



## **Evaluering af medicinkonsulentordningen**

Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Medicinfunktionen i Koncern Praksis, Region Hovedstaden.

Karen Stage Fritsen

Line Holm Jensen

Databehandling: Line Holm Jensen

Studerter: Mette Rubæk og Malene Bjældager

Enhedschef: Marie Fuglsang

© Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, april 2011

ISBN: 978-87-91520-64-8

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Denne rapport citeres således:

Enheden for Brugerundersøgelser: *Evaluering af medicinkonsulentordningen*. Frederiksberg, april 2011.

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:

Medicinfunktionen i Koncern Praksis, Region Hovedstaden

Lone Due, farmaceut

Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

E-mail: [medicinfunktionen@regionh.dk](mailto:medicinfunktionen@regionh.dk)

Enheden for Brugerundersøgelser

Frederiksberg Hospital

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

E-mail: [efb@regionh.dk](mailto:efb@regionh.dk)

## Indholdsfortegnelse

	<b>Forord</b>	
<b>1</b>	<b>Resume</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Introduktion</b> .....	<b>4</b>
	Baggrund .....	4
	Formål .....	4
	Organisering .....	4
<b>3</b>	<b>Metode og data</b> .....	<b>5</b>
	Spørgeskema .....	5
	Datagrundlag for spørgeskemaundersøgelse .....	6
	Bortfald .....	6
	Interview .....	7
<b>4</b>	<b>Praktiserende lægers oplevelser</b> .....	<b>8</b>
	Læger uden praksisbesøg .....	9
	Praksisbesøg .....	9
	Basislisten .....	13
	Nyhedsbrev .....	14
	Databreve om rationel medicinordination .....	14
	Temamøder .....	14
	Forslag til at fremme rationel medicinanvendelse .....	14
<b>5</b>	<b>Medicinkonsulentordningen set indefra</b> .....	<b>16</b>
	Medicinkonsulentordningen fremmer rationel medicinanvendelse .....	16
	Medicinfunktionens indsatser .....	17
	Arbejdet som lægelig medicinkonsulent .....	21
	Arbejdet som farmaceutisk medicinkonsulent .....	26
	Organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen .....	27
	Samarbejde internt i Medicinfunktionen .....	28
	Samarbejde mellem KPU og KPr i relation til medicinkonsulentordningen .....	31
	Forslag til forbedringer .....	31
	Ledelsens perspektiver og visioner for fremtiden .....	35
<b>6</b>	<b>Konklusion</b> .....	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>Bilag</b> .....	<b>38</b>
	Bilag 1. Spørgeskema .....	38
	Bilag 2. Interviewguides .....	49
	Bilag 3. Udsendelses- og påmindelsesmails .....	65
	Bilag 4. Frekvensopgørelser over samtlige spørgsmål .....	69

## Forord

Jeg er glad for at kunne præsentere resultatet af denne første evaluering af medicinkonsulentfunktionen. Medicinkonsulentfunktionen har nu fungeret i 4 år og har gjort en stor indsats for at fremme rationel medicinordination blandt de praktiserende læger i Region Hovedstaden.

Det er med stor tilfredshed, at jeg kan konstatere, at evalueringen viser, at Medicinfunktionens konsulenter har en positiv indflydelse på de praktiserende lægers medicinordination i regionen. 98% af de praktiserende læger, som har haft besøg af en medicinkonsulent, har vurderet besøget som værende godt eller virkelig godt. 75% af de praktiserende læger mener, at medicinkonsulentens besøg har betydet, at de har fået mere fokus på rationel medicinanvendelse. Langt de fleste læger angiver også, at de i en eller anden grad har ændret noget i deres ordinationspraksis som følge af besøget.

Evalueringen peger selvfølgelig også på områder, hvor medicinkonsulentordningen kan udvikles. Enten ved at vi forbedrer de nuværende tiltag, eller ved at vi udvikler nye. I den kommende tid vil Medicinfunktionen arbejde videre med evalueringens resultater, så ordningen endnu bedre kan understøtte de praktiserende læger i arbejdet med at kvalitetssikre medicineringen af Region Hovedstadens borgere.

Jeg vil gerne takke regionens praktiserende læger, der i januar i år gav sig tid til at besvare spørgeskemaet om Medicinfunktionens indsatser for at fremme rationel medicinanvendelse i almen praksis. Det er meget værdifuldt for det videre arbejde med at udvikle Medicinfunktionens indsatser, at så mange (65%) har svaret.

Også tak til Praksisudvalget, som har støttet op om evalueringen, og til alle de medicinkonsulenter – nuværende som tidligere – der har ladet sig interviewe om arbejdet som medicinkonsulent.

Karen Nørskov Toke  
Udviklingschef  
Koncern Praksis  
Region Hovedstaden

# 1 Resume

Denne undersøgelse er iværksat af Medicinfunktionen i Koncern Praksis i Region Hovedstaden med henblik på at lave en evaluering af medicinkonsulentordningen. Det overordnede formål med evalueringen er at undersøge, hvordan alment praktiserende læger og de personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen (de ansvarshavende ledelsespersoner og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter) oplever, at medicinkonsulentordningen fungerer, samt hvordan de personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen oplever de organisatoriske rammer. Herunder er det bl.a. formålet at få vurderet Medicinfunktionens indsatser, og om ordningen styrker rationel medicinanvendelse i almen praksis samt at få input til udvikling af medicinkonsulentordningen.

Undersøgelsen er gennemført dels som en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt 1.023 alment praktiserende læger i Region Hovedstaden, og dels som en kvalitativ undersøgelse, hvor der er afholdt interview med de ansvarshavende ledelsespersoner og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter, samt fem tidligere lægelige medicinkonsulenter. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i perioden 5. januar - 1. februar 2011, og svarprocenten er 65 %. Blandt læger der har besvaret spørgeskemaet, har 86 % af lægerne inden for de seneste to år haft besøg af en medicinkonsulent, mens 14 % af lægerne ikke har haft besøg af en medicinkonsulent.

## Overordnet konklusion

Helt overordnet kan det konkluderes at medicinkonsulentordningen er en velfungerende ordning, der styrker rationel medicinanvendelse i almen praksis. Det er særligt praksisbesøgene, som gør en forskel, og de praktiserende læger vurderer besøgene meget positivt og angiver, at de får mere fokus på rationel medicinanvendelse og foretager ændringer i ordinationspraksis på baggrund af besøgene.

## Praktiserende lægers oplevelser

### Praksisbesøg og medicinkonsulenternes kompetencer vurderes positivt

De praktiserende læger, der har haft besøg af en medicinkonsulent, er generelt meget positive i vurderingen af deres oplevelser omkring besøget. 98 % af lægerne vurderer samlet set besøget som værende godt eller virkelig godt. Både medicinkonsulenternes kompetencer og materialet, der bliver præsenteret ved besøgene, bliver vurderet positivt af hovedparten af lægerne.

### Læger foretager ændringer i ordinationspraksis på baggrund af besøg

Tre ud af fire mener, at de på baggrund af besøget har fået mere fokus på rationel medicinanvendelse. Langt de fleste læger angiver, at de i en eller anden grad har ændret noget i deres ordinationspraksis på baggrund af besøget. 14 % af lægerne oplever kun i mindre grad eller slet ikke, at de ved besøget bliver hjulpet til, hvordan de i praksis kan ændre deres ordinationsmønstre. 28 % af lægerne mener, at der er andre emner inden for rationel medicinanvendelse eller andre emner, som bør indgå i praksisbesøgene i fremtiden, eksempelvis polyfarmaci og interaktioner, kronikerbehandling og datafangst. Nogle læger kommer med forslag til, hvad der kan øge deres udbytte af praksisbesøgene. De nævner bl.a. at få tilsendt materiale før besøget som forberedelse, at have mere tid under besøget især til dialog og diskussion, at få opfølgning på hvordan det er gået siden sidst, at have diskussion i større grupper fx efteruddannelsesgrupper og at have mere fokus på, hvordan ændringer i ordinationer rent praktisk kan fremmes.

### Barrierer for at gennemføre anbefalede ændringer

De praktiserende læger oplever nogle barrierer i forhold til at gennemføre medicinkonsulentens anbefalede ændringer. Lægerne kommenterer, at det bl.a. handler om patienternes manglende evne eller vilje til at skifte medicin, om gamle vaner som er svære at ændre (ikke kun egne vaner men hele praksis') om motivation i hele personalegruppen, om at lægerne har en travl hverdag, og

at ændringer kræver tid, samt at ordinationer fra speciallæger og hospitaler ikke følger anbefalingerne på Basislisten. Lægerne giver nogle forslag til, hvad der kan være med til at fremme rationel medicinanvendelse i deres praksis. Nogle af de indsatsområder, som lægerne fremhæver, handler bl.a. om forskellige former for information til de praktiserende læger, om at få mere uddannelse og tilbyde flere fællesmøder til praksis samt om at arbejde for bedre koordinering med speciallæger, vagtlæger og hospitaler.

### **Ikke besøgte læger vil gerne have besøg af medicinkonsulent**

Størstedelen af de læger, der ikke har haft besøg af en medicinkonsulent, vil gerne have praksisbesøg, men er ikke blevet kontaktet af en medicinkonsulent. Andre årsager til, at lægerne ikke har haft besøg, er, at nogle har travlt i deres hverdag, mens andre oplever, at de ikke har behov for at få besøg. Lægerne kommer med flere forslag til, hvad der kan gøres for at få flere til at modtage besøg. De nævner bl.a. mere information om besøget, fleksibilitet omkring tidspunkt for afholdelse af besøg, at emner og tilbud kan tilpasses den enkelte praksis' behov, mulighed for at booke møde via internettet og at kunne vælge mellem forskellige medicinkonsulenter.

### **Vurdering af Medicinfunktionen øvrige indsatser**

Kun 2 % af lægerne kender ikke Basislisten, men 20 % af lægerne bruger den ikke, selvom de kender den. 45 % af lægerne bruger kun den trykte udgave, 11 % bruger kun den elektroniske udgave, og 22 % bruger både den trykte og elektroniske udgave. Seks ud af ti læger har ikke kendskab til, om der i deres lægesystems ordinationsmodul er et link eller en genvejstast til den elektroniske version af Basislisten. 71 % af lægerne læser papirudgaven af nyhedsbrevet "Nyt om Medicin", og 59 % læser den elektroniske udgave. Temamøderne deltager 59 % af lægerne i, mens 31 % aldrig deltager, og 9 % har ikke kendskab til møderne. 97 % af lægerne følger i nogen eller høj grad de anbefalinger, der står i de databreve, som Medicinfunktionen sender ud til lægerne. Kun 1 % af lægerne har ikke kendskab til brevene.

## **Medicinkonsulentordningen set indefra (Ledelse, medicinkonsulenter og farmaceuter)**

### **Medicinkonsulentordningen er velfungerende**

Der er udbredt enighed blandt de interviewede ledelsespersoner og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter om, at medicinkonsulentordningen er velfungerende, og at den lever op til sit formål om at styrke rationel medicinanvendelse i almen praksis. Det er særligt indsatsen med praksisbesøg, de mener, har den største positive betydning. De mener, at det, der virker ved praksisbesøgene er, at der er en personlig kontakt med lægen i lægens egen praksis, at medicinkonsulenten selv er praktiserende læge og kender til lægens hverdag og problemstillinger, at der bliver skabt tillid og gensidig respekt via dialog, at medicinkonsulenterne kan vise, hvordan lægen ordinerer i praksis, samt at besøgene ikke kun har et økonomisk rationale.

Basislisten, mener de, er et godt redskab for de praktiserende læger, og den danner grundlag for alle de øvrige tiltag i medicinkonsulentordningen. Der er lidt forskellige oplevelser af, hvordan Medicinfunktionens øvrige indsatser fungerer. Mange mener, at formen ved temamøderne bør ændres, så der bliver mere dialog, og at møderne bør afholdes i mindre lokaler. Nyhedsbrevene "Nyt om medicin", mener flere, er vigtige, men for lange, særligt i den elektroniske form "PraksisNyt", hvor der også er nyheder fra andre konsulentordninger (praksiskonsulenterne, datakonsulenterne, facilitatorerne med flere). Generelt mener flere medicinkonsulenter, at Medicinfunktionen skal være varsom med ikke at sende for meget ud til de praktiserende læger. Nogle giver udtryk for, at breve til lægerne om deres ordinationsdata skal afskaffes, men andre mener, at de bør indeholde oplysninger om, hvilke patienter der har et for højt medicinforbrug. Både de farmaceutiske og lægelige

medicinkonsulenter ser det som et tab, at de forskellige informationer ikke længere kan blive sendt ud med brevpост.

### **Organisatoriske rammer er uklare**

Mange af de interviewede oplever de organisatoriske rammer i medicinkonsulentordningen som diffuse og synes, at de farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter bør have samme ledelsesmæssige forankring. De lægelige medicinkonsulenter er generelt glade for at tage ud på praksisbesøg, men flere synes, at normen for, hvor mange besøg de skal aflægge, er for høj, og at timefordelingen pr. besøg er for lav. De farmaceutiske medicinkonsulenter finder arbejdet i Medicinfunktionen meget spændende, men oplever, at arbejdsbyrden er for stor.

### **Input til udvikling af medicinkonsulentordningen**

Der er et udbredt ønske blandt de lægelige medicinkonsulenter om at få mere bredde og kvalitetsudvikling ind i ordningen, og at praksisbesøgene kunne være mere fleksible i forhold til indhold, og hvor hyppigt de forskellige praksis skal have besøg. De lægelige og farmaceutiske medicinkonsulenter har en række andre konkrete forslag til forbedring af medicinkonsulentordningen eksempelvis at få mere koordination mellem ordningen og de øvrige konsulentordninger, at køre med årlige temaer og indsatsområder, at få et bedre samspil mellem primær og sekundær sektor og at gøre værktøjet OPS2000 mere brugervenligt og dynamisk. Der er flere overlap mellem konsulenternes forslag til forbedringer og de praktiserende lægers forslag til andre aktiviteter eller metoder, der kan fremme rationel medicin anvendelse i deres praksis.

Ledelsen forholder sig afventende over for større ændringer i medicinkonsulentordningen, indtil erfaringerne med facilitatorordningen kendes i slutningen af 2012. De ser, at der er nogle udviklingsmuligheder, som peger i samme retning, som medicinkonsulenternes ønsker. De mener også, at det er vigtigt på sigt at arbejde på at sikre sammenhængskraft mellem de forskellige indsatser og konsulentordninger, der er i regionen.

## 2 Introduktion

### Baggrund

Medicinfunktionen i Koncern Praksis (KPr), Region Hovedstaden, har rettet henvendelse til Enheden for Brugerundersøgelser for at få hjælp til at lave en evaluering af medicinkonsulentordningen i Region Hovedstaden.

Medicinkonsulentordningen har til formål at fremme rationel medicinanvendelse i praksissektoren og kvaliteten i det samlede medicineringsforløb i sundhedsvæsenet. Der er knyttet en række forskellige indsatser til medicinkonsulentordningen bl.a. udarbejdelse af Basislisten, nyhedsbreve, afholdelse af temamøder og praksisbesøg. Praksisbesøgene udgør den primære del af ordningen og fungerer på den måde, at Medicinfunktionens lægelige medicinkonsulenter har som mål at besøge regionens alment praktiserende læger omkring hver 15. måned i en times tid. Indtil nu er det lykkedes at besøge 50-60% af de praktiserende læger årligt. Under besøget viser og taler medicinkonsulenten med lægerne om den besøgte praksis' ordinationsdata og fortæller om generelle anbefalinger på Basislisten med henblik på at påvirke den besøgte læge til mere rationel medicinanvendelse.

De lægelige medicinkonsulenter er ansat under en aftale<sup>1</sup>, der bl.a. beskriver formålet med medicinkonsulentordningen, de organisatoriske rammer for ordningen samt medicinkonsulenternes funktioner og ansættelsesvilkår. Ifølge Medicinkonsulentaftalen skal der laves en evaluering af selve aftalen efter to år, og evalueringen skal være afsluttet 30. april 2011.

### Formål

Det overordnede formål med evalueringen er at undersøge, hvordan de alment praktiserende læger og de personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen (de ansvarshavende ledelsespersoner og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter) oplever, at medicinkonsulentordningen i Region Hovedstaden fungerer<sup>2</sup>, samt hvordan personerne tilknyttet medicinkonsulentordningen oplever de organisatoriske rammer for ordningen jf. Medicinkonsulentaftalen. Herunder er det formålet at:

- belyse alment praktiserende lægers oplevelser af praksisbesøget og medicinkonsulenternes kompetencer,
- få vurderet Medicinfunktionens indsatser og om medicinkonsulentordningen styrker rationel medicinanvendelse i almen praksis,
- undersøge om de praktiserende læger på baggrund af besøget foretager ændringer i deres ordinationspraksis,
- få input til udvikling af medicinkonsulentordningen.

### Organisering

Enheden for Brugerundersøgelser har gennemført undersøgelsen på vegne af Medicinfunktionen i Koncern Praksis i Region Hovedstaden.

Medicinfunktionen har leveret input til spørgeskema og interviewguides samt formidlet kontaktoplysninger på nuværende og tidligere ansatte lægelige medicinkonsulenter, der er blevet interviewet som led i undersøgelsen. Medicinfunktion har stået for kontakten til Praksisudvalget i Region Ho-

---

<sup>1</sup> Aftale for læger ansat i medicinkonsulentordning for almen praksis i Region Hovedstaden. Praksisudvalget, Region Hovedstaden, 30. oktober 2008. Aftalen trådte i kraft d. 1. november 2008.

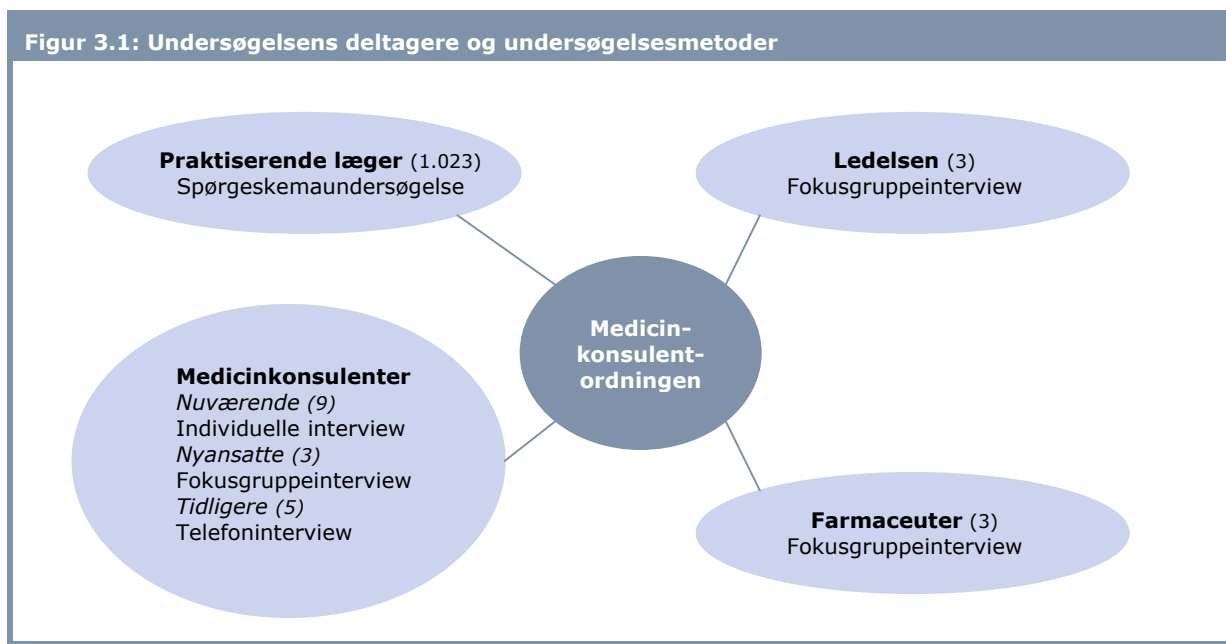
<sup>2</sup> Medicinfunktionen vil selv via ordinationsdata undersøge, om medicinkonsulentordningen har betydet, at lægerne i Region Hovedstaden ordinerer mere rationelt i 2010 i forhold til 2008, hvor praksisbesøgene for alvor gik i gang.



vedstaden, der har givet tilladelse til at videregive de praktiserende lægers e-mailadresser til brug i denne undersøgelse. Endvidere har Medicinfunktionen hjulpet med rekruttering af praktiserende læger til validering af spørgeskemaet samt medvirket til at orientere om spørgeskemaundersøgelsen blandt Region Hovedstadens alment praktiserende læger på Sundhed.dk og i PraksisNyt.

### 3 Metode og data

Evalueringen er gennemført med en kombination af kvantitative og kvalitative metoder. Der er sendt spørgeskemaer ud til de alment praktiserende læger i Region Hovedstaden pr. e-mail. De personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen, er blevet interviewet ved enten telefoninterview, individuelle interview eller fokusgruppeinterview (se figur 3.1).



#### Forkortelser i rapporten

Der er anvendt en række forkortelser i rapporten i forhold til undersøgelsens deltagere, for at gøre rapporten mere læsevenlig.

- Alment praktiserende læger omtales som læger.
- Lægelige medicinkonsulenter omtales som medicinkonsulenter.
- Farmaceutiske medicinkonsulenter omtales som farmaceuter.
- Stabsdirektør i KPr, Udviklingschef i KPr, Udviklings- og Kvalitetschef i Koncern Plan og Udvikling (KPU) omtales samlet som ledelsen.

#### Spørgeskema

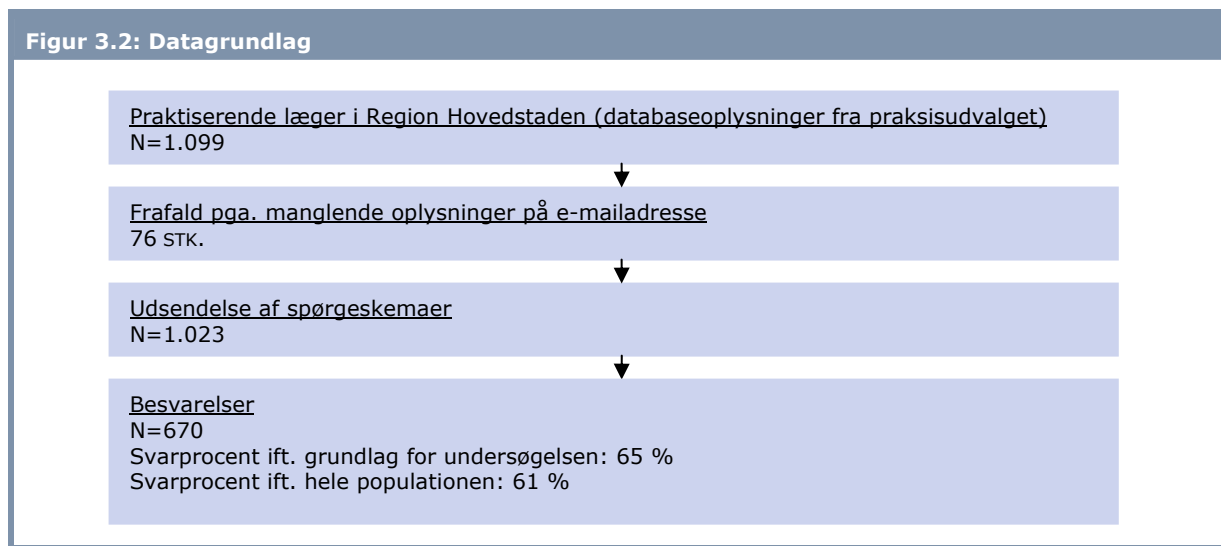
Spørgeskemaet indeholder en række spørgsmål og åbne kommentarfelder. Langt størstedelen af spørgsmålene drejer sig om praksisbesøg, men der er også spørgsmål om nyhedsbreve, temamøder, Basislisten og forslag til at fremme rationel medicinanvendelse. Spørgeskemaet er sendt både til de læger, der har haft besøg af en medicinkonsulent og de læger, der ikke har haft besøg. De læger, der ikke har haft besøg, har fået langt færre spørgsmål om praksisbesøg, og spørgsmålene har handlet om årsagerne til, at de ikke har haft besøg endnu. Inden udsendelsen er spørgeskemaet valideret blandt otte læger, og denne validering medførte mindre ændringer i spørgeskemaet.

Lægerne i undersøgelsen har hver modtaget en e-mail den 5. januar 2011 med et personligt link til et elektronisk spørgeskema, som de er blevet bedt om at udfylde. En uge efter udsendelsen og igen en dag før svarfristen den 1. februar, modtog de læger, der endnu ikke havde besvaret spør-

geskemaet en e-mail, hvor de blev mindet om at besvare. Desuden blev der i uge tre og fire ringet ud til de læger, der ikke havde besvaret spørgeskemaet, eller hvor e-mailen ikke har kunnet leveres. Ved den telefoniske påmindelse var der også mulighed for, at lægerne kunne udfylde spørgeskemaet. Da opringtongerne begyndte, var der 521 læger, der endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. Det lykkedes at komme i kontakt med 123 læger. Derudover kom vi i kontakt med 198 sekretærer eller kolleger, der ville minde lægen om at besvare spørgeskemaet.

