

# Hvordan giver faglige informationspakker anledning til refleksion hos praktiserende læger?



Masterspeciale, Master i læreprocesser, specialisering i evaluering og kvalitetsudvikling, Aalborg Universitet 4. semester

Udarbejdet af Karen Bernhard Pedersen (20192369)

Vejleder Karen Andreasen

20. december 2020

Antal normalsider: 49,6

Antal anslag: 118.998

*Karen Pedersen*

## **Abstract**

### Introduction

Inappropriate prescribing can potentially affect health outcomes and increased costs. General practitioners (GPs) play a significant role in reducing inappropriate prescribing. The aim of the project "Medicine in the Middle" in the Central Denmark Region was to improve rational drug therapy in general practitioners. A part of the project was information packages, which contained information on a specific drug area along with data feedback.

The aim of this study was to evaluate how the information packages allow for reflection among GPs, in the expectation that reflection could lead to more rational treatment in the primary sector. The idea of single- and double-loop learning by Argyris and the learning circle by Kolb have been used as the overarching framework. This internal evaluation will be used to improve the ability of the packages to create reflection.

### Methods

I conducted a process evaluation by conducting individual semi-structured interviews with four GPs. Maximum variation was sought in term of medical experience, gender, practice type and geographical location. A week before the interview the GP received their previous data feedback, in order to have their own data in memory at the time of the interview. The interviews were analysed thematically.

### Results

Overall, it was observed, that the packages created the opportunity for reflection by GPs which also led to changed practice in the prescribing process. Different depths of reflection were seen and both single- and double-loops took place. Information packages created a foundation for reflection and theoretical understanding which kept the learning circle going. A flexible approach to learning either through the academic messages or through the data feedback was possible.

The evaluation clearly showed that appropriate regional communication was crucial for the receipt and use of the packages by GPs.

Data feedback on an individual level was central to creating the opportunity for reflection, and data should preferably be standardized. Beside that the region must in the data feedback acknowledge, that the GPs are only one of the healthcare professionals treating the patients.

GPs are preoccupied with prescribing rationally but also with a desire for patient-centered care. This means that GPs may have to compromise on professional guidelines. The packages cannot change this DNA in general practice.

Additionally, potentials for improvement of the packages were identified e.g., a wish for a measure describing an appropriate prescription level, and the need for lists of patients so GPs easily can get an overview of relevant patients.

## Indhold

Indledning.....	1
Medicin i Midt .....	1
Kontekstbeskrivelse.....	2
Evalueringens formål og problemformulering .....	3
Undersøgelsesspørgsmål.....	3
Procesevaluering .....	3
Evalueringskriterier og evalueringsanvendelse.....	4
Valg af undersøgelsesdesign .....	5
Videnskabsteoretisk tilgang og undersøgelsesmetode.....	6
Opgørelser over lægemiddelforbrug.....	7
Udvælgelse af informanter.....	8
Validitet og forskerrolle.....	9
Etiske overvejelser.....	11
Teorifremstilling .....	11
Kolbs læringscirkel.....	11
Argyris – single- og dobbeltloop.....	13
Analyse .....	14
Overordnet vurdering af faglige informationspakker .....	14
Vurdering af indhold i faglige informationspakker.....	16
Fleksible muligheder for brug af de faglige informationspakker .....	17
Refleksioner i forbindelse med faglige informationspakker .....	18
Det rigtige ordinationsniveau.....	19
Stigmatisering og betydning af regional kontrol.....	20
Faglige refleksioner og styrket opmærksomhed.....	21
Datadrevne refleksioner.....	22
Refleksioner over vanskelige situationer .....	24
Refleksioner over værdier for god lægemiddelordination.....	26
Omsætning af faglige informationspakker til brug i praksis.....	27
Opsamling på analyse.....	30
Forbedringsforslag til faglige informationspakker .....	30
Konklusion .....	32
Referencer .....	34
Bilagsfortegnelse .....	36

## Indledning

Jeg er farmaceut og arbejder som konsulent i MidtKraft, som er kvalitetsorganisationen for almen praksis i Region Midtjylland. I afdelingen arbejder vi med mange forskellige initiativer, der skal understøtte kvalitetsudvikling i praksissektoren fx undervisning, besøg i praksis og projektet Medicin i Midt. Min funktion i afdelingen relaterer sig særligt til medicinområdet.

Praktiserende læger er ifølge overenskomsten forpligtet til at ordinere rationelt (Overenskomster og aftaler i almen praksis). Rationel lægemiddelordination betyder, at der ordineres lægemidler med størst effekt, færreste bivirkninger og til den bedste pris. I fald dette ikke sker, så kan der rejses en sag i Samarbejdsudvalget, hvilket endnu ikke er sket i Region Midtjylland.

Praktiserende læger er forskellige, arbejder på forskellige måder og foretrækker at arbejde med kvalitetsudvikling på forskellige måder. Det forsøger vi at medtænke, når indsatser planlægges og gennemføres, hvilket projektet Medicin i Midt er et godt eksempel på.

De seneste overenskomster (Overenskomster og aftaler i almen praksis) for almen praksis og Danske Regioners og Praktiserende lægers Organisations fælles vision for almen praksis i 2030 (Praktiserende Lægers Organisation & Danske Regioner 2020) peger på, at praktiserende læger i endnu højere grad bliver omdrejningspunktet for patienterne, hvilket vil betyde, at en større del af behandlingen af borgere med kroniske sygdomme bliver varetaget i primærsektoren i fremtiden.

Det betyder dermed, at det er vigtigt, at praktiserende læger i endnu højere grad end før har fokus på at ordinere den rette lægemiddelbehandling. Der skal være fokus på den individuelle behandling af den enkelte patient, men samtidig skal den praktiserende læge have øje for behandlingen af den samlede patientpopulation.

Der kommer løbende nye vejledninger til praksis på medicinområdet. Det kan være svært for praksis at holde sig opdateret, og nogle vejledninger anbefaler noget forskelligt på det samme område. Det kan være svært at navigere i. I et forsøg på at komme praksis i møde i forhold til dette blev projektet Medicin i Midt planlagt og gennemført.

## Medicin i Midt

PLO-Midtjylland og Region Midtjylland har sammen planlagt og gennemført kvalitetsprojektet Medicin i Midt (Medicin i Midt 2017-2020). Formålet med projektet var at bidrage til mere rationel lægemiddelbehandling hos praktiserende læger. Projektet blev gennemført i perioden 2017-2020, men flere elementer fra projektet er sat i drift efterfølgende. Projektet bestod af

- Faglig efteruddannelse på stormøder og workshops
- Praksisbesøg
- Faglige informationspakker

Det var ambitionen med projektet, at den enkelte praksis havde mulighed for at vælge, hvordan de ville arbejde med kvalitetsudvikling på medicinområdet, men også at praksis selv havde mulighed for at vælge det faglige emne, som praksis fandt gav mest mening.

Jeg har i denne masteropgave på Master i Læreprocesser med specialisering i evaluering og kvalitetsudvikling valgt at fokusere på de faglige informationspakker, idet det er en forholdsvis nem måde at nå ud til mange praksis på. Formålet med informationspakkerne er at formidle faglig viden på udvalgte lægemiddelområder og at præsentere den praktiserende læge for egne ordinationsdata for herigennem at

bidrage til faglig refleksion hos praktiserende læger. Det forventes, at faglige refleksioner på sigt også vil bidrage til en ændret praksis på de områder, hvor lægen finder dette relevant.

Styregruppen for projektet har desuden besluttet, at der også fremover skal udvikles 1-2 nye informationspakker om året, hvorfor denne evaluering direkte kan anvendes i afdelingens videre arbejde.

En informationspakke består af (Medicin i Midt 2017-2020):

- Hovedbudskaber
- Uddybende information
- Ideer til omsætning i praksis
- Ordinationsdata

De første 8 pakker blev udsendt i papirversion i 2017 til alle praktiserende læger og har herefter været tilgængelige elektronisk. Individuelle ordinationsdata bliver ca. hvert halve år udsendt via e-boks til den enkelte læge. Rapporterne med ordinationsdata viser praksis, hvordan de ordinerer på området, og hvordan de ordinerer i forhold til de andre læger i Region Midtjylland. Et eksempel på en anonymiseret datarapport kan ses i bilag 5.

I starten af projektperioden evaluerede Forskningsenheden for Almen praksis i Aarhus brugen af de faglige informationspakker (Høj et al. 2019). Evalueringen viste, at lægernes engagement er drevet af faglige værdier, og at informationspakkerne var lette at omsætte til praksis. Datarapporterne bidrog positivt til lægernes lyst til at bruge informationspakkerne til kvalitetsudvikling.

De faglige informationspakker har nu eksisteret i 4 år, lægerne har fået tilsendt data hvert halve år siden 2017, og det er besluttet, at der fremover skal udvikles nye informationspakker hvert år. Det er derfor interessant at foretage endnu en evaluering, der kan belyse, hvordan de faglige informationspakker nu bliver brugt i klinisk praksis, hvordan de skaber refleksion, og ikke mindst om denne refleksion bliver omsat til ændringer i praksis.

Dahler-Larsen (Dahler-Larsen 2018) beskriver kvalitetsbegrebet som et begreb, der ikke indholdsmæssigt ligger fast, og at *"ganske meget afgøres i netop den måde, som begrebet appliceres på i en given situation"* (Dahler-Larsen 2018:33). I denne evaluering kan begrebet kvalitet både relateres til noget iboende - selve de gode egenskaber ved informationspakkerne. Men kvaliteten bestemmes også som noget mere værdimæssigt og subjektivt - hvordan informanterne subjektivt vurderer kvaliteten af informationspakkerne - om og i så fald hvordan informationspakker bidrager til refleksion og siden mere rationel lægemiddelbehandling. Rationel lægemiddelbehandling er netop det, der i farmaceutisk forstand kendetegner kvalitet på medicinområdet.

### Kontekstbeskrivelse

Evalueringen fokuserer på de praktiserende læger. For at hjælpe til en forståelse af den særlige kontekst, som almen praksis er, vil jeg kort i dette afsnit beskrive centrale elementer, der kendetager almen praksis.

Praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der har indgået overenskomst med en region, og deres arbejde er reguleret i overenskomsten. I Danmark har alle borgere ret til at have deres egen praktiserende læge tæt på deres bopæl, og der er fri adgang.

Praktiserende læger er autoriserede sundhedspersoner, der har fri ordinationsret, og som arbejder patientcentreret. Det er dog præciseret i overenskomsten, at de skal ordinere rationelt. Det betyder, at den praktiserende læge i samråd med patienten selv vælger, hvilken lægemiddelbehandling der ordineres til

patienter. På hospitaler er der langt større grad af regional indvirkning på lægemiddelforbruget, idet hospitalsafdelinger (og dermed hospitalslæger) økonomisk er tvunget til at ordinere det, der er rekommanderet i regionen.

Hvis regionen ønsker ændringer i forbruget på et lægemiddelområde i primærsektoren, kan dette gøres ved fagligt at argumentere for det fx gennem materialer og besøg i praksis. Der er få reelle sanktionsmuligheder, i fald en praktiserende læge ikke ordinerer rationelt.

De indledende afsnit fører frem til selve evalueringens formål.

#### Evalueringens formål og problemformulering

Evalueringen har til formål at belyse, hvilken effekt de faglige informationspakker skaber. Effekt forstået som hvordan de faglige informationspakkerne giver anledning til refleksion hos praktiserende læger.

Problemformuleringen i evalueringen er som følger:

#### **Hvordan giver faglige informationspakker anledning til refleksion hos praktiserende læger?**

Hos Kolb er refleksion en vigtig del af den erfaringsbaserede læreproces (Kolb 2017, s.296-297). Refleksion er således en central byggesten i den proces, der gør det muligt at lære via erfaring og dermed skabe mulighed for at kunne handle på nye måder.

Da jeg vurderer, at det er vigtigt for evalueringens resultater med en kontekstualisering, har jeg i evalueringen også valgt at belyse anvendelsen af informationspakkerne for at forstå de refleksioner, som lægerne beskriver.

#### Undersøgelsesspørgsmål

- Hvordan vurderer lægerne informationspakkerne, og hvilke forbedringsmuligheder ses?
- Opleves informationspakkerne som regional kontrol?
- Hvilke elementer i pakken skaber mulighed for refleksion?
- Hvilke ting hæmmer muligheden for refleksion?
- Skaber informationspakkerne ny praksis?

For at søge svar på problemformuleringen har jeg valgt at gennemføre en procesevaluering, hvori refleksion er et delelement. Procesevalueringen er nærmere beskrevet i det følgende afsnit.

#### Procesevaluering

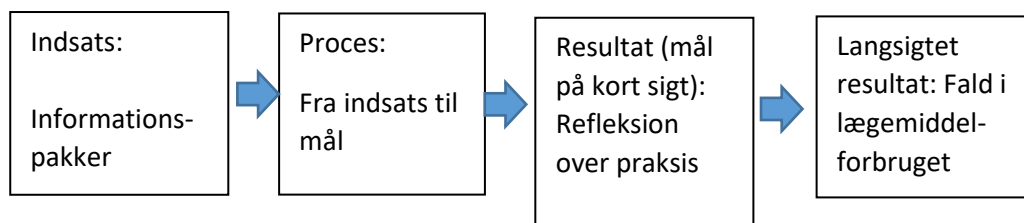
Rasmussen og Rasmussen beskriver procesevalueringen som en evaluering, der *"følger og undersøger implementeringen af et program med henblik på at producere systematisk viden om aktiviteter og virkninger"* (Rasmussen og Rasmussen 2016:242). Andersen, Wahlgren og Wandall beskriver det som en evaluering, der kan *"give svar på, hvad der kan gøres for at forbedre virkningen af indsatsen, hvordan proceselementer udvikler sig, og hvordan samspillet er mellem de enkelte proceselementer"* (Andersen, Wahlgren og Wandall 2017:153).

Begge beskrivelser fremhæver procesevalueringens muligheder for at opnå viden om aktiviteter og virkninger ved at følge implementeringen af en indsats og se på de enkelte proceselementer og samspillet mellem disse. Jeg vurderer derfor, at procesevalueringen er velegnet til at give svar på problemformuleringen samt undersøgelsesspørgsmålene.

Evalueringen af informationspakkerne har både et formativt og et summativt sigte. Evalueringen kan belyse, hvordan informationspakkerne allerede bidrager til refleksion i praksis, men jeg forventer også, at

evalueringen vil bidrage med ny viden, der kan bruges i det fortsatte arbejde med udvikling og implementering af informationspakker fremover.

Procesevalueringen af faglige informationspakker (Pedersen 2021) ser således ud:



Dahler-Larsen (Dahler-Larsen 2018) beskriver 5 kvalitetsperspektiver og kvalitetskriterier, der beskriver forskellige måder at se kvalitet på. I denne evaluering har jeg valgt at fokusere på kvalitet defineret ud fra at opnå bestemte effekter; refleksion og siden en effekt på lægemiddelforbruget. Mere herom i det næste afsnit.

#### Evalueringsskriterier og evalueringsskriterier

Mit valg af kvalitetskriterie bygger på min vurdering af, at effektbegrebet er væsentligt, når jeg undersøger, om lægers arbejde med faglige informationspakker overhovedet fører til noget. Det er nødvendigt, så vi får mulighed for at udvikle og forbedre informationspakkerne. Til brug for dette er der behov for en evaluering, der fortæller noget om effekten. Som Dahler-Larsen skriver, så er det også oppe i tiden, at offentlige initiativer skal have effekt og gøre en forskel (Dahler-Larsen 2018). Da effektbegrebet ikke er entydigt, og det dermed ikke ligger fast, hvordan en effekt defineres eller nærmere bestemmes, kan rimeligheden i at vælge et sådant perspektiv altid diskuteres.

I forhold til evaluering af de faglige informationspakker har jeg alligevel begivet mig i kast med at vurdere effekt som en form for output (refleksion), vel vidende at dette kun er et trin på vejen til at opnå effekter på lægemiddelforbrug og på patienters sundhed. Jeg har derudover valgt at udarbejde et mindre afsnit om lægernes beskrivelse af deres omsætning til ændret praksis, idet refleksion kan føre til sådanne effekter på praksis. At evaluere effekt ved at se på effekten på lægemiddelforbrug har jeg fravalgt, idet mange andre ting kan have effekt på lægemiddelforbrug, fx nye faglige retningslinjer, mediefokus på en sag eller tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Det er derfor usikkert at afgøre, på hvilken baggrund en sådan effekt fremkommer.

