

Udbytte og tilfredshed med klyngearbejdet –

En spørgeskemaundersøgelse blandt landets
praktiserende læger i 2023



DECEMBER 2023

Indhold

1. SAMMENFATNING	3
2. BAGGRUND	6
3. METODE	7
4. OPLEVELSE AF KLYNGEARBEJDET	10
TILFREDSHED MED KLYNGEMØDERNE OG KLYNGEARBEJDET	10
KLYNGEMØDERNE SOM SOCIALE OG FAGLIGE FÆLLESSKABER	14
KLYNGEKOORDINATORERNES OPLEVELSE OG VURDERING AF KLYNGEARBEJDET	16
UDFORDRINGER I KLYNGEARBEJDET SET FRA KLYNGEKOORDINATORENS SIDE.....	18
SAMMENFATNING	19
5. UDBYTTET AF KLYNGEARBEJDET	20
OPGØRELSE AF OPLEVET UDBYTTET	20
FORHOLD MED BETYDNING FOR OPLEVelsen AF UDBYTTET AF KLYNGEARBEJDET	22
UDDYBENDE ANALYSER PÅ OPLEVET UDBYTTET.....	24
HVAD SKABER ET GODT OG ET MINDRE GODT KLYNGEMØDE?	26
SAMMENFATNING	31
6. ÆNDRINGER I PRAKSIS	33
OPGØRELSE AF ÆNDRINGER I PRAKSIS	33
FORHOLD MED BETYDNING FOR ÆNDRINGER I PRAKSIS	35
ANDRE FORHOLD MED BETYDNING FOR ÆNDRINGER I PRAKSIS	36
ANDRE ÆNDRINGER I PRAKSIS	37
HVORFOR SKER DER IKKE ÆNDRINGER I PRAKSIS?	37
HVAD SKAL DER TIL FOR, AT KLYNGEARBEJDET I HØJERE GRAD VILLE FØRE TIL KVALITETSFORBEDRINGER I PRAKSIS?	37
SAMMENFATNING	41
REFERENCER	43
BILAG	43
BILAG 1: SPØRGESKEMA	44
BILAG 2: OPLEVELSE AF KLYNGEMØDERNE	52
BILAG 3: OPLEVELSE AF KLYNGEARBEJDET	53
BILAG 4: KRYDSTABELLER MED SIGNIFIKANSTEST	54

1. Sammenfatning

Styregruppen for kvalitet har bedt KiAP om *at undersøge klyngemedlemmernes oplevede udbytte af klyngearbejdet, herunder skitsere forhold, hvor arbejdet i klyngerne har gode og mindre gode betingelser for at bidrage til kvalitetsforbedringer i almen praksis.*

Til dette formål er der udsendt en spørgeskemaundersøgelse blandt alle praktiserende læger i Danmark i sommeren 2023. 67 % af lægerne har besvaret spørgeskemaet om deres udbytte og tilfredshed med klyngearbejdet 2023. Nedenfor præsenteres undersøgelsens hovedresultater¹.

Resultater

Samlet set viser resultaterne, at klyngemedlemmerne generelt set bakker op om klyngekonceptet.

- 79 % angiver, at de er tilfredse med klyngemøderne
- 76 % ser klyngerne som understøttende for kvalitetsudviklingen i almen praksis
- 90 % oplever, at der er en aktiv deltagelse på klyngemøderne
- 70 % oplever, at der er enighed om, hvad der skal komme ud af klyngearbejdet
- 68 % oplever, at de har overskud til at deltage i klyngearbejdet.

Den overordnede positive holdning til klyngekonceptet bakkes op af besvarelserne fra klyngekoordinatorerne, der dog også oplever et manglende engagement blandt medlemmerne.

- 81 % af klyngekoordinatorerne oplever, at det går godt i deres klynge
- 71 % karakteriserer deres eget engagement i rollen som klyngekoordinator som stort
- 64 % angiver, at de faciliterer møderne selv, og har det fint med opgaven. Alligevel ville 72 % tage imod et tilbud om 'ekstern' facilitering, hvis det blev udbudt.

I svarene på de åbne spørgsmål beskriver nogle koordinatore imidlertid også, at de oplever et manglende engagement blandt klyngens medlemmer. Det handler både om manglende svar om deltagelse på klyngemøder og manglende engagement på klyngemøderne. Det er også tydeligt, at koordinatorrollen for nogen opleves som krævende.

¹ Der skal gøres opmærksom på, at genstandsfeltet for undersøgelsen er klynge-medlemmernes oplevede udbytte og tilfredshed med klyngekonceptet som helhed. Undersøgelsen har således ikke haft til sinde at differentiere mellem, hvilke understøttende tilbud, klyngerne eventuelt har benyttet sig af.

Udbytte af klyngearbejdet

I forhold til undersøgelsen fra 2021 er der sket en positiv udvikling i det oplevede udbytte, idet andelen af klyngemedlemmer, der oplever et lavt udbytte, næsten er halveret. Der er imidlertid fortsat en stor midtergruppe, der angiver, at de har et 'middel' udbytte.

- 46 % oplever et 'stort' (40 %) eller 'meget stort' (6 %) udbytte af klyngemøderne. 38 % angiver udbyttet som 'middel', mens 16 % har et lille (11 %) eller meget lille (5 %) udbytte af klyngemøderne.
- Andelen, der oplever et 'lille' eller 'meget lille' udbytte, er næsten halveret siden 2021 (fra 30 % i 2021 til 16 % i 2023). Samtidig er andelen, der oplever et 'stort' eller 'meget stort' udbytte af klyngearbejdet, steget fra 30 % i 2021 til 46 % i 2023.

Det faglige indhold og de sociale rammer, hvordan møderne afvikles og medlemmernes grundlæggende holdning til klyngearbejdet, har betydning for oplevelsen af udbytte:

- *At emnerne opleves som relevante*
- *At klyngens medlemmer er tilfredse med klyngens ledelse*
- *At man i klyngen er enig om, hvad man ønsker at få ud af klyngearbejdet*
- *At klyngens medlemmer oplever sammenhold og samhørighed*
- *At data anvendes i drøftelserne på mødet*
- *At klyngens medlemmer er motiveret for og har overskud til at deltage i klyngearbejdet.*

I svarerne på åbne spørgsmål om, hvad der kendetegner et godt og et mindre godt klyngemøde sætter klyngemedlemmerne flere ord på oplevelsen af udbytte:

Et godt klyngemøde er et møde, hvor det faglige udbytte er stort. Emnet skal være praksisnært og direkte relaterbart til den kliniske hverdag, og helst bidrage med konkret læring, så det er muligt at foretage ændringer i klinikken på baggrund af mødet. Mødet skal bidrage med ny faglig viden – gerne fra en ekspert på området, og dialogen blandt kolleger skal inspirere til og danne grundlag for refleksioner over egen praksis.

Det mindre gode klyngemøde er et møde, hvor deltagerne oplever at blive præsenteret for dårlige data eller en dårlig facilitator/oplægsholder, der ikke har tilstrækkeligt kendskab til arbejdet i almen praksis.

Ændringer i praksis

Resultaterne viser, at godt halvdelen af klyngemedlemmerne er motiverende for at skabe ændringer i praksis. De viser imidlertid også, at der for mange klyngemedlemmer er lang vej fra faglige indsigter og gode dialoger på klyngemødet til konkrete forandringer i praksis.

- 45 % angiver, at klyngemøderne ikke har ført til kvalitetstiltag i praksis

- Det er især konkrete emner som udskrivning af medicin, der fører til ændringer i praksis
- Der er større sandsynlighed for, at der sker ændringer i praksis, hvis man er en del af en mindre klynge end en større klynge.

Manglende tid og overskud udgør en stor del af forklaringen, men resultaterne tyder også på, at sandsynligheden for at skabe ændringer i praksis, hænger sammen med:

- *Om klyngen på mødet drøfter ændringer, der kan foretages i klinikken efter mødet*
- *Om praksispersonalet involveres efter mødet*
- *Om klyngen følger op på de emner, de tidligere har behandlet*

I svarerne på de åbne spørgsmål beskrives forslag til, hvordan klyngearbejdet i højere grad kan omsættes til forbedringer i klinikken:

- Data af høj kvalitet – men data skal ikke være styrende for valg af emne
- Tid på mødet til erfaringsudveksling med kollegaer fra både egen og andre klinikker
- Forskelligt 'plug and play'- materiale, der gør det let at følge op i klinikken efter mødet
- Systematisk opfølgning i klyngen på de emner, som klyngen tidligere har arbejdet med.

2. Baggrund

Det er nu ved at være fem år siden, at arbejdet med kvalitetsudvikling i regi af lægefaglige fællesskaber i lokalt forankrede klynger blev igangsat som en del af overenskomstaftalen 2018 mellem PLO og RLTN.

I forbindelse med etableringen af klyngerne blev der påbegyndt et forskningsprojekt, der skulle følge arbejdet med kvalitetsudvikling i klyngerne. VIVE og de fire forskningsenheder for Almen Praksis blev valgt til at udføre dette. Resultater fra VIVE og de fire forskningsenheder for Almen Praksis (2021²) viste blandt andet, at mere end to ud af tre praktiserende læger oplevede, at de fik et moderat eller højt udbytte af at deltage i klyngerne. Det betød også, at knap hver tredje oplevede et lavt udbytte af klyngearbejdet.

Styregruppen for kvalitet tog i 2023 derfor initiativ til, at KiAP skulle undersøge klyngemedlemmernes oplevede udbytte af klyngearbejdet, og i den forbindelse skitsere de forhold, hvor arbejdet i klyngerne har gode/dårlige betingelser for at skabe kvalitetsforbedringer i egen praksis til gavn for patienterne.

Spørgeskemaundersøgelsen er centreret omkring følgende tre overordnede emner:

1. Oplevelse af klyngemøderne og klyngearbejdet som helhed

Emnet omfatter, i hvor høj grad klyngemedlemmerne er tilfredse med klyngemøderne, deres oplevelse af klyngemøderne som faglige og sociale fællesskaber, og hvordan klyngekoordinatorerne ser på deres rolle.

2. Udbytte af klyngemøderne

Emnet omfatter, i hvilket omfang klyngemedlemmerne oplever at have udbytte af at deltage i klyngearbejdet, hvilke forhold har betydning for det oplevede udbytte, og hvad der karakteriserer et godt og et mindre godt klyngemøde.

3. Fra klyngemødet til ændringer i praksis

Emnet omfatter, i hvilket omfang klyngemedlemmerne vurderer, at diskussionerne og indsigter fra klyngemødet har medført ændringer i praksis, herunder hvad der hæmmer og fremmer implementering af viden og indsigter fra klyngearbejdet i det daglige arbejde i praksis.

² VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) og de fire forskningsenheder for Almen Praksis (forkortet i denne rapport til FEA) afrapportererede i 2022 i en samlet rapport, der dækker over fire delundersøgelser. Når vi i denne rapport refererer til VIVE/FEA 2021 henvises til den del af undersøgelsen, der var en spørgeskemaundersøgelse, og som blev gennemført i 2021. Når vi refererer til VIVE/FEA 2022 henvises til den samlede rapport, som også indeholder interviews, en case undersøgelse og en registeranalyse.

3. Metode

Dataindsamling

Data er indsamlet via et elektronisk spørgeskema, og indeholder både holdningsspørgsmål og -batterier, ja/nej-spørgsmål samt fritekstspørgsmål (se bilag 1). Klyngekoordinatorer og bestyrelsesmedlemmer er blevet stillet flere spørgsmål end klyngemedlemmerne.

PLO har bidraget med hjælp ved at stå for gennemførelse og administration af spørgeskemaundersøgelsen. Respondenternes mailadresser blev tilføjet datasættet uden KiAP's adgang til datasættet eller kendskab til, hvilke mailadresser og oplysninger, der tilhørte hvilke respondenter. KiAP har derfor udelukkende adgang til datasættet i en ikke-personhenførbart version, medmindre respondenter selv har givet samtykket til at blive kontaktet og angivet kontaktoplysninger.

I forhold til GDPR har KiAP med juridisk rådgivning fra PLO, beskrevet følgende om håndteringen af data i udsendelsesmailen til alle læger: *Data, som indsamles som et led i denne undersøgelse, behandles efter regler i persondataforordningens art. 6, stk.1, litra f.*³

Data

Spørgeskemaet blev besvaret i perioden d. 27. juli til og med 13. august og sendt til de praktiserende læger, som fremgår af PLO's medlemsliste. Det betyder, at praktiserende læger som udelukkende er med i fagforeningen 'Yngre læger' eller slet ikke er medlem af PLO, ikke er inkluderet i denne undersøgelse. Datasættet indeholder, udover besvarelserne fra spørgeskemaet, informationer om klyngerne fra KiAP's klyngeoversigt samt aktivitetsrapporten fra 2023, der giver mulighed for at inkludere en række baggrundsoplysninger til de relevante analyser. Efter indsamling blev data opbevaret på adgangsbegrænsede servere hos PLO. Herefter fik KiAP tidsbegrænset adgang til at trække et ikke-personhenførbart datasæt til den videre analyse.

Besvarelser og frafald

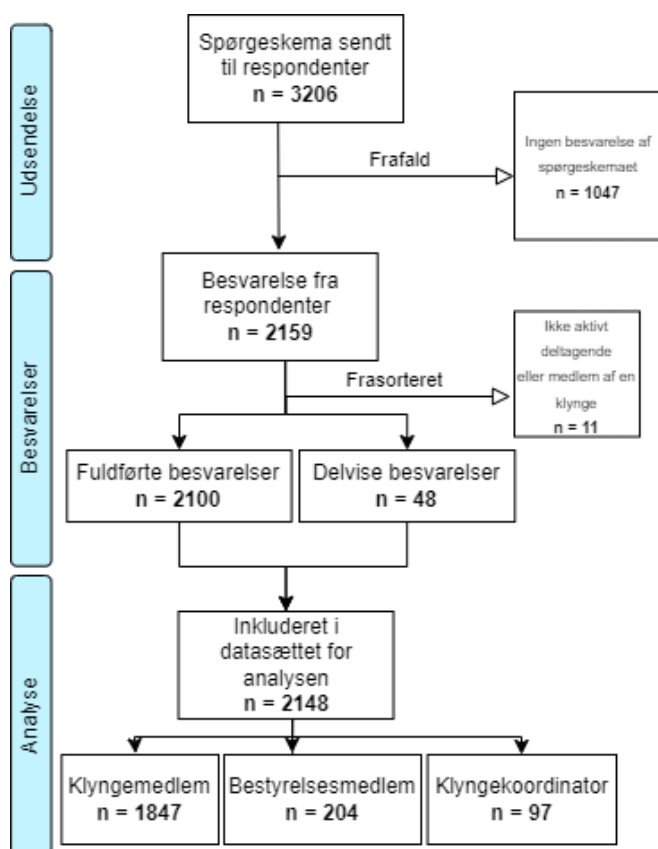
Spørgeskemaet blev besvaret af 2.159 praktiserende læger, hvor 11 af disse udgik, da de enten angav, at de ikke var med i en klynge eller ikke havde deltaget i klyngearbejdet. Derfor indgik der 2.148 respondenter i det endelige datasæt. Det svarer til en svarprocent på 67 % ud fra alle respondenter, som modtog spørgeskemaet.

Bemærk at delvise besvarelser er talt med i de samlede 2.148 respondenter. Spørgeskemaet er digitalt og er tilpasset i forhold til bestemte svar på udvalgte spørgsmål om fx den rolle,

³ <https://gdpr.dk/databeskyttelsesforordningen/kapitel-2-principper/artikel-6-lovlig-behandling/>

som respondenterne har angivet at have i klyngen. Det medfører, at nogle analyser har mindre end 2.148 respondenter som datagrundlag, som vist i flowchart herunder.

Figur 3.1: Flowchart



En frafaldsanalyse er gennemført for at se om de respondenter, der ikke besvarede spørgeskemaet, adskiller sig systematisk fra de inkluderede respondenter. Resultaterne af denne analyse på udvalgte baggrundsvariabler ses i tabel 3.1. herunder.

Tabel 3.1: Frafaldsanalyse

Variabel	Inkluderede	Frafald	P-værdi
Alder	51,38 år i gennemsnit	51,24 år i gennemsnit	P-værdi: 0.6702
Køn	Mand: 795 (37,5%) Kvinde: 1353 (62,5%)	Mand: 423 (43,3%) Kvinde: 554 (56,7%)	P-værdi: 0.001
Ansættelsesform (Ansæt/ejer)	Ansæt: 20 (1%) Ejer: 2128 (99%)	Ansæt: 23 (2,4%) Ejer: 954 (97,6%)	P-værdi: 0.003
Antal sikrede patienter i praksis (ydernummerniveau)	4627 sikrede patienter i gennemsnit	4856 sikrede patienter i gennemsnit	P-værdi: 0.02
Klinikform (solo/kompagni)	Solo: 446 (21%) Kompagni: 1702 (79%)	Solo: 169 (17%) Kompagni: 808 (83%)	P-værdi: 0.03
Klyngestørrelse (lille, mellem, stor)	Lille: 449 (21%) Mellem: 713 (33%) Stor: 986 (46%)	Lille: 201 (21%) Mellem: 304 (31%) Stor: 472 (48%)	P-værdi: 0.42

Frafaldsgruppen og de inkluderede i datagrundlaget adskiller sig hverken signifikant på størrelsen af den klynge, de tilhører, eller alder.

Til gengæld er der en signifikant forskel, når det gælder ansættelsesform og ejerforhold, hvor der er flere, som er i kompagnipraksis og ansat, der ikke har besvaret spørgeskemaet, sammenlignet med de inkluderede. Desuden har frafaldsgruppen i gennemsnit signifikant flere patienter tilknyttet til deres ydernummer, og mænd udgør en større andel af frafaldsgruppen end i de inkluderede.

