

Evaluering af Praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland



Evaluering af Praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Kvalitetsudvikling Sundhed, Region Midtjylland, 2013

Lisbeth Ørtenblad, tlf. 7841 4056, mail: lisbeth.oertenblad@stab.rm.dk

Peder Hau Lyng, tlf. 7841 4036, mail: peder.lyng@stab.rm.dk

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling Sundhed

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 7841 4000

E-mail: cfk@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser

Indholdsfortegnelse

1	RESUME	4
2	PRAKSISKONSULENTORDNINGEN I REGION MIDTJYLLAND	7
3	EVALUERING AF PRAKSISKONSULENTORDNINGEN	9
3.1	Formål og anvendelse	9
3.2	Metode	9
4	PRAKSISKONSULENTORDNINGENS BETYDNING FOR SAMMENHÆNG MELLEM HOSPITALER OG ALMEN PRAKSIS	12
4.1	Afdelingsledelses og konsulenters vurdering	12
4.2	Hospitalsledelses og praksiskoordinatorers vurdering	13
4.3	Delkonklusion: Praksiskonsulentordningens betydning for sammenhæng mellem hospitaler og almen praksis	14
5	PRAKSISKONSULENTERNES OPGAVER, FUNKTIONER OG FORUDSÆTNINGER	15
5.1	Praksiskonsulenternes opgaveportefølje	15
5.2	Aktiviteter og metoder	18
5.3	Forudsætninger for praksiskonsulentens arbejde	20
5.4	Hospitalsledelses og koordinatorers vurdering	25
5.5	Delkonklusion: opgaver, funktioner og forudsætninger	26
6	SAMARBEJDE MELLEM KONSULENTER, AFDELINGER OG LÆGER	27
6.1	Erfaringer og forventninger til samarbejdet	27
6.2	Hospitalsledelse og koordinatorers vurdering	30
6.3	Styring af Praksiskonsulentordningen	31
6.4	Fastlæggelse og styring af opgaver	33
6.5	Delkonklusion: samarbejde mellem praksiskonsulenter, afdelinger og praktiserende læger	36
7	PRAKSISKONSULENTORDNINGENS ORGANISERING	37
7.1	Hospitalsledelse og koordinatorers vurdering	38
7.2	Delkonklusion: praksiskonsulentordningens organisering	40
8	RESULTATER PÅ TVÆRS AF HOSPITALER	41
9	DE PRAKTISERENDE LÆGERS VURDERING	42
9.1	Kendskab til praksiskonsulentordningen	42

9.2	Vurdering af ordningens betydning for samarbejde med afdelinger	43
9.3	Organisering af praksiskonsulentordningen	44
9.4	Delkonklusion: samarbejde mellem praksiskonsulenter, afdelinger og praktiserende læger	45
10	SCENARIER FOR EN FREMTIDIG PRAKSISKONSULENTORDNING	46
10.1	Praksiskonsulenternes roller og funktioner	46
10.2	Afdelingsledere og praksiskonsulenters holdninger	49
10.3	Hospitalsledelses og praksiskoordinatorers holdninger	52
10.4	Stabsledelsens holdninger	52
10.5	Delkonklusion: Scenarier for en fremtidig praksiskonsulentordning	54
11	KONKLUSION	55
	BILAG 1 FIGUR OVERSIGT	57
	BILAG 2 TABEL OVERSIGT	57
	BILAG 3 BESVARELSESGENNEMSNIT	58

1 Resume

Formålet med denne evaluering af praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland er at beskrive erfaringer med praksiskonsulentordningen samt at undersøge, hvorledes praksiskonsulentordningen bedst muligt understøtter sundhedsvæsenets faglige og organisatoriske udvikling. Nære Sundhedstilbud har bedt CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling om at varetage evaluering, som skal bidrage til en afklaring af ordningens fremadrettede anvendelses- og udviklingsmuligheder. Via spørgeskemaer og interview er der indhentet informationer fra stabsledelse, hospitals- og afdelingsledelse, alment praktiserende læger samt praksiskonsulenter og koordinatore.

Den generelle vurdering blandt alle implicerede parter er, at praksiskonsulentordningen spiller en afgørende rolle for et velfungerende samarbejde mellem hospitalsafdelinger og praktiserende læger. Praksiskonsulenternes opgaveportefølje og funktioner bliver af evalueringens deltagere beskrevet som relevante og velfungerende, og de involverede parter fremhæver især kvalificering af epikriser og henvisninger samt skabelse af dialog mellem almen praksis og hospitalsafdelinger. Men også vejledning til almen praksis, informationer om ændringer i samarbejdsformer mellem afdelinger og konsulenter, udarbejdelse af forløbsbeskrivelser og kontakt til kommunale praksiskonsulenter nævnes som almindelige og vigtige opgaveområder. Det bliver fremhævet, at det har stor betydning for oplevelsen af opgaveløsningens relevans og praktiske anvendelighed at funktionen varetages af praktiserende læger med indgående kendskab til almen praksis. Praksiskonsulenterne lægger især vægt på, at organisationen understøtter, at de fungerer som ambassadører for praktiserende læger, og at de har mulighed for at prioritere det lokalt forankrede samarbejde med afdelingerne, blandt andet med henblik aktuelle problemstillinger. Afdelingsledere lægger vægt på, at praksiskonsulenten er tilknyttet en specifik afdeling med henblik på det ad hoc baserede samarbejde. Fra de interviewede praktiserende læger lyder det, at konsulentordningen medvirker til løsning af konkrete problemer samt styrker samarbejdet ved at epikriser, henvisninger, retningslinjer, vejledninger mv. er anvendelige i den praksisnære sammenhæng. Det fremhæves blandt evalueringsdeltagerne som væsentligt, at der er mulighed for, at opgaverne kan tilpasses lokale forhold og behov.

Blandt de implicerede parter lyder det, at konsulenternes mandat med fordel kan styrkes, så de har større handlekraft og kan træffe beslutninger i forhold til deres praksiskolleger frem for primært at kunne være anmodende og rådgivende. Flere ønsker også et mere ensartet aktivitetsniveau blandt konsulenterne.

En betragtelig del af afdelingsledelsen signalerer et ønske om udvikling af praksiskonsulenternes kompetencer, hvilket tillige synes at være gældende blandt en gruppe af praksiskonsulenter, som eksempelvis efterspørger konkretisering af opgavehåndtering. I den forbindelse nævnes, at nogle praksiskonsulenter evt. kan være knyttet til et speciale på tværs af hospitalsenheder, at opgaveafgrænsning bør være både tydeligere og mere ensartet varetaget blandt konsulenter samt en tydeligere definition af praksiskoordinatorers særlige funktioner, både indenfor og på tværs af hospitalsenhederne. Præcisering af opgaver og ensartethed i opgaveløsning på tværs af afdelinger og hospitalsenheder nævnes også blandt cheflæger og praksiskoordinatorer som områder, der kan styrkes.

Praksiskonsulenterne oplever en god overensstemmelse mellem deres og deres samarbejdspartners forventninger til samarbejdet og opgavevaretagelse. Dette gælder i særdeleshed, når der spørges til samarbejdet med afdelingsledelserne. Begge parter nævner især dialogen som værende vigtig, såvel den der foregår på møder som den mere ad hoc prægede dialog via mails etc. Besvarelsenerne tyder på, at der er forholdsvis stor forskel på, hvordan samarbejdet tilrettelægges, eksempelvis om det primært er 'ad hoc' møder eller fastlagte møder, hvem der deltager i møder osv..

Langt størstedelen af praksiskonsulenterne mener, at der også er ensartede forventninger mellem dem selv og praksiskoordinatorerne. Praksiskonsulenterne roser praksiskoordinatorerne for deres dialog og de fælles møder, der arrangeres, men giver også udtryk for, at praksiskoordinatorerne tydelighed i forhold til styring og organisering kan skærpes. En forholdsvis stor andel af konsulenterne udtrykker for, at der er et behov for at styrke kontakt og synlighed af konsulenternes arbejde blandt de praktiserende læger. Det er en holdning, der også kan spores blandt de praktiserende læger.

Evalueringsdeltagerne giver overvejende udtryk for, at der er en passende balance mellem krav til og frihed i praksiskonsulentens varetagelse af opgaverne. Blandt afdelingsledelser og praksiskonsulenter vurderes det, at hhv. den enkelte praksiskonsulent, afdelingsledelsen og de praktiserende læger har mest indflydelse på opgavetyperne hvorimod regionens og hospitalsledelsens indflydelse vurderes at være forholdsvis begrænset. Selvom der overvejende udtrykkes tilfredshed med den type af styring, der præger praksiskonsulentordningen, foreslås det også blandt en forholdsvis stor andel af afdelingsledelse og praksiskonsulenter, at regionen 'blander sig mere', og at der i samarbejde formuleres mål for og krav til praksiskonsulentordningen. Også blandt flere af hospitalsledelser og koordinatorefter spørger mere struktur i forhold til udformningen af konsulentfunktionen.

Knap 1/3 blandt hospitalsledelse og praksiskoordinatorer giver udtryk for, at der er et behov for mere ensartethed og samarbejde på tværs i regionen som en konsekvens af de nye krav til opgaveløsninger, som sundhedssektorens udvikling medfører. Det er holdninger, som findes også hos blandt hospitalsdirektørerne, koordinatorene og stabsledelse. De involverede parter giver udtryk for, at det er vigtigt at fastholde de positive egenskaber ved organiseringen – der fremhæves aspekter som lokal tilrettelæggelse af arbejdet, mulighed for at tage specifikke problematikker op, direkte kommunikation og praksisnære, lokalt forankrede løsninger – samtidig med at organiseringen af praksiskonsulentordningen bidrager til at styrke ensartethed i opgavevaretagelse og tværgående projekter på en måde, så organisationen på den måde kan støtte et sammenhængende system frem for det primært bilaterale samarbejde, som der pågår i dag.

Sammenfattende viser evalueringen, at der er en generel tilfredshed med praksiskonsulentordningen som brobygger mellem sektorer i sundhedsvæsenet. De involverede parter oplever, at ordningen har en positiv indflydelse på forudsætninger for et velfungerende samarbejde mellem de praktiserende læger og hospitalsafdelingerne. Den nuværende organisering med konsulenternes afdelingsspecifikke tilknytning og koordinatorfunktionen forankret i de enkelte hospitalsenheder samt en tværgående regional praksiskoordinator vurderes som forholdsvis velfungerende. Der nævnes eksempelvis i form af at bidrage til et solidt, lokalt kendskab til hinandens specifikke faglige

problematikker og en lettilgængelig, god dialog mellem parterne. Samtidig efterlyser de involverede parter også en organisering af praksiskonsulentordningen, som bidrager til ensartethed i opgaveløsning, deltagelse i løsning af tværregionale indsatsområder samt fokus på generelle faglige problematikker på tværs af hospitalsenheder. På den baggrund foreslår deltagerne i evalueringen en række udviklingsområder, som præsenteres i nedenstående tabel.

På baggrund af evalueringens resultater kan det diskuteres, hvordan organiseringen af praksiskonsulentordningen kan styrke:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ funktionsbeskrivelse og målsætninger for praksiskonsulenternes opgavevaretagelse ➤ praksiskonsulenters og koordinators beslutningsmandat ➤ præcision af krav og kompetencer til praksiskonsulenternes aktivitetsniveau og opgaveløsning, herunder eksempelvis arbejdsmetoder ➤ ensartethed i konsulenters og koordinators opgavevaretagelse på tværs af regionen og indenfor specialer ➤ praksiskonsulentordningens mulighed for at bidrage til et tværgående, regionalt samarbejde om specifikke emner tilpasset den regionale organisation ➤ en opgaveløsning, som systematisk forholder sig til enkeltsagers potentielle generelle relevans ➤ samarbejdet mellem praksiskonsulenter/koordinatorer og den regionale ledelse ➤ regionale praksiskonsulenter for specifikke diagnoseområder ➤ kommunikation og kontakt mellem praksiskonsulenterne og praktiserende læger ➤ praksiskonsulentfunktionen i forhold til speciallæge området og den kommunale sundhedsindsats/kommunale praksiskonsulenter

2 Praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland

Praksiskonsulentordningen (PKO) blev etableret i begyndelsen af 90'erne, hvor det var organisatorisk forankret i de tidligere fire amter, som nu er en del af Region Midtjylland. Den nuværende ordning blev oprettet i 2007 ved regionsdannelsen.

Udgangspunktet for praksiskonsulentordningen er shared care tankegangen, defineret som situationer, hvor ansvar for behandling af en patient er delt mellem sundhedsfagligt personale, på tværs af forskellige sektorer i sundhedsvæsenet, og hvor der derfor eksisterer organisatoriske grænser. Hensigten med praksiskonsulentordningen er at sikre og at styrke samarbejdet mellem sundhedsvæsenets primær og sekundær sektor. Målet er, at ordningen bidrager til sammenhæng i sundhedsvæsenet med henblik på helhed og kvalitet i patientforløb.

Praksiskonsulentordningen skal således overordnet medvirke til:

- at styrke samspil og samarbejde mellem hospital, almen praksis og kommuner
- at understøtte sammenhæng og samarbejde i sundhedsvæsenet om sygdomsområder, herunder implementering af nye tiltag
- at bidrage til helhed og kvalitet i patientforløb
- at bidrage til kvalitetssikring og faglig udvikling på praksisområdet, bl.a. gennem deltagelse i faglige udvalg og fora, arrangere møder og kurser for praksis mv.

Praksiskonsulentordningen er organiseret som et netværk af alment praktiserende læger, der via konsulentstillinger er tilknyttet hospitalsafdelinger (somatik og psykiatri) og kommuner i regionen. Praksiskonsulentordningen betegner således en direkte, specialebaseret kontakt mellem hospitalsafdelinger, almen praksis og den kommunale sundhedssektor (se figur 1).

Den enkelte praksiskonsulent kan være tilknyttet en eller flere hospitalsafdelinger, og er typisk ansat 4-6 timer pr. uge med det overordnede formål at varetage opgaver, der styrker samspillet mellem primær og sekundær sektor af sundhedsvæsenet. Praksiskonsulenterne ansættes for tre år ad gangen efter opslag. Der er pt. ansat i alt 78 praksiskonsulenter (51 i hospitalssektoren og 27 i den kommunale sektor; enkelte er både regional og kommunal praksiskonsulent). Fordelingen af praksiskoordinatorer ses i tabel 1.

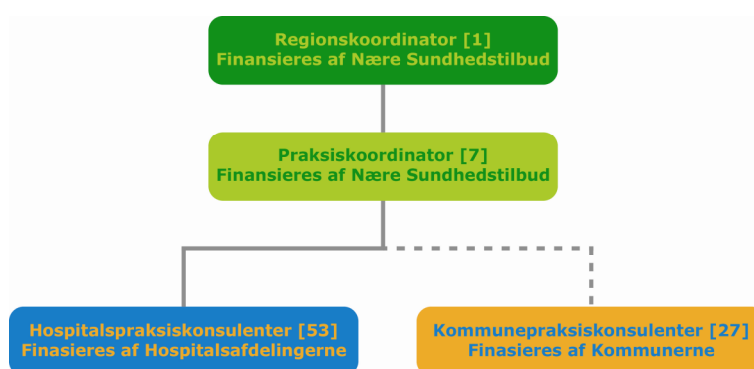
Tabel 1. Fordeling af praksiskonsulenter på hospitalsenheder

Hospitalsenhed	Antal konsulenter
Aarhus Universitetshospital, Skejby	6 personer (dækkende 13 afdelinger)
Aarhus Universitetshospital, Tage Hansens Gade/Nørrebrogade	10 personer (dækkende 31 afdelinger)
Hospitalsenheden Horsens	5 personer (dækkende 9 afdelinger)
Hospitalsenheden Midt	9 personer (dækkende 15 afdelinger). Derudover 1 vakant stilling til 2 afdelinger
Regionshospitalet Randers	3 personer (dækkende 12 afdelinger)
Hospitalsenheden Vest	11 personer (dækkende 24 afdelinger)
Psykiatri	7 personer (dækkende 7 afdelinger). Derudover 1 vakant stilling til 1 afdeling

Udover praksiskonsulenterne består netværket af i praksiskoordinatorer, som har til opgave at koordinere praksiskonsulenternes arbejde på de enkelte hospitalsenheder. Der er ansat syv praksiskoordinatorer, en for hver hospitalsenhed, inkl. psykiatrien (se figur 1). Koordinering på tværs af hospitalsenhederne varetages af en regionspraksiskoordinator, som udpeges blandt praksiskoordinatorerne. Regionspraksiskoordinatoren er kontaktperson til regionen, kommunerne samt til Kvalitetsrådet og Praksisudvalget i regionen.

Praksiskonsulenterne er ansat på afdelingsniveau, og de enkelte hospitalsenheder finansierer de tilknyttede praksiskonsulenter. Koordinatorfunktionerne finansieres centralt af regionen (Nære Sundhedstilbud), som også finansierer øvrige koordinerende funktioner, og kommunepraksiskonsulenterne finansieres af de respektive kommuner.

Figur 1. Organisering af praksiskonsulentordningen



Formålene med praksiskonsulentordningen søges opnået ved:

- at styrke kommunikation og information mellem almen praksis og hospital, specifikt via praksis.dk og nyhedsmails
- at medvirke til udarbejdelse af forløbsbeskrivelser, faglige retningslinjer og vejledninger mv.
- at sikre smidige arbejdsgange ved at informere om og tydeliggøre arbejdsvilkår og arbejdsgange i sektorer og på afdelinger
- at arrangere møder og kurser om relevante organisatoriske og faglige forhold
- at samarbejde med andre konsulentgrupper og være repræsenteret i lægefaglige udvalg og arbejdsgrupper

3 Evaluering af praksiskonsulentordningen

3.1 Formål og anvendelse

Nære Sundhedstilbud har bedt CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling om at varetage evaluering af regionens praksiskonsulentordning. Foranledningen er, at der skal ske en revision af konsulentordningen med udgangen af 2013 i forbindelse med afslutning af en finansieringsperiode og ansættelse af nye praksiskonsulenter. Der ønskes en evaluering for at undersøge, hvorledes praksiskonsulentordningen bedst muligt understøtter sundhedsvæsenets faglige og organisatoriske udvikling. Evalueringen skal dermed bidrage til en afklaring af ordningens fremadrettede anvendelses- og udviklingsmuligheder. Nærværende evaluering inkluderer ikke de kommunale praksiskonsulenter, men fokuserer udelukkende på praksiskonsulentfunktionen i samarbejdet mellem hospital og almen praksis.

Formålet med evalueringen er specifikt:

1. at afdække erfaringer med og vurdering af resultater af praksiskonsulentordningen blandt involverede parter.
2. at undersøge hvilke opgaver praksiskonsulentordningen forventes at varetage fremover, samt hvorvidt den nuværende organisatoriske struktur er hensigtsmæssig i forhold til disse forventninger.

Praksiskonsulentordningen spænder over et bredt område såvel organisatorisk og strukturelt som i forhold til lægefaglige områder. Den komplekse struktur og de forskelligartede interesser er en evalueringsmæssig udfordring både i forhold til at give et nuanceret billede af erfaringer med praksiskonsulentordningen og i forhold til at vurdere virkninger af praksiskonsulentordningen. Eksempelvis er det ikke muligt at vide, om samarbejdet mellem sektorerne ville være meget anderledes, eller om målene ville være nået, uden praksiskonsulentordningen. Evalueringen svarer derfor i højere grad på, om interessenterne vurderer, at praksiskonsulentordningen når de mere overordnede formål, samt hvorledes organiseringen bidrager til det.

3.2 Metode

I evalueringen indhentes informationer fra stabsledelse, afdelingsledelse, alment praktiserende læger samt praksiskonsulenter og koordinatore. Der anvendes kvantitative data (via spørgeskemaer) til at opnå bredde og proportioner i forhold til erfaringer med og vurderinger af praksiskonsulentordningen, og der anvendes kvalitative data (via interview) til belysning af begrundelser og nuancer i såvel positive som kritiske vurderinger af praksiskonsulentordningen.

Evalueringen afdækker specifikt følgende spørgsmål:

- Hvilke typer af opgaver og funktioner varetages konkret i regi af praksiskonsulentordningen og hvordan løses opgaverne
- Erfaringer med og vurderinger af resultater, udbytte og anvendelighed af praksiskonsulentordningen blandt de involverede parter
- Organisering af praksiskonsulentordningen, herunder styrker og svagheder i forhold til forventninger til funktioner og opgavevaretagelse
- Den fremadrettede relevans, opgavetyper og organisering for praksiskonsulentordningen

Spørgeskemaer

Der er udviklet tre spørgeskemaer, som er udsendt til forskellige grupper af interessenter. Spørgeskemaerne er udarbejdet på baggrund af samtaler med ressourcepersoner i regionen, og de har desuden været til kommentering hos Nære Sundhedstilbud, Klinikforum og den regionale praksiskoordinator. Alle spørgeskemaer er udsendt medio januar, og har haft en svarfrist på ca. 14 dage. Udsendelsen er foregået via mail, og respondenterne har besvaret via et link til spørgeskemaet.

Spørgeskemaerne er målrettet tre forskellige grupper:

1. Cheflæger og praksiskoordinatorer. Dette skema består af syv åbne svarkategorier, og det er udsendt til regionens syv praksiskoordinatorer og seks cheflæger. Alle skemaerne er besvaret.
2. Praksiskonsulenterne. Skemaet består af 24 lukkede spørgsmål, der skal besvares ved afkrydsning, og 12 åbne spørgsmål, der skal besvares ved at notere erfaringer og synspunkter. Der er udsendt 51 skemaer, og 45 er helt eller delvist besvaret.
3. Hospitalsafdelingsledelser, hvor der er tilknyttet en praksiskonsulent. Skemaet består af 19 lukkede og 14 åbne spørgsmål. Der er udsendt 96 skemaer, og 70 er helt eller delvist besvaret.¹

Tabel 2. Besvarelse af spørgeskemaer

	Antal udsendte	Antal besvarede	Svarprocent
Cheflæger	6	6	100 %
Praksiskoordinatorer	7	7	100 %
Praksiskonsulenter	51	45	88 %
Afdelingsledelser	96	70	73 %

Selvom spørgeskemaerne er forskellige og målrettet hver deres svargruppe, er en række af spørgsmålene ens til hhv. praksiskonsulenterne og afdelingsledelserne. Det er derfor muligt at sammenholde disse to gruppers svar på visse emner. Der er dog en skævhed i, hvordan én praksiskonsulents arbejde er vægtet i de forskellige spørgeskemaer. Nogle praksiskonsulenter arbejder på fem afdelinger på én gang, og hvis alle disse afdelingsledelser har svaret på et spørgeskema, vil vurderingen af én praksiskonsulent altså tælle ca. 7 % (5/70) af svarene. Hvis en praksiskonsulent kun arbejder på én afdeling, tæller vurderingen af vedkommendes arbejde for ca. 1,5 % (1/70) af afdelingsledelsernes svar. Dette forhold er ikke gældende for skemaerne til praksiskonsulenterne, hvor alle kun svarer én gang, og alle derfor tæller for ca. 2 % af svarene (1/45). Hvis eksempelvis afdelingsledelserne har svaret mere negativt på et spørgsmål end praksiskonsulenterne kan det altså skyldes, at der i afdelingsledelsernes svar er en overvægt af vurderinger på nogle enkelte praksiskonsulenter, som klarer sig specielt dårligt. Der kan altså være tale om at forskelle i resultaterne, snarere er udtryk for skævhed i vægtning end en forskel i

¹ Ved tre af de ubesvarede skemaer, kom der en mailhenvendelse fra afdelingslederne, hvor de skrev, at de ikke har tilknyttet en praksiskonsulent eller ikke kender til vedkommende. Derudover er der en person, som er fratrådt sin stilling som afdelingsleder og derfor ikke har besvaret spørgeskemaet.

oplevelser af praksiskonsulentordningen. Dette bør indgå i overvejelsen, når der fortolkes på forskelle.

