker med op til to års erfaring i almen praksis, høj erfaring: sygeplejersker med mere end seks års erfaring, specialiseret: sygeplejersker med +10 års erfaring, som har specialiseret sig i kronikerbehandling.

I den fulde rapport fra VIVE kan du læse mere om, hvordan de strategisk udvalgte praksis arbejder med kronikerindsatsen, herunder i forhold til opsporing af kronisk sygdom, om lægernes erfaringer med elektroniske forløbsplaner, lægernes egen oplevelse af omfanget af sygehuskontakter blandt klinikkens kroniske patienter og lægernes perspektiver i forhold til kommunale tilbud.

Eksempelvis er der blandt de ni strategisk udvalgte praksis relativt få eksempler på datadrevet arbejde i kronikerbehandlingen. Analysen peger i den forbindelse også på, at der blandt nogle af de udvalgte praksis er begrænset opmærksomhed på de muligheder forløbsplansmodulet giver for at trække data.