Der forsøges så vidt muligt at tage hånd om de signifikante forskelle mellem grupperne i analysedelen, så resultaterne ikke sløres af forskelle mellem ansættelsesform, ejerforhold, antal patienter og køn.

Analysemetode

Til analysen af de lukkede spørgeskemabesvarelser blev der anvendt RStudio til at rense og strukturere data, udføre frekvensanalyse og udregninger samt signifikanstest og multipel logistisk regressionsanalyse. Desuden blev Nvivo-softwaren benyttet til at gennemføre kvalitative analyser af fritekstbesvarelser. Den kvalitative analyseproces involverede kodning af tekstbaserede data for at identificere temaer, mønstre og sammenhænge. For hvert tema er der udvalgt citater, som repræsenterer de samlede besvarelser for temaet, og som bruges i rapporten til at udfolde de identificerede temaer.

Analyserne er foretaget på nationalt niveau, efterfulgt af analyser på hhv. klynge-, og regionsniveau. Klyngerne har mulighed for at bestille en særskilt 'klyngerapport', med resultater for deres egen klynge sammenlignet med regionalt og nationalt gennemsnit. De regionale kvalitetsenheder vil desuden modtage en rapport på regionalt niveau.

Der skal gøres opmærksom på, at genstandsfeltet for undersøgelsen er klynge-medlemmernes oplevede udbytte og tilfredshed med klyngekonceptet som helhed. Undersøgelsen har således ikke haft til sinde at differentiere mellem, hvilke understøttende tilbud, klyngerne eventuelt har benyttet sig af.

Brugertest og eksterne samarbejdspartnere

Arbejdet med undersøgelsen blev udført med rådgivning undervejs af to eksterne konsulenter fra VIVE, som gav sparring på indhold af spørgeskema, spørgsmål, og spørgeskemastruktur samt analyserammen for resultaterne. De eksterne konsulenter har ikke haft adgang til datasættet undervejs.

Spørgeskemaet er blevet testet af KiAP's lægefaglige konsulenter samt udvalgte eksterne praktiserende læger fra forskellige regioner, og på den baggrund revideret.

4. Oplevelse af klyngearbejdet

Selvom arbejdet i klyngerne har været i gang i fem år (siden 2018), er det en relativ ny måde for de praktiserende læger at arbejde med kvalitetsudvikling på.

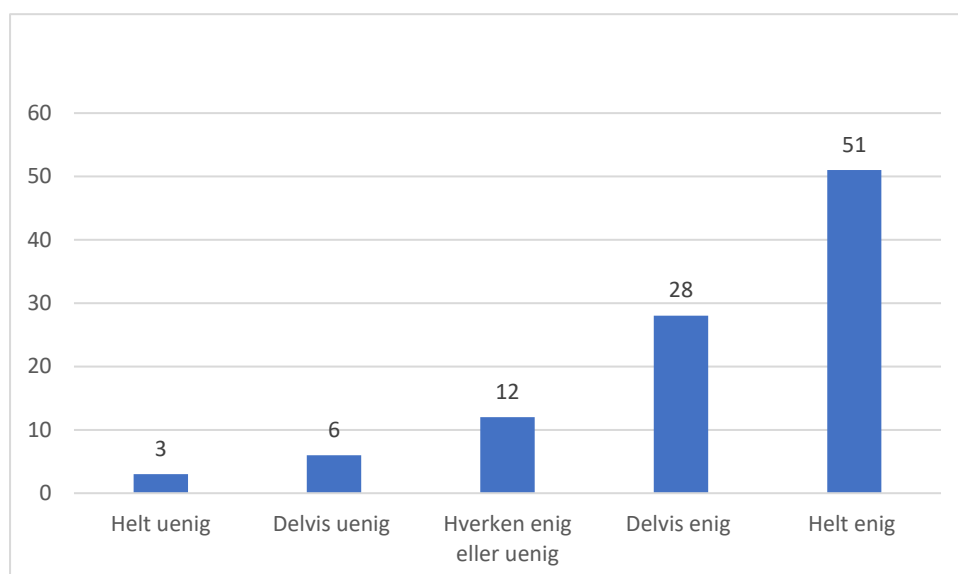
Den første periode af klyngearbejdet var præget af, at klyngerne skulle etableres, og inden alle klyngerne for alvor var kommet i gang med arbejdet, medførte covid-pandemien, at klyngernes virke i en periode blev besværliggjort af restriktioner. Klyngerne er kommet godt i gang igen efter covid-pandemien, og det giver derfor mening at få en status på klyngearbejdet i Danmark.

Svarene i dette kapitel giver et billede af, hvordan de praktiserende læger oplever arbejdet med kvalitetsudvikling med klyngerne som omdrejningspunkt. I spørgeskemaet er de blevet stillet spørgsmål om deres overordnede tilfredshed med klyngearbejdet, oplevelsen af emnernes relevans, oplevelsen af faciliteringen og andre forhold, der samlet set kan give os viden om den generelle oplevelse af klyngerne og klyngearbejdet. Svarene til de spørgsmål, gennemgås herunder.

Tilfredshed med klyngemøderne og klyngearbejdet

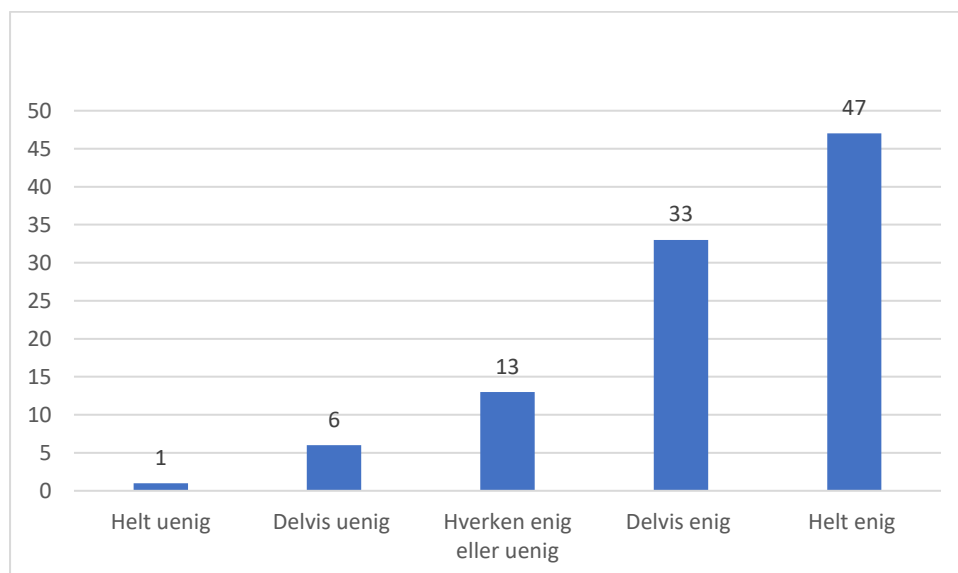
Overordnet viser besvarelsene, at der er en udpræget tilfredshed med klyngemøderne: 79 % af alle klyngemedlemmer er tilfredse med klyngemøderne. 51 % angiver, at de er 'helt enige' i udsagnet 'Samlet set er jeg tilfreds med klyngemøderne', mens 28 % angiver, at de er 'delvist enige'. 9 % er uenige i udsagnet, og er dermed ikke tilfredse med klyngemøderne, mens 12 % angiver, at de 'hverken enig eller uenig' (figur 4.1).

Figur 4.1: Samlet set er jeg tilfreds med klyngemøderne (%) (n = 2118)



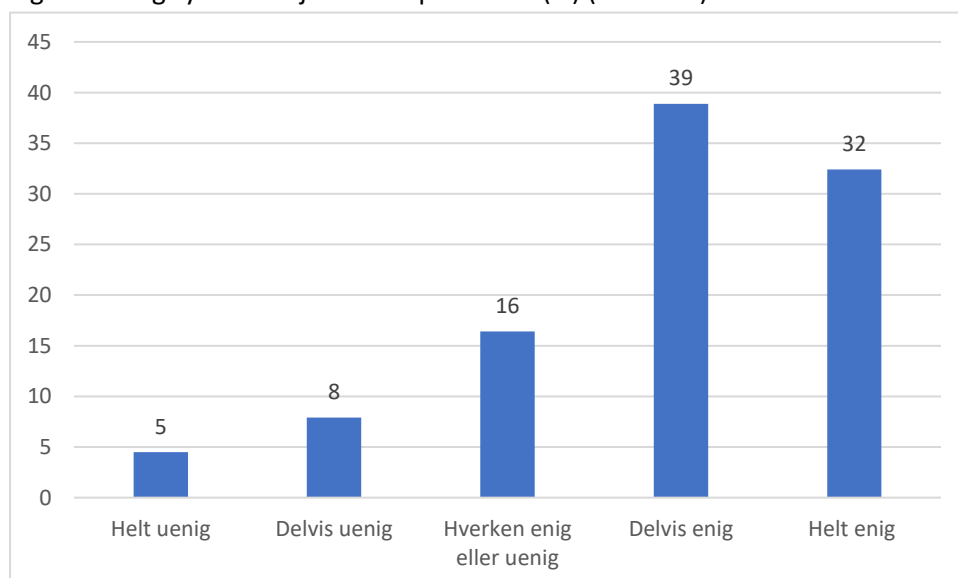
Respondenterne er også blevet spurgt til, hvordan, de oplever, at klyngen fungerer. Her angiver 80 %, at de er 'helt enige' (47 %) eller 'delvis enige' (33 %) i udsagnet 'Alt i alt fungerer min klynge godt' (figur 4.2).

Figur 4.2: Alt i alt fungerer min klynge godt (%) (n = 2129)



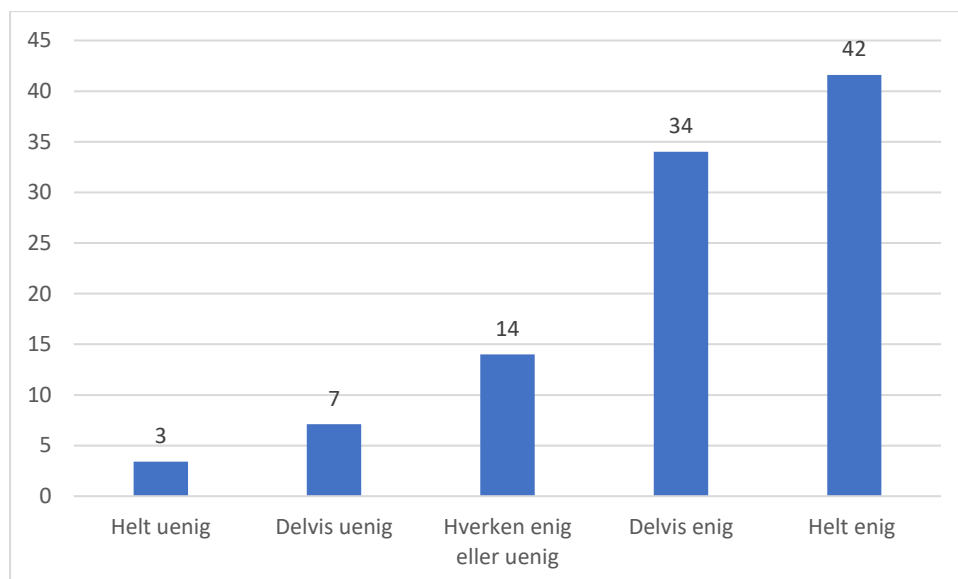
I figur 4.3 ses desuden, at 69 % af respondenterne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at arbejdet i klyngen er inspirerende, og i figur 4.4, at 76 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at klyngerne er understøttende for kvalitetsudviklingen i almen praksis.

Figur 4.3: Jeg synes arbejdet er inspirerende (%) (n = 2101)



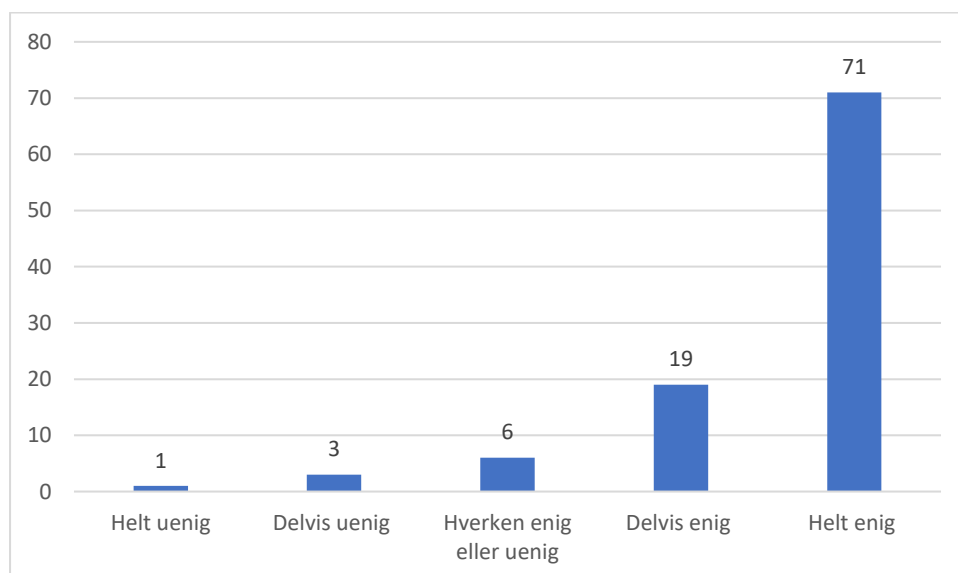
Figur 4.4: Jeg ser klyngerne som understøttende for kvalitetsudviklingen i almen praksis (%)

(n = 2101)



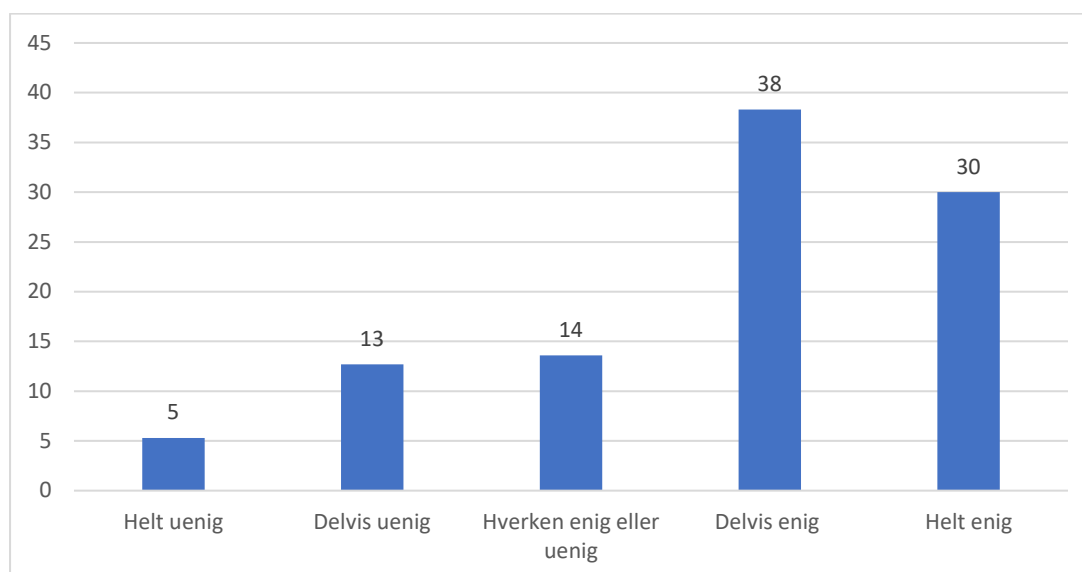
Respondenterne udtrykker stor tilfredshed med ledelsen af klyngen, idet 90 % angiver, at de er 'helt enige' (71 %) eller 'delvis enige' (19 %) i udsagnet "Samlet set er jeg tilfreds med klyngekoordinator/bestyrelsens ledelse af klyngen" (figur 4.3).

Figur 4.5: Samlet set er jeg tilfreds med klyngekoordinator/bestyrelsens ledelse af klyngen (%) (n = 1818)



92 % af respondenterne angiver, at har deltaget på 'alle' (33 %) eller 'de fleste' (59 %) af klyngemøderne, mens 8 % angiver at have deltaget 'i halvdelen' (4 %) eller 'få' klyngemøder siden klyngens opstart (figur ikke vist). 68 % angiver, at de er 'helt enige' (30 %) eller 'delvist enige' (38 %) i, at de har overskuddet til at deltage i klyngearbejdet (figur 4.6).