Der er forsøgt at tage en smule højde for skævheden i data, ved at lave vægtede gennemsnit af afdelingsbesvarelsenerne, og holde dem op imod praksiskonsulentsvarene. Det vægtede gennemsnit er lavet sådan, at alle afdelingsledelsessvar tæller for 1 per praksiskonsulent. Det vil sige, at gennemsnittet er udregnet, så flere afdelingsledelser, der svarer på én praksiskonsulent, har lige så stor indflydelse på gennemsnittet, som én afdelingsledelse, der svarer på en praksiskonsulent, der kun arbejder på én afdeling. Disse gennemsnit er vist i bilag 2. Gennemsnittene er en indikator på om en forskel i afdelingsledelsers og praksiskonsulenteres svar, skyldes den forskellige vægtning eller om den skyldes en forskel i holdning/vurdering. Der er ikke tilstrækkelig data til at udtale sig om, hvorvidt forskelle i de vægtede gennemsnit er signifikante, og fortolkningen er forbundet med denne usikkerhed. Når der nævnes forskelle i hhv. praksiskonsulentsvar og afdelingssvar i det følgende, vil det blive relateret til de vægtede gennemsnit.

Interview

Der er foretaget semistrukturerede telefon- og personinterview:

1. Indledningsvis er der gennemført tre researchinterview med ressourcepersoner i forhold til praksiskonsulentordningen. Formålet var at kvalificere undersøgelsesspørgsmål, spørgeskemaer og interviewguides.
2. Der er gennemført to interview med personer i stabsledelsen. Interviewenes fokus var opgaveportefølje og hensigtsmæssig organisering af praksiskonsulentordningen samt opfattelse og vurdering af fremtidige funktioner i henhold til sundhedsvæsenets udvikling. Hvert interview varede ca. en time, og der blev taget afsæt i en tematiseret interviewguide.
3. Der er også gennemført telefoninterview med alment praktiserende læger. Formålet var at drøfte erfaring med praksiskonsulentordningen, relevans og betydning af opgaveløsningen samt forslag til fremtidig funktioner og organisering. Udvælgelseskriterier for interviewpersoner, var at sikre en geografisk spredning, min. tre års erfaring som alment praktiserende læge samt forskellige typer af praksis. Det var planlagt at gennemføre ca. 10 interview. Der blev udsendt 40 invitationer via mail til læger indenfor rammerne af de nævnte udvælgelseskriterier. Invitationen indeholder en beskrivelse af formål med interview, anvendelse af evaluering, behandling af oplysninger mv. Lægerne kunne vælge et tidspunkt, hvor det passede dem at blive kontaktet. Lægerne blev honoreret for deres deltagelse. Syv personer besvarede henvendelsen, og fem interview blev gennemført. Interviewene tog afsæt i en tematiseret interviewguide, og hvert interview varede ca. ½ time.

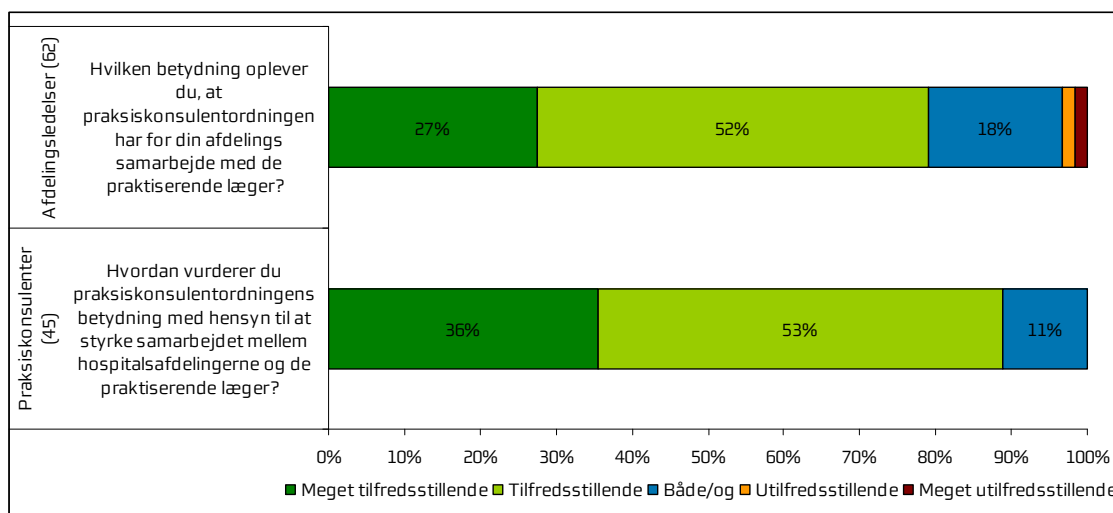
Bortset fra researchinterviewene blev alle interview optaget og efterfølgende delvist transskriberet med henblik på en tematiseret og tværgående analyse.

4 Praksiskonsulentordningens betydning for sammenhæng mellem hospitaler og almen praksis

4.1 Afdelingsledelses og konsulenter vurdering

Spørgeskemaet til praksiskonsulenterne afdelingsledelserne blev indledt med et spørgsmål om, hvilken betydning praksiskonsulentordningen har for samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitalsafdelingerne. Figur 2 viser svarene.

Figur 2. Praksiskonsulentordningens betydning for samarbejde mellem afdeling og de praktiserende læger



Kommentar: 8 (11 %) afdelingsledelser og 0 praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Det fremgår, at der er 62 afdelingsledelser og 45 praksiskonsulenter, der har svaret på spørgsmålet, når "ved ikke-besvarelser" er taget ud. Begge grupper er særdeles positive i forhold til praksiskonsulentordningens betydning, da mange svarer "Meget tilfredsstillende" eller "Tilfredsstillende". Der er en tendens til, at praksiskonsulenterne er en smule mere positive end afdelingsledelserne. Dette afspejles bl.a. ved, at ingen praksiskonsulenter har svaret ved kategorier "Utilfredsstillende" og "Meget utilfredsstillende", hvorimod 2 % af afdelingsledelserne har benyttet disse kategorier. Forskellen er også til stede i de vægtede gennemsnit, men er generelt så lille, at den skal fortolkes med forsigtighed.

8 afdelingsledere af 70 (11 %) har enten svaret "Ved ikke" eller ikke besvaret spørgsmålet. Det er usikkert, hvad der ligger til grund for dette. Måske kender afdelingsledelserne ikke noget til praksiskonsulentens arbejde, men det kan også være, at de ikke mener at kunne vurdere spørgsmålet, da de ikke kan forholde sig til betydningen, eftersom ingen ved, hvordan det ville have været, hvis ikke der havde været en praksiskonsulentordning. Undervejs i rapporten afreporteres antallet af ubesvarede og "Ved ikke"-svar, men det er generelt svært at fortolke disse tal, da det er usikkert, om det er manglende viden om, hvad en specifik praksiskonsulent foretager sig, eller om det er udtryk for manglende kendskab til en specifik del af ordningen.

Afdelingsledelserne bliver også bedt om at give eksempler på, *hvordan* praksiskonsulenten forbedrer samarbejdet med afdelingen. Det nævnes oftest, at praksiskonsulenterne skaber en bedre kommunikation med de praktiserende læger. Dette sker igennem mails,

fyraftensmøder og ikke mindst forventningsafstemning mellem afdelingen og de praktiserende læger. Flere afdelingsledelser nævner, at de har jævnlige møder med praksiskonsulenten, og at møderne bidrager til, at de føler sig tættere på almen praksis. Nogle af afdelingslederne udtrykker det således:

"Afdelingen får mulighed for at drøfte tiltag, der har betydning for samarbejdet "up-front", og eventuelt tilpasse. Vi har en entydig forbindelseslinje til praksis. Praksiskonsulenten er medlem af Specialerådet, og kan der få information og mulighed for input".

"Praksiskonsulenten hører om nyheder i afdelingen og videregiver dem ved møder blandt de praktiserende læger. Hyppige frem- og tilbagemeldinger om henvisningers kvalitet, epikrisers kvalitet osv. Jeg føler vi derigennem har en god dialog med lægerne i vores optageområde".

Afdelingsledelserne er også blevet bedt om at give eksempler på, hvor samarbejdet med praksiskonsulenten *ikke* har bidraget til et tilfredsstillende samarbejde med de praktiserende læger. Det er relativt få afdelingsledelser, der skriver noget om dette, og de fleste kommentarer handler enten om at praksiskonsulenten ikke bliver hørt af de praktiserende læger, eller at der er ringe kontakt mellem afdelingen og praksiskonsulenten. Enkelte afdelingsledere mener også, at det er en ulempe ved ordningen, at der bruges for meget tid på enkeltssager, og at der ikke fokuseres på de generelle problemer og forventninger, eksempelvis:

"Jeg synes, der bruges for meget tid på enkeltssager og for lidt tid på at løse det overordnede problem eller f.eks. lave forventningsafstemning. En læge klagede f.eks. over at have fået den besked, at han selv havde mulighed for at finde data om to patienter i Sundheds it-systemet. Det var ment som en hjælp til denne læge, men der blev brugt meget tid på at finde ud af, hvad der var sagt, og hvad der var sket. I stedet ville det være fint, om praksiskonsulenten havde fundet ud af, om det var et generelt problem for de praktiserende læger - eller en enlig svale. Det kunne jo også være, at det i bund og grund var en meget smartere arbejdsgang. En anden mulighed er forventningsafstemning. Vores afdeling har f.eks. grundet specialeplanen oplevet en 30 procent aktivitetsøgning uden afklaret budgetregulering. Derfor kan vi ikke give samme service som tidligere. Vi bliver derfor nødt til at gøre tingene på en anden måde eller afstemme forventningerne om serviceniveau".

Det fremgår også, at praksiskonsulenternes begrænsede indflydelse opleves som en barriere i opgaveløsningen. For eksempel lyder det fra nogle afdelingsledere:

"Praksiskonsulenten har begrænset indflydelse på, hvordan praktiserende læger arbejder. F.eks. oplever vi mangelfulde henvisninger".

"Det er vanskeligt for konsulenten at komme igennem med ønskede ændringer overfor kolleger i praksis".

4.2 Hospitalsledelses og praksiskoordinatorers vurdering

Også hospitalsledelser og praksiskoordinatorer udtrykker sig positivt om praksiskonsulentordningens betydning for samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne. Praksiskoordinatorer og cheflæger, giver alle udtryk for, at ordningen spiller en central rolle for et godt og velfungerende samarbejde mellem primær og sekundær sektor. Det fremgår, at ordningen vurderes til at være en vigtig og nødvendig brik både i forhold til operationalisering af konkrete, lokale aftaler samt i forhold til udvikling af nye, generelle tiltag. For eksempel lyder det:

"Det er et godt bindeled mellem hospitaler og praksis, hvor samarbejdet er godt, og hvor store og små udfordringer tages op og løses i det omfang, det er muligt". (cheflæge)

"Jeg finder det helt afgørende, da bilaterale forventninger kan afstemmes – også helt operationelt ved konkretet aftaler mv.". (cheflæge)

"Praksiskonsulentordningen har gennem de mange år, den har fungeret, været en afgørende faktor i dialogen mellem almen praksis og vores hospitalsenhed. PKO formidler viden om arbejdsgange og er et redskab til koordinering af samarbejdet og udvikling af redskaber til optimering af patientforløb. Det er uvurderligt for vores patienter". (praksiskoordinator)

Flere nævner dog også, at "der er plads til forbedringer". Eksempelvis fremhæves, at der er forskel på aktivitetsniveauet blandt konsulenterne, og nogle synes, at aktivitetsniveauet er for lavt. Derudover noterer flere, at der er et behov for at styrke det projektorienterede arbejde, hvilket vil sige udviklingsarbejde, som adresserer generelle problematikker i sundhedsvæsenet på tværs af hospitalsenheder i regionen.

4.3 Delkonklusion: Praksiskonsulentordningens betydning for sammenhæng mellem hospitaler og almen praksis

Afdelingsledelser og praksiskonsulenter understreger, at praksiskonsulentordningen har stor betydning for et velfungerende samarbejde mellem hospitalsafdelinger og praktiserende læger. Enkelte nævner, at det i opgaveløsningen ville være hensigtsmæssigt systematisk at forholde sig til om aktuelle eller tilbagevendende enkeltsager er et udtryk for generelle problematikker. Endelig påpeger enkelte afdelingsledere, at det kan være en udfordring for praksiskonsulenterne at blive hørt blandt kollegaer.

Blandt afdelingsledelse og praksiskonsulenter nævnes relativt mange forskellige måder, hvorpå praksiskonsulentordningen har den generelt meget positive indflydelse på samarbejdet mellem afdelinger og almen praksis. Afdelingsledelserne nævner specielt kommunikation - jævnlig og tæt dialog - som gode eksempler.

Også på ledelsesniveau (cheflæger og praksiskoordinatorer) bliver praksiskonsulentordningen vurderet til at spille en central og positiv rolle i forhold til at støtte og styrke samarbejdet mellem sektorerne. Flere efterlyser dog et mere ensartet aktivitetsniveau blandt konsulenterne samt styrkelse af det generelle, projektorienterede arbejde på tværs af hospitalsenheder i regionen.

Udviklingspotentialer

- Styrkelse af (enkelte) afdelingsledelses opmærksomhed på og interesse for praksiskonsulent arbejdet
- Styrke en opgaveløsning, som systematisk forholder sig til enkeltsagers potentielle generelle relevans
- Udvikling af et ensartet aktivitetsniveau blandt konsulenterne
- Styrkelse af det tværregionale projektorienterede arbejde

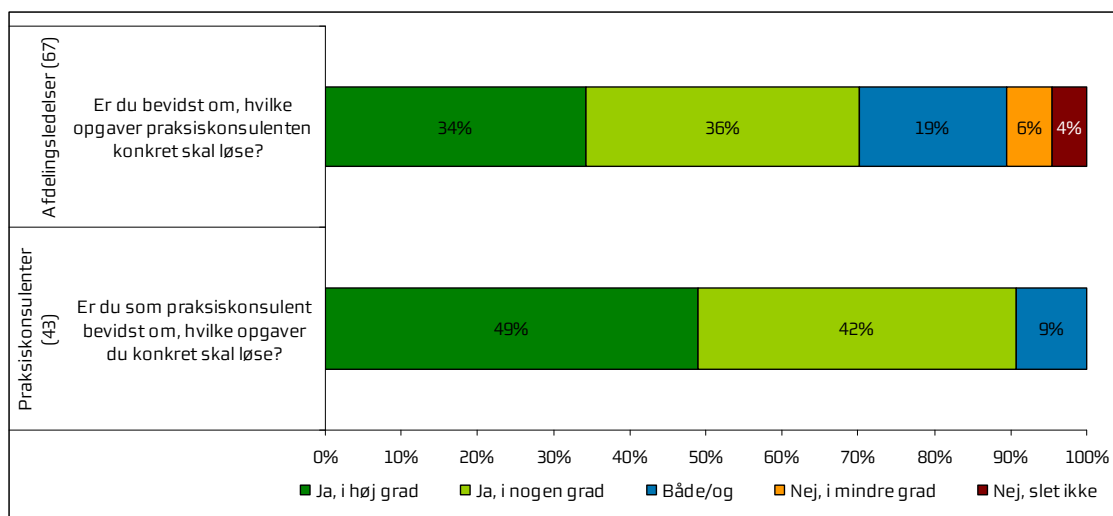
5 Praksiskonsulenternes opgaver, funktioner og forudsætninger

En del af evalueringens formål er at undersøge, hvilke typer opgaver og funktioner, der varetages af praksiskonsulenterne, og hvordan disse opgaver løses. Dette belyses i følgende afsnit.

5.1 Praksiskonsulenternes opgaveportefølje

Både afdelingsledelser og praksiskonsulenter er blevet spurgt om, hvor bevidste de er om, hvilke opgaver praksiskonsulenterne løser samt hvilke opgaver, de har løst i det seneste år.

Figur 3. Bevidsthed om praksiskonsulenternes opgaver

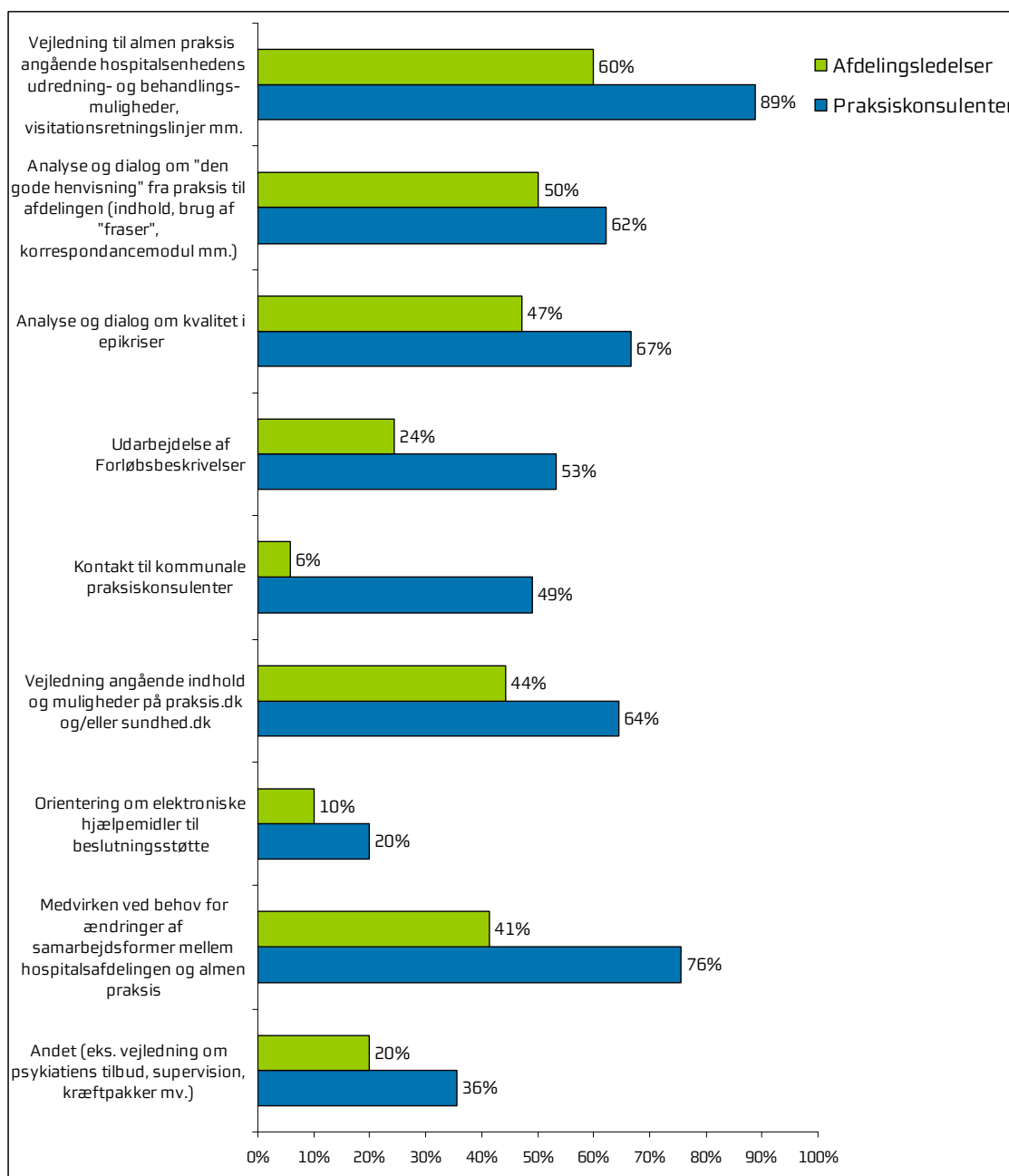


Kommentar: 13 (4 %) afdelingsledelser og 2 (4 %) ingen praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Figur 3 viser, at der såvel blandt praksiskonsulenter som afdelingsledelser er en høj grad af bevidsthed om, hvilke opgaver en praksiskonsulent skal løse. Dette er dog klart størst hos praksiskonsulenterne, hvor næsten halvdelen svarer "Ja, i høj grad". Afdelingsledelserne skiller sig ud ved at have benyttet sig af de to mere negative kategorier, hvor 6 % svarer "Nej, i mindre grad" og 4 % svarer "Nej, slet ikke". På det vægtede gennemsnit ligger afdelingsledelserne også en smule lavere end praksiskonsulenterne. Det er dog værd at bemærke, at der sammenlagt er 70 % af afdelingsledelserne, der svarer "Ja, i høj grad" eller "Ja, i nogen grad".

Afdelingsledelser og praksiskoordinatorer er også blevet bedt om at besvare, hvilke opgaver praksiskonsulenten har været involveret i inden for det seneste år ud fra ni mulige opgavetyper. Figur 4 viser fordelingen af svarene, således at de grønne søjler viser andele i forhold til de 96 afdelingsledelser, og de blå søjler viser andelen af de 51 praksiskonsulenter, der har sat kryds ud for en given opgave.

Figur 4. Opgaver praksiskonsulenten har været involveret i inden for det seneste år



Kommentar: Søjlerne viser andele i forhold til besvarede spørgeskemaer. Da der er 70 besvarelser af afdelingslederskemaerne betyder det, at en blå søjle på 50 % repræsenterer 35 afdelingsledelser, der har sat kryds i, at praksiskonsulenten har løst en given opgave inden for det seneste år. Der er 45 besvarelser af praksiskonsulentskemaerne, og de grønne søjler er således udregnet andele af 45.

Det er bemærkelsesværdigt, at de blå søjler altid er længere end de grønne søjler i figur 4. Praksiskonsulenterne oplever således at være involveret i flere opgaver, end afdelingsledelserne oplever, at de er. I nogle tilfælde er der dobbelt så stor en andel af praksiskonsulenterne som af afdelingsledelserne, der har sat kryds ud for en given opgave. Dette bekræftes af de vægtede gennemsnit, hvor praksiskonsulenterne ligger højere end afdelingsledelserne på alle opgavetyperne.

Den opgavetype, som flest praksiskonsulenter og afdelingsledelser svarer, der er løst inden for det seneste år, er: "Vejledning til almen praksis angående hospitalsenhedens udrednings- og behandlingsmuligheder, visitationslinjer mv." Således har 60 % af afdelingsledelserne og 89 % af praksiskonsulenterne sat kryds i ved dette.

Næst flest praksiskonsulenter har sat kryds ved opgaven "Medvirken ved behov for ændringer af samarbejdsformer mellem hospitalsafdelingen og almen praksis". Således har 76 % valgt denne, mens det kun er kun den fjerde mest afkrydsede blandt afdelingsledelserne, idet 41 % har sat kryds ud for den.

Der er henholdsvis 67 %, 64 % og 62 % af praksiskonsulenterne, der har svaret, at de inden for det seneste år har løst opgaver vedrørende "Analyse og dialog om epikriser", "Vejledning angående indhold og muligheder på praksis.dk og/eller sundhed.dk" og "Analyse og dialog om 'den gode henvisning' fra praksis til afdelingen". For afdelingsledelserne gælder det, at 47 %, 44 % og 50 % har sat kryds ud for disse.

Cirka halvdelen af praksiskonsulenterne nævner også "Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser" og "Kontakt til kommunale praksiskonsulenter", som opgaver, de har løst inden for det seneste år (53 % og 49 %). Dette gælder derimod kun for 24 % og 6 % af afdelingsledelserne.

