



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Kortlægning af den kommunale praksiskonsulentordning

December 2011

Indhold

<u>SAMMENFATNING, UDFORDRINGER OG ANBEFALINGER</u>	<u>3</u>
GENERELT OM ORDNINGEN	3
KOMMUNALT-LÆGELIGT UDVALG OG PRAKSISKONSULENTEN	3
REKRUTTERING	4
SAMARBEJDE OG VIDENSDELING	4
<u>1. BAGGRUND.....</u>	<u>5</u>
<u>2. METODE</u>	<u>5</u>
<u>3. KORTLÆGNING AF PRAKSISKONSULENTORDNINGEN</u>	<u>6</u>
3.1. GENERELT OM ORDNINGEN	6
3.2. PRAKSISKONSULENTENS OPGAVER	6
3.3. BETYDNINGEN AF ETABLERING AF KOMMUNALT-LÆGELIG UDVALG	8
3.4. REKRUTTERING.....	8
3.5. SAMARBEJDE OG VIDENSDELING PÅ TVÆRS AF KOMMUNER	9
<u>BILAG 1. RESULTATER FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE.....</u>	<u>11</u>
<u>BILAG 2. DELTAGERE VED WORKSHOP DEN 6. OKTOBER 2011.....</u>	<u>25</u>

Sammenfatning, udfordringer og anbefalinger

Generelt om ordningen

I dag findes praksiskonsulenter i 76 % af kommunerne. Typisk har en kommune én praksiskonsulent tilknyttet, som arbejder 1-5 timer pr. uge.

Praksiskonsulentens hovedopgave er koncentreret om at facilitere samarbejde i bred forstand og være brobygger mellem kommune og praktiserende læger. Endvidere er Praksiskonsulenten ofte en sparringspartner for kommunens ansatte og kvalificerer den kommunikation, der går fra kommunen til de praktiserende læger. De fleste praksiskonsulenter deltager i de kommunalt-lægelige udvalgs møder.

Opgaverne, der løses af praksiskonsulenten er mange. De fleste har ikke fast definerede opgaver, men aftaler løbende med en kontaktperson i kommunen, hvilke opgaver der skal løses. Det kan derfor ikke på baggrund af undersøgelsen konkluderes, at en opgave skal prioriteres højere end andre, da opgaven vil være afhængig af lokalområdets behov.

Ordningen står over for en periode med forandringer, da der oprettes kommunalt-lægelige udvalg i alle kommuner.

Generelt kan kortlægningen konkludere, at praksiskonsulenterne har få timer til arbejdet, hvilket ikke fuldt ud harmonerer med de mange forventninger, der er til ordningen.

Set i lyset af de få timer bør der i kommunen stilles skarpt på, hvilke opgaver det er vigtigst, at praksiskonsulenten varetager. Nogle kommuner har god erfaring med at have en kontaktperson i kommunen, som prioriterer opgaverne. Det kan endvidere være en løsning – i nogle tilfælde – at en praksiskonsulent anvendes i forhold til afgrænsede projekter eller i forhold til særlige problemstillinger (fx henvisning til forebyggelsesaktiviteter).

Kommunalt-lægeligt udvalg og praksiskonsulenten

Indførelsen af obligatoriske kommunalt-lægelige udvalg ses af mange som en mulighed for at sætte mere retning på praksiskonsulentens arbejde. Etableringen af udvalgene betyder samtidigt, at praksiskonsulentens arbejde kan koncentrere sig om den daglige sparring med kommunens ansatte og understøtte et godt samarbejde mellem kommune og almen praksis. Endvidere kan praksiskonsulenten have en rolle i forbindelse med implementering af de tiltag, der drøftes og beslutes i det kommunalt-lægelige udvalg.

Etablering af kommunalt-lægeligt udvalg i alle kommuner kan således betyde ændrede opgaver for praksiskonsulenten, men også en mulighed for at afgrænse praksiskonsulentens opgaver.

Rekruttering

En række kommuner anfører, at der kan være problemer med at rekruttere nye praksiskonsulenter. Ved at gøre praksiskonsulentens opgaver mere relateret til drøftelser i det kommunalt-lægelig udvalg, kan det blive lettere for en ansøger at vurdere, hvad der forventes.

Hvor der er rekrutteringsproblemer kan løsningen være at skabe opmærksomhed og markedsføre ordningen stærkere blandt de praktiserende læger via lægelaug og det kommunalt-lægelig udvalg. Flere ansatte praksiskonsulenter finder, at rollen giver et bredere perspektiv og bedre forståelse af den kommunale sektor, hvilket opleves som en meget stor gevinst i den enkelte læges hverdag.

Samarbejde og vidensdeling

Der er i dag i varierende omfang vidensdeling mellem praksiskonsulenterne i de enkelte kommuner. Øget vidensdeling vil sikre, at gode løsninger kan sprede sig hurtigt på tværs af kommuner inden for regionen. For at styrke ordningen fremover, kan der være behov for at danne netværk blandt praksiskonsulenterne. Denne opgave vil kunne understøttes ved at etablere en funktion såsom regional praksiskoordinator for de praksiskonsulenter, der er ansat i kommunerne. Dette sker allerede i tre regioner i dag.

Denne ordning, der er forankret i regionen, kan med fordel udbredes til øvrige regioner.

Set i lyset af de få timer de kommunale praksiskonsulenter har til rådighed, er det vigtigt at tværgående samarbejder på tværs af kommuner faciliteres virtuelt.

1. Baggrund

Ved indgåelsen af overenskomst om almen praksis 2011 blev det aftalt, at PLO og KL i fællesskab skulle udarbejde en fælles rapport om praksiskonsulentordningen i kommunerne. Formålet med rapporten er beskrevet i overenskomstens protokollat 19:

Protokollat om kommunale praksiskonsulenter af 21-12-2010

KL og PLO er enige om, at lokal anvendelse af praksiskonsulenter har vist sig at være en effektiv måde at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Praksiskonsulenter spiller således en vigtig rolle i forhold til at sikre succesfuld implementering af de sundhedspolitiske indsatsområder og løsning af konkrete problemstillinger.

Anvendelse af praksiskonsulenter har fundet sted i regionerne i mange år men er relativt nyt i kommunerne. Her er området fortsat i udvikling og parterne mangler derfor et samlet overblik over ansættelse af praksiskonsulenter i kommunerne. PLO og KL er derfor enige om, at der i umiddelbar forlængelse af overenskomstforhandlingerne foretages et fælles projektarbejde, der har til opgave at indhente information om de lokale praksiskonsulentordninger i kommunerne. Oplysningerne vil herefter blive bearbejdet til en fælles rapport der sendes til samtlige kommuner, regioner og læger.

Rapporten skal fremkomme med ideer til de lokale parter til, hvilke emner de kommunale praksiskonsulenter med fordel kan beskæftige sig med. Rapporten skal ligeledes beskrive mulige modeller for lokale praksiskoordinatorers funktioner, herunder belyse evt. muligheder for opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner.

Etablering af praksiskonsulentordningen i kommunerne tog for alvor fart efter kommunalreformen. Ordning har fundet sin inspiration i den praksiskonsulentordning, der er etableret i forhold til sygehusafdelinger, og som har eksisteret i en lang årrække. Grundtanken med ordningen er, at en praktiserende læge ansættes af kommunen til at agere bindeled mellem kommunen og de øvrige praktiserende læger i kommunen på en lang række områder, hvor der er et tæt samarbejde og et behov for koordinering og udveksling af information.