Figur 4.6: Jeg har overskud til at deltage i klyngearbejdet (%) (n = 2129)

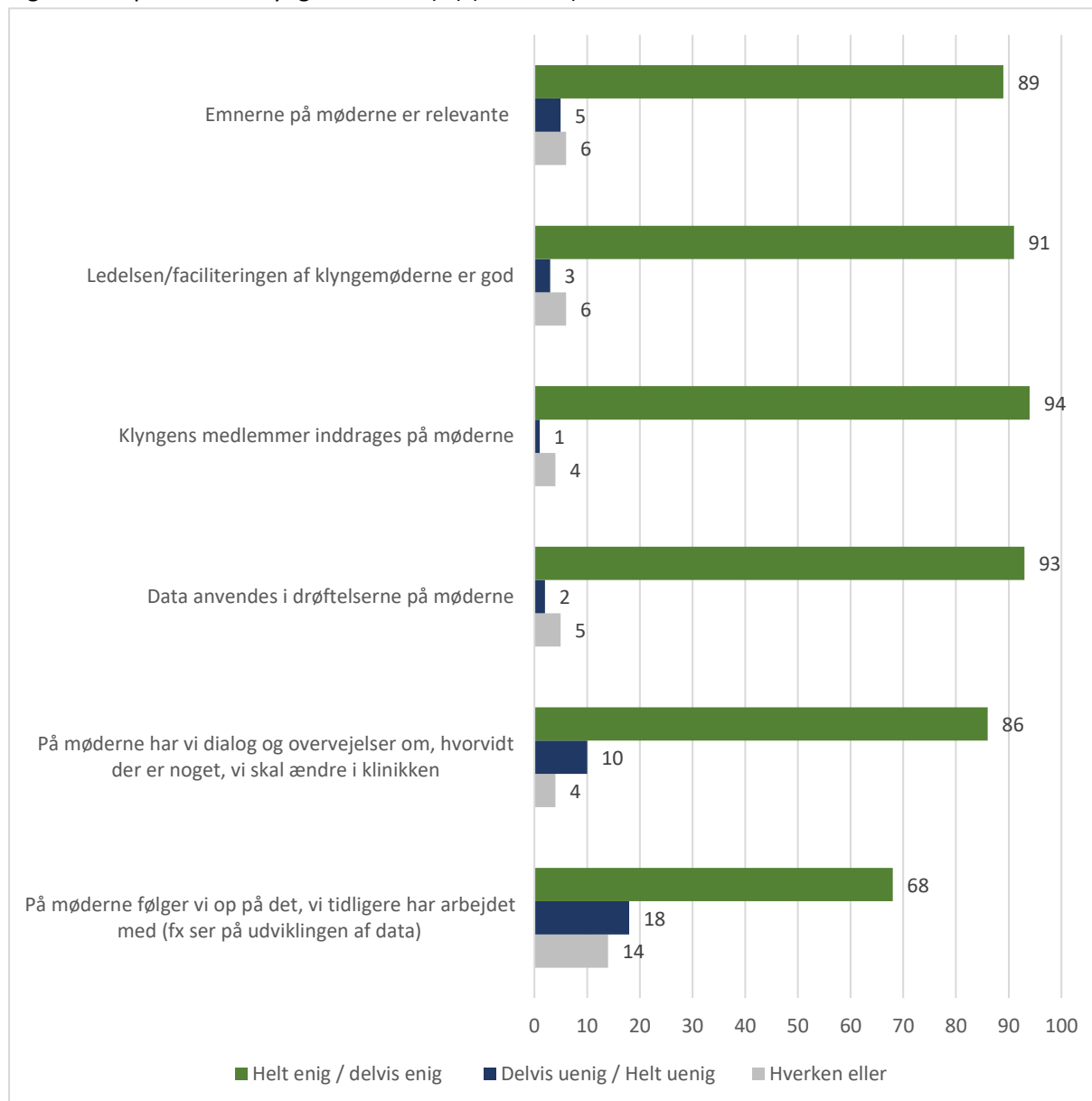


Derudover viser resultaterne, at:

- 89 % angiver, at de er 'helt enige' (53 %) eller 'delvist enige' (36 %) i, at emnerne på møderne er relevante
- 91 % angiver, at de er 'helt enige' (66 %) eller 'delvist enige' (25 %) i, at ledelsen/faciliteringen af møderne er god
- 94 % angiver, at de er 'helt enige' (70 %) eller 'delvist enige' (24 %) i, at klyngens medlemmer inddrages på møderne
- 93 % angiver, at de er 'helt enige' (66 %) eller 'delvist enige' (27 %) i, at data anvendes på møderne
- 86 % angiver, at de er 'helt enige' (49 %) eller 'delvist enige' (37 %) i, at de på møderne drøfter, om der er noget, vi skal ændre i klinikken
- 68 % angiver, at de er 'helt enige' (51 %) eller 'delvist enige' i, at de på møderne følger op på det, de tidligere har arbejdet med (fx ser på udviklingen i data).

Overstående resultater er vist i figur 4.7 herunder. De samlede fordelinger til spørgsmålene er vist i bilag 2.

Figur 4.7: Oplevelse af klyngemøderne (%) (n = 2118)



Klyngemøderne som sociale og faglige fællesskaber

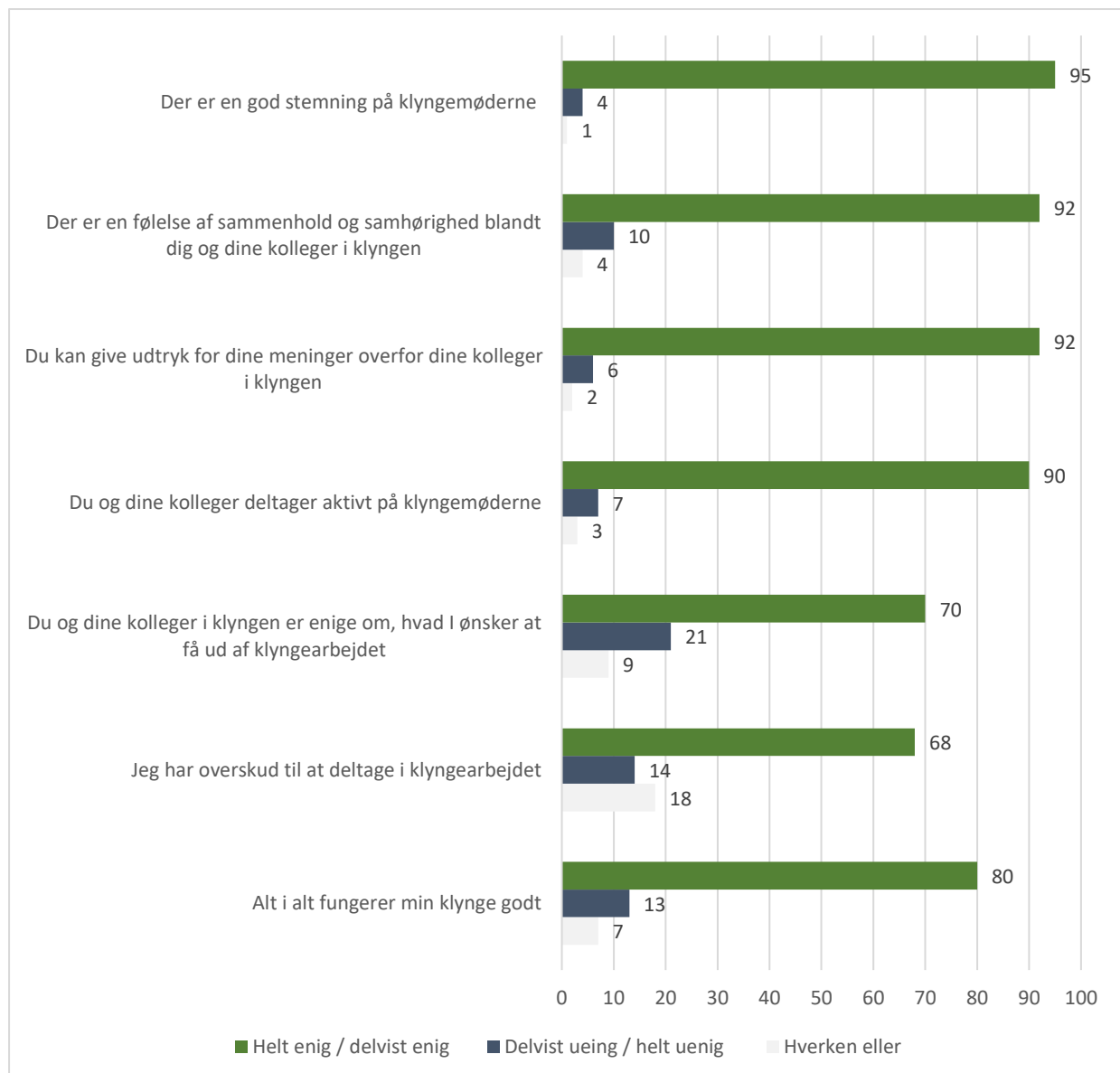
Klyngemøderne udgør et fagligt fællesskab, der også giver mulighed for at styrke og vedligeholde sociale relationer med kolleger i lokalområdet. Samtidigt må det formodes, at tryk og tillid i relationerne er en væsentlig forudsætning for, at klyngen kan fungere som en ramme for faglig udvikling, idet det kræver åbenhed at indgå i de faglige dialoger på møderne.

I dette afsnit vises resultater for en række spørgsmål, der beskriver dimensionerne af de "mere bløde" og relationelle aspekter af klyngearbejdet.

Af figur 4.8 fremgår det, at 95 % er 'enige' eller 'helt enige' i, at der er en god stemning på klyngemødet. 86 % er 'enige' eller 'helt enige' i, at der er en følelse af sammenhold og samhørighed i klyngen. Derudover viser resultaterne at:

- 92 % angiver, at de er 'delvis enige' (18 %) eller 'helt enige' (77 %) i, at de oplever, at de kan give udtryk for deres meninger overfor kolleger i klyngen
- 90 % angiver, at de er 'delvis enige' (42 %) eller 'helt enige' (48 %) i, at de oplever, at der er en aktiv deltagelse på klyngemøderne
- 70 % angiver, at de er 'delvis enige' (47 %) eller 'helt enige' (23 %) i, at de oplever, at der er enighed om, hvad der skal ud af klyngearbejdet.

Figur 4.8: Stemning, sammenhold, åbenhed, deltagelse og formål med klyngearbejdet (i %) (n = 2129)



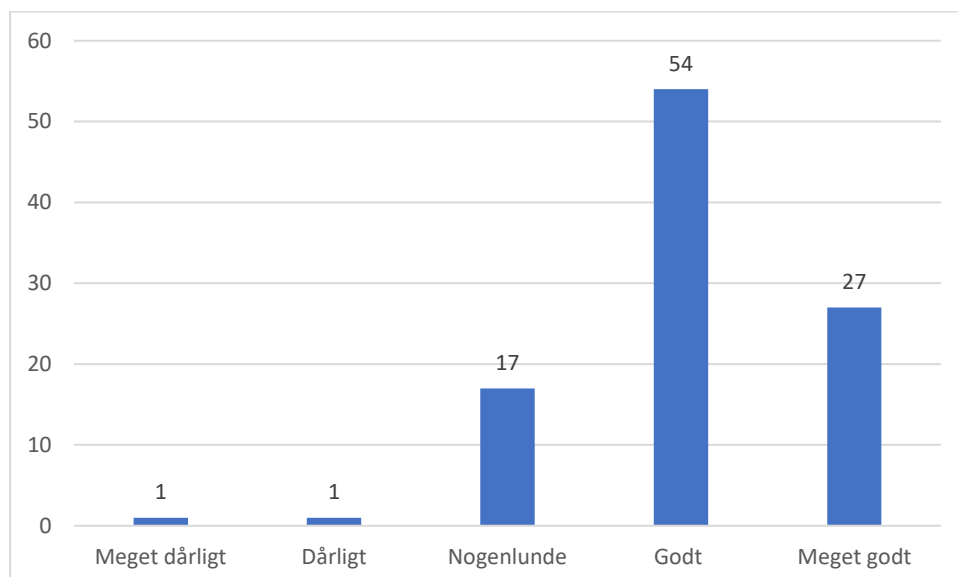
Den samlede fordeling for alle svarkategorier er vist i bilag 3.

Klyngekoordinatorernes oplevelse og vurdering af klyngearbejdet

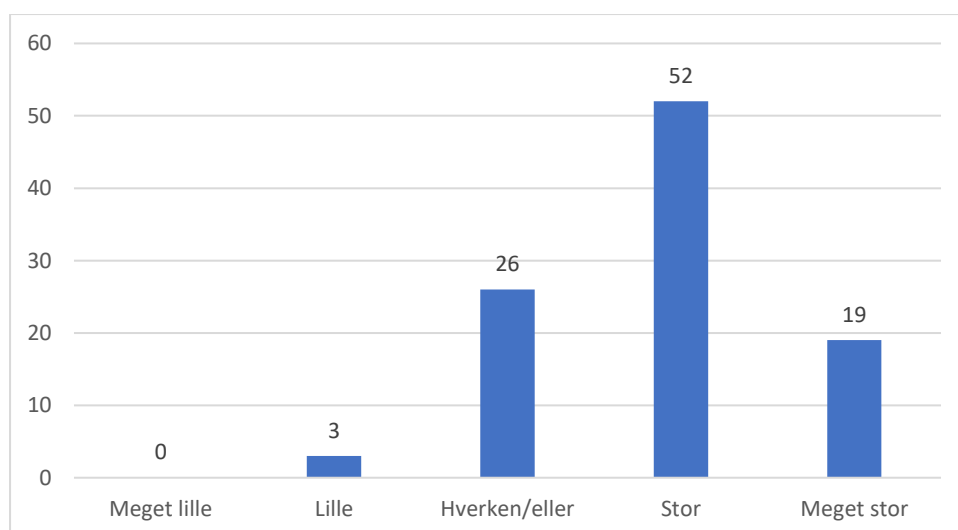
Med den model, der er lavet for klyngearbejdet, har klyngekoordinatorerne en central rolle for klyngerne. Og det er derfor relevant at se nærmere på oplevelsen af klyngearbejdet fra klyngekoordinatorernes perspektiv. Klyngekoordinatorerne er blevet stillet en række spørgsmål, der kan anvendes til at beskrive deres aktuelle oplevelser af klyngearbejdet. 96 af respondenterne angav deres rolle som klyngekoordinatorer. De repræsenterer 89 af de 115 klynger i Danmark og resultaterne fremgår herunder.

81 % af respondenterne, der har besvaret spørgsmålet, angiver, at de oplever, at det generelt 'går godt' (54 %) eller 'meget godt' (27 %) i deres klynge (figur 4.9). Og 71 % af klyngekoordinatorerne angiver, at de oplever deres engagement i rollen som klyngekoordinator som 'stor' (52 %) eller 'meget stor' (19 %) (figur 4.10).

Figur 4.9: Hvordan, synes du, generelt det går i din klynge? (n = 96) (%)

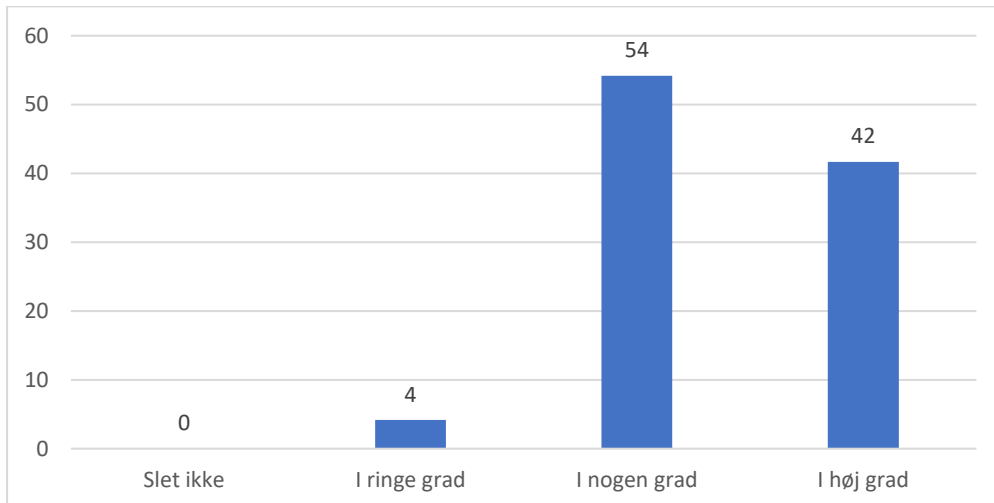


Figur 4.10: Hvordan vurderer du egen energi og engagement i rollen som klyngekoordinator (%) (n = 96)



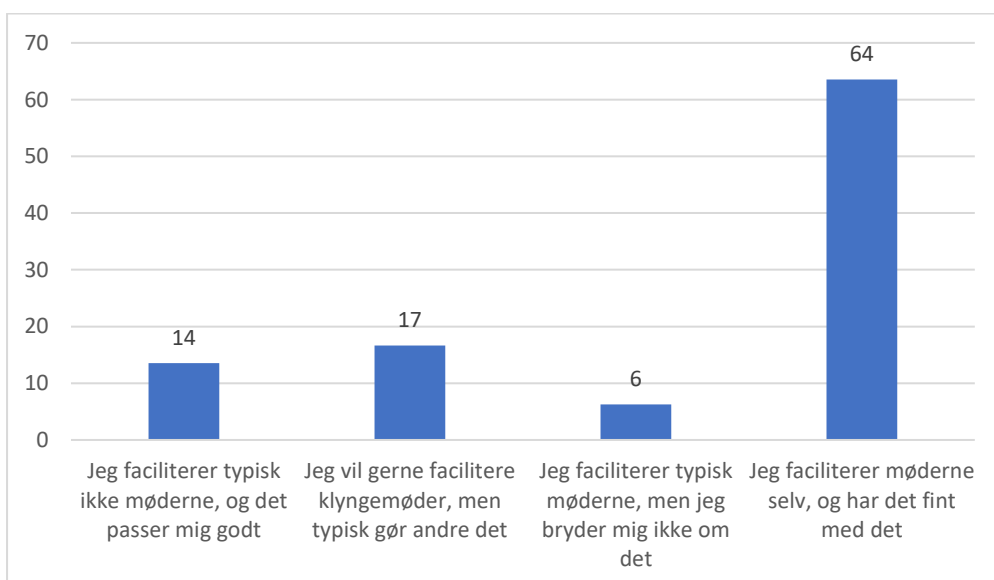
96 % af klyngekoordinatorerne føler, at de i 'nogen grad' (54 %) eller 'i høj grad' (42 %) har kompetencerne til at løfte rollen som klyngekoordinator (figur 4.11).

