

EVALUERING AF PRAKSISKONSULENT-
ORDNINGERNE I DANMARK

2003

Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark

Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

Emneord:
praksiskonsulent, primærsektoren, sekundærsektoren, patientforløb, evaluering, henvisninger

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1,0

Versionsdato: 20030828

Elektronisk ISBN: 87-91361-31-1

Format: pdf

Pris: 0

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, august 2003

Forord

En praksiskonsulent er en alment praktiserende læge, der er tilknyttet en eller flere sygehusafdelinger. Praksiskonsulenten har overordnet til formål at forbedre samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren ved at fremme kommunikationen og nedbryde eventuelle barrierer de to sektorer imellem. Der skønnes på landsplan at være ca. 300 praksiskonsulenter og alle landets sygehuse på nær fem psykiatriske sygehuse har nu tilknyttet en eller flere praksiskonsulenter.

Denne rapport, som er udsendt af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen og udarbejdet af Muusmann Research & Consulting, er en landsdækkende undersøgelse af praksiskonsulentordningerne i Danmark.

Rapporten, som først og fremmest bygger på et omfattende kvantitativt datamateriale og henvender sig bredt til sygehusvæsenets aktører, afdækker udbredelsen, anvendelsen og resultaterne af praksiskonsulentordningerne på tværs af landets sygehuse og påviser ligheder og forskelle mellem de enkelte amter, sygehuse og afdelinger.

Rapporten viser således, at udviklingsstadiet for praksiskonsulentordningen i de fleste amter kan karakteriseres ved, at de første udviklingstrin med hensyn til at etablere samarbejde, nedbryde barrierer samt fremskaffe og formidle den nødvendige information mellem sygehuse og almen praksis er gennemført. Det næste udviklingstrin, som allerede er initieret i nogle amter, består af mere konkrete tiltag, hvor praksiskonsulentordningerne involveres i praktiske opgaver og gøres mere synlige.

Af rapporten kan også udledes, at der blandt landets sygehusledelser, afdelingsledelser og de amtskommunale sygehus- og sundhedsforvaltninger generelt er tilfredshed med praksiskonsulentordningerne og med det arbejde praksiskonsulenterne leverer. Således er 77% af de adspurgte sygehusledelser tilfredse med praksiskonsulentordningerne, mens det tilsvarende tal for amternes sundheds- og sygehusforvaltninger samt HS er 72%.

Praksiskonsulentordningerne synes derimod at være udsat for en mere kritisk bedømmelse fra de praktiserende læger. Af de adspurgte praktiserende læger angiver 54% at være tilfredse med ordningen, mens 42% mener, at ressourcerne kunne være brugt til andre formål.

Foruden at belyse praksiskonsulenternes aktuelle arbejdssituation, retter denne rapport også blikket fremad og opstiller en række anbefalinger til, hvordan praksiskonsulenternes arbejde i fremtiden kan gøres endnu mere relevant og anvendeligt. Eksempelvis efterlyses specifikke og målbare succeskriterier for praksiskonsulentordningerne som et nødvendigt styrings- og ledelsesmæssigt redskab.

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering ønsker at takke alle de amtskommunale sygehus- og sundhedsforvaltninger, sygehuse, afdelinger, praksiskonsulenter, praksiskoordinatorer og praktiserende læger, der har sat tid af til at besvare de i forbindelse med undersøgelsen udsendte spørgeskemaer.