Endelig fremgår det af figur 4, at 36 % af praksiskonsulenterne og 20 % af afdelingsledelserne også har sat kryds i kategorien "Andet". Denne valgmulighed blev fulgt op af en opfordring til at skrive, hvilke andre opgaver, der er blevet løst. Svarene peger i forskellige retninger:

- Tværgående udviklingsopgaver
- Info gange flere om psykiatriens nye organisering
- Analysepakker
- Diskussion om, hvornår instituttet skal melde ud om forlængede svar tider
- Samarbejde om forskningsprojekt
- Okkult cancer udredning
- Gensidig tilfredshed med opgaveløsning

Otte praksiskonsulenterne har beskrevet emner i "Andet"-kategorien, og også deres svar peger også i forskellige retninger:

- Kræftpakker
- Deltager i specialerådsmøder og har 2 årlige møder med de øvrige praksiskonsulenter fra samme område i regionen
- Fyraftensmøde
- Hjerteraudit
- Børneastma forløbs-opbygning
- Vejledning til kolleger om henvisningsmuligheder
- Fyraftensmøder, dialogmøder mellem sygehus og praktiserende kolleger, ledelsesmøder, møder med andre praksiskonsulenter i regionen
- Ipkae sundhedsprojekter
- Enstrenget visitation
- Patient relaterede enkelt sager, forslag til forbedringer af hjemmeside
- Psykiatriens tilbud
- Nye hurtige tilbud om undersøgelse af vores patienter
- Mulighed for subakutte tider i ambulatoriet"
- Informationsmøder
- Følgegruppearbejde

- UTH-casebaseret arbejde
- Vejledning om henvisning til hjertepakker
- Samarbejde på tværs af regionens sygehuse

Afdelingsledelser og praksiskonsulenter er også blevet bedt om at nævne de tre vigtigste opgaver, som praksiskonsulent og afdeling har løst inden for det seneste år.

Afdelingsledelserne giver mange forskelligartede bud på dette, hvilket tyder på, at det er meget forskelligt, hvad den enkelte praksiskonsulent har lavet, eksempelvis lyder det:

"Rådgiver og godkender projekter, der omfatter praksis, så vi ikke utilsigtet træder dem over tæerne. Kommer med gode råd om samarbejdet med praksis. Sikrer vores bidskaber lettere kommer igennem, når praksislægen har "lagt navn til".

"Arrangeret undervisningsdage i psykiatri for praktiserende læger. Hjulpet med at udbrede information om nye tiltag i Regionspsykiatrien Viborg-Skive. Påtaget sig formidlingen af hensigtsmæssige samarbejdsformer i hver sin sektor".

De fleste nævner, at praksiskonsulenten har arbejdet med at kvalificerer henvisninger og epikriser. Et andet emne, der bliver nævnt flere gange, er hjælp i forbindelse med at få informationer på praksis.dk. Endelig er der også en del, der fremhæver, at praksiskonsulenten skaber en løbende dialog mellem primær og sekundær sektor, som eksempelvis:

"... fornemmelse af løbende dialog – måske den vigtigste opgave".

Praksiskonsulenterne nævner nogle af de samme emner som afdelingsledelserne. Således er henvisninger, epikriser og dialog mellem almen praksis og hospitalsafdeling også hyppigt forekommende i konsulenternes besvarelser. Generelt er der stor bredde i opgavetyperne, og de beskrives ofte som en blanding af ad-hoc opgaver og mere planlagte, informerende aktiviteter. Eksempelvis skriver en af praksiskonsulenterne:

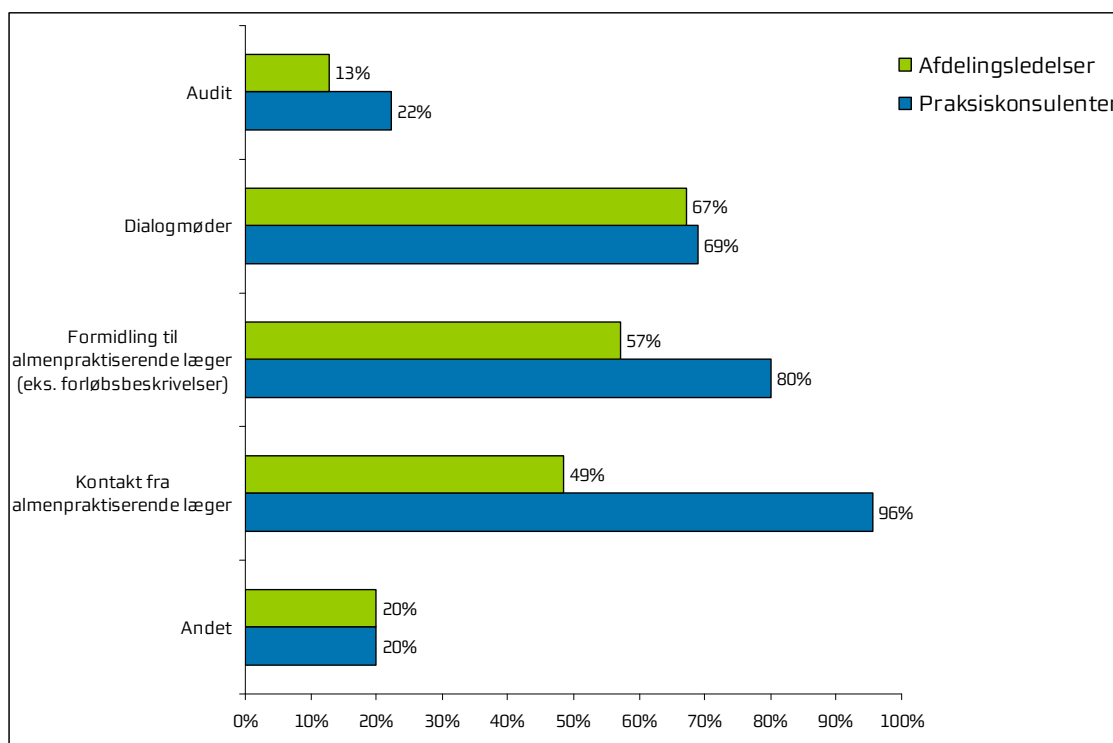
"Generelt tilgængelighed som mellemed mellem almen praksis og den pågældende afdeling: møder/dialog med afdelingsledelsen, tilgængelighed ved spørgsmål eller cases fra afdeling og praktiserende kolleger, planlægning af deltagelse i afdelingens morgenmøde og dialog med afdelingens læger, efterfulgt af en formiddag på uddannelsesmøde med praktiserende læger, fyraftens møder, dialog om akutte pakker, ændring i læsbarhed af henvisninger fra praktiserende læger".

Praksiskonsulenterne er mere detaljerede i deres opgavebeskrivelser end afdelingslederne. Blandt andet nævner de opgaver, der vedrører andet end samarbejdet med afdelingen, eksempelvis forløbsbeskrivelser eller forløb i det hele taget. De beskriver en lang række konkrete opgaver, som de har løst, hvilket understreger, at det er vanskeligt, at typologisere en praksiskonsulents opgaver.

5.2 Aktiviteter og metoder

Praksiskonsulenterne er spurgt til, hvilke aktiviteter de benytter i deres arbejde. De har fire svarmuligheder samt en "Andet"-kategori. Afdelingsledelserne skal forholde sig til samme valgmuligheder på et spørgsmål om, hvilke aktiviteter de benytter sig af i samarbejdet med praksiskonsulenten. Figur 5 viser andelen af hhv. afdelingsledelser og praksiskonsulenter, der har sat kryds i de enkelte aktiviteter,

Figur 5. Praksiskonsulentens aktiviteter



Kommentar: Søjlerne viser andele i forhold til besvarede spørgeskemaer. Der er 70 besvarelser af afdelingslederskemaerne og 45 besvarelser af praksiskonsulentskemaerne.

Generelt angiver praksiskonsulenterne at have benyttet sig af flere aktiviteter end afdelingsledelserne. Det er en tendens, der også understøttes af de vægtede gennemsnit.

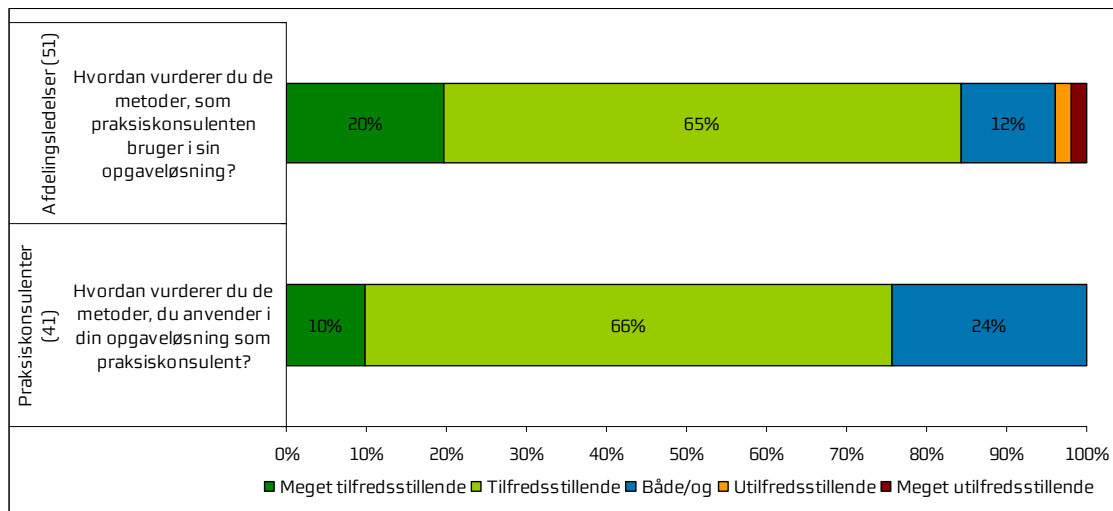
Den primære aktivitet blandt praksiskonsulenterne er: "Kontakt fra almen praktiserende læger" (96 %), fulgt af "Formidling til almen praktiserende læger" (80 %) og "Dialogmøder" (69 %). Det forholder sig omvendt for disse tre aktiviteter, når det er afdelingsledelserne, der svarer. Her er det dialogmøderne, der nævnes hyppigst (67 %), fulgt af formidling til de praktiserende læger (57 %) og kontakt til de praktiserende læger (49 %). Det tyder på, at praksiskonsulenterne oplever en del kontakt til og fra de praktiserende læger, som ikke altid kommer til afdelingernes kendskab. Det er vanskeligere at forklare, at 22 % af praksiskonsulenterne nævner "Audit", mens kun 13 % af afdelingsledelserne nævner dette, da disse næppe kan være afholdt uden afdelingens kendskab.

20 % af både afdelingsledelserne og praksiskonsulenterne har svaret, at de har brugt andre aktiviteter, og her har de noteret, at praksiskonsulenterne er med til at arrangerer workshops, fyraftensmøder eller undervisning, har arbejdet med afdelingens relation til kommunen samt deltagelse i Specialråd". Fire personer har noteret, at de ikke har haft kontakt med praksiskonsulenten indenfor det seneste år.

Praksiskonsulenterne nævner primært forskellige mødefora, de deltager i. Otte personer skriver, at de deltager i møder med eksempelvis afdelingsledelsen, andre praksiskonsulenter, praksiskoordinatorer, PLO og patientforeninger. Én skriver at vedkommende har været i dialog med speciallæger, og én skriver at vedkommende har deltaget i lokale projekter.

Praksiskonsulenterne og afdelingsledelserne bliver også bedt om at vurdere de metoder, som benyttes af praksiskonsulenten. Svarene er vist i figur 6.

Figur 6. Vurdering af de metoder, som praksiskonsulenten anvender



Kommentar: 19 (27 %) afdelingsledelser og 4 (8 %) praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

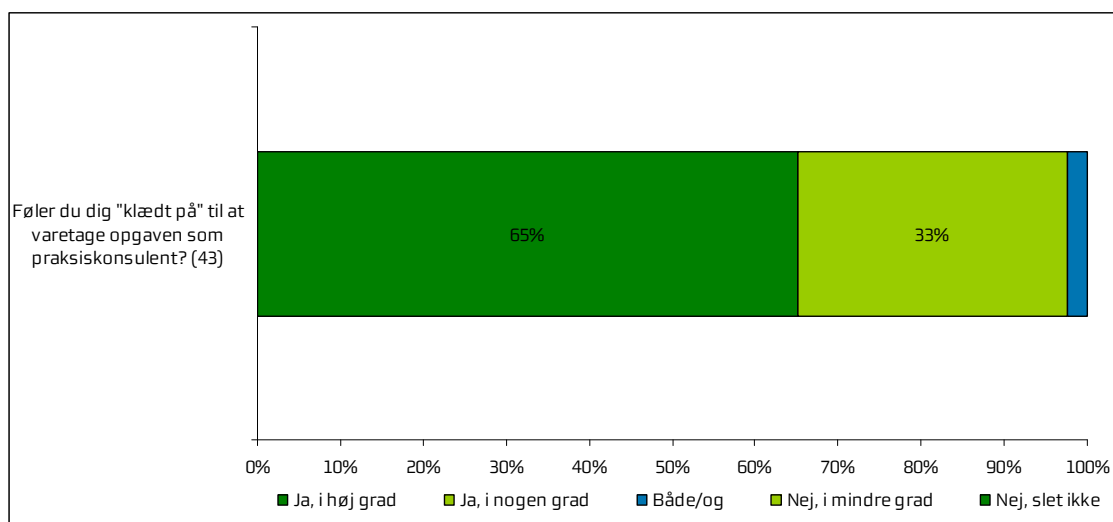
Der er flere afdelingsledelser, der vurderer metoderne som værende "Meget tilfredsstillende" eller "Tilfredsstillende" (85 %) end praksiskonsulenter (76 %). Omvendt er der ingen praksiskonsulenter, der har svaret, at de vurderer metoderne som utilfredsstillende, hvilket gøres af enkelte afdelingsledelser. Med andre ord er der en større spredning i, hvad afdelingsledelserne har svaret, end hvad praksiskonsulenterne har svaret. I de vægtede gennemsnit er afdelingsledelserne dog en smule mere positive end praksiskonsulenterne. Derudover er det bemærkelsesværdigt, at hele 27 % (svarende til 19) af afdelingsledelserne enten ikke har svaret eller svaret "Ved ikke" på spørgsmålet.

Både afdelingsledelserne og praksiskonsulenterne er også blevet bedt om at give eksempler på gode og mindre gode metoder, som praksiskonsulenterne bruger i deres arbejde. Afdelingsledelserne svarer fortrinsvist, at de gode metoder er en løbende kontakt i form af mail og møder. Derudover oplever de også, at praksiskonsulenten har god kontakt til de praktiserende læger. Afdelingsledelserne nævner ikke mange mindre gode metoder, men de enkelte der er, handler fortrinsvis om, at praksiskonsulenten ikke altid har fået fulgt op på de ting, der er aftalt. Praksiskonsulenterne svarer også i vid udstrækning, at de sætter pris på den direkte kontakt med afdelingen. Der er dog en del forskel på, om de fremhæver den skriftlige kontakt via e-mail, den personlige kontakt ved at være synlige på afdelingen i det daglige eller den kontakt, der er under mere formelle møder med afdelingen. En del nævner også deres deltagelse i konfliktløsning, som en positiv ting. Enkelte nævner de tværfaglige møder og sparringsmøder med kollegaer som gode metoder, mens andre vurderer, at de ikke får tilstrækkeligt udbytte af disse møder.

5.3 Forudsætninger for praksiskonsulentens arbejde

En del af spørgsmålene handler om praksiskonsulenternes forudsætninger for at kunne udføre deres arbejde. Disse spørgsmål er imidlertid formuleret lidt forskelligt til hhv. afdelingsledelser og praksiskonsulenter, og en direkte sammenligning af svarene er derfor ikke muligt.

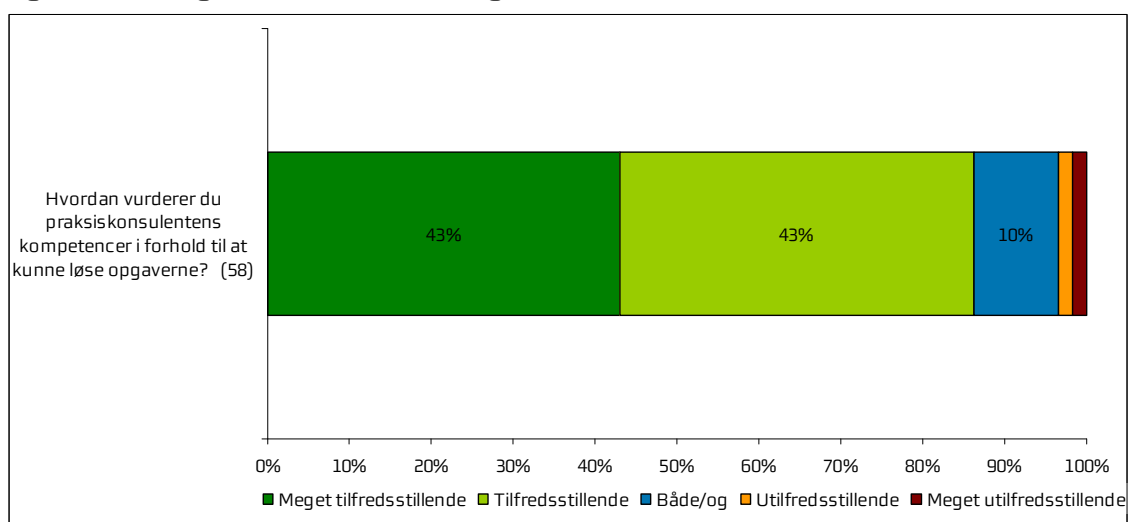
Figur 7. Føler praksiskonsulenten sig klædt på til opgaven?



Kommentar: 2 (4 %) praksiskonsulenter har svaret ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Næsten alle praksiskonsulenter 'føler sig klædt på' til opgaven, i det 65 % svarer, at det gør de i høj grad, og 33 % svarer i nogen grad,

Figur 8. Afdelingsledelsernes vurdering af praksiskonsulentens kompetencer

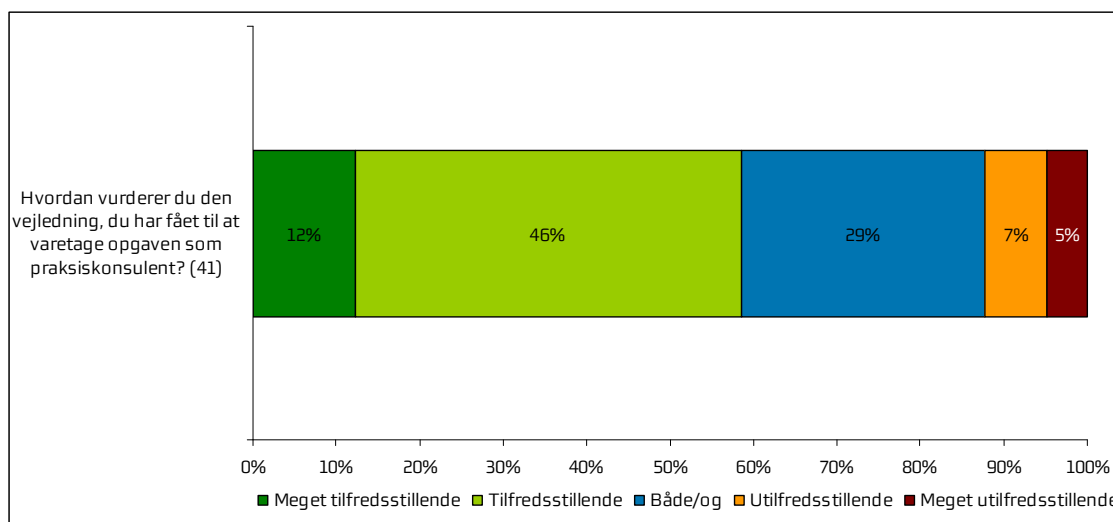


Kommentar: 12 (17 %) afdelingsledelser har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Afdelingsledelserne spørges til praksiskonsulenternes kompetencer i forhold til at varetage opgaven. Figur 8 viser, at 43 % af afdelingsledelserne finder, at praksiskonsulenternes kompetencer er "Meget tilfredsstillende", 43 % mener kompetencerne er "Tilfredsstillende", og 10 % svarer "Både/Og". Kun 4 % svarer "Utilfredsstillende" eller "Meget utilfredsstillende".

Praksiskonsulenterne er blevet spurgt til den vejledning, de har fået, og til den støtte de får. Disse spørgsmål er ikke stillet til afdelingsledelserne, da det ikke kan forventes, at afdelingsledelserne har indblik i det.

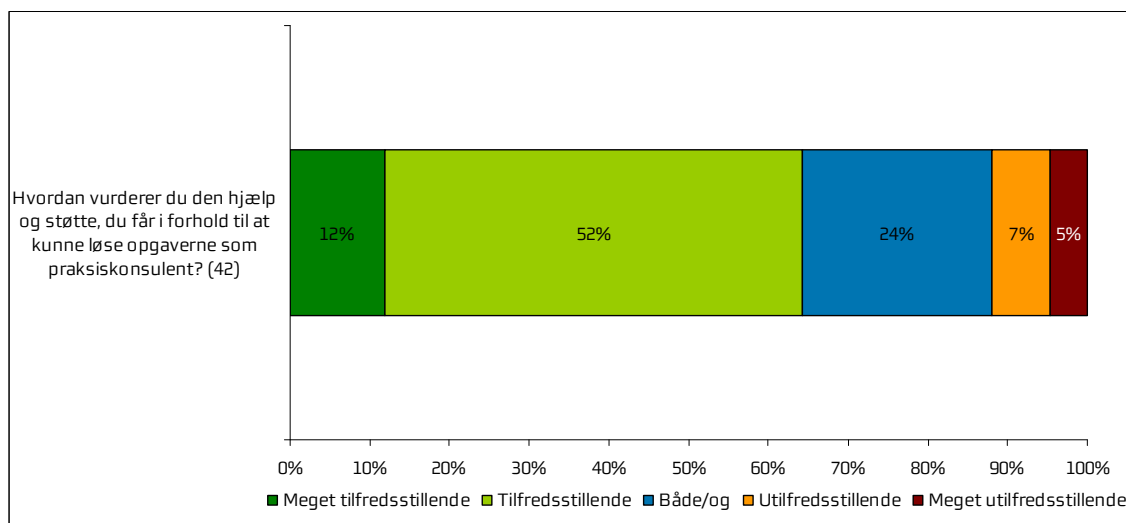
Figur 9. Praksiskonsulenternes vurdering af den vejledning de har fået



Kommentar: 4 (9 %) praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Næsten halvdelen af praksiskonsulenterne vurderer den vejledning de har fået, som "Tilfredsstillende" (46 %). 12 % er en smule mere positive, da de har svaret "Meget tilfredsstillende". Der er dog også 29 %, som svarer "Både/Og". Mens henholdsvis 7 og 5 % svarer "Utilfredsstillende" eller "Meget utilfredsstillende".

Figur 10. Praksiskonsulenternes vurdering af den hjælp og støtte de får



Kommentar: 3 (7 %) praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

I figur 10 kan man se, hvordan praksiskonsulenterne vurderer den hjælp og støtte de får i forbindelse med varetagelse af deres funktion. Her svarer over halvdelen, at hjælpen er "Tilfredsstillende", og 12 % svarer "Meget tilfredsstillende". 24 % svarer "Både/og". Ligesom ved foregående spørgsmål er der 7 %, der svarer "Utilfredsstillende", og 5 %, der svarer "Meget utilfredsstillende".