2. Metode

Rapporten er baseret på en spørgeskemaundersøgelse til alle kommuner. Spørgsmålene blev formuleret af KL og PLO i fællesskab. Undersøgelsen blev gennemført af KL. Spørgeskemaet blev sendt til alle kommuner i august 2011. Efter en rykkerprocedure blev undersøgelsen afsluttet primo oktober 2011 med en svarprocent på 80. I spørgeskemaet opfordres kommunerne til at besvare spørgsmålene i samarbejde med en kommunal praksiskonsulent.

Bilag 1 viser resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.

Desuden blev der gennemført en workshop den 6. oktober 2011 med deltagelse af én praksiskonsulent fra hver region og én kommunalt ansat fra hver region. Mødet blev gennemført som et gruppebaseret interview af KL og PLO i fællesskab.

Deltagerne i workshoppen fremgår af bilag 2.

Målgruppen for rapporten er sundhedschefer i kommunerne, de kommunalt-lægelige udvalg, de kommunale lægelaug, PLO's regionale praksisudvalg samt regionerne.

3. Kortlægning af Praksiskonsulentordningen

Rapporten gennemgår en række udvalgte emner, der er udvalgt efter gennemgang af den kvantitative kortlægning samt resultatet af et fokusgruppe-interview med praksiskonsulenter, kommunale chefer og medarbejdere.

Rapporten behandler følgende emner:

- Generelle forhold
- Opgaver
- Betydningen af kommunalt-lægelig udvalg
- Rekruttering
- Samarbejde på tværs

3.1. Generelt om ordningen

Kommunerne har i dag typisk ansat én praksiskonsulent i 1-5 timer om ugen. 76 % af kommunerne svarer, at de har en praksiskonsulent og 20 % svarer, at de har to ansat.

Arbejdsformen for praksiskonsulenterne er forskellig. Nogle praksiskonsulenter møder frem på kommunen i et aftalt antal timer hver uge, andre løser almindeligvis opgaver via mail, og har ikke aftalt fast fremmøde i kommunens forvaltning.

Praksiskonsulenterne arbejder typisk mellem én time og én dag pr. uge som praksiskonsulent. Hovedparten er ansat ganske få timer om ugen, hvilket sætter en række begrænsninger for, hvad der kan forventes af ordningen generelt.

3.2. Praksiskonsulentens opgaver

Praksiskonsulenten er typisk sparringspartner for kommunens ansatte og kvalificerer f.eks. den kommunikation, der går fra kommunen til de praktiserende læger.

Praksiskonsulenten faciliterer det brede samarbejde samt har fokus på det bilaterale samarbejde mellem de praktiserende læger og plejehjem, hjemmepleje, genoptræningscentre og jobcentre.

Den kvalitative undersøgelse viser, at praksiskonsulenten arbejder med følgende opgaver:

- 41 % medvirker i udarbejdelse af sundhedsaftaler,
- 29 % bidrager til kommunens sundhedstilbud på sundhed.dk og kun
- 14 % udarbejder information til kommunernes hjemmesider.
- 59 % svarer, at der er andre opgaver.

Praksiskonsulenterne beskæftiger sig i mindre grad med konkret udformning af materialer til hjemmesider, men bliver brugt til sparring og kvalitets sikring af disse.

Den kvalitative undersøgelse understøtter at, at den daglige sparring er den vigtigste opgave. Her drøftes spørgsmål om samarbejdet mellem kommune og almen praksis og det er indtrykket fra fokusgruppeinterviewet, at samarbejdsvanskeligheder mellem kommune og almen praksis forebygges via denne sparring.

Praksiskonsulenterne oplyser, at det er en udfordring at få de mange forventninger til praksiskonsulenten afstemt med de relativt få timer, han/hun er ansat.

Praksiskonsulentens opgaver er derfor hovedsagelig samarbejds- og ad hoc opgaver, hvorfor der også findes en meget stor spredning i, hvilke opgaver praksiskonsulenterne varetager i den enkelte kommune. Besvarelsenerne viser således, at der er stor bredde i opgaveporteføljen, samt at der er relativt få timer til at løse dem i.

Set i lyset af de få timer bør der i kommunerne generelt stilles skarpt på, hvilke opgaver det er vigtigst, at praksiskonsulenten varetager. Nogle kommuner har god erfaring med at have en kontaktperson i kommunen som prioriterer opgaverne.

Det kan endvidere være en løsning – i nogle tilfælde – at en praksiskonsulent anvendes i forhold til afgrænsede projekter eller i forhold til særlige problemstillinger (fx henvisning til forebyggelsesaktiviteter, sikring af lægedækning af plejecentre, henvisning til vederlagsfri fysioterapi).

3.3. Betydningen af etablering af kommunalt-lægelig udvalg

De fleste praksiskonsulenter deltager i dag i møder i de kommunalt-lægelige udvalg.

74 % af kommunerne svarer, at praksiskonsulenterne deltager i de kommunalt-lægelige udvalgs møder og 60 % svarer, at praksiskonsulenten sparrer med de kommunale udvalgsmedlemmer, medvirker til udarbejdelse af lokale aftaleudkast samt bidrager til implementeringen af udvalgets beslutninger.

Flere af de interviewede har anført, at det kan få betydning, at alle kommuner har fået kommunalt-lægelig udvalg og lægelaug for den måde praksiskonsulentordningen vil udvikle sig på.

Den kvantitative undersøgelse understøtter ikke entydigt denne opfattelse, da 60 % svarer, at de ikke ved om kommunalt-lægeligt udvalg vil betyde nye opgaver.

22 % af kommunerne svarer, at praksiskonsulenterne vil generelt vil få nye opgaver i fremtiden, uden dog at henføre dette til etableringen af kommunalt-lægelig udvalg. Kommunerne foreslår bl.a., at praksiskonsulenten skal:

- udvikle specifikke tilbud, som f.eks. forløbsprogrammer, rehabilitering, uhensigtsmæssige indlæggelser og egenindlæggelser.
- fungere som kommunens bindeled til lægelaug og sygehusene samt
- bruges som konsulent på ad hoc og udvalgte opgaver.

Workshoppen viste imidlertid, at kommunalt-lægeligt udvalg ses som et forum, hvor kommunen og almen praksis kan skabe bedre strategiske rammer for, hvordan samarbejdet lokalt bør udvikle sig samt hvilke områder, der særligt skal dyrkes. Dermed skabes samtidig mulighed for at sætte en tydeligere retning for praksiskonsulentens arbejde, der i dag går i mange retninger.

3.4. Rekruttering

22 % af kommunerne oplever barrierer for rekruttering af praksiskonsulenter i dag. Størsteparten af kommunerne oplever ingen eller stort set ingen barrierer.

12 % af respondenterne svarer, at de ikke har forsøgt at rekruttere praksiskonsulenter. Nogle kommuner oplyser, at de løser opgaverne på anden vis og andre, at opgaven ikke er prioriteret politisk.

Flere besvarelser viser, at det opleves som en svær opgave at være formidler mellem lægerne internt - og mellem lægerne og kommunen. Praksiskonsulentens succes synes at kræve en særlig status hos de øvrige praktiserende læger. Denne kompleksitet synes at være særlig vigtig at formidle i forbindelse med kommende ansættelser af praksiskonsulenter.