## Datagrundlag for spørgeskemaundersøgelse

Der er udsendt spørgeskemaer til de 1023 læger, hvor der var oplyst en e-mailadresse. Ud af disse er der 670, der har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 65 % (se figur 3.2).



Den gennemsnitlige alder for de læger, der har besvaret spørgeskemaet, er 54 år. Den yngste læge er 33 år, og den ældste er 80 år. Halvdelen arbejder i solopraksis, og den anden halvdel i kompagniskabspraksis.

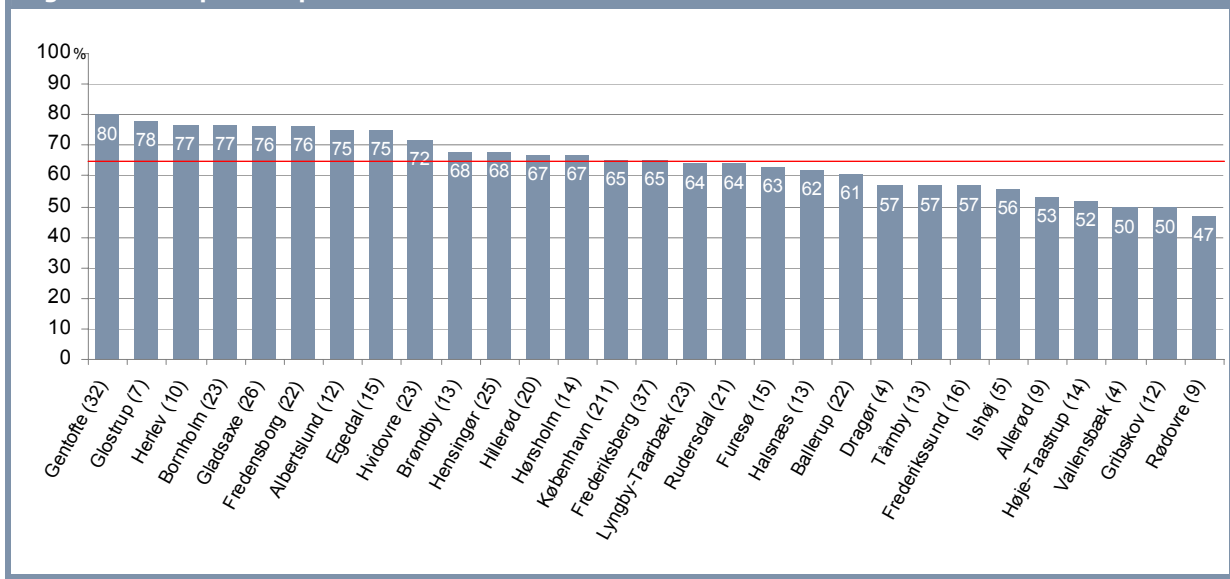
## Bortfald

Bortfaldsanalysen viser, at der ikke er nogen statistisk signifikant forskel i svarprocenterne fra lægerne under 60 år og de læger, der er 60 år eller mere. Der er heller ikke nogen signifikant forskel i svarprocenterne for læger i solopraksis og kompagniskabspraksis.

Svarprocenterne varierer afhængig af, hvilken kommune praksis ligger i<sup>3</sup>. De højeste svarprocenter på 78-80 % er i Gentofte og Glostrup kommune, og de laveste svarprocenter på 48-50 % er i Gribskov, Vallensbæk og Rødovre kommune (se figur 3.3). Der skal dog kun ganske få besvarelser til at rykke en del på svarprocenterne i de små kommuner, og derfor er deres svarprocenter mere påvirkelige.

<sup>3</sup>Bortfaldsanalysen for kommuner er en frekvensfordeling over svarprocenterne i de enkelte kommuner. Der kan derfor ikke siges noget om, hvorvidt forskellene mellem kommunerne er statistisk signifikante.

Figur 3.3: Svarprocent pr. kommune



## Interview

Der er gennemført semistrukturerede kvalitative interview med de personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen, dvs. de ansvarshavende ledelsespersoner og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter (se figur 3.1). Ni af de nuværende medicinkonsulenter i Region Hovedstaden er blevet interviewet individuelt i en time. De tre nyansatte medicinkonsulenter er blevet interviewet samlet i et fokusgruppeinterview af to timers varighed, og fem tidligere ansatte medicinkonsulenter er blevet interviewet individuelt pr. telefon i 30-40 minutter. Der er derudover afholdt fokusgruppeinterview af to timers varighed med henholdsvis ledelsen og farmaceuter. Interviewguiderne til interviewene har koncentreret sig om følgende emner inden for medicinkonsulentordningen: Konsulentarbejdet, uddannelse, indsatser, ordningens formål, organisering og samarbejde. De tre nye medicinkonsulenter blev endvidere spurgt om introduktionsforløbet, der er gennemført for de seneste ansatte medicinkonsulenter. Alle interview er blevet lydoptaget, og der er efterfølgende blevet skrevet referat med samtidig emneindeksering og udvælgelse af citater. Der er set på tværs af det samlede materiale i forhold til fælles temaer samt i forhold til at skitsere bredden og yderpunkter i materialet.

## Kort om ledelsen

De tre interviewede i ledelsesgruppen er Stabsdirektøren i KPr, Udviklingschefen i KPr og Udviklings- og Kvalitetschefen for Koncern Plan og Udvikling (KPU) i Region Hovedstaden. Medicinfunktionen var indtil 1. februar 2010 placeret som en del af KPU, hvor Udviklings- og Kvalitetschefen for KPU havde ledelsesansvaret for medicinkonsulentordningen. Pr. 1. februar 2010 blev Medicinfunktionen organisatorisk placeret som en del af Udviklingsenheden i KPr. Stabsdirektøren for KPr har siden 1. februar 2010 været overordnet ansvarlig for medicinkonsulentordningen, og medicinkonsulenterne er ansat under stabsdirektøren, som de refererer organisatorisk til. Udviklingschefen for KPr har været ansat siden 1. juni 2010 og har de tre farmaceuter i Medicinfunktionen ansat under sig. Udviklingschefen er faglig ansvarlig for medicinkonsulentordningen, og medicinkonsulenterne refererer fagligt til hende.

## Kort om farmaceuter

De tre farmaceuter har været ansat i Medicinfunktionen i Region Hovedstaden siden regionsdannelsen i 2007. To arbejder på fuld tid og en arbejder 31 timer ugentligt på Regionsgården. De er in-

volveret i alle aspekter af arbejdet i medicinkonsulentordningen. Farmaceuterne tager ikke på praksisbesøg. Før regionsdannelsen var de tre farmaceuter ansat i tilsvarende funktioner i henholdsvis Frederiksborg Amt og Københavns Amt, hvor de i et mindre omfang også deltog i praksisbesøgene. De har alle tre været tilknyttet en medicinkonsulentordning mellem 10-11 år.

### **Kort om medicinkonsulenter**

Der er interviewet i alt 17 medicinkonsulenter. De tre nye medicinkonsulenter har arbejdet som medicinkonsulenter i Region Hovedstaden mellem ½-1 år. De 14 øvrige medicinkonsulenter har været med fra starten af regionsdannelsen i januar 2007. 11 af de interviewede har forinden regionsdannelsen arbejdet som medicinkonsulenter i henholdsvis Frederiksborg Amt, Københavns Amt og Frederiksberg Kommune. Disse 11 konsulenter har arbejdet som medicinkonsulenter mellem 5-17 år. De fem tidligere medicinkonsulenter er stoppet med arbejdet som medicinkonsulent i Region Hovedstaden i perioden november 2009 til august 2010. Der er desuden to af de interviewede medicinkonsulenter, som er stoppet med arbejdet i perioden oktober til december 2010.

## **4 Praktiserende lægers oplevelser**

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger bliver beskrevet i dette kapitel. De fulde svarfordelinger for samtlige spørgsmål findes i bilag 4.

I de åbne kommentarfelter i spørgeskemaet har lægerne mulighed for selv at formulere et svar på et åbent spørgsmål. De åbne kommentarfelter bliver analyseret som kvalitative data. Det er vanskeligt at konkludere noget om udbredelsen af en holdning på grundlag af svar i åbne kommentarfelter. Det skyldes, at det ikke er alle, der har besvaret spørgsmålene, at deres svar ikke altid er entydige, og at deres svar ikke altid er dækkende for alle deres holdninger til spørgsmålet. Hvis et spørgsmål med et åbent kommentarfelt i stedet var lavet som et lukket spørgsmål med svarkategorier, så kunne det vise sig, at der ville være en helt anden prioritering af områder og emner, fordi alle læger så skulle forholde sig til på forhånd givne svarmuligheder.

De åbne kommentarfelter er således ikke blevet kvantificeret med antal i rapporten, men der er foretaget en overordnet kategorisering af de områder, emner eller tendenser, der er at finde inden for svarene i hvert kommentarfelt, og som flere af lægerne har givet udtryk for. Kategoriseringen er foregået ved en gennemlæsning af lægernes enkelte kommentarer og en samtidig meningskondensering, hvor tendenserne i kommentarerne er fremdraget. De mest fremtrædende områder er beskrevet i rapporten og er opstillet i punktform. Opstillingen er tilnærmelsesvis rangordnet. Rangordningen betyder, at de områder, der står øverst, også er de områder, der er mest fremtrædende i de enkelte kommentarfelter. Men det er ikke muligt at skelne præcist mellem hvert enkelt område i rangordningen, fordi de områder, der i rangordningen er opstillet lige efter hinanden, ofte vil vægte nogenlunde ens i datamaterialet. De områder og emner, der er udledt af de åbne kommentarfelter i spørgeskemaundersøgelsen, skal ses som tendenser og som mulige områder for kvalitetsudvikling. De er et supplement til de lukkede spørgsmål i spørgeskemaet.

Medicinfunktionen har selv udarbejdet et mindre spørgeskema om praksisbesøg til de praktiserende læger, som medicinkonsulenten udleverer ved afslutningen af hvert praksisbesøg. Disse besvarede spørgeskemaer sender de praktiserende læger til Medicinfunktionen, som udarbejder samlede opgørelser over resultaterne. Nogle af resultaterne fra disse opgørelser fra 2010 vil også indgå i dette kapitel som et supplement til denne evaluering. Det vil fremgå, hvornår der er tale om Medicinfunktionens egne resultater.

## Læger uden praksisbesøg

14 % af de læger, der har besvaret spørgeskemaet, har ikke haft besøg af en medicinkonsulent inden for de seneste to år. De primære årsager til, at disse læger ikke har haft besøg, er, at de ikke er blevet kontaktet, at det har ikke passer rent praktisk, eller at de ikke ønsker at få besøg af en medicinkonsulent (se tabel 4.1).

**Tabel 4.1: Årsager til at nogle læger ikke har haft besøg af en medicinkonsulent**

Årsager	Antal	Procent
Jeg er ikke blevet kontaktet	55	58 %
Det har ikke passer rent praktisk	17	18 %
Jeg ønsker ikke besøg	15	16 %
Jeg har ikke tid	6	6 %
Jeg er i kompagniskabspraksis, og min kompagnon har haft besøg	6	6 %
Der er planlagt et besøg i nær fremtid	3	3 %

Tallene i tabellen summer ikke til 100 %, da lægerne har haft mulighed for at sætte kryds ved flere årsager.

### Hvad skal der til?

Langt størstedelen af de læger, der ikke har haft besøg, har kommenteret på, hvad der skal til for, at de i fremtiden vil modtage et besøg fra en medicinkonsulent. De fleste giver udtryk for, at de er interesserede i at få et besøg, og hvis medicinkonsulenten bare kontakter dem, så vil de lave en konkret aftale om et besøg. Nogle læger skriver, at de har for lidt tid i en travl hverdag, eller at de ikke har et behov. Få af lægerne har konkrete forslag til, hvad der skal være anderledes, hvis de i fremtiden skal have besøg af en medicinkonsulent. Disse forslag er kun udtryk for enkelte lægers udsagn:

- Mere information om besøget: Hvem er I og hvad er formålet med besøget?
- Flexibilitet i tidspunkt for afholdelse: Mulighed for møder efter kl. 16.
- Relevante emner og et tilbud der er tilpasset den enkelte praksis' behov.
- Mulighed for booking af møde på internettet.
- Mulighed for at vælge mellem forskellige medicinkonsulenter.

### Hvorfor ønsker nogle ikke besøg?

De 15 læger, der har svaret, at de ikke ønsker at få besøg af en medicinkonsulent, har uddybet, hvorfor de ikke ønsker dette. Deres begrundelser kan samles i fire overordnede punkter:

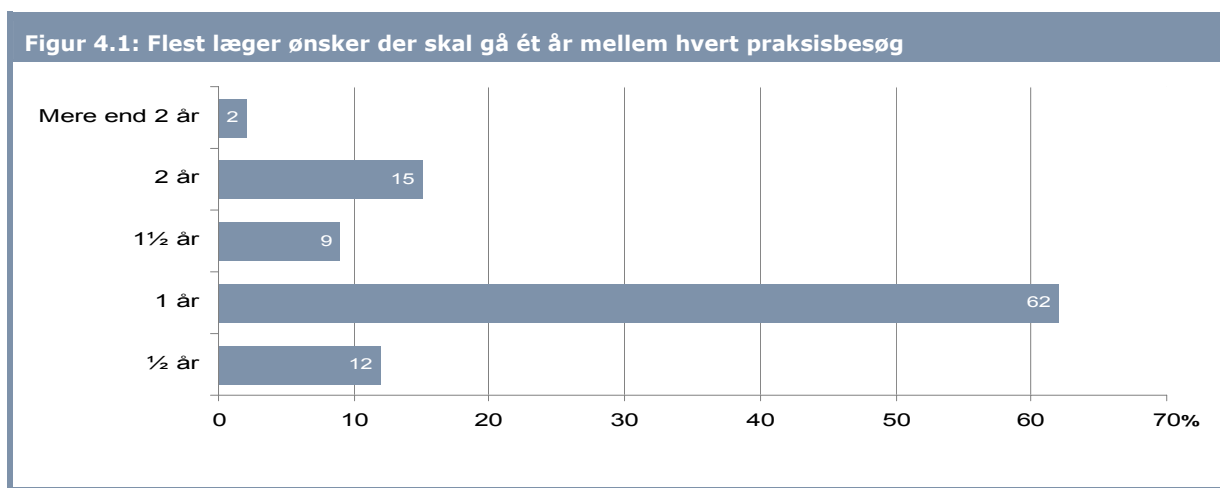
- Får dækket behov for viden om rationel farmakoterapi andre steder, fx: Læser nyheder om emnet, efteruddannelsesgrupper og møder i Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF).
- Vil ikke påvirkes og ønsker frihed.
- Medicinkonsulentens kompetencer: Dårlig kontakt og ikke velorienteret om hypertension.
- Ønsker ikke overvågning fra en kollega.

## Praksisbesøg

86 % af de læger, der har besvaret spørgeskemaet, har inden for de sidste to år haft besøg af en medicinkonsulent. Disse læger har vurderet praksisbesøgene i forhold til deres form, materialet der bliver anvendt, medicinkonsulentens kompetencer og udbytte af besøget.

## Formen

Et praksisbesøg varer typisk én time, og mere end ni ud af ti læger mener, at denne længde er passende for et besøg. Størsteparten (62 %) af lægerne ønsker at blive kontaktet af medicinkonsulenterne pr. e-mail, når mødet skal arrangeres, og størstedelen ønsker at få besøg af en medicinkonsulent én gang om året (se figur 4.1).



## Materialet

97-99 % af lægerne vurderer materialet ved besøgene positivt i forhold til den lægefaglige relevans, den pædagogiske fremstilling og forståelse af de figurer, der viser lægens ordinationsmønstre. 68 % af lægerne får tilbudt at få udleveret hele eller dele af det anvendte materiale efter besøget. I materialet kan den enkelte læges ordinationsdata blive sammenlignet med ordinationsdata på forskellige niveauer. Undersøgelsen viser, at størstedelen af lægerne finder det relevant, at deres ordinationsdata bliver sammenlignet med alle tre niveauer: Region (87 %), kommune (85 %) og nærområde (79 %).

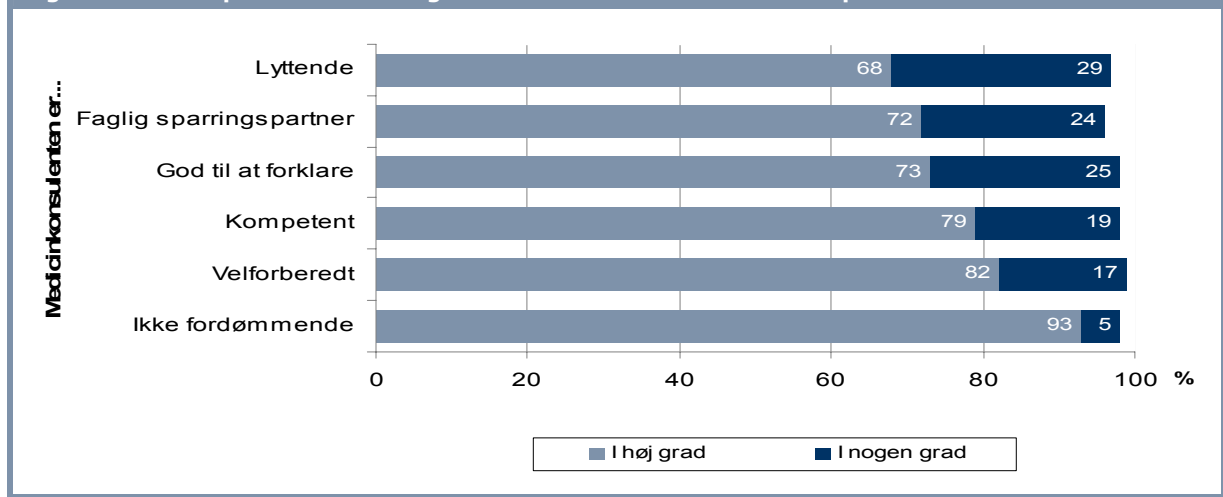
Medicinfunktionens egen opgørelse viser, at de temaer, der i mere end 68 % af tilfældene bliver drøftet ved praksisbesøgene, er: Sovemedicin og beroligende medicin, ulcusmidler, hjerte-kar midler, antibiotika, smertestillende midler og antidepressive/antipsykotika. Langt størstedelen (80-87%) af lægerne finder også disse temaer relevante.

## Medicinkonsulenten

Medicinkonsulenternes kompetencer vurderes meget positivt. 96-99 % af lægerne mener i nogen grad eller høj grad, at medicinkonsulenten er lyttende, god til at forklare, kompetent, velforberedt, ikke fordømmende og optræder som en faglig sparringspartner.

Der er en større variation i lægernes vurdering af medicinkonsulenternes kompetencer, når man kun ser på andelen af læger, der "i høj grad" har vurderet medicinkonsulenternes kompetencer positive. Som det fremgår af figur 4.2, er der størst forbedringspotentiale ift. følgende kompetencer: Lyttende, optræder som faglig sparringspartner og god til at forklare.

Figur 4.2: Andel positive vurderinger af medicinkonsulenternes kompetencer



## Udbytte

88 % af lægerne mener, at der er afsat passende tid til diskussion af bagvedliggende grunde til deres ordinationsmønster. De resterende læger mener, at der er afsat for lidt tid.

80 % af de praktiserende læger oplever, at de ved besøget bliver hjulpet til, hvordan de i praksis kan ændre deres ordinationsmønster. 14 % af lægerne oplever kun i mindre grad eller slet ikke, at de bliver hjulpet, og de sidste 6 % mener ikke, der er grund til at ændre noget i deres ordinationsmønster.

Nogle af lægerne har uddybet, hvad der kan øge deres udbytte af praksisbesøgene, og det er:

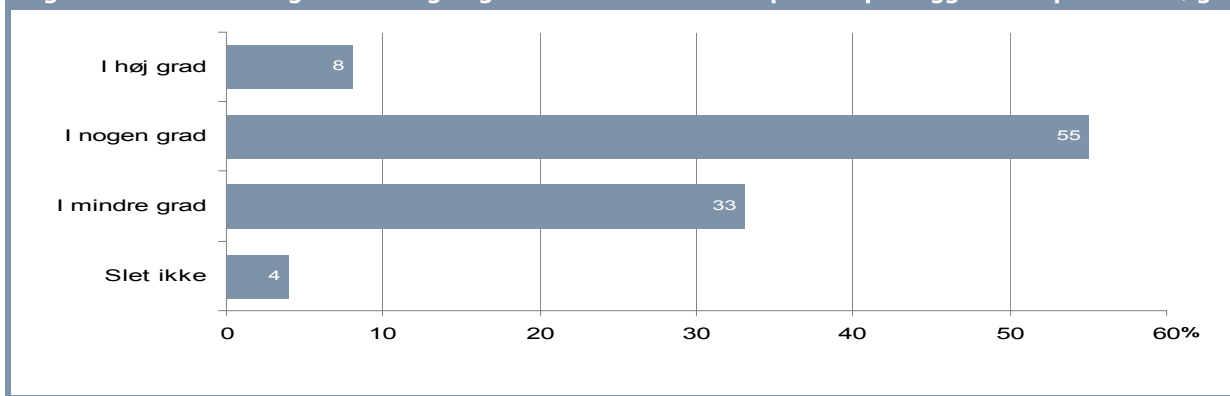
- At få tilsendt materiale før mødet, så de kan forberede sig.
- Mere tid – især til dialog og diskussion.
- Opfølgning på, hvordan det er gået med ordinationerne siden sidste besøg.
- Diskussion af ordinationsvaner i større grupper fx 12-mands- og efteruddannelsesgrupper.
- Mere fokus på, hvordan ændringer i ordination rent praktisk kan fremmes.
- Inddragelse af cases og ikke kun statistik.

Der er 28 % af lægerne, som mener, der er andre temaer inden for rationel medicin anvendelse eller andre emner, som bør indgå i praksisbesøgene i fremtiden. De temaer og emner, som flere foreslår, er:

- Polyfarmaci og interaktioner.
- Kronikerbehandling.
- Nye præparater og deres effekt.
- Datafangst.
- Koordinering mellem primær og sekundær sektor og medicinkort.
- Mønstre i henvisning til speciallæger og brug af laboratorieydelser.
- Osteoporosemidler, antibiotika og antidepressiva.

Langt de fleste læger har i en eller anden grad ændret deres ordinationspraksis på baggrund af praksisbesøgene (se figur 4.3). Medicinfunktionens egne opgørelser viser også, at diskussionen ved besøget, for 90 % af lægerne i høj, moderat eller delvis grad får dem til at overveje ændringer i deres behandling.

Figur 4.3: De fleste læger har i nogen grad ændret ordinationspraksis på baggrund af praksisbesøg



Lægerne har i spørgeskemaet haft mulighed for at skrive, hvad de har ændret, og mere end tre ud af fire har benyttet sig af denne mulighed. Mange oplyser, at de generelt er blevet mere opmærksomme på at ordinere billigere præparater og bruge Basislisten. En læge skriver følgende: "Tænker mere på pris af medicinen og evidens for virkning end før, hvor mit ordinationsmønster var på kendskab af præparat". Mange oplyser også inden for hvilke områder eller hvilke stoftyper, de nu ordinerer mere rationelt. Disse er primært:

- Afhængighedsskabende medicin: Primært mindsker forbruget af sovemedicin, udtrapper faste brugere heraf samt ændrer i procedurerne for genordination af vanedannende nerve- og sovemedicin (ordinerer kun til kort tids forbrug og kun ved patientens fremmøde i konsultationen).
- Ændrer Nexium ordinationer til en af de billigere og ligeværdige PPI'er samt overvejer symptomstyret p.n. behandling i stedet for fast vedligeholdelsesbehandling med PPI.
- Ændrer ordinationsmønster for antibiotika - fx bruger mindre makrolid.
- Blodtryksbehandling: Bruger ACE-hæmmer frem for angiotensin-2-antagonist (før tilskudsændringerne i 2010), vælger losartan som angiotensin-2-antagonist, har ikke beta-blokker som førstevalg til hypertension uden andre risikofaktorer.
- Smertebehandling: Ændrer forbruget af oxycodon til Contalgin, begrænser brugen af NSAID til ældre, begrænser brugen af smertepastre. Bruger billigste triptan til migrænepatienter.
- Depressionsbehandling: Vælger billigste SSRI, ændrer Cipralex til Cipramil (da det var billigt). Ændrer Cipramil til Sertralin (efter prisstigninger på Cipramil).