Afdelingsledelse og praksiskonsulenter er blevet bedt om at give bud på, hvordan praksiskonsulenten bliver bedre rustet til deres opgavevaretagelse. Et par stykker nævner, at praksiskonsulenten skal være mere knyttet til et speciale, ligesom nogle angiver, at der bør være tydeligere forventninger til, hvad praksiskonsulenten skal lave. Enkelte nævner,

at der er behov for flere ressourcer til praksiskonsulenterne. Der er stor spændvidde i, hvad afdelingslederne efterspørger, eksempelvis lyder det:

"Tydeligere organisering af ordningen. Tydeliggøre hvorledes der kommunikeres imellem praksiskonsulenten og de øvrige praktiserende læger dels fra optageområdet, men også regionens øvrige praktiserende læger, som kan henvise til os. Jeg ved ikke, hvor mange timer der er sat af til ordningen, og hvad afdelingen kan forvente af praksiskonsulenten".

Generelt ved jeg for lidt om, hvilke opgaver regionen/hospitalet/koordinatoren forventer, at praksiskonsulenten løser. Vi har et ad hoc samarbejde, og det er fint med mig - jeg har ikke brug for regelsatte samarbejdsformer".

"Præcis definition af opgaven, indgåelse af en kontrakt, opfølgning, kontakt til den overordnede praksiskonsulent, gennemgang af hjemmesiden praksis.dk ved hvert møde med adgang til redigering".

Praksiskonsulenterne skriver primært, at de savner mere feedback fra de praktiserende læger, og at de gerne vil have årlige møder med andre praksiskonsulenter i regionalt eller nationalt regi, eksempelvis lyder det fra nogle af konsulenterne:

"At vi får mulighed for årlige kurser sammen med landets øvrige praksiskonsulenter og kan drøfte væsentlige problematikker og generelle for for afdelingerne - og få nye ideer".

"Jeg savner sparring med andre praksiskonsulenter. Arbejdet styres meget af mig selv, så det ville være godt at få ideer til forbedring af funktionen".

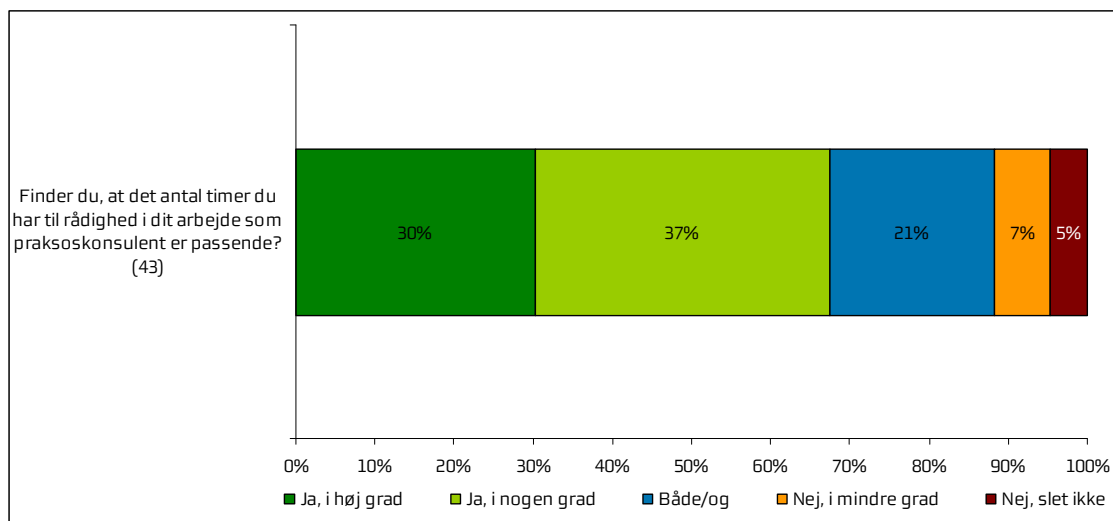
"Samlet forum, for at kunne blive bedre rustet til at varetage udfordringer om samarbejde/høre hvordan andre har løst opgaver if. samarbejde".

Enkelte nævner også, at det var svært at finde ud af deres rolle i starten, og at et introduktionskursus kunne hjælpe. En praksiskonsulent skriver for eksempel:

"Man er som sagt meget frit stillet, og hvis ikke afdelingerne har konkrete ønsker, skal man "opfinde den dybe tallerken". Det har været dejligt, at praksiskoordinator og regionspraksiskoordinator har foreslået konkrete opgaver. Generelt handler det meget om gode henvisninger, og da mangler vi den dynamiske henvisning. Jeg kunne have ønsket mig et møde med den afgående praksiskonsulent, da jeg startede".

Både praksiskonsulenter og afdelingsledelser er blevet spurgt til, om de finder, at det antal timer praksiskonsulenten har til rådighed er passende. Der er dog brugt to forskellige sæt af svarkategorier til hhv. afdelingsledelser og praksiskonsulenter, så deres svar er ikke direkte sammenlignelige.

Figur 11. Praksiskonsulentens vurdering af, om de har et passende antal timer til rådighed

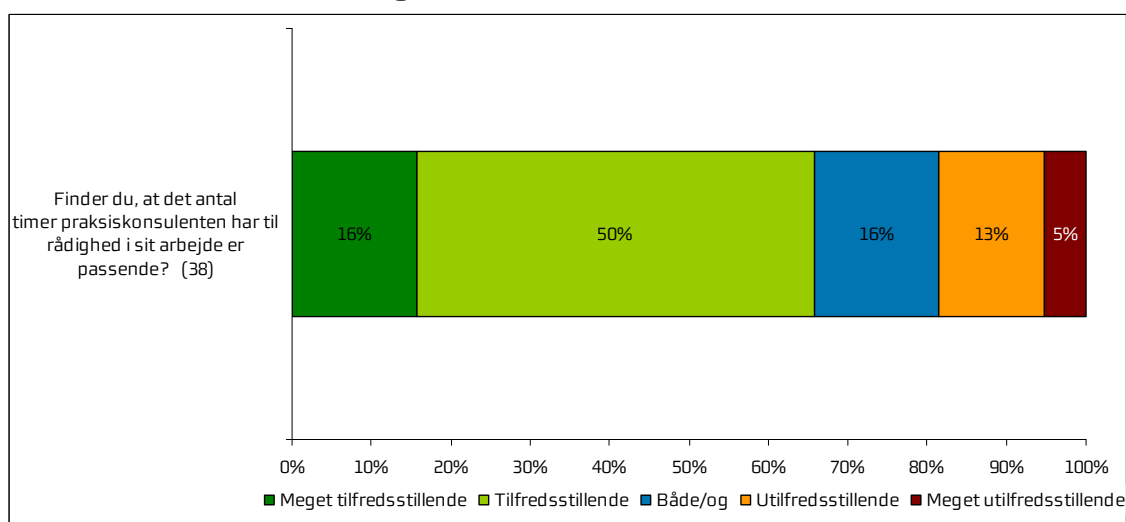


Kommentar: 2 (4 %) praksiskonsulent har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Figur 11 viser, at der er en rimelig tilfredshed blandt praksiskonsulenter, med det antal timer, de har til rådighed til deres arbejde. Således svarer 30 % "Ja, i høj grad". 37 % svarer "Ja, i nogen grad" og 21 % svarer "Både/Og". Men der er også hhv. 7 og 5 %, der svarer "Nej, i mindre grad" og "Nej, slet ikke". En af praksiskonsulenterne knytter følgende kommentar til sit svar:

"Principielt ser jeg et stort potentiale for forbedret samarbejde mellem hospitalssektoren og almen praksis - herunder væsentlig mere oplysning til afdelingerne om muligheder og arbejdsvilkår i praksis. Alt for ofte synes jeg, at uheldige patientoverdragelser fra hospital til praksis og omvendt bygger på manglende viden om hinandens arbejde og muligheder. Det nuværende timetal til konsulenterne er måske passende til at diskutere enkelte mærkesager og problemfelter af mindre karakter, men utilstrækkeligt til for alvor at løfte samarbejdet".

Figur 12. Afdelingsledelsernes vurdering af, om det er et passende antal timer, som praksiskonsulenten har til rådighed



Kommentar: 32 (46 %) afdelingsledelser har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Afdelingsledelserne er generelt også godt tilfredse med det antal timer praksiskonsulenten har til rådighed. Figur 12 viser, at 18 % svarer, at de finder timeantallet

"Meget tilfredsstillende", 50 % svarer "Tilfredsstillende", 18 % svarer "Både/Og", imens 13 % svarer "Utilfredsstillende" og 5 % "Meget utilfredsstillende". Det er dog værd at bemærke, at 32 afdelingsledelser ikke har svaret eller har svaret "Ved ikke", hvilket tyder på, at der er en vis usikkerhed blandt disse om, hvor mange timer, der rent faktisk er til rådighed.

5.4 Hospitalsledelses og koordinators vurdering

De fleste cheflæger vurderer konsulenternes opgaveportefølje og funktioner som relevante og velfungerende. De nævner ikke konkrete typer af opgaver eller særligt væsentlige opgaver, men det kan formentlig ikke forventes, at de har et specifikt kendskab til dette. Det fremgår dog, at det opfattes som positivt, at opgaverne generelt tilpasses lokale forhold og behov.

Enkelte af cheflægerne påpeger imidlertid, at de synes praksiskonsulenternes opgaver er uklart definerede, og de fremhæver, at det kunne være hensigtsmæssigt med tydeligere krav om projektdeltagelse og opgaver, der adresserer tværgående regionale sundhedsproblematikker. Det samme giver flere koordinators udtryk for:

"Jeg tror, man med fordel kunne have to porteføljer - en lokal om samarbejdsånd, og en anden om regionale målsætninger, ex højst 15% af diabetes patienterne med Hgb a1c > 7,5% med fokus på de 15%-25%, der ikke når målene tværsektorielt incl kommunerne".
(praksiskoordinator)

"Samarbejdet er velfungerende. De [praksiskonsulenterne] kunne med fordel sættes til at være projektdeltagere også". (cheflæge)

Enkelte koordinators mener, at især deres opgaver er dårligt definerede, og de foreslår en tydeligere markering af deres funktion som tovholder, eksempelvis på samspillet og det faglige fællesskab mellem praksiskonsulenterne. Af opgaver, der med fordel kan styrkes, nævner de desuden kommunikationen til praksiskollegaerne samt ansvaret for iværksættelse af større projektrelaterede initiativer.

5.5 Delkonklusion: opgaver, funktioner og forudsætninger

Afdelingsledelser og praksiskonsulenter fremhæver kvalificering af epikriser og henvisninger samt skabelse af dialog mellem almen praksis og hospitalsafdelinger, som opgaver konsulenterne løser. Der er en nogenlunde ens opfattelse af, hvilke opgaver, der oftest bliver løst. Begge grupper nævner hyppigst vejledning til almen praksis samt ændringer i samarbejdsformer mellem afdelinger og konsulenter. Halvdelen eller flere af praksiskonsulenterne nævner også kontakt til kommunale praksiskonsulenter, udarbejdelse af forløbsbeskrivelser, epikriser og henvisninger, men der er en langt større spredning blandt afdelingsledelserne, når der ses på disse opgavetyper. Der er få praksiskonsulenter og afdelingsledelser, der svarer, at der blevet orienteret om elektroniske hjælpemidler inden for det seneste år.

Praksiskonsulenterne angiver, at de benytter flere aktiviteter end afdelingsledelserne vurderer om samme emne. Eksempelvis har praksiskonsulenterne kontakt med de praktiserende læger, som afdelingsledelsen formentlig ikke kan forventes at have kendskab til. Men også på et område, hvor indsigten burde være den samme, som audit, noterer praksiskonsulenterne hyppigere disse aktiviteter end afdelingsledelserne gør. Generelt kan denne forskel tyde på afdelingsledelsernes mindre opmærksomhed på samarbejdet end blandt praksiskoordinatorer. Omvendt forholder det sig med vurdering af de metoder der anvendes, i det flere afdelingsledelser noterer tilfredshed med metoderne end praksiskonsulenter, hvilket kan tyde på, at der blandt praksiskonsulenter, som må forventes at være primær ansvarlige for tilrettelæggelse af det konkrete samarbejde, kunne være et behov for styrkelse af det metodiske arbejde.

Både afdelingsledelserne og praksiskonsulenterne lægger vægt på en kontakt form, der er præget af 'ad hoc' møder. De giver også udtryk for tilfredshed med de forudsætninger, som praksiskonsulenterne har for bestridelse af deres funktion, ligesom der overvejende er tilfredshed med det antal timer, som praksiskonsulenterne har til rådighed. Ca. 1/10 af afdelingsledelsen signalerer et ønske om udvikling af praksiskonsulenternes kompetencer, og både praksiskonsulenter, afdelingsledere og cheflæger efterspørger funktionsbeskrivelser.

Også cheflæger og praksiskoordinatorer vurderer generelt praksiskonsulenternes opgaveportefølje og funktioner som relevante og velfungerende. De fremhæver, at det er væsentligt, at der er mulighed for, at opgaverne kan tilpasses lokale forhold og behov. En del af koordinatorerne ønsker en tydeligere definition af deres særlige funktioner som koordinatorer af arbejdet på indenfor og på tværs af hospitalsenhederne. En del af såvel cheflæger som praksiskoordinatorer mener desuden, at praksiskonsulenterne med fordel kunne deltage i tværgående projektarbejde om generelle emner.

Udviklingspotentialer

- Styrkelse af kommunikation til praksiskollegaer
- Styrkelse af afdelingsledelses opmærksomhed på muligheder og vilkår i samarbejdet
- Styrkelse af det metodiske arbejde
- Tydeligere opgave definition og afgrænsning på tværs af specialer og hospitalsenheder
- Styrkelse af det regionale tværgående projektorienterede arbejde

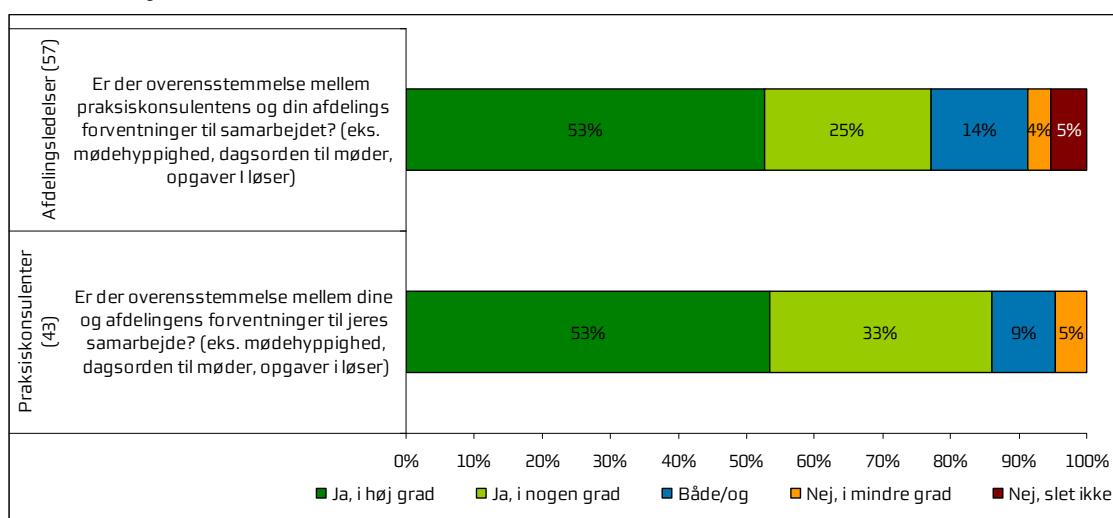
6 Samarbejde mellem konsulenter, afdelinger og læger

I dette afsnit beskrives praksiskonsulenternes samarbejde med forskellige aktører, og der ses på styring af praksiskonsulentordningen.

6.1 Erfaringer og forventninger til samarbejdet

Spørgeskemaerne indeholder spørgsmål om overensstemmelse mellem praksiskonsulenter og afdelingsledelsernes forventninger til samarbejdet. Figur 13 viser fordeling af svarene.

Figur 13. Overensstemmelse mellem afdelingens og praksiskonsulentens forventninger til samarbejde



Kommentar: 13 (19 %) afdelingsledelser og 4 (4 %) praksiskonsulent har svaret "Ved ikke".

Der er generelt en opfattelse af, at der er overensstemmelse mellem afdelingsledelsernes og praksiskonsulenternes forventninger til samarbejdet. Figur 13 viser, at 53 % af begge grupper svarer "Ja, i høj grad" på dette spørgsmål. Der er 25 % af afdelingsledelsessvarene i kategorien "Ja, i nogen grad", hvilket er lidt mindre end de 33 %, der er blandt praksiskonsulenternes svar. Samtidig er der enkelte afdelingsledelser (5 %), der anvender den negative kategori "Nej, slet ikke", hvilket ikke benyttes af praksiskonsulenterne. Dette tyder på, at der er en lille tendens til, at afdelingsledelserne i mindre grad end praksiskonsulenterne oplever overensstemmelse af forventninger. Dette bakkes op af de vægtede gennemsnit. Forskellen er dog lille, og det er værd at bemærke, at over to tredjedele af afdelingsledelserne svarer med en af de to positive kategorier.

Evalueringsdeltagerne er også blevet bedt om at skrive, hvad der fungerer godt og mindre godt i samarbejdet mellem afdeling og praksiskonsulent. Afdelingsledelserne svarer primært, at de er glade for den direkte dialog og de mere eller mindre faste møder, eksempelvis lyder det fra en afdelingsleder:

"Det positive er dialogen og ønsket om dialog. Jeg har ikke noget bud på noget der fungerer mindre godt".

Afdelingslederne er derimod mindre tilfredse med praksiskonsulenternes muligheder for at kommunikerer direkte til de praktiserende læger, ligesom enkelte ønsker, at praksiskonsulenterne i højere grad kan træffe beslutninger for de praktiserende læger. Nogle afdelingsledere skriver for eksempel:

"Vi er i en udviklingsfase, hvad angår samarbejdet, og det bliver løbende bedre og bedre. Samarbejdet er mest på det rådgivende niveau, og det fungerer fint. Men praksiskonsulenten burde have direkte mulighed for at formidle videre til kolleger om konkrete problemstillinger".

"Vi har egentlig ikke brug for så megen kontakt - problemet er mest, at de praktiserende læger kan gøre, hvad det passer dem - og det gør de så".

Efterspørgslen efter tydeligere mandat til at træffe beslutninger og mere magt bag konsulenternes handlinger findes også på hospitals- og stabsledelsesniveau (se senere). Endelig nævner mange, at det er svært at få arrangeret møder på grund af travlhed hos både praksiskonsulent og afdeling.

Også praksiskonsulenterne nævner den direkte dialog og de fastlagte møder, som velfungerende i forhold til opgavevaretagelsen. Flere er glade for den løbende mailkorrespondance. Generelt oplever de, at afdelingsledelserne er lydhøre og gerne vil have tingene til at virke, eksempelvis lyder det:

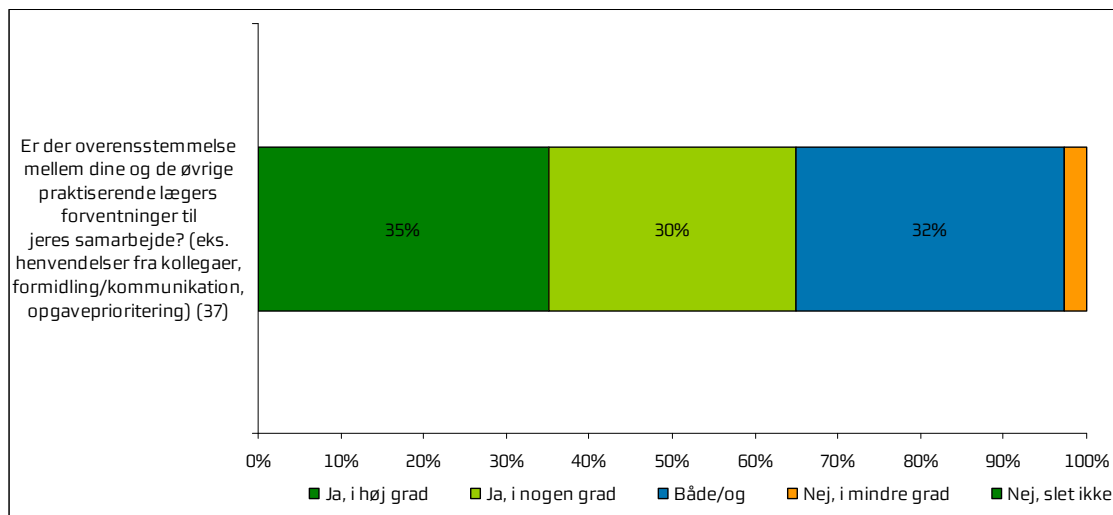
"Der er altid positiv respons, når der opstår et problem, og det tages seriøs. Man har forståelse for og prøver at forstå patienterne og de praktiserende læger, og man forsøger at finde en løsning, der tilgodeser alle. Man er god til at være med til at lave vejledninger, flowcharge, udskrivningskort, der kan foreslå forsat behandling og kontroller f.eks. blodprøver. Der bedst samarbejde med afdelingerne med de store patient flow, da man kender dem bedst".

"Jeg synes, samarbejdet fungerer godt, og jeg oplever at blive kontaktet og involveret, når det er relevant. Jeg har været tilknyttet afdelingen i mange år, hvilket letter samarbejdet. Mange "kender" mig, og dermed får jeg også kontakten, når jeg viser mig".

Af mindre gode ting nævnes, at praksiskonsulenterne til tider bliver for sent inddraget i nye tiltag, ligesom en del føler, at en masse går tabt ved, at der er hyppige personaleudskiftninger på afdelingerne.

Praksiskonsulenterne er også spurgt til, om der er overensstemmelse mellem deres forventninger og hhv. de praktiserende lægers og praksiskoordinatorens forventninger til samarbejdet. Disse spørgsmål er ikke stillet til afdelingsledelserne, da de ikke vurderes at kende til disse forventninger. Resultaterne er vist i figur 14 og figur 15.

Figur 14. Praksiskonsulenterne vurdering af overensstemmelse mellem praksiskonsulentens og de øvrige praktiserende lægers forventninger til samarbejdet



Kommentar: 8 (11 %) praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Praksiskonsulenterne oplever, at der er en fin overensstemmelse mellem deres og de øvrige praktiserende lægers forventninger til samarbejdet. 65 % svarer enten "Ja, i høj grad" eller "Ja, i nogen grad". En af koordinatorene sammenfatter det således:

"Det der fungerer godt er, hvis man kan lave en god flow charge, gode vejledninger, gode kriterier for henvisning og udskrivningskort, så den praktiserende læge kan lave et hurtigt, godt patientforløb. og dermed give ham fornemmelsen af at være end god læge for sine patienter. Dårlig håndtering er problemeksport af patienthåndtering, man ikke er klædt på til eller ikke bliver honoreret for, og derfor ikke har tid til og som skaber stor frustration".