Figur 4.11: Føler du, at du har kompetencerne til at løfte rollen som klyngekoordinator? (i %) (n = 96)



Klyngekoordinatorerne er blevet spurgt til, hvordan de har det med at facilitere og lede klyngemøderne. Hertil angiver 64 % af klyngekoordinatorerne, at de selv faciliterer møderne, og har det fint med at have den opgave. 6 % angiver, at de selv faciliterer møderne, men ikke bryder sig om det. 17 % ville gerne facilitere møderne, men typisk er det andre, der gør det. 14 % angiver, at de typisk ikke faciliterer møderne, og at det passer dem godt (figur 4.12).

Figur 4.12: Hvilket udsagn passer bedst til, hvordan du har det med at facilitere/lede klyngemøder? (%) (n = 96)



Hvis der var et tilbud om 'ekstern' facilitering angiver 72 %, at de 'i nogen grad', 'i høj grad' eller i 'meget høj grad' ville gøre brug af et sådant tilbud.

Udfordringer i klyngearbejdet set fra klyngekoordinatorens side

Klyngekoordinatorerne er desuden blevet bedt om at beskrive, hvilke udfordringer de især oplever i rollen som klyngekoordinator. Det er et åbent spørgsmål, hvorfor svarene efterfølgende er blevet grupperet i temaer, der beskrives herunder.

Mangel på engagement og mangel på tid

En del klyngekoordinatorer angiver, at de oplever mangel på engagement blandt klyngemedlemmerne som en udfordring. Det gælder både manglende engagement og aktiv deltagelse på møderne, manglende fremmøde, og mangel på tilbagemelding i forhold til om man deltager på mødet. Det handler også om aflysninger i sidste øjeblik, manglende levering af data til møderne og generelt manglende opbakning til projektet som helhed: *"Jeg kan godt synes at medlemmernes engagement og vilje til at svare er begrænset. Men jeg tager det ikke som kritik, da jeg tolker det som udtryk for travlhed."*

Koordinatorrollen er en stor opgave

Ligesom VIVE og de fire forskningsenheder for Almen Praksis konkluderede i deres undersøgelse fra 2022, er oplevelsen fortsat, at det kan være en stor opgave at være klyngekoordinator, og dette forhold angives også i svarene på flere af de åbne spørgsmål som en udfordring. Det kræver en del at være 'frontfiguren', som den der skaber interesse for arbejdet, står for planlægning og afholdelse af klyngemøder og skal sørge for at mødet skal tage udgangspunkt i data og have et tydeligt formål: *"(Det er en udfordring...) At klyngekoordinator-rollen fra starten af har været en meget tydelig bannerfører, indpisker og fakkelholder i vores setup". "Vi har i min gruppe valgt at uddelegere møderne, så man to og to står for mødet. Enten står man selv for undervisningen eller har hyret en underviser. Jeg kan være behjælpelig med at få data. På den måde oplever jeg, at flere tager ansvar for møderne. Personligt synes jeg, at det kan være svært at være facilitator, men når man er flere om det, så går det nemmere".* Også de administrative opgaver som klyngekoordinator fylder. Især med de nylige ændringer med hensyn til centraliseringen af administrationen af klyngemidler, som af nogle opfattes som rigide og udtryk for mistillid og kontrolbehov: *"De nye retningslinjer om fraværsregistrering og rigide regler gider jeg egentlig ikke. Jeg vil allerhelst kun koncentrere mig om det faglige". "Lige nu (...er det...) de nye regler om økonomi, som virkelig besværliggør noget, der var let"*.

Manglende og dårlige data

Mangel på data for de områder, man ønsker at arbejde med, og kvaliteten af data generelt, fremhæves som en udfordring for klyngearbejdet: *"Data er stadig et stort problem. Det bliver uinteressant at diskutere data, fordi det er de data, vi kan trække, og ikke fordi det er*

de data, vi synes er spændende at se på". "Kvalitet af data fra klinikkerne er for dårlige. Kunne godt tænke mig, at vi ikke havde hemmelige data for hinanden, men det har klyngen besluttet". "Mine klyngemedlemmer er ikke så vilde med pakkerne, så det giver en del forberedelse".

Som svar på spørgsmålet om hvilke udfordringer klyngekoordinatorerne især oplever, angiver mange også, at 'det går ok' i klyngen: *"Jeg synes faktisk virkelig ikke, vi har stødt på udfordringer". "I starten primært modstand da folk var presset til at deltage. Nu er det ikke et issue, folk deltager fordi de synes, der er udbytte (virker det til)".* Dette underbygges også af resultaterne af de lukkede spørgsmål ovenfor.

Sammenfatning

Samlet set viser resultaterne, at klyngemedlemmerne overordnet set bakker op om klyngekonceptet. Hovedparten (79 %) angiver, at de er 'helt enig' (51%) eller 'delvis enig' (28%) i, at de er tilfredse med klyngemøderne, at de er 'helt enig' (42 %) eller 'delvis enig' (34 %) i, at de ser klyngerne som understøttende for kvalitetsudviklingen i almen praksis. 80 % angiver, at deres klynge fungerer godt, og at de er tilfredse med klyngekoordinator/bestyrelsens ledelse af klyngen (90 %). 90 % oplever, at der er en aktiv deltagelse på klyngemøderne, og 70 % oplever, at der er enighed om, hvad der skal komme ud af klyngearbejdet. Samtidig viser resultaterne, at 68 % af klyngemedlemmerne oplever, at de har overskud til at deltage i klyngearbejdet.

Den overordnede positive holdning til klyngekonceptet bakkes op af besvarelserne fra klyngekoordinatorerne. 81 % af klyngekoordinatorerne angiver, at de oplever, at det går godt i deres klynge. 71 % oplever deres eget engagement i rollen som klyngekoordinator som stor, og 96 % oplever, at de har de kompetencer, som rollen kræver.

I forhold til facilitering angiver 64 % af koordinatorerne, at de faciliterer møderne, og har det fint med den opgave. 91 % af klyngens medlemmer er i øvrigt tilfredse med ledelsen/faciliteringen af mødet. Alligevel angiver 72 % af koordinatorerne, at de i mere eller mindre grad ville tage imod et tilbud om 'ekstern' facilitering af møderne.

Af svarene til de åbne spørgsmål udfoldes en række udfordringer. Her beskriver nogle af koordinatorerne også, at de oplever et manglende engagement blandt klyngens medlemmer. Dette kommer både til udtryk gennem manglede tilbagemeldinger i forhold til deltagelse på møderne og manglende engagement og aktiv deltagelse på klyngemøderne. Det er også tydeligt, at en del koordinatorer oplever koordinatorrollen som en krævende rolle, da de blandt andet har et stort ansvar for kvaliteten af møderne. Derudover fremhæves det af koordinatorerne, at den grundlæggende præmis for klyngemøderne, hvor der skal tages udgangspunkt i data, udfordres af, at data ofte vurderes som værende af for ringe kvalitet.

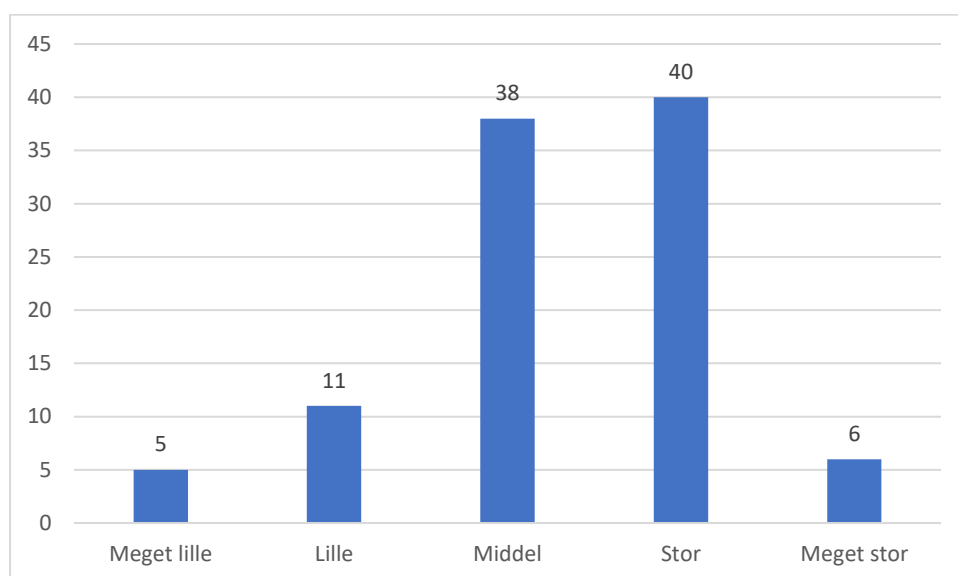
5. Udbytte af klyngearbejdet

Opgørelse af oplevet udbytte

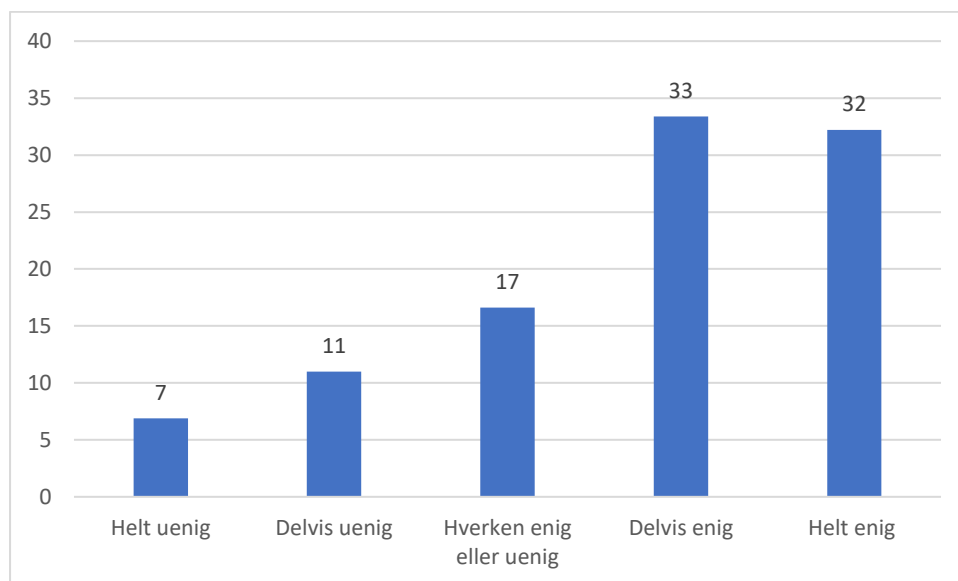
Et af hovedformålene med at gennemføre denne spørgeskemaundersøgelse var at få mere viden om, i hvilket omfang klyngearbejdet opleves som udbytterigt, og hvad der har betydning for oplevelsen af udbytte.

Respondenterne er derfor blevet spurgt om, hvor stort deres samlede udbytte af klyngearbejdet er. Hertil svarer godt halvdelen af klyngemedlemmerne, at de oplever et stort udbytte af klyngearbejdet. 46 % af respondenterne angiver således, at deres udbytte af klyngearbejdet er 'stort' (40 %) eller 'meget stort' (6 %). 38 % angiver, at udbyttet er 'middel', mens 16 % angiver det som 'lille' (11 %) eller 'meget lille' (5 %) (figur 5.1). I figur 5.2 angiver 65 % af respondenter desuden, at de er 'helt enig' eller 'delvis enige' i, at klyngearbejdet står mål med den tid, de bruger.

Figur 5.1: Hvor stort er dit samlede udbytte af klyngearbejdet? (%) (n = 2115)

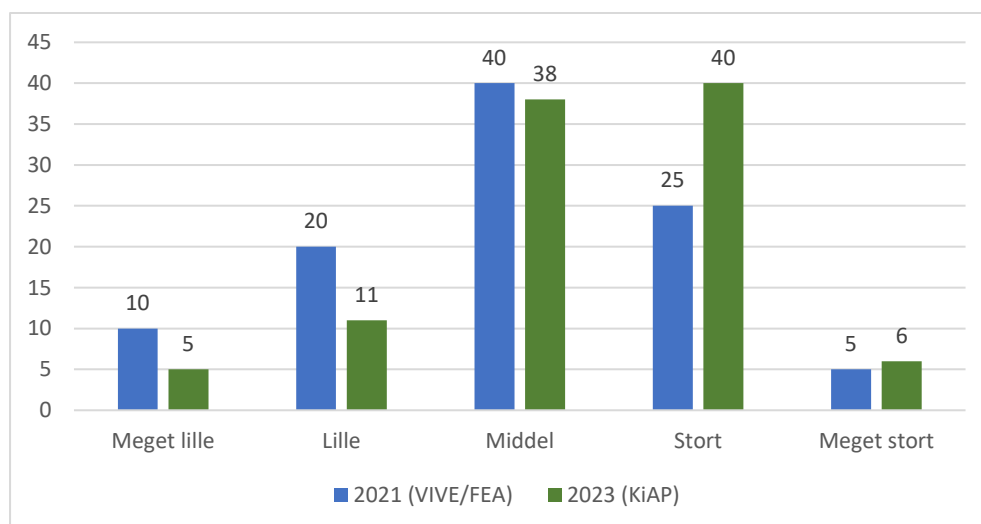


Figur 5.2: Jeg synes alt i alt, at udbyttet af klyngearbejdet står mål med den tid, jeg bruger (%) (n = 2101)



Resultaterne viser en positiv fremgang fra undersøgelsen i 2021, hvor en mindre andel oplevede et stort udbytte af klyngearbejdet – og en større andel oplevede et lille eller meget lille udbytte (figur 5.3).

Figur 5.3: Udbytte af klyngearbejdet opgjort i 2021 (VIVE/FEA, n = 1219) og 2023 (KiAP, n = 2115) (%)



I spørgeskemaundersøgelsen fra 2021 angav godt hvert tredje klyngemedlem (30 %), at de oplevede et 'lille' (20 %) eller 'meget lille' (10 %) udbytte af klyngearbejdet. Lige så mange, 30 %, oplevede et 'stort' (25 %) eller 'meget stort' (5 %) udbytte af klyngearbejdet. 40 % oplevede i undersøgelsen fra 2021 et 'middel' udbytte af klyngearbejdet.

Andelen, der oplever et lille eller meget lille udbytte af klyngearbejdet, er dermed næsten halveret siden undersøgelsen i 2021. Det kan der være flere forklaringer på. For det første

blev undersøgelsen i 2021 gennemført på et tidspunkt, hvor klyngerne ikke var så veletablerede som nu. Samtidigt gjorde covid-pandemien af flere gange det umuligt for klyngerne at afholde fysiske klyngemøder, hvilket kan have influeret på oplevelsen af udbyttet. Derudover skal det bemærkes, at der er anvendt forskellige metoder til indsamling af spørgeskemadata med betydning for svarprocenten, som i undersøgelsen fra 2021 var 39 %, mens denne undersøgelse har en svarprocent på 67 %.

Forhold med betydning for oplevelsen af udbytte af klyngearbejdet

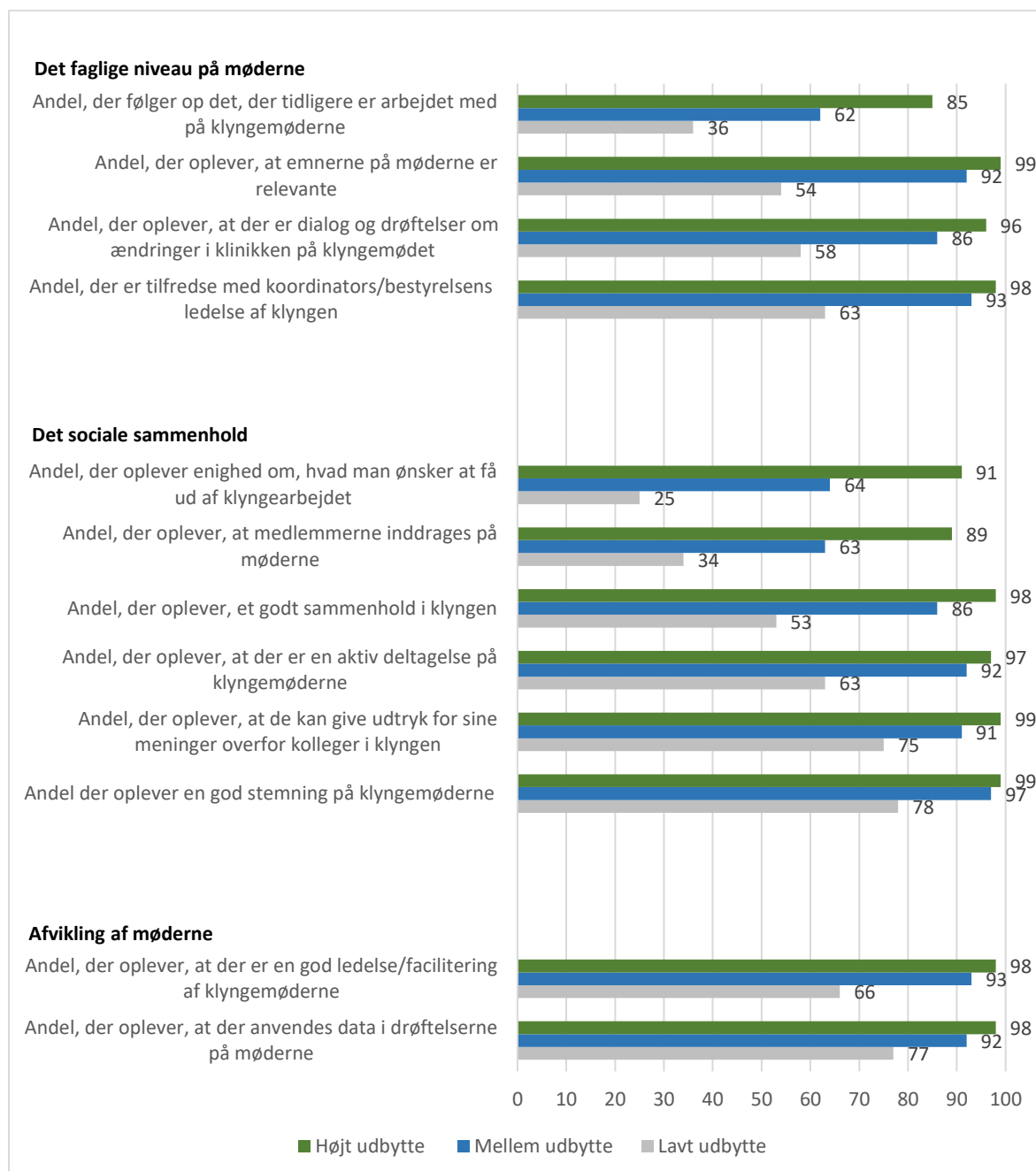
For at se på forskellene mellem de klyngemedlemmer, der oplever at have udbytte af klyngearbejdet, og dem, der oplever at have et mindre udbytte af klyngearbejdet, er der gennemført krydstabelleringerne og signifikanstest af mulige sammenhænge med en række andre spørgsmål fra spørgeskemaet.