I workshoppen var der en betydelig entusiasme blandt de deltagende kommunale praksiskonsulenter. De oplever opgaven som meget udviklende i forhold til deres arbejde som praktiserende læger. Rollen som kommunal praksiskonsulent giver et bredere perspektiv og bedre forståelse af den kommunale sektor, hvilket opleves som en meget stor gevinst i den enkelte læges hverdag. De kommunale praksiskonsulenter undrer sig derfor over, at det kan være vanskeligt at rekruttere til ordningen. De mener, det skyldes manglende viden blandt deres kolleger, hvilket kan tale for en bedre promovering af ordningen, herunder også inden for rammerne af lægelaug.

3.5. Samarbejde og vidensdeling på tværs af kommuner

Praksiskonsulenterne faciliterer samarbejdet mellem kommuner og almen praksis meget bredt inden for rammerne af kommunen. Spørgsmålet er om ordningen kan styrkes af et samarbejde og en vidensdeling på tværs af kommunerne for at sikre, at gode tiltag spreder sig mellem kommunerne inden for regionen.

Det skal også ses i lyset af, at de praktiserende læger ofte har patienter i flere kommuner, hvorved mere harmoniserede arbejdsgange vil være en fordel, fx i forhold til henvisning til forløbsprogrammer og vederlagsfri fysioterapi.

Allerede i dag er der et vist samarbejde mellem kommunerne bl.a. faciliteret af regionale praksiskonsulenter:

- 67 % af kommunerne svarer, at praksiskonsulenten samarbejder med praksiskoordinatorer i regionerne,
- 52 % samarbejder med praksiskonsulenter i andre kommuner og
- 34 % samarbejder med regionalt ansatte praksiskonsulenter på sygehusene.

Der er en fjerdedel af respondenterne, der mener, at der bør være yderligere koordinering mellem praksiskonsulenterne på tværs af kommunerne. De forslår, at der oprettes nationale eller regionale fora. Det kunne være at genoptage de tidligere PKO landsmøde eller et virtuelt socialt netværk, der kendes fra region Hovedstaden.

Praksiskonsulenterne samarbejder allerede nu på tværs af kommuner og regioner på forskellig måde. Region Syddanmark har fx etableret et fælles praksiskonsulentsekretariat for regionale og kommunale praksiskonsulenter. Der er ansat flere praksiskoordinatorer, hvoraf én har til opgave at stå for koordinering i forhold til de kommunale praksiskonsulenter af hensyn til at fremme patientforløb og samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og de praktiserende læger.

I Region Hovedstaden er etableret et flerårigt projekt, hvor en regional praksiskoordinator er ansat til at varetage koordination i forhold til de kommunale praksiskonsulenter og skabe sammenhæng i forløbsprogrammerne, især i forhold til kommunikationen og samarbejdet i sektorovergange.

I Region Nordjylland er der også en tilsvarende ordning med en regional forankret praksiskonsulent, der skal sikre samarbejde på tværs af de kommunale praksiskonsulenter

Set i lyset af de relative få timer en kommunalt praksiskonsulent i dag er ansat, så er det begrænset, hvor meget mødeaktivitet der er plads til i forhold til tværgående samarbejde. Derfor er det vigtigt, at samarbejdet på tværs sikres virtuelt i så stor en udstrækning som muligt.

Bilag 1. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført fra den 10-08-2011 til den 03-10-2011 (7 uger). Undersøgelsen blev udført som e-survey ved udsendelse af mail til alle kommunernes hoved mailadresse. Dvs. spørgeskemaet er sendt til 98 respondenter uden anonymitet. Der blev i perioden udsendt rykkermail og ringet rundt til de kommuner, der endnu ikke havde udfyldt spørgeskemaet.

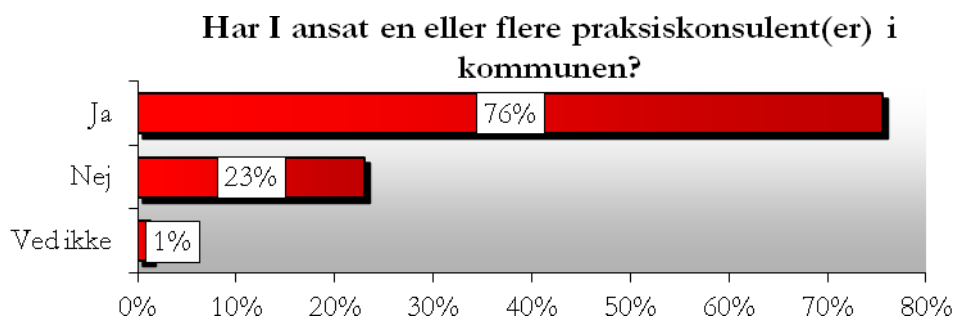
Pr. 03-10-2011 havde 78 af de 98 kommuner gennemført spørgeskemaet, svarende til 80 %, 15 kommuner havde ikke svaret, og fem kommuner havde ikke færdiggjort deres besvarelse. KL og PLO vurderede, at en svarprocent på 80 % var tilfredsstillende for at bruge undersøgelsen som grundlag for det videre arbejde.

Der er variation på hhv. geografi og størrelse på de kommuner, der har svaret. Der er således både besvarelser fra nogle mindre ø-kommuner og fra nogle af landets største kommuner. Desuden er der ingen tendenser, der indikerer en overrepræsentation af kommuner fra bestemte landsdele. Repræsentativiteten vurderes derfor at være høj og valid så man kan generalisere til alle kommuner.

I spørgeskemaet blev der opfordret til at besvarelserne blev udarbejdet i et samarbejde mellem praksiskonsulenten og kommunen.

Antal praksiskonsulenter og deres arbejdstid (spg. 6 til 11)

Undersøgelsen viser, at de fleste kommuner har én praksiskonsulent ansat og at denne praksiskonsulent arbejder mellem 1 og 5 timer om ugen. Godt en fjerdedel af kommunerne har ikke praksiskonsulenter ansat.



76% har svaret, at de har én eller flere praksiskonsulent(er) ansat. Heraf har 76% (45 kommuner) kun én praksiskonsulent ansat, 20% (12 kommuner) to ansat,

én kommune har tre ansat og én kommune har fire ansat.

Ingen af kommunerne, der har deltaget i vores undersøgelse, har fem eller flere praksiskonsulenter ansat.

Af de 76 praksiskonsulenter, der har angivet en arbejdstid, arbejder de alle på nær fire, mellem 1 og 5 timer om ugen. De fire arbejder mellem 5 og 10 timer om ugen.

Praksiskonsulenternes opgaver (Spg. 12-17)

Der er 75 % (54 kommuner), der har svaret, at de har praksiskonsulenter ansat.

Den generelle tendens er, at disse kommuners praksiskonsulenter i høj grad bliver brugt som bindeled mellem kommunerne, praksis, de kommunalt-lægelige udvalg og lægelaugene. Praksiskonsulenterne beskæftiger sig i mindre grad med konkret udformning af materialer til hjemmesider, men bliver brugt til sparring og kvalitetssikring af disse. Deres opgaver er derfor hovedsagelig samarbejds- og ad hoc opgaver. Det betyder også, at der er en stor diversitet i hvilke opgaver, de enkelte praksiskonsulenter udfører.

Samarbejdet med almen praksis (spg. 12)

Overordnet viser undersøgelsen, at praksiskonsulenterne faciliterer samarbejdet mellem kommuner og almen praksis meget bredt. Der er tendens til at der både er fokus på det bredere samarbejde uden for kommunen, samtidig med at der er fokus på det bilaterale samarbejde mellem kommunen og de praktiserende læger.