Dahler-Larsen finder, at offentlige initiativer ofte har fokus på output frem for outcome (Dahler-Larsen 2018). I denne undersøgelse er refleksion og effekt på lægemiddelforbruget at betragte som et output. Det virkelige outcome ville være den effekt, som informationspakker skaber for patienterne. En sådan undersøgelse kunne være interessant men er ikke mulig at gennemføre inden for rammerne af dette masterprojekt.

For at skære opgaven til har jeg valgt primært at fokusere på den refleksion, der kan opstå i arbejdet med informationspakker. Jeg vurderer, at det er en central effekt i forhold til muligheden for at skabe ny praksis. Kolbs læringscirkel (Illeris 2017, s.76) illustrerer, at refleksion er et processkridt i læreprocessen, som kan medføre ny praksis, som på sigt kan vise sig som effekter på lægemiddelforbrug, der siden kan komme både patienter og samfund til gode.

Dahler-Larsen (Dahler-Larsen 2016) vurderer, at spørgsmålet om anvendelse står centralt, når man ønsker at gennemføre en evaluering. Evalueringer gennemføres typisk for at vurdere en indsats og forbedre denne på baggrund heraf, hvilket også er tilfældet med denne evaluering. Dahler-Larsen (Dahler-Larsen 2016)

skitserer 7 anvendelsesmuligheder. I denne evaluering er anvendelsesformen primært læring, som gerne skal bidrage til udvikling og forbedring på medicinområdet.

Da projektet Medicin i Midt er et kvalitetsprojekt, der er udviklet i en kvalitetsudviklingsafdeling, vurderer jeg, at det er naturligt at foretrække denne anvendelsesform frem for fx kontrol eller en mere symbolsk anvendelse. Dahler-Larsen (Dahler-Larsen 2016) beskriver, at læring ikke bare skal være en fornemmelse, men at *"der er tale om en skarpere brug af begrebet, hvis læringens sker i forhold til bestemte aktører og deres antagelser, arbejdsformer, virkemidler og/eller målsætninger"* (Dahler Larsen 2016:197). Det er netop dette, jeg vil bestræbe mig på i evalueringen af brugen af informationspakkerne.

Flere anvendelsesformer kan være aktuelle på samme tid. I denne evaluering kan andre aktører i organisationen fx hos PLO-Midtjylland eller Regionsrådet i Region Midtjylland fokusere på en mere strategisk anvendelsesmulighed. Her kan der være tale om skjulte politiske interesser og motiver, som kan påvirke, hvordan evalueringens resultater strategisk bliver omsat (Dahler-Larsen 2016). På den måde kan evalueringen have utilsigtede virkninger.

For at søge svar på problemformuleringen har jeg valgt at gennemføre en empirisk undersøgelse ved brug af semistrukturerede interviews, hvor empirien indhentes gennem samtale med praktiserende læger om deres oplevelser af refleksion i forbindelse med informationspakkerne. I det følgende beskrives og begrundes mit valg af undersøgelsesdesign mere indgående.

#### Valg af undersøgelsesdesign

Ifølge Vedung (Vedung 2016) har evaluering gennem tiden udviklet sig i bølger, der er skyllet ind over land, og som har efterladt sig aflejringer ind i den næste tidsperiode. Den videnskabelige bølge i 50'erne havde fokus på eksperimenter og rationalisme, og den blev afløst af en mere dialogorienteret bølge, hvor evaluering handlede om samtaler, refleksion og inddragelse af interessenter. Sidst i 1970'erne skyllede new public management bølgen ind, hvor evalueringer var optaget af markedsførelsen af den offentlige sektor. Fra ca. år 2000 har evaluering drejet sig om at skabe evidens fx gennem randomiserede eksperimenter (Vedung 2016).

Jeg er selv opfostret i en naturvidenskabelig tradition, hvor der i høj grad er fokus på evidens og kliniske forsøg. Det naturlige valg i evalueringssammenhæng på medicinområdet bliver derfor ofte at udføre kvantitative evalueringer af effekter, fordi det er vi farmaceuter trænet i. En problemformulering kunne have lydt sådan: Hvilken effekt har brugen af faglige informationspakker på lægemiddelforbrug i praksis?

Som min Master i Læreprocesser skrider frem, er det blevet tydeligt for mig, hvilke udfordringer der er forbundet med at evaluere komplekse problemstillinger på en rent kvantitativ måde. Jeg vurderer, at de kvalitative evalueringer i høj grad kan berige evalueringer på det naturvidenskabelige område, så der skabes mulighed for at forstå, hvordan mennesker lærer og handler på et område, og hvilke effekter der kommer ud af dette. For hvad ved vi egentlig om vores indsatser, hvis vi udelukkende koncentrerer os om at evaluere på effektmål fx et ønsket fald i lægemiddelforbrug? Hvad ved vi så om, hvilke aktiviteter der har fundet sted, og hvordan disse er blevet implementeret i praksis? Og hvilken betydning det har haft for de effekter, som vi ser, eller som måske udebliver.

En kvalitativ tilgang med gennemførelse af interviews giver mig mulighed for at komme tæt på informanternes oplevelser ved at lytte og stille spørgsmål og derudfra formulere deres oplevelser gennem mit eget perspektiv. Den kvalitative metode ligger godt i tråd med den hermeneutiske tradition. Den valgte videnskabsteoretiske tilgang og undersøgelsesmetode er udfoldet mere i det næste afsnit.



## Videnskabsteoretisk tilgang og undersøgelsesmetode

Da formålet med evalueringen er at undersøge lægers refleksion i forbindelse med faglige informationspakker, har jeg valgt at gennemføre semistrukturerede interviews, som er en meget udbredt kvalitativ metode. At tale med andre om deres liv og erfaringer er omdrejningspunktet i det kvalitative forskningsinterview, som det beskrives af Tanggaard & Brinkmann (Tanggaard & Brinkmann 2020).

*"Målet med et interviewstudie er således mere præcist at komme så tæt som muligt på interviewpersonens oplevelser og i sidste ende formulere et kohærent og teoretisk velbegrunder tredjepersons-perspektiv på oplevelsen"* (Tanggaard & Brinkmann 2020:35).

Gennem interviews får jeg mulighed for at komme tæt på den andens oplevelser og gennem fortolkningsarbejdet formulere praktiserende lægers perspektiv på deres arbejde med de faglige informationspakker, herunder de refleksioner det har afstedkommet.

Gardamer beskriver, hvordan oplevelser og forståelser kan undersøges ud fra den hermeneutiske videnskabsteoretiske tradition. Mennesket er et forstående og fortolkende væsen (Juul 2012). I nærværende undersøgelse vil lægerne netop gennem interviewet dele de oplevelser af refleksion, de har haft i arbejdet med de faglige informationspakker.

*"Mening er ikke noget, der lader sig observere men den mening der ligger gemt i vore sproglige udtryksformer eller skjuler sig bag menneskers handlinger, må bringes frem gennem fortolkningsarbejdet"* (Juul 2012:108).

En forståelse af lægernes oplevelser bringes i denne evaluering frem gennem fortolkningsarbejdet, som det ses i analyseafsnittet.

Det ontologiske udgangspunkt er, at virkeligheden bare er en forestilling i vores bevidsthed. Hermeneutikkens epistemologi er, at verden kun kan forstås indirekte. Det handler dermed om gennem fortolkning at komme til en forståelse af, hvad det er, den anden fortæller. Informanterne vil under selve interviewet fortolke de spørgsmål, som jeg stiller, ligesom informanternes udsagn i analysefasen også vil blive fortolket af mig.

En hermeneutisk forsker er ikke en neutral observatør men et menneske, der bringer sine egne fordomme ind i processen, og som ikke sætter sin egen væren i verden i parentes (Juul 2012).

Undersøgelsen er også fænomenologisk inspireret. Den fænomenologiske videnskabsmand søger at indhente beskrivelser af de interviewedes livsverden. Disse beskrivelser bestræber forskeren sig på at indhente fordomsfrit, hvilket kræver en åben indstilling til subjekternes oplevelser og forsøg på at sætte forhåndsviden i parentes (Kvale og Brinkmann 2015). De gennemførte interviews vil jeg betegne som hermeneutiske interviews men fænomenologisk inspireret, idet jeg har forsøgt en meget åben tilgang ved at bruge det semistrukturerede interview, men egne forforståelser og teoretiske begreber har været ledetråde i arbejdet. Jeg har dog ikke på forhånd vidst, hvad jeg skulle lede efter, hvorfor jeg har brugt en åben og undersøgende tilgang, hvilket underbygger, at undersøgelsen også er fænomenologisk inspireret. Forforståelser får dog også indflydelse på, hvad man som forsker interesserer sig for i en given undersøgelse. Mine forforståelser er som følger:

- Informationspakker giver anledning til refleksion
- Informationspakker giver kun anledning til singleloop refleksion (Argyris 2017)
- Det er vanskeligt i praksis at omsætte pakkernes budskaber i det kliniske arbejde
- Datarapporter opleves som regional kontrol fremfor som støtte til kvalitetsudvikling

Den hermeneutiske spiral og det processuelle er helt centralt i hermeneutikkens metodologi. Spiralen illustrerer den hermeneutiske metode. Man skal forstå helheden ud fra empiriens dele og omvendt i konteksten. Som forsker bevæger man sig mellem forforståelse og fortolkning for at få en dybere forståelse af et fænomen (Ingemann 2020). Ny erkendelse opstår i mødet med et andet menneske, og horisonter kan smelte sammen og på den måde skabe nye forståelser (Juul 2012).

Jeg har valgt at gennemføre semistrukturerede interviews ved brug af interviewguide (se bilag 6), idet en ikke alt for stram styring kan give mulighed for, at informanterne bedst kan fortælle deres historie frit, samtidigt med at interviewguiden bliver en rettesnor, som sikrer, at jeg som relativt uerfaren interviewer kommer omkring det ønskede. At gennemføre et semistruktureret interview kræver, at man som interviewer formår at lytte til det, der bliver sagt og kunne surfe videre på de svar, der bliver givet for at forfølge et spor i dybden. Det kræver træning at blive god til, men jeg vurderer, at det semistrukturerede interview giver mig bedst mulighed for at indsamle den empiri, der kan anvendes til at søge at svare på undersøgelsens problemformulering. Jeg valgte at gennemføre en lille pilottest af mit spørgeskema, før interviews med informanter skulle finde sted for bedst muligt at sikre, at mine spørgsmål kunne fungere i interviewsituationen og gav svar, der efterfølgende kunne bruges til at belyse undersøgelsesspørgsmålene.

Jeg har bestræbt mig på at indtage rollen som *"den rejsende"*, som det beskrives af Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann 2015:77). For den rejsende repræsenterer interviewviden viden som konstrueret, i modsætning til at den er givet.

*"En rejsende opfattelse fører til interview og analyse som sammenvævede faser af videnskonstruktion med vægt på den historie, et publikum vil få at høre"* (Kvale og Brinkmann 2015:78).

Det betyder, at viden ikke er givet som en fast størrelse men konstrueres gennem interview og efterfølgende analytisk bearbejdelse.

Således gennemføres evalueringen ud fra et hermeneutisk ståsted med interview som metode.

Min mundtlige interaktion med informanterne oversætter jeg til tekstsprog i transskriptionsprocessen, se bilag 1-4. Af erfaring ved jeg, at transskriptionsprocessen er meget væsentlig for mig og for mit senere analysearbejde. Allerede i transskriptionsprocessen påbegynder jeg idegeneration til analysearbejdet. Jeg har derfor valgt selv at transskribere alle interviews for at give mig selv den bedste mulighed for at komme dybt ned i materialet og ydermere lære mere om min egen stil som interviewer. I transskriptionsprocessen går elementer tabt, fx fremgår stemmeføring og kropssprog ikke så tydeligt som i den mundtlige oplevelse. I denne evaluering har jeg valgt at transskribere ved at angive forbogstaver ud for udsagn for at angive, hvem der taler. Derudover har jeg kun valgt at angive latterfuld stemning. Jeg har ikke tjekket reliabiliteten af transskriptionen ved at se på, om en anden ville transskribere anderledes, men jeg har bestræbt mig på at gøre mig umage med transskriptionen for at sikre reliabiliteten af omdannelsen fra talesprog til skriftsprog.

Som en del af undersøgelsen har jeg indirekte valgt at inddrage kvantitative data om lægemiddelforbrug. I det følgende afsnit har jeg beskrevet, hvordan dette er sket, og hvordan jeg har forventet, at dette ville bidrage positivt til min undersøgelse af lægernes refleksioner.

#### [Opgørelser over lægemiddelforbrug](#)

Interviewpersonerne har givet samtykke til, at vores sekretær måtte fremsende de seneste tre datarapporter til lægen en uge før interviewet. Dette for at give informanterne mulighed for at have de kvantitative data i tæt erindring inden interviewet. Inddragelse af konkrete kvantitative data for den enkelte yder forud for interviewsituationen vurderede jeg kunne skærpe lægernes fokus på, hvordan de

helt konkret havde anvendt de faglige informationspakker. På den måde kunne de kvantitative data bidrage til en mere righoldig dialog om og dermed forståelse af anvendeligheden af informationspakkerne og potentielt føre til en mere nuanceret forståelse af lægernes refleksioner, læreprocessen og udfaldet heraf hos den enkelte læge. Der kan naturligt være forskel på, om og hvordan datarapporterne reelt er blevet læst før interview.

Jeg overvejede også selv at bede om adgang til at se deres data før interviewet, men jeg undlod dette. Det kunne have givet mig en anden baggrundsviden, men jeg vurderede, at denne viden kunne sætte alliancen mellem mig og informanterne på spil. Informanterne kunne opleve mig som en regional kontrollant, som ville sammenholde deres kvalitative udsagn med de kvantitative data om lægemiddelforbrug og se på én til én sammenhænge. Undersøgelsens hovedspørgsmål er at afdække, hvordan de faglige informationspakker giver anledning til refleksion, fremfor at undersøge hvilken effekt pakkerne har haft på lægemiddelforbruget. Dette er ydermere et væsentligt argument for at undlade at bruge de kvantitative data direkte i undersøgelsen.

For at gennemføre undersøgelsen skulle informanter udvælges. Jeg ved af tidligere erfaring, at rekruttering af praktiserende læger til interviewundersøgelser kan være en vanskelig opgave. I det følgende afsnit har jeg beskrevet, hvordan jeg har grebet udvælgelsen af informanter an.

#### Udvælgelse af informanter

Jeg har valgt at invitere mine lægelige kollegaer i MidtKraft til at deltage i evalueringen, idet deres deltagelse kan muliggøres gennem deres ansættelsesforhold i regionen. For at indgå i undersøgelsen var det en forudsætning, at lægen på invitationstidspunktet havde kendskab til informationspakkerne og havde taget aktivt stilling til dem og gerne havde arbejdet med en eller flere informationspakker i egen praksis. To af lægerne havde i tiden forud for undersøgelsen selv henvendt sig til mig med et ønske om data på en eller flere pakker eller havde stillet spørgsmål til datarapporter, som de havde modtaget fra Medicin i Midt. De sidste 2 læger blev udvalgt for at sikre forskellighed fx i forhold til køn og geografi.

4 praktiserende læger blev dermed udvalgt som interviewpersoner. Disse er som beskrevet oven for udvalgt, så de dækker forskellige køn, erfaring som praktiserende læge, geografier og praksisformer, så den måde blev muligt at beskrive og belyse forskellige vinkler i evalueringen. De fire informanter forventes dog ikke at være arketyper og på den måde dække alle praktiserende lægers brug af og refleksioner i forbindelse med informationspakkerne.

De fire informanter beskrives kort i det følgende.

D er kvinde og har 28 års erfaring som praktiserende læge. Hun er medejer af en stor lægepraksis, der ligger i et udkantsområde i Region Midtjylland. I lægehuset har hun mange faste lægekolleger, og derudover har klinikken også ansat mange læger i uddannelsesstillinger. Den kommune, som praksis er beliggende i, har en større andel af ældre over 75 år, end der er i resten af Region Midtjylland. Derudover forventes det, at den demografiske udvikling betyder, at der fremover vil komme en mere markant stigning i antallet af ældre, end det ses i regionen som helhed. Dette betyder naturligvis, at der er et højt ressourcetryk på sundhedssystemet i kommunen allerede, hvilket forventes øget fremover. Dette har betydning for ressourcetrækket på de praktiserende læger.

T er mand og har 7 års erfaring som praktiserende læge. Han ejer en lægepraksis sammen med en kvindelig kompagnon. Udover kompagnonen har lægehuset to uddannelseslæger i uddannelsesstillinger. Praksis ligger i en større midtjysk provinsby. I kommunen ser man generelt en stor tilvækst i indbyggerantallet, og

også i denne kommune forventes en stigning i antallet af ældre, hvilket har betydning for ressourcepresset på de praktiserende læger.