Samlet set tegner der sig et billede af, at der er mange forskellige aspekter i og omkring klyngekonceptet, der har betydning for den enkelte læges oplevelse at have udbytte af klyngearbejdet. De forskelle, der ses mellem de klyngemedlemmer, der oplever, at de har udbytte af klyngearbejdet eller mangel på samme, kan kategoriseres indenfor følgende temaer:

- Det faglige niveau på møderne
- Det sociale sammenhold
- Afvikling af møderne

Disse temaer udfoldes nærmere nedenfor.

Figur 5.4: Udbytte af klyngearbejdet fordelt på en række variable (%) (n = 2.115 *n = 1.815 for tilfredshed med ledelsen). Alle sammenhænge vist i figuren er signifikante.



Det faglige niveau på møderne

I forhold til det faglige niveau ses f.eks., at der blandt andelen af respondenter, der oplever et højt udbytte af klyngearbejdet, angiver 99 %, at det er relevante emner, der tages op på mødet, mens det er 54 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte. Der ses dermed en sammenhæng mellem oplevelsen af relevansen af de emner, der tages op på klyngemøderne, og oplevelsen af udbytte.

På samme måde ses en forskel i andelen, der angiver, at man på møderne følger op på det, der tidligere er arbejdet med i klyngen, og hvorvidt den enkelte oplever udbytte af klyngearbejdet. Blandt de klyngemedlemmer, der angiver, at de har udbytte af klyngearbejdet, angiver 85 %, at de følger op på tidligere emner, mens det er 36 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte. På samme måde ses en forskel i, at der er dialog og drøftelser om ændringer i klinikken på mødet (96 % mod 58 %).

Det sociale sammenhold

Det er ligeledes forskel i andele mellem forskellige sociale aspekter af klyngearbejdet og oplevelsen af udbytte. F.eks. ses det, at 98 % angiver et højt udbytte af klyngearbejdet blandt dem, der oplever, at der er et godt sammenhold i klyngen, mens det er 53 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte.

97 % af dem, der oplever en aktiv deltagelse på møderne, oplever at der er et stort udbytte af klyngearbejdet, mens det er 63 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte. 91 % af dem, der oplever enighed om målet med klyngearbejdet, angiver et højt udbytte af klyngearbejdet, mens det er 25 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte af klyngearbejdet.

Afvikling af møderne

Den måde møderne afvikles på, har også en betydning for oplevelsen af udbyttet. Her ses det, at andelen af dem, der oplever en god facilitering af møderne, er 98 % blandt dem, der oplever et stort udbytte af klyngemøderne, mens det er 66 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte. Andelen, der oplever, at medlemmerne inddrages på møderne, er 89 % blandt dem, der oplever et højt udbytte af klyngearbejdet, mens det er 34 % blandt dem, der oplever et lavt udbytte. På samme måde ses en forskel i brugen af data (98 % mod 77 %).

Uddybende analyser på oplevet udbytte

For at belyse sammenhænge med oplevelsen af udbytte nærmere, som vist i figur 5.4, er der gennemført multipel logistisk regressionsanalyse med udbytte som udfaldsvariabel. Analysen kan identificere de variable, som med størst sandsynlighed kan forklare 'højt' eller 'meget højt' oplevet udbytte, når vi kontrollerer for confoundere og justerer for andre relevante baggrundsvariable.

Graden af sammenhæng udtrykkes i odds ratio (OR) og tilhørende konfidensintervaller (CI 95%). De er udregnet på baggrund af logtransformationerne (logit) fra analysen. De angiver graden af sammenhængen i den samlede analyse på den pågældende variable for at have selvrapporteret 'højt' eller 'meget højt' udbytte af klyngearbejdet.

Regressionsanalyserne er gennemført med udvalgte spørgsmål enkeltvist. Herefter er det vurderet, hvilke spørgsmål, der overlapper hinanden, for at få den mest præcise sammenhæng mellem de mest betydningsfulde spørgsmål og oplevelsen af udbytte. Desuden er variable, som var associeret mellem hinanden eller identificeret som mediator,

taget ud af analysen for ikke at sløre graden af sammenhæng i den samlede analyse. Til sidst er den bedst mulige model samlet og analysen udført med de relevante variable med deres p-værdi noteret.

Da variabelen 'ledelsen af klyngen' kun er besvaret af medlemmer, er analysen kun udført på medlemmers besvarelser (n = 1805). Analysen kan derfor ikke generaliseres til bestyrelsesmedlemmer og klyngekoordinatorer (n = 301).

Tabel 5.5: Forhold med betydning for udbytte (n = 1805). Kontrolleret for køn, alder, ansættelsesform, klinikform, rolle i klyngen samt deltagelsesgrad.

	Højt eller meget højt udbytte		
Spørgsmål (enig/helt enig)	OR	CI 95%	P-værdi
Emnerne på møderne er relevante	2.4	1.9 – 3.1	< 0.05
Oplevelse af sammenhold og samhørighed i klyngen	2.0	1.5 – 2.5	< 0.05
Deltager ikke kun fordi, jeg skal	1.8	1.6 – 2.0	< 0.05
Tilfredshed med ledelsen af klyngen	1.8	1.3 – 2.4	< 0.05
Enighed om, hvad man ønsker at få ud af klyngearbejdet	1.6	1.3 – 1.9	< 0.05
Data anvendes i drøftelserne på møderne	1.5	1.2 – 1.9	< 0.05
Overskud til at deltage i klyngearbejdet	1.3	1.1 – 1.5	< 0.05

Resultaterne viser, at der er større sandsynlighed for, at klyngemedlemmerne oplever et 'højt' eller 'meget højt udbytte' (OR=2.4), såfremt klyngemedlemmerne samtidigt oplever, at emnerne på møderne er relevante. En høj grad af samhørighed og sammenhold i klyngen betyder også meget (OR = 2.0) for oplevelsen af udbytte.

Derudover ses det, at hvis man som klyngemedlem *ikke* har angivet, at man 'kun deltager fordi man skal', er der ligeledes en markant øget sandsynlighed (OR=1.8) for at klyngearbejdet opleves udbytterigt. En god ledelse af klyngen (OR=1.8), enighed om målet med klyngearbejdet (OR=1.6), at der anvendes data i drøftelserne på mødet (OR=1.5), samt at man har overskud til at deltage i klyngearbejdet (OR=1.3) har desuden en betydning for, om man oplever klyngearbejdet som udbytterigt.

Regressionsanalysen forstærker således det billede, vi så i de indledende krydstabelleringerne og signifikanstest, hvor følgende er identificeret som positiv associeret med medlemmernes oplevelse af udbytte:

- Et højt fagligt niveau på møderne (emnernes relevans, tilfredshed med klyngens ledelse).
- Et godt socialt sammenhold (oplevelse af sammenhold og samhørighed, enighed om, hvad man ønsker at få ud af klyngearbejdet).

- Hvordan møderne afvikles (data anvendes i drøftelserne på mødet).
- Hvis man er motiveret for at deltage i klyngearbejdet (jeg deltager *ikke* kun, fordi jeg skal) og har overskud til at deltage i klyngearbejdet.

Klynger i et helt eller delvist lægedækningstruet område

For at se nærmere på om bl.a. overskuddet til at deltage i klyngearbejdet er relateret til de områder, der er fremhævet som lægedækningstruede, er der gennemført en analyse af udbyttet blandt de klynger, der 'helt eller delvist' er betegnet som være beliggende i et lægedækningstruet område.

For at identificere hvilke områder, som kunne betegnes som 'helt eller delvist' lægetruet, blev PLO's liste fra overenskomstperioden 2021-2024 brugt⁴. Herefter blev klyngerne en for en kategoriseret som enten i eller uden for et 'helt eller delvist' lægetruet område.

Kategoriseringen ledte til, at 19 klynger var placeret i et sådant område og indbefattede 343 respondenter. Der blev kørt logistisk regression og gennemsnitssammenlignende analyser på følgende variable:

- Overskud til at deltage i klyngearbejdet
- Tilfredshed med klyngemøderne
- Udbytte af klyngearbejdet
- Alt i alt fungerer min klynge godt
- Ændringer i praksis.

Ingen af analyserne viste signifikante forskelle mellem klyngerne i de ikke-lægedækningstruede områder og dem i de lægedækningstruede områder på de udvalgte variable. I regressionsanalyserne blev justeret for samme baggrundsvariable, som udbytteregession fra forrige afsnit.

Der ses heller ingen signifikant sammenhæng mellem udbytte og respondenternes alder, geografisk placering (regionalt) eller klyngens størrelse. På køn og klinikform er p-værdien under < 0.05 , men ikke med nævneværdig entydig sammenhæng (bilag 4). Begge variable er kontrolleret i den multiple logistiske regressionsanalyse for oplevet udbytte.

Hvad skaber et godt og et mindre godt klyngemøde?

For at få mere viden om, hvad der afgør, om klyngearbejdet opfattes som godt, og hvordan arbejdet i klyngerne generelt set kan styrkes, er respondenterne blevet bedt om at tænke tilbage på et klyngemøde og beskrive de vigtigste årsager til, at de oplevede det som godt eller som mindre godt.

⁴https://laeger.dk/media/oszamwbq/landsdaekkende_laegedaekningstruede_omraader_fra_juli_2021_til_juni_2024.pdf.

På trods af at det var valgfrit at besvare disse spørgsmål, har hhv. 1137 og 941 klyngemedlemmer beskrevet deres oplevelser af det gode og det mindre gode klyngemøde. Mængden og kvaliteten af besvarelsenerne gør det muligt at udtale sig relativt sikkert om disse mere kvalitative besvarelsener.

Analysen viser, at det særligt er følgende fem temaer, der fylder mest i besvarelsenerne:

- Faglig relevant emne – faglig læring
- Sociale fællesskaber
- Faglig sparring og refleksion
- God oplægsholder eller facilitator
- Brugbare data

Temaerne udfoldes nærmere nedenfor. For hvert tema er der udvalgt citater, som repræsenterer de samlede besvarelsener for temaet.

Fagligt relevante emner – faglig læring

Et højt fagligt niveau på klyngemøderne har tydeligvis en meget stor betydning for klyngemedlemmernes oplevelse af udbytte og oplevelse af mødet som helhed. Oplevelsen af faglighed har flere facetter, som berører dels emnevalg, dels at mødet bidrager med ny læring.

Som vist i figur 5.4, er det vigtigt for respondenterne, at møderne omhandler de emner, der fylder mest i hverdagen, og som er direkte relaterbare til arbejdet i klinikken, og dette ses også hyppigt i udtalelsenerne om det gode og det mindre gode klyngemøde. Det gode klyngemøde er, når: *”Det er klinisk relevant og direkte knyttet til min hverdag”*.

Det vil naturligvis være forskelligt, hvad den enkelte oplever som et fagligt relevant emne. Men fælles for besvarelsenerne er, at der er en forventning om, at emnet og møderne har en stor faglig tyngde, og samtidig giver en tydelig afklaring af, om og hvordan den enkelte læge skal handle efter mødet. *”Hvis emnerne bliver noget, man allerede har sat sig ind i, kan det blive lidt trivielt og medfører ikke løft men bare bekræftelse. Synes fx øjenbetændelse var lige lovlig banalt”*.

Det opleves som generende, når der er *”For meget snak og ikke anvendeligt i vores hverdag”*, eller hvis en ekstern oplægsholder ikke forholder sig til hverdagen i almen praksis: *”Underviser udefra uden brug af data eller oplæg til diskussion af egen praksis i klinikken”*. *”Rodet og uden brugbar viden til at tage med hjem”*. *”Oplægsholder der var ganske uvidende om og vist også uinteresseret i, hvilke emner der var relevante for praktiserende læger”*.

Af særlig fagligt relevante emner fremhæves trivsel og arbejdsglæde, medicinudskrivning men også samarbejds møderne med kommunerne omtales som yderst meningsfulde og givende.

Trivsel og arbejdsglæde fremhæves imidlertid også af flere som et eksempel på et dårligt klyngemøde. Det skyldes især den tydeliggørelse af det pres, som mange kolleger oplever: *"Mange overbebyrdede kolleger gjorde mig trist længe efter mødet"*. Og det svære ved at turde tale åbent om det: *"Mødet om trivsel, der nåede vi ikke så langt. Vi puttede os for hinanden"*.

Klyngemøder med eksterne samarbejdspartnere opfattes imidlertid for hovedparten som meget positive og relevante for patientbehandlingen, idet de forbedrer samarbejdet og forståelsen parterne imellem: *"De 2 møder, vi har haft med kommunen, har været meget vigtige, da de begge, især det sidste, gav et større indblik i og forståelse for deres organisering, og hvordan sagsgangene er"*. *"Mødet omhandlende samarbejde med kommunen og unge og børn i mistrivsel. Det var ikke datadrevet og flere kollegaer og klyngekoordinator synes derfor ikke det hørte til som klyngemøde. Men det var der jeg lærte mest nyt og nyttigt"*. Nogle af disse møder fører til fælles retningslinjer og ensartethed i praksis, hvilket gør samarbejdet lettere og mere relevant.

Faglig relevans ses tæt forbundet med faglig læring og faglig opdatering. Det handler om ikke at spilde tiden og opleve, at møderne bidrager med ny og vigtig viden fx behandlingsalgoritmer, nye metoder og guidelines: *"Der var klinik ny viden (fagperson underviste)"*, *"Vejledning i smertebehandling, fik gode redskaber"* og i forhold til ændringer i klinikken efterfølgende: *"Jeg blev løftet fagligt, og fik noget der var øjeblikkeligt brugbart i klinikken"*. *"Fx har vi ændret retningslinjer for BT-måling for disse patienter og strammet op på behandlingen, da mange lå for højt"*.

Det betyder også, at møder om visse emner ikke giver lige meget udbytte for alle. *"For lidt kød på. Niveaueet for udvikling giver ikke nok, hvis man i forvejen har organiseret sig godt og gennemtænkt i sin klinik"*. *"Irrelevant emne for min klinik omhandlende ledelse i almen praksis. Mest møntet på store klinikker. Jeg kunne ikke rigtig bruge det til noget"*.

Sociale fællesskaber

Som det også fremgår ovenfor, viser vigtigheden af klyngerne som et socialt fællesskab sig også tydeligt i de kvalitative udsagn – og for nogen er det det vigtigste ved klyngemøderne. Møderne styrker netværksdannelsen, samarbejdet og det kollegiale sammenhold mellem læger i lokalområdet og mellem læger i samme klinik: *"Godt med et socialt element til klyngemøder også, da det er der man bygger bro og samarbejde til andre praksis i lokalområdet"*, og *"Når man er ny læge i byen, er det svært at lære de andre at kende, og det er klyngen god til"*.

Den kollegiale fællesskabsfølelse omkring patientbehandlingen fylder i flere af disse udtalelser: *"At alle kollegerne engagerer sig i at gøre det bedre for patienterne. Det skaber motivation og sammenhold i en gruppe, der ellers kan være vanskelig at samle"*.

Det sociale fællesskab er tæt forbundet med, at der er en god og tillidsfuld stemning på møderne. *"Hver gang god stemning og indtryk af, deltagere kunne lide at være sammen og vil hinanden", og "Vi fik drøftet spændende emner, hvor alle var involverede, og hvor stemningen var god og tillidsfuld imellem alle deltagere"*. Dette nævnes af enkelte som en forudsætning for kvalitetsarbejdet i det hele taget: *"Tryghed og kendskab er helt nødvendigt, hvis også de svære ting skal kunne drøftes og deles"*. *"Vi fik en god dialog om emnet (...). Vi er i vores klynge ikke bange for at lægge vores egne data frem og sige, det er vores klinik det der, og det gør at I kan snakke åbent om hvordan og hvorledes"*.

Faglig sparring og refleksion

Besvarelserne til spørgsmålene om det gode og det mindre gode klyngemøde indeholder desuden mange udsagn om betydningen af god dialog og sparring på klyngemøderne: *"(Møderne er) Inspirerende og giver indsigt i, hvordan andre håndterer forskellige problemstillinger i dagligdagen. Man kan spejle sig i hinandens arbejde"*. *"Alle møderne har været gode, så rart at få støtte og indsigt i, hvad de andre klinikker bokser med og få inspiration til at gøre ens egen klinik bedre"*.