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Indholdsfortegnelse

Resumé af rapportens resultater og konklusioner	3
Del 1 – Evalueringens formål og konklusioner	7
Kapitel 1: Introduktion	7
Kapitel 2: Formål og oversigt over del-undersøgelser og anvendte metoder	8
Kapitel 3: Konklusioner fra evalueringens del-undersøgelser	11
3.1 Sammenfattende resultater og konklusioner for kortlægningen af praksiskonsulentordningen i Danmark	11
3.2 Resultater og konklusioner fra den komparative brugerundersøgelse	12
3.3 Resultater og konklusioner fra den uddybende interview-undersøgelse	14
3.4 Resultater og konklusioner vedrørende praksisudvalgenes vurdering af ordningen	15
Kapitel 4: Udviklingsperspektiver for fremtidens praksiskonsulentordning	16
Del 2 – Detaljer om metoder og resultaterne i del-undersøgelserne	19
Kapitel 5: Evalueringsopgavens kommissorium og valg af metode	19
5.1 Generelle metodeovervejelser	19
5.2 Kortlægning af praksiskonsulentordningerne i amterne/H:S	20
5.3 Resultater af praksiskonsulentordninger	21
5.4 Statistisk metode	22
5.5 Følgegruppe	23
Kapitel 6: Tidligere evalueringer og brugerundersøgelser af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter og H:S	23
Kapitel 7: Kortlægningen af praksiskonsulentordningen i Danmark	28
7.1 Valgte metode for kortlægningen	28
7.2 Besvarelsesprocenter	29
7.3 Etablering af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter	29
7.4 Praksiskonsulenter og -koordinatorer	31
7.5 Praksiskonsulentordningens udbredelse og omfang	34
7.6 Opgaverne for praksiskonsulentordningen i Danmark	40
7.7 Ressourcer til praksiskonsulentordningen	42
7.8 Organiseringsform – ansættelsesforhold og referencesystem	44
7.9 Samarbejdsrelationer med sygehusafdelingerne og almen praksis for ordningen	47
7.10 Henvvisninger, udskrivningsbreve og ambulante notater	53
7.11 Nyhedsbreve og andre kommunikationsmedier	57
7.12 Resultater og konsekvenser som følge af praksiskonsulentordningen i Danmark	62
7.13 Tilfredshed med ordningerne og opnåede resultater	64
7.14 Udviklingsperspektiver for praksiskonsulentordningen i fremtiden	65
Kapitel 8: Resultater af praksiskonsulentordningerne i fire amter	68
8.1 Udvælgelse af amter for brugerundersøgelsen	68
8.2 Hypoteser	69
8.3 Valgte metode for den komparative brugerundersøgelse og udsendelsesplan	71
8.4 Resultater	72
Kapitel 9: Interviewundersøgelse i de fire amter	95
9.1 Valgte metode	95
9.2 Interviewede personer	96
9.3 De væsentligste opgaver/indsatsområder for praksiskonsulentordningen	96
9.4 Oplevede resultater af praksiskonsulentordningen	98
9.5 Stadiet for praksiskonsulentordningerne i forhold til opnåede resultater	104
9.6 Betydningen af organiseringen af praksiskonsulentordningerne	105
9.7 Faktorer for en velfungerende praksiskonsulentordning	107
9.8 Praksiskonsulentordningen og fremtiden	109
Kapitel 10: Praksisudvalgenes vurdering af praksiskonsulentordningen	110
10.1 Resultater	111
10.2 Samarbejdet mellem praksisudvalget og praksiskonsulentordningen	112
10.3 Praksisudvalgenes ønsker og visioner for praksiskonsulentordningen i fremtiden	113

Resumé af rapportens resultater og konklusioner

Formålet med evalueringen af praksiskonsulentordninger i Danmark er at kortlægge praksiskonsulentordningerne i amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), at undersøge resultaterne af praksiskonsulentordningerne, herunder sammenhænge mellem organisationsformer og resultater, samt at skitsere udviklingsmuligheder for ordningerne. I henhold til kommissoriet er evalueringen gennemført ved fem forskellige del-undersøgelser.

- En afdækning af erfaringsgrundlaget fra tidligere undersøgelser i amterne
- En spørgeskemaundersøgelse til alle forvaltninger, sygehusledelser, praksiskoordinatorer og – konsulenter i Danmark med henblik på at kortlægge ordningen
- En komparativ brugerundersøgelse (spørgeskema- og interviewundersøgelse) i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter
- Udsendelse af spørgeskemaer til praksisudvalgene i alle amter.

Målsætningen med praksiskonsulentordningen er i de enkelte amter beskrevet som et netværkssamarbejde. Dette netværk skal samarbejde for at sikre kommunikation mellem sekundærsektoren (sygehuse) og primærsektoren (almen praksis), skal nedbryde barrierer mellem de to sektorer og medvirke til vidensdeling mellem sektorerne.