R er kvinde og har været praktiserende læge i Århus-området i 9 år. Hun ejer en større lægepraksis sammen med 3 andre læger. Udover ejerkredsen er der ansat en række læger og læger i uddannelsesstillinger. Århus Kommune er befolkningsmæssigt en yngre kommune. Andelen af ældre er også stigende i Århus, men ældrekvoten forventes at forblive langt mindre end i resten af landet. Praksis er beliggende i et af de ikke så velstillede områder i Århus.

K er mand og har været medejer af klinikken siden 2008. Han har dermed været praktiserende læge i 13 år. Han ejer klinikken sammen med sin kvindelige kompagnon. Klinikken har ansat en uddannelseslæge, men også medicinstuderende er en del af personalegruppen. Som for R ligger praksis også i Århus Kommune i et ikke så velstillet område. Lokationen i Århus betyder, at patientpopulationen i praksis er ung.

Afslutningsvist vil jeg i de sidste afsnit i metodeafsnittet give min vurdering af kvaliteten af undersøgelsen herunder redegøre for nogle etiske spørgsmål, der knytter sig til min brug af interviews som undersøgelsesmetode.

### Validitet og forskerrolle

I dette afsnit vil jeg beskrive mine overvejelser om undersøgelsens validitet herunder betydningen af min egen forskerrolle.

Ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann 2015) handler validitet i kvalitative undersøgelser om, hvorvidt en undersøgelse undersøger det, den påstår. De beskriver, hvordan validitet sikres som en løbende kvalitetskontrol gennem hele undersøgelsesprocessen. Jeg vil i det følgende dykke ned i følgende 4 faser; design, interview, transskription og analyse.

Overordnet er det min vurdering, at designet og valg af metode i undersøgelsen har været hensigtsmæssig til at undersøge problemformuleringen.

Jeg vælger i denne interne evaluering (Andersen, Wahlgren og Wandall 2017) at undersøge praktiserende lægers brug af og refleksion over informationspakker, som er et element i et projekt, som jeg selv har været projektleder på. Evalueringen af informationspakker skal bidrage til, at vi i afdelingen kan optimere informationspakkerne og tilrette vores kommunikation om dem. Dette med sigte på at ramme målgruppen bedst muligt i forhold til at optimere muligheden for refleksion blandt lægerne.

Da jeg dermed er på jagt efter konstruktiv kritik samt forbedringspotentialer for informationspakkerne, finder jeg det forholdsvist uproblematisk, at jeg undersøger et felt, som jeg er relativt tæt på. Da jeg ikke selv har en baggrund som praktiserende læge, er dette med til at skabe en distance til lægernes oplevelser, hvor jeg vurderer, at jeg kan gå åbent til værks for at forstå, hvordan pakkerne bruges, og hvordan de giver anledning til refleksion.

Sidst er det ikke mig selv, der har været forfatter på det faglige indhold i informationspakkerne, hvilket igen er med til at skabe en distance til feltet. Jeg har dog været med til at designe datarapporterne og har været med til at kommunikere overordnet omkring projektet.

Opsummerende vurderer jeg, at jeg har en passende afstand til genstandsfeltet, og at mit forsøg på at afdække kritikpunkter og forbedringspotentiale er muligt i den rolle, som jeg indtager i denne undersøgelse. Nærheden til feltet vurderer jeg ikke har negativ betydning for undersøgelsens validitet.

Jeg har forsøgt at udvælge mine informanter, så der var repræsentanter for begge køn samt en varierende erfaring blandt informanterne. Derudover har jeg lagt vægt på at inddrage informanter fra forskellige praksisformer og geografier. Dette i håbet om at deltagerne kunne give et bredt billede af undersøgelsesfeltet og på den måde sikre en dækkende empiri, der var repræsentativ for praktiserende læger.

Af praktiske årsager er udvælgelsen sket i regionens eget korps af lægelige konsulenter, hvilket potentielt kan have betydning for deres svar. Jeg vurderer dog ikke, at dette reelt er et problem, da undersøgelsen netop efterspørger forbedringspotentialer, og mine tidligere erfaringer fra samarbejdet i Midtkraft er, at der er en ligefrem og ærlig tone mellem regionale medarbejdere og lægelige konsulenter.

Under interviewet blev det klart, at en af informanterne havde deltaget på sidelinjen i udviklingen af de faglige informationspakker og havde givet input til udviklingen, da projektet startede i 2017. Derfor har jeg fravalgt at inddrage hendes udsagn i den overordnede vurdering af informationspakkernes kvalitet for at sikre validiteten, men jeg har brugt hendes udsagn i den resterende undersøgelse. Jeg vurderer ikke, at hendes tidligere medvirken har haft betydning for de udsagn, som jeg har valgt at bruge.

Under interviewet handler validitet om troværdigheden af udsagn og kvaliteten af interviewerens arbejde (Kvale og Brinkmann 2015).

I mine interviews forsøger jeg at få informanterne på banen så meget som muligt, men jeg får ikke altid fulgt godt nok op på deres svar. Det betyder, at jeg i nogle afsnit kommer til at være mest undersøgende i overfladen i stedet for at komme mere i dybden, som jeg egentlig har ønsket. Jeg forsøger dog undervejs at få afklaret, om jeg har forstået deres udsagn rigtigt ved at samle op på det sagte og evt. gentage dette med mine egne ord. Dette kan have betydning for validiteten af undersøgelsen. Min oplevelse har dog været, at interviewene har været autentiske beretninger, og at informanterne har berettet deres historier sandfærdigt, hvilket har bidraget til validiteten.

Som interviewer har jeg altid indvirkning på forskningsprocessen og interviewsituationen og dermed på undersøgelsens validitet. Som forsker er det mig, der beslutter, hvilke spørgsmål jeg stiller, og hvilke svar jeg forsøger at få uddybet nærmere. Jeg har forsøgt at sætte mine forforståelser til side i interviewsituationen for at gå åbent til feltet, men ved transskriptionen ses det, at dette ikke altid er sket, ligesom jeg også har stillet ledende spørgsmål. Svar på ledende spørgsmål har jeg udeladt i analyseafsnittet. Validiteten kan på den måde siges at være påvirket både positivt og negativt.

I analysefasen er det mig som forsker, der har fortolkningsretten, men teori har været retningsangivende for mig i arbejdet med både interviewguide og i analysefasen. Den deduktive tilgang vurderer jeg er med til at sikre validiteten. Jeg har forsøgt at begrunde mine fortolkninger på en gennemsigtig og holdbar måde, for at gøre læseren i stand til at følge logikken i mine fortolkninger, så læseren på den måde gerne skulle opleve holdbare og transparente fortolkninger.

Jeg vurderer ikke, at undersøgelsen får særlige konstitutive virkninger (Dahler-Larsen 2016). Det er frivilligt for praktiserende læger, om de vil arbejde med de faglige informationspakker, og lægerne har ordinationsfrihed. Jeg vurderer derfor ikke, at undersøgelsen i særlig grad kommer til at influere på, hvordan lægerne agerer fremover. Jeg håber, at selve informationspakkerne fortsat kommer til at skabe effekt, men jeg vurderer ikke, at selve evalueringen får direkte effekter i almen praksis. Regionen har som skrevet tidligere ingen reelle sanktionsmuligheder over for lægerne, hvilket understøtter min vurdering af, at de konstitutive virkninger vil udeblive. Det ville være en anden sag, hvis undersøgelsen havde fokuseret

på en effekt på lægemiddelforbruget, og at der var tydelige krav i overenskomsten om, hvilket lægemiddelforbrug almen praksis skal stile efter.

I det følgende afsnit vil jeg fokusere på de etiske overvejelser, det altid er relevant at gøre sig i forbindelse med en undersøgelse.

### Etiske overvejelser

Informanterne har frivilligt valgt at deltage i undersøgelsen. I interviewsituationen er de blevet informeret om formålet med undersøgelsen, samt hvordan jeg ville bruge deres data i afrapporteringen. Jeg har anonymiseret deltagerne, så de ikke kan genkendes. Jeg vurderer ikke, at deres deltagelse kan få hverken positive eller negative konsekvenser for dem personligt, da de er anonyme, og der samtidig ikke var tale om et terapeutisk interview men en mere ufarlig undersøgelse af, hvordan et redskab kan forbedres. Jeg vurderer heller ikke, at undersøgelsen kan få negative konsekvenser for lægegruppen som helhed, men håber at den i stedet kan få positive konsekvenser for gruppen, idet undersøgelsen netop skal bidrage til at forbedre informationspakkerne, som er et værktøj, mange læger allerede er glade for.

I undersøgelsen bruger jeg mig selv til at indhente empirien gennem interviewet. Derfor vil min integritet og uafhængighed have stor betydning for det etiske i undersøgelsen. Integritet handler ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale & Brinkmann 2015) om min viden, erfaring, ærlighed og fairness. Jeg vurderer, at min integritet er intakt, og at jeg har forsøgt at handle etisk i rollen som forsker.

Jeg anerkender, at der kan være forskel på, hvorvidt en informant føler, at transskriptionen er loyal over for deres mundtlige fremstilling, men jeg har bestræbt mig på at gøre mig umage for, at transskriptionen skulle være så tro mod det sagte som muligt. Jeg har ikke inddraget informanterne i analysefasen men har forsøgt at rapportere den viden, som, jeg har vurderet, er sikker.

### Teorifremstilling

Da refleksion og læring er det kortsigtede mål med indsatsen, vurderer jeg, at læringsteori er relevant at inddrage i undersøgelsen, hvorfor jeg har valgt at kombinere to teoretikere, Argyris (Argyris 2017) og Kolb (Kolb 2017). Kombinationen af at se læring som en cirkulær proces med refleksion som et delelement kombineret med Argyris' begreber om single- og dobbeltloop kan gøre mig i stand til at se på hele læreprocessen men også at stille særligt skarpt på dybden af de refleksioner, der finder sted, når lægerne arbejder med de faglige informationspakker.

Centrale pointer fra Kolbs læringsteori er beskrevet i det følgende afsnit.

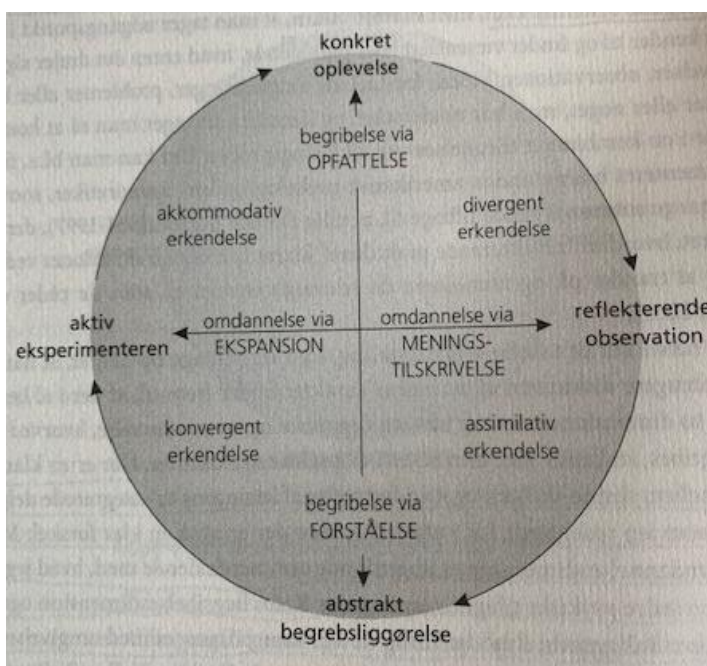
### Kolbs læringscirkel

Kolb definerer læring sådan: *"Læring er den proces, hvorved erkendelse udvikles gennem omdannelse af oplevelse"* (Kolb 2017:295).

Kolb beskriver den erfaringsbaserede læreproces som en cirkulær proces med fire stadier; konkret oplevelse, reflekterende observation, abstrakt begrebsliggørelse og aktiv eksperimenteren (Kolb 2017). Læringscirklen kan bruges som analytisk værktøj til at analysere læreprocesser.

Kolb er konstruktivist, og hans forståelse af læreprocessen er en cirkulær proces, hvor den enkelte gradvist udvikler sin forståelse. Jeg vurderer, at når man skal undersøge læring og læreprocesser hos det enkelte menneske, er valg af interview som undersøgelsesmetode et godt valg, også når Kolbs teori ønskes anvendt. Dette fordi interviewet netop er en samtale, hvori viden konstrueres, hvilket ligger godt i tråd med Kolbs forståelse af videnskonstruktion.

Læringsmodellen (Kolb 2017) kan ses i nedenstående figur, hvor de fire stadier er indtegnet. En konkret oplevelse fører til refleksion over oplevelsen. Hvad skete der og hvorfor? I begrebsliggørelsen forsøger lægen at skabe teori. Hvad kan konkluderes? Begrebsliggørelsen betyder, at lægen får mulighed for at forstå emnet på et dybere plan og få udvidet sin forståelse, og den gør lægen klar til at handle ved at afprøve teorien sammen med patienten. Derefter er lægen klar til ny afprøvning med nye observationer, og læringscirklen kan gennemløbes på ny.



Kilde: Kolb 2017

Læreprocessen kræver dermed ifølge Kolb, at man både skal reflektere og handle.

Ud over de fire stadier er der på figuren også indtegnet 2 akser i cirklen. Kolb finder (Kolb 2017), at begge dimensioner indgår i al læring. Den lodrette akse (abstrakt/konkret) benævnes begribelse (det der læres), og den vandrette akse omdannelse (hvordan det læres).

Begribelsen udspænder sig mellem den konkrete opfattelse af en oplevelse til den reflekterede og bearbejdede forståelse af oplevelsen. Denne dimension handler om perception - vores opfattelse og fortolkning af det vi sanser.

Omdannelse udspænder sig mellem den reflekterende observation, hvor oplevelsen tilskrives mening og den aktive eksperimenteren, hvor der sker en ekspansion. Det, vi har perciperet, sættes i forhold til eksisterende meningsstrukturer som fx begreber og erfaringer og omdannes og integreres heri.

Kolb beskriver i nedenstående citat, hvordan både begribelse og omdannelse er nødvendige for, at læring kan finde sted.

*Den simple perception af en oplevelse er ikke nok til at lære, der skal gøres noget ved den. Tilsvarende kan omdannelse alene ikke udgøre læring, for der må være noget at omdanne, en tilstand eller oplevelse, der kan handles ud fra" (Illeris 2017:79).*

Det betyder, at oplevelsen eller omdannelsen af oplevelsen ikke kan stå alene. Dette må man være opmærksom på, når man tilrettelægger læreprocesser.

I denne evaluering kan den indholdsmæssige læringsdimension afdækkes ved at interessere sig for informanternes oplevelser, deres refleksioner over disse, hvilke teorier der er blevet skabt ud fra oplevelser, refleksioner og viden fra informationspakker, samt hvilke eksperimenter dette har afstedkommet.

De 2 akser deler cirklen i 4 erkendelsesformer (Kolb 2017); konvergent erkendelse, divergent erkendelse, assimilatativ erkendelse og akkomodativ erkendelse.

Argyris' (Argyris 2017) begreber om single- og dobbeltloop læring kan bruges til at undersøge dybden af de refleksioner, der finder sted, når praktiserende læger arbejder med informationspakker. Argyris' læringsteori og mulighederne for at anvende hans begreber analytisk er opridset i det følgende afsnit.

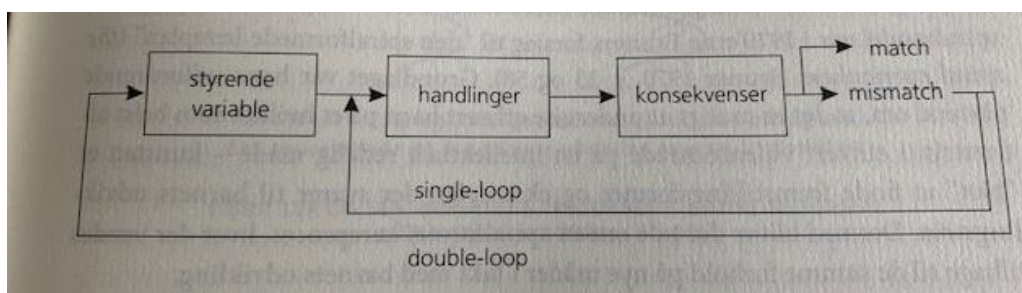
### Argyris – single- og dobbeltloop

Argyris introducerer begreberne om læringsformerne single- og dobbeltloop læring i organisationer. Jeg vælger alligevel at benytte Argyris begreber til at analysere læreprocesser hos individer, idet det ifølge Argyris er *"individer, der handler som organisationens agenter, der producerer den adfærd, som fører til læring"* (Argyris 2017:437). Organisationen skaber naturligvis nogle af de betingelser, der har betydning for, hvad der er muligt for individet, men individet bringer også fordomme og begrænsninger med sig ind i læringssituationen.