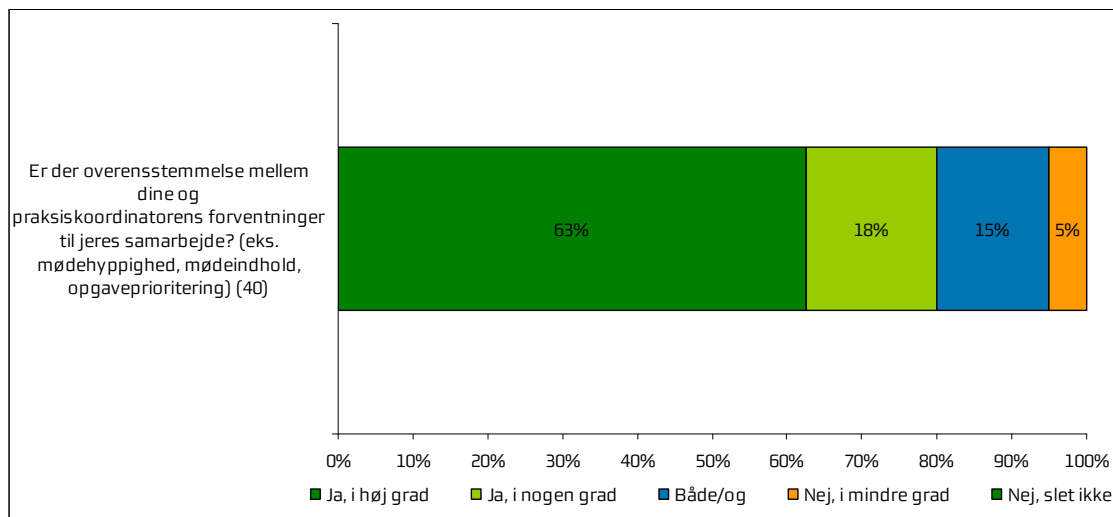
Mange af praksiskonsulenterne nævner, at det virker godt, når de praktiserende læger henvender sig med problemstillinger, som de kan tage op med afdelingen. Men en meget stor del af praksiskonsulenterne giver udtryk for, at det er et problem, at der er meget lidt kontakt med deres øvrige praksiskollegaer, for eksempel skriver praksiskoordinatorerne:

"Kollegaerne er en lidt tung gruppe - det er ikke så mange henvendelser, vi får. Sparringen med kollegaer får jeg mest i min kompagniskabspraksis, i 12-mandsforeningen og i PK gruppen. Specielt har vores kordinator i Vestklyngen skabt en god korpsånd bland PK'er og et rigtig godt samarbejdsforhold med hospitalsledelsen og kvalitetsafdelingen".

"Samarbejdet fungerer godt de enkelte konsulenter imellem og i forhold til regionspraksiskoordinator, men der er meget lidt input fra kollegerne uden for konsulentkredsen, og sparringspartnere bliver derfor mere de øvr. praksiskonsulenter end kollegerne generelt".

Praksiskonsulenterne ønsker mere sparring, og de er desuden i tvivl om, hvor synlig praksiskonsulentordningen er blandt de praktiserende læger. Også de praktiserende læger giver under interviewene udtryk for, at de har et behov for nemmere adgang til praksiskonsulenterne, og at de ønsker mere respons fra konsulenterne på baggrund af deres henvendelser til dem (se afsnit 9)

Figur 15. Praksiskonsulenterne vurdering af overensstemmelse mellem deres og koordinators forventninger til samarbejdet



Kommentar: 5 (11 %) praksiskonsulenter har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

Praksiskonsulenterne har en oplevelse af overensstemmelse mellem deres og praksiskoordinatorernes forventninger til samarbejde (figur 15). 63 % svarer, at dette gælder i høj grad, 18 % i nogen grad, 15 % svarer "Både/Og", imens 5 % svarer i mindre grad. Ingen giver udtryk for uoverensstemmelse i forventningerne. Praksiskonsulenterne beskriver, at der er en god løbende dialog, og de nævner de fællesmøder, som praksiskoordinatoren arrangerer flere gange årligt, som anvendelige og velfungerende. Enkelte efterlyser mere kontakt, hvorimod andre mener, der er for mange møder. En del roser også regionspraksiskoordinatoren for at være tilgængelig og behjælpesom.

6.2 Hospitalsledelse og koordinators vurdering

Både praksiskoordinatorer og cheflæger giver generelt set udtryk for, at samarbejdet i praksiskonsulentordningen, som de oplever det internt og i forhold til andre parter, er velfungerende. Der er stor forskel på tilrettelæggelsen af samarbejdet, idet nogle har et vist antal faste årlige møder, mens andre primært afholder ad hoc møder. Der synes således at være tilfredshed med de lokalt forankrede løsninger, eksempelvis skriver en cheflæge:

"Der er passende frihedsgrader i den enkelte hospitalsenhed til at tilrettelægge samarbejdet efter lokale forhold".

Enkelte mener, at møder, inklusiv mulighed for deltagelse i konsulenternes møder med afdelingsledelse, sættes mere i system. Nogle af koordinators efterspørger også tydeligere respons og større engagement fra såvel hospitalsledelse som praksiskollegaer i forhold til deres arbejde.

Flere af såvel hospitalsledelse som praksiskoordinatorer mener desuden, at tværgående projektarbejde med fordel kan styrkes. For eksempel lyder det:

"Jeg tror, der er behov for konkretisering af visse opgaver samt handleplan herfor. I den forbindelse kan man overveje flere timer til enkelte konsulenter, som vil påtage sig koordinerende opgaver omkring ex. diabetes, urologi osv. Praksiskonsulenterne er inddelt i fag- og emnegrupper, men det rykker ikke rigtigt. Man kunne overveje specifikke opgaver for den praksiskonsulent, som er tilknyttet et Specialeråd (...). Sådant kan sikkert også omsættes i et projektarbejde med fast opgave mod løsningsforslag (...)." (koordinator)

"Meget mere mulighed for at sørge for projekter. Det kunne også være noget med specialister - f.eks på kræftområdet, akut området osv". (cheflæge)

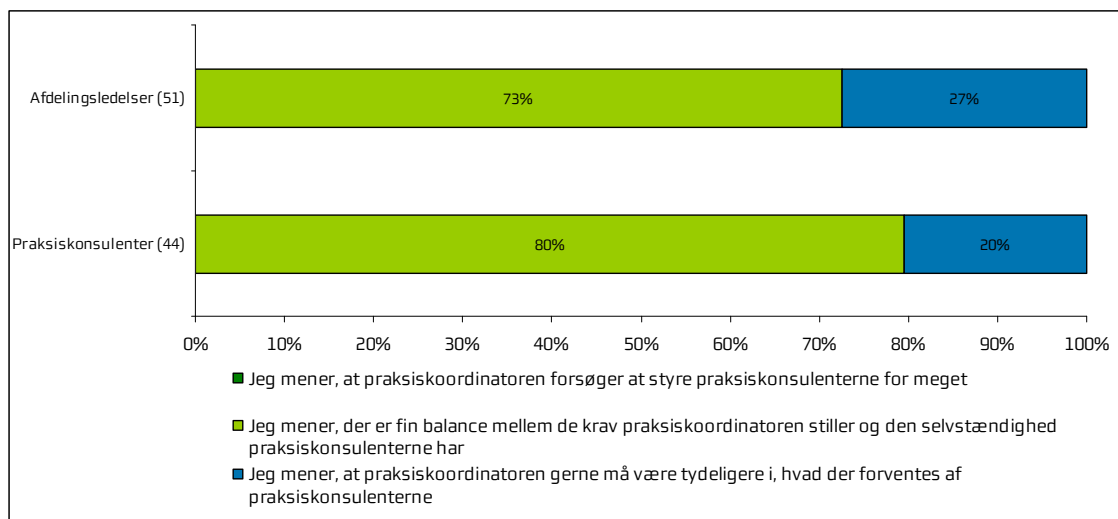
Andre er dog skeptiske overfor sådanne tiltag:

"Egentlig fungerer det fint nu. Specialeansvarlige konsulenter vil betyde store afstande til møder, og lokalkendskabet og det lokale samarbejde forsvinder. Projekt arbejde bliver det svært at rekruttere kolleger til. Samarbejde på tværs af enhederne har vi allerede i koordinatorgruppen, hvor vi har regionale møder, men dette kan klart optimeres". (koordinator)

6.3 Styling af Praksiskonsulentordningen

Både afdelingsledelserne og praksiskonsulenterne er blevet spurgt til styling af praksiskonsulentordningen fra praksiskoordinatoren, fra hospitalet og fra regionen. Spørgsmålene er stillet ved at forholde dem tre udsagn - der styres for meget, indblandingen er tilpas, der gerne må opstilles tydeligere forventninger - hvor de skal vælge hvilket udsagn, de er mest enige i. De følgende tre figurer viser svarfordelingerne.

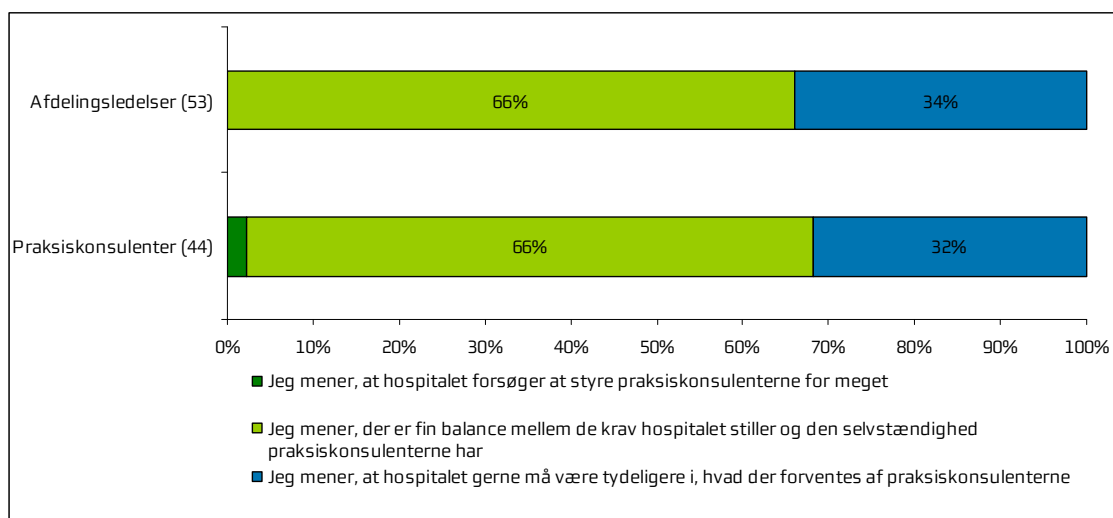
Figur 16. Styling fra praksiskoordinatoren



Kommentar: 19 (27 %) afdelingsledelser og 1 (2 %) praksiskonsulenter har ikke svaret.

Både afdelingsledelser og praksiskonsulenter mener overvejende, at der er en fin balance mellem de krav praksiskoordinatorerne stiller, og den selvstændighed praksiskonsulenterne har. Dette svar giver 73 % af afdelingsledelserne og 80 % af praksiskonsulenterne. Der er hhv. 27 % af afdelingsledelserne og 20 % af praksiskonsulenterne, der mener, at praksiskoordinatorerne bør være tydeligere i deres forventninger, mens ingen mener, at de styrer for meget. Der er reelt ingen forskel mellem praksiskonsulenternes og afdelingsledelsernes vurderinger. Det skal dog bemærkes, at 27 % af afdelingsledelserne ikke har besvaret spørgsmålene.

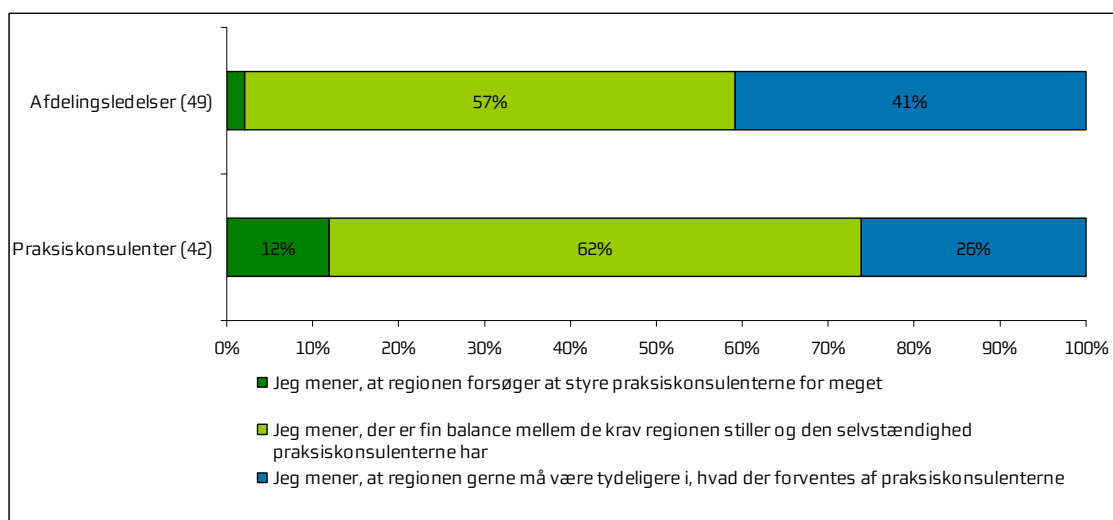
Figur 17. Styring fra hospitalet



Kommentar: 17 (24 %) afdelingsledelser og 1 (2 %) praksiskonsulenter har ikke svaret.

Figur 17 viser, at der også er en oplevelse af god balance mellem hospitalets krav og praksiskonsulenternes selvstændighed. Dette svarer to tredjedele af både afdelingsledelser og praksiskonsulenter. Henholdsvis 34 % og 32 % afdelingsledelser mener, at hospitalet gerne må være tydeligere i deres krav. Igen er der en stor relativ stor del af afdelingsledelserne, der ikke har svaret.

Figur 18. Styring fra regionen



Kommentar: 21 (30 %) afdelingsledelser og 3 (7 %) praksiskonsulenter har ikke svaret.

Figur 18 viser, der også er en ganske stor tilfredshed med regionens styring. 57 % af afdelingsledelserne og 62 % af praksiskonsulenterne mener, at styringen fra regionen er tilpas. En forholdsvis stor andel afdelingsledelser (41 %) og praksiskonsulenter (26%) ønsker mere styring. Der er dog også 12 % af praksiskonsulenterne, der mener at regionen vil styre for meget. 30 % af afdelingsledelserne har ikke svaret på spørgsmålet.

Svarpersonerne er blevet bedt om at forholde sig kvalitativt til, hvad der er godt og mindre godt i styringen af ordningen. Der er relativt få afdelingsledelser, der kommenterer på dette, og en stor del af dem tilkendegiver, at de ikke oplever nogen styring. En del giver udtryk for, at det er godt med frihed til selv at kunne definere opgaverne og måden de

løses på, mens andre giver udtryk for, at de savner en mere klar definition af, hvilke opgaver praksiskonsulenten har, og hvilke krav de skal leve op til. Praksiskonsulenterne lægger vægt på, at der er en balance mellem central styring og mulighed for lokal og individuel tilrettelæggelse af opgaverne. Generelt er det deres holdning, at den store grad af frihed er en væsentlig forudsætning for en relevant opgaveløsning. Nogle praksiskonsulenter skriver:

"Jeg mener, der er en fin lokal styring af, hvordan vi håndterer ordningen. Der hvor man måske kan udvikle ordningen, er at se på de forskelle, der er i regionen, og på nogle punkter blive enige om, hvordan tingene skal være, så vi ikke oplever for store forskelle".

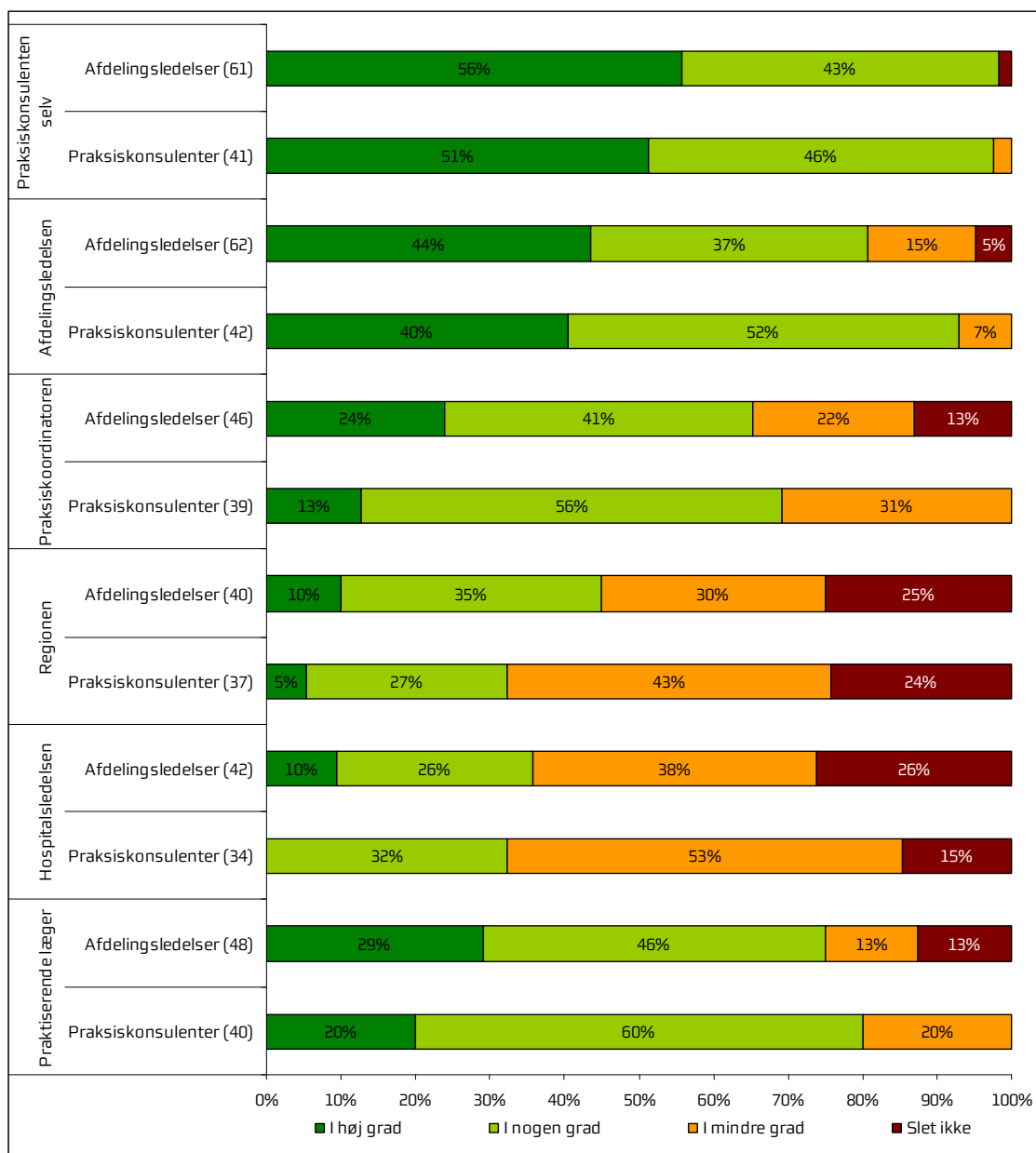
"Jeg oplever, at afdelingen er i god dialog med praksiskonsulenten, og at vi i fællesskab har fundet en fin samarbejdsform".

Praksiskonsulenterne oplever ikke nogen stram styring. Men en del nævner, at de forventninger, der udmeldes fra centralt hold, påvirker praksiskonsulenterne i deres arbejde på en måde, så mange føler sig pressede, og nogle nævner, at de føler, at regionen bruger ordningen til at få flere opgaver placeret hos de praktiserende læger uden at der følger finansiering med. De få, der kommer ind på regionens styring af ordningen, er fortrinsvist bekymrede for mere styring, da de tillægger det en værdi, at opgaverne defineres af afdelingen og praksiskonsulenten selv. Der er dog også et par stykker, der nævner, at regionen kan stille større krav i form af nogle mål eller ved praksiskonsulenterne selv formulerer nogle mål.

6.4 Fastlæggelse og styring af opgaver

Afdelingsledelser og praksiskonsulenter er blevet spurgt om, hvem der definerer praksiskonsulenternes opgaver. De skulle forholde sig til seks forskellige aktører og svarer så på, i hvor grad den enkelte aktør definerer praksiskonsulentens opgaver. Figur 19 viser fordeling af svarene.

Figur 19. Hvem definerer, hvilke opgaver praksiskonsulenten løser?



Kommentar: De ubesvarede og "Ved ikke"-svarene er fordelt således: "Praksiskonsulenten selv" 9 (13 %) afdelingsledelser og 4 (8 %) praksiskonsulenter. "Afdelingsledelsen" 8 (11 %) afdelingsledelser og 3 (6 %) praksiskonsulenter. "Praksiskoordinatoren" 24 (34 %) afdelingsledelser og 6 (13 %) praksiskonsulenter. "Regionen" 30 (43 %) afdelingsledelser og 8 (17 %) praksiskonsulenter. "Hospitalsledelsen" 28 (40 %) afdelingsledelser og 11 (24 %) praksiskonsulenter. "Praktiserende læger" 22 (31 %) afdelingsledelser og 5 (11 %) praksiskonsulenter.

Afdelingsledelsernes og praksiskonsulenternes besvarelser er meget enslydende. De er enige om, at det overvejende er praksiskonsulenterne selv, der definerer opgaverne. Således har 99 % afdelingsledelserne og 97 % af praksiskonsulenterne svaret "I høj grad" eller "I nogen grad" på dette spørgsmål. Figur 19 viser også, at både praksiskonsulenter og afdelingsledelser mener, at afdelingsledelsen har stor indflydelse på, hvilke opgaver der løses. 81 % af afdelingsledelserne og 89 % af praksiskonsulenternes svarer "I høj grad" eller "I meget høj grad".

Cirka to tredjedele af såvel afdelingsledelser og praksiskonsulenter svarer, at praksiskoordinatoren i høj eller i nogen grad definerer, hvilke opgaver der løses af praksiskonsulenten.

Også praktiserende læger vurderes at have forholdsvis stor indflydelse på, hvad der er praksiskonsulenternes opgaver, idet der er over 75 % i de to svargrupper, der giver udtryk for høj eller nogen indflydelse. Derimod mener kun ca. en tredjedel af begge svargrupper, at regionen og hospitalsledelsen har samme indflydelse.

Der er ingen væsentlige forskelle på afdelingsledelsernes og praksiskonsulenternes svar, på spørgsmålene i figur 19, når der ses på de vægtede gennemsnit.

Det er værd at bemærke kommentaren til figur 19, hvor det fremgår, at der er en del afdelingsledelser, der har svaret 'Ved ikke' eller ikke svaret på flere af spørgsmålene. Det tyder på, at nogle afdelingsledelser ikke har overblikket over, hvordan de forskellige aktører har indflydelse på, hvad der skal laves af en praksiskonsulent. Andelen af ubesvarede og "Ved ikke"-svar stiger jo længere fra den lokale afdeling, der spørges.

6.5 Delkonklusion: samarbejde mellem praksiskonsulenter, afdelinger og praktiserende læger

Praksiskonsulenterne oplever en god overensstemmelse mellem deres og deres samarbejdspartners forventninger til samarbejdet og opgavevaretagelse. Dette gælder i særdeleshed, når der spørges til samarbejdet med afdelingsledelserne. Begge parter nævner især dialogen som værende vigtig, såvel den der foregår på møder som den mere ad hoc præget via mails etc. Besvarelserne tyder også på, at der er forholdsvis stor forskel på, hvordan samarbejdet tilrettelægges (eksempelvis om det primært er 'ad hoc' møder eller fastlagte møder, hvem der deltager i møder osv.). Især afdelingsledelser efterspørger, at praksiskoordinatorerne har mandat til at træffe beslutninger frem for at være rådgivende og anmodende. Langt størstedelen af praksiskonsulenterne mener, at der er ensartede forventninger mellem dem selv og praksiskoordinatorerne. De roser såvel den regionale som de lokale praksiskoordinatorerne for deres dialog og de fælles møder, der arrangeres. Praksiskoordinatorerne giver også udtryk for overensstemmelse i forventningerne mellem dem selv og deres praksiskolleger. En forholdsvis stor del af konsulenterne giver dog også udtryk for, at der er et behov for at styrke kontakt til og synlighed af praksiskonsulenterne blandt de praktiserende læger.