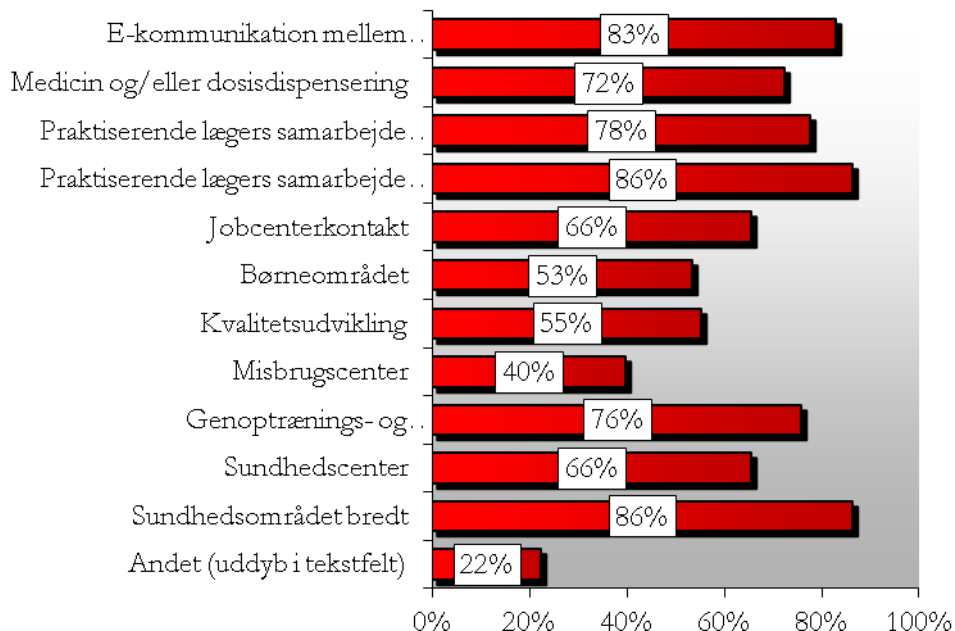
Der er over 75 % af praksiskonsulenterne, der faciliterer samarbejdet mellem kommunen og almen praksis på områderne:

- E-kommunikation mellem kommunens plejepersonale og praktiserende læger
- Genoptrænings- og rehabiliteringscenter
- Medicin og/eller dosisdispensering
- Praktiserende lægers samarbejde med hjemmeplejen
- Praktiserende lægers samarbejde med plejehjem
- Sundhedsområdet bredt

Derudover er der mellem 50 % og 75 %, der faciliterer samarbejdet mellem kommunen og almen praksis på områderne:

- Sundhedscenter
- Jobcenterkontakt
- Kvalitetsudvikling
- Børneområdet.

Indenfor hvilke områder faciliterer den/de kommunale praksiskonsulent/erne samarbejdet med almen praksis?



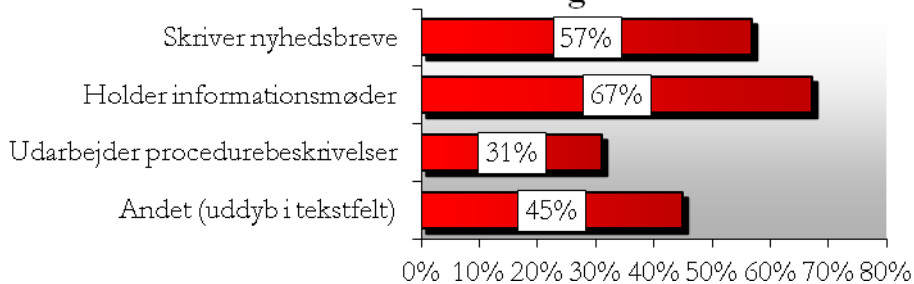
Herudover er der 22 %, der svarer, at praksiskonsulenterne faciliterer opgaver inden for andre områder. Nogle af disse er:

- Indgår i klyngesamarbejdet mellem region og kommune
- Løbende problemstillinger, periodiske temaer (fx. "patientrettet forebyggelse, KRAM skoler og snitfladen til AP").
- Implementering af forløbsprogrammer for KOL, type-2-diabetes og demens og generelt i tilknytning til sundhedsaftaler.
- Deltager i vurdering af diverse projekter på sundhedsområdet.
- Flygtninge og indvandre, ældre og handicap.
- Udvikling af og samarbejde omkring borger- og patientrettede forebyggelsestilbud.
- Borgerservice i forhold til kropsbårne hjælpemidler.
- Undervisning af mødregrupper med depressioner.

Praksiskonsulentens opgaver i forhold til kommunens læger (spg. 13)

Over halvdelen af praksiskonsulenterne beskæftiger sig med kommunikation og formidling mellem kommunen og de praktiserende læger. Men det er under en tredjedel, der selvstændigt udarbejder procedurebeskrivelser.

Hvilke opgaver har praksiskonsulenten i forhold til kommunens læger?



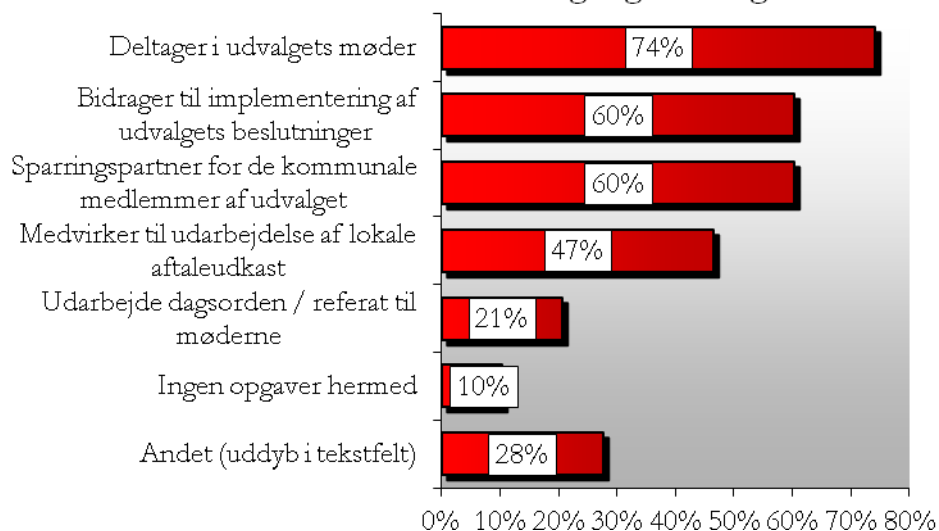
67 % af de praksiskonsulenterne holder informationsmøder, 57 % skriver nyhedsbreve, 31 % udarbejder procedurebeskrivelser og 45 % svarer at praksiskonsulenterne har andre opgaver i forhold til kommunernes læger, som f.eks.:

- Deltager sammen med kommunale repræsentanter i både kontaktudvalgsmøder og de planlagte møder med lægelaug.
- Rådgiver kommunen om hvordan f.eks. informationer til almen praksis formidles mest hensigtsmæssigt.
- Indhenter information i forhold til evt. nye tiltag og medvirker i udvælgelse af praktiserende læge i forhold til nye projekter.
- Kvalificerer forskelligt arbejde via møder på hhv. direktions-, chef- og afdelingsniveau.
- Konkret bistand i forhold til e-kommunikation.
- Praksiskonsulenten bruger en del af ansættelsestiden på at få konkret kendskab til arbejdsgange og forhold på f.eks. institutioner, hjælpemiddeldepoter m.v. for at kunne bidrage bedst muligt i kommunikationen omkring disse i forhold til kolleger i praksis.
- Som bindeled mellem kommunen og de praktiserende læger.