Argyris præsenterer en teknisk forståelse af læring – ideen om læring som fejlretning (Argyris & Schön 1996). Den grundlæggende tanke er, at læring handler om at rette fejl. At de handlinger og undersøgelser, der følger af feedback i en proces, kan variere i graden og dybden af refleksion over sammenhæng mellem intention og resultat.

Jeg vurderer, at Argyris som Kolb er konstruktivist, og hans forståelse af læring er, at der er forskellig dybde i de refleksioner, der sker i forbindelse med læreprocessen. Når man ønsker adgang til at forstå og belyse disse forskellige niveauer af refleksion, så vurderer jeg, at valg af interview som undersøgelsesmetode igen vil være et godt valg.

Figuren neden for viser begreberne single- og dobbeltloop læring.



Kilde: Argyris 2017

Når der i forbindelse med problemløsning ikke stilles spørgsmål eller ændres ved de styrende variable, definerer Argyris (Argyris 2017) det som singleloop læring. Styrende variable er de tilstande, som individer stræber efter, når de handler. Singleloop læring fokuserer på, om vi gør tingene rigtigt.

Når et mismatch mellem intentioner og resultater korrigeres ved ændrede handlinger, der ikke ændrer ved de styrende variable, så er der tale om singleloop læring. Det er lettere at løse problemer med singleloop



læring frem for ved dobbeltloop læring, og denne type læring egner sig godt til løsning af rutineprægede opgaver.

Som det ses på figuren, så undersøges og ændres de styrende variable ved dobbeltloop læring (Argyris 2017). Ved et mismatch mellem intention og resultat undersøges og korrigeres de styrende variable først, hvorefter handlingerne kan korrigeres. Dobbeltloop læring er særligt relevant til at løse komplekse problemstillinger. Denne form for læring stiller spørgsmålet: Gør vi de rigtige ting?

### Analyse

Som analysemetode vil jeg benytte en tematisk analyse, som den er beskrevet af Johannessen, Witsø Rafoss & Rasmussen (Johannessen, Witsø Rafoss & Rasmussen 2020), hvor det at lede efter temaer i sit datamateriale er centralt "*Et tema er en gruppering av data med viktige fellestrekk*" (Johannessen, Witsø Rafoss & Rasmussen 2020:279). Metoden er beskrevet med 4 trin; forberedelse, kodning, kategorisering og rapportering.

Temaerne i analysen er udvalgt på baggrund af min interesse for temaet, hvilket også afspejles i min interviewguide. Andre temaer er dukket op ved gennemlæsning og kodning af mine interviews fx stigmatisering og regional kontrol samt det rigtige ordinationsniveau. Hertil kommer, at jeg finder det vigtigt at analysere lægernes anvendelse af og vurdering af informationspakkerne, idet jeg vurderer, at disse temaer har stor betydning for, om informationspakkerne overhovedet får mulighed for at give anledning til refleksion, hvilket netop er det spørgsmål, som jeg er optaget af i undersøgelsen. Da refleksion potentielt kan føre til ændret praksis, har jeg også valgt at behandle et tema om omsætning i praksis. Mine teorivalg har jeg brugt til at udfolde temaerne nærmere. Som det beskrives her, dukker der temaer op, som jeg ikke har ledt efter på forhånd. Dette understøtter, at undersøgelsen også er fænomenologisk inspireret.

I analysen har jeg derfor bearbejdet deltagernes overordnede vurderinger af informationspakkerne, herunder en vurdering af det faglige indhold. Herudover har jeg udvalgt følgende temaer:

- Brug af informationspakker
- Refleksioner
- Omsætning til brug i praksis

Analyseafsnittet er delt op i de tematiske afsnit under hver deres overskrift, og den er præsenteret i de følgende afsnit.

### Overordnet vurdering af faglige informationspakker

Som beskrevet før er en vurdering af kvaliteten af informationspakker både en subjektiv og en værdimæssig vurdering, men det er også en vurdering af egenskaber ved informationspakker. I dette indledende afsnit vil jeg beskrive, hvordan de praktiserende læger i undersøgelsen vurderer informationspakkerne. Vurderingen forventer jeg har betydning for, om og i så fald hvordan informationspakker bliver brugt og deraf deres mulighed for at skabe refleksion.

De første 8 faglige informationspakker blev udsendt i papirformat, da det den gang ikke var muligt at formidle data til hver enkelt praksis elektronisk. D oplevede det sådan "*Så det der kommer på papir, det er en lille smule mere anmasende. Og man kan godt lidt få lyst til at finde ud af, hvad er der egentlig i den pakke der* (bilag 3 s.2).

D vurderer, at udsendelsesmetoden har betydning for, om praksis overhovedet får lyst til at kikke i informationspakkerne. Hun forklarer, at en papirversion pirrer nysgerrigheden, fordi læger ikke så ofte modtager fagligt materiale på papir. Jeg tolker det sådan, at papirudsendelse kan være en fordel for

informationspakkers skæbne i nogle praksis, og hvordan de får mulighed for at skabe refleksion. D tilhører den ældre gruppe af læger, hvilket kan have betydning for ønsket om en papirversion. Jeg vurderer, at regionen skal undersøge muligheden for at imødekomme forskellige brugerønsker til udsendelsesmetode.

Selvom informationspakkerne er udformet, så det er muligt at skaffe sig et hurtigt overblik over en pakke, så tager det tid i en travl hverdag *"Men det tager jo nogen kræfter at læse dem, selv om de er enormt overskuelige"* (bilag 3 s.4). D sætter her fingeren på en central udfordring. Informationspakker lander i en travl hverdag. De første 8 pakker blev udsendt i mindre portioner med 4 i hver for at øge praksis' mulighed for at få et overblik over de enkelte pakker, men det har alligevel været et omfattende materiale. Fremover vil der blive udviklet 1-2 nye informationspakker om året, hvilket kan betyde et mindre tidsforbrug i praksis. Herudover vurderer jeg, at praksis nu er så bekendt med konceptet, at det bliver nemmere for dem at skabe sig et overblik fremover, hvilket vil øge sandsynligheden for, at refleksion finder sted.

K oplever informationspakkerne som inspiration til sit arbejde med at sikre kvaliteten på lægemiddelområdet *"Jeg tænker, at jeg er virkelig glad for dem, fordi det ligesom giver et spot et projektørlys, man så kan bruge. Det går vi ind i [...] så tænker jeg også, at der sidder nogen kloge hoveder i den anden ende af de her rapporter, der ligesom vælger ud, hvad for nogle præparater det er vigtige at få kikket på i forhold til forbrugsmønstre [...]"* (bilag 1 s.6).

Jeg tager hans udsagn som udtryk for, at det letter K's arbejde med kvalitetsudvikling på lægemiddelområdet, fordi regionen har gjort et forarbejde og har udvalgt og beskrevet relevante lægemiddelområder i informationspakkerne. Min tolkning er, at han har tillid til, at regionen har udvalgt lægemiddelområder, som er relevante for praktiserende læger. Desuden tolker jeg også, at han har tillid til de faglige budskaber i informationspakkerne. At der er tillid til det faglige indhold, og at der er gjort et centralt forarbejde, vurderer jeg, skaber mulighed for, at refleksion kan ske. R oplever derimod ikke, at emnerne i pakkerne er udvalgt på en tydelig måde *"Jeg har svært ved at se den røde tråd [...]"* (bilag 2 s.9). Dette vurderer jeg omvendt kan have negativ betydning for muligheden for refleksion. Der er således elementer, der trækker i hver sin retning, og som vi i regionen skal være opmærksomme på har betydning.

K vurderer, at pakkerne hjælper dem i en travl hverdag *"Så det der med at der kommer sådan en dumpende ind ad døren, som man skal tage stilling til, det er rigtig fedt"* (bilag 1 s.9). Jeg tolker det sådan, at informationspakker kan give lægerne et skub ind i læringscirklen, som den beskrives af Kolb (Kolb 2017). Jeg tolker, at der både kan være tale om en indgang til læringscirklen gennem refleksion over data i en informationspakke men også gennem begrebsliggørelsen på et fagligt område.

Jeg vurderer også, at det er et eksempel på, at der er forskel på, hvordan D og K ser på det at modtage fagligt materiale i en travl hverdag. K betoner primært det positive ved at blive hjulpet på vej, mens D også fokuserer på, at materialet kræver kræfter. Jeg tolker det sådan, at der kan være stor forskel på overskuddet i praksis til udviklingsarbejde. Hos D er der en overvægt af ældre patienter, hvilket øger presset og får betydning for ressourcer til udviklingsarbejde, herunder hvordan informationspakker får mulighed for at give anledning til refleksion.

Som jeg skrev i indledningen, har praktiserende læger mange forskellige vejledninger at forholde sig til, og der kommer hele tiden nye. Jeg tolker ovenstående sådan, at informationspakker kan hjælpe lægerne med at vælge, hvor de med fordel kan eksperimentere og udvikle ny praksis. På den måde skærpes deres interesse for de lægemiddelområder, som, regionen og PLO-M vurderer, er vigtige at arbejde med, om end den røde tråd kan trækkes bedre op. Det bliver dog også tydeligt, at der er forskelligt overskud i praksis til at arbejde med kvalitetsudvikling, hvilket vil få betydning for, hvordan pakkerne får mulighed for at anspore til refleksion.

På det helt overordnede plan tyder det på, at de praktiserende læger har taget godt imod de faglige informationspakker og kan se, at de kan lette arbejdet med kvalitetsudvikling på medicinområdet. Dette vurderer jeg et godt udgangspunkt for, at informationspakker bliver brugt og kan bidrage til refleksion.

### Vurdering af indhold i faglige informationspakker

I dette afsnit vil jeg gå ned i indholdet i informationspakkerne for at belyse, hvilken betydning indholdet har for informationspakkernes mulighed for at skabe refleksion.

Alle læger lægger stort fokus på datarapporterne, se bilag 5. De viser, hvordan lægen ordinerer i forhold til andre læger i regionen, og hvordan udviklingen i forbruget har været. Når jeg spørger til en vurdering af indholdet i informationspakkerne, fylder datarapporterne meget. Det kan du læse mere om i afsnittet om datadrevne refleksioner.

D gør opmærksom på, at definerede døgndoser (DDD) er et meget abstrakt begreb ” [...] *Det der definerede døgndoser. Hvad er det nu for noget?*” (bilag 3 s.5). DDD er et internationalt mål til at sammenligne lægemiddelforbrug. Min erfaring er, at DDD er en svær størrelse for læger at forholde sig til, men det er den bedste metode til sammenligning af forbrug. For at imødekomme dette, angives det også i rapporterne, hvor mange patienter praksis har i behandling med lægemidlerne. Tidligere har regionen udarbejdet et forklaringsark til DDD. Jeg vurderer, at dette ark med fordel kan blive udsendt til lægerne for at hjælpe til tolkning af data. At forstå data rigtigt, vurderer jeg, er helt centralt, for at refleksion bliver mulig. Det er også centralt for, at vejen ind i læringscirklen (Kolb 2017) baserer sig på et rigtigt grundlag.

Informationspakkerne indeholder flere elementer end datarapporter. Når jeg i første omgang spørger ind til indholdet i informationspakkerne, bliver der sagt meget lidt om det faglige indhold. At informanterne en uge før interviewet fik tilsendt de seneste datarapporter kan have styrket deres lidt ensidige fokus på disse frem for de andre dele i informationspakkerne. Min erfaring er dog, at data til klinikere, ofte får stor opmærksomhed, hvorfor jeg tolker det sådan, at datarapporter faktisk har stor betydning for lægernes vurdering af indholdet. Jeg vurderer derfor, at datarapporterne har stor betydning for, om refleksion finder sted, og at datarapporter dermed bliver en vigtig indgangsport til læringscirklen, som Kolb beskriver den (Kolb 2017).

I et forsøg på at få lægerne til at vurdere det faglige indhold må jeg stille uddybende spørgsmål. T oplever indholdet som det ” [...] *der lige er comme il faut*” (bilag 4 s.5). Dette bekræftes af D, der oplever, at 90% af det faglige stof er kendt, men at det er samlet på en god måde ”*Og det er nok også det, at de fleste praktiserende læger ved det meste af det, der står i pakkerne, og så bliver man suppleret lidt [...]. Det er det, der gør, at det er til at tage ind [...]*” (bilag 3 s.8).

Jeg vurderer, at D her beskriver, hvordan informationspakker bidrager til assimilativ erkendelse, som det beskrives af Kolb (Kolb 2017). Hun vurderer, at det kan være lettere at tilføje ny viden til allerede kendt viden frem for at skulle lære helt fra bunden. Da indholdet i informationspakkerne er udvalgt efter, at det er lægemiddelområder, der ofte anvendes i praksis, giver dette netop mulighed for assimilativ erkendelse.

R lægger vægt på, at materialet er kortfattet og en nem måde at få overblik på ”*Hurtigt og overskueligt for at man ikke mister modet ved, fordi vi jo ikke har timevis til at dvæle ved de her ting. Men vi er jo naturligt interesseret, og jeg synes især sammenligningsgrafen er enormt rar til lige at tage et kikk på*” (bilag 2 s.2).

R fokuserer på, at materialet skal være let at tilgå, og hun vurderer, at det er tilfældet i informationspakkerne. Jeg tolker det som om, at hun vurderer informationspakken som et hele med både faglige budskaber, som hun nemt kan orientere sig i og datarapporten, hvor hun kan se, hvordan hun ligger

sammenlignet med andre. Jeg tolker, at det er kombinationen af faglige budskaber og data, der gør det nemt for hende at vurdere, om og i så fald hvad der skal arbejdes med. Jeg vurderer, at det er et eksempel på, at informationspakkerne på samme tid bidrager til både begrebsliggørelse og refleksion (Kolb 2017), og at praksis gøres i stand til at komme videre i læringscirklen til den eksperimenterende fase ved brug af informationspakkerne.

Jeg vurderer også, at det er et eksempel på, at informationspakkerne understøtter indgang til læring på forskellige måder, hvilket kan være en fordel. Nogle mennesker lærer bedst ved at reflektere over en oplevelse, andre lærer bedre gennem præsentation af teoretisk viden.

Opsamlende finder jeg, at lægerne vurderer, at informationspakkerne er nemme at gå til. Det er ikke de faglige sider, de lægger størst vægt på i deres vurdering, men de oplever, at det faglige indhold supplerer den viden, de allerede har. Min vurdering er derfor, at sammensætningen af en pakke er hensigtsmæssig. Datarapporter er væsentlige for at bidrage til refleksion, men de kan ikke stå alene. Der er brug for et fagligt bagtæppe, og både det faglige indhold og datarapporter giver en indgang til læringscirklen, som Kolb (Kolb 2017) beskriver den.

Den konkrete anvendelse af informationspakkerne har også betydning for, hvilke muligheder der er for at skabe refleksion. Derfor er anvendelsesperspektivet behandlet i det næste afsnit.

#### Fleksible muligheder for brug af de faglige informationspakker

Det er forskel på, hvordan lægerne anvender informationspakkerne, hvilket der præsenteres eksempler på i dette afsnit. Eksemplerne illustrerer brugen af pakkerne, men de viser også eksempler på, hvordan der eksperimenteres på baggrund af informationspakkerne. Dette er et trin i Kolbs læringscirkel (Kolb 2017), som jeg også har behandlet i afsnittet om omsætning til brug i praksis.

T har brugt regionens lægemiddelkonsulenter til at komme i gang med arbejdet *"For lige at forstå hvad det var for en størrelse, og hvordan vi kunne arbejde med det og finde nogle fokusområder for os"* (bilag 4 s.1).

Lægemiddelkonsulenterne har et stående tilbud til praksis om gennemgang af lægemiddelområder. T repræsenterer således en praksis, der har gjort brug af dette tilbud i forventning om, at det kunne hjælpe praksis med at udvælge fokusområder. Herefter har de følt sig selvkørende. Dette ser jeg som et tegn på, at informationspakkerne er nemme at gå til, når praksis først har skabt sig et overblik over materialet. Lægemiddelkonsulenterne kan hjælpe praksis med at sætte fælles refleksion i gang og udvælge, hvad det er relevant at arbejde med. Jeg vurderer, at lægemiddelkonsulenter kan spille en vigtig rolle i at medvirke til refleksion i praksis over informationspakker og til at understøtte aktiv eksperimenteren i praksis.