Afdelingsledelser og praksiskonsulenter har en meget enslydende opfattelse af, hvilken indflydelse forskellige aktører har på praksiskonsulenternes opgaver. De mener, at det primært er den enkelte praksiskonsulent selv, afdelingsledelsen og de praktiserende læger, der definerer opgaverne. Derimod tilskrives regionen og hospitalsledelsen kun en begrænset indflydelse på opgavetyperne. Dog giver en relativ stor del af afdelingsledelserne udtryk for manglende viden om, hvem der definerer og/eller har indflydelse på opgaveløsningerne. Generelt er der tilfredshed med den type af styring, der præger praksiskonsulentordningen. De fleste praksiskonsulenter mener det er hensigtsmæssigt, at de i samarbejde med afdelingen definerer opgaverne, men enkelte foreslår også, at der bør formuleres mål for praksiskonsulenterne. En forholdsvis stor andel af afdelingsledelse og praksiskonsulenter giver også udtryk for et ønske om mere tydelighed i forventninger og krav til opgavevaretagelse. Det er også markant, at en forholdsvis stor del af afdelingsledelsen (41 %) og praksiskonsulenterne (26 %) ønsker mere indblanding fra regionen. Kun 12 % af praksiskonsulenterne mener, at regionen styrer ordningen for meget.

Hospitalsledelse og koordinatore giver udtryk for, at de finder samarbejdet med praksiskonsulenterne velfungerende. De lægger særlig vægt på muligheden for lokalt forankrede løsningsmodeller. Samtidig efterspørger nogle dog også mere struktur i forhold til afholdelse af møder samt mere systematisk respons fra hospitalsledelse og praksiskolleger i forhold til udformningen af konsulentfunktionen.

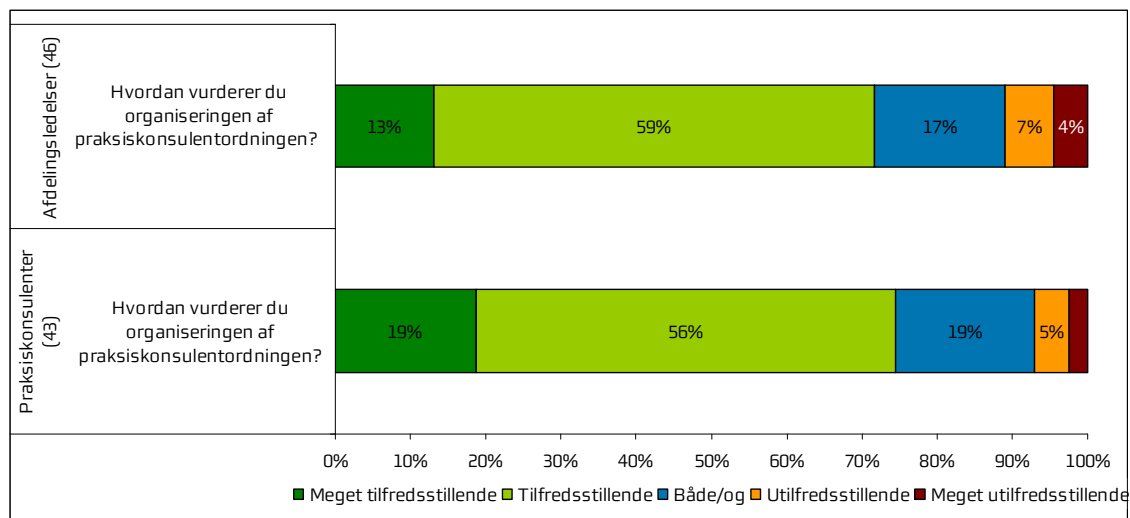
Udviklingspotentialer

- Styrkelse af praksiskoordinatorernes beslutningsmandat
- Øget kontakt mellem praksiskonsulenterne og praktiserende læger
- Tydeligere målsætninger for praksiskonsulenternes opgavevaretagelse, herunder tydeligere forventninger fra regionens side
- Mere søgevenlige funktioner på praksis.dk

7 Praksiskonsulentordningens organisering

En række spørgsmål handler om organiseringen af Praksiskonsulentordningen.

Figur 20. Vurdering af organiseringen af praksiskonsulentordningen



Kommentar: 2 (4 %) praksiskonsulent og 24 (34 %) afdelingsledelser har ikke svaret eller svaret "Ved ikke".

I figur 20 fremgår det, at både afdelingsledelser og praksiskonsulenter er godt tilfredse med organiseringen af praksiskonsulentordningen. 13 % af afdelingsledelserne og 19 % af praksiskonsulenterne svarer således, at de finder ordningens organisering "Meget tilfredsstillende", og hhv. 59 % af afdelingsledelserne og 56 % af praksiskonsulenterne finder organiseringen "Tilfredsstillende". 17 % af afdelingsledelserne og 19 % af praksiskonsulenterne svarer "Både/Og". Kun 11 % af afdelingsledelserne og 6 % af praksiskonsulenterne benytter kategorierne "Utilfredsstillende" og "Meget utilfredsstillende". Det skal bemærkes, at 24 (34 %) afdelingsledelser ikke har besvaret spørgsmålet eller besvaret det med "Ved ikke".

Respondenterne er også blevet bedt om at beskrive, hvad de ser af styrker og svagheder ved organiseringen. Der er relativ få kommentarer fra afdelingsledelserne, og de peger i forskellige retninger. Nogle ser det som en stor styrke, at afdelingen og praksiskonsulenten kan prioriterer og løse opgaver lokalt, hvorimod andre efterlyser større regional koordinering. Nogle skriver, at det er svært for praksiskonsulenterne, at repræsentere så mange forskellige alment praktiserende læger.

Praksiskonsulenterne nævner primært den direkte og nære kontakt, som en styrke ved ordningen. Mange savner mere sparring med andre konsulenter og med almen praksis. En praksiskonsulent formulerer sig således:

Den store og uundværlige styrke er, at vi får kendskab til hinanden på personligt plan - praktiserende læger og afdelinger imellem. Man ved hvem man skal henvende sig til, og frustrationer og misforståelser undgås eller bliver afværget i sin vorden. En svaghed er risikoen for, at man som praksiskonsulent føler sig alene, og at der udarbejdes forskellige arbejdsgange på samme type afdelinger i regionen. Det kan også være en fordel, da der er forskelligheder lokalt, men det giver også klart problemer ind imellem. Der er ikke afsat tid til samarbejde mellem praksiskonsulenter lokalt og regionalt.

7.1 Hospitalsledelse og koordinators vurdering

Både hospitalsledelse og praksiskoordinatorer giver udtryk for tilfredshed med organiseringen af praksiskonsulentordningen, som den er tilrettelagt på, og de finder den hensigtsmæssigt og generelt velfungerende i forhold til de opgaver og funktioner, der varetages af ordningen. Eksempelvis lyder det:

"Det virker logisk, at der er praksiskonsulenter med tilknytning til de enkelte afdelinger og praksiskoordinatorer med overordnede koordinerende funktion. Det er den bedste måde at få engageret mange praktiserende læger i samarbejdet, og dermed sikre at der er bred opbakning til samarbejdet". (Praksiskoordinator)

"Det er en vigtig ordning, og organiseringen sikrer et generelt godt samarbejde mellem hospitaler og praktiserende læger. Min fornemmelse er, at den er ganske velfungerende". (Cheflæge)

Cheflægerne og praksiskoordinatorerne nævner en række styrker ved organiseringen, som opsummeres i den følgende tabel:

Tabel 3. Ledelsens vurdering af styrker ved praksiskonsulentordningens organisering

Hospitalsledelse	Praksiskoordinatorer
Praktiserende læger som bindeled (kendskab til og personlig erfaring med almen praksis)	Praktiserende læger som konsulenter pga. den stærke tilknytning til hverdagen for alment praktiserende læger
God mulighed for lokalt kendskab (personlig som fagligt pga. afdelingsspecifikke tilknytning)	Nært kendskab til de enkelte afdelinger pga. den afdelingsspecifikke tilknytning, hvor en konsulent kun har få afdelinger som ansvarsområde
Løs organiseret struktur, der styrker kommunikation	Enkel organisation, der bidrager til let adgang horisontalt som vertikalt
Tydelige kommunikationsveje	Enkle / tydelige kommunikationsveje, der giver mulighed for hurtige beslutninger
Bidrager til tæt samarbejde, der giver mulighed for at agere hurtigt	Effektiv
Nemt at foretage justeringer og ændringer	Enkel organisering, der fremmer nærhedsprincip
	Mulighed for decentrale beslutninger, der giver lokal opbakning

Det er forholdsvis ensartede begrundelser for organisationsformens styrker, der nævnes blandt hospitalsledelse og praksiskoordinatorer. Det parterne især understreger, som bidragende til de hurtige og smidige samarbejdsformer og arbejdsgange er den enkle struktur (se figur 1) og det personlige kendskab, som især den afdelingsspecifikke tilknytning synes at bidrage til. Det gør det let og hurtigt at udarbejde procedurer, evaluere og ændre henvisninger og epikriser mv., lyder det. Det ses også hos afdelingsledere, hvor vigtigheden af at være tilknyttet en specifik afdeling er et af de udsagn, der scorer højest blandt afdelingsledere (se figur 22). I den forbindelse understreges det, at parterne finder det væsentlig, at den enkelte konsulent er tilknyttet et begrænset antal afdelinger, særlig for at kunne bevare sit daglige arbejde i praksis og for at kunne opretholde et tæt kendskab til arbejdsgange og faglige problematikker. Enkelte nævner også, at det rent

geografisk betyder mindre transport og mere tid til praksiskonsulentarbejdet, end hvis man eksempelvis havde tværregionale funktioner. Flere fremhæver desuden den todelte koordinatorfunktion (hospitals- og regionskoordinator), som muliggør en hurtig horisontal kommunikation, samt relation og information til øvrige relevante fora (tværgående diagnosespecifikke arbejdsgrupper, PLO, regionsledelse etc.).

En af koordinatorerne sammenfatter vurderingen således:

"Den nuværende ordning med lokale praksiskonsulenter og koordinatore omkring de enkelte hospitalsenheder giver fordele i form af stort lokalkendskab, i de fleste tilfælde mangeårigt kendskab parterne imellem, og således en bedre og hurtigere dialog og problemløsning. Geografisk betyder det mindre kørsel og mere tid til PKO arbejdet".

Samtidig understreges også en række svagheder ved den nuværende organisering. Flere efterspørger helt konkret praksiskonsulenter på medicinske specialer og akutafdelinger samt en tydeligere kommunal repræsentation, som mange af de adspurgte vurderer, vil få en tiltagende betydning i kraft både af kommunernes forbrug af hospitalssektoren og kommunernes større ansvar for sundhedsydelse. Der efterspørges også en overvejelse i forhold til psykiatrikoordinatorerne om organisering af en koordinator i henholdsvis den østlige og den vestlige del af regionen.

Udover disse konkrete forslag peges der generelt på forskelle i konsulenternes aktivitetsniveau og forskelle i måder at varetage funktionen på, herunder hvilke typer opgaver der løses. Disse udsagn begrundes i flere tilfælde i konsulenternes 'tynde mandat' samt, at de fungerer som talsmænd frem for egentlig bemyndigelse. For eksempel efterspørges, at konsulenterne også kan tage del i større og mere forpligtigende samarbejde, som større, tværgående projekter og/eller formuleringer af nye initiativer. En af cheflæger siger eksempelvis:

"... De kan ikke bruges til samarbejde i øvrigt, for eksempel projekter, hvor vi gerne ville have praksis med. Det er et meget stort problem".

Og en praksiskoordinator siger:

"Det tværgående samarbejde i regionen er ringe. Der er lille interesse for og viden om, hvordan de lokale sygehuse og praktiserende læger fungerer sammenlignet med regionale gennemsnit. Det er svært at gennemføre regionale indsatsområder – der er for mange 'høvdinge' i den nuværende organisering".

Også afdelingsledere finder det tværregionale samarbejde væsentligt i praksiskonsulentordningens regi, idet der netop scores højt i forhold til ønske om at arbejde med regionale dagsordner.

Et par af konsulenterne efterspørger etablering af en styregruppe som afsæt for udvikling og navigation af praksiskonsulentordningen med henblik på fokusering og styring af indsatsområder som en løsning af de nævnte problematikker.

7.2 Delkonklusion: praksiskonsulentordningens organisering

Hospitalsledelse og praksiskoordinatorer giver udtryk for at organiseringen understøtter mange af de opgaver, som praksiskonsulentordningen meningsfyldt varetager. Der bliver særlig lagt vægt på en enkel struktur med let adgang til praksiskoordinatorer, konsulenter og afdelinger, den afdelingsspecifikke tilknytning samt de involverede parter personlige kendskab til såvel almen praksis som specifikke afdelinger. Samtidig fremgår det, at knap 30 % af de adspurgte svarer både/og eller negativt i forhold til vurdering af hensigtsmæssigheden af praksiskonsulentordningens organisering. Det skal dog nævnes at en tredjedel af afdelingsledelserne enten ikke besvarer spørgsmålet eller svarer "Ved ikke". Der bliver givet udtryk for, at der med sundhedssektorens udvikling stilles nye krav til samarbejde og opgaveløsninger, og at der på den baggrund ønskes større ensartethed og samarbejde på tværs i regionen. Det understreges, at det er vigtigt at fastholde de positive egenskaber ved organiseringen - f.eks. lokal tilrettelæggelse af arbejdet, mulighed for at tage specifikke problematikker op, at organisationen bidrager til direkte kommunikation og praksisnære, lokalt forankrede løsninger – samtidig med at organiseringen af praksiskonsulentordningen også bidrager til at styrke ensartethed i opgavevaretagelse og opgavetyper, tværgående projekter og regional styring.

Udviklingspotentialer

- Styrkelse af den regionale koordinering
- Styrkelse af tværregionale samarbejde mellem konsulenter samt mellem konsulenter og alment praktiserende læger
- Styrkelse af den kommunale del af praksiskonsulentordningen samt af psykiatrikoordinator funktionen (i form af en koordinator i hhv. øst og vest)
- Styrkelse af organisationens mulighed for at bidrage til et tværgående, regionalt samarbejde, eksempelvis projektorienteret arbejde om specifikke emner vedrørende generelle problematikker
- Mere ensartethed i opgavevaretagelse og opgavetyper på tværs af regionen

8 Resultater på tværs af hospitaler

På flere af spørgeskemaernes spørgsmål om samarbejde og organisering er svarene forsøgsvist opdelt og analyseret på hospitalsenheder. Dette er gjort ud fra en viden om, at der er forskel på, hvordan de enkelte praksiskoordinatorer og hospitalsledelser interagerer med praksiskonsulenterne. Derfor kan der også være forskelle på, hvordan man oplever samarbejdet. Opdelingerne viser dog, at der kun er små forskelle imellem hospitalerne. Dette er specielt gældende for praksiskonsulenternes svar, men også afdelingsledelsernes svar ligger tæt på hinanden på tværs af hospitalsenheder.

Der er dog forskelle, som kan være interessante at se nærmere på. Imidlertid er den hospitalsspecifikke opdeling dog ikke rapporteret i denne evaluering, da det er meget usikkert, hvad det viser. For det første er der meget få besvarelser på de enkelte hospitaler. Udsving kan således skyldes statistiske tilfældigheder, eller at få afdelingsledelser på et givent hospital forstår svarskalaerne en smule anderledes. For det andet viser evalueringen også, at der som nævnt er ret stor frihed for praksiskonsulenter og afdelingsledelser i forhold til at tilrettelægge samarbejdet, og hvis én eller to praksiskonsulenter på et hospital varetager opgaven på en særegen måde, kan det forrykke hele resultatet for hospitalet. Det er dermed usikkert, om de forskelle der er imellem hospitalerne, rent faktisk skyldes forskelle i praksiskoordinatoren og hospitalsledelsens ageren. For pålidelige resultater om dette kræves der en nærmere undersøgelse af, hvordan praksiskonsulentordningen håndteres på hospitalerne, og hvad henholdsvis afdelingsledelser og praksiskonsulenter mener, det har af betydning.

9 De praktiserende lægers vurdering

Ovenstående afsnit har vist, hvilke holdninger, vurderinger og erfaring praksiskonsulenter, praksiskoordinatorer, afdelingsledelser, cheflæger og personer i stabsledelsen har til praksiskonsulentordningen. Også almen praksis er en centrale interessant, og der er derfor foretaget telefoninterview med praktiserende læger med henblik på at belyse deres vurdering af praksiskonsulentordningen. Resultaterne præsenteres i dette afsnit. Via mail blev der sendt 40 invitationer til tilfældigt udvalgte praktiserende læger indenfor rammerne af de tidligere nævnte udvælgelseskriterier (se s. 11). Syv personer besvarede henvendelsen, og fem interview blev gennemført. De læger, som indgår i denne del af undersøgelsen, er således selvselekterede, og kan derfor ikke betragtes som repræsentative.

9.1 Kendskab til praksiskonsulentordningen

Det fremgår af figur 14, at 65 % af praksiskonsulenterne vurderer, at der er overensstemmelse mellem dem og deres praksiskollegeres forventninger til samarbejdet, og 32 % svarer "Både/Og". Det underbygges af de interviewede praktiserende læger, som generelt set giver udtryk for stor tilfredshed med praksiskonsulentordningen. De beskriver praksiskonsulentordningen som et bindeled mellem hospitalsafdelinger og praksis, og de fortæller, at de ofte benytter sig af ordningen i deres daglige arbejde. Lægerne nævner praksis.dk som det sted, hvor de finder informationer af relevans for håndtering af patientforløb, specifikke retningslinjer, vejledninger, informationer om samarbejde vedrørende henvisninger, udredninger mv. Derudover abonnerer lægerne på nyhedsmail via praksis.dk. Endelig anvendes ordningen med jævne mellemrum også i forbindelse med konkrete patientsager.

En af de interviewede praktiserende læger opsummerer lægernes vurdering af betydning af praksiskonsulentordningen således:

"De fungerer som ambassadører for vores praksis. Det betyder, at vi har et ben i sygehusvæsenet. De får praksisvenlige vejledninger igennem, som gør, at det er anvendeligt set fra vores synspunkt. De tager sager op, uden jeg skal gøre det individuelt, og ved større problemer finder de generelle løsninger. Det har større magt end hvis det var de enkelte læger, som videreførte det.

Og en anden praktiserende læge fortæller:

"Det har stor betydning for mit arbejde, og for mit samarbejde med hospitalerne – jeg får ret meget at vide, som jeg bruger i dagligdagen. Måske ikke sådan om nye strategier og den slags, men om den praktiske håndtering af retningslinjer og vejledninger, og om nye måder at samarbejde på".

Flere af lægerne fortæller, at det giver dem en sikkerhed for, at de håndterer samarbejdssituationer på den rigtige måde frem for, hvordan de selv synes, det bør gøres. Flere giver i den forbindelse udtryk for, at der på den måde skabes en vis ensartethed på trods af de store individuelle forskelle, som praktiserende læger tilrettelægger deres arbejde på.

Selvom lægerne giver udtryk for en hyppig anvendelse af praksiskonsulentordningen og som et vigtigt forum for formidling af informationer, der har betydning for deres måde at håndtere det daglige arbejde på, beretter stort set alle de interviewede personer dog, at

informationer på praksis.dk er vanskeligt tilgængelige, hvilket er forstærket efter praksis.dk er kommet under sundhed.dk. De fleste efterlyser en mere brugervenlige søgefunktioner og lettere måder at kommunikerer med praksiskonsulenterne på. Flere af lægerne ønsker, at konsulenterne i højere grad responderer på deres henvendelser, da de har et behov for at vide, hvad der er sket og hvordan henvendelsen er håndteret, hvad enten det har drejet sig om enkelt sager eller sager af mere generel og principiel art.

9.2 Vurdering af ordningens betydning for samarbejde med afdelinger

Flere af de interviewede praktiserende læger giver udtryk for, at samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer bliver stadig vigtigere i takt med, at sundhedsvæsenets kompleksitet og specialisering øges. Alle lægerne vurderer, at praksiskonsulentordningen spiller en væsentlig rolle i forhold til at styrke og lette samarbejdet. De mener, at praksiskonsulenterne faciliterer samarbejdet mellem hospitaler og praktiserende læger – brobyggere kalder en af lægerne dem - og at de bl.a. ved at præcisere opgavefordeling og ansvarsområder medvirker til et funktionelt samarbejde med hospitalssektoren. Flere giver også udtryk for, at det er blevet tiltagende sværere at komme i kontakt med hospitalsafdelinger, og at konsulenterne derfor har en væsentlig formidlingsrolle. Og en af de interviewede læger nævner, at når den praktiserende læge skal have overblik over de mange forskellige patienter er det vigtigt, at de har kollegaer til at guide dem igennem hospitalerne.

Der er god overensstemmelse mellem de praktiserende læger og praksiskonsulenterne i forhold til deres opfattelse af rolle og funktion. De praktiserende læger mener, at det er vigtigt med en funktion, der formidler til hospitalsafdelinger, hvad og hvordan de praktiserende læger arbejder samtidig med at de bibringer forståelse for de forskellige afdelingers forventninger og ønsker til de praktiserende læger for at arbejdsgange og patientforløb fungerer så smidigt som muligt. Det stemmer fint overens med praksiskonsulenternes vurdering (figur 21). Lægerne fortæller, at der er pågået et stort arbejde med at få epikriser til at fungere bedre og hurtigere, og at det er et godt eksempel på, hvordan praksiskonsulentordningen understøtter forbedring af kvaliteten af samarbejdet mellem sektorerne. Netop epikriser er også et af de områder, som en stor del af praksiskonsulenter og afdelingsledelser som tidligere nævnt, anser for et vigtigt indsatsområde.

Af figur 7 fremgår det, at hovedparten af praksiskonsulenterne føler sig 'klædt på til funktionen', og afdelingslederne giver udtryk for det sammen. Det understøttes af de interviewede praktiserende læger, som generelt giver udtryk for, at praksiskonsulenterne er kompetente i udfoldelse af deres funktion. Det lægerne især finder vigtigt er, at samarbejdsformen med praksiskonsulenternes mellemkomst bliver praksisnær. Flere nævner, at for at vejledninger, retningslinjer, epikriser mv. bliver praktisk anvendelige og effektive at håndtere i dagligdagen, er det altafgørende, at der sidder en person med personligt kendskab til og erfaring med praksis, som kan formidle mellem de to sektorer. En siger for eksempel:

"Praksiskonsulenterne har fingeren på pulsen. Den vigtigste kompetence er, at de skal være praktiserende læge, så de ved hvad der foregår. Det er altafgørende, at de har det personlige kendskab – ellers kunne det ikke fungere. Det de skal kunne ud over det, er at formidle, hvad det er de praktiserende læger kan og skal. Og de skal kunne lytte til, hvad sygehusene mener, de gerne vil have de praktiserende læger til at gøre"

Lægerne giver udtryk for, at det er en generalist og ikke en specialist funktionen, der er brug for. En af de interviewede personer siger for eksempel:

"Selvom man for eksempel er praksiskonsulent for Ortopædkirurgisk Afdeling, så skal man jo ikke have en speciel interesse for ortopædi. Man skal jo være en praktiserende læge, som netop kan stille de der spørgsmål om, 'hvad er det I gør – og hvorfor vil I have det på den måde?' For jeg er jo bare praktiserende læge, og det er jo jer, der er specialister. Og der tænker jeg nogle gange, at hvis man (som praksiskonsulent, red.) er for vidende indenfor et felt, så kan måske komme til at tabe nogle andre kollegaer på gulvet, som ikke ved det samme. Så jeg tror, at kompetencen ligger i, at man er praktiserende læge, og at man har sin hverdag i praksis."

