

**Resultater fra Facilitatorordningen i Region Hovedstadens
Kronikerprogram
- Sammenskrivning af evalueringen af Facilitatorordningen**

**Udarbejdet af Facilitatorordningens projektgruppe på baggrund af
evalueringsrapporten fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København**

Februar 2013

Indhold

1. Forskningsenheden for Almen praksis anbefaler.....	3
2. Facilitatorordningen – en del af Kronikerprogrammet	3
3. Evalueringsdesign	4
4. Facilitatorer	4
5. Tilbud til almen praksis: Facilitatorbesøg.....	5
6. Tilslutning til Facilitatorordningen	5
7. Antal facilitatorbesøg i almen praksis.....	6
8. Indholdet på besøget	6
9. Klinikkernes tilfredshed med besøgene	7
10. Klinikkernes selvvalgte ændringer	8
11. Facilitatorordningens effekt på kronikeromsorgen	8
12. Diskussion: Effekt versus udgifter.....	8

1. Forskningsenheden for Almen praksis anbefaler

1. Rekruttering af praksis

De klinikker, der ikke havde tilmeldt sig Facilitatorordningen inden 1. november 2012, lå lavere på en del registerbaserede effektmål både ved baseline (før besøgene) og follow-up (efter besøgene), hvilket kunne indikere, at behovet for støtte til udvikling af praksis med særlige behov ikke løses ved den anvendte tilmeldingsprocedure.

Det bør derfor overvejes, om en mere målrettet rekruttering af deltagende klinikker skal anvendes ved kommende facilitatorprojekter.

2. Tydeligt mål med indsatsen

Det kan anbefales, at man nøje overvejer, om formålet og succeskriterierne er tilstrækkelig tydeligt beskrevet til at være handlingsanvisende for de involverede aktører.

3. Matchning

Det kan anbefales, at man i fremtidige facilitatorordninger, hvor det elektroniske lægesystem er vigtigt for besøgets indhold, matcher besøgere og besøgte, sådan at begge bruger det samme lægesystem. Alternativt at facilitatorerne lærer flere systemer og kun besøger praksis, som bruger disse.

4. Engagement og forpligtelse hos de besøgte praksis

Det bør overvejes, hvordan man kan stimulere eller ligefrem sikre de besøgte klinikkers aktive deltagelse og commitment.

2. Facilitatorordningen – en del af Kronikerprogrammet

Facilitatorordningen var ét af 18 delprojekter i Region Hovedstadens Kronikerprogram, som blev gennemført 2011-2012 med midler fra Sundhedsministeriet. Formålet var at implementere forløbsprogrammerne for KOL og type 2- diabetes i almen praksis.

Facilitatorbesøg var det primære praksistilbud i Facilitatorordningen. Alle praktiserende læger i Region Hovedstaden fik tilbud om besøg af en facilitator, som var en lægefaglig kollega med efteruddannelse i forløbsprogrammerne og facilitering. Besøgene i klinikkerne havde til formål at fremme kendskabet til forløbsprogrammerne og øge klinikernes færdigheder og interesse for behandlingen af patienter med kroniske sygdomme. Klinikkerne fik tilbudt tre besøg af én times varighed med honorar for tabt arbejdsfortjeneste.

Facilitatorordningen blev evalueret af Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Evalueringsdesignet var et randomiseret studie med både kvantitative og kvalitative effektmål. De kvantitative data bestod dels af registerdata og dels af spørgeskemabesvarelser fra de deltagende klinikker. Den kvalitative del af evalueringen er foretaget på baggrund af interviews med en række klinikker, facilitatorer, projektkonsulenter og styregruppe. Det skal bemærkes, at dataindsamlingen sluttede den 1. november 2012 – to måneder før projektafslutningen – hvilket betyder, at alle tal i dette sammenskriv ikke nødvendigvis er overensstemmende med tal i andre rapporter udarbejdet af Facilitatorordningens projektgruppe.