K beskriver, hvordan de på en struktureret måde griber den aktive eksperimenteren an hos ham. For opioid-pakken fremsøges patienter i lægesystemet. Herefter gennemgår sekretæren hver enkelt patient, der er i behandling med opioid og kontakter patienten, hvis der er mangler. Sekretæren kontrollerer ud fra et fast koncept, som lægen har opstillet *"[...] har de en årskontrol tid, er der nogen der bare får det udleveret? [...] Har vi en forsideplan for dem alle sammen? Har vi et max forbrug? Bliver der tjekket, at de overholder det vi har aftalt og sådan nogle ting?"* (bilag 1 s.3).

Evalueringen fra Forskningsenheden for Almen Praksis viste, at arbejdet med pakkerne blev grebet forskelligt an, og at der derfor blev eksperimenteret meget forskelligt. Nogle havde en struktureret tilgang, andre en mere ad hoc tilgang (Høj et al. 2019). K fortæller *"Vi er da mega strukturerede herude i almen praksis (grin)"* (bilag 1 s.4). Jeg tolker det sådan, at han er klar over, at der er stor variation mellem læger i forhold til, hvordan de arbejder. Dette ligger i tråd med resultater fra den tidligere evaluering (Høj et al.

2019). Jeg vurderer, at de fleksible muligheder er med til at sikre, at informationspakkerne kommer i brug gennem bl.a. friheden til at designe egne relevante eksperimenter.

Hos R har de forsøgt sig med både at fremsøge lister over patienter, men de har også aftalt, at *"sekretærerne var opmærksomme i telefonen"* (bilag 2 s.5). Dermed ses der her en kombination af to tilgange, som også Høj et al. har præsenteret (Høj et al. 2019).

Hos T arbejder de projektbaseret *"så har vi brugt dem som sådan nogle projekter"* (bilag 4 s.2) Det betyder, at de løbende udvælger projekter, der arbejdes med. De henvender sig skriftligt til patienterne *"vi er i øjeblikket ved at lave en gennemgang af alle vores patienter, der får denne type af medicin, og du dukkede op på vores liste, og vi vil gerne have en dialog med dig om, du får den rigtige medicin for dig [...]"* (bilag 4 s.2). Det er ofte patienten, der efterfølgende frivilligt skal henvende sig til lægen for en dialog om lægemiddelbehandlingen.

De har ikke arbejdet systematisk med pakkerne i fællesskab hos D. De har mere sporadisk talt om de problematikker, som pakkerne fokuserer på. I stedet har mange læger deltaget på stormøder og workshops, som også var en del af Medicin i Midt. Begge dele havde fokus på polyfarmaci, herunder brugen af informationspakker. På det første møde var det oplæg om polyfarmaci. Herefter valgte praksis et hjemmearbejde, som de efterfølgende præsenterede på en workshop sammen med læger fra andre praksis *"Jeg tænker faktisk, at det var meget vigtigt, også fordi man mødte folk fra andre praksis og hørte deres historier, og de var vældig interessante i virkeligheden, hvordan at nogle havde grebet det an [...]"* Det gør, at det virkelig sætter sig fast herinde" (bilag 3 s.7).

D beskriver, hvilken betydning det kan have at høre andres eksperimenter. Jeg tolker det sådan, at også andre lægers oplevelser og eksperimenter kan skabe refleksioner over lægens egen praksis, og på den måde forbindes flere læringscirkler med hinanden. Medicin i Midt var designet på den måde, at praksis havde forskellige muligheder for at arbejde med og reflektere over lægemiddelområdet. Der var fx faglige informationspakker samt efteruddannelse på stormøder og workshops. Tanken med viften af tilbud om læring var netop at give praksis mulighed for at vælge, hvilken form der passede bedst.

Afsnittet viser, at praksis arbejder forskelligt med kvalitetsudvikling. Det giver derfor god mening at tilgodese forskellighed, når man ønsker, at praktiserende læger skal reflektere over deres praksis og evt. ændre praksis. Jeg vurderer, at Medicin i Midt fra starten har tænkt dette ind. Der har været forskellige tilbud, og praksis har selv valgt, hvilke pakker de gerne vil arbejde med og hvordan.

Jeg vurderer, at det er helt centralt, at der også fremover er fokus på lægernes fleksible muligheder, når de ønsker at arbejde med et fagligt område. At regionen stiller muligheder som efteruddannelse og konsulentbistand til rådighed men også, at lægerne har metodefrihed og frihed til at vælge at arbejde med de områder, som, de vurderer, er relevante. Denne fleksibilitet vil øge sandsynligheden for refleksion, som netop er formålet med informationspakker og kan også føre til nye eksperimenter, der igen kan lede til nye oplevelser mv.

Efter en overordnet vurdering af de faglige informationspakker og en beskrivelse af anvendelsesperspektivet er tiden nu inde til at vende blikket mod analysens afsnit om refleksioner.

#### [Refleksioner i forbindelse med faglige informationspakker](#)

Evalueringen sigter mod at beskrive og undersøge refleksioner i forbindelse med de faglige informationspakker. Helt indledningsvist i interviewet reflekterer D over refleksion kontra ændring i lægemiddelforbrug og indhentede besparelser på medicinbudgettet. Hun siger: *"Du sagde hverken ændring eller besparelse eller noget som helst. Du sagde refleksion"* (bilag 3 s.2).

Jeg tolker det som om, at hun bliver positivt overrasket over et fokus på refleksion og bakker op om en undersøgelse af dette, idet regionen tidligere primært har interesseret sig for at undersøge, hvilke konsekvenser brugen af de faglige informationspakker har haft for udviklingen i lægemiddelforbruget. Dette har naturligt været et interessepunkt for regionen, idet Medicin i Midt blev en del af budgetforliget i 2017, selv om projektet som udgangspunkt var tænkt som et kvalitetsprojekt. Rationel farmakoterapi har fokus på både kvalitet og økonomi, og det har været et ønske med projektet at højne kvaliteten af lægemiddelbehandlingen, samtidig med at en besparelse på lægemiddelområdet kunne indfris. Jeg tolker det sådan, at D mener, at refleksion er en nødvendig forudsætning for, at en ændring i praksis efterfølgende kan indtræde, hvilket ligger godt i tråd med Kolbs læringscirkel (Kolb 2017).

De følgende afsnit handler om refleksioner; det rigtige ordinationsniveau, stigmatisering & betydning af regional kontrol, faglige refleksioner, datadrevne refleksioner, refleksioner over vanskelige situationer samt refleksioner over værdier for god lægemiddelordination.

Uopfordret reflekterer lægerne over, hvad det rigtige ordinationsniveau er. Disse refleksioner har jeg forsøgt at indfange og beskrive i det næste afsnit.

#### Det rigtige ordinationsniveau

Der findes ikke måltal på lægemiddelområdet, og nationalt er der ikke konsensus om, hvad et passende forbrug er. Ydermere vil patientpopulationen i praksis have betydning for forbrug af lægemidler og dermed for hvilket mål, der kan forventes. Det har ikke været muligt at få adgang til data, der er standardiseret, men undersøgelsen viser, at lægerne er optaget af dette og af, at både måltal og standardisering har betydning for deres refleksioner. Det gives der eksempler på i dette afsnit.

K efterspørger et måltal ” [...] at der var en eller anden besked om, jamen det er rigtig fint. Vi forventer ikke, at I kan gøre det bedre end det der” (bilag 1 s.5).

T har også refleksioner omkring måltal ”Og hvad er det rigtige sted at ligge. Det ved ingen af os jo” (bilag 4 s.3).

D er også interesseret i at diskutere betydningen af, om data er køns- og aldersstandardiseret ”Altså det er jeg jo altid interesseret i” (bilag 3 s.13). Hun har mange ældre patienter, og det kan have betydning for hendes forbrug. Hun er af den opfattelse, at en standardisering af data kan bidrage til at forklare, hvorfor praksis fx ligger højt på et område.

Jeg vurderer, at der altid vil være diskussion af, hvad der er det rigtige niveau for lægemiddelordination, idet der ikke findes nationale mål for lægemiddelforbrug. Der vil ofte være usikkerhed, om et højt lægemiddelforbrug betyder, at lægen er dygtig til at behandle de patienter, der har behov, eller om der er tale om overbehandling. Undersøgelsen viser, at lægerne alligevel reflekterer over og vurderer, at det er vigtigt med måltal. Jeg tolker det sådan, at et måltal har betydning for de refleksioner, som lægerne har mulighed for at gøre sig, og at måltal derfor vil bidrage til at kvalificere deres refleksioner og dermed deres videre proces i læringscirklen (Kolb 2017). Dertil kommer, at lægerne ønsker standardiserede data, så de kan få så rigtigt et grundlag som muligt at reflektere ud fra. Regionen skal derfor fortsat arbejde for at få standardiserede data, og problemstillingen bør adresseres i den kommunikation, der følger med informationspakkerne.

Som kvalitetsafdeling ønsker vi, at lægerne forholder sig fagligt til og gerne arbejder med de materialer, som vi formidler til dem for at højne kvaliteten i almen praksis. Hvis almen praksis oplever, at materialet er udsendt som led i regional kontrol, kan det få stor betydning for modtagelsen i praksis. Det handler det følgende afsnit om.

## Stigmatisering og betydning af regional kontrol

Regionen har udarbejdet konceptet i samarbejde med PLO-M. Alligevel kan pakkerne blive opfattet som regional kontrol. Lægernes oplevelse af regional kontrol i forbindelse med kvalitetsinitiativer er en kendt problemstilling. Regionen består af mange afdelinger, hvor nogle afdelinger netop arbejder med regningskontrol, hvorimod andre arbejder med kvalitetsudvikling. For praktiserende læger kan det være svært at skelne mellem kontrolinitiativer og andre initiativer, idet regionen opfattes som én enhed. På medicinområdet er det dog Styrelsen for Patientsikkerhed og ikke regionerne, der har tilsynspligten. I lyset af dette er det derfor ikke mærkeligt, at informationspakker kan give anledning til oplevelsen af regional kontrol, hvilket kan have negativ betydning for pakkernes mulighed for at skabe refleksion. Derfor fokuserer dette afsnit på lægernes refleksioner over følelsen af stigmatisering og regional kontrol.

R er klar over, at det ikke har været regionens intension med informationspakkerne, men hun reflekterer alligevel over det på sine kollegaers vegne *"Jeg kan bare forestille mig, at der var nogle af mine kollegaer, der havde det endnu mere stramt med det og overhovedet gide at kikke på noget, der altså der kommer derfra"* (bilag 2 s.9).

T har også tanker om, hvordan regionale indsatser opleves som kontrol og heller ikke som noget, der har betydning for den enkelte patient, hvilket ligger lægerne meget på sinde *"Og hvis der er noget, vi praktiserende læger tager alvorligt, så er det jo altså, at vi gør noget, der er til gavn for patienten [...]"* (bilag 4 s.6). Jeg tolker det sådan, at hvis regionen skal gøre sig håb om, at de praktiserende læger arbejder med informationspakker og reflekterer over indholdet, så skal lægens og patientens udbytte fremstå klart, og det skal tydeligt fremgå, at der ikke er tale om kontrol.

Det kommer også til udtryk, at læger kan føle sig stigmatiseret, når de ser datarapporterne, hvis deres forbrug ligger over det, der ordineres af andre. T forklarer, at datarapporterne ikke anerkender, at de praktiserende læger ikke er de eneste sundhedsprofessionelle omkring patienterne *"Der er sådan en eller anden antydning af, at det er dig din praksis der er ansvarlig for, at det her bliver udskrevet. Men sådan er virkeligheden jo ikke, sådan som jeg ser den"* (bilag 4 s.7).

Her bliver det igen tydeligt, hvor vigtigt det er, at regionen bliver bedre til at synliggøre, at informationspakker er udviklet til at understøtte kvalitetsudvikling og faglig refleksion. Det kan overvejes at tydeliggøre, at mange praksis har områder, hvor de ordinerer over gennemsnittet, og at informationspakkerne er tænkt som et oplæg til refleksion, hvor den enkelte praksis selv kan vælge, hvilke områder praksis finder det er relevant at arbejde med, og hvor det er relevant at ændre praksis.

T stiller skarpt på, at den praktiserende læge ofte ikke er ene ansvarlig for ordinationer, fordi der er en afsmitning fra hospitaler. Han finder ikke, at datarapporterne anerkender dette. Han forklarer, at de praktiserende læger ofte overtager patienter fra hospitalet, og at praktiserende læger og hospitalslæger på den måde deles om patienter. Det betyder, at den praktiserende læge kan blive nødt til at gå på kompromis for at sikre patienten et sammenhængende forløb *"Så er det altså op ad bakke for den praktiserende læge at forklare, at vi egentlig ikke er ret glade for tramadol"* (bilag 4 s.8).

R nævner den samme problemstilling. At det er problematisk at overtage patienter i morfikabehandling. *"Nogle gange sidder vi i saksen, fordi der bliver brugt meget hurtigtvirkende fra sygehusets side. [...] De bliver sovset til i hurtigtvirkende morfinpræparater, også med tanke på at egen læge overtager den behandling [...] vi bliver sådan taget lidt som gidsler i noget postoperativt forløb, som ikke altid går lige glat [...]"* (bilag 2 s.1-2).

Som det er vist i dette afsnit, er det et kendt problem, at regionale initiativer kan opleves som regional kontrol og dermed kan få negative konsekvenser for pakkernes mulighed for at skabe refleksion. Regionen kan forsøge at imødegå dette ved at kommunikere anderledes. Informationspakkerne kunne også inddrage data om 1. gangs ordinationer. Så ville lægen kunne se, hvor patienterne var opstartet i behandling. Dette for at anerkende, at det ikke altid er den praktiserende læge, der har det fulde ansvar for en ordination og på den måde øge sandsynligheden for, at lægerne ønsker at forholde sig til indholdet i informationspakkerne.

Jeg vurderer, at en dialog med hospitalsafdelinger om deres ordinationsmønster er nødvendig, og at det ville kunne betegnes som et dobbeltloop (Argyris 2017). Argyris (2017) beskriver, hvordan der kan være forskellige grader af refleksion. Når vi mere dybdegående interesserer os for, om vi gør de rigtige ting, så er det dobbeltloop, der er i spil. I dobbeltloopet har vi øje for, hvorfor vi gør, som vi gør. Hvorfor opstår dette problem?

Flere læger nævner hospitalerne som en væsentlig brik i det at omstille lægemiddelforbrug i primærsektoren. Dobbeltloop vil her kunne give anledning til en nødvendig dialog med hospitalet om deres praksis, der får afsmittende effekt. Dette giver mulighed for at tage fat et helt andet sted end det typiske i selve patientkontakten. For er det det rigtige, der gøres? Og hvorfor opstår problemet?

Opsamlende vurderer jeg, at problemstillingen om afsmitning skal adresseres på en anerkendende måde i datarapporterne ved at skrive, at den praktiserende læge kan være med til at påvirke forbruget, fordi de er én af de sundhedspersoner, der møder patienterne. Dertil kommer, at formidlingen omkring informationspakkerne må være langt mere eksplicit i forhold til at beskrive regionens samarbejde med PLO-M og tydeliggøre, at informationspakker skal ses som frivillig kvalitetsudvikling på medicinområdet, der kan komme både læger og patienter til gode. Det vil næppe være muligt at komme uden om lægers oplevelse af regional kontrol, men formålet med indsatser skal stå klart frem, så muligheden for refleksion og ændret praksis styrkes.

Sidst kan regionen med fordel forsøge at understøtte et dobbeltloop gennem et samarbejde mellem praktiserende læger og hospitaler.

Jeg har valgt at adskille refleksioner over data fra faglige refleksioner opstået på baggrund af de faglige budskaber. Refleksioner, der sker på baggrund af data, er også faglige refleksioner, men de er opstået på en anden baggrund. Læseren kan derfor opleve overlap i de næste to afsnit. Lad os nu alligevel starte med de faglige refleksioner.

#### Faglige refleksioner og styrket opmærksomhed

Alle 4 læger oplever, at de faglige informationspakker sætter refleksion i gang hos dem. Det kan dog være vanskeligt at afgøre, om det er de faglige informationspakker alene, der sætter gang i refleksion, eller det er de faglige informationspakker i samspil med andre tiltag, der også påvirker de praktiserende læger. Fx nævnes Styrelsen for Patientsikkerhed, akkreditering og almen lægefaglighed. Min vurdering er, at effekten af informationspakker ikke skarpt kan adskilles fra effekter fra andre initiativer og begivenheder, der påvirker praktiserende læger.