De få læger, der ikke har ændret noget i deres ordinationspraksis på baggrund af praksisbesøgene, begrundet det hovedsageligt med, at deres ordinationer allerede er acceptable, og at de derfor ikke har grund til at ændre noget.

De barrierer, som lægerne især oplever i forhold til at gennemføre medicinkonsulentens anbefalede ændringer, er:

- Patienternes forventninger og manglende evne eller vilje til at skifte medicin.
- Gamle vaner – de er svære at ændre, ikke kun sine egne, men også for hele praksis. Motivation i hele personalegruppen.
- Travl hverdag og ændringer kræver tid.
- Ordinationer fra speciallæger og hospitaler, som ikke følger anbefalingerne.
- Lægernes holdning til, at velfungerende behandling er svær at ændre kun pga. et økonomisk krav. "Billigst er ikke altid bedst".

98 % af lægerne vurderer samlet set besøget som godt eller virkelig godt. Tre ud af fire læger mener, at de generelt har fået mere fokus på rationel medicin anvendelse i deres praksis som følge af besøgene (se tabel 4.2).



**Tabel 4.2: Praksisbesøgene giver lægerne mere fokus på rationel medicinanvendelse**

Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	Nej, jeg havde allerede meget fokus på det
20 %	54 %	13 %	1 %	12 %

## Basislisten

78 % af lægerne bruger Basislisten, og lidt under halvdelen af lægerne bruger kun den trykte udgave af Basislisten (se tabel 4.3).

**Tabel 4.3: Brug af Basislisten**

Bruger du Basislisten?	Antal	Procent
Kun den trykte	294	45 %
Både den trykte og elektroniske	147	22 %
Bruger den <i>ikke</i>	132	20 %
Kun den elektroniske	71	11 %
Kender den ikke	13	2 %

I denne undersøgelse er der spurgt til, hvilken form af Basislisten lægerne *bruger*. I Medicinfunktionens egne evalueringsskemaer er lægerne blevet spurgt, i hvilken form de *ønsker* basislisten. Her er det 77 % af lægerne, der ønsker at få Basislisten både i elektronisk og trykt form.

Næsten alle de læger, der ikke bruger Basislisten, har begrundet, hvorfor de ikke bruger listen. Deres begrundelser falder overordnet inden for disse områder:

- Vælger i forvejen de billigste præparater eller kan huske listens anbefalinger (cirka halvdelen af lægerne).
- Glemsomhed eller dårlig vane.
- Har ikke behov.
- For lidt kendskab til listen, og hvor den findes.
- Finder vejledning om præparater andre steder, fx IRF, kolleger.
- Mener at Basislisten er ubrugelig eller kun har fokus på økonomi.
- Ønsker frihed i ordinationer.

Blandt de 71 læger, der angiver, at de kun bruger den elektroniske version af Basislisten, er det omkring halvdelen, der mener, at de viste links er relevante. 17 % bruger aldrig de viste links, 16 % kan ikke vurdere deres relevans, og de sidste 13 % mener, at de ikke er relevante.

Af de 78 % af lægerne, som bruger Basislisten, følger stort set alle i nogen eller høj grad også dens anbefalinger. Omkring halvdelen følger anbefalingerne i høj grad, mens den anden halvdel følger dem i nogen grad. 97 % af lægerne mener, at forslagene og kommentarerne til valg af præparater er anvendelige for dem.

Seks ud af ti læger har ikke kendskab til, om der i deres lægesystems ordinationsmodul er et link eller en genvejstast til den elektroniske version af Basislisten. For de læger, der har kendskab til, at der er et link eller en genvejstast, er det halvdelen, der har brugt det.

## Nyhedsbrev

Nyhedsbrevet "Nyt om medicin" udkom indtil oktober 2010 i en papirudgave og indtil september 2009 i en separat elektronisk udgave, der blev sendt pr. e-mail. Den elektroniske udgave er nu en del af "PraksisNyt", som foruden "Nyt om medicin" rummer informationer fra flere konsulentordninger (praksiskonsulenterne, datakonsulenterne med flere). Papirudgaven bliver læst af 71 % af lægerne, mens 59 % læser den elektroniske udgave (se tabel 4.4).

Tabel 4.4: "Nyt om Medicin"

Læser du nyhedsbrevet?	Papirudgave		Elektronisk udgave	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ja, altid	197	31 %	149	23 %
Ja, ofte	255	40 %	237	36 %
Nej, kun sjældent	127	20 %	170	26 %
Nej, aldrig	57	9 %	53	8 %
Jeg er ikke tilmeldt PraksisNyt	-	-	43	7 %

## Databreve om rationel medicinordination

Medicinfunktionen udsender også breve til lægerne med anbefalinger om rationel medicinordination. 97 % af lægerne følger anbefalingerne i disse breve i nogen eller høj grad, og 1 % af lægerne har ikke kendskab til brevene.

## Temamøder

59 % af lægerne deltager i temamøderne. 31 % angiver, at de aldrig deltager, mens 9 % giver udtryk for, at de ikke har kendskab til møderne.

## Forslag til at fremme rationel medicinanvendelse

I spørgeskemaets afsluttende kommentarfelt har lægerne haft mulighed for at skrive forslag til andre aktiviteter eller metoder, der kan fremme rationel medicinanvendelse i deres praksis. Lægerne er dog også kommet med forslag til forbedringer i spørgeskemaets før omtalte kommentarfelter om, hvad der kan øge deres udbytte af praksisbesøgene, og hvilke barrierer de oplever for implementering af medicinkonsulentens anbefalinger (se side 11-12). Nedenstående tabel 4.5 beskriver de indsatsområder, som lægerne fremhæver. De konkrete forslag inden for hvert indsatsområde er dog oftest udtryk for enkelte lægers forslag, og skal derfor ses som et idékatalog.

Tabel 4.5: Forslag til at fremme rationel medicinanvendelse

Indsatsområde	Idékatalog
Information	<ul style="list-style-type: none"><li>- Overskuelig §100 oversigt hvert ½ år på max 2 sider med de vigtigste data, elektronisk ½-årlig feedback over ordinationsmønster og udviklingen heri.</li><li>- Information på papir</li><li>- Send information færre gange og lav det mindre omfangsrigt</li><li>- Opgørelser af ordinationsdata for de enkelte læger i kompagniskabspraksis</li><li>- Hurtig information om store ændringer i medicinpriser</li><li>- Links til patientvejledning om baggrunden for medicinskift, når der</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>kommer forslag til medicinændringer</li> <li>- Temanumre (nyhedsbreve)</li> </ul>
Uddannelse/fællesmøder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aftensmøde eller uddannelse til praksispersonale i rationel medicin-anvendelse</li> <li>- Gå-hjem møder, frokostmøder med forplejning, lokale møder med deltagelse af flere læger fx i efter- og videreuddannelsesgrupperne.</li> <li>- Opdatering af behandlingsstrategierne for alm. folkesygdomme</li> <li>- Debat om præparater til patienter med flere sygdomme</li> <li>- Temamøder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- uden auditorieforelæsning</li> <li>- med specialister, cases og ændringsforslag</li> <li>- med mulighed for dialog og spørgsmål</li> <li>- mødeindkaldelse på e-mail</li> </ul> </li> </ul>
Bedre koordinering med speciallæger, vagtlæger og hospitaler	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fælles Basisliste</li> <li>- Lokalt samarbejde mellem parterne</li> </ul>
Lægesystemerne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vejledning i medicinmodulets funktion</li> <li>- Ensretning af lægesystemerne</li> <li>- En form for alarm ved genordinerings</li> <li>- Markering på medicinlisten, hvis produktet er på Basislisten</li> </ul>
Den elektroniske version af Basislisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vejledning i brug</li> <li>- Direkte link fra lægesystemerne</li> <li>- Fuld integration i lægesystemets medicinmodul</li> </ul>
Økonomisk kompensation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Økonomisk kompensation for deltagelse i fællesmøder</li> <li>- Økonomisk præmiering af de læger, der ordinerer mest rationelt</li> </ul>
Turnuslæger/uddannelseslæger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inddragelse af rationel medicinanvendelse som del af undervisning</li> <li>- Diskutere praksis' ordinationspraksis med uddannelsesansvarlig læge og medicinkonsulent ud fra konkrete ordinationsdata</li> <li>- Doseringsforslag på Basislisten for de almindeligste behandlinger</li> </ul>
Specifikke temaer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gennemgang og diskussion af cases</li> <li>- Seponering, antipsykotika, medicin &amp; gravide, polyfarmaci</li> <li>- Medicingennemgang for patienter med massiv polyfarmaci</li> <li>- Kritiske undersøgelser af langvarige medicinske behandlingsformer med svag evidens</li> <li>- Besøg af farmaceut, der finder polyfarmacipatienter og andre problematiske patienter</li> <li>- Flere særlige indsatsområder som den nuværende indsats med benzodiazepiner</li> </ul>
Andre eksterne forhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IRF skal fylde mere, deres nyhedsbrev skal fremsendes automatisk til alle praktiserende læger</li> <li>- Lægemiddelstyrelsen skal ændre nomenklaturen, så det generiske navn står først i stedet for det enkelte produkt navn</li> <li>- Fravælge medicinalindustriens besøg i praksis</li> </ul>

## 5 Medicinkonsulentordningen set indefra

Dette kapitel beskriver resultaterne af de kvalitative interview med de personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen, dvs. de ansvarshavende ledelsespersoner og farmaceutiske og lægeli-ge medicinkonsulenter. Resultater her i kapitlet beskrives på tværs af de tre grupper, så både det, der dominerer billedet, bliver synliggjort såvel som bredden i resultaterne. Hvis der er noget, som adskiller sig inden for en gruppe eller mellem grupperne, vil det blive beskrevet.

Hovedtendenserne i de kvalitative data findes ikke på baggrund af en decideret optælling, men ud fra en samlet vurdering af, hvor udbredt det er blandt de interviewede, hvor meget det fylder i de enkelte interview, og hvor stor betydning, de giver udtryk for, at det har for dem. Følgende udtryk er bl.a. anvendt i rapporten og kan betragtes som en slags rangordning i forhold til tyngden bag de forskellige udsagn: Alle, hovedparten, mange, flere, nogle, enkelte, en enkelt.

### Medicinkonsulentordningen fremmer rationel medicinanvendelse

Medicinkonsulentordningens formål er at fremme rationel medicinordination i almen praksis. Der er en helt entydig opfattelse blandt alle de interviewede af, at medicinkonsulentordningen lever op til sit formål med at styrke rationel medicinordination, og at ordningen gør en forskel i almen praksis.

*I den her ordning er jeg slet ikke i tvivl om, at der kommer noget godt ud. Vi kan ikke måle og veje det, men vi tror rigtig meget på, at der kommer noget ud af det. Vi kan jo også se, at vi sparer mere på medicinudgifterne end de andre regioner. Det er jo også en form for mål. (Ledelse)*

Selvom flere mener, at det er svært at måle en isoleret effekt, er de overbeviste om, at ordningen har en positiv effekt i praksis og er med til at reducere forbruget af både unødvendige lægemidler og unødvendigt dyre lægemidler. En medicinkonsulent fortæller, at før, der blev iværksat medicinkonsulentordninger, indgik økonomiske overvejelser slet ikke, når de praktiserende læger ordinerede medicin. Medicinkonsulentordningen: *sætter fokus på, hvad er det vi vil, hvad får vi for det, hvad er der af bivirkninger, og hvad koster det. Det virker helt sikkert. (Medicinkonsulent)*

Flere medicinkonsulenter understreger, at medicinkonsulentordningen fungerer som et vigtigt modspil til medicinalindustrien, der kommer massivt ud hos de praktiserende læger.

*Konsulenter fra industrien har deres dagsorden, og alt er ikke lige veldokumenteret. (...) Der er kommet en gradvis forståelse for at behandle folk med de bedst mulige midler og også tænke samfundsøkonomi. At man godt kan afvente lidt, inden man kaster sig ud i helt nye midler, når man har noget i forvejen, der er gennemprøvet og billigt. Vi kan godt slås lidt med industriudmeldinger, men hos de fleste læger, modtages vores budskaber positivt (Medicinkonsulent)*

Det er derfor også vigtigt, at medicinkonsulentordningen fremstår som troværdig. *Hele vores eksistensgrundlag er utrolig afhængig af, at vi er troværdige, og at folk opfatter os som en neutral part,* siger en farmaceut.

Ledelsen er meget tydelig omkring, at de mener, at medicinkonsulentordningen er yderst velfungerende, og at det er en af de ordninger, der kører mest effektivt i regionen. De oplever, at der er stor respekt og lydørhed omkring Medicinfunktionens arbejde. Ledelsen siger: *Medicinfunktionen er sådan et godt barn. Den har et godt navn, og de laver nogle solide ting (...). Medicinfunktionen er sådan en ildsjæl-funktion.* Ledelsen mener, at både farmaceuter og medicinkonsulenter er meget dygtige og engagerede. De har stor tillid til, at det arbejde, som de udfører, er rigtig godt.

## Medicinfunktionens indsatser

Medicinfunktionen har en lang række indsatser, der udgør en del af medicinkonsulentordningen. Blandt de interviewede er der enighed om, at det særligt er indsatsen med praksisbesøgene, der gør en forskel og har den største gennemslagskraft. Praksisbesøgene er den primære satsning i medicinkonsulentordningen og fylder meget både tidsmæssigt og budgetmæssigt.

Ledelsen fortæller, at de har en ide om: *at jo tættere vi kommer på den enkelte læge ude i mar-ken, des større effekt er der*. Det er også efter dette princip, at de forsøger at prioritere indsatserne. Både farmaceuter, medicinkonsulenter og ledelsen kommer ind på, at flere af de forskellige indsatser er afhængige af hinanden og ikke kan stå alene, og at det er summen af det hele, der gør en forskel.

*Man kan ikke gå på praksisbesøg, hvis man ikke har en Basisliste, man skal sælge. Når de går ud på praksisbesøg, skal de selvfølgelig også have nogle oversigter med over, hvad det er, at lægerne ordinerer (...). Tingene hænger jo sammen, så praksisbesøgene har ingen mening, hvis man ikke har nogen af de andre grundelementer.* (Ledelsen)

## Praksisbesøgene

Alle de interviewede mener, at praksisbesøgene er vigtige og gør en forskel for de praktiserende læger og deres ordinationsvaner. De oplever, at det er mange forskellige aspekter ved besøgene, som er medvirkende til, at besøgene har en positiv betydning for lægerne, og at de ordinerer mere rationelt.

**Tabel 5.1: Bud på hvorfor praksisbesøgene gør en forskel**

Personlig kontakt	Spejl – viser hvordan lægerne ordinerer
Dialog	Ikke kun økonomibriller
Tillid	Kollega der besøger kollega
Gensidig respekt	

Medicinkonsulenterne mener, at noget af det mest betydningsfulde ved praksisbesøgene er den personlige kontakt, som medicinkonsulenterne har med lægerne. Det er en stor fordel, at de kommer individuelt ud i lægernes egne praksis og kan vise dem deres egne ordinationsmønstre og lave sammenligninger med regionen og andre læger. En medicinkonsulent siger: *Vi har et værktøj med, som industrien ikke har. Vi kan jo fortælle dem, hvad de går og gør. Det virker altså*. Medicinkonsulenterne oplever, at det kommer som en overraskelse for mange af lægerne, hvordan de reelt udskrifer. *Vi får sat fokus på nogle ting, som de faktisk ikke ved, at de går og laver i dagligdagen*, fortæller en tidligere medicinkonsulent.

Medicinkonsulenterne oplever, at dialogen med lægen ved besøgene er yderst vigtig, og at det er helt afgørende at få skabt tillid og gensidig respekt mellem lægerne og medicinkonsulenterne. *Når der er tillid, kan det begynde at rykke*, siger en medicinkonsulent. En anden gør meget ud af at understrege, at de viser, hvad lægen gør uden at være fordømmende over for dem. Det er vigtigt at give lægerne nogle muligheder for at træffe "det rigtige valg", men ikke at diktere det. En medicinkonsulent beskriver praksisbesøget på denne måde:

*Det åbner en dør til at finde ud af, hvad der egentlig foregår i din praksis. Hvis du er i et kryds, og du skal vide, hvor du skal hen, så skal du vide, hvor du er i verden, for ellers kan du ikke vide, om du skal den vej eller den vej. Så vores job er faktisk en måde at fortælle lægen, hvor han er hen-*

*ne, så han kan finde den rigtige vej. Jeg kan godt virke som et fyrtårn engang imellem, men det er mit fornemmeste job at få lægen til selv at finde den rigtige vej.*

Flere medicinkonsulenter mener, det er vigtigt, at besøgene ikke har for meget karakter af, at det kun er økonomien, der er i fokus. *Hvis vi har for meget "økonomibriller" på, risikerer vi at lukke for vores adgang til lægerne,* siger en medicinkonsulent.

Der er en udbredt holdning blandt medicinkonsulenterne om, at det har stor betydning, at lægerne får besøg af en medicinkonsulent, der selv er praktiserende læge og kender til deres hverdag og arbejdsvilkår. *Noget af det, der virker bedst, når man skal ud og fortælle, er, hvis man kan komme med nogle personlige erfaringer. Det er det, som den besøgte læge lytter meget efter(...). Så skærper de opmærksomheden,* fortæller en medicinkonsulent. De mener derfor, at det skal være en praktiserende læge, som tager ud på praksisbesøg.

Farmaceuterne er enige om, at det har en betydning, at det er en lægelig kollega, der kommer på besøg, men de mener også, at der kan være en fordel ved at have et tilbud til lægerne om, at de kan få besøg af en farmaceut, hvis de ønsker det. Farmaceuterne har selv tidligere taget ud på praksisbesøg under deres ansættelse i Frederiksborg og Københavns Amt.

*I nogle tilfælde synes lægerne faktisk, at det er en fordel at få en, som har en anden faglig baggrund, for så er det ikke helt så farligt, som når der sidder en kollega og ved ligeså meget, som han gør om det lægefaglige, men der sidder en farmaceut, som har meget forstand på lægemidler, men ikke blander sig i noget med diagnoser og andet (Farmaceut)*

Flere af de interviewede gør opmærksom på, at de ikke når ud til alle læger, da det ikke er alle læger, der ønsker at få besøg af en medicinkonsulent. Det er ærgerligt, da det måske er dem, der takker nej, der har størst behov. Men de mener, at frivillighedsprincippet i ordningen er vigtigt. Medicinkonsulenterne har mange forslag til forbedringer af praksisbesøgene og overvejelser om medicinkonsulentordningen som helhed (se afsnit "Forslag til forbedringer" s. 31-35).

## **Basislisten**

Både ledelsen, farmaceuter og medicinkonsulenter er meget positive omkring Basislisten, som, de mener, fungerer godt. En medicinkonsulent siger: *Det er et rigtig vigtigt redskab, og det er nemt, altså den er overskuelig, og den er brugbar. Og man ved, at når man gør det, der står på den, så gør man det rigtig godt.* Ved praksisbesøgene fungerer Basislisten som et godt udgangspunkt for diskussion af, hvordan lægerne kan ordinere mere rationelt.

Både medicinkonsulenter og farmaceuter udtrykker utilfredshed med, at Basislisten ikke længere må udsendes i papirform. De oplever, at Basislisten er meget efterspurgt i papirform, som giver et hurtigt overblik. En farmaceut har følgende betragtning:

*Alle vores indsatser bygger jo egentlig op om det der står på Basislisten. Så hvad vi gør på temamøder, det refererer til Basislisten, hvad vi gør på praksisbesøgene, hvad vi skriver om i nyhedsbreve kan også være et hint tilbage til den. Så det er et rigtig vigtigt redskab, som skal være nemt tilgængeligt for lægerne. (Farmaceut)*

Selvom der er enighed om, at Basislisten er et godt og vigtigt redskab, udtrykker flere medicinkonsulenter tvivl omkring i hvor stort omfang, den bliver brugt af lægerne. Farmaceuterne og en tidligere medicinkonsulent mener, at hvis Basislisten skal have en større effekt, skal den være en del af lægernes ordinationssystem, så det bliver synligt med det samme, om ordinationen var på Basislisten eller ej.

Flere medicinkonsulenter kommenterer, at der burde være en fælles landsdækkende Basisliste, i stedet for at hver enkelt region har sin egen, ligesom der burde være overensstemmelse i forhold til, hvad hospitalerne ordinerer af medicin. En tidligere medicinkonsulent fortæller: *Det er svært, når man får patienterne tilbage fra hospitalerne, så har de en anden basisliste på hospitalerne, og så har vi så lidt et cirkus med, at det er forskellig medicin, som de skal fortsætte med, og som ikke står på regionens Basisliste. Så Basislisten har ikke den store praktiske betydning i volumen, tror jeg.*

## Medicinliste

Medicinlisten er den borgerrettede version af Basislisten. De medicinkonsulenter, der forholder sig til medicinlisten, mener ikke, at den bliver brugt, og synes, at der er brugt for meget tid på at udarbejde listen.

## Temamøder

Blandt farmaceuter og medicinkonsulenter er der lidt blandede oplevelser af, hvor godt temamøderne fungerer. Flere mener, at temamøderne er et godt supplement til praksisbesøgene og de øvrige indsatser. Der er nogle gode diskussioner på møderne, og der er eksperter, som kan svare på spørgsmål. Temamøderne er med til at stimulere et kollegialt netværk, og de er vigtige både i forhold til det uddannelsesmæssige og som modpol til industrien. Nogle mener også, at temamøderne udgør et vigtigt forum for, at Medicinfunktionen kan vise sit ansigt. En medicinkonsulent siger: *Vi burde være endnu mere synlige på de der temamøder, men det får ikke rigtig den prioritet, det skal have.*

Flere af de interviewede kommenterer, at der er ringe tilslutning til mange af temamøderne. En tidligere medicinkonsulent siger: *Man har et indtryk af, at det er de samme mennesker, der kommer til de der møder, og det er også de mennesker, som er rimelig opdaterede i forvejen. Så det er ikke der, at man skal satse på at få fat i nogle nye.*

Både medicinkonsulenter og farmaceuter er enige om, at formen for temamøderne bør ændres. Temamøderne foregår i et stort auditorium, og afstanden mellem oplægsholdere og deltagere er for stor. Der mangler intimitet og dialog. I den nuværende form er der flere af medicinkonsulenterne, der ikke tillægger temamøderne den store betydning. En medicinkonsulent mener også, at de skal være bedre til at afpasse længden af temamøderne i forhold til, hvad det er for emner, der tages op. De vil forsøge at finde mindre mødelokaler med mindre borde for at få mere dialog. Flere drager paralleller til temamøderne i Københavns Amt, som samlede læger i mindre grupper på 20-30 ad gangen. Det var populært og havde stor opbakning. Farmaceuterne mener, at der gerne må komme lidt *"mere fut i møderne"*. Temamøderne har været meget *"katedrale"* og passive med oplægsholdere og efterfølgende diskussion. Flere medicinkonsulenter og farmaceuterne fremhæver et temamøde med afstemning, hvor der var nogle stemmeknapper ved pladserne. *Det var sjovt, at man selv skulle arbejde, og at man ikke behøvede at blamere sig*, fortæller en medicinkonsulent.

## Nyhedsbreve

Medicinfunktionen sender nyheder til de praktiserende læger via deres eget nyhedsbrev "Nyt om Medicin" (indtil oktober 2010) og via "PraksisNyt", hvor der også er andre nyheder fra Regionen, bl.a. fra regionens praksiskoordinatorer, datakonsulenter, efteruddannelsesvejledere mv. "PraksisNyt" sendes ud pr. e-mail til de læger, der har tilmeldt sig nyhedsbrevene. Indtil oktober 2010 blev nyhedsbrevet "Nyt om Medicin" også sendt ud til alle læger pr. post.

Flere medicinkonsulenter mener, at nyhedsbrevet "Nyt om Medicin" er godt og har et godt, overskueligt og relevant indhold. De er dog bekymrede for, at hvis det kun bliver udsendt elektronisk,

vil det drukne i alt det andet, som lægerne modtager elektronisk, og derfor ikke blive læst. De anser det som en klar fordel, hvis nyhedsbrevet fortsat må sendes ud som brevpost.

Enkelte medicinkonsulenter mener, at der godt kunne være lidt flere nyhedsbreve. Det er vigtigt med synlighed, og at der kommer nyheder ud, når der er noget nyt og relevant. *Jeg tror, at det er nemmere at blive hørt, jo mere synlige vi er*, siger en medicinkonsulent.

Nogle kommenterer indholdet i nyhedsbrevene og mener, at det skal være en blanding af faglighed (hvad der er nyt omkring behandlingsprincipper, og hvad der er af ny medicin, som er bedre end det gamle) og økonomi (hvad er rationelt at give økonomisk). Det må ikke have for ensidigt fokus på at spare penge.