I det følgende er der samlet en sammenskrivning af evalueringsrapporten 'Facilitatorordningen i Region Hovedstadens kronikerprogram' udarbejdet af Forskningsenheden for Almen Praksis, København, der

har fungeret som ekstern evaluuator af projektet. Dette sammenskriv fokuserer på de overordnede konklusioner i rapporten og henvender sig til læsere, der ønsker et hurtigt overblik over rapportens hovedpointer. Sammenskrivningen er udarbejdet af Facilitatorordningens projektgruppe.

Evalueringsrapporten i sin fulde længde kan rekvireres ved henvendelse til Koncern Praksis, Region Hovedstaden.

3. Evalueringsdesign

Forskningsenheden gennemførte en randomiseret, kontrolleret undersøgelse (RCT) med 189 af de tilmeldte praksis og fordelte dem efter lodtrækning i to sammenlignelige grupper: Den ene gruppe fik tilbudt besøgene i 2011, mens den anden gruppe først fik tilbudt besøgene i 2012. Dette muliggjorde en vurdering af effekten af facilitatorbesøg, idet 2011-gruppen fungerede som interventionsgruppe, hvis ændringer i klinisk og organisatorisk adfærd i 2011 sammenlignedes med tilsvarende effektmål i den anden gruppe – kontrolgruppen – i samme periode. Data til belysning af ændringer i effektmålene indhentes både ved hjælp af spørgeskema til praksis og registre.

Desuden blev 14 klinikker fulgt nærmere ved observation af facilitatorbesøg og interview med klinikkerne om deres oplevelser og vurderinger af besøgene. Facilitatorerne blev også interviewet om de konkrete besøg og om facilitatorprojektet mere generelt. Dertil kommer observationer af møder i facilitatornetværket og fokusgruppeinterviews med facilitatorerne, samt interviews med projektledelsen og styregruppen.

4. Facilitatorer

Projektet havde 16 facilitatorer tilknyttet, hvoraf de 14 var praktiserende læger, og de to øvrige var organisationskonsulenter. Én af de lægefaglige facilitatorer var tilknyttet som en ekstra kapacitet i tilfælde af frafald, så det egentlige facilitatorkorps bestod af 15 facilitatorer.

Med henblik på at forberede facilitatorerne til at understøtte udviklingen mod en styrket kronikeromsorg i almen praksis og implementering af forløbsprogrammerne gennemgik de en facilitatoruddannelse, inden selve facilitatorbesøgene startede. Uddannelsen forløb fra november 2010 til februar 2011 og bestod af en række 3-timers seancer omhandlende faciliteringsprocesser, -værktøjer og -redskaber, kronikerprogrammet og faglig opdatering. Efter selve facilitatoruddannelsen mødtes facilitatorkorpset for at udveksle erfaringer og sparre med hinanden, ligesom der på disse netværksmøder også var supplerende uddannelse.

Facilitatorerne beskriver uddannelsesforløbet som overvejende godt og udviklende, især arbejdet med facilitatorrollen med en erhvervspsykolog fremhæves som udbytterigt. De vurderer, at alle uddannelsesprogrammets dele har været vigtige, herunder både introduktion til forløbsprogrammerne og viden om og ideer til, hvordan man formidler og udvikler. De efterfølgende netværksmøder, hvor facilitatorerne har arbejdet videre med særlige problemstillinger, sparrat med hinanden og hørt om hinandens erfaringer, beskrives for det meste også i positive vendinger. Dog kunne nogle af facilitatorerne godt have ønsket sig, at man som et supplement til det eksisterende program var blevet opdelt i nogle mindre teams, hvor man kunne sikre sig yderligere sparring om de gode og de dårlige besøg.

5. Tilbud til almen praksis: Facilitatorbesøg

Der var lagt op til, at den enkelte klinik selv kunne bestemme indholdet og dagsordenen for besøget (besøgene). Til det formål og til facilitators forberedelse skulle hver tilmeldt klinik tilkendegive i et elektronisk spørgeskema (planlægningsspørgeskemaet), hvad de ønskede af indhold på besøget.