Informationspakkerne omhandler lægemiddelområder, der er lang tradition for at ordinere i praksissektoren, og som hyppigt anvendes. Det betyder, at praksis allerede er godt kendt med størstedelen af de faglige budskaber, der præsenteres i informationspakkerne. T beskriver, hvordan informationspakkerne alligevel giver en ny bevidsthed på et givent område *"og så minder det da os alle*



sammen lige om og får os til at stoppe op ved det præparat på medicinlisten, når vi ser en patient i anden anledning [...] Så jeg tænker, at det har en sådan en god påmindelse om husk nu lige at" (bilag 4 s.4).

Jeg vurderer også, at de faglige informationspakker skal bidrage med ny viden, men særligt skal de bidrage til et styrket og fornyet fokus på, hvad der er vigtigt at tage højde for i brugen af de konkrete lægemidler, og det er citatet et fint eksempel på.

Flere læger nævner også konkrete eksempler på faglige refleksioner, som informationspakkerne har afstedkommet.

T fortæller, at det er ny viden for ham, at blæremidler har så lille en effekt, og at det har han aktivt brugt i dialogen med patienterne "Det er jo faktisk nyt for mig, det her med hvor lille en effekt det rent faktisk har, så det har jeg brugt aktivt i konsultationerne med patienterne. Jeg siger, er du godt klar over, at det faktisk kun betyder ca. ½ vandladning om dagen i forskel" (bilag 4 s.11).

Citatet illustrer, hvordan refleksion, begrebsliggørelse og eksperimenteren er tæt forbundne elementer i læreprocessen, som det også illustreres af Kolb (Kolb 2017). Jeg vurderer, at rækkefølgen af delene ikke altid kommer i en fast rækkefølge, som Kolb illustrerer det i sin læringscirkel (Kolb 2017). Det er nærmere processkridt i en læreproces, som kan tages i forskellig rækkefølge, som jeg vurderer det.

I forhold til PPI forklarer T, at han tænker sig om en ekstra gang, inden det ordineres "Jamen jeg tror, at jeg tænker mig om en ekstra gang, inden jeg ordinerer en protonpumpehæmmer [...]. Vi er også begyndt at være mere aggressive med at få taget helicobacter pylori test, og der er ikke nogen, der kommer i varigt forløb med det, uden at de i hvert fald er blevet gastroskoperet [...]" (bilag 4 s.12).

Også D er meget konkret i sin beskrivelse af faglige refleksioner. Følgende citat viser en refleksion om brugen af blæremidler "[...] hvis jeg bruger Betmiga, så er det fordi, jeg tager aktiv stilling til det [...] Altså jeg tænker mig om, at nu bruger jeg eddermame det, fordi jeg mener, at det er bedst" (bilag 3 s.12).

Citaterne viser, hvordan informationspakkerne har bidraget til refleksion over konkrete lægemiddelgrupper, men de viser også, hvordan refleksionen er bundet til både begrebsliggørelsen og til nye handlinger.

Opsummerende er det vanskeligt at adskille, hvor refleksionerne stammer fra. Jeg vurderer, at refleksioner igangsættes på baggrund af flere forskellige ting herunder på baggrund af informationspakkerne. Det er dog tydeligt, at informationspakkerne har bidraget til faglig refleksion. Afsnittet beskriver konkrete refleksioner, men flere læger peger også på, at informationspakker bidrager til en styrket opmærksomhed på et lægemiddelområde. Denne refleksion er ikke så konkret, når den beskrives i interviewsituationen, men jeg tolker det sådan, at refleksionen optræder tydeligt for lægen, når denne sidder i ordinationssammenhæng. Det vil sige, at refleksionen sker i direkte kontakt med patienten, så oplevelsen og refleksionen er vævet sammen. Afsnittet viser også, at der ses tegn på, at flere elementer i Kolbs læringscirkel fremtræder, men at processkridt i en læreproces ikke altid følger logikken i Kolbs læringscirkel (Kolb 2017) men kan variere i rækkefølgen.

I næste afsnit ender jeg blikket mod refleksioner over data.

#### Datadrevne refleksioner

Som det er beskrevet tidligere, så er refleksioner over datarapporten meget fremtrædende i alle interviews. Informanternes udsagn viser tydeligt, at særligt datarapporter giver anledning til nye refleksioner over praksis. Her kan lægen direkte se, hvordan der ordineres inden for det pågældende område, hvordan

forbruget ligger i forhold til kollegaerne, og hvordan forbruget har udviklet sig. Refleksionen sker på baggrund af data, men der er stadig tale om faglige refleksioner.

Rapporten giver lægen oplevelsen af at se på sin patientpopulation som en samlet gruppe og relatere sit eget lægemiddelforbrug til forbruget hos andre læger. Herefter følger så begrebsliggørelsen, hvor de faglige budskaber kvalificerer refleksionen over data og gør lægen i stand til at vurdere, hvorvidt der skal ændres på handlinger fremover. I fald lægen ønsker en ændring, testes nye måder at arbejde og ordinere på sammen med patienten, hvilket igen vil lede frem til nye oplevelser og refleksioner over praksis, og læringscirklen kan gennemløbes endnu en gang (Kolb 2017).

K siger: *"Så er det jo fedt at se, at man har så lille et forbrug at, at det ikke er noget problem, og så må jeg gå ind og tjekke de, jeg tror det var 4 patienter eller sådan noget, om det giver mening med dem"* (bilag 1 s.2).

Datarapporten giver anledning til refleksion hos K over det konkrete forbrug af urologika, men jeg vurderer også, at lægen gennem rapporten oplever at få et klap på skulderen, da der er tale om få patienter. Desuden viser citatet, hvordan refleksionen bliver handlingsanvisende for lægen, idet han bagefter tjekker op på de patienter, som får urologika.

Omvendt gør det sig også gældende, at lægen oplever, hvordan datarapporten sætter spot på et forbrug af hurtigtvirkende opioider, som ikke stemmer overens med det, som lægen håber og forventer.

*"[...] det var lige godt grov. Det må vi kikke på, for at se om det er et problem fx med opioider. Altså de der hurtigtvirkende opioider. Der synes jeg virkelig vi gør en kæmpe indsats, og vi prøver og prøver og prøver, og så alligevel så ligger vi kraftedeme bare lige midt i (grin)"* (bilag 1 s.2).

Han oplever ikke, at data viser, hvor meget de i praksis har arbejdet med at flytte forbruget, hvilket jeg vurderer, at han oplever som frustrerende. Jeg vil tolke det sådan, at datarapporterne giver anledning til refleksion over forbruget og kan blive en potentiel kilde til nye handlinger, i fald lægen ikke vurderer, at forbruget er tilfredsstillende på baggrund af begrebsliggørelsen.

R giver eksempler på fælles refleksioner over de faglige informationspakker i hendes praksis på baggrund af datarapporten om hurtigtvirkende opioider *"Ryger tramadol hurtigere af end hurtigtvirkende morfin, og skal det egentlig være sådan, og er det måske bedre at gå all inn, hvis man virkelig har brug for noget [...]"* (bilag 2 s.5).

Jeg tolker det sådan, at muligheden for at have fælles refleksioner i en lægegruppe understøtter, at den enkelte læge kan ændre praksis. Det kan ske i egen praksis eller fx i en klynge. De fælles drøftelser i en gruppe af, om der er ens holdning til, hvordan man anvender lægemidlerne kan bidrage til en mere ensartet praksis. Jeg vurderer, at de faglige informationspakker i større grad kan understøtte disse refleksioner (se afsnittet om forbedringer), så der er flere forslag til spørgsmål, det kunne være relevant at overveje og evt. drøfte med kollegaer. I så fald ville de faglige sider måske blive anvendt mere direkte i arbejdet, og informationspakkerne kunne sikres bedre implementeringsmuligheder gennem mere aktiv eksperimenteren (Kolb 2017). Muligheden for fælles refleksion vil selvfølgelig afhænge af, hvilken praksis man arbejder i og kulturen i praksis.

T fortæller, at det første hans blik falder på, når han kikker på datarapporten, er den øverste figur, der viser, hvordan han ordinerer i forhold til de andre læger i regionen *"Det giver anledning til nogle tanker, og hvorfor ligger vi nu lige her, og gør vi det rigtigt og skal vi ændre vores procedure og? Der er bare en eller*

*anden nysgerrighed, der bliver tilfredsstillet, når man ser, hvordan man ligger i forhold til andre” (bilag 4 s.4).*

Igen er det tydeligt, at datarapporten giver anledning til refleksion. Uanset om der er et måltal, så betyder det noget at se, hvor man ligger i forhold til andre. T fortæller endvidere, om måden data skaber refleksion på *”Vi arbejder i vores eget konsultationsrum ikke og i vores egne lukkede klinikker, så på den måde så får vi jo også nogle vaner. Med hvilke præparater vi udskriver, og til hvilke patienter så på den måde er det meget godt sådan lige at blive afstemt engang imellem” (bilag 4 s.5).*

T sætter her fokus på, at praktiserende læger arbejder meget selvstændigt. Jeg tolker hans udsagn sådan, at han er klar over, at deres individuelle tilgang kan være problematisk, hvis lægen fx med tiden har fået en dårlig vane, der ikke er i tråd med anbefalingerne. Her bidrager informationspakker til, at lægen får et fornyet blik på sin praksis, der kan bidrage til refleksion over den måde, som lægen arbejder på.

D forklarer flere gange, at praksis er meget tidspresset, og at det derfor ikke er muligt at gennemføre egentlige projekter i praksis. Datarapporterne giver alligevel anledning til refleksion *”Jeg var lige lidt rystet over NSAID. Så jeg får næsten lyst til at gå hjem og kikke på dem [...] Dem skal vi holde fingrene fra. Specielt til vores gamle population (bilag 3 s.7).* Citatet illustrerer, hvordan der kan ske refleksion, men uden at dette straks giver anledning til eksperimenter og ændret praksis, men jeg vurderer, at refleksion kan være et vigtigt skridt i den retning.

Opsamlende vurderer jeg, at datarapporter giver anledning til refleksion, fordi de formår at trække praksis ud af eget domæne og giver anledning til at se, hvordan andre agerer på det samme område. Der er dog stor forskel på, hvilke muligheder den enkelte læge har for fælles faglig refleksion. Dette influeres fx af tilrettelæggelsen af arbejdet i praksis, om man arbejder i en solo-praksis eller i en flermandspraksis, og om lægemiddelområdet drøftes i klyngen. Min vurdering er, at benchmarking er et værdifuldt redskab til at skabe refleksion hos praktiserende læger.

Praktiserende læger arbejder patientcentreret, og det kan have betydning for lægens ordinationsmønster. Læs mere om dette i det følgende afsnit, hvor refleksioner over vanskelige situationer udfoldes.

#### Refleksioner over vanskelige situationer

Lægerne beskriver, hvordan de i deres virke på medicinområdet er nødt til at gå på kompromis med deres lægefaglighed. De kommer med eksempler på oplevelser med patienter, hvor kompromisser må indgås mellem læge og patient. Patientrelationen er central for en praktiserende læge, og derfor må der nødvendigvis indgås kompromisser med patienterne, der har deres egen oplevelse af, hvad der virker for dem, og hvilken behandling de er indstillet på at følge. For at sikre den gode relation og for at komme patienterne i møde er det derfor ikke altid muligt at følge faglige anbefalinger. Lægernes oplevelser med patienter bliver på den måde også et element i læreprocessen.

K har denne oplevelse af at måtte afveje i situationen og træffe et andet valg af behandling, end han i udgangspunktet ønsker *” [...] hun burde egentlig kunne undvære det, men altså vi kan ikke få hende trappet ud, men altså så gør man det så ikke, fordi hun bliver ved med at sige, at hun har symptomer, og hun kan måske ikke helt kan finde ud af det med, at man godt altså hvordan hun skal bruge håndkøbsmedicin, og ja så får hun det alligevel, selv om hun ikke burde” (bilag 1 s.6).*

Jeg tolker, at den praktiserende læge ofte står i et spændingsfelt mellem det fagligt korrekte og det individuelle hensyn til hver enkelt patient, og at dette kan føre til situationer, hvor lægen er nødt til at gå på kompromis med den fagligt korrekte behandling. Her ses det, hvordan læringscirklen (Kolb 2017)

gennemløbes, som den er skitseret af Kolb. En patientoplevelse fører til refleksion, der kvalificeres af de faglige begreber, hvorefter et nyt eksperiment kan finde sted, som vil føre til nye oplevelser mv.

Ved akutte rygsmerter oplever R, at det kan være nødvendigt at ordinere morfika, også selv om det ikke er indiceret. Hun omtaler det som at stå med ryggen mod muren. Hun siger: "*[...] vi har lidt ryggen mod muren. Patienten kan ingenting. Patienten har fået max dosis af, hvad vi ellers anbefaler, og selvom vi prædiker træning (grin), og at smertestillende ikke har nogen gang på jorden, så er det bare ikke altid at det i virkeligheden er, at vi kan komme igennem med det*" (bilag 2 s.2).

Ovenstående er også et eksempel på, at en oplevelse ikke fører til ny handling, selv om lægen både er igennem refleksion og begrebsliggørelse. Jeg vurderer, at eksemplet viser et optræk til et dobbeltloop (Argyris 2017). Hvis lægen havde ændret adfærd ved ikke at ordinere lægemidler, men i stedet havde valgt at fastholde en non-farmakologisk behandling som fx træning ved smerter, så ville der være tale om et dobbeltloop. Tilgangen til behandlingen ville være blevet en helt anden end den typiske farmakologiske vej. Citatet illustrer dog også, hvor svært et dobbeltloop kan være. Jeg vurderer, at både single- og dobbeltloop er væsentligt i en praksis, hvor mange rutineopgaver skal løses, men hvor der også er behov for udvikling og dybere refleksion for at sikre rationel lægemiddelbehandling.

Jeg vurderer, at ovenstående situationer viser, at lægerne forsøger at ordinere rationelt, men at refleksioner over oplevelser med patienter kan føre til andet end faglig korrekt behandling, fordi behandlingen skal aftales med den enkelte patient.

Patienter har deres egen dagsorden for mødet i konsultationen. Både K og T oplever, at det ikke er muligt til en almindelig konsultation at fokusere på ændring af medicin, med mindre det også er patientens dagsorden. Det opleves derfor som vanskeligt at finde det rette tidspunkt til en dialog om ændringer. T siger om det at etablere en fælles dagsorden med patienten "*Vi har jo alle sammen en interesse i, kan man sige, i at være aktive omkring at seponere og rydde op i patienternes medicinlister, men erfaringen er også, at mange ikke. At det ikke altid lige er det, der er fokus, når patienten er kommet*" (bilag 4 s.10).

Jeg vurderer, at en mulig afstand mellem patientens og lægens dagsorden kan være problematisk for de eksperimenter, som lægen kan foretage og for den fagligt korrekte behandling, men det gode læge-patient-forhold og den fælles dagsorden er centralt i enhver behandling. Det kan faglige informationspakker ikke i sig selv ændre på.

At skifte lægemiddelbehandling, der er igangsat på hospitalet, er en svær øvelse for praktiserende læger. T forklarer det meget sigende "*Jamen det kan godt være svært at ændre, fordi altså hvis jeg nu har henvist en patient til en klinik på hospitalet. Så er det jo fordi, at jeg gerne vil have en ekspertviden på et eller andet område. En vurdering af patienten, og så kan det da godt i hvert fald i første forsøg, når patienten kommer tilbage fra den klinik på hospitalet, at sige det skal du da ikke have*" (bilag 4 s.10).

Citatet viser det dilemma, det er for praksis, at en specialist opstarter en behandling, som den praktiserende læge ikke selv ville have valgt. Den praktiserende læge har bedt om en vurdering fra en ekspert, hvorfor det er vanskeligt at omgøre ekspertens beslutning, og det særligt hvis patienten opnår god effekt af behandlingen. Den praktiserende læge kan stå tilbage med en konkret oplevelse og en refleksion over oplevelsen, men hvor ny praksis bliver meget vanskelig ikke bare på grund af patienten men også på grund af en anden læge. Det er velkendt, at der er disse udfordringer på tværs af sektorer, som informationspakker ikke løser.

Ovenstående viser med al tydelighed, at lægen i mange situationer kommer til at gå på kompromis med en gylden faglig standard, fordi det individuelle hensyn til den enkelte patient vægtes højt i almen praksis.

Oplevelser fører til refleksioner, men den efterfølgende handling bliver ikke altid i tråd med de faglige begreber.

Hvordan hænger lægernes værdier for god lægemiddelordination så sammen med deres ordinationspraksis? Det undersøger jeg i næste afsnit.

#### Refleksioner over værdier for god lægemiddelordination

For at komme tættere på lægernes udtalte værdier i forhold til det at ordinere medicin, forsøgte jeg mere direkte at spørge ind til disse i interviewet for at få muligheden for at se nærmere på dybden af deres refleksioner. Lægernes besvarelser ligger tæt op ad hinanden. I de følgende vil jeg præsentere de værdier, som lægerne hver især satte ord på i interviewet.