Enkelte medicinkonsulenter oplever, at der er for meget, der kommunikerer ud i nyhedsbrevene, så det bliver alt for uoverskueligt. *Det er især, når det bliver elektronisk, så er det ligegyldigt, om det fylder 1 side eller 5 sider, og man kan også lave links*, siger en medicinkonsulent. En tidligere medicinkonsulent har prøvet at tage tid på, hvor lang tid det tager at læse og åbne alle links i "PraksisNyt". Vedkommende fortæller:

*Det tog tre timer, og så skal du tænke på, at MedicinNyt ligger nede i bunden. Jeg synes, at det er en fejl, at de er gået sammen med dem (...) Det ville være bedst, hvis de sendte en selvstændig mail, som de tidligere har gjort. De der meget korte praksis relevante meddelelser i nyhedsbrevene kunne være interessante.* (Tidligere medicinkonsulent)

## Breve til ydere om ordinationsdata

Der er meget forskellige holdninger til, om det er en god ide at sende breve ud til de praktiserende læger med oplysninger om deres ordinationsdata. Nogle medicinkonsulenter mener, det er en fordel, at den enkelte læge bliver opmærksom på sit eget forbrug. *Det er et enkelt budskab, og det indeholder informationer, der lige præcis fortæller, hvordan du gør. Fx om du bruger meget af en eller anden slags mavesårsmedicin*, siger en medicinkonsulent. En anden oplever, at nogle af lægerne henviser til brevene, når de kommer ud på praksisbesøg, men mener der skal arbejdes med det grafiske i brevene, som nogle læger har svært ved at forstå.

Flere medicinkonsulenter og farmaceuterne foreslår, at brevet til lægerne kunne give direkte oplysninger om, hvilke patienter der eksempelvis får et lægemiddel, som Medicinfunktionen foreslår ændret til et andet og mere rationelt lægemiddel. Herved bliver det mere håndgribeligt og lettere for lægen at gå til frem for nu, hvor brevet er på helt overordnet niveau. En tidligere medicinkonsulent mener, det er vigtigt, at brevene kun fungerer som et supplement til praksisbesøgene. *Hvis lægens kurve ligger meget langt fra det, som man gerne vil have, så skal det følges op af den mere personlige kontakt, som man har med medicinkonsulenten.*

Nogle medicinkonsulenter tror imidlertid ikke, at brevene ændrer adfærden hos lægerne, og de mener ikke, at der bør bruges tid og energi på at sende brevene ud. Nogle oplever, at det skaber forvirring hos lægerne, og enkelte medicinkonsulenter peger på risikoen for, at det kan give modstand hos lægerne, fordi det virker som overvågning.

## Antibiotikavejledning

Der er uenighed blandt medicinkonsulenterne, om det er en god ide at have en antibiotikavejledning. Nogle oplever, at der er alt for mange forskellige vejledninger, og at det er bedre med få autoritative steder. De involverede fortæller, at de mange forskellige vejledninger netop er baggrunden for, at de har udarbejdet en vejledning. Den er afhandlet med lægerne, og de vil arbejde på, at den får samme status som Basislisten eller fungerer som en slags udvidet Basisliste.



## Benzodiazepinindsats

Benzodiazepinindsatsen bliver omtalt positivt af langt de fleste interviewede. De oplever, at der er lavet et godt stykke arbejde, der har haft en positiv effekt og mener, at det er godt at rette fokus på et tema, så det ikke bare handler om lægernes ordinationsmønstre. Enkelte medicinkonsulenter ser indsatsen som et nicheområde og mener, at der kan være andre fokusområder, som er vigtigere at fokusere på.

*Benzodiazepiner er ligesom en behagelig ting, for det er der jo ingen, der kan have noget imod. (...) Der er jo andre opgaver, hvor specialister strides, og hvor der er forskelligrettede interesser, som er nok så væsentlige og vanskeligere at tage fat på. (...) Det store problem for mig at se er, at patienterne får for mange lægemidler, så man skal forsøge at hjælpe praksis med at prioritere medicinforbruget, så patienterne får de lægemidler, der giver mest sundhed pr. tablet. (Medicinkonsulent)*

Andre medicinkonsulenter mener, at benzodiazepinindsatsen skal intensiveres igen, for at fastholde fokus hos lægerne, så forbruget ikke begynder at stige igen.

## Projektarbejde

Farmaceuterne er glade for, at der også er mulighed for at gennemføre forskellige projekter. De mener, at de kan have stor gennemslagskraft de steder, hvor projekter kører. Enkelte medicinkonsulenter mener, at gode projekter bidrager til udvikling i og anerkendelse af Medicinfunktionen. Ledelsen ser det som en styrke, at projekter med midler udefra kan forankres i Medicinfunktionen. De oplever, at det er positivt: *at vi har nogen, der er kendte og også anerkendte for nogle funktioner, som kan anvendes i sådan noget projektarbejde. Det styrker jo projektet, at man har sådan en baggrundsgruppe at trække på.*

Nogle af medicinkonsulenterne finder ikke projektarbejdet relevant og mener ikke, det bidrager til Medicinfunktionen. Selvom projekterne er eksternt finansierede, udtrykker enkelte bekymring over, at projekter kan blive overeksponeret og fjerne medarbejdertimer fra andre vigtige opgaver.

## Arbejdet som lægelig medicinkonsulent

### Positivt at tage ud på praksisbesøg

Medicinkonsulenterne er meget glade for at tage på praksisbesøg og for selve kontakten med lægerne. De oplever, at de gør en forskel for lægerne. Mange finder det også fagligt spændende og udviklende. En medicinkonsulent siger: *Man får gratis efteruddannelse og bliver ligefrem honoreret for det.* Flere udtrykker, at de selv bliver bedre som praktiserende læger. Det at få et kollegialt netværk med de læger, de besøger, sætter flere medicinkonsulenter også pris på. Desuden fortæller flere, at det er givende for dem at få positiv respons fra lægerne på deres besøg.

### Frihed og fleksibilitet

Enkelte konsulenter fremhæver, at de er glade for, at der er frihed til at tilrettelægge arbejdet med eksempelvis forberedelse og præsentationer, når det passer ind i deres eget program. Flere medicinkonsulenter oplever det positivt, at de har forholdsvis frie og fleksible rammer til at tale om det, de oplever, der er behov for hos den enkelte læge. En tidligere medicinkonsulent fortæller: *På regionen var de åbne for, at vi ikke kun skal sidde og snakke økonomi i en time, men at man også snakker kvalitet.* Flere mener, at det er vigtigt at holde fast i, at medicinkonsulenterne er med til at bestemme og styre praksisbesøgene i forhold til indhold og måden at køre praksisbesøgene på.

## God og vigtig hjælp fra farmaceuter

Medicinkonsulenterne sætter stor pris på den hjælp, som de får fra farmaceuterne til bl.a. praktiske ting. I og med at medicinkonsulenter ikke har deres daglige gang på regionsgården, oplever de også farmaceuterne som en vigtig indgang til regionen. En medicinkonsulent siger: *Farmaceuterne er enormt hjælpsomme og støttende. De stiller op og hjælper en, så godt de kan. Den ramme, som de skaber, er rigtig rigtig god.* Mange af medicinkonsulenterne udtrykker også stor begejstring for en opdatering af prislister for medicin, som de får tilsendt hver 14. dag fra en af farmaceuterne. Det oplever de som en stor hjælp. *Det giver mig en orientering om, hvad der er nyt og klæder mig på, når jeg skal ud til lægerne,* fortæller en medicinkonsulent.

## Svært at få aftaler om praksisbesøg i stand

En af de altoverskyggende ulemper ved jobbet som medicinkonsulent er, at det er vanskeligt og tidskrævende at få lavet aftaler om praksisbesøg med lægerne. Det er et problem, som både de nye og flere af de erfarne medicinkonsulenter oplever, og som giver anledning til frustration blandt dem. Det bliver også nævnt som en medvirkende årsag til, at nogle af de tidligere medicinkonsulenter har valgt at stoppe med arbejdet.

Flere medicinkonsulenter mener, at der er behov for mere erfaringsudveksling om, hvordan de hver især håndterer problemet. Nogle sender e-mails ud, andre sender breve pr. post ud til nye læger, nogle prøver at komme igennem pr. telefon, og en prøver også at kime dørklokker. Emnet bliver vendt en gang imellem på konsulentmøderne, men der er ikke nogen egentlig erfaringsudveksling om eller vejledning til, hvordan de får aftaler i stand med lægerne.

Medicinkonsulenterne taler også om muligheden for at få noget hjælp fra centralt hold til at lette det praktiske omkring at få lavet aftaler. En konsulent mener, at regionen skal sørge for oplysninger om e-mail og direkte telefonnumre til lægerne. Andre kommer ind på muligheden for at have et sekretariat, som ringer og laver aftalerne om praksisbesøg med lægerne for medicinkonsulenterne. Flere mener imidlertid, at det vil være meget vanskeligt, da medicinkonsulenterne selv har en meget booket kalender, som ændrer sig løbende. En medicinkonsulent siger også: *Det er nemmere at booke et møde, når man taler læge-til-læge end, hvis man ringer som sekretær fra regionsgården, fordi der er rigtig mange, der gerne vil tale med læger.* En medicinkonsulent mener, at der kunne arbejdes på at reklamere mere for besøgene, så lægerne får bedre kendskab til tilbudet, og at det derved kan være lettere at komme igennem til lægerne og få aftaler i stand. Konsulenten siger: *Man kunne godt fra regionen gå ud med lidt mere banner og flag og opslag og skrivning på PLO's hjemmeside, Sundhed.dk, at sende mails rundt til alle lægerne og tag nu vel imod de her medicinkonsulenter – send et brev. Det kan ikke være så kostbart. Det er vigtigt at blive informeret.*

## For mange besøg pr. medicinkonsulent

Mange medicinkonsulenter fortæller, at det er svært at leve op til normen for, hvor mange praksisbesøg de skal aflægge årligt. De fleste skal aflægge omkring 45 besøg om året, og det oplever de absolut som smertegrænsen. Enkelte af de tidligere medicinkonsulenter angiver også presset med at skulle lave så mange besøg som del af forklaringen på, at de er stoppet med arbejdet. Flere medicinkonsulenter mener, at problemet med at rekruttere nye medicinkonsulenter til dels skyldes den høje norm. Nogle af medicinkonsulenterne er trætte af, at de har en del transporttid ud til lægerne, særligt de, der kører til praksis i yderområderne.

## OPS2000

Overordnet set mener flere af medicinkonsulenterne, at OPS2000 er et rigtig godt værktøj at gå ud med. Der er mange muligheder i programmet for at gå i dybden med nogle tal, hvis der er behov for det, og der er gode sammenligningsmuligheder. Det kræver dog meget rutine og erfaring med

programmet at kunne arbejde mere frit og dynamisk i programmet. Det er der enkelte medicinkonsulenter, der kan. De fleste medicinkonsulenter oplever, at det tager lang tid at forberede sig og lave præsentationer til besøgene, da der ligger et stort arbejde i at arbejde med statistikken i OPS2000. *Hvis programmet var lidt mere brugervenligt, var der meget, der kunne gøres smidigere,* siger en medicinkonsulent. En tidligere medicinkonsulent mener, at der skal arbejdes på at gøre OPS2000 til et mere dynamisk værktøj, hvor det er muligt at lave og gemme præsentationer i selve programmet.

*Den procedure med at få klippet informationerne fra OPS2000 til PowerPointpræsentationen tager tid og er lidt kluntet – klippe klistre. Når man har sin PowerPoint, så kan man ikke arbejde med det mere. Så skal man starte forfra for hver ny kollega. Det betyder, at forberedelse godt kan komme til at tage ret lang tid, hvis det skal give nogen mening. Jeg mener helt klart, at man skulle prøve at lave et program, hvor den præsentationsdel er integreret, så man ikke er afhængig af, at skulle tage det ud af programmet og putte det over i noget andet. Så havde man også muligheden for den dynamiske fremstilling. Hvis lægen spørger om noget andet, skal man tilbage ind i OPS2000. Praktisk hvis man kunne lave det interaktivt med det samme, så man kunne gå ind at ændre på nogle parametre.* (Tidligere medicinkonsulent)

Nogle medicinkonsulenter oplever, at det er problematisk, at tallene i OPS2000 kun er blevet opdateret to gange årligt, og at de har gået ud til lægerne med halvgamle tal. En medicinkonsulent siger: *Man var fanget mellem to umulige dilemmaer: Enten aflægge besøg i ro og mag med gamle tal eller fuldstændig over-stresset umulig med noget ordentlig opdateret datamateriale.* Det er imidlertid et problem, som der bliver arbejdet på at rette op på, så de kan få nyere tal med ud på besøg, fortæller farmaceuterne og nogle af medicinkonsulenterne.

Enkelte medicinkonsulenter mener, at sammenligningsgrundlaget i OPS2000 burde være i forhold til Basislisten og ikke i forhold til, hvis alle ordinerer som den læge, der ordinerer billigst. *Den billigste læge er ikke nødvendigvis den bedste læge,* siger en medicinkonsulent.

## **Teknisk udstyr**

Enkelte medicinkonsulenter oplever nogle ulemper ved det tekniske udstyr, som de bruger ved praksisbesøgene. *Det stressede mig lidt med den projektor, som i øvrigt var stor og tung.* Praksisbesøgene foregår ofte i lægernes konsultationsrum, hvor det kan være svært at finde plads til projektoren og sikre, at den kan lyse op på væggen. Nogle medicinkonsulenter udtrykker utilfredshed med, at det er nogle gamle computere, som de får stillet til rådighed.

## **Registrering af tid**

Det er forskelligt, om medicinkonsulenterne registrerer deres tid i registreringsdatabasen. Flere finder det uklart, om det er et krav, at de skal bruge registreringsdatabasen. Enkelte medicinkonsulenter giver udtryk for, at de ikke vil bruge den, nogle registrerer delvist i den, og andre mener, at det er et krav, at de skal registrere i databasen og registrerer bl.a. mødeaktivitet, praksisbesøg, emner der er talt om ved besøget, og hvis de er blevet "brændt af" til et praksisbesøg. Nogle mener, at det er lidt formålsløst at registrere andet end besøgene, da de ikke mener, at det giver mening at sammenholde de emner, der er blevet talt om ved praksisbesøgene, med udviklingen i medicinordinationer, da det er for multifaktoriel. En enkelt medicinkonsulent udtrykker bekymring over registreringen i forhold til, om de besøgte læger føler sig trykke ved det.

*Mange er blevet glade for, at der ikke ligger nogen tilbagerapportering på dem. Det er noget, som jeg gør meget ud af at fortælle på de første besøg. Det er en kollegial snak bag lukket dør, og så er det det. Når man har fortalt dem det i starten og nu skal sidde og skrive noget om dem, som er tilgængeligt for andre, så føler jeg det lidt som et slags tillidsbrud.* (Medicinkonsulent)

Flere medicinkonsulenter giver udtryk for, at de finder det besværligt og tidskrævende at skulle lave kørselsregnskab. *Det burde kunne regnes ud fra centralt hold. Hvis de kan se min registreringsdatabase og de ved, hvor jeg bor, så kunne de godt selv regne ud, hvor mange penge, jeg skal have i kørsel,* siger en medicinkonsulent.

## Uddannelse

Medicinkonsulenterne oplever, at de er kompetente til at tage på praksisbesøg og mener, at deres faglige viden er i orden. Flere understreger dog, at det er meget vigtigt, at den faglige opdatering af medicinkonsulenterne skal være fortløbende og styrkes. *Jeg føler mig kompetent nok til at gøre det, men min kompetence skal blive ved med at blive udviklet, for at det kan blive optimalt,* fortæller en medicinkonsulent.

Flere mener, at det er vigtigt for medicinkonsulenterne at være opdateret om aktuel medicinsk behandling. Møderne arrangeret af Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) fremhæver de fleste som væsentlige og rigtig gode, og flere mener, at det vil være en god ide at have mødepligt til disse møder. Nogle medicinkonsulenter oplever, at der er brug for noget mere efteruddannelse og faglige inputs til medicinkonsulenterne. Det vil være godt at få det systematiseret lidt mere og at få nogle eksperter udefra til at komme med input.

*Der er behov for lidt mere specifikt til os, for vi skal opfatte os selv som værende lidt bedre end de almindelige praktiserende læger. Dvs. den undervisning, der skal ligge til os, skal være på et lidt højere niveau end det, vi har på temamøderne. Vi kunne evt. have to årlige sessioner af fire timer med to forskellige eksperter, der dykker ned i noget, som vi virkelig kan spørge ind til. Det tror jeg vil give noget mere faglighed.* (Medicinkonsulent)

Mange af medicinkonsulenterne er erfarne i jobbet og oplever, at de har tilstrækkelige forudsætninger til formidlings- og dialogdelen af jobbet som medicinkonsulent. Der er enkelte, der aldrig har deltaget i noget uddannelse omkring formidling og dialog, men som i kraft af deres erfaring og arbejde som praktiserende læge oplever, at de er godt klædt på til den del af jobbet også. Flere medicinkonsulenter fremhæver et undervisningsforløb i Medicinfunktionen af en erhvervs- og adfærdspsykolog, som har været meget positivt og lærerigt. Det mener flere bør være et fortløbende tilbud til medicinkonsulenterne. Enkelte medicinkonsulenter kommer ind på, at der også kunne være noget intern uddannelse og sparring konsulenterne imellem omkring formidling og dialog med de læger, de besøger, så de kan lære af hinanden, hvad der virker godt, og hvad der virker knap så godt.

## Introduktionsforløbet for nye medicinkonsulenter

To af de nye medicinkonsulenter har været igennem et introduktionsforløb, som den tredje nye medicinkonsulent sammen med en mere erfaren medicinkonsulent har været med til at planlægge og gennemføre. Overordnet er de alle meget tilfredse med introduktionsforløbet og mener, det er vigtigt med en god introduktion for nyansatte både for at komme godt i gang med jobbet, men også for at det skal blive lettere at rekruttere nye læger til jobbet som medicinkonsulent. De fremhæver særligt mentorordningen, hvor de to nyeste har været tilknyttet hver deres medicinkonsulent. *Mentorordningen har været guld værd,* fortæller den ene. Det at se sin mentors præsentationer og få sparring på sine egne præsentationer er vigtigt.

De mener, at det vil være godt, hvis der senere i forløbet er mulighed for at få en kollega med ud på besøg, så der også bliver noget sparring, når de er kommet lidt mere i gang med at gennemføre praksisbesøg. *Det er lærerigt at se, hvordan andre konsulenter gør det (...)* Det er også vigtigt for KPr og Medicinfunktionen, at vi har et fælles præg, og at det ikke gøres alt for forskellig. De mener,

at der generelt bør være noget mere sparring og erfaringsudveksling blandt alle medicinkonsulenter omkring praksisbesøgene. At få adgang til hinandens præsentationer, opdatering af nye slides eller nye ideer til slides bliver også nævnt som noget, der kunne arbejdes på blandt medicinkonsulenterne.

De nye medicinkonsulenter mener, at de selv er godt klædt på i kraft af kompetencer fra tidligere jobs og uddannelse, men tror, at der kan være behov for mere introduktion og uddannelse til nyansatte medicinkonsulenter omkring de emner, som de fokuserer på i medicinkonsulentordningen. Der skal dog arbejdes på at finde en form, der ikke er for tung og tidskrævende.

*Jeg tror, at det er vigtigt, at vi sikrer fødelinjen, at man sikrer rekrutteringen, og når man rekrutterer kan tilbyde et ordentligt uddannelsesforløb, så flere kunne bide på og turde sige ja til jobbet som medicinkonsulent. For det er meget specialiseret, og det er noget, der kræver overblik. (Ny medicinkonsulent)*

De nyansatte medicinkonsulenter oplever et behov for at blive introduceret til hele honoreringspolitikken i medicinkonsulentordningen såvel som organiseringen i medicinkonsulentordningen, som ikke er klar for dem. Der er behov for at få tydeliggjort, hvad forventningen er til dem i introduktionsfasen, og hvornår introduktionsfasen ophører.

*Jeg synes, at det er urimeligt i en introduktionsfase, at der ikke fra ledelsesside er defineret, hvornår min introduktion holder op – underforstået hvor længe er jeg føl. Når der så er gået et år, så skal jeg både have været føl, sat mig ind i alle ting og klaret mine 52 besøg. Det synes jeg er urimeligt. Jeg når det ikke, og der synes jeg, at der er en opgave for ledelsen at få klargjort, hvad gør man (...) sådan så man kan overskue det næste år. (Ny medicinkonsulent)*

## **Timefordeling**

De nye og nuværende medicinkonsulenter er blevet spurgt om, hvordan de oplever timefordelingen til de forskellige opgaver, de har i Medicinfunktionen. Nogle medicinkonsulenter fører ikke regnskab med timerne i forhold de forskellige typer opgaver, men ser mere på det overordnet.

Andre konsulenter oplever, at det er meget forskelligt, hvor meget tid de hver især bruger på de forskellige opgaver, og hvor aktive de er i forhold til e-mailkorrespondance. At hver type konsulentopgave har den samme timesats til de involverede medicinkonsulenter, oplever enkelte konsulenter som lidt uretfærdigt. Flere giver udtryk for, at der generelt set burde være flere timer til arbejdsopgaverne. *Systemet lever godt af, at vi er frie konsulenter, der godt kan lide arbejdet*, mener en medicinkonsulent. I tabel 5.2 er vist deres kommentarer til timefordelingen til de forskellige opgaver.

Tabel 5.2: Timefordeling	
Praksisbesøg (4 timer pr. besøg)	Timefordeling pr. besøg er for lav sat især for nye og konsulenter med lang transporttid.
Praksisbesøg på Bornholm	Bliver slet ikke kompenseret godt nok.
Uddannelse, konsulentmøder og IRF-møder (55 timer pr. år)	Udbredt oplevelse at 55 timer ikke er dækkende. Flere mener, at timerne alene er brugt på mødeaktivitet inklusiv 1½ dags seminaret. Hvis man ønsker at honorere for uddannelse, er timetallet sat for lavt, mener flere. Der er forskellige opfattelser af, hvor meget det kan forventes, at konsulenterne selv bruger på at uddanne sig og holde sig opdateret.
Fagligt udvalg (25 timer pr. år)	Timeforbruget varierer i perioder. I opstartsfasen blev der brugt meget mere tid, i øjeblikket bliver der brugt lidt mindre tid, og hvis udvalget skal varetage opgaver om koordinering, vil timetallet stige igen.
Opdatering af præsentationsmateriale (Max 8 timer pr. år til tovholder)	Timeforbruget varierer efter hvor meget nyt, der sker på et område. Bør timesættes efter den enkeltes behov.
Nyhedsbrev (10 timer pr. år)	Passende i forhold til opgaven
Basislisten (35 timer pr. år)	Svært at timesætte. Der bruges meget tid på det pga. megen e-mailkorrespondance. Timefordelingen er nok for lavt sat.
Positivliste (8 timer pr. år)	Det brugte timetal varierer afhængig af, hvor mange spørgsmål der kommer til listen
Regional lægemiddelkomite og underudvalg vedr. tværsektorielle rekommandationer (100 timer pr. år)	Det brugte timetal varierer i perioder.
Benzodiazepinindsats (25 timer pr. år)	Passende i forhold til opgaven.

## Bevæggrunde til at stoppe med arbejdet som medicinkonsulent

De interviewede medicinkonsulenter, som ikke længere arbejder som medicinkonsulenter, kommer med nogle bevæggrunde til, at de er stoppet med arbejdet. Nogle af begrundelserne handler til dels om, at de oplever, at arbejdet er meget tidskrævende, at de skal aflægge for mange praksisbesøg, at det er besværligt at få aftaler i stand med lægerne, at arbejdet i længden bliver lidt ensformigt, eller at de ønsker at prøve noget nyt. Nogle af medicinkonsulenterne har fået et nyt job og ser det som et tilvalg af noget andet, frem for et fravalg af jobbet som medicinkonsulent.

## Arbejdet som farmaceutisk medicinkonsulent

De tre farmaceuter oplever arbejdet i Medicinfunktionen som meget meningsfyldt. De mener, at det er et spændende arbejdsområde og oplever, at de er med til at gøre en forskel både for praktiserende læger og i sidste ende patienterne. En af farmaceuterne fortæller: *Det er rart at være med til at øge kvaliteten af medicinordinationerne ude i praksis – selvfølgelig på afstand, men være med til at påvirke det og prøve at påvirke, at ressourcerne udnyttes bedst muligt.*

Farmaceuterne finder arbejdet fagligt relevant også i forhold til deres uddannelsesmæssige baggrund som farmaceuter. De oplever det som et selvstændigt arbejde, hvor der hele tiden sker noget nyt, så de skal holde sig godt opdateret.