Desuden blev hver klinik bedt om at udfylde et baseline-spørgeskema om deres organisering og hvordan de håndterede KOL og diabetes på mm.. Baseline-spørgeskemaet fungerede også som en del af facilitators forberedelse af besøget.

Klinikkerne fik tilbudt op til 3 besøg af 1 times varighed, dog med mulighed for at slå to besøg sammen til ét. Klinikker kunne også slå sig sammen og deltage i et fælles faciliteringsforløb, hvilket flere samarbejdsklinikker valgte.

Klinikkerne opfordredes til, at alle læger og alle personaler deltog i faciliteringsbesøgene. Efter hvert besøg udfyldte facilitatoren en elektronisk besøgsrapport, som blev sendt til både den besøgte klinik og evaluatør.

Klinikkerne har været meget positive overfor at få en facilitator ud i deres klinik, frem for at de skal deltage i større fællesmøder. Klinikkerne lægger vægt på, at de dermed kan fokusere på deres egne problemstillinger i et trykt miljø, og at dette beforder muligheden for mere kritiske spørgsmål til klinikken, og at klinikken tør stille ”dumme spørgsmål”. Møder i – og om – egen praksis bliver mere målrettet egne behov. Flere klinikker nævner, at selv om de på større fællesmøder kan lære af andre deltageres spørgsmål, så er mange af de andres spørgsmål ikke så relevante for dem, hvilket betyder at de godt kan opleve, at de spilder tiden.

Projektets to organisationsfacilitatorer er ikke kommet så meget i spil. Flere klinikker har givet udtryk for at, de ikke kendte til muligheden for at få besøg af en organisationsfacilitator, og et par klinikker, der havde hørt om muligheden, troede at det var et andet tilbud. Flere af klinikkerne forestillede sig, at organisationsfacilitatorerne er tiltænkt klinikker, der er længere fremme, end de selv var, og at de selv havde mere behov for praktisk-teknisk støtte. I modsætning hertil angav den observerede klinik, der valgte at få besøg af en organisationsfacilitator, at organisatoriske forhold såsom mødestrukturer og ledelse er forudsætninger for det videre arbejde med implementering af nye tiltag. De anser dette tilbud som værende relevant for alle klinikker. De vurderer desuden, at de

6. Tilslutning til Facilitatorordningen

Alle 766 praksis i Region Hovedstaden blev inviteret og opfordret til at tilmelde sig facilitatorordningen. Ved afslutningen af evalueringen (1. november 2012 – to måneder før facilitatorordningens afslutning) havde 504 praksis tilmeldt sig ordningen, svarende til 66 % af samtlige praksis i regionen. 73 af de 504 tilmeldte praksis havde ved evalueringens afslutning ikke modtaget besøg pga. sen tilmelding, manglende interesse, svære at komme i kontakt med eller tidsnød. Tilmeldingsraten på 66 % ligger dermed under facilitatorordningens eget succesmål på mindst 80 % deltagelse.

Tilmeldingerne til facilitatorprojektet har været langt hyppigere blandt kompagniskabspraksis og delepraksis end blandt solopraksis: Ca. 75 % af regionens kompagniskabspraksis og ca. 81 % af delepraksis tilmeldte sig mod kun godt 61 % af solopraksis.

7. Antal facilitatorbesøg i almen praksis

De deltagende praksis kunne få op til 3 facilitatorbesøg á en times varighed. Ikke alle har ønsket 3 besøg. Nogle klinikker har slået to besøg sammen til ét og altså på den måde alligevel modtaget det maksimale antal besøgstimer. En del klinikker havde ved evalueringens afslutning ikke nået at modtage alle ønskede besøg.

Nogle få klinikker har allerede efter det første eller det andet besøg tilkendegivet, at de ikke ønskede at modtage flere facilitatorbesøg. Antal besøg i de enkelte klinikker fordeler sig som det fremgår af nedenstående tabel.