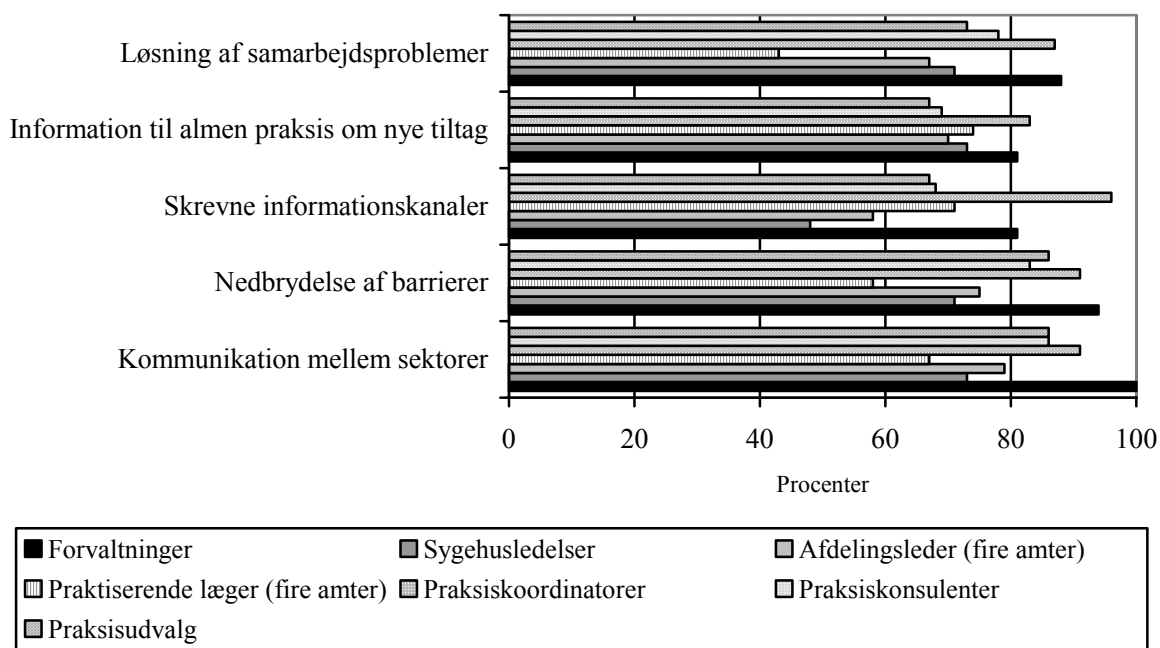
En praksiskonsulent er en almen praktiserende læge, der er tilknyttet en eller flere sygehusafdelinger med henblik på at varetage forskellige opgaver i samspillet mellem sekundærsektoren og primærsektoren. Inden for de sidste 4 til 11 år er der løbende etableret praksiskonsulentordninger i amterne og H:S.

Alle sygehuse, på nær fem psykiatriske sygehuse, har i dag tilknyttet en eller flere praksiskonsulenter, og udbredelsen af praksiskonsulentordningen er størst inden for specialerne pædiatri og intern medicin. I halvdelen af amterne/H:S er ordningerne organiseret således, at praksiskonsulenterne er ansat af forvaltningen, mens det er sygehuset eller afdelingen, der er ansættelsesmyndighed i de øvrige amter/H:S. Argumentet for sidstnævnte organisering er typisk ønsket om at opnå større lokalt ejerskab og engagement. Målt ved omfanget af konsulenttimer i forhold til udskrivninger, ambulante besøg og antal praktiserende læger har praksiskonsulentordningerne i Ribe, Roskilde, Ringkjøbing og Fyns amter den største dækningsgrad, mens ordningerne i Viborg og Vejle amter omvendt har de laveste dækningsgrader.