Praksiskonsulentens opgaver i forhold til det kommunalt-lægelige udvalg (spg. 14)

Ni ud af ti praksiskonsulenter har ifølge undersøgelsen opgaver i forhold til kommunalt-lægeligt udvalg, KLU. En stor del af praksiskonsulenterne sparer med de kommunale udvalgsmedlemmer, deltager i møderne, medvirker til udarbejdelse af lokale aftaleudkast og bidrager til implementering af beslutningerne.

Hvilke opgaver har praksiskonsulent/erne i relation til det kommunalt-lægelige udvalg?



74 % af praksiskonsulenterne deltager i udvalgets møder, 60 % bidrager til implementering af udvalgets beslutninger og giver sparring til udvalgets kommunale medlemmer. 47 % medvirker til udarbejdelse af lokale aftaleudkast, 21 % bidrager til udarbejdelse af dagsorden og referat og 10 % har ingen opgaver i relation til den kommunalt-lægelige udvalg.

28% har andre opgaver i relation til det kommunalt-lægelige udvalg. Hvor et par af opgaverne er:

- praksiskonsulenterne aftaler med lægelaug, hvis der er emner, der skal drøftes her. Praksiskonsulenten orienterer på KLU's møde om samarbejde og muligheder ved samarbejdet med kommunen.
- Kvalificering af sager i udvalget.

Det skal bemærkes, at der i en nogle kommuner ikke er nedsat et kommunalt-lægeligt udvalg, og at praksiskonsulenten derfor ikke har opgaver i relation til udvalget.

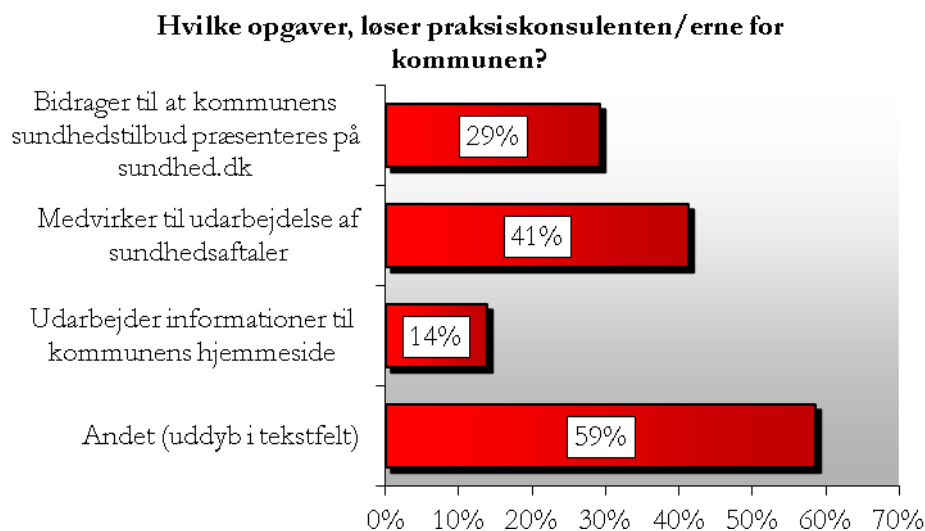
Opgaver praksiskonsulenterne løser for kommunen (Spg. 15)

59% af kommunerne svarer, at praksiskonsulenterne varetager andre opgaver end de definerede i spørgeskemaet. Desuden er der under en tredjedel, der udarbejder materiale til sundhed.dk og kommunernes hjemmesider. Kommentarerne giver indtryk af, at praksiskonsulenterne i højere grad kvalificerer materiale og i mindre grad har som opgave at udarbejde det.

41 % medvirker i udarbejdelse af sundhedsaftaler,

29 % bidrager til kommunens sundhedstilbud på sundhed.dk og kun 14 % udarbejder information til kommunernes hjemmesider. Hele 59 % svarer, at der er andre opgaver. Nogle af disse er:

- Bidrager til udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen.
- Deltager i møderne i samordningsudvalget samt indgår i underarbejdsgrupper til samordningsudvalget
- Deltager i relevante arbejdsgrupper.
- Kvalitetssikrer information til kommunens hjemmeside
- Praksiskonsulenter har først og fremmest medvirket til at få en meget konstruktiv dialog i gang med almen praksis.
- Sparringspartner på konkrete oplæg og problemstillinger, samt sundhedsaftaler.
- Bruges til at give kommunen indsigt i hvordan APL får informationer og orienteres generelt, f.eks. bibringe viden til forvaltningen om hvorledes en konkret ny aftale eller retningslinje fra regionen er tilgået de APL.
- Medvirker ved kommunale interne konferencer på sundhedsområdet

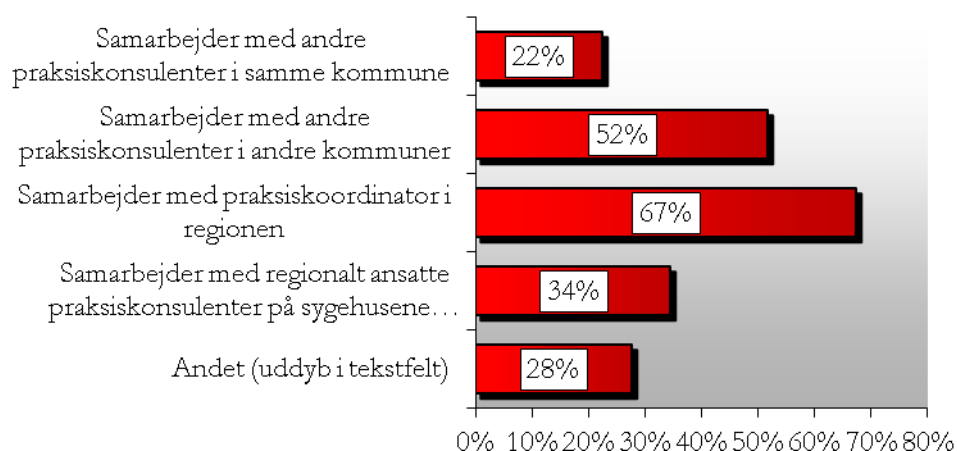


Praksiskonsulenternes samarbejdsflader (Spg. 16)

Ud over de ovenfor beskrevne samarbejdsflader er praksiskonsulenternes samarbejdsflader i prioriteret rækkefølge regionerne, andre kommuner, praksiskonsulenter på sygehusene og praksiskonsulenter i samme kommune. Der er et klart fokus på samarbejde ud af kommunen, og der er i kommentarerne ønske om landsdækkende mødefora.

Det skal bemærkes, at den lave andel, der svarer, at de har samarbejde med praksiskonsulenter i samme kommune, formentlig skyldes, at der kun er én praksiskonsulent ansat i de fleste kommuner.

Hvilke samarbejdsflader har praksiskonsulenten/erne?