Klyngemøderne skaber en ramme for erfaringsudveksling, faglige drøftelser og refleksion over egen praksis og bidrager til øget faglig viden og inspiration til såvel praksisdrift som patientbehandlingen. I dette synes der også at ligge et element af faglig spejling: *"Man bliver opmærksom på og får overblik over nogle mønstre som f.eks. udskrivelse af forskellige præparater, opfølgning af bestemte patientgrupper som man ellers ikke gør. Andre gange bliver man bekræftet i, at man gør det godt"*.

Af udsagnene tyder det også på, at særligt nynedsatte og mindre erfarne kollegaer har stor glæde af at deltage i klyngearbejdet.

God oplægsholder eller facilitator

Et andet emne, der fylder i besvarelserne om det gode klyngemøde er, at der var en underviser/oplægsholder til stede på mødet, der bidrog med enten en særlig ekspertviden, var særligt inspirerede, eller på anden vis berigede klyngen med ny viden og god energi: *"Der var en kompetent ekstern underviser, der udvidede min horisont fagligt"*. *"Det er super godt, at vi alle i samme klynge arbejde og deler viden om emner – men det ville også være dejligt med mulighed for specialister til at undervise og udvikle os på det faglige"*. Det at der kommer en person udefra, synes i flere tilfælde at være positivt i sig selv: *"Der var også en*

ekstern underviser, og jeg synes, at gruppen samlet får mest fagligt med fra møderne, når der også er en "ekspert" repræsenteret".

Omvendt er det langt overvejede eksterne oplægsholdere, der i forhold til det mindre gode klyngemøde, kritiseres for *"ikke at vide noget om almen praksis"*, være uforberedte eller uinspirerende undervisere, der *"ikke møder klyngemedlemmerne hvor de er"*.

I udtalelserne om det mindre gode klyngemøde fylder oplevelsen af dårlig facilitering af mødet, underviser/facilitators manglende evne som oplægsholder og manglende relevans af det præsenterede indhold på klyngemødet.

Der er også mange, der udtrykker et ønske om at klyngemøderne skal være mere inddragende og ikke bestå af for meget *"katedral-undervisning"*. Det opleves som betydningsfuldt for det gode klyngemøde, at møderne er velstrukturerede og velfacilerede med en blanding mellem oplæg/undervisning og gruppearbejde: *"(Der var) Variation – gruppearbejde, oplæg ved underviser, diskussion i plenum"*.

Særligt muligheden for kollegiale drøftelser i mindre grupper og inddragelse af alle deltagerne i diskussionerne fremhæves som væsentligt for oplevelsen af det gode klyngemøde, og at der er god tid til drøftelserne: *"Der var god dialog og tid til at reflektere med kollegaer fra andre praksis"*. *"Gode diskussioner i mindre grupper om praktisk håndtering og procedurer"*.

Enkelte nævner her fordelene ved at afholde internater med bedre tid til fordybelse, kollegial sparring og mulighed for at lære hinanden bedre at kende: *"Muligheden for at reflektere mere dybdegående over et enkelt emne er i forvejen sjælden og at gøre det i et godt og trygt kollegialt forum ud fra et godt planlagt program giver altid udbytte både fagligt, men også socialt (...) Her er især internaterne en god tidsinvestering, da det bare giver noget andet i forhold til at halse afsted fra arbejde med de sidste 80 patientkontakter i hovedet for at mødes et par timer (hvilket dog også altid bliver godt, selvom metaltrætheden melder sig de dage)"*.

Brugbare data

Data på klinikniveau, der kan sammenlignes med data fra andre klinikker, opleves som en væsentlig del af det gode klyngemøde: *Det er en øjenåbner at sammenligne andre klinikers data med vores egne"*. *"Spændende at drøfte egne og andres værdier og holdninger, og at se det afspejlet i data, og spændende at se, når nye udtræk ændres, fordi vi gør noget andet"*.

Respondenterne beskriver, hvordan de arbejder aktivt med data fra egne klinikker og bruger benchmark af data på tværs af klinikker som et værktøj til at vurdere præstationen og resultaterne i forhold til andre klinikker.

Det gode klyngemøde er: *”Når vi inddrager anvendelige data, der kan bruges til at ændre på arbejdsgange eller medicinudskrivning i praksis – altså få fokus på hvad vi konkret i vores praksis kan ændre”.*

Omvendt omtales oplevelsen af dårlige data som årsag til et mindre godt klyngemøde. Det er således meget tydeligt, at der med kravet om anvendelse af data, følger en forventning om, at det er brugbare data, der gavner og underbygger emnet, der tales om på mødet: *”Data der enten er fejlbehæftede eller for små datasæt til at udelukke tilfældigheder”. ”De data, vi havde fået tilsendt, var milevidt fra de data, vi selv kunne trække, så emnet faldt helt til jorden i frustrationer over de dårlige data”. ”Ofte udvandes mødet fordi de tilgrundliggende data er for ringe betinget af varierende kodning eller diagnoseangivelse på recepter”.*

Uanset oplevelsen af kvaliteten af data må data heller ikke fylde alt for meget eller begrænse muligheden for at beskæftige sig med emner, der for klyngen er mest relevant: *”Det kan blive noget opslidende altid at skulle forholde sig til medicinordinationer, fordi det er lette og håndgribelige data”.*

Sammenfatning

Godt halvdelen af alle oplever et ’stort’ (40 %) eller ’meget stort’ (6 %) udbytte af klyngemøderne. 38 % angiver udbyttet som ’middel’, mens 16 % har et ’lille’ (11 %) eller ’meget lille’ (5 %) udbytte af klyngemøderne. Til sammenligning med resultaterne fra VIVE/FEA- undersøgelsen fra 2021, er andelen, der oplever et ’lille’ eller ’meget lille’ udbytte, næsten halveret (fra 30 % i 2021 til 16 % i 2023). Samtidigt er andelen, der oplever et ’stort’ eller ’meget stort’ udbytte af klyngearbejdet, steget fra 30 % i 2021 til 46 % i 2023.

Selvom der ses en positiv udvikling i det oplevede udbytte, er der fortsat en stor midtergruppe, der angiver deres udbytte som ’middel’.

Hvilke forhold har så betydning for oplevelsen af udbytte i klyngerne? Af de foretagne krydstabellinger og signifikantstest skiller tre temaer sig ud i forhold til udbytte: Det faglige niveau på møderne, det sociale sammenhold, og hvordan mødet afvikles.

Det faglige niveau drejer sig om, at emnet opleves som relevant, og at man er tilfreds med ledelsen af klyngen. Betydningen af det sociale sammenhold relaterer sig bl.a. til, at der i klyngen er enighed om, hvad man ønsker at få ud af klyngearbejdet, at man oplever sammenhold og samhørighed i klyngen, og at det er trygt at give udtryk for sine meninger i klyngen. Afviklingen af mødet handler bl.a. om, at mødet afvikles med tanke for bl.a. inddragelse af medlemmerne på mødet og med inddragelse af data.

Dette billede bekræftes i den multiple logistiske regressionsanalyse, hvor emnernes relevans, oplevelsen af sammenhold og samhørighed, tilfredshed med ledelsen, enighed om, hvad man ønsker at få ud af klyngearbejdet, og at data anvendes på mødet, er forhold, der betyder meget for, at man oplever et stort udbytte af klyngearbejdet. At man har

overskud til klyngearbejdet, og at man ikke kun deltager i klyngearbejdet, fordi man skal, har også en betydning for oplevelsen af udbytte.

De statistiske analyser underbygges af, hvordan respondenterne beskriver det gode og det mindre gode klyngemøde.

Et godt klyngemøde er først og fremmest et møde, hvor det faglige udbytte er stort. Emnet skal være praksisnært og direkte relaterbart til den kliniske hverdag, og helst med så konkret læring, at det er muligt at foretage ændringer i klinikken umiddelbart efter mødet. Derfor skal det data, der præsenteres på klyngemødet, også opleves som brugbare til det formål. Samtidig skal mødet bidrage med ny faglig viden – gerne fra en ekstern oplægsholder med ekspertviden på området, og dialogen blandt kolleger skal inspirere til og danne grundlag for refleksioner over egen praksis for emnet på mødet.

Til besvarelsen af, hvad der kendetegner det mindre gode klyngemøde, følger oftest beskrivelser af et konkret møde, hvor deltagerne oplevede at blive præsenteret for dårlige data eller en dårlig facilitering/oplægsholder. Data, som ikke opfattes som relevante, er fejlbehæftede eller på anden vis opfattes som mangelfulde, vil hurtigt forstyrre den samlede oplevelse af mødet. På samme vis kan en oplægsholder, der er langt væk fra praksis, eller en kedelig organisering og facilitering af mødet betyde meget for, hvordan man ser tilbage på mødet.

Udover vigtigheden af det faglige niveau, fremhæves klyngerne af mange som værende et vigtigt socialt fællesskab, som i høj grad bidrager til netværksdannelse og fagligt sammenhold.

Resultaterne omkring udbytte stemmer overens med, hvad vi ved fra VIVE/FEA 2022, hvor det blev konkluderet, at det er vigtigt for medlemmernes oplevelse af udbytte, at møderne er veltilrettelagte, har høj faglig kvalitet, er godt faciliteret og indeholder data og rummer både plenum- og gruppearbejde.

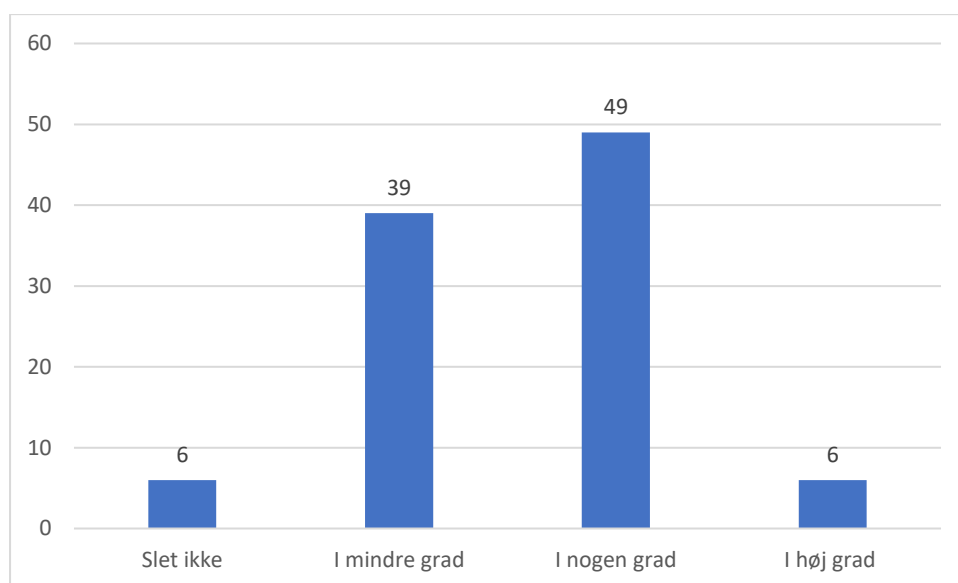
6. Ændringer i praksis

Opgørelse af ændringer i praksis

Et andet væsentligt spørgsmål er, om klyngearbejdet skaber ændringer – kvalitetsforbedringer – i praksis. Opgørelser af ændringer i praksis, undersøges bedst gennem effekttopgørelser, hvor man f.eks. undersøger, om fokus på antibiotika på klyngemøderne, fører til større ændringer blandt de klynger der har arbejdet med emnet, sammenlignet med den overordnede nationale udvikling.

Denne undersøgelse er baseret på lægernes egen oplevelse af, hvorvidt deltagelsen i klyngermøder fører til, at der sker ændringer i praksis. Respondenterne er blevet spurgt om, i hvor høj grad de oplever, at klyngemøderne har ført til konkrete ændringer i klinikken. Her fordeler svarene sig i to næsten lige store grupper: 55 % angiver, at møderne 'i høj grad' (6 %) eller 'i nogen grad' (49 %) har ført til konkrete ændringer i klinikken, mens 45 % oplever at der 'i mindre grad' (39 %) eller 'slet ikke' (6 %) skabes ændringer i praksis (figur 6.1).

Figur 6.1: Hvis du tænker på alle de klyngemøder, du har deltaget i, i hvor høj grad oplever du så, at klyngemøderne har ført til konkrete ændringer i din klinik? (%) (n = 2114)



For at få et mere nuanceret billede af de ændringer respondenterne oplever, er de blevet spurgt i hvilken grad, de oplever, at der er sket ændringer for en række specifikke områder:

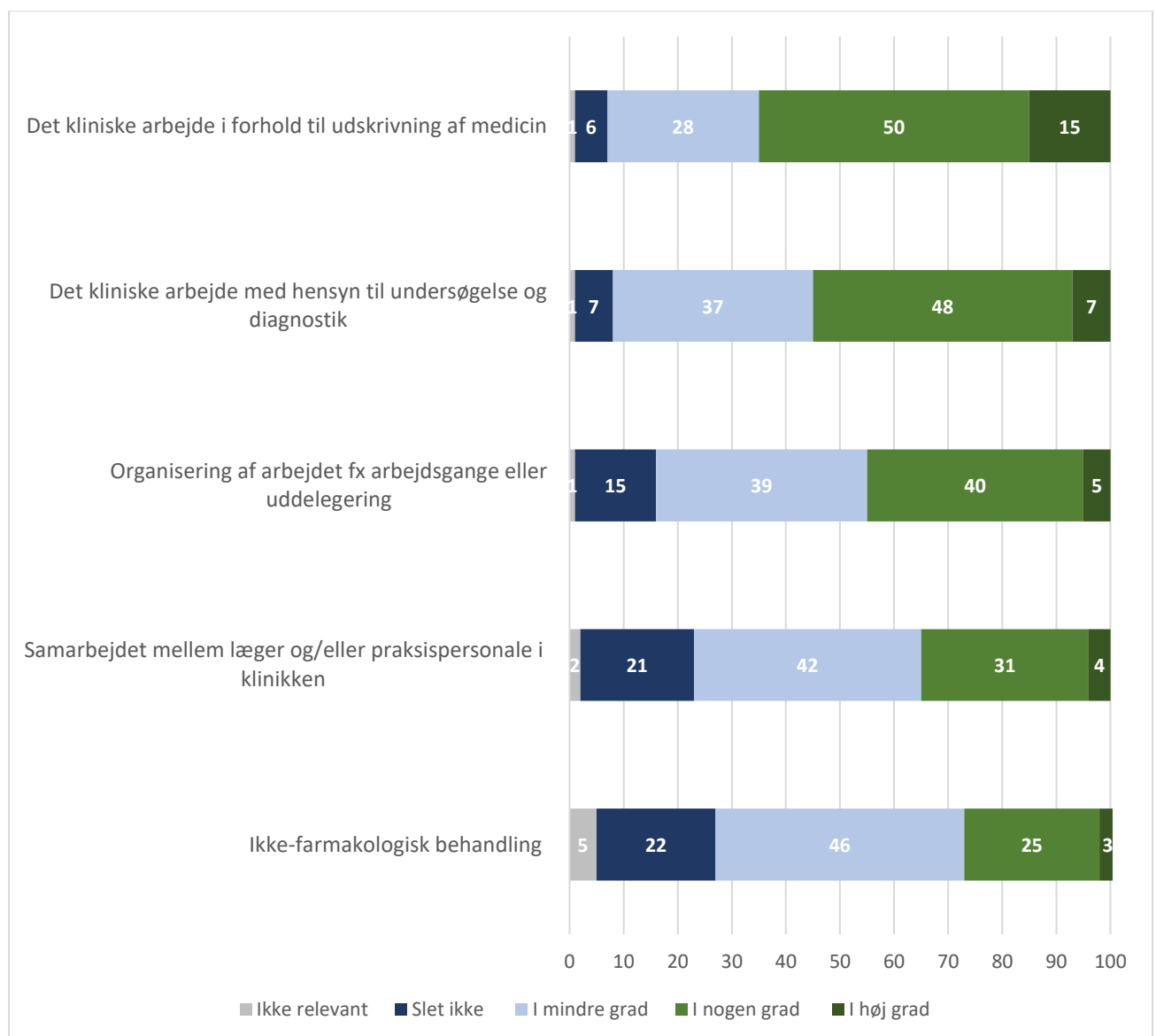
- Det kliniske arbejde i forhold til udskrivning af medicin
- Det kliniske arbejde med hensyn til undersøgelse og diagnostik
- Organisering af arbejdet fx arbejdsgange eller uddelegering
- Samarbejdet mellem læger og/eller praksispersonale i klinikken
- Ikke-farmakologisk behandling

65 % af respondenterne angiver, at arbejdet i klyngerne 'i høj grad' (15 %) og 'i nogen grad' (50 %), har ført til ændringer i forhold til udskrivning af medicin, mens 28 % angiver, at det 'i

mindre grad' har hørt til ændringer og 6 % angiver, at det 'slet ikke' har ført til ændringer. 1 % har angivet 'ikke relevant' (figur 6.2).

55 % angiver, at klyngearbejdet 'i høj grad' (7 %) eller 'i nogen grad' (48 %) har medført ændringer med hensyn til undersøgelse og diagnostik. 45 % angiver, at klyngearbejdet har ført til ændringer for organiseringen af arbejdet fx i form af arbejdsgange eller uddelegering. 35 % oplever, at klyngearbejdet har medført ændringer i forhold til samarbejdet mellem læger og/eller praksispersonale i klinikken, og 28 % angiver ændringer i forhold til ikke-farmakologisk behandling. De samlede fordelinger af svarene til spørgsmålet ses i figur 6.2 herunder.