9.3 Organisering af praksiskonsulentordningen

Samtlige af de interviewede læger understreger vigtigheden af konsulenternes personlige kendskab til såvel den enkelte hospitalsafdeling som til praktiserende lægers arbejdsvilkår og faglighed som en væsentlig faktor for at styrke samarbejdet mellem de to sektorer. På den baggrund vurderer lægerne, at den nuværende organisering med den afdelingsspecifikke tilknytning er central for at ordningen kan fungere hensigtsmæssig. Flere understreger, at de vurderer, at yderligere specialisering vil underminere konsulenternes funktion som ambassadør for almen praksis. Vigtighed af at være tilknyttet specifik afdeling scorer højt blandt afdelingslæger. Det er holdninger, som modsvares af såvel praksiskonsulenter som afdelingsledere, hvor ca. $\frac{3}{4}$ af begge parter giver udtryk for tilfredshed med den nuværende organisering (figur 20),

Samtidig nævner flere af lægerne, at det for at sikre den faglige kvalitet af arbejdet også er vigtigt med ensartethed på tværs af hospitalsenheder i forhold hvordan samarbejdet udformes og effektueres. Enkelte af lægerne nævner eksempelvis, at konsulenterne kunne spille en tydeligere rolle if. at sikre ensartethed på tværs af regionen indenfor de enkelte specialer. Flere mener dog, at det er opgaver som med fordel kunne styrkes i forhold koordinatorfunktionen. En siger for eksempel:

"Det er rigtig vigtigt, at konsulenterne kan tage fat i enkelte problemer, og der er et stort behov for den specifikke kommunikation med afdelingerne. Jeg synes, de oparbejder en vigtig viden og kontakt på den måde, som gør at de kan komme igennem med mange ting – nedbryde barrierer så at sige. De bruger den personlige kontakt til at komme igennem med deres ønsker. Det skal ikke sættes over styr til fordel for at beskæftige sig med særlige områder som for eksempel særlige patientforløb – det egner sig bedre for de tværgående koordinatorfunktioner".

Flere af lægerne nævner i den forbindelse, at det er deres vurdering, at der forekommer individuelle forskelle if., hvorledes funktionen som praksiskonsulent bestrides, og at der kunne være et behov for tydeligere at definere funktionen.

9.4 Delkonklusion: samarbejde mellem praksiskonsulenter, afdelinger og praktiserende læger

Fra de praktiserende læger lyder det, at praksiskonsulentordningen fungerer som et nødvendigt og væsentligt bindeled mellem primær og sekundær sektor af sundhedsvæsenet. De praktiserende læger lægger vægt på, at ordningen fungerer som ambassadør for de praktiserende læger, og de finder det meget vigtigt, at det er fungerende praktiserende læger med kendskab til praksis, som bestrider funktionerne. De giver udtryk for, at konsulentordningen medvirker til løsning af konkrete problemer samt styrker og understøtter samarbejdet, eksempelvis ved at epikriser, henvisninger, retningslinjer, vejledninger etc. er anvendelige i den praksisnære sammenhæng.

Udviklingspotentialer:

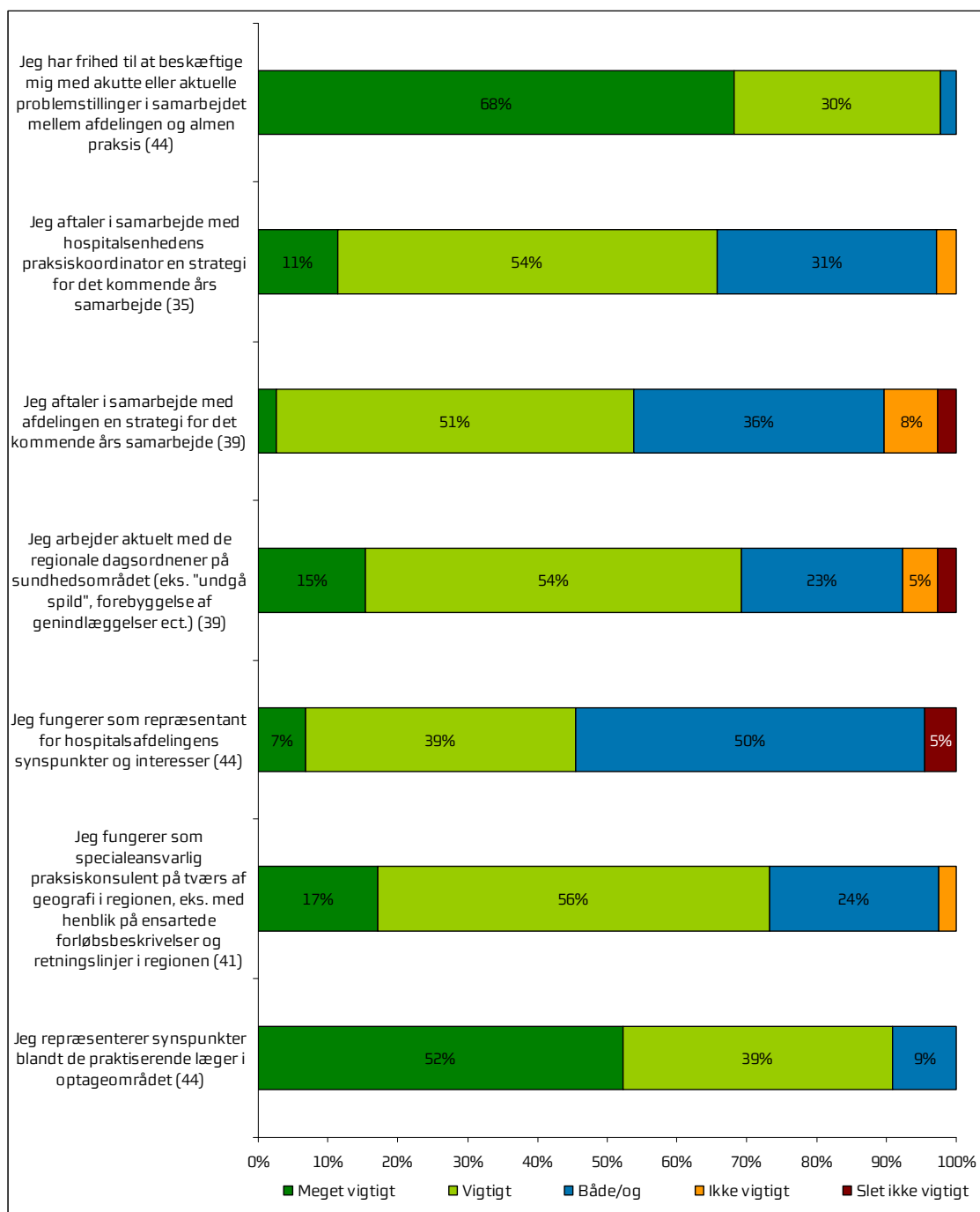
- mere tydelighed i definition af funktioner og opgaver samt mere ensartethed i opgavevaretagelse på tværs af regionen
- informationer bør være lettere tilgængelige på praksis.dk
- mere systematisk respons fra praksiskonsulenterne på baggrund af henvendelser fra praktiserende læger

10 Scenarier for en fremtidig praksiskonsulentordning

10.1 Praksiskonsulenternes roller og funktioner

Praksiskonsulenterne og afdelingsledelserne har forholdt sig til forskellige roller og funktioner for en praksiskonsulent, hvilket er væsentlige parametre i drøftelsen af den fremtidige praksiskonsulentordning. I Figur 21 og figur 22 fremgår praksiskonsulenternes og afdelingsledernes svar på spørgsmål om vigtigheden af forskellige roller og funktioner.

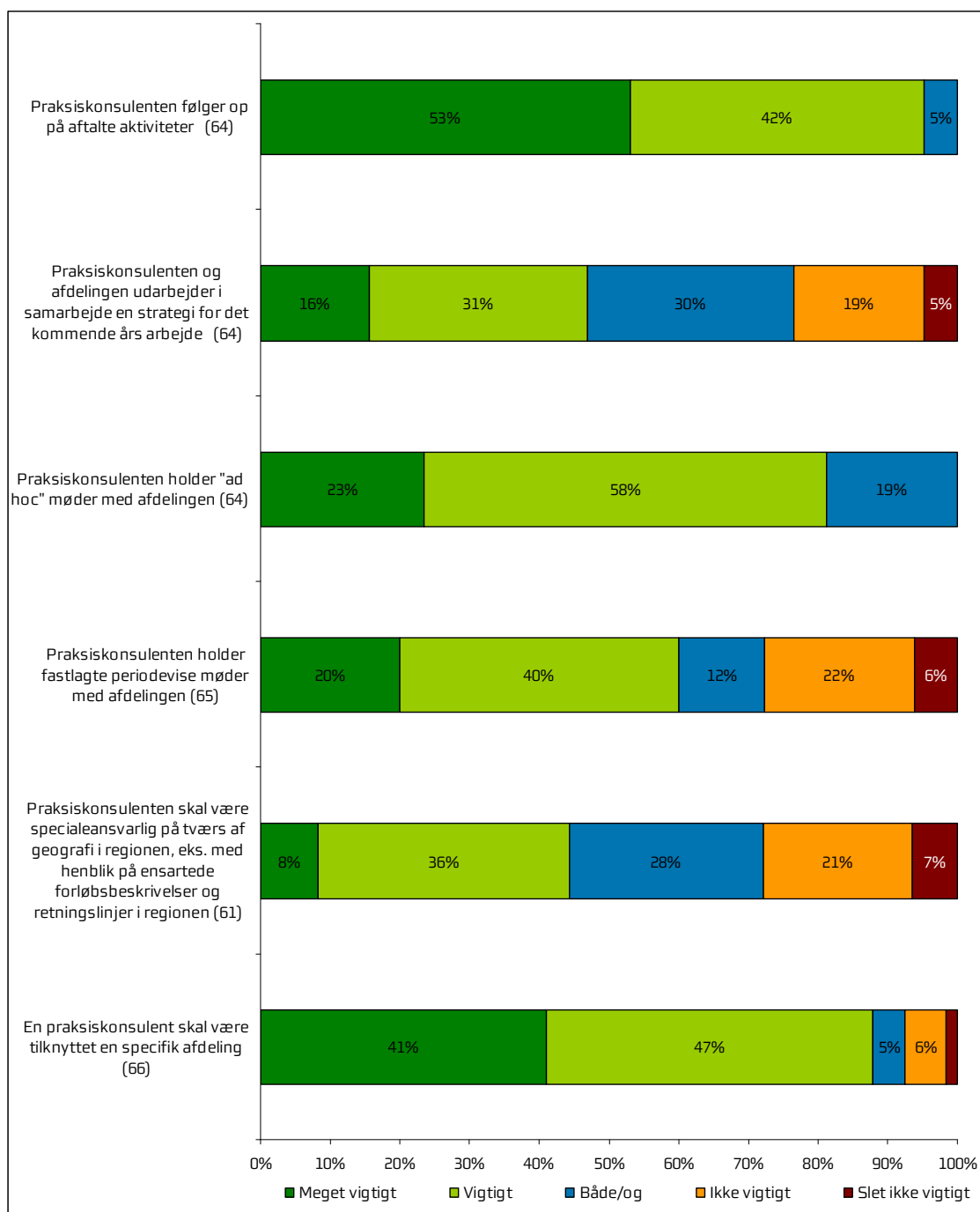
Figur 21. Praksiskonsulenternes vurdering af vigtigheden af forskellige roller og funktioner



Kommentar: Andelen af praksiskonsulenter, der har svaret "Ved ikke" eller ikke har svaret på de enkelte spørgsmål er: 1 (2 %) til det øverste spørgsmål, 10 (22 %) til det næste, 6 (13 %) til spørgsmål tre og spørgsmål fire, 1 (2 %) til spørgsmål 5, 4 (9 %) til spørgsmål seks og 1 (2 %) til spørgsmål syv.

Figur 21 viser praksiskonsulenterne svar på deres holdning til vigtigheden af en række roller og funktioner er. Den væsentligste rolle eller opgave ifølge praksiskonsulenternes vurdering er "Jeg har frihed til at beskæftige mig med akutte eller aktuelle problemstillinger i samarbejdet mellem afdelingen og almen praksis". 98 % svarer, at det er "Meget vigtigt" eller "Vigtigt". 91 % svarer tilsvarende på "Jeg repræsenterer synspunkter blandt de praktiserende læger i optageområdet". Den tredjevigtigste scorer 73 % af svarene i de to øverste svarkategorier og er: "Jeg fungerer som specialeansvarlig praksiskonsulent på tværs af geografi i regionen, eks. med henblik på ensartede forløbsbeskrivelser". De næste ligger tæt, idet 69 % har svaret at det er vigtigt med: "Jeg arbejder aktuelt med de regionale dagsordener på sundhedsområdet (eks. 'undgå spild', 'forebyggelse af genindlæggelser' etc.), og 65 % har svaret, at det er vigtigt med: "Jeg aftaler i samarbejde med hospitalsenhedens praksiskoordinator en strategi for det kommende års samarbejde". Dernæst kommer: "Jeg aftaler i samarbejde med afdelingen en strategi for det kommende års samarbejde" med 54 % af praksiskonsulenterne, der bruger en af de to svarkategorier, der indikerer at dette er vigtigt. Sidst ligger "Jeg fungerer som repræsentant for hospitalsafdelingens synspunkter og interesser" med 54 %.

Figur 22. Afdelingsledelsernes vurdering af vigtigheden af forskellige rolle og funktioner



Kommentar: Andelen af afdelingsledelser, der ikke har svaret eller har svaret "Ved ikke" på de enkelte spørgsmål er: 6 (9 %) til de tre øverste spørgsmål om at følge op på aftalte aktiviteter, om at aftale om strategi for det kommende år, om at holde ad hoc møder. Der 5 (71 %) til spørgsmålet om periodevise møder med afdelingen, 9 (13 %) på spørgsmålet om specialeansvarlige praksiskonsulenter og 4 (6 %) til spørgsmålet om at praksiskonsulenter skal være tilknyttet en afdeling.

Figur 22 viser afdelingsledelsernes svar på, hvor vigtig de vurderer forskellige opgaver og roller for praksiskonsulenten. 95 % af afdelingsledelserne mener, at det er "Meget vigtigt" eller "Vigtigt", at "Praksiskonsulenten følger op på aftalte aktiviteter". 88 % svarer tilsvarende, når de bliver spurgt til vigtigheden af, at "En praksiskonsulent skal være tilknyttet en specifik afdeling". 71 % mener at der er "Meget vigtigt" eller "Vigtigt" at "Praksiskonsulenten holder 'ad hoc' møder med afdelingen". 60 % bruger de to øverste svarkategorier, når de vurderer vigtigheden af, at "Praksiskonsulenten holder fastlagte periodevise møder med afdelingen". De to mindst vigtige er: "Praksiskonsulenten og

afdelingen udarbejder i samarbejde en strategi for det kommende års samarbejde", der får 47 % af afdelingsledelserne til at svare, at det er vigtigt, og "Praksiskonsulenten skal være specialeansvarlig på tværs af geografi i regionen, eks. med henblik på ensartede forløbsbeskrivelser og retningslinjer i regionen".

10.2 Afdelingsledere og praksiskonsulenters holdninger

Afdelingsledelserne og praksiskonsulenterne er i en række åbne spørgsmål blevet bedt om at forholde sig til forskellige aspekter ved praksiskonsulentordningen i et fremtidigt perspektiv. Både afdelingsledelser og praksiskonsulenter finder det generelt hensigtsmæssigt, at konsulenterne fungerer som bindeled mellem afdelinger og de almen praktiserende læger. Stor set alle kommentarer afgivet af afdelingsledelserne handler om, at praksiskonsulenten skal sikre samarbejdet mellem afdelingen og de praktiserende læger, og kommentarerne indeholder alle mindst et af ordene: dialog, samarbejde, bindeled eller kommunikation. Et par repræsentativt eksempel er:

"Fungerer som bindeled mellem praksis og hospital. Kan bruges som formidler begge veje af samarbejdsudfordringer."

"Bindeled mellem læger og afdelinger med øje for begge sektors opgaver. En person, som kender til og forstår afdelings funktioner og handlemuligheder, og som derved kan være grovfilteret i forhold til lægers ønsker og behov. En person som neutralt kan være mægler mellem læge og afdeling ved stridigheder".

En del af afdelingslederne giver også udtryk for et behov for, at konsulenterne har bedre mulighed for at sætte handling bag drøftelser og aftaler samt at deres arbejdsmetoder bør præciseres. Eksempelvis lyder det fra nogle afdelingsledere:

"Måske skal opgaverne ikke placeret et andet sted, men der burde stilles krav, således at praksiskonsulenterne bør være meget mere effektive, opsøgende, engagerede og formidlende i forhold til løsningen af deres opgaver"

"Henvisningerne bliver ikke bedre af, at vi taler om dem. Konsulenten har ikke indflydelse nok til at implementere det, eksempelvis retningslinjen for henvisninger fra DDKM".

Og enkelte nævner også et behov for at regionen er mere synlige i deres krav til praksiskonsulentordningen, eksempelvis:

"Ansvarsplacering og forventningsafstemning. Det handler om, at Nære Sundhed er mere på banen som en faktor i samarbejdet".

Også praksiskonsulenterne nævner næsten alle styrkelse af samarbejdet ved at fungere som bindeled, som det helt centrale. De uddyber det ofte ved at skrive, at de kommunikerer fra afdelingen til de praktiserende læger og den anden vej. En del nævner også, at målet er at sikre de bedst mulige forløb for patienterne. Nogle eksempler er:

"Forbedre samarbejdet mellem praktiserende læger og afdelingen. Være med til at sørge for præcis og opdaterede informationer på praksis.dk om afdelingen. Være en form for sparringspartner for afdelingsledelsen."

"Løbende kontakt mellem hospital og praksis mhp. styrket samarbejde og udbredelse af kendskab til hinandens muligheder og begrænsninger. Forbedring af kommunikation mellem sektorerne".

De oplever sjældent, at der er opgaver, som kan nedprioriteres eller placeres et andet sted. Nogle begrundes sidstnævnte med, at de ad hoc bestemmer opgaverne i samarbejde med

praksiskonsulenten, og at alle opgaver derfor er relevante. Repræsentative eksempler på praksiskonsulenternes lyder:

"Jeg har hidtil ikke været ude for, at der er grænser for, hvad relevant, jeg har knnet tage op".

"Jeg mener ikke, vores opgaver er særlig snævert defineret. Så tror jeg bare, atv jeg kan tage dem op, jeg finder relevante."

Nogle giver dog også udtryk for, at den tværregionale koordinering kan styrkes, eksempelvis:

"Jeg synes, der bør være regionale indsatsområder, der vælges i samarbejde med psykiatridelen, koordinator og praksiskonsulenterne, men som regionen sikrer implementeres og følges op".

Enkelte nævner også færre møder samt opprioritering af elektronisk kontakt.

Tabel 4. Udviklingsområder for praksiskonsulentordningen

Afdelingsledelses og praksiskoordinatorers forslag til en fremtidig praksiskonsulentordning

- Præcision af krav og kompetencer til praksiskonsulenterne med hensyn til aktivitetsniveau, opsøgende arbejde, engagement og formidlingsevne.
- Præcision af praksiskonsulenternes opdrag, så det tydeliggøres, hvad de har mandat til, og hvilke muligheder de har for at effektuere og implementere (typer af) aftaler og beslutninger; større beslutningskompetencer bør tillægges praksiskonsulenterne, så de ikke primært fungerer som rådgivende instans
- Udvikling af funktionsbeskrivelse for praksiskonsulenterne med henblik på en ansvars- og forventningsafstemning i forhold til opgaveløsning, opgave typer, hvad der skal bruges tid på mv. Det understreges dog, at det er meget væsentlig, at sådanne funktionsbeskrivelser ikke underminerer muligheden for lokalt forankret tilrettelæggelse af opgaveløsning og opgavetyper bevares. Flere, især blandt afdelingsledelse, nævner, at regionen bør spille en tydeligere rolle her
- Styrkelse af samarbejde og koordinering mellem praksiskonsulenterne, herunder mere samarbejde mellem praksiskonsulenter indenfor samme specialer, eksempelvis i form af årligt tilbagevendende møder. Dette med henblik både på ensartede tiltag på tværs af hospitalsenheder og mulighed for inspiration og sparring konsulenterne imellem
- Styrkelse af praksiskonsulentfunktionen i forhold til speciallæge området
- Styrkelse af samarbejdet med den kommunale del af sundhedsindsatsen via opprioritering af samarbejdet med de kommunale praksiskonsulenter
- Formalisering af møder mellem praksiskonsulent og afdeling – samtidig med at mulighed for ad hoc møder og kommunikation bevares af hensyn til varetagelse af akutte og aktuelle problematikker
- Flere praksiskonsulenter efterspørger et tættere samarbejde med/kendskab til afdelingerne, eksempelvis i form af flere (formaliserede) møder eller mere tid på afdelingerne
- Bedre mulighed for/lettere tilgængelige måder at formidle fra

praksiskonsulenter til grupper af kollegaer, eksempelvis bedre søgemuligheder og lettere betjening af praksis.dk.

- Etablering af regionale praksiskonsulenter for specifikke diagnoseområder, eksempelvis diabetes, hjerte/kar sygdomme, laboratoriemedicin etc.
- Prioritering af opgaver, som er målrettet og tilpasset den regionale organisation og regionale indsatsområder
- Regelmæssig evaluering af praksiskonsulentordningen
- Praksiskonsulenterne ønsker opmærksomhed på, at der ikke via praksiskonsulentordningen sker en opgaveglidning fra hospitaler til de alment praktiserende læger uden at praktiserende læger honoreres for disse opgaver

10.3 Hospitalsledelses og praksiskoordinatorers holdninger

Også hospitalsledelse og i en vis udstrækning praksiskoordinatorer lægger vægt på udvikling af en mere ensartet tilgang i samarbejdet på tværs af regionen. Der efterspørges her især udvikling af samarbejde om større projekter og initiativer, og der nævnes eksempelvis retningslinjer indenfor specifikke områder og diagnoser som kræftområde eller akut området. For at understøtte et sådan tværgående arbejde foreslår nogle, at der ansættes specialeansvarlige konsulenter samt overlæger med ansvar for samme opgaver.

Også vedrørende psykiatrikoordinatorfunktionen efterspørges en mere ensartet tilgang. Her nævnes et behov for en koordinator i henholdsvis den østlige og den vestlige del af regionen som støtte til dette.

Samtidig giver hospitalsledelse og praksiskoordinatorer også udtryk for, at det er vigtigt, at fastholde den afdelingsspecifikke konsulenttilknytning. Det lokale, personlige kendskab bliver ofte fremhævet som en væsentlig forudsætning og styrke for praksiskonsulentordningen. Flere udtrykker i den forbindelse tvivl, om det vil være muligt at rekruttere praktiserende læger til det tidskrævende projektarbejde og specialeansvar.

Endelig efterspørges både en præcisering af opgaver samt udarbejdelse af handleplaner for opgaver.

10.4 Stabsledelsens holdninger

Fra det regionale ledelsesmæssige perspektiv er ønsket, at praksiskonsulentordningen organiseres, så roller og funktioner på systematisk vis sikrer og understøtter samarbejdet mellem sektorer i sundhedsvæsenet med henblik på at optimere den enkelte patients behandlingsforløb. Samarbejdet mellem sektorer er et kompliceret og sårbart anliggende, hvor meget erfaringsmæssigt kan slå fejl, og hvor patienten ofte er eneste bindeled, lyder det fra den regionale ledelse. Fra et ledelsesmæssigt perspektiv er det derfor væsentligt, at en institution som praksiskonsulentordningen tilrettelægges med henblik på at kunne påtage sig denne brobyggeropgave bedst muligt.