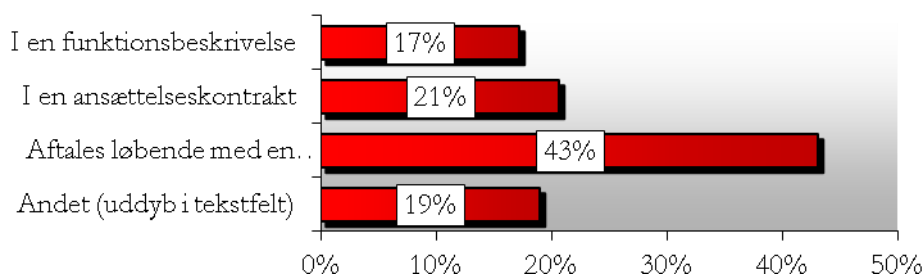
67 % samarbejder med praksiskoordinatorer i regionerne,
52 % samarbejder med praksiskonsulenter i andre kommuner,
34 % samarbejder med regionalt ansatte praksiskonsulenter på sygehusene,
22 % samarbejder med andre praksiskonsulenter i samme kommune og
28 % svarer andet:

- Deltager i relevante landsdækkende mødefora.
- Helt overvejende kun interne samarbejdsflader ift. kommunens øvrige praktiserende læger og afdelinger mv.
- Indgår i det tværsektorielle samarbejde omkring borgere med kronisk sygdom.
- Samler praksiskoordinatorer og kommunale praksiskonsulenter i kommunens geografiske område med henblik på erfaringsudveksling og gensidig inspiration til mulige arbejdsfelter.

Specificering af praksiskonsulenternes opgaver (spg. 17)

For hovedparten af praksiskonsulenterne defineres opgaverne løbende og ganske få har skrevet opgaverne ned i en ansættelseskontrakt eller funktionsbeskrivelse.

Hvordan er praksiskonsulent(/erne)s opgaver specificeret?



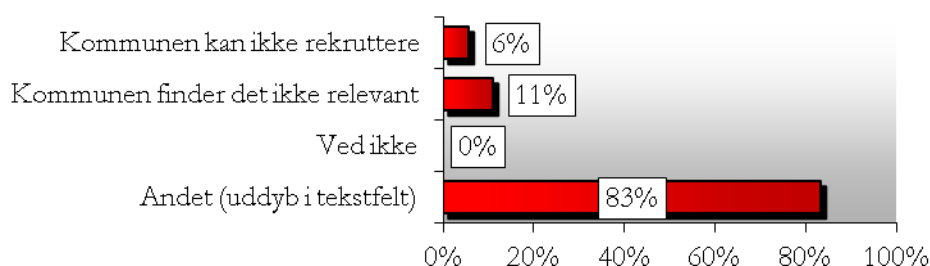
43 % svarer, at de aftales løbende med en kontaktperson i kommunen, 21 % svarer, at de står i ansættelseskontrakten, 17 % har opgaverne stående i en funktionsbeskrivelse og 19 % svarer andet, hvor det gennemgående tema er, at opgaverne specificeres gennem alle ovenstående muligheder, men at der er en relativt stor fleksibilitet og udvikling i opgaveporteføljen.

Grunden til, at der ikke er praksiskonsulenter ansat (Spg. 18)

Dette spørgsmål er kun besvaret af de 17 kommuner, der har svaret, at de ikke har praksiskonsulenter ansat.

Generelt er der tre typer af begrundelser for, hvorfor kommunen ikke har en praksiskonsulent ansat. Den første er, at andre samarbejdsformer er vurderet at være bedre. Den anden er, at det er forsøgt, uden at det fungerede tilfredsstillende. Den tredje er, at det ikke er prioriteret økonomisk af politikerne.

Hvorfor har I ingen praksiskonsulenter ansat?



11 % (2 kommuner) finder det ikke relevant at have en praksiskonsulent, 6 % (1 kommune) kunne ikke rekruttere en praksiskonsulent, og de resterende 83 % (14 kommuner) har begrundet det med:

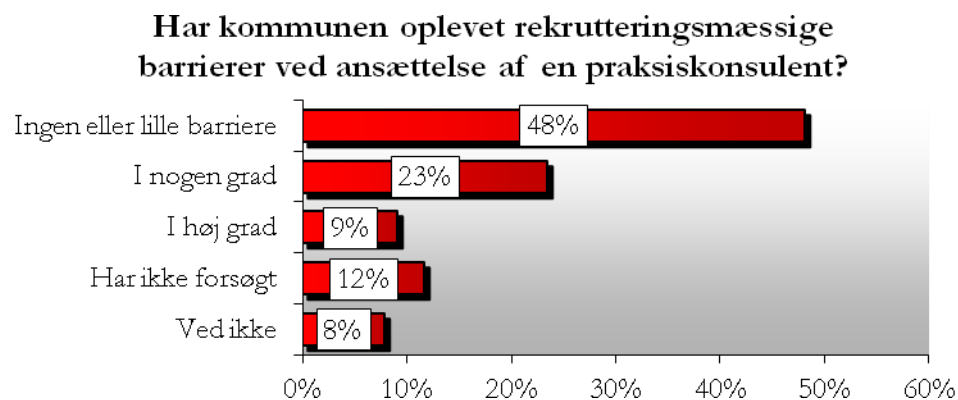
- Lægekonsulenten ved jobcenteret forestår arbejdet med at koordinere samarbejdet med de praktiserende læger.
- De alment praktiserende læger foretrækker, at lægelaugets bestyrelse i samarbejde med kommunens tovholder på samarbejdet løser det i fællesskab.
- Kommunen bruger én af vores kommunallæger som kontaktperson til almen praksis.
- Kommunen fandt ikke, at de fik "value for money".
- Vores praksiskonsulent havde ikke fuld opbakning blandt kollegerne.
- Politisk er opgaven ikke blevet prioriteret.
- Der har været søgt om midler til det i budgetterne, men de er ikke bevilget.
- Kommunen har haft en praksiskonsulent ansat med 5 timer/ugt. indtil udgangen af september 2011. Men i forbindelse med budgettilpasninger er stillingen nedlagt.

Rekrutteringsbarrierer og forventninger til fremtiden

Disse spørgsmål er besvaret af alle 78 kommuner, dvs. både de, som har svaret, at de har praksiskonsulenter ansat, og de, som har svaret, at de ikke har praksiskonsulenter ansat.

Rekrutteringsmæssige barrierer ved ansættelse af praksiskonsulenter (Spg. 19)

32 % har svaret, at der i nogen eller høj grad har været barrierer for rekrutteringen af praksiskonsulenter, hvilket er relativt højt i betragtning af, at der er tale om én eller få stillinger. Og at stillingen oftest er på 1-5 timer ugentligt. Dog er det stadig de fleste, der har oplevet ingen eller lille barriere.



Af de 78 besvarelser finder
 48 % at der ingen eller lille barriere har været,
 23 % at der i nogen grad har været barriere,
 9 % at der i høj grad har været barriere,

12 % har ikke forsøgt at rekruttere og
8 % svarer ved ikke.

Udfordringer for praksiskonsulenter/ praksiskonsulentordningen i de kommende år.

Spørgeskemaet indeholdt følgende opfordring:

”Formålet med denne undersøgelse [er] bl.a. [...], at fremkomme med ideer til, hvilke emner de kommunale praksiskonsulenter med fordel kan beskæftige sig med. Derfor vil vi gerne høre hvilke udfordringer du ser som de største der er for praksiskonsulenter/ praksiskonsulentordningen i de kommende år.”