Arbejdsbyrden oplever de som alt for stor. Farmaceuterne har både opgaver tilknyttet medicinkonsulentordningen og andre typer opgaver som eksempelvis at lave hørings svar for regionen. De har mange store opgaver og forskelligartede funktioner og skal jævnligt udarbejde hørings svar med kort varsel oven i de øvrige opgaver. De oplever det som et problem, at der ikke er klare retningslinjer for, hvordan Regionen håndterer hørings svar, så arbejdet med at lave hørings svar fordeles til rette concern og rette enhed. De har tidligere været fire ansatte, hvor de nu kun er tre, og de kan mærke, at arbejdspresset er steget voldsomt efter, at de kun er tre. De oplever et konstant pres for at få løst opgaver og savner tid til fordybelse.

*Jeg er i hvert fald nået dertil, hvor jeg føler, det er et problem, at man simpelthen ikke har tid til at sætte sig ned og filosofere og tænke tanker og tænke ud af boksen og tænke anderledes. Det bliver sådan...vi løser hele tiden en masse opgaver. Hvornår får vi sat os ned og tænkt ud af boksen og tænkt anderledes: hvad er der behov for nu, skal vi blive ved med at gøre det her. Det når jeg ikke at spørge mig selv om, vi gør det, som vi plejer. (Farmaceut)*

De kunne godt tænke sig mere hjælp til løsning af nogle de administrative opgaver eksempelvis det administrative omkring medicinkonsulenterne fx udlæg og IT-problemer. Farmaceuterne har nogle ønsker til opgaver, som de også gerne vil varetage. De vil gerne have mulighed for at tage ud på praksisbesøg ligesom medicinkonsulenterne, og de mener, at de kan have en rolle i forhold til at undervise eller understøtte læger og praksispersonale i, hvordan de får flyttet data fra medicinprofilen over i det nye fælles medicinkort og får ryddet op i disse data. De ser også, at de kan have en rolle i forhold til medicingennemgang i almen praksis og til at assistere med at bearbejde og udbrede data omkring utilsigtede hændelser i praksissektoren.

Uddannelsesmæssigt mener farmaceuterne, at de er godt klædt på til deres job. De vil godt have nogle bedre kompetencer i forhold til mødeledelse, kommunikation og behandling af ordinationsdata, ligesom særligt to af farmaceuterne gerne vil have styrket deres IT-kompetencer. De oplever, at der jævnligt kommer nye IT-systemer, uden at der følger en ordentlig oplæring med. En af farmaceuterne nævner, at det kunne være en fordel at: *uddannes som kaos-pilot light*. De mener alle, at de har brug for mere tid til at læse relevante tidsskrifter og nyhedsbreve, ligesom der er behov for, at ledelsen prioriterer, at farmaceuterne kan deltage i relevante faglige konferencer, også selvom det er udenlandske konferencer.

## **Organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen**

Mange af medicinkonsulenterne oplever de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen som diffuse og mener, at det vil være godt, hvis ledelsen kunne give dem en mere entydig fornemmelse af organisationen. De mærker ikke så meget til den organisatoriske ændring 1. februar 2010, hvor Medicinfunktionen blev flyttet fra Enheden for Udvikling og Kvalitet i KPU til Udviklingsenheden i KPr. Ledelsen mener heller ikke, at der er ændret noget grundlæggende i strukturen. Farmaceuterne mener, at det er en stor fordel for dem, at de tidligere har været i KPU, da de kender dem og deres arbejdsområder. Det kan styrke samarbejdet på tværs af de to koncerner.

### **Forskellig ledelsesmæssig forankring**

Både farmaceuter og mange af medicinkonsulenterne er uforstående over for, at farmaceuter og medicinkonsulenter har fået en forskellig ledelsesmæssig forankring. Farmaceuterne oplever det

indimellem lidt problematisk. En farmaceut siger: *Det kan være lidt svært at have dialog gennem flere led (...), og der kan være lidt lang vej til den, der egentlig bestemmer.* (Farmaceut)

Nogle medicinkonsulenter finder det noget uklart, hvordan ledelsesforholdene egentlig er for dem som konsulenter, og det er ikke alle, der er klar over, at der er en forskellig ledelsesmæssig forankring for medicinkonsulenter og farmaceuter. Flere af medicinkonsulenterne mærker ikke noget til det i deres hverdag og har ikke rigtig nogen praktisk erfaring med ændringen endnu. Nogle medicinkonsulenter efterlyser en mere synlig ledelse for medicinkonsulenterne, og flere mener, at Udviklingschefen i KPr også skulle være deres chef. De mener ikke, at Stabsdirektøren kan have det samme overblik og føling med ordningen som Udviklingschefen. En medicinkonsulent udtrykker: *Hvis der ønskes et led mellem Stabsdirektøren og konsulenterne, så bør det være Udviklingschefen.*

Ledelsen er klar over, at det er nyt for medicinkonsulenterne, og at det skaber noget forvirring og frustration. De giver selv udtryk for, at de som ledelse skal være bedre til at kommunikere ud til både farmaceuterne og medicinkonsulenter, hvordan forholdene er, og hvad det betyder i praksis.

### **Udvalg og arbejdsgrupper**

Kun enkelte medicinkonsulenter, der har en holdning til organiseringen med Styregruppe og Fagligt Udvalg. Der bliver givet udtryk for, at det er vigtigt, at Praksisudvalget er repræsenteret i Styregruppen, så der er en politisk opbakning blandt lægerne til medicinkonsulentordningen. Nogle mener, det er fint, at de i Fagligt Udvalgt forsøger at lave retningslinjer og komme med anbefalinger, ligesom der arbejdes på at sikre samarbejde og sammenhæng mellem primær og sekundær sektor i forhold til medicin anvendelse, selvom det er en vanskelig opgave.

Ledelsen oplever, at der er utrolig mange mødefora og møder knyttet til medicinkonsulentordningen. De oplever, at der bliver taget de samme ting op både i Styregruppen, Fagligt Udvalg og til konsulentmøderne. *Generelt bliver alt diskuteret alle steder (...). Styregruppen burde fokusere på det, der handler om organisationen og ikke det faglige, og Fagligt Udvalg burde afgrænses til det faglige,* siger ledelsen.

Det er en udbredt oplevelse blandt de interviewede, at der bliver holdt for mange og for lange møder i både Styregruppe, Fagligt Udvalg og ved konsulentmøderne. Farmaceuterne mener imidlertid, at der i forhold til Fagligt Udvalg bør holdes flere, men kortere møder, da de har mange emner på dagsordenen. Både ledelse, farmaceuter og medicinkonsulenter giver udtryk for, at både mødedisciplin og mødeledelse kan forbedres.

Medicinkonsulenterne oplever generelt, at de får for alt mange e-mails og referater. De oplever, at de bliver overinformeret, og mange mener, at der burde være sorteret i meget af det, inden det bliver sendt ud. *At der blev skrevet et par enkelte linjer om, vær opmærksom på det og det, lidt i stil med den prisopdatering som en af farmaceuterne sender ud hver 14. dag,* siger en af medicinkonsulenterne. De oplever også, at for mange e-mails er blevet sendt rundt til for mange, og at de for ukritisk bliver sat cc. i mange e-mails. Flere mener dog, at e-mailkulturen er blevet lidt bedre.

## **Samarbejde internt i Medicinfunktionen**

### **Ledelsen internt**

Ledelsen oplever selv, at samarbejdet er fint. Der har været en overdragelsesperiode, hvor Stabsdirektøren er gået med i nogle ting i starten, som nu er gledet over til Udviklingschefen, fordi hun nu har ansvaret for Medicinfunktionen. De oplever, at det har været en stille og rolig opgaveglidning.



### **Medicinkonsulenter internt**

Flere medicinkonsulenter mener ikke, at der er så meget samarbejde. De kører rundt på praksisbesøg hver for sig, og medmindre de er involveret i nogle udvalg og arbejdsgrupper, mødes de kun til fælles arrangementer og konsulentmøder. Når de mødes, oplever de, at der er god stemning. Nogle af medicinkonsulenterne kommer ind på, at mange af medicinkonsulenterne kommer fra forskellige medicinkonsulentordninger inden regionsdannelsen i 2007 og mener, at der stadig er nogle af de kulturforskelle, som gør sig gældende. De fleste medicinkonsulenter oplever dog, at der er en god fælles ånd i konsulentgruppen.

Flere medicinkonsulenter – både tidligere, nye og erfarne - efterlyser mere systematisk intern sparring og erfaringsudveksling.

*Jeg kunne godt ønske mig mere dialog mellem konsulenterne. Og det kan være helt banalt, fx "Jeg har på det seneste haft problemer med ditten og datten, har I også oplevet det? Hvad gør I ved det?" Jeg har fx haft problemer med at få mine aftaler i hus her på det sidste, og det kunne jeg godt tænke mig at vende med de andre. Er det en generel tendens, eller hvad sker der lige pludselig der? (Medicinkonsulent)*

### **Farmaceuter internt**

Farmaceuterne er meget glade for det interne samarbejde i gruppen. De mener, at de er gode til at supplere hinanden i deres arbejde, og det oplever både medicinkonsulenter og ledelsen også er tilfældet. En fra ledelsen fortæller: *De bruger hinanden rigtig meget og sparrer med hinanden på en god og konstruktiv måde (...) De kan noget vidt forskelligt, og de er også personlighedsmæssigt meget forskellige, og de gør, at 1+1+1 giver noget mere end 3. Det er meget imponerende.*

### **Medicinkonsulenter og farmaceuter**

Både medicinkonsulenter og farmaceuterne oplever, at der er rigtig godt samarbejde og en god kommunikation. Medicinkonsulenterne har ikke deres daglige gang på regionsgården. De oplever derfor et behov for at få hjælp og ser farmaceuterne som deres vigtige forbindelse til regionen. Farmaceuterne får meget ros af medicinkonsulenterne. En medicinkonsulent siger bl.a.: *De er altid positive og venlige og kontaktbare og relevante og dygtige. Mit indtryk af dem er, at uanset hvad det er, så vil de gøre alt for at hjælpe.* De bliver også rost for deres faglighed og for at give hurtige tilbagemeldinger.

Farmaceuterne finder det overordnet positivt og godt, men oplever imidlertid, at det kan være lidt svært at få tilbagemeldinger fra medicinkonsulenterne. De kan også indimellem savne, at der er en fælles korpsånd med medicinkonsulenterne. De vil meget gerne undgå en opdeling i "dem og os" og understreger, at det er vigtigt at opleve, at alle arbejder mod noget fælles.

Ledelsen tilføjer, at der bliver arbejdet på, hvordan ansvarsrollerne skal fordeles mellem farmaceuter og medicinkonsulenter, og der har været et opgør med, at farmaceuterne ikke skal have en såkaldt "mor-funktion" for medicinkonsulenterne. Farmaceuterne har fået sekretærbistand til nogle af deres opgaver, og ledelsen tror, at samarbejdet mellem de to grupper kan blive endnu bedre.

### **Farmaceuter og ledelse**

Farmaceuterne oplever, at samarbejdet med ledelsen er fint. De oplever, at deres nærmeste leder er tilgængelig, at hun har tillid til dem og bakker dem op.

Ledelsen oplever, at der er et godt samarbejde med farmaceuterne. Der kan indimellem være behov for, at de som ledelse hjælper farmaceuterne med at prioritere deres opgaver og lave nogle begrænsninger, så de ikke får for meget at lave.

*Farmaceutisiden er også fantastisk (...) Man kan virkelig regne med dem. Når de siger, at de vil løse en opgave, så gør de det, og de gør det godt.* (Ledelsen)

### **Medicinkonsulenter og ledelse**

Medicinkonsulenterne har lidt forskellige oplevelser af samarbejdet med ledelsen. Den nuværende ledelse er forholdsvis ny, så konsulenterne har ikke så meget erfaring omkring samarbejde med dem. Enkelte medicinkonsulenter nævner, at det har været lidt omtumlet med de mange forskellige ledelser, de har haft siden regionsdannelsen. Enkelte medicinkonsulenter oplever ledelsen, særligt Udviklingschefen, som værende positive og lyttende.

Flere medicinkonsulenter efterlyser noget ledelse og mener, at de har behov for ledelse i forhold til at føle, at de hører til ordningen og for at sikre en fælles retning og sammenhæng i konsulenternes arbejde. En konsulent fortæller: *Man anser os for at være konsulenter og selvstændige, men vi er for mange til at være enige, så det bliver meget individuelt.* Nogle vil gerne have en form for medarbejderudviklingssamtale, hvilket, de pointerer, er væsentligt for at kunne holde fast på medicinkonsulenterne og afhjælpe rekrutteringsproblemer til ordningen. Medicinkonsulenterne har også brug for ros og anerkendelse fra ledelsens side.

*Det vigtigste er, at man påskønner det, som folk laver. At der kommer en eller anden form for positiv tilkendegivelse om arbejdet. Det er almindelig personalepleje. At man kommer fri af den der fornemmelse af, at vi faktisk er lidt besværlige, fordi vi koster penge. Det er lidt frustrerende, fordi jeg mener, at vi sparer penge i enorme mængder.* (Medicinkonsulent)

Ledelsen er klar over, at der er sket et skifte for medicinkonsulenterne, efter at der er kommet en ny organisering og ny ledelse, og at det giver anledning til noget forvirring og frustration.

*Generelt er min grundholdning til konsulenterne, at det er konsulenter, som vi har hyret som eksperter. Derfor er de ikke ansatte på lige fod med andre medarbejdere. De kommer med en ekspertviden. Den vil vi gerne have, at de bruger, og de får nogle opgaver, som man kan bruge dem inden for, og så må de sådan set tilrettelægge lige som de vil (...). Det er selvfølgelig en anden grundholdning, og den ved jeg godt, at de skal vænne sig til.* (Ledelsen)

Ledelsen understreger, at det ikke er ensbetydende med, at de ikke vil dem. *Det er ikke en faglig nedskrivning af dem som konsulenter, men der er forskel på, hvordan det faste personale og de er tilknyttet til os.* Ledelsen er klar over, at de måske ikke har været gode nok til at kommunikere, hvad det betyder for medicinkonsulenterne, og at der er brug for meget mere kommunikation og forventningsafstemning med medicinkonsulenterne. Ledelsen fortæller, at de ikke har kunnet være helt skarpe i deres udmeldinger til medicinkonsulenterne på grund af forhandlinger med Praksisudvalget omkring nogle organisatoriske ting omkring det at være konsulent. Når det er på plads, vil tingene blive mere klare for alle parter, mener ledelsen.

*Et godt råd til os selv er, at vi skal kommunikere over for dem, hvad det er, vi gerne vil. At få den dialog med, hvad er det for forventninger, vi har til jer, og hvad betyder det der med, at de er konsulenter, men også omkring opgaverne. Nogen gange kan der også opstå nogle myter om, hvad det er, at vi gerne vil have.* (Ledelsen)

Ledelsen mener, at medicinkonsulenterne er meget dygtige, engagerede og selvkørende. De oplever derfor nogle gange, at det kan være lidt svært at få lov til at komme til og fortælle, hvad de som ledelse mener. På seminaret i Arild oplevede ledelsen imidlertid, at medicinkonsulenterne var meget lyttende, og at der var en god gensidig dialog. Seminaret i Arild omtaler alle de interviewede meget positivt.

### Seminar i Arild fungerede godt

Seminaret i Arild bliver fremhævet positivt af både ledelsen, farmaceuter og medicinkonsulenter, og der er enighed om, at der fremadrettet fortsat skal være lignende arrangementer. De ser det som et vigtigt led i forhold til at forbedre samarbejdet internt i medicinkonsulentordningen og fremhæver, at det fungerer godt i forhold til at få afstemt forventninger til hinanden og at skabe fælles kropsånd. Der kan italesættes eventuelle problemstillinger og uklarheder.

## Samarbejde mellem KPU og KPr i relation til medicinkonsulentordningen

Farmaceuterne mener, at samarbejdsfladerne mellem KPU og KPr i forhold til medicinkonsulentordningen vedrører det, der retter sig mod almen praksis og kommunerne. *Når de laver forløbsbeskrivelser og sundhedsaftaler, så skal vi tænkes ind, og når der er noget, der omhandler lægemidler og behandlingen af det,* siger en farmaceut. Ledelsen nævner nogle konkrete eksempler om høringssvar, når der bliver lavet en medicinpolitik i regi af Danske Regioner, og i forhold til en medicinanalyse, hvor Medicinfunktionen er en del af den arbejdsgruppe, der laver arbejdet.

Der er dog plads til forbedringer i samarbejdet mellem KPU og KPr i relation til medicinkonsulentordningen. Ledelsen mener, at deres samarbejde om strategiske ting kan blive tættere, fx i forhold til, hvilke tiltag der kunne køre i hospitalssektoren og i praksissektoren samlet eller parallelt. I det daglige kontakter de hinanden ved spørgsmål og lignende, men de er enige om, at der ikke er nok strategisk samarbejde omkring det. Ved Medicinfunktionens udskillelse fra KPU var der nogle grænseflader, som ledelsen drøftede og blev enige om at finde ud af hen ad vejen. I starten var det lidt uklart, men det er efterhånden faldet på plads. Ledelsen siger: *I det daglige arbejde fungerer det fint. Der er et godt gensidigt kendskab og forståelse for, hvad hinanden sidder med og kan.*

Medicinfunktionen har en lang række øvrige samarbejdsrelationer både inden for og uden for regionen. Både farmaceuter og ledelsen mener, at det er meget forskelligt, i hvilke sammenhænge de forskellige relationer er væsentlige. Det afhænger meget af de enkelte opgaver. Ledelsen mener, at der generelt er behov for en afklaring med farmaceuter og medicinkonsulenter omkring, hvad de betragter som samarbejdspartnere, hvordan de forskellige dele er organiseret, i hvilke sammenhænge et samarbejde er relevant, og hvordan opgavefordelingen er imellem de forskellige parter.

## Forslag til forbedringer

I dette afsnit vil medicinkonsulenternes og farmaceuternes forslag til forbedring af medicinkonsulentordningen blive beskrevet.

**Tabel 5.3: Forslag til forbedringer af medicinkonsulentordningen**

Praksisbesøg skal prioriteres højere	Tilbud om praksisbesøg for en gruppe af læger
Mere bredde og kvalitet i ordningen	Bedre samspil mellem primær og sekundær sektor
Tag udgangspunkt i den enkelte læges behov	Aflæg besøg hos praktiserende speciallæger
Fleksibilitet i hyppighed af praksisbesøg	Overensstemmelse i budskaber m. IRF og regionerne
Nye emner til praksisbesøg	Pop-up bokse med anbefalinger i lægesystemer
Faste årlige temaer og indsatsområder	Behold information på papir
Mere koordinering ml. forskellige konsulentordninger	Forpligtende forløb for de besøgte læger
Mulighed for rotation mellem medicinkonsulenter	Honorering af læger, der sparer penge
Tilbud om praksisbesøg af en farmaceut	

### **Praksisbesøg skal prioriteres højere**

Flere medicinkonsulenter mener, at praksisbesøgene bør prioriteres endnu højere ved at ansætte flere medicinkonsulenter og afsætte flere timer til at lave besøg. En konsulent siger: *Man har ikke råd til at lade være. Det er den vej, man skal gå. Og der er blevet meget mere lydhørhed hos lægerne.* Den hyppighed, som lægerne får besøg, skal være større end den er nu, mener flere. En farmaceut siger: *Det vil være godt, hvis der kunne tilbydes praksisbesøg minimum én gang om året eller oftere i de praksis, der havde behov.*

### **Mere bredde og kvalitet i ordningen**

Hovedparten af medicinkonsulenterne giver udtryk for, at de ønsker mere bredde og kvalitet ind i medicinkonsulentordningen. De vil gerne have mulighed for at kunne tale om andre kvalitetsaspekter i almen praksis end udelukkende rationel medicinanvendelse ved praksisbesøgene. En medicinkonsulent siger: *Det er også vigtigt, men hvis vi skal ændre lidt på lægernes adfærd, er det ikke nok at sidde at snakke om medicin, så bliver vi nødt til at snakke om en masse andre ting.* Flere mener, at når en læge har haft nogle praksisbesøg, hvor der har været fokus på at tale om medicinmønstre, er det vigtigt at kunne tilbyde noget andet og have mulighed for at ændre fokus fra gang til gang, så det ikke bliver ren rutine og uinteressant for lægerne.

*På sigt så tror jeg ikke, at det går, at man kommer med den samme smøre hele tiden. Jeg tror, at hvis man skal ud på anden og tredje runde, så skal man finde mere målrettede emner eller fungere som facilitator på anden vis, hvor man går ind og hjælper til med en proces i klinikken, som måske klinikken selv ønsker, at man skal hjælpe med. Sådant mere tværgående ... Altså jeg kunne godt tænke mig, at det var sådan lidt mere en konsulent, der gik ud, og som både var uddannet i utilisgtede hændelser og som medicinkonsulent, og som også kunne noget om kvalitetsudvikling i almen praksis i øvrigt. Som praksis kunne det være mere interessant at få sådan en på besøg i stedet for kun fokus på medicin. (Tidligere medicinkonsulent)*

Der er enkelte medicinkonsulenter, som ikke ønsker at brede ordningen ud, men gerne vil fastholde fokus på rationel medicinanvendelse ved praksisbesøgene, så indholdet i besøgene ikke bliver udvandet.

### **Tag udgangspunkt i den enkelte læges behov**

Nogle medicinkonsulenter understreger, at det er vigtigt, at praksisbesøgene tager udgangspunkt i den enkelte læges behov, både hvis lægen gerne vil høre om nogle andre specifikke ting om rationel medicinanvendelse, end det som medicinkonsulenten har forberedt til mødet, men også hvis lægen har brug for at tale om andre problemstillinger, der ikke handler specifikt om rationel medicinanvendelse. Flere oplever, at der kan være helt andre problemer i lægens praksis, som lægen mere har brug for at tale om. De mener, at det er vigtigt at have respekt for, at den enkelte læge måske er den bedste til at vurdere, hvilke udviklingsbehov lægens praksis har.

### **Fleksibilitet i hyppighed af besøg og sæt fokus på problempraksis**

Flere medicinkonsulenter mener, at ordningen skulle være mere fleksibel i forhold til, i hvilket omfang de forskellige praksis skal have besøg. Nogle besøg kan køres med mindre end et års mellemrum, fx kunne man have et opfølgende besøg efter et halvt år og derefter vente 1½ år med at komme igen. På en eller anden måde kunne man have en kvote pr. praksis, hvor praksis selv er med til at definere, hvordan de vil gøre det. Nogle praksis har behov for hyppigere besøg end andre.

*Jeg synes, man skal gå væk fra 80 % reglen med, at man skal besøge 80 % af de praktiserende læger. Det, mener jeg ikke, har noget med kvalitet at gøre. Man skal sætte fokus på de klinikker, der eventuelt har problemer, og så skal man tilbyde dem nogle flere besøg. De veldrevne gode praksis, som der er en del af, er der ikke nogen grund til at bruge så mange penge på. (Medicinkonsulent)*

## Forslag til emner ved praksisbesøg

Medicinkonsulenterne kommer med forslag til flere emner, der også kunne være mulighed for at tilbyde at sætte fokus på ved praksisbesøgene. De mener, at de ad den vej kan få mere kvalitet og kvalitetssikring ind i praksisbesøgene. De kommer ind på følgende emner:

**Tabel 5.4: Forslag til emner ved praksisbesøg**

Fælles medicinkort	Astma og KOL
Datafangst	Diabetes
Utilsigtede hændelser	Forbruget af laboratorieydelse
Patienter der får for mange lægemidler	Anvendelse af spirometri

## Kør med faste årlige temaer og indsatsområder

Flere medicinkonsulenter mener, at det vil være en fordel at have årlige indsats og temaområder for at få mere ensartet fokus i en periode og for at sikre mere dynamik i besøgene, så det ikke bliver for ensformigt. Det vil også være en fordel at kunne tage et tema op, hvis der kommer nye vejledninger inden for et område, fx diabetes, så kan der fokuseres på det, mens det er aktuelt og skabe mere intensivt fokus i en periode, hvor alle går ud med de samme budskaber. En medicinkonsulent understreger, at det er vigtigt at have fokus på det, der er allermest relevant og som kan rykke noget, i stedet for at fastholde fokus på populære ting, der ikke rykker.

## Mere koordination mellem de forskellige konsulentordninger

Der er et behov for at få bedre kendskab til de forskellige konsulentordninger i regionen for at kunne koordinere indsats og informere om de forskellige tilbud ude i almen praksis, mener både farmaceuter og flere af medicinkonsulenterne. En medicinkonsulent siger: *Når vi har så mange muligheder og tilbud og så mange konsulentordninger, så er det lidt en svaghed, at de lever isolerede tilværelser. Den ene ved stort set ikke, hvad den anden gør, og der bliver heller ikke talt særlig meget på tværs af ordningerne. Det kunne godt samkøres mere.*

Medicinkonsulenterne gør meget ud af, at de kommer ud i praksis og ved, hvad der foregår, og hvilke behov lægerne har. De mener derfor, at det vil være oplagt, hvis de kunne informere om andre ordninger og hvilke muligheder, der findes for hjælp, fx hvor lægerne kan søge hjælp til ICPC-kodning eller få kontakt til praksiskonsulenter og efteruddannelsesvejledere. Flere så gerne, at der blev blødt lidt op i forhold til, hvilke områder og emner medicinkonsulenterne kan gå ud med, så de kan afhjælpe flere problemstillinger hos lægerne, fx i forhold til seniorlæger, og at medicinkonsulenterne også kan fungere som en slags facilitatorer. Flere understreger imidlertid, at det kræver, at de bliver godt klædt på til opgaven, og at det ikke skal være et krav, men et tilbud, som nogle medicinkonsulenter kan gå ud med.