*K fortæller "Jamen mit credo det er så lidt medicin som muligt (grin) [...] Ja og indikationen skal jo være i orden [...] selvfølgelig også den nødvendige medicin og så ja og så kikke på sådan en interaktionsprofil ikke også, i forhold til om øger man risikoen for noget. Altså risikoen skal jo stå mål med behandlingens udkomme [...]" (bilag 1 s.7).*

For K er det vigtigt, at patienten behandles så lidt som muligt med medicin samtidig med, at patienten får den nødvendige behandling. Han påpeger, at den samlede medicinliste skal hænge godt sammen, så der er fokus på, at medicinen ikke interagerer u hensigtsmæssigt indbyrdes, hvilket kan få konsekvenser for patienten. Lægemiddelbehandling handler for ham om at finde balancen mellem effekt og bivirkninger, hvilket netop er definitionen på rationel farmakoterapi med undtagelse af, at dette begreb også indeholder et fokus på, om prisen står mål med effekt og bivirkninger.

For R drejer det sig om faglige standarder og pris " [...] Det er også vigtigt for mig altså at overholde de retningslinjer eller de standarder for behandling der som følge med i og selvfølgelig faile i nogle henseender men prøve at holde mig opdateret [...] og så synes jeg prisen betyder rigtig meget for mig også [...]. Men primært er mit fokus, at patienterne skal bruge færrest muligt penge for det og selvfølgelig have den bedst mulige behandling" (bilag 2 s.10).

Modsat K har R også fokus på, hvad behandlingen koster, og her tænker hun både på patientens udgifter til medicin men også på, hvordan de offentlige midler forvaltes. Hun udtrykker derudover, at det for hende er vigtigt at overholde de faglige standarder. Dette ligger mere implicit hos K.

T har to hovedlinjer i det, der værdimæssigt er væsentligt for ham. Det er høj faglig kvalitet, og at beslutninger træffes i samarbejde med patienten. Dette ligger fint i tråd med sundheds- og hospitalsplanen i Region Midtjylland, der har fokus på behandling på patientens præmisser, hvor det skal efterstræbes, at patienten er midtpunkt i sit eget forløb (Sundheds- og hospitalsplanen Region Midtjylland 2020).

T opsummerer dilemmaet sådan "Nogle gange så er almen medicin. Det er også realistisk medicin, så nogen gange altså der kan godt være et spændingsfelt mellem, hvad man lige tænker om høj faglig kvalitet, og så at beslutningen er truffet sammen med patienten" (bilag 4 s.13).

Alliancen med patienten kan derfor få stor betydning for, hvad der i praksis er muligt. T forklarer, at det er en balance at imødekomme patientens ønsker, men uden at patienten har frit valg af behandling "Altså man skal jo også passe på, at man ikke kommer i den anden grøft. Det er jo ikke en købmandsbutik, vi har, hvor kunden altid har ret og kan komme ind og pege på hvilken som helst ting på hylden og få det med hjem. [...] Der er et barometer der ikke" (bilag 4 s.13).

D udtrykker hendes værdier sådan *"Jeg vil gerne kendes, som den der ordinerer det, som den enkelte har brug for og gavn af, den enkelte ja. Der er selvfølgelig nogle grænser"* (bilag 3 s.17). Hun peger på, at hun som praktiserende læge er nødt til at være fleksibel i forhold til den enkelte patient, for ellers *"så gør man det ikke personcentreret"* (bilag 3, s.17).

På baggrund af de fire interviews tolker jeg det sådan, at de praktiserende læger alle er drevet af værdier som faglig korrekthed og rationel lægemiddelbehandling. Det bliver også tydeligt, at patientperspektivet er vigtigt. Jeg tolker, at de har stor ydmyghed overfor mødet med den enkelte patient og ved, at rationel lægemiddelbehandling ikke altid kan imødekommes i den kontekst, hvor de med deres lægefaglighed møder hver enkelt patient i forsøget på at opretholde et tillidsfuldt læge-patient forhold.

Alle fire læger er drevet af faglige værdier men også af ønsket om patientcentreret behandling. Jeg vurderer, at disse værdier kan være i modstrid med hinanden. For som det er beskrevet tidligere, så er patienterne ikke altid interesserede i den behandling, der af lægen fagligt skønnes at være bedst, og lægen er også styret af at ville yde patientcentreret behandling. Jeg vurderer ikke, at de faglige informationspakker er inde og forsøge at ændre på disse styrende variable og på den måde sikre et dobbeltloop (Argyris 2017). Informanterne gav alle udtryk for, at bevidstheden om denne dobbelthed i de styrende variable ligger implicit i det at arbejde som læge. Som T udtaler *"Nogle gange så er almen medicin. Det er også realistisk medicin"* (bilag 4 s.13).

I de seneste afsnit har jeg beskrevet refleksioner fra forskellige vinkler. Refleksioner kan føre til ændret praksis, og derfor vender jeg nu blikket mod, hvordan budskaber fra informationspakker er blevet omsat i praksis, fordi det i sidste ende er en ændring i praksis, som informationspakkerne skal understøtte, i de tilfælde hvor refleksion viser, at en ændring er hensigtsmæssig. Afsnittet viser konkrete eksempler på aktiv eksperimentering i praksis, men eksemplerne er ikke rene eksempler på handlinger, idet handlinger også er sammenvævet med oplevelser, begrebsliggørelse og refleksioner. Eksperimentet kan derfor ikke altid beskrives særskilt. I tidligere afsnit er der også præsenteret eksempler på omsætning, igen fordi tingene hænger sammen i processen.

#### Omsætning af faglige informationspakker til brug i praksis

Det kan være svært for læger at omstille patienter, der allerede er i behandling med et lægemiddel, idet patienterne der allerede har en oplevelse af effekten. Dette har jeg også beskrevet før. K vælger derfor at omstille patienter, hvor det er muligt eller reducerer dosis, men derudover fokuserer han på at behandle nye patienter mere rationelt *"Altså jeg skal ikke have nogle nye i fast morfin [...] men hende her får jeg ikke. Hun kan komme ned på 10 mg gange to. Vi kommer ikke længere ned altså. Sådan er det bare, og så er det også bare det"* (bilag 1 s.7).

Ovenstående giver et godt billede af, at implementering af faglige retningslinjer i almen praksis er kompliceret og kan være stærkt udfordret af patienters situation. Informationspakkerne kan give et fagligt ståsted for praksis, som kan bruges i dialogen med patienten, men lægens omsætning af budskaberne i daglig praksis vil være påvirket af samspillet med hver enkelt patient. Dette vil naturligt føre til en implementering, der kan synes ufuldstændig. Lægens mulighed for aktiv eksperimentering (Kolb 2017) kan dermed være begrænset.

R oplever at have ændret praksis i forhold til at holde mere igen med at bruge de hurtigtvirkende morfika, og i stedet taler hun med patienterne om non-farmakologiske muligheder *"[...] da bliver vi nødt til at snakke om, at det der smertestillende. Det er ikke det, der skal til"* (bilag 2 s.6). Jeg vurderer, at dette er et eksempel på et dobbeltloop (Argyris 2017).

K beskriver, hvordan det at sætte slutdato på alle relevante lægemiddelordinationer er blevet vigtigt, for så bliver behandlingen ikke en fast behandling, som patienterne kan bestille gennem sekretæren *"Så slutdato er blevet en stor ting (grin)"* (bilag 1 s.8). Denne praksisændring kommer således til at slå igennem på flere lægemiddelområder. Det er et eksempel på, hvordan refleksion på et mere organisatorisk niveau kan bidrage til ændret praksis. På den måde hjælper lægernes sig selv med at sætte en stopklods ind, så der bliver taget stilling til effekt og bivirkninger af en behandling og dermed til, hvor vidt en behandling skal fortsætte.

Udover det at omstille patienter til anden behandling eller helt at seponere deres medicin, så arbejder K også med at nedsætte dosis af fx PPI. Det har tidligere været praksis at benytte en høj dosis, også når patienten var ovre den akutte fase. Informationspakken om PPI anbefaler bl.a., at der anvendes mindre doser. K forklarer, hvordan han har omsat pakkernes budskaber i praksis *"Jo jo med PPI der er det ligesom alle får 20 mg. Før i tiden var det ligesom 40 mg, men nu er det 20 mg der bare er det sted, vi starter og bliver"* (bilag 1 s.8).

Citatet er et eksempel på, at dosis af en lægemiddelgruppe generelt nedsættes i behandlinger, fordi informationspakker netop har sat fokus på doseringen af en lægemiddelgruppe. Det er også et eksempel på singleloop (Argyris 2017). Når vi interesserer os for, om vi gør tingene rigtigt, er der tale om singleloop. Singleloop egner sig godt til rutinepræget arbejde og kan være en forhindring for fremskridt, fordi det er de samme processer, vi *"blot"* optimerer, og dermed opnår vi det samme resultat men på en bedre måde. Vi bliver altså bedre til at gøre det, som vi allerede gør. Der sker en forfining, og tilgangen til opgaven er grundlæggende den samme. Lægen vælger at behandle med det samme lægemiddel dog i en mindre dosis. Hvis lægen helt havde valgt at seponere behandlingen, kunne der være tale om et dobbeltloop, hvor patienten i stedet for medicin skulle guides i fx livsstilsomlægning.

For at ændre praksis i forhold til opioider har det været nødvendigt for K at ændre sin attitude overfor patienterne *"Ja, jeg er blevet meget hård. Det er vi virkelig med morfin, altså folk kan jo ikke forstå det. Der er nogen, der bliver fortvivlede (grin) over, hvor hårde vi er, kan man sige"* (bilag 1 s.9).

Jeg tolker det sådan, at lægen har været nødt til at være meget tydelig over for patienterne for at kunne lukke diskussioner ned, når patienter ønsker morfika. Den meget klare udmelding fra lægen, tolker jeg, er en anden kommunikationsform, end lægen normalt anvender i sin dialog med patienterne, og som understøttes af informationspakkerne. Jeg vurderer, at dette er et eksempel på, hvordan ny adfærd kan være nødvendig, for at lægen kan stå fast på sin beslutning og minimere patientens modstand, men at det kan stå i kontrast til en mere dialogorienteret samtale.

Også R fortæller, hvordan de i hendes praksis strammer skruen ved at forklare patienterne, at hurtigtvirkende opioid giver risiko for flere gennembrudssmerter, hvorfor et skifte er nødvendigt for at opnå bedre smertedækning. Jeg tolker det sådan, at lægen af den rationelle vej forsøger at overbevise patienten, og hvis dette ikke er muligt, så vil lægen nogle gange lade patienter fortsætte en ikke rationel behandling *"Vi prøver at få dem overtalt, og det lykkes, for de fleste, men der er også nogen altså hvor det ikke lykkes for". "Og så må man finde ud af, hvem man skal tage sine kampe med, og hvem skal man ikke?"* (bilag 2 s.5 & 6).

Hvis det ikke er muligt at argumentere sig frem til en anden behandling, der hvor indikationen virkelig ikke er der, kan det være nødvendigt at skifte medicin alligevel. R forklarer *"Vi har strammet skruen, og vi skal ikke udskrive det her hurtigtvirkende til dig mere, så det kan du ikke få mere. Vi vil anbefale, at vi sætter dig over [...] og så vil vi rigtig gerne altså se dig til kontrol i forhold til, hvordan det kan gå med det"* (bilag 2 s.6).

Jeg vurderer, at for at det skal være muligt at ændre praksis omkring opioider, er der behov for, at lægen er meget tydelig i forhold til patienterne om, at der i de fleste tilfælde med smerter, ikke er indikation for at bruge morfika. Og det er her informationspakkerne skal understøtte lægens bevidsthed på området. Det faglige ståsted, som understøttes af informationspakkerne, behøver ikke at skabe distance til patienterne, hvis det understøttes af faglige forklaringer på, hvorfor morfika er et dårligt valg i den konkrete situation. I nogle tilfælde vil det selvfølgelig give anledning til, at lægens alliance med patienten ændres. Dette særligt hvis en anden praktiserende læge eller hospitalslæge har opstartet behandlingen.

R fortæller, at de i lægehuset har aftalt at fokusere på forbruget af hurtigtvirkende morfin ” [...] *at vi ville arbejde på hver gang, vi så noget hurtigtvirkende, og især noget der skulle fornys. Hey hvorfor er det egentlig? Hvorfor får du egentlig det? Det er en meget dum måde at få din morfika på, hvis du skal have din morfika. Vi vil gerne skifte over til et depotpræparat i stedet for*” (bilag 2 s.5). Citatet viser, hvordan de faglige informationspakker giver anledning til refleksion, når lægen møder patienter i morfika behandling i konsultationen, men det viser også, at lægen inddrager patienten i sine refleksioner og på den måde skaber mulighed for at ændre praksis i en alliance med patienten.

D nævner forskellige eksempler på ændret praksis ”*Der er ingen, der får skrevet morfinplastre ud af mig (grin). De er simpelthen hvad hedder sådan noget blacklistet* (bilag 3 s.8). Hun beskriver, hvordan der skal være god indikation for at bruge plastre, hvis hun skal overveje denne mulighed. Hun er også meget bevidst om, at når lægen først har startet en behandling op, så kan det være meget svært at ændre denne behandling igen ”*Og det er rigtig vanskeligt, at når vi først har institueret det så at komme ud af det igen*” (bilag 3, s.9). På den måde er det nemmest at være restriktiv fra starten. Hun beskriver også, hvordan informationspakkerne giver hende et godt argumentredskab, fordi pakkerne er udarbejdet af ” [...] *vældig godt uddannede folk*” (bilag 3, s.9), så hun oplever, at hun lettere kan argumentere for rationel behandling.

Jeg vurderer, at en ny strategi om helt at undlade at opstarte behandling med lægemidler er et tegn på et dobbeltloop (Argyris 2017), hvor lægens behandlingsstrategi ændres med sigte på at sikre rationel brug af lægemidler ved ikke at ordinere lægemidler.

På samme måde fortæller hun, at hun er blevet virkelig tilbageholdende med at bruge NSAID præparater til ældre, men hun synes, at det er en svær problematik, fordi det er vanskeligt at finde gode alternativer til NSAID behandling ”*Så siger jeg også med større sikkerhed til Hans, at jamen vi er nødt til over i morfingaden [...] for år tilbage så syntes jeg næsten, at det var et bandeord og sige, at folk skulle til at have morfin (grin) [...] men hvis de har ondt, har de jo ondt og (jeg) må finde på noget*” (bilag 3 s.11). Eksemplet med Hans viser, hvordan anbefalinger har ændret sig over tid, men det viser også, at det nærmest er en kulturændring, der skal finde sted. Praksis, der for år tilbage, var uønsket, er nu blevet den praksis, der anbefales. Dette er et eksempel på, hvordan praksis ændrer sig gennem tiden, og har man lang erfaring som praktiserende læge, vil der komme eksempler på ændring af faglige anbefalinger, der gerne skal følges af praksisændringer. Eksemplet viser også fint det dilemma, som praksis står med, når de fx ikke længere må anvende NSAID til smertebehandling, men hvor de faktisk helst heller ikke må anvende stærke smertestillende. For hvad gør lægen så, når patienten har et symptom?

D forklarer også, hvordan hun agerer anderledes ved at udskrive små pakninger af NSAID ”*Altså det har gjort, at jeg er blevet mere restriktiv med, du får kun sådan en bette pakke (grin)*” (bilag 3 s.13). Dette er en anden måde at forsøge at regulere patienternes forbrug og gør praksis i stand til at følge op på behandlingen, fordi patienten er nødt til at melde sig i praksis igen, hvis der er brug for mere medicin. Dette er en anden strategi, end K anvender. Han bruger i stor udstrækning det at sætte slutdato på alle relevante behandlinger. Jeg tager dette som et udtryk for, at praksis organiserer sig forskelligt, og der er behov for



forskellige eksperimenter, hvilket også får indflydelse på, hvordan de arbejder med at sikre kvaliteten af lægemiddelbehandlingen i praksis. Den enkelte praksis vælger den løsning, som passer godt hos dem.

Dette afsnit om omsætning til praksis viser eksempler på praksisændringer, hvor de faglige informationspakker kan have haft en betydning. Allerede i evalueringen af Høj et al. (Høj et al. 2019) blev det påpeget, at patientmodstand er en væsentlig parameter at medtage, når det vurderes, hvordan informationspakkerne bidrager til ændring af lægemiddelforbruget. I lyset heraf er der igangsat et afledt projekt med udvikling og afprøvning af et beslutningsstøtteværktøj samt et patientinformationsmateriale på 2 områder, der kan understøtte den praktiserende læges arbejde med at ændre forbruget i dialog med patienterne. I sekundærsektoren er der allerede fokus på patientinddragelse, hvor sundhedsprofessionelle i dialog med patienterne skaber bedre mulighed for, at patienter selv kan vælge deres behandling.