Besvarelsene heraf kan opsummeres således:

Generelt om ordningen

- At understøtte den igangværende proces med at integrere almen lægebehandling funktionelt med de relevante opgaver i kommunen – herunder at arbejde for, at der kan indgås kollektive forpligtende aftaler mellem kommunen og almen praksis.
- Samarbejdet mellem sektorerne og snitfladerne er i konstant fokus og i udvikling som kræver, at praksiskonsulenten også kan trække sine kolleger med og ikke kun være foregangsmand/kvinde.
- Facilitere et godt samspil og samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger og hospitalerne med henblik på at fremme kvalitetsudviklingen af det nære sundhedsvæsen og forløbsprogrammerne.
- Praksiskonsulentens største udfordring er at få alle sine kolleger i tale på en konstruktiv måde. I denne sammenhæng er det vigtigt at kommunen klæder sin praksiskonsulent ordentligt på til at introducere arbejdsgange og interne strukturer i kommunen samt at praksiskonsulenten informerer kommunen om kulturen i de private praksis', så samarbejdet har de bedste forudsætninger for at kunne fungere.
- At få det kommunalt-lægelige udvalg til at fungere og især at få samarbejdet til at fungere imellem praksis og jobcenter samt børn og unge området.
- Det er en meget svær opgave at være formidler mellem lægerne internt og kommunen. Det kræver en særlig status hos de øvrige praktiserende læger.

Konkrete opgaver

- Indenfor velfærdsteknologi, er der en ny opgave med at få afprøvet telemedicin.
- Udviklingen af den elektroniske kommunikation mellem kommune og praksis (apotek).

- Implementering af dosisdispensering, sundhedsaftalerne og forløbsprogrammer.
- Udviklingen af behandlerhuse.
- Udfordringen er til stadighed at nå ud til alle praktiserende læger.
- Vi oplever, at de praktiserende læger i højere grad kunne integreres i arbejdet med udarbejdelse og implementering af sundhedsaftaler mm.
- Forebygge indlæggelser.
- E- kommunikation.
- Sektorovergang.
- Samarbejde med kommunen om indsats for sårbare børn og unge, demensudredning og senhjerneskedede.
- Udvikling af den kommunale kronikermodel ift. rehabiliteringsprogrammer, kræftpakke samt ophør af projekter indenfor kronikerpuljen, samt samarbejdet med jobcentret.
- Det kunne overvejes, om praksiskonsulenterne i højere grad skulle inddrages i praksisplanlægningen.

Opgaver generelt

- Opgavefordeling mellem praksiskonsulenterne og de kommunalt lægeligt udvalg, så krav om nedsættelse af et kommunalt lægeligt udvalg i alle kommuner ikke bidrager til unødigt overlap i samarbejdet mellem kommunen og almen praksis.
- Der kommer flere og mere komplekse opgaver for kommunen kombineret med travlhed i den daglige praksis, hvilket kan nødvendiggøre en afgrænsning af arbejdsopgaverne.
- At de kommunale fagafdelinger ser nytten i at inddrage praksiskonsulenten på det rigtige tidspunkt i relevante sammenhænge.
- At samarbejdet bliver struktureret og systematisk

Andre faktorer

- I en tid med relativ mangel på praktiserende læger har de praktiserende læger mange andre opgaver i relation til deres patientbehandling, hvilket medfører, at interessen i at engagere sig og anvende megen tid på samarbejdet ikke er så stor, da denne tid "belaster" kollegerne.
- At den budgetterede normering øges, så den kan dække behovet for udvikling af den lægefaglige indsats i forhold til indsatsen til borgere med kroniske lidelser, samt de nye opgaver omkring den ældre medicinske patient, nye rehabiliterings- og behandlingsopgaver, der fremover ikke varetages i sygehusregi, men i kommunens korttid- døgntilbud i sundheds, trænings /rehabiliteringscentre
- Det opleves som en barriere, at der ikke kan kommunikeres elektronisk mellem de to parter.
- Kommunerne er meget optaget af at ensrette (og sænke) serviceniveauet, hvilket passer meget meget dårligt med lægerne som selvstændigt er-

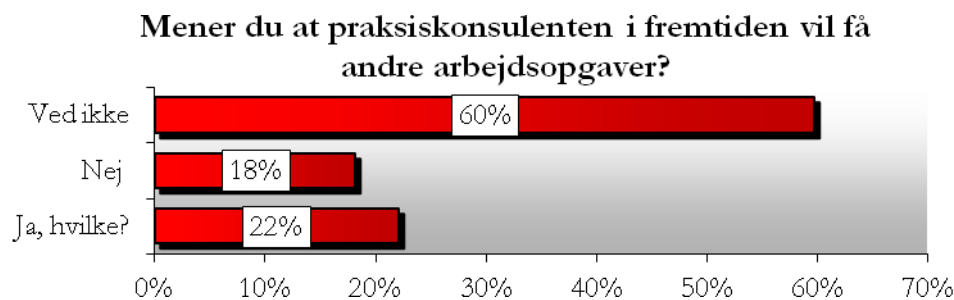
hvervsdrivende og som patientens advokat. Det giver eksempelvis diskussioner omkring vederlagsfri fysioterapi, som der kommer mere fokus på, når lægerne henviser og reelt udskriver regninger til kommunen.

- Den interne tavshedspligt i kommunen kan være et problem i samarbejdet med praksis.

Får praksiskonsulenterne andre arbejdsopgaver i fremtiden? (Spg. 20)

Langt størstedelen svarer 'ved ikke' og en femtedel svarer 'nej'.

Af de 17, der har svaret 'ja', foreslår en stor del, at praksiskonsulenten skal bidrage til udviklingen af specifikke tilbud, som f.eks. forløbsprogrammer, rehabilitering, uhensigtsmæssige indlæggelser og egenindlæggelser. At praksiskonsulenten skal fungere som kommunens bindeled til lægelaug og hospitalerne. Og at praksiskonsulenten skal bruges ad-hoc som konsulent til flere opgaver.



60 % svarede 'ved ikke' og

18 % svarede nej.

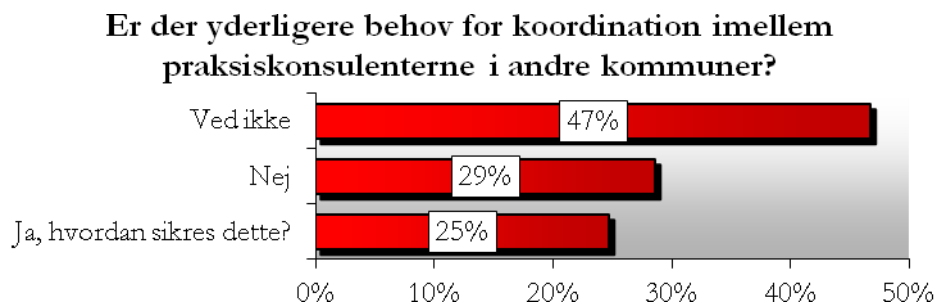
De (22%) 17 respondenter, der svarede ja, er kommet med følgende forslag til opgaver:

- Har praksiskonsulenten på sygehus og praksiskonsulenten i kommunen samme funktion?
- Bindeled til lægelaug og hospitalet i forbindelse med, og evt. deltage i udviklingen af: rehabilitering, forløbsprogrammer, uhensigtsmæssige indlæggelser og egenindlæggelser.
- Øge konsulent- og lægefaglige opgaver for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og egenindlæggelser.
- Hos os afløses praksiskonsulentens faste ansættelse af ad hoc opgaver på konsulentbasis, og den koordinerende opgave tænkes i stedet løst gennem det kommunalt lægelige udvalg.
- Det må forventes, at der i fremtiden sker en større involvering af praksiskonsulenterne i arbejdet med sundhedsaftalerne både i forbindelse med kommende revision og i forbindelse med efterfølgende implementering af aftalen.

- Efterhånden som sundhed bliver udbredt på tværs af kommunernes organisationer, og der bliver taget større fælles ansvar, vil interessen og incitamentene øges.