## Mulighed for rotation mellem medicinkonsulenter

De nye medicinkonsulenter og en af de tidligere medicinkonsulenter kommer ind på, at der kan være nogle fordele ved, at det ikke er den samme medicinkonsulent, der besøger de samme læger igen og igen. En rotationsordning mellem medicinkonsulenterne kan synliggøre, at medicinkonsulenterne kan noget forskelligt, og dermed kan lære lægerne noget forskelligt. En medicinkonsulent siger: *Frem for at gøre os ens, så brug vores forskellighed.* Det kan være uinspirerende for en læge at få besøg af den samme konsulent igen og igen, ligesom det også kan være trivielt for medicinkonsulenten. På den anden side bliver der også fremhævet nogle fordele ved, at det er den samme medicinkonsulent, der besøger en læge. *Jeg tror, at det betyder noget, at de ved, at det er den samme, der kommer. Så er barriererne nede.* Det har også den fordel, at det kan være lettere at følge op på tidligere besøg, når det er den samme konsulent, der kommer, ligesom det kan være lettere i det hele taget at få aftaler i stand, når lægen kender medicinkonsulenten.

### **Tilbud om at farmaceut kan komme ud på praksisbesøg**

Farmaceuterne ser det også som en fordel, hvis de kan tilbyde lægerne at få besøg af en farmaceut, som har nogle andre kompetencer end medicinkonsulenterne.

### **Tilbud om at lave praksisbesøg for grupper af læger**

En medicinkonsulent mener, at en måde at nå ud til nogle af de læger, der ikke ønsker besøg, er at tilbyde, at medicinkonsulenterne kan komme ud til grupper. Nogle læger kunne slås sammen til ét fælles besøg, eller der kunne aflægges besøg i lægernes efteruddannelsesgrupper, som er et vel-etableret forum. Gruppemøder kan stimulere til faglig diskussion mellem lægerne, hvor medicinkonsulenten kan træde lidt i baggrunden.

### **Bedre samspil mellem primær og sekundær sektor**

De oplever, at det er et udbredt problem, at hospitaler ofte sender patienter hjem med dyr medicin, da de økonomiske forhold og priser på medicin er meget forskellige i primær og sekundær sektor. Flere mener derfor, at der skal arbejdes på, hvordan det kan samordnes. En medicinkonsulent foreslår, at de sammen med praksiskonsulenterne på hospitalerne kan lave møder med hospitalsafdelinger, hvor de diskuterer rationel medicinanvendelse, uden at patienterne får en dårligere behandling.

### **Aflæg besøg hos praktiserende speciallæger**

Flere medicinkonsulenter kommer ind på, at nogle praktiserende speciallæger har en problematisk ordinationsadfærd. Der er ikke nogen, der følger op på, hvordan de ordinerer medicin og hjælper dem til at ordinere mere rationelt. *Deres medicinadfærd skaber mange problemer for de alment praktiserende læger*, siger en medicinkonsulent. De mener derfor, at der skal være mulighed for at aflægge speciallægerne praksisbesøg også. Det vil dog kræve et større hold af medicinkonsulenter.

### **Overensstemmelse i budskaber med IRF og andre regioner – fælles Basisliste**

Flere medicinkonsulenter mener, at der bør være én fælles national Basisliste, i stedet for at hver region kører med sine egne anbefalinger. Medicinkonsulentordningens samarbejde med IRF er vigtigt, og der skal være overensstemmelse mellem de emner og budskaber, som IRF og medicinkonsulentordningen kommer med, så de understøtter de budskaber, som lægerne får fra IRF. En enkelt medicinkonsulent mener, at regionerne bør integrere deres funktion med IRF.

### **Integrer pop-up bokse med anbefalinger i lægesystemer**

En tidligere medicinkonsulent mener, at der kunne arbejdes på at få integreret nogle advarsler eller informationsbokse, som tager udgangspunkt i Basislistens anbefalinger, når lægerne ordinerer medicin. Lægernes hverdag er travl, og mange recepter er gentagende recepter, hvor de bare fornyer noget, så der skal noget ekstra til, før at lægen ændrer på det.

*Man kunne måske have en funktion, når man fx ordinerer Nexium, så kommer der en boks op, der lige fortæller en, "har du overvejet om ikke Pantoprazol i det her tilfælde ville være mindst lige så godt, fordi det ville være billigere bla bla". Så man hele tiden havde en boks, som selvfølgelig var aktuel og hele tiden bliver opdateret og integreret i lægesystemet. (Tidligere medicinkonsulent)*

### **Behold papir**

Både farmaceuter og medicinkonsulenter er utilfredse med, at de ikke længere kan have ting på papir, og ser det som et tab. De mener, at det er problematisk både i forhold Basislisten, Nyhedsbreve, breve til ydere om ordinationsdata, invitationer til temamøder og evalueringsskemaer, som lægerne udfylder efter, at de har haft besøg af en medicinkonsulent. En medicinkonsulent siger: *Vi får ikke lægerne til at evaluere elektronisk. Meget af det, der kommer i en elektronisk postkasse,*

*bliver ikke set. Mange har meget gammelt liggende, som de ikke ser. Mange er meget visuelt orienteret, og der skal være plads til alle former for pædagogik.*

### **Forpligtende forløb for de besøgte læger**

En tidligere medicinkonsulent ser det som en fordel, hvis der kunne være en form for et forpligtende forløb, hvis en læge tager imod tilbuddet om besøg. Så skal lægen også på en eller anden måde opfordres til at vise, at han/hun arbejder aktivt med de ting, som man aftaler.

### **Honorere læger, der sparer penge**

En tidligere medicinkonsulent mener, at det kan fremme rationel medicinordination i almen praksis, hvis der var en mere direkte og synlig honorering til de praksis, der gør en indsats og sparer penge. *Det er noget, der fænger der, "okay kan jeg spare penge".*

### **Husk at medicinkonsulentordningen stadigvæk er en ny ordning**

En medicinkonsulent minder om, at medicinkonsulentordningen stadig er en ny ordning, og at de personer, der er tilknyttet medicinkonsulentordningen, skal huske på, at det "brand", som Medicin-funktionen har opbygget som et sobert og fagligt sted, tager tid at opbygge, vedligeholde og fastholde. Konsulenten mener derfor, at det er vigtigt, at der kommer lidt ro omkring ordningen.

*Når man har kørt ordningen i nogle år, har de, der arbejder i det, og de, der sidder i regionen en opfattelse af, at nu har ordningen kørt i lang tid. Men faktum er jo, at den enkelte bruger kun har haft et eller to besøg af en times varighed. Så der kan hurtigt komme en ubalance i opfattelsen af, hvor fastetableret det her tilbud reelt er. Man skal have ro omkring det. Holde fast i tilbuddet og blive ved med at holde fast i nogle røde tråde i tilbuddet, selvom man måske fornyr sig en lille smule og lægger nye planer, så skal man på en eller anden måde opretholde kontinuiteten i det. Man skal huske på, at det er et kæmpe apparat at få op at stå og til at fungere i drift. (Medicinkonsulent)*

## **Ledelsens perspektiver og visioner for fremtiden**

Ledelsen er klar over, at flere af medicinkonsulenterne gerne vil have noget mere bredde ind i medicinkonsulentordningen og have mulighed for at arbejde med flere aspekter af kvalitetsudvikling i almen praksis. De mener, at det er vigtigt, at der bliver arbejdet på at sikre en sammenhæng mellem de forskellige konsulentordninger og indsatser, der er i regionen, og at de forskellige typer konsulenter ved, hvad hinanden laver. På sigt ser de også nogle fordele ved at arbejde på at koordinere de forskellige konsulentordninger i regionen, men de har på nuværende tidspunkt ingen konkrete planer om, hvordan det skal gøres.

De kan godt se, at facilitatorordningen er en lidt generaliseret version af det, som medicinkonsulenterne laver og kan godt forstå, at nogle af medicinkonsulenterne er interesseret i også at fungere som en slags facilitator. En fra ledelsen siger: *Hvis man havde tænkt de her ting forfra, ville man jo have tænkt de to ting sammen. Men ordningerne er jo opstået i forskellige forgreninger af forskellige ting.*

Ledelsen mener, at det er en god ide at prøve se på facilitatorordningen og medicinkonsulentordningen samlet, når kronikerprojekterne ophører i slutningen af 2012. Men de mener, at det er nødvendigt at afvente erfaringerne med facilitatorordningen, for at finde frem til, hvad der skal videreføres, og hvad der ikke skal. *Der er nogle forandringmuligheder, som vi skal have gransket meget i, hvordan vi kan gøre. Det tror jeg ikke rigtig, at nogen af os på nuværende tidspunkt har opskriften på.* (Ledelsen)

Før de har erfaringerne fra facilitatorprojektet, mener de ikke, at der kan ske de store ændringer i forhold til medicinkonsulentordningen. Det har været på tale at få tilføjet en seniorkonsulentfunktion, men der kunne ikke blive enighed om, hvordan den skulle køres af medicinkonsulenterne, så det er ikke blevet til noget. De mener ikke, at det er realistisk, at de får penge til andre konsulentfunktioner inden for det næste stykke tid. Det er derfor svært lige nu at tale om større strukturelle ændringer. Hvis der kommer mindre konkrete opgaver, kan de måske godt tage det ind. *Det er jo ikke fordi, at vi slet ikke skal udvikle ordningen nu. Der kommer masser af nye ting fx med det der fælles nye medicinkort, som vi er nødt til at forholde os til, men vi behøver måske ikke at løse det hele nu.* (Ledelsen)

Deres bedste råd på nuværende tidspunkt til medicinkonsulenter og farmaceuter i medicinkonsulentordningen er:

*Slå koldt vand i blodet med alle de andre ting, der foregår udenom, og fokusér på kerneopgaven de næste to år, så er vi meget meget villige til at snakke om det andet, og det skal nok komme. Men hvis de bare fortsætter lidt med det, de gør, på deres rigtig gode måde.* (Ledelsen)



## 6 Konklusion

### **Medicinkonsulentordningen er velfungerende og styrker rationel medicinanvendelse**

Medicinkonsulentordningen er en velfungerende ordning, der lever op til sit formål om at styrke rationel medicinanvendelse i almen praksis. Det mener både de ansvarshavende ledelsespersoner og de farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter. Der er fuldstændig enighed om, at praksisbesøgene er vigtige, og at det særligt er besøgene, som gør en forskel i forhold til at styrke rationel medicinanvendelse i almen praksis. Praksisbesøgene bliver også vurderet meget positivt af de alment praktiserende læger, ligesom også medicinkonsulenternes kompetencer og materialet ved besøgene vurderes meget positivt af lægerne. Basislisten betragter både ledelse og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter som et godt redskab og som et vigtigt fundament for alle Medicinfunktionens indsatser. Blandt de farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter, er der lidt forskellige opfattelser af, hvor velfungerende de øvrige af Medicinfunktionens indsatser er.

### **Praktiserende læger ændrer deres ordinationspraksis på baggrund af praksisbesøg**

Langt de fleste læger giver udtryk for, at de i en eller anden grad ændrer deres ordinationspraksis på baggrund af besøgene, ligesom hovedparten af lægerne følger de anbefalinger, som står i de databreve, der bliver sendt ud til dem. Lægerne kender Basislisten, men en femtedel bruger ikke den ikke. Seks ud af ti læger har ikke kendskab til, om der i deres lægesystems ordinationsmodul er et link eller en genvejstast til den elektroniske version af Basislisten.

### **Organisatoriske rammer opleves som uklare**

De organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen oplever flere af de lægelige medicinkonsulenter som svære at forstå og gennemskue. De efterspørger mere klarhed omkring rammer og ledelsesmæssige forhold. Både lægelige og farmaceutiske medicinkonsulenter mener, at de to grupper af medicinkonsulenter burde have samme ledelsesmæssige forankring. De lægelige medicinkonsulenter oplever, at de tidsmæssige og økonomiske rammer for primært praksisbesøgene er for lave. Generelt kommer det til udtryk blandt både ledelse og farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter, at der er behov for mere kommunikation og forventningsafstemning mellem ledelsen og de farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter.

### **Input til udvikling af medicinkonsulentordningen**

Det er en udbredt opfattelse blandt de lægelige medicinkonsulenter, at medicinkonsulentordningen med fordel kan udvikles ved at få mere bredde og kvalitetsudvikling ind i ordningen. Ligesom både de lægelige og farmaceutiske medicinkonsulenter mener, at der ligger et udviklingspotentiale i at arbejde på at sikre mere sammenhæng mellem de forskellige konsulentordninger i Region Hovedstaden. Ledelsen kan se nogle fordele ved at udvikle ordningen i tråd med mange af konsulenternes forslag, men de forholder sig afventende. De mener, at det er nødvendigt først at kende til erfaringerne med facilitatorordningen i regionen. Inden udgangen af 2012 ser de derfor ikke, at der kan ske større forandringer i medicinkonsulentordningen.

Både de lægelige og farmaceutiske medicinkonsulenter kommer med flere forslag til, hvordan medicinkonsulentordningen kan forbedres. Eksempelvis foreslår de at have årlige temaer og særlige indsatsområder, at gøre praksisbesøgene mere fleksible i forhold til indhold, og hvor hyppigt lægerne kan få besøg, og at arbejde for at forbedre samspillet mellem primær og sekundær sektor. I spørgeskemaundersøgelsens kommentarfelter har flere praktiserende læger også kommentarer til, hvad der kan være med til at fremme rationel medicinanvendelse i deres praksis, hvilke barrierer de oplever i forhold til at gennemføre anbefalede ændringer, og hvad der kan være med til at øge deres udbytte af praksisbesøgene. Disse input kan være med til at give inspiration til, hvordan medicinkonsulentordningen kan udvikles.

## 7 Bilag

### Bilag 1. Spørgeskema

#### Bemærkning til spørgeskemaet

Spørgeskemaet er opsat elektronisk og lægerne har besvaret spørgeskemaet via et internetlink. Det viste spørgeskema her i bilaget ser derfor ikke ud, som den opsætning, som lægerne har set og besvaret.

Lægerne har heller ikke alle fået de samme spørgsmål, da nogle spørgsmål er betingede af bestemte svar i tidligere spørgsmål. Fx har læger, der ikke har haft besøg af en medicinkonsulent inden for de seneste to år, skulle besvare andre og færre spørgsmål end læger, der har haft besøg af en medicinkonsulent inden for de seneste to år.

I det viste her i bilaget står alle spørgsmål. Der er derfor noteret med *blå, fed og kursiv skrift*, hvis der er spring eller hvis nogle spørgsmål kun er vist til læger, der har valgt bestemte svarmuligheder i nogle af de foregående spørgsmål. I den elektroniske udgave, er der ikke sådanne anvisninger med, her fik lægerne kun vist de spørgsmål, der var aktuelle for dem.

#### Spørgeskema om Medicinfunktionens aktiviteter - herunder praksisbesøg om rationel medicinordination

De fleste spørgsmål besvares ved at sætte et kryds der, hvor du synes, svaret passer bedst. Nogle af spørgsmålene besvares ved at sætte flere kryds, men dette vil altid være angivet.

Det tager ca. 10 minutter at udfylde spørgeskemaet. Så længe du ikke har klikket på knappen "afslut" sidst i spørgeskemaet, er det muligt at afbryde indtastningen og logge på senere og fortsætte derfra, hvor du er kommet til.

Du kan bevæge dig frem og tilbage i spørgeskemaet ved hjælp af piletasterne nederst.

#### BAGGRUNDSPØRGSMÅL

1. Hvor længe har du arbejdet som alment praktiserende læge? <i>(Angiv antal år)</i>

(Angiv værdi)

\_ \_ \_ \_ \_

2. Har du haft besøg af en medicinkonsulent inden for de seneste to år?

(Angiv kun ét svar)

Ja – *Spring til spørgsmål 6*

Nej

*Spørgsmål 3-5 er kun til læger, som har svaret nej i spørgsmål 2*  
**ÅRSAGER TIL MANGLENDE BESØG**

**3. Hvad er årsagen/årsagerne til, at du ikke har haft besøg af en medicinkonsulent?**  
*<i>(Sæt evt. flere kryds)</i>*

**(Angiv gerne flere svar)**

- a. Jeg er ikke blevet kontaktet
- b. Der er planlagt et besøg i nær fremtid
- c. Jeg er i kompagniskabspraksis, og min kompagnon har haft besøg
- d. Det har ikke passet rent praktisk
- e. Jeg har ikke tid
- f. Jeg ønsker ikke besøg

*Kun læger, der har sat kryds i spørgsmål 3f*

**4. Hvad er årsagen til, at du ikke ønsker besøg af en medicinkonsulent?**

-----  
-----  
-----

**5. Hvad skal der til for, at du i fremtiden vil modtage et besøg af en medicinkonsulent? – *Spring til spørgsmål 24***

-----  
-----  
-----

*Spørgsmål 6-23 er kun til læger, der har haft besøg af en medicinkonsulent inden for de seneste to år*

## **BESØG AF MEDICINKONSULENT**

Spørgsmålene handler om dine oplevelser i forbindelse med det besøg, som du har haft af en medicinkonsulent i din praksis. Hvis du har haft mere end ét besøg inden for de seneste to år, skal du tage udgangspunkt i det seneste besøg.

### **PRAKTISKE FORHOLD OMKRING BESØGET**

#### **6. Hvordan vurderer du længden af besøget (1 time)?**

**(Angiv kun ét svar)**

- For lang
- Passende
- For kort

#### **7. Med hvilket interval ønsker du et besøg af en medicinkonsulent?**

**(Angiv kun ét svar)**

- ½ år
- 1 år
- 1½ år
- 2 år
- Mere end 2 år

#### **8. Hvordan foretrækker du, at medicinkonsulenten kontakter dig for at arrangere besøg?** *<i>(Sæt evt. flere kryds)</i>*

**(Angiv gerne flere svar)**

- Pr. e-mail
- Pr. brev
- Pr. telefon

## MATERIALE

### 9. Hvordan vurderer du det materiale, der blev anvendt ved besøget i forhold til:

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Virkelig god	God	Dårlig	Virkelig dårlig
a. Den lægefaglige relevans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Den pædagogiske fremstilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Forståelse af de figurer, der viste dit ordinationsmønster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Blev du efter besøget tilbudt at få udleveret det anvendte materiale (enten i papirform eller elektronisk)?

(Angiv kun ét svar)

- Ja, hele materialet
- Ja, noget af materialet
- Nej

### 11. Er det relevant for dig, at dine egne ordinationsdata bliver sammenlignet med ordinationsdata for:

<i>(Sæt venligst ét kryds i hver række)</i>

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	Ved ikke
a. Regionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Din kommune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lægerne i dit nærområde? (fx bydel eller et mindre område end din kommune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MEDICINKONSULENTEN

12. Oplevede du, at medicinkonsulenten:  
<i>(Sæt venligst ét kryds i hver række)</i>

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej, kun i mindre grad	Nej, slet ikke	Det kan jeg ikke vurdere
a. Var for-dømmende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Var velforberedt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Var kompetent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Var god til at forklare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Var lyttende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Optrådte som en faglig sparringspartner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## UDBYTTE

13. I hvilket omfang mener du, at der var afsat tid til diskussion af bagvedliggende grunde til dit ordinationsmønster?

(Angiv kun ét svar)

- For meget
- Passende
- For lidt

14. Oplever du, at du ved besøget blev hjulpet til, hvordan du i praksis kan ændre dine ordinationsmønstre?

(Angiv kun ét svar)

- Ja, i høj grad
- Ja, i nogen grad
- Nej, kun i mindre grad
- Nej, slet ikke
- Nej, for der var ikke grund til at ændre noget

15. Er der andre temaer inden for rationel farmakoterapi eller andre emner, som du mener, bør indgå i praksisbesøgene i fremtiden?

(Angiv kun ét svar)

- Ja
- Nej – *Spring til spørgsmål 17*

*Kun læger, der har svaret ja til spørgsmål 15*

16. Skriv dine forslag her:

-----  
-----

17. Hvad kan øge dit udbytte af besøgene?

-----  
-----

#### ÆNDRINGER PÅ BAGGRUND AF BESØG

18. I hvilken grad har du foretaget ændringer i din ordinationspraksis på baggrund af besøgene?

(Angiv kun ét svar)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke

*Kun læger, der har svaret "Slet ikke" i spørgsmål 18*

19. Hvad er årsagen til, at du ikke har ændret noget?

-----  
-----  
-----

*Kun læger, der i spørgsmål 18 har svaret i høj, nogen eller mindre grad*  
**20. Hvad har du ændret?**

-----  
-----

**21. Hvilke barrierer oplever du, at der er for at gennemføre medicinkonsulentens anbefalede ændringer i din ordinationspraksis?**

-----  
-----  
-----

**22. Har du generelt fået mere fokus på rationel farmakoterapi i din praksis som følge af besøgene?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, i høj grad
- Ja, i nogen grad
- Nej, kun i mindre grad
- Nej, slet ikke
- Nej, for jeg havde allerede meget fokus på det

## **SAMLET VURDERING**

**23. Hvordan vil du samlet set vurdere besøget?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Virkelig godt
- Godt
- Dårligt
- Virkelig dårligt



*Alle læger (både de, der har og ikke har haft besøg af medicinkonsulent inden for de seneste to år) bliver ledt til dette felt og efterfølgende spørgsmål*  
**MEDICINFUNKTIONENS ØVRIGE AKTIVITETER**

Medicinfunktionen udgiver nyhedsbrevet "Nyt om Medicin", udsender breve om rationel farmakoterapi og holder 2 årlige temamøder om rationel farmakoterapi.

#### **24. Læser du nyhedsbrevet "Nyt om Medicin"?**

**Papirudgaven af "Nyt om Medicin":**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, altid
- Ja, ofte
- Nej, kun sjældent
- Nej, aldrig

**Den elektroniske udgave af "Nyt om Medicin" i PraksisNyt, der sendes på e-mail:**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, altid
- Ja, ofte
- Nej, kun sjældent
- Nej, aldrig
- Jeg er ikke tilmeldt PraksisNyt

**25. I hvilken grad følger du anbefalingerne i Medicinfunktionens breve til almen praksis om rationel medicinordination (fx Anvend morphin i stedet for oxycodon, anvend Omeprazol, Pantoprazol eller Lansoprazol i stedet for Nexium)?**

**(Angiv kun ét svar)**

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Jeg har ikke kendskab til brevene

**26. Deltager du i Medicinfunktionens temamøder om rationel farmakoterapi (fx om smertebehandling, polyfarmaci, D-vitamin og ADHD hos børn og voksne)?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, jeg deltager i alle møder
- Ja, jeg deltager i nogle af møderne
- Nej, jeg deltager aldrig
- Jeg har ikke kendskab til møderne

## **BASISLISTEN**

**27. Bruger du Basislisten til at finde oplysninger om, hvad der er et rationelt lægemiddelvalg til behandling af forskellige sygdomme og symptomer?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, jeg bruger både den trykte og den elektroniske Basisliste
- Ja, jeg bruger kun den trykte Basisliste
- Ja, jeg bruger kun den elektroniske Basisliste
- Nej, jeg kender Basislisten, men bruger den ikke
- Nej, jeg kender ikke Basislisten – [Spring til spørgsmål 33](#)

*Kun læger der i spørgsmål 27 har svaret "Nej, jeg kender Basislisten, men bruger den ikke" får dette spørgsmål*

**28. Hvad er årsagen til, at du ikke bruger Basislisten? – [Spring til spørgsmål 32](#)**

-----  
-----

--

**29. Følger du anbefalingerne i Basislisten?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, i høj grad
- Ja, i nogen grad
- Nej, kun i mindre grad
- Nej, slet ikke

**30. Oplever du, at forslagene og kommentarerne til valg af præparater i Basislisten er anvendelige for dig?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, i høj grad
- Ja, i nogen grad
- Nej, kun i mindre grad
- Nej, slet ikke
- Det kan jeg ikke vurdere

**31. Oplever du, at de viste links i den elektroniske Basisliste er relevante (fx links til supplerende evidensbaseret litteratur eller til lister hvor du kan se, hvordan du fx kan skifte fra oxy-codon til morfin)?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, i høj grad
- Ja, i nogen grad
- Nej, kun i mindre grad
- Nej, slet ikke
- Det kan jeg ikke vurdere
- Jeg har aldrig brugt disse links

**32. Har du kendskab til, om der i dit lægesystems ordinationsmodul er et link eller en genvejs-tast, du kan klikke på for at komme direkte til den elektroniske Basisliste ([www.basislisten.dk/hovedstaden](http://www.basislisten.dk/hovedstaden))?**

**(Angiv kun ét svar)**

- Ja, og jeg har brugt det
- Ja, men jeg har ikke brugt det
- Nej

## **FORSLAG TIL AT FREMME RATIONEL MEDICINORDINATION**

**33. Skriv her, hvis du har forslag til andre aktiviteter eller metoder, der kan være med til at fremme rationel medicinordination i din praksis:**

-----  
-----

## **Tak for din deltagelse**

Din besvarelse er gemt.