Tabel: Antal besøg fordelt på besøgsnummer

Antal besøg	Antal (og procent) af de tilmeldte klinikker
0 besøg	73 (14,5)
1 besøg	93 (18,5)
2 besøg	169 (33,5)
3 besøg	160 (31,7)
4 besøg	9 (1,8)
Total	504 (100)

Kilde: Forskningsenheden for Almen Praksis

8. Indholdet på besøget

Det fremgår af facilitatorordningens projektbeskrivelse, at facilitator forbereder sig til besøget i forhold til de emner, klinikken ønsker at arbejde med i det tilfælde, hvor klinikken på forhånd havde oplyst, hvad klinikken ønskede som emne på besøgene.

De mest ønskede emner var:

- 1) Introduktion til – eller optimeret brug af – datafangstmodulet.
- 2) Systematisering af behandling og opfølgning i forhold til patienter med kroniske sygdomme.

Hvert af disse emner blev nævnt i over en tredjedel af besvarelsene. Med hensyn til interessen for kronikeromsorgen var det især et øget fokus på KOL, som stod højt på ønskelisten hos mange klinikker, idet KOL blev nævnt dobbelt så hyppigt som diabetes.

Derudover – eller i forbindelse med fokuseringen på håndteringen af kronisk sygdom – ønskede godt en sjettedel af klinikkerne at diskutere, hvordan opgavefordelingen mellem læger og andet personale i klinikken kunne optimeres. Endelig ønskede et mindre antal klinikker at få hjælp til generel effektivisering af drift og/eller mødeledelse, samt at høre mere om kommunens sundhedstilbud, herunder SOFT-portalen

Indholdet i besøgene kan også aflæses af de besøgsrapporter, som facilitatorerne har udfyldt efter hvert besøg. Ifølge besøgsrapporterne blev der ved besøgene oftest fokuseret på emnerne datafangst, KOL, diabetes, ICPC-diagnosekodning og stratificering. Besøgernes fokusområder fremgår af nedenstående tabel.

Tabel: Fokusområder i besøgene

Emne	Andel af praksis, hvor emnet var tema ved min. ét besøg
Datafangst	88
KOL	72
Diabetes	66
ICPC	62
Stratificering	55
Lægesystem	54
Arbejdsdeling	52
SOFT-portalen	49
Instrukser for arbejdsdeling	38
Tovholderrollen	35
Kommunen	34
Klinikkens mission	16
Hospital	14
Webreq	12
Gennembrudsmetoden	11
Mødestyring	11
Ledelse	9

Kilde: Forskningsenheden for Almen Praksis

I mange tilfælde har der i de interviewede klinikker ikke været nogen decideret forberedelse inden det første facilitatorbesøg. De har talt om, at de ville tilmeldes, og måske kort om et emne for besøget. Klinikken har ikke holdt et internt forberedende møde inden, men flere nævner, at de kort eller lidt løst over frokosten har talt om, hvilket emne de ville have fokus på. Nogle klinikker har betragtet deres besvarelse af spørgeskemaerne (baseline og planlægningskemaet) som en tilstrækkelig forberedelse. Holdningen er generelt, at der ikke er ressourcer til mere forberedelse, og at projektet heller ikke lægger op til det.

9. Klinikernes tilfredshed med besøgene

I oktober 2012 blev der udsendt et kort spørgeskema til samtlige af de klinikker, som havde modtaget minimum ét facilitatorbesøg. Skemaerne indeholdt fire spørgsmål. Et af de fire spørgsmål omhandlede klinikernes tilfredshed med besøgene, som blev besvaret af 255 af de 431 adspurgte praksis.

Ca. 2/3 af praksis er i de to mest positive kategorier på 7-punkts-skalaen, mens kun 3 % placerer sig i de to kategorier for mest utilfredse.