Yderligere koordinering mellem de kommunale praksiskonsulenter (spg. 21)

Der er en fjerdedel af respondenterne, der mener, at der bør være yderligere koordinering mellem praksiskonsulenterne på tværs af kommunerne. De forslår, at der oprettes nationale eller regionale fora. Det kunne være et PKO landsmøde eller et virtuelt socialt netværk. Den yderligere koordinering kunne afhjælpe udviklingen af de samme aftaler i forskellige varianter i de enkelte kommuner og skabe en bedre koordineret implementering. Det nævnes også, at det er vigtigt at inddrage de kommuner, der ikke har en praksiskonsulent ved enten at inddrage kommunallæger og/eller kommunale tovholdere, samt evt. at inddrage hospitalernes praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter.



29 % svarer at der ikke er et behov,
47% svarer 'ved ikke' og

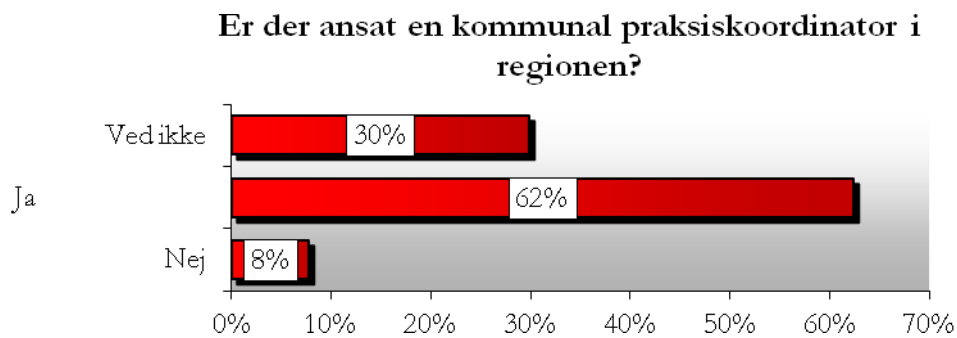
25 % svarer, at der er et behov og uddyber med:

- Det er vigtigt med et mødeforum for praksiskonsulenter og kommunallæger fra de kommuner, der ikke har praksiskonsulenter. I den sammenhæng er det væsentligt, at almen praksis fuldt ud accepterer en kommunallæge som "praksiskonsulent", hvis det er den løsning en given kommune har valgt.
- Virtuelt/elektronisk fora i klynger, regionalt eller landsdækkende, samt fælles informationsmøder.
- I Region Syddanmark har der været flere fællesmøder, også med praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter på sygehuse, hvor kommuner, der ikke har praksiskonsulent, har kunnet deltage med praktiserende læge og kommunal tovholder.
- Ja, det kunne være rart med nogle fælles indsatspunkter på tværs af kommunerne. F.eks. ingen grund til at alle kommuner udfærdiger

flere varianter af samme aftale og så efterfølgende sender den til det regionale samarbejdsudvalg. Det kunne være oplagt at få samme aftale implementeret på samme tid i flere kommuner ! Evt. organisere det som en del af sundhedsaftalearbejdet ?

Regionale praksiskoordinatorer (spg. 22)

Seks ud at ti svarer at der er ansat en praksiskoordinator i regionen og næsten en tredjedel ved det ikke, hvor der kun er 8 %, der svarer ved nej.



Bilag 2. Deltagere ved workshop den 6. oktober 2011

Region Hovedstaden: Kommunal Praksiskonsulent Jesper Lundh.

Region Sjælland: Kommunal praksiskonsulent Leif Sehested.

Region Syddanmark: Kommunal praksiskonsulent Carsten O. Henriksen.

Region Nordjylland: Kommunal praksiskonsulent Ove Grann.

Region Midtjylland: Kommunal praksiskonsulent Uffe Jacobsen.

(indsættes af KL) Region Hovedstaden: Konsulent Elisabeth Friis Fredskilde,
Frederiksberg Kommune

Region Sjælland: Chefkonsulent, Lone Ulholm, Sorø Kommune

Region Syddanmark: Social Overlæge, Lene Annette Norboerg, Odense
Kommune

Region Midtjylland: Sundhedschef, Lene Jensen, Randers Kommune

Konklusioner fra gruppearbejde med praksiskonsulenter og kommunal folk i en gruppe, der svarer på hvad der er de væsentligste fordele og ulemper ved praksiskonsulentordning og hvilke tre anbefalinger deltagerne vil give PLO og KL i forhold til at styrke ordningen

- Gruppe 1
 - Fordele
 - God og let kommunikation mellem kommune og almen praksis
 - læge får indsigt i kommunen
 - mulighed for bedre tilbud til kroniker patienter
 - Ulemperne/udfordring
 - Forskellige kulturer (bl.a. møder) tager tid
 - Kommunen kender for lidt til alm. Praksis hverdag
 - Samarbejdet er båret af ildsjæle
 - Praksiskonsulenten bruges for lidt og bør tages mere med på råd på flere fagområder
 - Anbefalinger
 - Timetallet skal svarer til opgaverne
 - PKO'en skal være lokalt praktiserende - skal ikke professionaliseres
 - Der skal ikke sættes for mange begrænsninger centralt fra.
 - Konkrete opgaver og samarbejde aftales lokalt

- Gruppe 2
 - Ulemper
 - Manglende mandat til at indgå i bindende aftaler (men også en fordel)
 - Ofte for lidt tid
 - Fordele
 - Gensidig indsigt og mulighed for at påvirke udviklingen i positiv retning
 - Ordningen styres lokalt og hensigten er at fremme samarbejdet
 - anbefalinger
 - Styrke netværker mellem PKO
 - Mere videndeling og koordinering (facilitere)
 - KL & PLO lave idekatalog for kommunerne
- Gruppe 3
 - Fordele
 - Bindeled og kommunikation
 - Sammenhæng i sundhedsvæsenet (lave aftaler, implementere og afstemme forventninger)
 - Faglig sparring/ konsulentfunktion
 - Synliggøre udfordringer + give gode input
 - Ulemper
 - Praksiskonsulent har svært ved at nå alle i A.P.
 - For få timer => svært ved at få kontinuitet og udvikling i samarbejdet
 - Svært ved at nå rundt i hele det kommunale system.
 - anbefalinger
 - Sikre mere ensartethed i aftaler
 - Timetallet op og gøre det attraktivt
 - Erfaringsudveksling (den dybe tallerken)
- Gruppe 4
 - Fordele
 - PKO'en får et netværk lokalt i kommunen
 - På uformelt plan at få afprøvet nogle idéer og tanker om samarbejdet (begge parter) få sparring
 - En indgang – begge veje – ved behov for samarbejde & formidling (fx e-kommunikation, henvisningsprocedurer, nye tiltag/kendskab til arbejdsgang i begge lejre)
 - En indgang til en uoverskuelig masse
 - Ulemper
 - PKO har agt, men ikke magt (kan delvist afhjælpes ved "sikring" af bagland) – mangler beslutningskompetence
 - Rekrutteringsproblem pga. manglende kendskab til rollen
 - anbefalinger
 - Udbyg netværksdannelse – IT

- Mere netværk for den enkelte PKO - PKU'er
- Ny aflønningsform
 - Evt. efteruddannelses fond – ville lette den økonomiske byrde for de små kommuner
 - Aflønning af tid brugt på netværksdannelse
 - Det er en udfordring at lægerne for at blive kompenseret, skal aflønnes på niveau med de højest placerede i en kommune.