Tryk på knappen "Afslut" nederst til højre for at lukke.

## Bilag 2. Interviewguides

### Interviewguide – Individuelle interview med medicinkonsulenter

#### Introduktion:

Lidt om undersøgelsen, hvem der er blevet interviewet indtil nu, og hvem der skal ellers skal interviewes. Rapport i slutningen af april.

Interviewet vil tage omkring en time, og hvis du ikke har noget imod det, vil det blive optaget, så vi kan skrive et referat af interviewet. Vi behandler interviewet fortroligt, og optagelsen vil blive slettet, når undersøgelsen er færdig.

Dine udtalelser vil indgå i undersøgelsen, som bliver afrapporteret til Region Hovedstaden. Men dit navn vil **ikke** blive sat i forbindelse med nogle af udtalelserne i rapporten. I rapporten vil du sammen med de andre medicinkonsulenter fremstå som en samlet gruppe, men der vil også blive afrapporteret bredden i jeres udtalelser inden for denne gruppe.

Tema	Spørgsmål	Hjælpetekst
<b>Konsulent-arbejdet</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Hvor længe har du været medicinkonsulent?<ol style="list-style-type: none"><li>Hvis vedkommende også har været konsulent i et de tidligere amter, så pointer, at dette interview handler om tiden under Regionen.</li></ol></li><li>Hvad er godt ved arbejdet som medicinkonsulent? (hvorfor?)</li><li>Hvad er knap så godt/dårligt ved arbejdet som medicinkonsulent? (hvorfor?)</li><li>Er der nogle af de (arbejds-)opgaver, I har som konsulenter, som du mener er overflødige? (hvorfor?)</li><li>Er der nogle opgaver du som konsulent gerne vil varetage, som ikke er en del af konsulentarbejdet?</li><li>Hvordan oplever du rammerne for arbejdet?</li><li>Kan du se forbedringsmuligheder ift. til arbejdet som medicinkonsulent i forhold til:<ul style="list-style-type: none"><li>- hvad konsulenterne selv kan gøre bedre?</li><li>- hvad organisationen bag ordningen kan gøre bedre?</li></ul></li><li>Hvad fungerer godt ved praksisbesøgene?</li><li>Hvad fungerer mindre godt/dårligt ved praksisbesøgene?</li><li>Hvordan synes du, praksisbesøgene kan forbedres?</li></ol>	<p>Arbejds- Opgaver og rammerne for arbejdet</p> <p>Fx tid, opgaver, værktøjer, hjælp fra henholdsvis de farmaceutiske og de øvrige lægelige medicinkonsulenter</p> <p>Fx ift. tid, indhold, form, kontakt, forberedelse fra medicinfunktionen etc. Husk: Noget de skal gøre mere eller mindre af?</p>

<b>Indsatser</b>	<p>Nu har vi lige talt om praksisbesøgene, men medicinfunktionen har jo også en række andre indsatser, der skal fremme RMO (vise listen). De næste spørgsmål handler mere overordnet om alle disse indsatser inkl. praksisbesøgene.</p> <p>11. Hvilke indsatser fungerer godt, og hvorfor?</p> <p>12. Hvilke indsatser fungerer mindre godt/dårligt, og hvorfor?</p> <p>13. Hvordan kan man forbedre de indsatser, der: - fungerer mindre godt? - fungerer godt?</p> <p>14. Er de nuværende indsatser prioriteret rigtigt?</p> <p>a. Er der indsatser, der er overflødige?</p> <p>b. Har du ideer til nogle andre indsatser, der ikke er der nu, som kunne fremme RMO i almen praksis?</p>	<b>Vise liste over indsatser!</b>
<b>Ordningens formål</b>	<p>15. Mener du overordnet, at medicinkonsulentordningen styrker RMO i almen praksis?</p> <p>a. Hvis ja: Hvorfor/hvordan/hvilke indsatser gør især en forskel?</p> <p>b. Hvis nej: Hvorfor ikke?</p> <p>16. Er der nogle indsatser, der kunne gøre, at I fik endnu bedre kendskab til anbefalingerne?</p>	<p>Når der tænkes på alle indsatser (ikke kun praksisbesøg).</p>
<b>Uddannelse</b>	<p>17. Synes du, at du har tilstrækkelige forudsætninger/uddannelse til at diskutere RMO med lægerne?</p> <p>a. <u>Hvis nej</u>: Hvad skal til, for at du får de rette forudsætninger/uddannelse?</p> <p>b. <u>Hvis ja</u>: Hvor har du fået disse forudsætninger/den viden fra?</p> <p>c. Er Medicinfunktionens tilbud tilstrækkelige/relevante?</p> <p>18. Hvordan holder du sig selv opdateret med viden om RMO?</p> <p>19. Synes du, at du har tilstrækkelige forudsætninger/uddannelse til formidlings- og dialogdelen af jobbet?</p> <p>a. Hvis nej: Hvad skal til, for at du får de rette forudsætninger/uddannelse?</p> <p>b. Hvis ja: Hvor har du fået disse forudsætninger/den viden fra?</p> <p>c. Er Medicinfunktionens tilbud til dig herom tilstrækkelige?</p> <p>20. Hvis du skulle have styrket nogle af dine kompetencer generelt ift. konsulentjobbet, hvilke skulle det så være?</p>	<p>(se evt. note for eksempler på Medicinfunktionens tilbud ift. uddannelse til medicinkonsulenter)</p>

<p><b>Organisering</b></p>	<p>Medicinfunktionen har disse retningslinjer for timestfordelingen for medicinkonsulenternes forskellige arbejdsopgaver.</p> <p>21. Er der nogle af opgaverne som du bruger mere eller mindre tid på end der står her i timestfordelingen?  a. Hvis ja: Hvilke, hvor meget, hvad er årsagerne til at noget tager mindre eller længere tid?</p> <p>22. Er denne timestfordeling realistisk ift. at fremme RMO i almen praksis?  a. Hvis nej: Hvordan kunne timestfordelingen så se ud?</p> <p>23. Kan timestfordelingen (optimeres eller) prioriteres anderledes?</p> <p>24. Hvad gør du for at holde styr på de timer, du bruger?</p> <p>Siden 1. februar 2010 har Medicinfunktionen organisatorisk hørt under Udviklingsenheden i KPr. I Medicinfunktionen er der en central funktion, en decentral funktion, en Styregruppe, et Fagligt udvalg og også nogle mindre grupper (temagrupper, basislistegruppe mv.)</p> <p>25. Hvordan oplever du de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen?</p> <p style="padding-left: 40px;">Godt/dårligt ift.:</p> <p style="padding-left: 40px;">i. Den centrale funktion  ii. Den decentrale funktion  iii. Styregruppe  iv. Fagligt udvalg</p> <p>26. Hvad fungerede godt ved hhv. den gamle og den nye organisering pr. 1. februar 2010?</p> <p>27. Hvordan oplever du samspillet mellem de forskellige udvalg/arbejdsgrupper?</p> <p>28. Hvordan oplever du tilbagemeldinger og opdateringer fra de forskellige udvalg og arbejdsgrupper?</p> <p>*Der er forskellig ledelsesmæssig forankring for de farmaceutiske medicinkonsulenter og jer som lægelige medicinkonsulenter.</p> <p>29. Hvordan oplever I det?</p>	<p><b>Vis oversigt over timestfordelingen!</b></p> <p>Bruger de registreringsdatabasen?</p> <p>Grupper med specielle opgaver:  Temagrupper,  Basislistegruppe  Positivlistegruppe  Nyhedsbrevsgruppe  Benzodiazepin ekspert</p> <p><i>Sikre, at de kommer ind på alle 4 'grupper'</i></p> <p>Mellem Fagligt udvalg, Styregruppen, grupperne og tilbage til konsulenterne. (Fx fra Basislistegruppe til temagrupper til medicinkonsulenter)  (Er tilbagemeldinger gode nok ift. at varetage konsulentarbejdet?)</p>
----------------------------	---	--





## Interviewguide – Fokusgruppeinterview med nye medicinkonsulenter

### Kort introduktion

#### Præsentation:

Præsentere moderator, referent og roller under interviewet  
Fortælle hvorfor interviewpersonerne er inviteret til interviewet.

#### Rammerne for interviewet:

- Lidt om undersøgelsen, hvem der skal interviewes. Rapport i slutningen af april.
- Lidt om interviewformen.
- Varighed ca. 2 timer. Vi holder en lille pause på 10 minutter ca. midtvejs i interviewet.
- Optage interviewet på bånd – til hjælp til referat. Er det i orden med jer?
- Jeres udtalelser vil indgå i undersøgelsen, som bliver afrapporteret til Region Hovedstaden. Men jeres navne vil **ikke** blive sat i forbindelse med nogle af udtalelserne i rapporten. I rapporten vil I tre sammen fremstå som en samlet gruppe eller i en samlet gruppe af alle medicinkonsulenter, men der vil også blive afrapporteret bredden i jeres udtalelser inden for denne gruppe.
- Har I nogen spørgsmål, inden vi går i gang?

### Bemærkninger til guiden:

Spørgsmålene markeret med \* er de overordnede vigtigste spørgsmål, som vil vi stille, men de øvrige spørgsmål uden \* vil vi sikre os, at vi kommer omkring, men det er ikke sikkert, at de bliver stillet.

Tema	Spørgsmål	Hjælpetekst
<b>Indledning</b>	37. *Vil I starte med kort at præsentere jer selv?	Hvor lang tid? Hvilke opg. indtil nu? Hvilket område?
<b>Uddannelse</b>	I er alle nyansatte medicinkonsulenter, og to af jer (Stig og Jørgen) har været igennem et introduktionsforløb, og Torben har også været involveret i introduktionsforløbet.  38. *Hvordan har I oplevet introduktionsforløbet?  39. *Har I nogle forslag til, hvordan introduktionsforløbet kan forbedres?  40. Synes I, at I har fået tilstrækkelige forudsætninger/uddannelse til at diskutere RMO med lægerne? a. Hvis nej: Hvad skal der til, for at I får de rette forudsætninger/uddannelse?  41. Hvordan holder I jer selv opdateret med viden om RMO?  42. Har I fået tilstrækkelige forudsætninger/uddannelse til formidlings- og dialogdelen af jobbet?  43. *Hvis I skal have styrket nogen af jeres kompetencer ift. konsulentjobbet, hvilke skulle det så være?	Positivt og negativt
<b>Konsulentarbejdet</b>	44. Er der noget, der har været svært ved at starte som ny medicinkonsulent?  45. Er der noget, som I har oplevet ved konsulentarbejdet, som har undret jer?  46. *Hvad er godt ved arbejdet som medicinkonsulent? (hvorfor?)  47. *Hvad er knap så godt/dårligt ved arbejdet som medicinkonsulent? (hvorfor?)	Arbejdsopgaver og rammerne for arbejdet

	<p>48. Er der nogle af de (arbejds-)opgaver, I har som konsulenter, som I mener er overflødige? (hvorfor?)</p> <p>49. Er der nogle opgaver, I som konsulenter gerne vil varetage, som ikke er en del af konsulentarbejdet?</p> <p>50. Hvordan oplever I rammerne for konsulentarbejdet?</p> <p>51. *Kan I se forbedringsmuligheder ift. til arbejdet som medicinkonsulent i forhold til:  - hvad konsulenterne selv kan gøre bedre?  - hvad organisationen bag ordningen kan gøre bedre?</p> <p><i>Praksisbesøgene:</i></p> <p>52. *Mener I, at praksisbesøgene styrker RMO i almen praksis?</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Hvis ja: Hvorfor/hvordan/hvad er det ved besøgene, der især gør en forskel?</p> <p style="padding-left: 40px;">b. Hvis nej: Hvorfor ikke?</p> <p>53. Hvad fungerer godt ved praksisbesøgene?</p> <p>54. Hvad mener I, konsulenterne bør lægge mest vægt på ved praksisbesøgene for at fremme RMO?</p> <p>55. Hvad fungerer mindre godt/dårligt ved praksisbesøgene?</p> <p>56. *Hvordan synes I, praksisbesøgene kan forbedres?</p>	<p>Tid, redskaber, hjælp fra de farmaceutiske og de lægelige medicinkonsulenter</p> <p>Fx ift. opgaver, tid, rammer, værktøjer</p> <p>Fx ift. tid, indhold, form, kontakt, forberedelse fra medicinfunktionen etc.  Husk: Noget de skal gøre mere eller mindre af?</p>
<b>Indsatser</b>	<p>Nu har vi lige talt om praksisbesøgene, men medicinfunktionen har jo også en række andre indsatser, der skal fremme RMO (vise listen). De næste spørgsmål handler mere overordnet om alle disse indsatser inkl. praksisbesøgene.</p> <p>57. *Hvilke indsatser fungerer godt, og hvorfor?</p> <p>58. *Hvilke indsatser fungerer mindre godt/dårligt, og hvorfor?</p> <p>59. Hvordan kan man forbedre de indsatser, der:  - fungerer mindre godt?  - fungerer godt?</p> <p>60. *Har I ideer til nogle andre indsatser, som kunne fremme RMO i almen praksis?</p>	<p><b>Vise liste over indsatser!</b></p> <p>Hvis konsulenten ikke har omtalt alle de nævnte indsatser ved spm. 21 &amp; 22, så spørg ind til dem.</p>
<b>Ordningens formål</b>	<p>61. *Mener I overordnet, at medicinkonsulentordningen styrker RMO i almen praksis?</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Hvis ja: Hvorfor/hvordan/hvilke indsatser gør især en forskel?</p> <p style="padding-left: 40px;">b. Hvis nej: Hvorfor ikke?</p>	<p>Når der tænkes på alle indsatser (ikke kun praksisbesøg).</p>

<p><b>Organisering</b></p>	<p>Medicinfunktionen har disse retningslinjer for timestfordelingen for medicinkonsulenternes forskellige arbejdsopgaver.</p> <p>62. *Er der nogle af opgaverne som I bruger mere eller mindre tid på end der står her i timestfordelingen?  a. Hvis ja: Hvilke, hvor meget, hvad er årsagerne til at noget tager mindre eller længere tid?</p> <p>63. Er denne timestfordeling realistisk ift. at fremme RMO i almen praksis?  a. Hvis nej: Hvordan kunne timestfordelingen så se ud?</p> <p>64. Kan timestfordelingen optimeres eller prioriteres anderledes?</p> <p>65. Hvad gør I for at holde styr på de timer, I bruger?</p> <p>Siden 1. februar 2010 har Medicinfunktionen organisatorisk hørt under Udviklingsenheden i KPr. I Medicinfunktionen er der en central funktion, en decentral funktion, en Styregruppe, et Fagligt udvalg og også nogle mindre grupper (temagrupper, basislistegruppe mv.)</p> <p>66. * Hvordan oplever I de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen?</p> <p style="padding-left: 40px;">Godt/dårligt ift.:</p> <p style="padding-left: 80px;">i. Den centrale funktion  ii. Den decentral funktion  iii. Styregruppe  iv. Fagligt udvalg</p> <p>67. Hvordan oplever du samspillet mellem de forskellige udvalg/arbejdsgrupper?</p> <p>68. Hvordan oplever du tilbagemeldinger og opdateringer fra de forskellige udvalg og arbejdsgrupper?</p> <p>*Der er forskellig ledelsesmæssig forankring for de farmaceutiske medicinkonsulenter og jer som lægelige medicinkonsulenter.</p> <p>69. Hvordan oplever I det?</p>	<p><b>Vise oversigt over timestfordelingen!</b></p> <p>Bruger de registreringsdatabasen?</p> <p>Grupper med specielle opgaver:  Temagrupper,  Basislistegruppe  Positivlistegruppe  Nyhedsbrevsgruppe  Benzodiazepin ekspert</p> <p><i>(Sikre, at de kommer ind på alle 4 'grupper')</i></p> <p>Mellem Fagligt udvalg, Styregruppen, grupperne og tilbage til konsulenterne. (Fx fra Basislistegruppe til temagrupper til medicinkonsulenter)  (Er tilbagemeldinger gode nok ift. at varetage konsulentarbejdet?)</p>
<p><b>Samarbejde</b></p>	<p>70. *Hvordan oplever I samarbejdet mellem Medicinkonsulenter og farmaceutiske konsulenter?</p> <p>71. *Hvordan oplever I samarbejdet mellem Medicinkonsulenter og ledelsen?</p> <p>72. *Hvordan oplever I samarbejdet internt blandt medicinkonsulenterne?</p> <p>73. Kan I pege på noget, der kan forbedre samarbejdet mellem de forskellige parter (ledelse, farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter)?</p>	<p>Spørg både ind til det positive og det negative</p>

	<p>74. Hvordan oplever I e-mail-kulturen i medicinfunktionen?</p> <p>75. Evt. Hvordan kan e-mailkulturen forbedres?</p>	
<b>Afslutning</b>	<p>76. * Hvad er jeres bedste råd til forbedring af medicinkonsulentordningen?</p> <p>77. *Er der noget i jeres oplevelser af ordningen, som I ikke har fået talt om, men som I mener, er vigtigt at få med?</p>	



	<p>på ved praksisbesøgene for at fremme RMO?</p> <p>89. Hvad fungerer mindre godt/dårligt ved praksisbesøgene?</p> <p>90. Hvordan synes du, praksisbesøgene kan forbedres?</p>	<p>kontakt, forberedelse fra medicinfunktionen etc.</p>
<p><b>Indsatser</b> (praksisbesøg, basislisten, temamøder, nyhedsbrev, breve til yderen om ordinationsdata i forhold til RMO)</p>	<p>Nu har vi lige talt om praksisbesøgene, men medicinfunktionen har jo også en række andre indsatser, der skal fremme RMO: Basislisten, temamøder, nyhedsbrevet Nyt om Medicin og breve til yderen om ordinationsdata i forhold til RMO. De næste spørgsmål handler mere overordnet om alle disse indsatser inkl. praksisbesøgene.</p> <p>91. Hvilke indsatser fungerer godt, og hvorfor?</p> <p>92. Hvilke indsatser fungerer mindre godt/dårligt, og hvorfor?</p> <p>93. Hvordan kan man forbedre de indsatser, der: - fungerer mindre godt? - fungerer godt?</p> <p>94. Har du ideer til nogle andre indsatser, som kunne fremme RMO i almen praksis?</p>	<p>Hvis konsulenten ikke har omtalt alle de nævnte indsatser ved spm. 14 &amp; 15, så spørg ind til dem.</p>
<p><b>Ordningens formål</b></p>	<p>95. Mener du overordnet, at medicinkonsulentordningen styrker RMO i almen praksis?</p> <p>a. Hvis ja: Hvorfor/hvordan/hvilke indsatser gør især en forskel?</p> <p>b. Hvis nej: Hvorfor ikke?</p> <p>96. Mener du, at medicinkonsulenterne kender til alle Medicinfunktionens anbefalinger om RMO?</p> <p>a. Hvis nej: Hvilke indsatser synes du, der skal til for at medicinkonsulenterne får et større kendskab til anbefalingerne?</p>	<p>Når der tænkes på alle indsatser (ikke kun praksisbesøg).</p>
<p><b>Samarbejde</b></p>	<p>97. Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem Medicinkonsulenter og farmaceutiske konsulenter?</p> <p>98. Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem Medicinkonsulenter og ledelsen?</p> <p>99. Hvordan har du oplevet samarbejdet internt blandt medicinkonsulenterne?</p> <p>100. Kan du pege på noget, der kan forbedre samarbejdet mellem de forskellige parter (ledelse, farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter)?</p>	<p>Spørg både ind til det positive og det negative</p>
<p><b>Afslutning</b></p>	<p>101. Hvad er dit bedste råd til forbedring af medicinkonsulentordningen?</p> <p>102. Er der noget i dine oplevelser af ordningen, som du ikke har fået talt om, men som du mener, er vigtigt at få med?</p>	



<p><b>Organisering</b></p>	<p>Siden 1. februar 2010 har Medicinfunktionen organisatorisk hørt under Udviklingsenheden i KPr. I Medicinfunktionen er der en central funktion, en decentral funktion, en Styregruppe, et Fagligt udvalg og også nogle mindre grupper (temagrupper, basislistegruppe mv.)</p> <p>12. *Hvordan oplever I de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen? Godt/dårligt ift.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Den centrale funktion</li> <li>ii. Den decentrale funktion</li> <li>iii. Styregruppe</li> <li>iv. Fagligt udvalg</li> </ul> <p>(Sikre, at de kommer ind på alle 4 'grupper')</p> <p>13. *Hvad fungerede godt ved hhv. den gamle og den nye organisering (pr. 1. feb. 2010)?</p> <p>14. *Hvordan oplever I samspillet mellem de forskellige arbejdsgrupper/udvalg?</p> <p>15. Hvordan oplever I tilbagemeldinger og opdateringer fra de forskellige udvalg og arbejdsgrupper?</p> <p>*Der er forskellig ledelsesmæssig forankring for de lægelige medicinkonsulenter og jer som farmaceutiske medicinkonsulenter.</p> <p>16. Hvordan oplever I det?</p> <p>17. Ser I nogen forbedringsmuligheder i de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen?</p>	<p>Grupper med specielle opgaver: Temagrupper, Basislistegruppe Positivlistegruppe Nyhedsbrevsgruppe Benzodiazepin ekspert</p> <p>Mellem Fagligt udvalg, Styregruppen, grupperne og tilbage til konsulenterne. (Fx fra Basislistegruppe til temagrupper til medicinkonsulenter) (Er tilbagemeldinger gode nok ift. at varetage konsulentarbejdet?)</p>
<p><b>Samarbejde</b></p>	<p>18. *Hvordan oplever I samarbejdet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Mellem jer som farmaceutiske konsulenter og de lægelige medicinkonsulenter?</li> <li>ii. Mellem jer og ledelsen?</li> <li>iii. Internt mellem jer farmaceuter?</li> </ul> <p>(Godt/dårligt)</p> <p>19. *Kan I pege på noget, der kan forbedre samarbejdet mellem de forskellige parter?</p> <p>20. *Hvordan oplever I e-mailkulturen i medicinfunktionen?</p> <p>21. Hvordan kan e-mailkulturen forbedres?</p> <p>22. Hvordan oplever I udbyttet af de forskellige udvalg/arbejdsgrupper, som I og medicinkonsulenterne deltager i?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Kan møderne forbedres?</li> </ul> <p>23. *Hvilke samarbejdsflader ser I, at der er mellem KPU og KPr i forhold til medicinkonsulentordningen og ift. KPU og KPr's samlede indsatser for RMO)? (Obs! også på tværs af sektorgrænser i regionen? -</p>	<p>(Fx: Styregruppen, Fagligt udvalg, konsulentmøderne, Basislistegruppen, temagrupperne)</p> <p>Holde fokus på RMO!</p>



	<p>Hospitaler vs. Almen praksis)</p> <p>24. *Hvordan oplever I samarbejdet mellem KPU og KPr i relation til medicinkonsulentordningen? (skal det udvikles? Og hvordan?)</p> <p>*Medicinfunktionen har en række samarbejdsrelationer (nævne dem).</p> <p>25. *Hvilke relationer, mener I, er vigtige at bevare?</p> <p>26. Er der nogen af samarbejdsrelationerne, der kan styrkes og forbedres?</p> <p>27. Mener I, at der burde udvikles nye samarbejdsrelationer med andre (eksterne) parter, som Medicinfunktionen ikke samarbejder med i dag?</p> <p>i. (Hvis ja: Hvilke parter? Hvad kan der samarbejdes om? og evt. også hvordan?)</p>	<b>Vise liste over samarbejdsrelationer!</b>
<b>Ordningsformål</b>	<p>28. *Mener I overordnet, at medicinkonsulentordningen styrker RMO i almen praksis?</p> <p>i. Hvis ja: Hvorfor/hvordan/hvilke indsatser gør især en forskel?</p> <p>ii. Hvis nej: Hvorfor ikke?</p>	
<b>Indsatser</b>	<p>29. *Hvilke af medicinfunktionens indsatser, der skal fremme RMO, fungerer godt, og hvorfor?</p> <p>30. *Hvilke indsatser fungerer mindre godt, og hvorfor?</p> <p>31. Hvordan kan man forbedre de indsatser, der: - fungerer mindre godt? - fungerer godt?</p> <p>32. *Er de nuværende indsatser prioriteret rigtigt?</p> <p>a. Er der indsatser, der er overflødige?</p> <p>b. Har du ideer til nogle andre indsatser, der ikke er der nu, som kunne fremme RMO i almen praksis?</p>	<b>Vise liste over indsatser!</b>
<b>Afslutning</b>	<p>33. *Hvad er jeres bedste råd til forbedring af medicinkonsulentordningen?</p> <p>34. *Er der noget i jeres oplevelser af ordningen, som I ikke har fået talt om, men som I mener, er vigtigt at få med?</p>	

## Interviewguide - Fokusgruppeinterview med ledelse

### Kort introduktion

#### Præsentation:

Præsentere moderator, referent og roller under interviewet  
Fortælle hvorfor interviewpersonerne er inviteret til interviewet.