Jeg slutter analyseafsnittet af med et kort opsamlende afsnit på hele analysen for at give et overblik af de elementer, der har været behandlet i analysens delafsnit.

### Opsamling på analyse

Analysen viser, at praktiserende læger har taget godt imod informationspakkerne, hvilket jeg vurderer, er et godt udgangspunkt for, at de bliver brugt og kan bidrage til refleksion på nær i de tilfælde, hvor de opleves som regional kontrol frem for som hjælp til kvalitetsudvikling. Lægernes frihed til at vælge et lægemiddelområde, de selv skønner relevant at arbejde med og metodefriheden til dette arbejde bidrager positivt til, at lægerne eksperimenterer på forskellige måder og reflekterer over eget ordinationsmønster på baggrund af informationspakkerne.

Datarapporten er det element i informationspakken, der giver særlig anledning til refleksion. Jeg tolker det sådan, at den giver en indgang til læringscirklen (Kolb 2017) ved at invitere til refleksion over data, hvor det faglige bagtæppe skaber en adgang til læringscirklen gennem selve begrebsliggørelsen af det faglige område. Måltal og standardisering af data angives at ville kunne kvalificere refleksioner over data. Min vurdering er, at benchmarking er et værdifuldt redskab til at skabe refleksion hos praktiserende læger.

Analysen viser, hvordan informationspakker har bidraget til faglig refleksion, herunder både single- og dobbeltloop. Der ses tegn på, at alle elementer i Kolbs læringscirkel (Kolb 2017) forekommer, men at processkridt i læreprocesser ikke altid følger logikken i læringscirklen men kan variere i rækkefølgen.

Oplevelser fører til refleksioner, men den efterfølgende handling bliver ikke altid i tråd med de faglige begreber. Dette fordi lægerne er drevet af faglige værdier men også af ønsket om patientcentreret behandling. Værdierne kan nogle gange være modsatrettede, fordi patienter ikke altid er interesserede i den behandling, der af lægen fagligt skønnes at være bedst. Jeg vurderer ikke, at informationspakker ændrer på disse styrende variable.

Undersøgelsen er designet som en procesevaluering, som skal give viden om, hvad der kan gøres for at forbedre virkningen af de faglige informationspakker. I det næste afsnit præsenteres en række forbedringsforslag til informationspakkerne, som undersøgelsen har peget på.

### Forbedringsforslag til faglige informationspakker

I forbindelse med udviklingen af informationspakkerne har der været tænkt meget i, hvordan pakkerne skulle designes for at kunne understøtte lægerne i en travl hverdag og blive et værktøj for praksis, der ville blive anvendt. I starten blev pakkerne udsendt på papir, nu udsendes de elektronisk. Det skal overvejes, om lægerne individuelt kan bestemme, om de ønsker elektronisk udsendelse eller papirudsendelse.

Af juridiske årsager har regionen ikke mulighed for at sende patientlister ud til praksis, selv om dette efterspørges. Om dette siger K ” [...] *hvis jeg kunne få en liste over de der hurtigtvirkende, så ville det være super lækkert, men det må I ikke ja*” for ellers ”*så bliver det lidt bøvlet*” (bilag 1 s.3).

Jeg vurderer, at manglen på lister over patienter i behandling med det pågældende lægemiddel betyder, at omsætningen til praksis bliver langt mere tidskrævende og håndholdt for lægerne. Det øger sandsynligheden for, at omsætningen slet ikke finder sted. Lægen skal foretage manuelle opslag i lægesystemet for at finde de patienter, som det kan være aktuelt at komme i dialog med i forbindelse med at ændre deres behandling.

Det er en udfordring, at lægerne ikke kan hjælpes bedre med at identificere de relevante patienter. I regionen er vi i dialog med myndighederne herom, men det står klart, at produktionen af patientlister ikke bliver muligt. Der må tænkes i andre baner, fx ved at indgå et samarbejde med leverandører af lægesystemer for at sikre bedre statistikmoduler evt. gennem et øget pres på leverandørerne gennem et samarbejde med PLO.

Data, der anvendes i informationspakkerne, er angivet pr. 1000 sikrede og er således ikke standardiseret for køn og alder. Det betyder, at der kan være en naturlig variation i lægemiddelforbruget, der hænger sammen med fx antallet af ældre i patientpopulationen, og det skal anerkendes i pakkerne.

R synes ikke, at de faglige informationspakker understøtter denne pointe godt nok og foreslår, at der udsendes data, der som minimum er standardiseret for alder, eller hvor det fremgår tydeligt, hvilke implikationer det kan have for fortolkningen, at data ikke er standardiseret for ellers ” [...] *så kunne man godt sidde og blive mismodig, hvis man lå længere oppe. Det er jo ikke nødvendigvis rigtigt eller forkert. [...] Målet er jo ikke altid ingen medicin vel? [...] for man kan have en meget tung nedslidte arbejdere og alt muligt andet, der kunne have noget andet behov for mere morfin end min patientpopulation*” (bilag 2 s.3).

Jeg vurderer, at det kan være nødvendigt at gå i dialog med Sundhedsdatastyrelsen om, at regionen har behov for standardiserede data for at øge værdien af datarapporterne og anerkende betydningen af patientpopulationen på lægemiddelforbruget. Dertil kommer, at det skal overvejes at udsende materiale om begrebet DDD, som bruges til sammenligning af lægemiddelforbrug, idet mange læger oplever DDD som et meget abstrakt begreb.

Det bliver efterspurgt, at informationspakkerne indeholder noget mere om, hvordan man kan arbejde med pakkerne i praksis, herunder refleksionsspørgsmål, og hvordan og hvornår opfølgning på en indsats kan finde sted. R ønsker ” [...] *nogle tiltag til, hvordan man kunne arbejde med lidt mere med det i praksis. Hvordan kunne man arbejde med det, og hvornår kunne man følge det op igen?*” (bilag 2 s.4).

Det skal overvejes, om det kan gøres endnu lettere for praksis at bestille data for at følge op på effekten af deres indsatser. Derudover kan der med fordel udarbejdes konkrete forslag til, hvordan man kan arbejde med de faglige informationspakker. Begge dele vil være med til at gøre arbejdet for praksis lettere og på den måde understøtte større grad af implementering.

Ligeledes skal det gøres mere tydeligt, hvilken gavn patienterne får ud af, at lægen bruger tid på at arbejde med informationspakkerne, og datarapporterne skal tydeliggøre, at den praktiserende læge er én af patientens behandlere og derfor kun bærer en del af ansvaret. Det skal overvejes, om der i den forbindelse skal gøres brug af andre data fx førstegangsordinationer. Det skal undersøges, hvordan hospitalernes brug af lægemidler kan ændres, så den afsmittende effekt på lægemiddelforbruget i praksis bliver mere hensigtsmæssig.

For R har det ikke været helt klart, hvorfor det netop er de 10 lægemiddelområder, der er udarbejdet faglige informationspakker på. Hun efterlyser en rød tråd, idet valget for hende synes tilfældigt. Dette står i modsætning til K, der er helt tryk ved, at der har siddet nogle fagpersoner, som har udvalgt de emner, som praksis burde interessere sig for.

R mangler eksplicitering af dette valg. Hun efterlyser også større aktualitet i de valgte temaer *”hvis man kunne bringe et eller andet aktualitet ind i det [...] så tror jeg bare, at det ville gøre min nysgerrighed større [...]”* (bilag 2 s.10). Hun oplever, at en af de seneste pakker om antipsykotika til ældre netop er et eksempel på en pakke, der i høj grad er aktuel. Hun forventer, at en større aktualitet kan bidrage til, at flere læger vil arbejde med en pakke og sikre, at refleksion finder sted.

Regionen skal helt generelt i kommunikationen omkring informationspakkerne være endnu mere eksplicite om, at informationspakkerne er tænkt til at understøtte frivillig kvalitetsudvikling og ikke er et led i regional kontrol.

Opsummerende vurderer jeg, at der generelt er identificeret et behov for at ændre kommunikationen omkring de faglige informationspakker på forskellige niveauer. Der er brug for større tydelighed på nogle områder og mere anerkendelse på andre områder, og patientperspektivet skal stå tydeligt frem. Der skal arbejdes videre med at skabe mulighed for at fremvise standardiserede data. Udvikling af værktøjer, der understøtter dialog med patienterne og udvikling af mere konkrete metoder til, hvordan praksis kan arbejde med de faglige informationspakker, bliver også efterspurgt.

Undersøgelsen og analysen af det empiriske materiale fører frem til konklusionen, der er beskrevet i det sidste afsnit i undersøgelsen.

## Konklusion

Procesevalueringen er gennemført fra september til december 2021 i forbindelse med Masteruddannelsen i Læreprocesser med specialisering i evaluering og kvalitetsudvikling på Aalborg Universitet.

Formålet med evalueringen var at belyse, hvilken effekt de faglige informationspakker skaber. Effekt forstået som hvordan de faglige informationspakkerne giver anledning til refleksion hos praktiserende læger. Problemformuleringen i evalueringen var: Hvordan giver faglige informationspakker anledning til refleksion hos praktiserende læger?

Det empiriske materiale bestod af semistrukturerede interviews med 4 praktiserende læger fra Region Midtjylland ved brug af interviewguide, og der er foretaget en tematisk analyse af materialet.

Der er fire overordnede fund i undersøgelsen, som jeg vil fremhæve.

- De faglige informationspakker giver anledning til refleksion, som kan medføre ændret praksis.
- Hensigtsmæssig regional kommunikation er nødvendig for at bidrage til, at informationspakker ikke opleves som regional kontrol men i stedet ansporer til refleksion.
- Datarapporter er centrale for refleksion.
- Informationspakkerne ansporer til ny praksis, men patientcentreret behandling betyder, at der ikke altid ordineres rationelt. Denne problemstilling ændrer informationspakker ikke på.

Undersøgelsen viser, at de faglige informationspakker giver anledning til refleksion hos de praktiserende læger, og der er tegn på, at der er varierende dybde i deres refleksioner, og at refleksionerne kan medføre ændret praksis. Det har ikke været muligt i undersøgelsen af afgøre, om refleksionerne udelukkende stammer fra informationspakker, eller om de måske mere oplagt er opstået på baggrund af flere initiativer.

Informationspakker skaber et grundlag for refleksion og begrebsliggørelse, som kan holde læringscirklen i gang. En fleksibel tilgang til læring enten gennem de faglige budskaber eller gennem datafeedback er mulig.

Den overordnede kommunikation om informationspakkerne er meget væsentlig i forhold til, om de overhovedet får mulighed for at give anledning til refleksion, idet nogle læger oplever informationspakkerne som regional kontrol frem for støtte til kvalitetsudvikling. Evalueringen viser, at regionen derfor skal arbejde meget mere med den generelle kommunikation for på en anerkendende måde at anspore til refleksion. Evalueringen viser ikke, at der skal arbejdes med forbedring af det faglige indhold i informationspakkerne.

Lægerne fremhæver særligt datarapporterne, som det element der giver anledning til refleksion. Lægerne har en række forbedringsforslag til datarapporterne, som, jeg vurderer, er vigtige at få indarbejdet, så datarapporterne i endnu større grad kan understøtte refleksion. Det drejer sig særligt om at anvende standardiserede data, at sætte måltal og at kommunikere med større respekt for, at den praktiserende læge kun er én af de sundhedsprofessionelle, der behandler patienterne.

Alle fire læger er drevet af faglige værdier men også af ønsket om patientcentreret behandling. Disse værdier kan potentielt være modpoler. Patienter er ikke nødvendigvis interesserede i den rationelle lægemiddelbehandling, som lægen tilbyder. Jeg vurderer ikke, at informationspakkerne ændrer på denne problematik. Fremadrettet kan vi i afdelingen arbejde med at udvikle værktøjer til at understøtte bedre dialog om medicin mellem læge og patient, så mere rationel lægemiddelbehandling bliver mulig. Denne evaluering viser ikke, om praktiserende læger vil bruge sådanne værktøjer, eller hvilket indhold de skal have. Det må en anden undersøgelse søge at give svar på.

Undersøgelsen peger på, at informationspakker kan give anledning til refleksion, men den viser også, at det ikke er selve det faglige indhold, vi i første omgang skal fokusere på i forbedringsarbejdet. Det er overraskende for mig, hvor stor betydning den generelle kommunikation om informationspakker, herunder om data, har for, hvordan pakkernes liv bliver i almen praksis. Det kan med fordel undersøges nærmere, hvordan kommunikationen skal tilrettelægges for at skabe bedst mulighed for, at lægerne forholder sig til og reflekterer over pakkerne.

## Referencer

- Andersen, M., Wahlgren, B., Wandall, J. (2017). Evaluering – af læring, undervisning og uddannelse. Hans Reitzels forlag. 1. udgave, 1. oplag
- Argyris, C. & Schön, D.A. (1996). Organizational Learning II. Theory, Method, and Practise. Addison-Wesley publishing company
- Argyris, C. (2017/1992). Organisatorisk læring – single- og dobbeltloop. I: Illeris, K. (red). 49 tekster om læring. Samfundslitteratur 2017. 1. udgave, 4. oplag. Side 437-442
- Dahler-Larsen, P. (2016). Evalueringsanvendelse. I: Bredgaard, T. (red.). Evaluering af offentlig politik og administration. Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 2. oplag. Side 195-214
- Dahler-Larsen, P. (2018). Kvalitetens beskaffenhed. Syddansk Universitetsforlag, 1. udgave, 4. oplag
- Høj, K., Mygind, A., Rosengaard Møller, M.C., Bro F. (2019). Medicin i Midt. Evalueringsrapport. Forskningsenheden for Almen praksis, Aarhus. [https://www.sundhed.dk/content/cms/14/112614\\_medicin-i-midt--evalueringssrapport-forskningsenheden-for-almen-praksis.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/14/112614_medicin-i-midt--evalueringssrapport-forskningsenheden-for-almen-praksis.pdf)
- Illeris, K. (2017). Læring. Samfundslitteratur. 3. udgave, 3. oplag
- Ingemann, J.H. (2020). Videnskabsteori for økonomi, politik og forvaltning. Samfundslitteratur. 1. udgave, 4. oplag
- Johannesen, L.E.F., Witsø Rafoss, T., Børve Rasmussen, E. (2020). Hvordan bruke teori? Universitetsforlaget Oslo, 3. oplag
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I: Juul, S. & Bransholm Pedersen, K. (red). Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 5. oplag. Side 107-148
- Kolb, D.A. (2017/1984). Erfaringslæring – processen og det strukturelle grundlag. I: Illeris, K. (red). 49 tekster om læring. Samfundslitteratur. 1. udgave, 4. oplag. Side 283-298
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. Hans Reitzels forlag. 3. udgave, 3. oplag
- Medicin i Midt 2017-2020. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/laegemidler/fokusomraader/medicin-i-midt-2017-2020/>
- Overenskomster og aftaler i almen praksis. <https://www.laeger.dk/PLO/Overenskomster-aftaler>
- Pedersen, K. (2021). Evaluering af praktiserende lægers læreprocesser i forbindelse med faglige informationspakker – et oplæg til et masterprojekt AAU
- Praktiserende Lægers Organisation & Danske Regioner (2020): Vision for almen praksis i 2030. [https://www.laeger.dk/sites/default/files/vision\\_for\\_almen\\_praksis\\_2030.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/vision_for_almen_praksis_2030.pdf)
- Rasmussen, A., Rasmussen P. (2016). Procesevaluering. I: Bredgaard, T. (red.). Evaluering af offentlig politik og administration. Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 2. oplag. Side 241-262
- Sundheds- og hospitalsplanen i Region Midtjylland 2020  
<https://www.rm.dk/sundhed/fremtidens-sundhedsvaesen/sundheds--og-hospitalsplan-for-region-midtjylland/>

Tanggaard, L., Brinkmann, S. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S., Tanggaard, L. Kvalitative metoder – en grundbog. Hans Reitzels forlag. 3. udgave, 1. oplag. Side 33-64

Vedung, E. (2016). Fire evalueringsbølger. I: Bredgaard, T. (red.). Evaluering af offentlig politik og administration. Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 2. oplag. Side 37-68

## Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Transskription K

Bilag 2: Transskription R

Bilag 3: Transskription D

Bilag 4: Transskription T

Bilag 5: Datarapport

Bilag 6: Interviewguide