Interviewene med praksis understøtter i høj grad resultaterne fra spørgeskemaet i og med at de fleste af de interviewede praksis var tilfredse med besøgene og udbyttet heraf. Flere nævner, at besøgene har virket tidsbesparende og medført, at flere ting er indført hurtigere og lettere. Bl.a. har facilitator gennemgået datafangst og givet anvisninger til implementeringsprocessen, og flere klinikker er begyndt at bruge datafangst og diagnosekodning mere. Der er dog også eksempler på mere negative vurderinger. Dette gælder ikke kun udbyttet, men også facilitatorens tilgang.

10. Klinikernes selvvaluerede ændringer

Et af spørgsmålene i follow-up skemaet afprøvede påstanden: "Vi har gennemført de ændringer i klinikken, som vi har besluttet os for i forbindelse med facilitatorforløbet". Respondenterne kunne angive på en 7-trins skala i hvor høj grad dette var tilfældet. 258 af 431 besvarede. 9 % af dem, der har besvaret spørgsmålet, har ikke besluttet sig for nogen ændringer, og spørgsmålet kan derfor ikke besvares. 2 % har overhovedet ikke gennemført de besluttede ændringer, hvorimod 12 % har gennemført dem fuldt ud. De resterende (77 %) placerer sig i de mellemliggende kategorier.

11. Facilitatorordningens effekt på kronikeromsorgen

Hele gruppen under ét (interventionsgruppe og kontrolgruppe) forbedrede sig signifikant fra studiets start til slutningen af studiet på alle de outcomes, der blev målt på.

På den ene side viser de registerbaserede effektmålinger ingen effekt af Facilitatorordningen: Der er ingen signifikante forskelle mellem de to grupper, hvad angår stigningen i systematiske årskontroller ($p=0,40$), stigningen i brugen af den specifikke diabetes-årskontrol ($p=0,27$), eller i faldet i andelen af praksis med mindre end 1 % årskontroller per patient ($p=0,85$). Ligeledes er der heller ingen signifikant forskelle i tilmeldingen til datafangstmodulet ved slutningen af studiet ($p=0,14$). Men der var en hurtigere tilmeldingsrate hos de besøgte klinikker. Stigningen i kontrolgruppen sætter ind senere. Det betyder med andre ord, at interventionsgruppen havde flere dage med datafangst end kontrolgruppen.

På den anden side ses signifikante forskelle mellem grupperne ud fra effektberegningen baseret på klinikernes egne angivelser (besvarelser af spørgeskemaerne): De praksis, der får besøg, klarer sig bedre end kontrolgruppen på parametrene stratificering, ICPC-kodning og årskontrol for KOL, hvorimod der ikke er nogen forskel på årskontrol for diabetes. Det sidste kan skyldes, at de fleste praksis allerede inden studiet blev påbegyndt som hovedregel udførte årskontroller for diabetes, og at der derfor var begrænset plads til forbedringer.

12. Diskussion: Effekt versus udgifter

Facilitatorordningens projektgruppe har oplyst, at den samlede udgift til projektet beløber sig i alt 12,7 millioner kr., heraf er halvdelen (6,5 mill. kr.) brugt på løn til facilitatorerne, ca. 2,5 mill.kr. er anvendt til lønninger i projektsekretariatet, og 2,4 mill. til godtgørelse af klinikernes tabte arbejdsfortjeneste. De resterende 1,3 millioner kr. er gået til uddannelse, workshops, evaluering, informationsmateriale mm. De samlede direkte omkostninger per besøg var derfor godt 13.000 kr. Det er en smagssag, om man synes, at projektudgifterne i facilitatorprojektet har været store eller små i forhold til det dokumenterede udbytte. Men ligegyldigt hvad, så bør man vel under alle omstændigheder stille sig to spørgsmål: 1) Kan den opnåede effekt frembringes billigere på andre måder? 2) Kan facilitatorbesøg som kvalitetsudviklingsmetode gøres mere effektive end i dette projekt?