Udfordringen er at få de enkelte sektorer til at fungere som et system frem for en række samarbejdende institutioner. Den nuværende tilrettelæggelse af praksiskonsulentordningens arbejde har ifølge stabsledelsen primært karakter af et bilateralt samarbejde mellem praksiskonsulenter og hospitalsafdelinger, og der er et ønske om i højere grad at understøtte en funktion, der har indsigt og interesse i samtlige sektorer og derigennem initierer arbejde, der støtter et tværgående, sammenhængende system. Det vil sige en funktion, der er mere brobygger end ambassadør for enkelte dele af sundhedssystemet.

Den regionale stabsledelse ønsker en funktion, der har en position og styrke til på den ene side at kunne gennemføre tiltag til løsning af lokalt forankrede forståelses- og samarbejdsproblematikker, og på den anden side målretter sådanne løsninger til generelle, tværgående regionale faglige indsatsområder. Selvom praksiskonsulenterne er med til at skabe dialog i kraft af deres personlige kendskab til almen praksis og specifikke afdelinger, er der eksempelvis samtidig et behov for at tiltag formidles til de praktiserende læger på en

måde, så praktiserende læger som faggruppe 'tager det til sig', det vil sige oparbejder en ensartethed på tværs af de individuelle praksis.

Der efterspørges også et tættere samarbejde mellem den regionale ledelse og praksiskonsulentordningen med henblik på, hvorledes ledelsen bedst muligt kan støtte op om samspillet mellem hospital, almen praksis og kommuner. I den forbindelse foreslås det at nedsætte en styregruppe med deltagelse af involverede parter, som i et samarbejde kan planlægge og tilrettelægge indsatsområder. Det ville således være en organisationsform, der bidrager til højere grad af ledelsesindsigt i, hvad der konkret foregår og mulighed for konkret at bidrage til at styrke praksiskonsulentordningens rolle i forhold til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen.

Ovenstående er udtryk for holdninger, som i en vis udstrækning ikke er fremmed for praktiserende læger, praksiskonsulenter og koordinatore. Også blandt disse grupper efterspørges bedre koordinering på tværs af hospitalsenheder. Eksempelvis efterlyses mere ensartet aktivitetsniveau og opgaveløsning, samtidig med at de lokalt og personligt forankrede samarbejdsrelationer understreges som en væsentlig forudsætning for et velfungerende samarbejde. Såvel ledelse som konsulenter nævner eksempelvis udvikling af kræftpakker og hjertepakker, eller det arbejde som er pågået i forbindelse med epikriser, som eksempler på sådanne tiltag.

10.5 Delkonklusion: Scenarier for en fremtidig praksiskonsulentordning

Praksiskonsulenterne lægger vægt på, at organisationen understøtter, at de fungerer som ambassadører for praktiserende læger, og at de har mulighed for at prioritere det lokalt forankrede samarbejde med afdelingerne, blandt andet med henblik varetagelse af aktuelle problemstillinger. De lægger dog også vægt på at være specialeansvarlig samt at arbejde med regionale dagsordener. Afdelingsledere lægger vægt på det 'ad hoc' baserede samarbejde som det centrale. Således mener flest, at det er vigtigt med en praksiskonsulent, der følger op på aktiviteter, og som er tilknyttet en specifik afdeling. Der er dog også en interesse for et samarbejde om udarbejdelse af en fælles plan for det kommende år. Det mindst vigtige for afdelingsledelserne er, at praksiskonsulenten er specialeansvarlig på tværs af regionen.

I forhold til fremtidens praksiskonsulentordning giver de adspurgte parter udtryk for, at de finder funktionen som bindeled mellem almen praksis og hospitalsafdelinger som en meget væsentlig forudsætning for et velfungerende samarbejde og et sammenhængende sundhedsvæsen. Den regionale stabsledelse ønsker dog, at praksiskonsulentordningen tilrettelægges så organisationen støtter et tværgående, sammenhængende system frem for det primært bilaterale samarbejde, som der pågår i dag. Det vil især handle om en ensartet opgaveløsning og et større fokus på regionale dagsordener. Herudover ønskes et tættere samarbejde med praksiskonsulentordningen, eksempelvis i form af etablering af en styregruppe.

Udviklingspotentialer:

- Funktionsbeskrivelse for praksiskonsulenter, herunder tydeligere mandat, præcision af krav og kompetencer til praksiskonsulenterne med hensyn til aktivitetsniveau og opgaveløsning
- Styrkelse af koordinering mellem praksiskonsulenterne blandt andet med henblik både på ensartede tiltag på tværs af hospitalsenheder og indenfor specialer
- Styrkelse af praksiskonsulentfunktionen i forhold til speciallæge området og den kommunale sundhedsindsats
- Etablering af regionale praksiskonsulenter for specifikke diagnoseområder, eksempelvis diabetes, hjerte/kar sygdomme, laboratoriemedicin etc.
- Prioritering af opgaver, som er målrettet og tilpasset den regionale organisation og regionale indsatsområder

11 Konklusion

Denne evaluering af Regions Midtjyllands praksiskonsulentordning belyser vurderinger af praksiskonsulenters og koordinators opgaver, relation til forskellige samarbejdspartnere, organiseringen af ordningen og ønsker til ordningens fremtidige funktion og organisering. Evalueringen bygger på spørgeskemaundersøgelser blandt praksiskonsulenter, afdelingsledelser, praksiskoordinatorer og cheflæger, telefoninterview med alment praktiserende læger samt interview med personer fra den regionale stabsledelse.

Evalueringen har to hovedformål:

1. at afdække erfaringer med og vurderinger af praksiskonsulentordningen blandt involverede parter
2. at undersøge, hvilke opgaver praksiskonsulentordningen forventes at varetage fremover samt om den nuværende organisatoriske struktur er hensigtsmæssig i forhold til disse forventninger.

I forhold til det første formål er der stor opbakning til og gode erfaringer med praksiskonsulentordningen. De involverede parter oplever, at praksiskonsulenterne understøtter og har en positiv indflydelse på forudsætninger for et velfungerende samarbejde mellem de praktiserende læger og hospitalsafdelingerne. Der er generelt en god fornemmelse for, hvilke opgaver praksiskonsulenterne skal løse, og når praksiskonsulenter og afdelingsledelser skal forholde sig til det konkrete samarbejde, er det forhold som dialog mellem sektorerne, overensstemmelser i forventninger til henvisninger og epikriser samt kendskab til henholdsvis afdelingernes og de praktiserende lægers arbejdsvilkår, der nævnes som væsentlige bidrag. Praksiskonsulenterne oplever dog, at de løser flere forskellige opgavetyper og anvender flere metoder i opgaveløsningen end afdelingsledelserne erfarer, hvilket tyder på, at afdelingsledelserne ikke altid har det fulde kendskab til eller indsigt i samarbejdet med praksiskonsulenterne.

De involverede parter er generelt også tilfredse med, hvordan praksiskonsulenterne løser opgaver. Det handler i høj grad om, at praksiskonsulenterne er tilgængelige for henvendelser fra de alment praktiserende læger og fra afdelingerne samt at de deltager i diverse dialogmøder og faglige fora, og derigennem formidler faglige tiltag mellem de forskellige personalegrupper. Især praksiskonsulenterne, men også afdelingsledelser lægger vægt på, at det er virksomme praktiserende læger, der fungerer som praksiskonsulenter, fordi de via deres praksisnære kendskab og erfaring opleves som tilstrækkelige kompetente til at varetage funktionen. Der efterspørges dog også en bedre oplæring af nye praksiskonsulenter samt mere fokus på sparring og koordinering praksiskonsulenter imellem, blandt andet med henblik på at skabe en mere ensartet tilgang blandt konsulenterne.

Evalueringen efterlader desuden et billede af et godt samarbejde mellem praksiskonsulenterne og deres samarbejdspartnere. De fleste parter oplever, at det primært er praksiskonsulenterne og afdelingerne selv, der definerer, hvilke opgaver praksiskonsulenterne skal løse. Dernæst er der en vis indflydelse fra de praktiserende læger og praksiskoordinatoren. Det opleves således ikke, at praksiskonsulenterne styres centralt. Dette ses dog ikke som et problem, selvom parterne også i en vis udstrækning

efterspørger mere tydelighed fra regionens side i forhold til ønsker til opgaveløsning. Også regionen har et ønske om et tættere samarbejde med praksiskonsulentordningen.

I forhold til det andet evalueringsspørgsmål er der blandt de involverede parter en klar forventning om, at praksiskonsulenterne også fremadrettet skal bidrage til at støtte et tæt samarbejde mellem aktørerne i sundhedsvæsenets forskellige sektorer. Specielt praksiskonsulenter og afdelingsledelser lægger vægt på, at dette primært sker gennem konsulenternes afdelingsspecifikke tilknytning. Således er de tilfredse med den nuværende organisering, der betragtes som velfungerende og en væsentlig forudsætning for at kunne løse de lokale og aktuelle problematikker i samarbejde med afdelingerne. Praksiskonsulenterne efterspørger dog bedre mulighed for en tættere kontakt til de praktiserende læger, eksempelvis ønsker de mere feedback og dialog med deres praksiskolleger. Og afdelingsledelserne efterspørger beslutningskompetencer hos praksiskonsulenterne, således at praksiskonsulenterne har mandat til at træffe flere afgørelser i forhold til de praktiserende læger samt at de praktiserende læger i højere grad er forpligtiget til at efterleve de beslutninger, der tages.

Afdelingsledelserne giver også udtryk for, at koordinering af opgavetyper og varetagelse på tværs af hospitalsenheder og indenfor specialer bør styrkes. Ønsket om mere koordinering og en ensartethed i tilrettelæggelse og håndtering af samarbejdet på tværs af regionen er ikke fremmed for praksiskonsulenterne, der eksempelvis udtrykker behov for at kunne sparre med andre praksiskonsulenter evt. inden for samme specialer. Det understreger dog, at der bør være en opmærksomhed på, at sådanne organisatoriske ændringer ikke underminerer praksiskonsulenternes mulighed for forsat individuelt og i samarbejde med lokale afdelingsledelser at definere og løse de forhåndenværende opgaver.

Den regionale stabsledelse udtrykker et ønske om at indgå i et tættere samarbejde med praksiskonsulentordningen med det formål at adressere regionale, tværgående faglige problematikker og ikke udelukkende fokusere på det bilaterale samarbejde mellem den afdelingsspecifikke samarbejde med de praktiserende læger.

Sammenfattende viser evalueringen, at der er stor tilfredshed med håndtering af praksiskonsulentordningens funktion som brobygger mellem sektorer i sundhedsvæsenet samtidig med at de involverede parter i en vis udstrækning også efterlyser en organisering af praksiskonsulentordningen, som i højere grad end det er tilfældet i dag bidrager til ensartethed i opgaveløsning, mulighed for deltagelse i løsning af tværregionale indsatsområder samt fokus på generelle faglige problematikker på tværs af hospitalsenheder.

Bilag 1 Figur oversigt

Figur 1. Organisering af praksiskonsulentordningen	8
Figur 2. Praksiskonsulentordningens betydning for samarbejde mellem afdeling og de praktiserende læger.....	12
Figur 3. Bevidsthed om praksiskonsulenternes opgaver	15
Figur 4. Opgaver praksiskonsulenten har været involveret i inden for det seneste år	16
Figur 5. Praksiskonsulentens aktiviteter.....	19
Figur 6. Vurdering af de metoder, som praksiskonsulenten anvender	20
Figur 7. Føler praksiskonsulenten sig klædt på til opgaven?	21
Figur 8. Afdelingsledelsernes vurdering af praksiskonsulentens kompetencer.....	21
Figur 9. Praksiskonsulenternes vurdering af den vejledning de har fået	22
Figur 10. Praksiskonsulenternes vurdering af den hjælp og støtte de får	22
Figur 11. Praksiskonsulentens vurdering af, om de har et passende antal timer til rådighed	24
Figur 12. Afdelingsledelsernes vurdering af, om det er et passende antal timer, som praksiskonsulenten har til rådighed	24
Figur 13. Overensstemmelse mellem afdelingens og praksiskonsulentens forventninger til samarbejde.....	27
Figur 14. Praksiskonsulenterne vurdering af overensstemmelse mellem praksiskonsulentens og de øvrige praktiserende lægers forventninger til samarbejdet.....	29
Figur 15. Praksiskonsulenterne vurdering af overensstemmelse mellem deres og koordinators forventninger til samarbejdet	30
Figur 16. Styling fra praksiskoordinatoren.....	31
Figur 17. Styling fra hospitalet.....	32
Figur 18. Styling fra regionen	32
Figur 19. Hvem definerer, hvilke opgaver praksiskonsulenten løser?.....	34
Figur 20. Vurdering af organiseringen af praksiskonsulentordningen.....	37
Figur 21. Praksiskonsulenternes vurdering af vigtigheden af forskellige roller og funktioner	46
Figur 22. Afdelingsledelsernes vurdering af vigtigheden af forskellige rolle og funktioner	48

Bilag 2 Tabel oversigt

Tabel 1. Fordeling af praksiskonsulenter på hospitalsenheder	7
Tabel 2. Besvarelse af spørgeskemaer.....	10
Tabel 3. Ledelsens vurdering af styrker ved praksiskonsulentordningens organisering.....	38
Tabel 4. Udviklingsområder for praksiskonsulentordningen.....	52
Tabel 5. Vægtede gennemsnit og praksiskonsulent gennemsnit.....	62

Bilag 3 Besvarelses gennemsnit

Tabel på næste side, viser gennemsnit for alle spørgsmål fordelt på hhv. afdelingsledelser og praksiskonsulenter. Gennemsnittene for afdelingsledelserne er dog vægtet i forhold til, hvor mange praksiskonsulenter, der er tale om.

Nogle praksiskonsulenter er fungerende på flere afdelinger, imens andre kun er tilknyttet en afdeling. Det betyder, at nogle praksiskonsulenters arbejde vejer tungere i de tabeller, der er i selve rapporten. Således er der enkelte praksiskonsulenter, der er tilknyttet op til fem afdelinger, som har besvaret spørgeskemaet. Når afdelingsledelserne vurderer praksiskonsulenternes arbejde, er der altså op til fem svar, der går på kun én praksiskonsulent. Dermed vejer disse praksiskonsulents arbejde noget mere i figurerne med alle afdelingssvar end praksiskonsulenter, der kun er tilknyttet én afdeling.

Dette giver også en skævhed, når hhv. afdelingsledelsernes og praksiskonsulenters svar sammenholdes. Således tæller en praksiskonsulent ca. 2 % (1/45) af alle svar afgivet af praksiskonsulenter. Ser vi på afdelingsledelsernes svar, kan vurderingen af én praksiskonsulents arbejde tælle alt i mellem ca. 1,5 % (hvis konsulenten kun er tilknyttet én afdeling (1/70)) og ca. 7 % (hvis konsulenten er tilknyttet fem afdelinger (5/70)).

Tabel forsøger at tage højde for dette. Således er gennemsnittene for afdelingsledernes svar vægtet, så svar på hver praksiskonsulent tæller for én. Med andre ord vægter fem afdelingsledersvar på én praksiskonsulent lige så meget, som svarene på den praksiskonsulent, der kun er tilknyttet én afdeling. Dette gør det mere troværdigt, at sammenligne hhv. svar fra afdelingsledelser og praksiskonsulenter, da hver praksiskonsulents arbejde vejer lige meget.

Det skal understeges at tabel *kun* kan bruges til at sammenligne gennemsnit for hhv. afdelingsledelser og praksiskonsulenter på det enkelte spørgsmål. Gennemsnittet er udregnet for hvert spørgsmåls egen svarkategori, og nogle spørgsmål er således et gennemsnit på en skala fra et til fem – imens andre er et gennemsnit på en skala fra 0-1. Skalaerne er ridset op i noten under tabellen. Det er altså ikke umuligt, at sammenligne gennemsnit på tværs af spørgsmål.

Derudover skal det nævnes, at der ikke er lavet statistiske test på gennemsnittene. Således er ingen af spørgeskemaernes svarkategorier på et måleniveau, hvor det er rimeligt at arbejde med statistiske test. Dette skyldes primært, at det ikke er rimeligt at antage, at der er "lige langt" imellem de forskellige svarkategorier. Eksempelvis er der en værdi på 1 imellem "Meget tilfredsstillende" og "Tilfredsstillende" og afstanden er også 1 imellem "Tilfredsstillende" og "Både/Og". Der er dog ingen grund til, at antage at springet mellem "Meget tilfredsstillende" og "Tilfredsstillende" i en svarpersons opfattelse, er nøjagtig lige så stor som springet mellem "Tilfredsstillende" og "Både/Og".

At der ikke er lavet statistiske test betyder, at forskellene imellem gennemsnit for hhv. afdelingsledelser og praksiskonsulenter skal fortolkes forsigtig. Der er således intet til hindrer for, at de udelukkende skyldes tilfældige udsving. Tallene i tabel kan således udelukkende ses som svage indikatorer på, at der er reelle forskelle i afdelingsledelsernes og praksiskonsulenternes svar.

Tabel 5. Vægtede afdelingsgennemsnit og praksiskonsulent gennemsnit

	Afdelingsledelser		Praksiskonsulenter	
	Antal konsulenter der vægtes efter	Gennemsnit	Svar fra konsulenter	Gennemsnit
Praksiskonsulentordningens betydning for samarbejde mellem afdeling og de praktiserende læger ¹⁾	44	4,09	45	4,24
Bevidsthed om hvilke opgaver der skal løses ²⁾	45	4,02	43	4,40
Hvem definerer, hvilke opgaver praksiskonsulenten løser?				
Praksiskonsulenten selv ³⁾	44	3,52	41	3,49
Afdelingsledelsen ³⁾	44	3,27	42	3,33
Praksiskoordinatoren ³⁾	38	2,72	39	2,82
Regionen ³⁾	35	2,30	37	2,14
Hospitalsledelsen ³⁾	36	2,25	34	2,18
De praktiserende læger ³⁾	39	2,90	40	3,00
Opgaver praksiskonsulenten har været involveret i inden for det seneste år:				
Vejledning til almen praksis angående hospitalsenhedens udrednings- og behandlingsmuligheder, visitationsretningslinjer mm. ⁴⁾	50	0,48	51	0,78
Analyse og dialog om "den gode henvisning" fra praksis til afdelingen (indhold, brug af "fraser", korrespondancemodul mm.) ⁴⁾	50	0,42	51	0,55
Analyse og dialog om kvalitet i epikriser ⁴⁾	50	0,40	51	0,59
Udarbejdelse af Forløbsbeskrivelser ⁴⁾	50	0,22	51	0,47
Kontakt til kommunale praksiskonsulenter ⁴⁾	50	0,05	51	0,43
Vejledning angående indhold og muligheder på praksis.dk og/eller sundhed.dk ⁴⁾	50	0,38	51	0,57
Orientering om elektroniske hjælpemidler til beslutningsstøtte ⁴⁾	50	0,09	51	0,18
Medvirken ved behov for ændring af samarbejdsformer mellem hospitalsafdelingen og almen praksis ⁴⁾	50	0,37	51	0,67
Andet (eks. vejledning om psykiatriens tilbud, supervision, kræftpakker mv.) ⁴⁾	50	0,19	51	0,31
Praksiskonsulentens aktiviteter				
Audit ⁴⁾	50	0,12	51	0,20
Dialogmøder ⁴⁾	50	0,55	51	0,61
Formidling til almenpraktiserende læger (eks. forløbsbeskrivelser) ⁴⁾	50	0,48	51	0,71
Kontakt fra almenpraktiserende læger ⁴⁾	50	0,43	51	0,84
Andet ⁴⁾	50	0,17	51	0,18
Hvordan vurderer du de metoder, som praksiskonsulenten bruger i sin opgaveløsning? ¹⁾	42	4,04	41	3,85
Er der overensstemmelse mellem praksiskonsulentens og din afdelings forventninger til samarbejdet? ²⁾	41	4,13	43	4,35
Praksiskonsulenterne vurdering af overensstemmelse mellem praksiskonsulentens og de øvrige praktiserende lægers forventninger til samarbejdet ²⁾	-	-	37	3,97
Praksiskonsulenterne vurdering af overensstemmelse mellem praksiskonsulentens og praksiskoordinatorens forventninger til samarbejdet ²⁾	-	-	40	4,38
Styring fra praksiskonsulenten ⁵⁾	38	2,23	44	2,20
Styring fra hospitalet ⁵⁾	39	2,32	44	2,30
Styring fra Regionen ⁵⁾	37	2,37	42	2,14

	Afdelingsledelser		Praksiskonsulenter	
	Antal konsulenter der vægtes efter	Gennemsnit	Svar fra konsulenter	Gennemsnit
Føler praksiskonsulenten sig klædt på til opgaven? ²⁾	-	-	43	4,63
Hvordan vurderer du praksiskonsulentens kompetencer i forhold til at kunne løse opgaverne? ¹⁾	44	4,32	-	-
Praksiskonsulentens vurdering af, om de har et passende antal timer til rådighed ²⁾	-	-	43	3,81
Finder du, at det antal timer praksiskonsulenten har til rådighed i sit arbejde er passende? ¹⁾	34	3,62	-	-
Praksiskonsulenternes vurdering af den vejledning de har fået ¹⁾	-	-	41	3,54
Praksiskonsulenternes vurdering af den hjælp og støtte de får ¹⁾	-	-	42	3,60
Vurdering af organiseringen af praksiskonsulentordningen ¹⁾	36	3,73	43	3,84
Jeg har frihed til at beskæftige mig med akutte eller aktuelle problemstillinger i samarbejdet mellem afdelingen og almen praksis ⁶⁾	-	-	44	4,66
Jeg aftaler i samarbejde med hospitalsenhedens praksiskoordinator en strategi for det kommende års samarbejde ⁶⁾	-	-	35	3,74
Jeg aftaler i samarbejde med afdelingen en strategi for det kommende års samarbejde ⁶⁾	-	-	39	3,44
Jeg arbejder aktuelt med de regionale dagsordener på sundhedsområdet (eks. "undgå spild", forebyggelse af genindlæggelser etc.) ⁶⁾	-	-	39	3,74
Jeg fungerer som repræsentant for hospitalsafdelingens synspunkter og interesser ⁶⁾	-	-	44	3,43
Jeg fungerer som specialeansvarlig praksiskonsulent på tværs af geografi i regionen, eks. med henblik på ensartede forløbsbeskrivelser og retningslinjer i regionen ⁶⁾	-	-	41	3,88
Jeg repræsenterer synspunkter blandt de praktiserende læger i optageområdet ⁶⁾	-	-	44	4,43
Praksiskonsulenten følger op på aftalte aktiviteter ⁶⁾	44	4,56	-	-
Praksiskonsulenten og afdelingen udarbejder i samarbejde en strategi for det kommende års arbejde ⁶⁾	44	3,55	-	-
Praksiskonsulenten holder "ad hoc" møder med afdelingen ⁶⁾	42	4,09	-	-
Praksiskonsulenten holder fastlagte periodevise møder med afdelingen ⁶⁾	45	3,53	-	-
Praksiskonsulenten skal være specialeansvarlig på tværs af geografi i regionen, eks. med henblik på ensartede forløbsbeskrivelser og retningslinjer i regionen ⁶⁾	42	3,14	-	-
En praksiskonsulent skal være tilknyttet en specifik afdeling ⁶⁾	44	4,28	-	-

Kommentar: Alle gennemsnit er udregnet ud fra deres egen svar skala – uden medregning af "Ved ikke"-svar.

Yderværdierne på svarskalaerne er:

1) "Meget tilfredsstillende" = 5 <-> "Meget utilfredsstillende" = 1

2) "Ja, i høj grad" = 5 <-> "Nej, slet ikke" = 1

3) "I høj grad" = 4 <-> "Slet ikke" = 1

4) "Ikke valgt" = 0 <-> "Valgt" = 1

5) "For meget styring" = 1, "Fin balance" = 2, "Ønske om større tydelighed" = 3

6) "Meget vigtigt" = 5 <-> "Slet ikke vigtigt" = 1.