Figur 6.2: Har arbejdet med bestemte emner medført ændringer i din klinik med hensyn til... (%) (n = 1970)



I VIVE/FEA-undersøgelsen konkluderede man, at klyngearbejdet kan føre til mindre justeringer på meget konkrete og klart afgrænsede områder fx relateret til udskrivning af

bestemte typer af medicin og specifik patientbehandling, men at rammerne for klyngearbejdet i form af relativt få møder, sætter grænser for, hvor meget man kan forvente, at klyngemodellen påvirker kvalitetsudviklingen i almen praksis (både mængden af forandringer og effektstørrelser).

Billedet fra FE/VIVE-undersøgelsen viser sig at være relativt uændret, idet flest fortsat angiver, at arbejdet har medført ændringer i forhold til udskrivning af medicin og specifik patientbehandling.

Forhold med betydning for ændringer i praksis

For at se på forskellene mellem de klyngemedlemmer, der oplever at klyngearbejdet har ført til ændringer i praksis, og dem, der oplever, at det ikke har ført til ændringer i praksis, er der gennemført krydstabelleringerne og signifikanstest af sammenhænge med en række andre spørgsmål fra spørgeskemaet. Resultaterne viser, at en række forskellige forhold ser ud til at have betydning for, om der skabes forandringer i praksis efter klyngemødet. Der ses især en forskel i forhold til andelen, der oplever, at der sker ændringer efter klyngemødet indenfor spørgsmål, der omhandler opfølgning og involvering af praksispersonale.

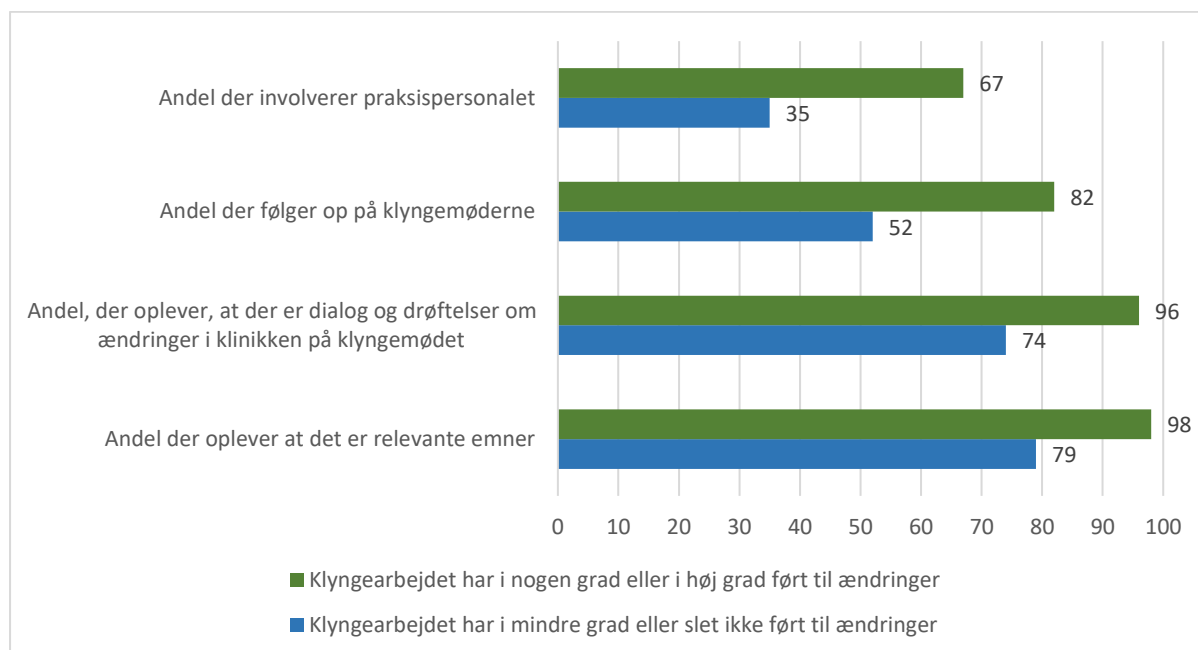
Opfølgning og involvering af praksispersonale

Der er stor forskel på, om der bliver foretaget ændringer i praksis, i forhold til om der følges op på de emner, som klyngen tidligere har arbejdet med. Blandt de klyngemedlemmer, der angiver, at klyngearbejdet 'i høj grad' har ført til ændringer, angiver 82 %, at de følger op på emner, de tidligere har arbejdet med, mens det er 52 % blandt dem, der mener, at klyngearbejdet 'i mindre grad' har ført til ændringer i praksis.

På samme måde ses en forskel for andelen, der involverer praksispersonalet, og hvorvidt der sker ændringer i praksis. Blandt de klyngemedlemmer, der angiver, at klyngearbejdet 'i høj grad' har ført til ændringer, angiver 67 % at praksispersonalet er involveret i klyngearbejdet, mens det er 35 % blandt dem, der mener, at klyngearbejdet 'i mindre grad' har ført til ændringer i praksis.

Og blandt de klyngemedlemmer, der angiver, at klyngearbejdet 'i mindre grad' har ført til ændringer, angiver 74 %, at de drøfter ændringer i klinikken, mens det er 96 % blandt dem, der mener, at klyngearbejdet 'i høj grad' har ført til ændringer i praksis. Resultaterne viser, naturligt nok, at opfølgning på et emne, drøftelser af, hvordan der kan ske ændringer samt involvering af personalet kan have betydning for, om der sker konkrete ændringer efter klyngemødet (Figur 6.3).

Figur 6.3: Om klyngemøderne har ført til ændringer i praksis fordelt på en række variable (%) (n = 2104 - 2114). Alle sammenhænge vist i figuren er signifikante.



Andre forhold med betydning for ændringer i praksis

Derudover ses en række forskelle på spørgsmål, der samlet set giver et billede af klyngemedlemmernes overordnede holdning til klyngearbejdet og deres deltagelse i det. Det drejer sig dels om, hvorvidt medlemmerne angiver, at de kun deltager fordi, de skal, dels om de oplever et manglende overskud til at deltage i klyngearbejdet (og som vi også så for resultaterne om udbytte).

Blandt dem, der angiver, at de kun deltager i klyngemøderne, fordi de skal, er andelen, der 'i nogen grad' eller 'i høj grad' oplever, at klyngearbejdet har ført til ændringer i praksis 35 %, mens det er 67 % blandt dem, der ikke kun deltager, fordi de skal.

Det betyder også noget for oplevelsen af, om der sker ændringer i praksis, at deltagerne oplever at have overskud til at deltage i klyngemøderne. Blandt dem, der har angivet, at klyngearbejdet 'i nogen grad' eller 'i høj grad' har ført til ændringer, angiver 67 %, at de ikke kun deltager, fordi de skal, mens det er 35 % blandt dem, der oplever, at klyngearbejdet 'i mindre grad' har ført til ændringer.

Der ses ingen forskelle for, køn, alder eller klinikform (solo/kompagniskab), mens der er forskelle for klyngens størrelse og mellem regioner. For de to sidstnævnte viser resultaterne, at andelen, der oplever, at der bliver foretaget ændringer i praksis, er større blandt klyngemedlemmerne i Region Syddanmark, sammenlignet med de øvrige regioner,

og der ses en stigende andel, der oplever, at der skabes forandringer i praksis med faldende klyngestørrelse (3-delt variabel, se bilag 4).

Andre ændringer i praksis

Respondenterne har i spørgeskemaet haft mulighed for at beskrive, hvilke andre ændringer - end de fem vist i figur 6.2 – klyngearbejdet har medført. Af de cirka 100 respondenter, der har besvaret dette spørgsmål, peger hovedparten på mere relationelle ændringer, som bl.a. at dialogen med kollegaer giver inspiration og styrker det kollegiale fællesskab. Igen fremhæves emnerne trivsel og arbejdsglæde og samarbejds møderne med kommunen. Her angives, at klyngemøderne har medført ændringer som ”trivsel i klinikken”, ”større arbejdsglæde” og ”bedre indsigt i kommunens tilbud og arbejde”.

Hvorfor sker der ikke ændringer i praksis?

Af de respondenter (6 %), der har svaret, at der slet ikke er sket ændringer for de fem ovenstående områder, har 71 valgt at uddybe med, hvad der er den største årsag til, at klyngemøderne ikke har ført til nogen konkrete ændringer i klinikken. En stor del af besvarelserne handler om, at møderne ikke har givet anledning til at foretage ændringer. Det skyldes, at emnerne enten ikke opleves som relevante/det faglige udbytte er for lavt, eller fordi, de mener, at de allerede har iværksat de muligheder for kvalitetsforbedringer, som er blevet præsenteret på klyngemøderne: *”Vi er meget fagligt up-to-date i vores klinik”. ”Vi deltager alle aktivt i efteruddannelse og har en velfungerende klinik, der følger gældende retningslinjer og anbefalinger”.*

Hvad skal der til for, at klyngearbejdet i højere grad ville føre til kvalitetsforbedringer i praksis?

Respondenterne er derudover blevet bedt om at beskrive, hvad de mener, der skal til for, at klyngearbejdet i højere grad vil føre til kvalitetsforbedringer i klinikken. Dette åbne spørgsmål har i alt 812 respondenter svaret på. De emner, der fylder mest i besvarelserne er:

- Mere tid og overskud
- Mere brugbare data
- Højere grad af faglig relevans og faglig læring
- Mere konkret tilgang til implementering i klinikken.
- Opfølgning på emner
- Fortsætte som hidtil
- Bedre struktur på møderne
- Økonomi

- Bedre oplægsholdere/undervisere

Emnerne beskrives yderligere herunder.

Mere tid og overskud

At der er brug for mere tid og overskud til at engagere sig i klyngearbejdet i en allerede presset hverdag er den hyppigste angivelse af, hvad der skulle til for, at klyngearbejdet i højere grad ville føre til kvalitetsforbedringer i klinikken er: *"Mindre pres i hverdag og mere tid til kvalitetsarbejde". "Vi har ikke tid til alle de opgaver vi bliver pålagt.*

Klyngesamarbejdet er en fin ide. Naturligvis er der brugbare elementer, men jeg har bare ikke også tid og energi til klyngen". "Selvom det tydeligt fremgår, at det er svært at få tid til klyngearbejdet i en presset hverdag, udtrykkes der også ønsker om, og forslag til, at der skabes tid til kvalitetsarbejdet, "At vi bliver bedre til at prioritere tid mellem klyngemøderne til implementering". "Et fælles 'før' i klinikkerne - se på data i egen klinik og så mødes med de andre og se på klyngens data. Et fælles 'efter' i klinikkerne, hvor tid er sat af til implementering".

Der udtrykkes også ønsker om at skabe mere tid og rum i den nuværende klyngemodel bl.a. med flere møder (eller færre møder med flere timer afsat), generelt flere timer afsat til møderne eller med internater, hvor det der muligt at gå mere i dybden med emnerne: *"Det (Klyngearbejdet) skal være meget mere omfattende. 4 møder om året er ikke nok". "Der er kun afholdt få klyngemøder i vores klynge, gerne flere møder, så man lærer folk at kende".*

Og så handler det om at få redskaber til implementering på og efter møderne: *"Mere tid til at drøfte retningslinjer og procedurer og evt. udarbejde instrukser og på den måde få noget konkret med hjem". "At vi få redskaber med til implementering på møderne".*

Mere brugbare data

Mere brugbare data i form af relevante, valide og praksisnære data står ligeledes højt på listen over, hvad respondenterne mener, der skal til for få kvalitetsforbedringer ud af klyngearbejdet: *"Vi har brug for mere relevante data". "Bedre kvalitetsdata, når der kigges på klyngedata. Ofte er det for overordnede data, eller er de ikke retvisende".* Nogle ønsker sig endda også mere data på møderne: *"Der skulle være mere datagennemgang". "Mere arbejde med data og statistik".*

Som vi så i udsagnene om det gode og mindre gode klyngemøde, kan det imidlertid også opleves som hæmsko, at klyngemøderne altid skal være databaserede: *"Det er tungt, at det altid skal være dataopbundet. Det medfører, at mere relevante ting for det kliniske arbejde i nærområdet, som fx kommunalt samarbejde eller samarbejde omkring psykiatriske patienter bliver vanskeliggjort eller hængt op på pseudomål". "*

Højere grad af faglig relevans og faglig læring

Som set tidligere i de kvalitative udsagn, vægtes det faglige niveau på klyngemøderne højt, og i denne sammenhæng mener respondenterne også, at en højere grad af faglighed i klyngemøderne kan bidrage til, at der blev foretaget ændringer i praksis efterfølgende. En øget faglighed synes at bestå af to sammenvævede ting nemlig, at emnet er fagligt relevant og afstemt med hverdagen i praksis, og man bliver fagligt opdateret: *"Emner som kan flytte noget". "Fastholde den daglige relevans i forhold til problemstillinger i almen praksis"*.

Mere konkret tilgang til implementering i klinikken

Faglighed er tæt forbundet til muligheden for at tage de gode indsigter med hjem i praksis efterfølgende og på en relativ nem måde kunne foretage de ønskede kvalitetsforbedringer. Overvejelserne bør allerede starte på mødet: *"Tid under klyngemødet til at sidde sammen med kolleger fra eget lægehus og opsummere og lave plads for evt. ændringer"*.

Det er desuden vigtigt, at lægerne får fulgt hurtigt op i klinikken efterfølgende: *"At alle læger i klinikken deltager i de samme møder, og at vi holder en form for opfølgning i klinikken efter klyngemødet". "At vi får redskaber til implementering på møderne"*.

Der er mange gode forslag til, hvordan klyngemedlemmerne kan blive støttet i implementeringsarbejdet: *"Plug-and-play materiale til et personalemøde med emne som behandlet i klyngen". "Der skulle komme mere færdige produkter ud af det. Fraser, vejledninger, flowcharts, som kunne være lette at bruge og implementere i klinikken". "Fx med den sendte UV med kommunal rehabilitering. Havde der fx været et kort og nemt tilgængeligt slideshow, vi kunne tage med hjem til undervisning for resten af klinikken, så ville det have været ligetil". "Personale der kunne assistere i klinikkerne mht. implementering efterfølgende". "Mere struktur og konkrete opgaver efter mødet"*.

Enkelte nævner her også, at praksispersonalet i højere grad burde inddrages i kvalitetsarbejdet. Enten via deltagelse på relevante møder, eller at der sideløbende var tilbud til personalet, som var koblet op på de emner, som klyngen arbejder med.

Opfølgning på emner

Mange af respondenterne, der har svaret på, hvad der skulle til for, at klyngearbejdet i højere grad ville føre til kvalitetsforbedringer i klinikken, er også enige om, at der bør være et større fokus på at følge op på tidligere behandlet emner i klyngen: *"At sætte mål ved mødet og følge op næste gang på de samme data". "Opfølgning på de skibe, der sættes i søen. Dvs. samme emne skulle tages op igen senere, så man var 'tvunget' til at følge op på egen indsats". "Mere konkrete opfølgingspakker"*.

Her foreslår flere, at det kunne give mening at arbejde med det samme emne af flere omgange, så det er muligt at gå lidt mere i dybden med det pågældende emne, og samtidig få fulgt op på om, der er sket en udvikling: *"Samme emne over en længere periode – eller at vi vendte tilbage til samme emne". "At man arbejder med samme emne over en længere periode"*.

Fortsætte som hidtil

Som vi så særligt i udsagnene omkring det gode og det mindre gode klyngemøde, giver dette spørgsmål også anledning til at nævne, at man egentlig er tilfreds med klyngens og egen indsats i klyngearbejdet: *"Jeg synes det er svært at komme med forslag til forbedringer". "Jeg overraskes ofte over vores forskellige tilgange til vores arbejde og får altid ny og brugbar viden med hjem". "Det har allerede ført til kvalitetsforbedringer". "Selvom det ikke er et lynhurtigt outcome med ændringer eller kvalitetsforbedringer lige efter/direkte relateret til klyngearbejdet, så medfører det tit kvalitetsforbedringer på den lange bane"*.

Bedre struktur på møderne

Der ses også en holdning til, at klyngemøderne med fordel kan tilrettelægges bedre. Her peges særligt på behovet for mere gruppearbejde og erfaringsudveksling: *"Mere tid til gruppearbejde/sparring, både udenfor og indenfor eget lægehus". "Efter et fælles oplæg, fordeling i mindre grupper, hvor man kan snakke i ro og med nok tid til konkrete spørgsmål/problemer og derefter opsummering i plenum"*.

Her nævner enkelte et ønske om, at man blev sat sammen med klinikker, som lignede ens egen klinik mere: *Sparring med klinikker i samme størrelsesorden, så man kan dele viden og blive mere konkret"*.

På samme måde ses størrelsen på klyngerne også som en hæmmende faktor for kvalitetsarbejdet: *"Mindre klynge. Vores er alt for stor". "Vores klynge har 50+ medlemmer, det er efter min mening for mange. Det er svært at mere end få kan komme til orde, samt at det er svært at få konsensus om emner". "Nok færre klyngemedlemmer. 10-15 læger i stedet for 20-30"*.

Økonomi

At der burde være en økonomisk gevinst/honorering af klyngearbejdet, fylder også for mange, når der bliver spurgt til, hvad der skal til for, at klyngearbejdet i højere grad ville føre til kvalitetsforbedringer i klinikken: *"At der på nationalt plan var planlagt 2-3 kvalitetssikringsdage årligt, hvor de praktiserende læger blev honoreret for ikke at være i*

klinikken, men i stedet deltog i klyngearbejdet fra f.eks. 12-16 med skiftende dækning af akutte patienter”.