#### Rammerne for interviewet:

- Lidt om undersøgelsen, hvem der er blevet interviewet indtil nu. Dette er det sidste interview. Rapport i slutningen af april.
- Lidt om interviewformen.
- Varighed ca. 2 timer. Vi holder en lille pause på 5 minutter ca. midtvejs i interviewet.
- Optage interviewet på bånd – til hjælp til referat. Er det i orden med jer?
- Jeres udtalelser vil kunne indgå i afrapporteringen, nævnt med jeres stillingsbetegnelser, men jeres navne vil ikke indgå i rapporten.
- Har I nogen spørgsmål inden vi går i gang?

#### Bemærkninger til guiden til os selv:

Spørgsmålene markeret med \* er de overordnede vigtigste spørgsmål, som vil vi stille, men de øvrige spørgsmål uden \* vil vi sikre os, at vi kommer omkring, men det er ikke sikkert, at de bliver stillet.

Tema	Spørgsmål	Hjælpetekst
<b>Indledning</b>	1. I må gerne kort fortælle, hvad I hedder og hvad jeres rolle er i forhold til medicinkonsulentordningen	Deres rolle
<b>Indsatser</b>	*Medicinfunktionen har en forskellige række indsatser, der skal fremme RMO.  2. Hvordan oplever I de forskellige indsatser?  a. Er der indsatser, der er overflødige? (Hvorfor?)  b. Er der indsatser, der mangler? (Hvilke?)  Forbedringsmuligheder?  c. Er de nuværende indsatser prioriteret rigtigt?	<b>Vise liste over indsatser!</b> (de behøver ikke komme ind på alle)
<b>Ordningens formål</b>	3. *Mener I overordnet, at medicinkonsulentordningen styrker RMO i almen praksis?  a. Hvis ja: Hvorfor/hvordan/hvilke indsatser gør især en forskel?  b. Hvis nej: Hvorfor ikke?	
<b>Organisering</b>	4. *Hvordan oplever I de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen? Godt/dårligt ift.: a. Den centrale funktion b. Den decentrale funktion c. Styregruppe d. Fagligt udvalg  5. *Hvad fungerede godt ved hhv. den gamle og den nye organisering (pr. 1. feb. 2010)?  6. *Ser I nogen forbedringsmuligheder i de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen?  7. Hvordan oplever I, at samspillet fungerer mellem Styregruppen, Fagligt Udvalg og de farmaceutiske	Strukturelle rammer  (Sikre, at de kommer ind på alle 4 'grupper')

	<p>og lægelige medicinkonsulenter? (forbedringsmuligheder)</p> <p>8. Hvordan oplever I tilbagemeldinger og opdateringer fra de forskellige udvalg, grupper og farmaceutiske og lægelige konsulenter?</p> <p>Der er forskellig ledelsesmæssig forankring for de farmaceutiske og lægelige medicinkonsulenter.</p> <p>9. *Hvordan oplever I det?</p> <p>10. Hvilken ledelsesmæssig rolle oplever i hver især, at I har over for hhv. de lægelige og farmaceutiske medicinkonsulenter? (Stabsdirektør og Udviklingschef)</p> <p>11. Hvordan oplever I rollefordelingen og kommandovejene? (Er der en klar rollefordeling?)</p> <p>12. *Hvordan oplever I de organisatoriske rammer for de lægelige funktioner og arbejdsopgaver? (forbedringsmuligheder?)</p> <p>13. *Hvordan oplever I de organisatoriske rammer for de farmaceutiske funktioner og arbejdsopgaver? (forbedringsmuligheder?)</p>	<p>Mellem Fagligt udvalg, Styregruppen, grupperne og tilbage til konsulenterne (farmaceuter og læger).</p> <p>Spørgsmål 10 og 11 er til Stabsdirektør og Udviklingschef!</p> <p>Rammer for funktioner og arbejdsopgaver</p>
<p><b>Samarbejde</b></p>	<p>14. *Hvordan oplever I samarbejdet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mellem de lægelige medicinkonsulenter og de farmaceutiske medicinkonsulenter?</li> <li>b. Indbyrdes mellem de lægelige medicinkonsulenter?</li> <li>c. Indbyrdes mellem farmaceuterne?</li> <li>d. Mellem konsulenter og jer som ledelse?</li> <li>e. Internt i ledelsen?</li> </ul> <p>(Godt/dårligt)</p> <p>15. *Kan I pege på noget, der kan forbedre samarbejdet mellem de forskellige parter?</p> <p>16. Hvordan oplever I udbyttet af de forskellige udvalg/arbejdsgrupper, som I og medicinkonsulenterne deltager i?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kan møderne forbedres?</li> </ul> <p>17. *Hvilke samarbejdsflader ser I, at der er mellem KPU og KPr i forhold til medicinkonsulentordningen og ift. KPU og KPr's samlede indsatser for RMO)? (Obs! også på tværs af sektorgrænser i regionen? - Hospitaler vs. Almen praksis)</p> <p>18. *Hvordan oplever I samarbejdet mellem KPU og KPr i relation til medicinkonsulentordningen? (skal det udvikles? Og hvordan?)</p>	<p>(Styregruppen, Fagligt udvalg, Konsulentmøderne)</p> <p>Holde fokus på RMO!</p>

	<p>Medicinfunktionen har en række samarbejdsrelationer (<i>nævne dem</i>).</p> <p>19. *Hvilke relationer, mener I, er vigtige at bevare? (hvorfor?)</p> <p>20. *Er der nogen af samarbejdsrelationerne, der kan styrkes og forbedres? (hvordan?)</p> <p>21. *Mener I, at der burde udvikles nye samarbejdsrelationer med andre (eksterne) parter, som Medicinfunktionen ikke samarbejder med i dag? (Hvilke? Om hvad? Og hvordan?)</p>	<b>Vise liste over samarbejdsrelationer!</b>
<b>Fremtid</b>	<p>22. *Hvad mener I, at medicinkonsulentordningen skal omfatte i fremtiden? (<i>konkrete opgaver, andre funktioner/opgaver, samarbejde – facilitatorer</i>).</p> <p>23. *<u>Hvordan</u> vil I gerne have, at RMO bliver fremmet i almen praksis i fremtiden?</p>	Det visionære
<b>Afslutning</b>	<p>24. *Hvad er jeres bedste råd til forbedring af medicinkonsulentordningen?</p> <p>25. *Er der noget i jeres oplevelser af ordningen, som I ikke har fået talt om, men som I mener, er vigtigt at få med?</p>	

## Bilag 3. Udsendelses- og påmindelsesmails

### Udsendelsesmail d. 5. januar 2011

#### Emnefelt i mail:

Att. >>fornavn<< >>efternavn<<: Praksisudvalget og Medicinfunktionen beder om din hjælp til besvarelse af spørgeskema om praksisbesøg, Basislisten mm.

#### Mailtekst:

Kære >>fornavn<< >>efternavn<<

Praksisudvalget og Medicinfunktionen vil sætte stor pris på, hvis du vil bruge 10 minutter på at udfylde et spørgeskema om Medicinfunktionens aktiviteter, så disse kan udvikles til gavn for regionens praktiserende læger.

Det er vigtigt for Medicinfunktionen i Region Hovedstaden at kende de praktiserende lægers oplevelser af Medicinfunktionens aktiviteter – herunder særligt de praksisbesøg, som Medicinfunktionens medicinkonsulenter tilbyder om rationel medicinanvendelse. Både læger, der har haft besøg og læger, der ikke har haft besøg, opfordres derfor til at deltage i undersøgelsen.

Når du udfylder spørgeskemaet, deltager du automatisk i en lodtrækning om 2 x 2 flasker rødvin.

#### **Sådan deltager du**

Du udfylder spørgeskemaet ved at benytte følgende link: **LINK**

Dit svar skal afsendes **senest d. 1. februar 2011**.

Hvis du har problemer med at åbne spørgeskemaet via linket, kan du også gå til internetadressen <https://survey.enalyzer.com/> og indtaste: ProjektID: [PROJECT\_ID]  
Password: [PASSWORD]

#### **Fortrolighed**

Alle oplysninger, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen, bliver behandlet fortroligt. Oplysningerne anvendes, så svar fra enkeltpersoner ikke kan genkendes.

#### **Resultater af undersøgelsen**

Undersøgelsen skal give Medicinfunktionen ideer til, hvordan praksisbesøgene og andre aktiviteter kan udvikles til gavn for regionens praktiserende læger. Resultaterne af undersøgelsen bliver formidlet via Medicinfunktionens nyhedsbrev, der udsendes via PraksisNyt i løbet af maj/juni 2011.

#### **Har du spørgsmål?**

Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden gennemfører undersøgelsen på vegne af Medicinfunktionen. Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte evalueringskonsulent Karen Stage Fritsen på telefon 38 64 99 53 mandag-fredag kl.9-15 eller på e-mail: [karen.stage.fritsen@regionh.dk](mailto:karen.stage.fritsen@regionh.dk).

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Enheden for Brugerundersøgelser

På vegne af Praksisudvalget og Medicinfunktionen i Region Hovedstaden

## **Første påmindelsesmail d. 12. januar 2011**

### **Emnefelt i mail:**

Att. >>fornavn<< >>efternavn<<: Husk: Praksisudvalget og Medicinfunktionen beder om din hjælp til besvarelse af spørgeskema om praksisbesøg, Basislisten mm.

### **Mailtekst:**

Kære >>fornavn<< >>efternavn<<

Du har tidligere modtaget en e-mail (d. 5. januar), hvor Praksisudvalget og Medicinfunktionen beder om din hjælp til besvarelse af spørgeskema om Medicinfunktionens aktiviteter - herunder særligt de praksisbesøg, som Medicinfunktionens medicinkonsulenter tilbyder om rationel medicinanvendelse. Både læger, der har haft besøg og læger, der ikke har haft besøg, opfordres til at deltage i undersøgelsen.

Vi har endnu ikke registreret en besvarelse fra dig og vil gerne minde dig om, at svarfristen er 1. februar 2011.

Vi håber, at du vil bruge 10 minutter på at udfylde spørgeskemaet.

Det er vigtigt for Medicinfunktionen i Region Hovedstaden at kende de praktiserende lægers oplevelser af Medicinfunktionens aktiviteter, så disse kan udvikles til gavn for regionens praktiserende læger.

Når du udfylder spørgeskemaet, deltager du automatisk i en lodtrækning om 2 x 2 flasker rødvin.

### **Sådan deltager du**

Du udfylder spørgeskemaet ved at benytte følgende link: **LINK**

Du kan også gå til internetadressen <https://survey.analyzer.com/> og indtaste:

ProjektID: [PROJECT\_ID] Password: [PASSWORD]

### **Fortrolighed**

Alle oplysninger, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen, bliver behandlet fortroligt. Oplysningerne anvendes, så svar fra enkeltpersoner ikke kan genkendes.

### **Resultater af undersøgelsen**

Undersøgelsen skal give Medicinfunktionen ideer til, hvordan praksisbesøgene og andre aktiviteter kan udvikles til gavn for regionens praktiserende læger. Resultaterne af undersøgelsen bliver formidlet via Medicinfunktionens nyhedsbrev, der udsendes via PraksisNyt i løbet af maj/juni 2011.

### **Har du spørgsmål?**

Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden gennemfører undersøgelsen på vegne af Medicinfunktionen. Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte evalueringskonsulent Karen Stage Fritsen på telefon 38 64 99 53 mandag-fredag kl.9-15 eller på e-mail:

[karen.stage.fritsen@regionh.dk](mailto:karen.stage.fritsen@regionh.dk).

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen

Enheden for Brugerundersøgelser

På vegne af Praksisudvalget og Medicinfunktionen i Region Hovedstaden

## **Anden påmindelsesmail d. 31. januar 2011**

### **Emnefelt i mail:**

Att. >>fornavn<< >>efternavn<<: Husk: Praksisudvalget og Medicinfunktionen beder om din hjælp til besvarelse af spørgeskema om praksisbesøg, Basislisten mm.

### **Mailtekst:**

Kære >>fornavn<< >>efternavn<<

Sidste chance for at besvare spørgeskemaet!

Du har tidligere modtaget en e-mail (d. 5. januar), hvor Praksisudvalget og Medicinfunktionen beder om din hjælp til besvarelse af spørgeskema om Medicinfunktionens aktiviteter - herunder særligt de praksisbesøg, som Medicinfunktionens medicinkonsulenter tilbyder om rationel medicinanvendelse. Både læger, der har haft besøg og læger, der ikke har haft besøg, opfordres til at deltage i undersøgelsen.

Vi har endnu ikke registreret en besvarelse fra dig og vil gerne minde dig om, at svarfristen er 1. februar 2011. Vi håber, at du vil bruge 10 minutter på at udfylde spørgeskemaet.

Det er vigtigt for Medicinfunktionen i Region Hovedstaden at kende de praktiserende lægers oplevelser af Medicinfunktionens aktiviteter, så disse kan udvikles til gavn for regionens praktiserende læger.

Når du udfylder spørgeskemaet, deltager du automatisk i en lodtrækning om 2 x 2 flasker rødvin.

### **Sådan deltager du**

Du udfylder spørgeskemaet ved at benytte følgende link: **LINK**

Du kan også gå til internetadressen <https://survey.enalyzer.com/> og indtaste:

ProjektID: [PROJECT\_ID] Password: [PASSWORD]

### **Fortrolighed**

Alle oplysninger, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen, bliver behandlet fortroligt. Oplysningerne anvendes, så svar fra enkeltpersoner ikke kan genkendes.

### **Resultater af undersøgelsen**

Undersøgelsen skal give Medicinfunktionen ideer til, hvordan praksisbesøgene og andre aktiviteter kan udvikles til gavn for regionens praktiserende læger. Resultaterne af undersøgelsen bliver formidlet via Medicinfunktionens nyhedsbrev, der udsendes via PraksisNyt i løbet af maj/juni 2011.

### **Har du spørgsmål?**

Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden gennemfører undersøgelsen på vegne af Medicinfunktionen. Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte evalueringskonsulent Karen Stage Fritsen på telefon 38 64 99 53 mandag-fredag kl.9-15 eller på e-mail:

[karen.stage.fritsen@regionh.dk](mailto:karen.stage.fritsen@regionh.dk).

På forhånd tak for hjælpen.

Med venlig hilsen  
Enheden for Brugerundersøgelser  
På vegne af Praksisudvalget og Medicinfunktionen i Region Hovedstaden



## Bilag 4. Frekvensopgørelser over samtlige spørgsmål

1. Hvor længe har du arbejdet som alment praktiserende læge? (Angiv antal år)			
Laveste antal år	Højeste antal år	Gennemsnit	Median
0,5 år	46 år	16,5 år	16 år

	Total	
<b>2. Har du haft besøg af en medicinkonsulent inden for de seneste to år?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja	86%	573
Nej	14%	97
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>670</b>
<b>3. Hvad er årsagen/årsagerne til, at du ikke har haft besøg af en medicinkonsulent? (Sæt evt. flere kryds)</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
a. Jeg er ikke blevet kontaktet	58%	55
b. Der er planlagt et besøg i nær fremtid	3%	3
c. Jeg er i kompagniskabspraksis, og min kompagnon har haft besøg	6%	6
d. Det har ikke passeret rent praktisk	18%	17
e. Jeg har ikke tid	6%	6
f. Jeg ønsker ikke besøg	16%	15
<b>Total</b>	<b>107%</b>	<b>102</b>
<b>6. Hvordan vurderer du længden af besøget (1 time)?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
For lang	2%	14
Passende	92%	530
For kort	5%	29
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>573</b>
<b>7. Med hvilket interval ønsker du et besøg af en medicinkonsulent?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
½ år	12%	70
1 år	62%	355
1½ år	9%	49
2 år	15%	87
Mere end 2 år	2%	11
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>572</b>

<b>8. Hvordan foretrækker du, at medicinkonsulenten kontakter dig for at arrangere besøg? (Sæt evt. flere kryds)</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Pr. e-mail	62%	353
Pr. brev	25%	145
Pr. telefon	40%	231
<b>Total</b>	<b>128%</b>	<b>729</b>
<b>9. Hvordan vurderer du det materiale, der blev anvendt ved besøget i forhold til:</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
<b>a. Den lægefaglige relevans?</b>		
Virkelig god	48%	274
God	51%	292
Dårlig	1%	5
Virkelig dårlig	0%	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>571</b>
<b>b. Den pædagogiske fremstilling?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Virkelig god	36%	204
God	62%	353
Dårlig	2%	10
Virkelig dårlig	0%	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>568</b>
<b>c. Forståelse af de figurer, der viste dit ordinationsmønster?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Virkelig god	32%	181
God	65%	369
Dårlig	3%	19
Virkelig dårlig	0%	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>570</b>
<b>10. Blev du efter besøget tilbudt at få udleveret det anvendte materiale (enten i papirform eller elektronisk)?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, hele materialet	46%	248
Ja, noget af materialet	22%	120
Nej	32%	177
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>545</b>

<b>11. Er det relevant for dig, at dine egne ordinationsdata bliver sammenlignet med ordinationsdata for:</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
<b>a. Regionen?</b>		
Ja, i høj grad	45%	256
Ja, i nogen grad	42%	236
Nej, kun i mindre grad	11%	64
Nej, slet ikke	2%	9
Ved ikke	0%	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>567</b>
<b>b. Din kommune?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	43%	241
Ja, i nogen grad	42%	239
Nej, kun i mindre grad	11%	64
Nej, slet ikke	3%	18
Ved ikke	1%	3
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>565</b>
<b>c. Lægerne i dit nærområde? (fx bydel eller et mindre område end din kommune)</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	45%	257
Ja, i nogen grad	34%	193
Nej, kun i mindre grad	14%	78
Nej, slet ikke	5%	31
Ved ikke	2%	10
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>569</b>
<b>12. Oplevede du, at medicinkonsulenten:</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
<b>a. Var fordømmende?</b>		
Ja, i høj grad	1%	3
Ja, i nogen grad	1%	6
Nej, kun i mindre grad	5%	28
Nej, slet ikke	93%	529
Det kan jeg ikke vurdere	1%	3
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>569</b>
<b>b. Var velforberedt?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	82%	468
Ja, i nogen grad	17%	96
Nej, kun i mindre grad	1%	3
Nej, slet ikke	0%	1
Det kan jeg ikke vurdere	1%	3

<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>571</b>
<b>c. Var kompetent?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	79%	452
Ja, i nogen grad	19%	110
Nej, kun i mindre grad	1%	4
Nej, slet ikke	0%	1
Det kan jeg ikke vurdere	1%	3
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>570</b>
<b>d. Var god til at forklare?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	73%	418
Ja, i nogen grad	25%	141
Nej, kun i mindre grad	2%	9
Nej, slet ikke	0%	1
Det kan jeg ikke vurdere	0%	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>569</b>
<b>e. Var lyttende?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	68%	386
Ja, i nogen grad	29%	162
Nej, kun i mindre grad	3%	15
Nej, slet ikke	0%	2
Det kan jeg ikke vurdere	0%	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>567</b>
<b>f. Optrådte som en faglig sparringspartner?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	72%	409
Ja, i nogen grad	24%	139
Nej, kun i mindre grad	3%	15
Nej, slet ikke	1%	3
Det kan jeg ikke vurdere	0%	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>568</b>
<b>13. I hvilket omfang mener du, at der var afsat tid til diskussion af bagvedliggende grunde til dit ordinationsmønster?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
For meget	0%	1
Passende	88%	504
For lidt	11%	65
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>570</b>

<b>14. Oplever du, at du ved besøget blev hjulpet til, hvordan du i praksis kan ændre dine ordinationsmønstre?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	20%	114
Ja, i nogen grad	60%	344
Nej, kun i mindre grad	12%	69
Nej, slet ikke	2%	10
Nej, for der var ikke grund til at ændre noget	6%	35
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>572</b>
<b>15. Er der andre temaer inden for rationel farmakoterapi eller andre emner, som du mener, bør indgå i praksisbesøgene i fremtiden?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja	28%	156
Nej	72%	401
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>557</b>
<b>18. I hvilken grad har du foretaget ændringer i din ordinationspraksis på baggrund af besøgene?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
I høj grad	8%	43
I nogen grad	55%	316
I mindre grad	33%	187
Slet ikke	4%	24
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>570</b>
<b>22. Har du generelt fået mere fokus på rationel farmakoterapi i din praksis som følge af besøgene?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	20%	112
Ja, i nogen grad	54%	306
Nej, kun i mindre grad	13%	75
Nej, slet ikke	1%	7
Nej, for jeg havde allerede meget fokus på det	12%	66
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>566</b>
<b>23. Hvordan vil du samlet set vurdere besøget?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Virkelig godt	49%	280
Godt	49%	279
Dårligt	1%	6
Virkelig dårligt	0%	1
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>566</b>

<b>24. Læser du nyhedsbrevet "Nyt om Medicin"?</b>		
<b>a. Papirudgaven af "Nyt om Medicin":</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, altid	31%	197
Ja, ofte	40%	255
Nej, kun sjældent	20%	127
Nej, aldrig	9%	57
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>636</b>
<b>b. Den elektroniske udgave af "Nyt om Medicin" i PraksisNyt, der sendes på e-mail:</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, altid	23%	149
Ja, ofte	36%	237
Nej, kun sjældent	26%	170
Nej, aldrig	8%	53
Jeg er ikke tilmeldt PraksisNyt	7%	43
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>652</b>
<b>25. I hvilken grad følger du anbefalingerne i Medicinfunktionens breve til almen praksis om rationel medicinordination (fx Anvend morphin i stedet for oxycodon, anvend Omeprazol, Pantoprazol eller Lansoprazol i stedet for Nexium)?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
I høj grad	63%	416
I nogen grad	34%	220
I mindre grad	2%	10
Slet ikke	0%	1
Jeg har ikke kendskab til brevene	1%	9
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>656</b>
<b>26. Deltager du i Medicinfunktionens temamøder om rationel farmakoterapi (fx om smertebehandling, polyfarmaci, D-vitamin og ADHD hos børn og voksne)?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, jeg deltager i alle møder	4%	29
Ja, jeg deltager i nogle af møderne	55%	364
Nej, jeg deltager aldrig	31%	204
Jeg har ikke kendskab til møderne	9%	61
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>658</b>

<b>27. Bruger du Basislisten til at finde oplysninger om, hvad der er et rationelt lægemiddelvalg til behandling af forskellige sygdomme og symptomer?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, jeg bruger både den trykte og den elektroniske Basisliste	22%	147
Ja, jeg bruger <u>kun</u> den trykte Basisliste	45%	294
Ja, jeg bruger <u>kun</u> den elektroniske Basisliste	11%	71
Nej, jeg kender Basislisten men bruger den ikke	20%	132
Nej, jeg kender ikke Basislisten	2%	13
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>657</b>
<b>29. Følger du anbefalingerne i Basislisten?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	52%	263
Ja, i nogen grad	48%	244
Nej, kun i mindre grad	1%	3
Nej, slet ikke	0%	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>510</b>
<b>30. Oplever du, at forslagene og kommentarerne til valg af præparater i Basislisten er anvendelige for dig?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	54%	277
Ja, i nogen grad	43%	222
Nej, kun i mindre grad	2%	12
Nej, slet ikke	0%	0
Det kan jeg ikke vurdere	0%	2
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>513</b>
<b>31. Oplever du, at de viste links i den elektroniske Basisliste er relevante (fx links til supplerende evidensbaseret litteratur eller til lister hvor du kan se, hvordan du fx kan skifte fra oxy-codon til morfin)?</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal</b>
Ja, i høj grad	10%	35
Ja, i nogen grad	14%	52
Nej, kun i mindre grad	12%	44
Nej, slet ikke	1%	5
Det kan jeg ikke vurdere	21%	76
Jeg har aldrig brugt disse links	42%	152
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>364</b>

32. Har du kendskab til, om der i dit lægesystems ordinationsmodul er et link eller en genvejstast, du kan klikke på for at komme direkte til den elektroniske Basisliste ( <a href="http://www.Basislisten.dk/hovedstaden">www.Basislisten.dk/hovedstaden</a> )?	Procent	Antal
Ja, og jeg har brugt det	20%	129
Ja, men jeg har ikke brugt det	20%	126
Nej	60%	388
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>643</b>