Oplægsholdere

Som vi også så i forbindelse med det gode og mindre gode klyngemøde efterspørges også i denne sammenhæng flere, bedre eller mere specialiserede, eksterne undervisere eller oplægsholdere: *”Jeg synes, at man kunne have en speciallæge til at undervise i det emne, som vi har på programmet, og så bagefter se på data og have gruppearbejde, som var casebaseret”. ”Flere gode faglige emner med gode undervisere/formidlere”. ”Meningsfyldte emner med eksterne undervisere”.*

Sammenfatning

Klyngemøderne opfattes af godt halvdelen af respondenterne som motiverende for at skabe ændringer i praksis. Resultaterne viser, at 55 % af respondenterne i nogen grad (49 %) eller i høj grad (6 %) oplever, at klyngemøderne har ført til forandringer i praksis. Resultaterne viser også, at det særligt er de emner med mere konkrete anvisninger til ændringer i form af eksempelvis udskrivning af bestemte præparater og det kliniske arbejde omkring undersøgelse og diagnostik, men også organisering og uddelegering, der synes at give anledning til kvalitetstiltag i klinikken.

Det er imidlertid også tydeligt, at der for mange klyngemedlemmer er lang vej fra faglige indsigter og gode dialoger på et klyngemøde til konkrete forandringer i den enkelte klinik. Manglende tid og overskud udgør en stor del af forklaringen, og det er en kendt problemstilling, at hverdagen hurtigt kan opsluge de gode intentioner, man har haft om at tage læring med hjem. Resultaterne tyder dog også på, at sandsynligheden for at skabe ændringer i praksis, hænger sammen med, om man involverer praksispersonalet, om man følger op på de emner, man har behandlet på møderne, og om man konkret drøfter ændringer i klinikken efter klyngemødet.

Det tyder også på, at der er større sandsynlighed for, at der sker ændringer i praksis på baggrund af klyngemødet, hvis man er en del af en mindre klynge end en større klynge. En mulig forklaring herpå kan være, at det for en mindre klynge måske i nogle tilfælde kan være nemmere at iværksætte og følge op på fælles kvalitetstiltag.

En stor andel af respondenterne er også kommet med deres forslag til, hvordan klyngearbejdet i højere grad kan omsættes til forbedringer i klinikken. Her nævnes det, at det er nødvendigt med data af høj kvalitet, men de ønsker også gerne muligheden for at afholde møder uden at inkludere data, da der ikke findes data for mange af de emner, de synes er relevante at arbejde med. Støtte til implementering kan styrkes ved, at det er en fast del af klyngemødet, at der afsættes tid til, at deltagerne sidder sammen og får mulighed

for at erfaringsudveksle med andre klinikker. Og ved at der afsættes tid til gruppearbejde med kolleger fra egen klinik, hvor man kan vurdere om, der skal ske ændringer på baggrund af det, man har talt om på mødet.

Det fremhæves også, at forskellige former for hjælpemateriale ville kunne styrke implementering i praksis. Blandt andet foreslås 'Plug and play'- materialer, der kan vises på et personalemøde. Derudover nævnes udvikling af vejledninger, der viser, hvad man konkret kan gøre for at omsætte viden og ideer til ændringer i praksis. Desuden fremhæves systematisk opfølgning på de emner, der arbejdes med, så man er 'tvunget' til at forholde sig til sin egen indsats for emnet.

Referencer

1: RLTN & PLO. (2018). Overenskomst om almen praksis. København: Danske Regioner.

2: Marie Henriette Madsen, Morten Bonde Klausen, Marius Brostrøm Kousgaard, Eskild Klausen Fredslund, Maria Bundgaard, Dorte Ejg Jarbøl, Jakob Kjellberg, Pia Kürstein Kjellberg og Jens Søndergaard Kvalitetsklynger i almen praksis – Klyngernes organisering, arbejde og udbytte. VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2022:

<https://www.vive.dk/da/udgivelser/kvalitetsklynger-i-almen-praksis-lxmjr5xd/>

Bilag 1: Spørgeskema

Kære medlem i KLYNGENAVN

I dette korte spørgeskema (6-8 minutter) vil du blandt andet blive spurgt til:

Din oplevelse af klyngemøderne

Klyngearbejdets bidrag til kvalitetsudvikling i din egen klinik

Dit oplevede udbytte af klyngearbejdet

Afslutningsvist bliver du spurgt til, hvordan klyngemøderne kan forbedres.

Alle besvarelser behandles fortroligt og vil udelukkende blive vist samlet på aggregeret niveau (ingen vil kunne genkendes).

De første to indledende spørgsmål handler om din rolle og din deltagelse i klyngen.

1. Hvad er din rolle i klyngen?

- (1) Ordinært klyngemedlem
- (2) Bestyrelsesmedlem eller anden administrativ funktion i klyngen
- (3) Klyngekoordinator
- (4) Jeg er ikke medlem af en klynge

2. Hvor mange af de afholdte klyngemøder har du deltaget i siden klyngens opstart?

- (1) Ingen af møderne
- (2) Få; af møderne
- (3) Ca. halvdelen af møderne
- (4) De fleste af møderne
- (5) Alle møderne

De næste spørgsmål handler om din oplevelse af at deltage i klyngearbejdet, og det udbytte, du mener, det har for dig.

3. Når du tænker på din klynge, hvordan vil du så vurdere følgende udsagn om din oplevelse af at deltage i klyngearbejdet?

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Der er god stemning på; klyngemøderne	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Der er en følelse af sammenhold og samhørighed blandt dig og dine kolleger i klyngen	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Du kan give udtryk for dine meninger overfor dine kolleger i klyngen	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

Du og dine kolleger deltager aktivt på; klyngemøderne	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Du og dine kolleger i klyngen er enige om, hvad I ønsker at få ud af klyngearbejdet	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Jeg har overskud til at deltage i klyngearbejdet	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Alt i alt fungerer min klynge godt	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

4. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om klyngemøderne?

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Emnerne på; møderne er relevante	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Ledelsen/faciliteringen af klyngemøderne er god	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Klyngens medlemmer inddrages på; møderne	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Data anvendes i drøftelserne på; møderne	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
På; møderne har vi dialog og overvejelser om, hvorvidt der er noget, vi skal ændre i klinikken	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
På møderne følger vi op på det, vi har tidligere har arbejdet med (fx ser på; udviklingen i data)	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Samlet set er jeg tilfreds med klyngemøderne	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Samlet set er jeg tilfreds med klyngekoordinators /	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

bestyrelsens ledelse
af klyngen

5. Hvor stort er dit samlede udbytte af klyngearbejdet?

- (5) Meget stort
- (4) Stort
- (3) Middel
- (2) Lille
- (1) Meget lille

De næste spørgsmål handler om, hvad der sker efter klyngemødet, og i hvor høj grad det fører til konkrete ændringer i klinikken.

6. Hvis du tænker på alle de klyngemøder, du har deltaget i. I hvor høj grad oplever du så, at klyngemøderne har ført til konkrete ændringer i din klinik?

- (4) I høj grad
- (3) I nogen grad
- (2) I mindre grad
- (1) Slet ikke
- (0) Ikke relevant

Herunder har du mulighed for at uddybe hvilke konkrete ændringer, der er tale om i din klinik

7. Har arbejdet med bestemte emner i klyngen medført ændringer i din klinik med hensyn til...

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ikke relevant
Organisering af arbejdet (fx arbejdsgange eller uddelegering)	(4) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(0) <input type="radio"/>
Samarbejdet mellem læger og/eller personale i klinikken	(4) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(0) <input type="radio"/>
Det kliniske arbejde med hensyn til undersøgelse og diagnostik	(4) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(0) <input type="radio"/>
Det kliniske arbejde i forhold til udskrivning af medicin (fx valg af præparat eller dosis)	(4) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(0) <input type="radio"/>
Ikke-farmakologisk behandling (fx råd og vejledning, samtaleterapi)	(4) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(1) <input type="radio"/>	(0) <input type="radio"/>

Andet (valgfrit - beskriv hvilke andre ændringer, der kan være tale om)

Hvad er den største årsag til, at klyngemøderne ikke har ført til nogen konkrete ændringer i din klinik? (Valgfrit at besvare)

I hvor høj grad involverer du/I praksispersonalet i dine/jeres indsigter efter klyngemøderne?

- (1) I høj grad
(2) I nogen grad
(3) I mindre grad
(4) Slet ikke

Nu vil vi gerne høre din holdning til klyngearbejdet generelt.

8. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om klyngerne generelt?

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg ser klyngerne som understøttende for kvalitetsudviklingen i almen praksis	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Jeg synes, arbejdet er inspirerende	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Jeg deltager kun i klyngemøderne, fordi jeg skal	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Jeg synes alt i alt, at udbyttet af klyngearbejdet (inkl. forberedelse) står på mål med den tid, jeg bruger	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

Da du er klyngekoordinator, vil vi gerne stille dig enkelte ekstra spørgsmål om din oplevelse af klyngearbejdet og de eventuelle udfordringer, du oplever i din rolle.

Hvor længe har du været klyngekoordinator? Flyt den grønne brik for at vælge det interval, som angiver perioden mest nøjagtigt.

- (0) 0 år
- (1) 0,5 år
- (2) 1 år
- (3) 1,5 år
- (4) 2 år
- (5) 2,5 år
- (6) 3 år
- (7) 3,5 år
- (8) 4 år
- (9) 4,5 år
- (10) 5 år

Hvordan synes du generelt, det går i din klynge?

- (5) Meget godt
- (4) Godt
- (3) Nogenlunde
- (2) Dårligt
- (1) Meget dårligt

Føler du, at du har kompetencerne til at løfte rollen som klyngekoordinator

- (4) I høj grad
- (3) I nogen grad
- (2) I ringe grad
- (1) Slet ikke

Hvordan vurderer du din egen energi og engagement i rollen som klyngekoordinator?

- (5) Meget stor
- (4) Stor
- (3) Mellem
- (2) Lille
- (1) Meget lille

Hvilket udsagn passer bedst til, hvordan du har det med at facilitere/lede klyngemøder? (sæt kun et kryds)

- (1) Det er typisk en anden end mig, der faciliterer møderne
- (2) Jeg bryder mig ikke om det/er ikke så god til det, men gør det alligevel
- (3) Jeg har ikke noget imod det og faciliterer gerne møderne selv

I hvor høj grad ville du gøre brug af en ekstern facilitator, hvis det var et fast tilbud til alle klyngepakker

- (5) I meget høj grad
- (4) I høj grad
- (3) I nogen grad
- (2) I lav grad
- (1) Slet ikke

I hvor høj grad deltager praksispersonalet på klyngemøderne?

- (5) De deltager altid
- (4) De har deltaget de fleste gange
- (3) De har deltaget flere gange
- (2) De har deltaget en enkelt gang
- (1) De har aldrig deltaget

Uddyb gerne

Hvilke udfordringer oplever du især som klyngekoordinator? (valgfrit at besvare)

Hvor foretrækker du at få information om klyngearbejdet (sæt flere krydser):

- (1) Nyhedsbrev fra KiAP
- (2) Hjemmesiden kiap.dk
- (3) Informationsmail fra KiAP
- (4) Sociale medier (KiAP's facebook og LinkedIn-side)
- (5) Faglige tidsskrifter (Månedsskrift for Almen Praksis)
- (6) Podcast
- (7) Videoer på kiap.dk
- (8) Webinarer (virtuelle møder)
- (9) Inspirationsdage (fysiske netværksmøder)
- (10) En app fra KiAP
- (11) Ingen af ovenstående (uddyb gerne herunder)

Andet (valgfrit at besvare)

De sidste 4 spørgsmål handler om, hvordan klyngearbejdet kan styrkes.

9. Tænk tilbage på et godt klyngemøde, du har deltaget i...

Hvad var **den vigtigste årsag** til, det var godt?

10. Tænk tilbage på et mindre godt klyngemøde, du har deltaget i...

Hvad var **den vigtigste årsag til, det var mindre godt?**

11. Hvad skulle der til for, at klyngearbejdet i højere grad ville føre til kvalitetsforbedringer i din klinik?

12. Må vi kontakte dig for evt. uddybende spørgsmål?

- (1) Ja
(2) Nej tak

På hvilket telefonnummer kan vi kontakte dig? Angiv venligst telefonnummer herunder

Vi er taknemmelige for, at du vil dele dine erfaringer med os omkring klyngearbejdet. På forhånd, tak.

Da du enten har svaret, at du ikke er medlem af en klynge, eller at du ikke har deltaget i klyngearbejdet, har vi ikke flere spørgsmål til dig.

Hvis du har lyst til at uddybe, hvorfor du ikke er medlem eller deltager, så gør det gerne herunder:

Du kan trykke på knappen '**Næste**' for at afslutte. Tak for din tid.

De bedste hilsner,
KiAP

Mange tak for din besvarelse!

Du har nu bidraget til et stærkere og mere lærerigt kvalitetsarbejde i klyngerne for landets praktiserende læger.

Derudover er du nu automatisk med i konkurrencen om en gavekurv til den klynge, hvor flest klyngemedlemmer har besvaret og lodtrækningen om 10 individuelle gavekort til Nordisk Film Biografer.

Tryk på **'Afslut'** herunder for at indsende din besvarelse.

De bedste hilsner,
KiAP

Bilag 2: Oplevelse af klyngemøderne

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om klyngemøderne?	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Emnerne på møderne er relevante	0,8	3,6	6,1	36,4	53,0
Ledelsen/faciliteringen af møderne er god	0,6	2,3	5,9	24,9	66,3
Klyngens medlemmer inddrages på møderne	0,2	1,1	4,1	24,2	70,3
Data anvendes i drøftelserne på møderne	0,2	2,1	5,2	27,0	65,5
På møderne har vi dialog og overvejelser om, hvorvidt der er noget, vi skal ændre i klinikken	0,9	3,3	10,0	37,0	48,9
På møderne følger vi op på det, vi tidligere har arbejdet med (fx ser på udviklingen af data)	3,7	10,0	17,9	38,3	30,2

Bilag 3: Oplevelse af klyngearbejdet

Når du tænker på din klynge, hvordan vil du så vurdere følgende udsagn om klyngearbejdet?	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Der er god stemning på klyngemøderne	0,4	0,7	3,9	17,7	77,4
Der er en følelse af sammenhold og samhørighed blandt dig og dine kolleger i klyngen	0,8	3,0	9,8	35,9	5,6
Du kan give udtryk for dine meninger overfor dine kolleger i klyngen	0,5	1,8	5,9	27,4	64,4
Du og dine kolleger deltager aktivt på klyngemøderne	0,4	2,5	7,3	41,9	47,9
Du og dine kolleger i klyngen er enige om, hvad I ønsker at få ud af klyngearbejdet	1,5	7,1	21,4	47,0	23,1
Jeg har overskud til at deltage i klyngearbejdet	5,3	12,7	13,6	38,3	30,0
Alt i alt fungerer min klynge godt	1,3	5,7	13,3	32,5	47,1

Bilag 4: Krydstabeller med signifikanstest

Udbytte

Alder

	Lavt udbytte	Mellem udbytte	Højt udbytte
>49	155	372	447
50 - 59	123	272	323
<60	59	163	201

data: ALDERUDBT
X-squared = 2.0949, df = 4, p-value = 0.7183

Køn

	Lavt udbytte	Mellem udbytte	Højt udbytte
MAND	137	272	376
KVINDE	200	535	595

data: KØNUDB3
X-squared = 6.9032, df = 2, p-value = 0.0317

Klinikform

	Lavt udbytte	Mellem udbytte	Højt udbytte
Solo	62	153	226
Kompagni	275	654	745

data: KLINIKFORMUDB3
X-squared = 6.4363, df = 2, p-value = 0.04003

Region

	Lavt udbytte	Mellem udbytte	Højt udbytte
Hovedstaden	112	287	292
Sjælland	44	92	127
Syddanmark	75	174	251
Midtjylland	79	190	227
Nordjylland	27	64	74

data: REGUDBT
X-squared = 9.0667, df = 8, p-value = 0.3367

Klyngestørrelse

	Lavt udbytte	Mellem udbytte	Højt udbytte
Lille	68	161	214
Mellem	102	265	331
Stor	167	381	426

data: STRUDBT
X-squared = 4.2839, df = 4, p-value = 0.3689

Ændringer i Praksis

Alder

	I mindre grad/slet ikke ført til ændringer	I nogen grad/i høj grad ført til ændringer
>49	446	522
50 - 59	328	386
<60	170	249

X-squared = 4.0207, df = 2, p-value = 0.1339

Køn

	I mindre grad/slet ikke ført til ændringer	I nogen grad/i høj grad ført til ændringer
MAND	359	420
KVINDE	585	737

X-squared = 0.59399, df = 1, p-value = 0.4409

Klinikform

	I mindre grad/slet ikke ført til ændringer	I nogen grad/i høj grad ført til ændringer
Solo	183	256
Kompagni	761	901

data: KLINIKFORMÆND

X-squared = 2.1994, df = 1, p-value = 0.1381

Region

	I mindre grad/slet ikke ført til ændringer	I nogen grad/i høj grad ført til ændringer
Hovedstaden	338	348
Sjælland	114	149
Syddanmark	192	306
Midtjylland	224	268
Nordjylland	76	86

data: REGÆNDR2

X-squared = 14.002, df = 4, p-value = 0.007288

Klyngestørrelse

	I mindre grad/slet ikke ført til ændringer	I nogen grad/i høj grad ført til ændringer
Lille	172	266
Mellem	307	389
Stor	465	502

data: STRÆND2

X-squared = 9.7564, df = 2, p-value = 0.007611