De væsentligste områder, hvor praksiskonsulentordningen har haft en positiv indflydelse, er på overordnede områder som kommunikation, nedbrydelse af barrierer, skrevne informationskanaler (nyhedsbrev) og information i øvrigt samt løsning af samarbejdsproblemer. Denne vurdering er konsistent på tværs af grupperne, dog med de laveste andele blandt de praktiserende læger. At det er disse områder, der fremhæves, er ikke overraskende, da de er forudsætninger for shared care og synes at være praksiskonsulentordningens udviklingsstadiet i de fleste amter. I fremtiden må der dog forventes at være større fokus på mere konkrete tiltag og opgaver for praksiskonsulentordningen, blandt andet medvirken i patientforløbsbeskrivelser. Evalueringen afslører ingen direkte sammenhæng mellem organiseringen af ordningen og de opnåede resultater.

Figur 1: Væsentligste områder, hvor praksiskonsulentordningen i Danmark har haft en positiv effekt (%)

- jf. forvaltninger, sygehusledelser, afdelingsledelser, praktiserende læger, praksiskoordinatorer, praksiskonsulenter og praksisudvalg.



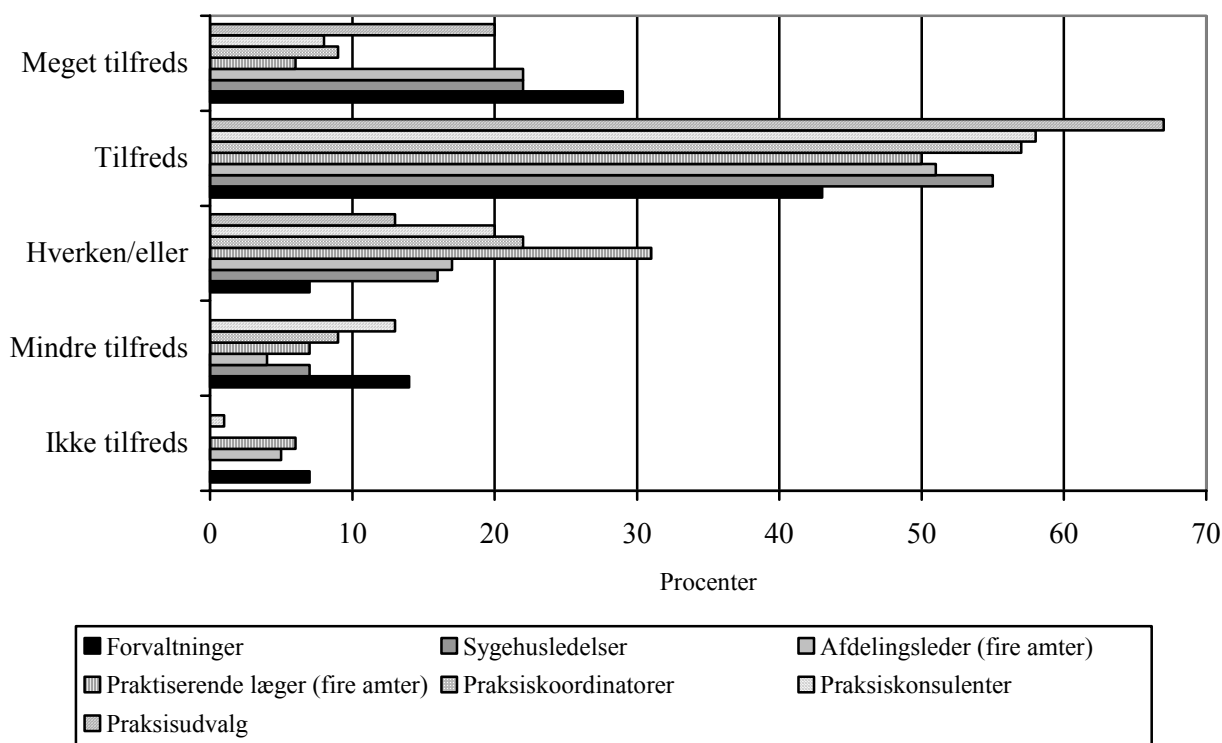
Evalueringen viser også, at praksiskonsulentordningen medvirker i udarbejdelsen af anbefalinger for henvisninger og udskrivningsbreve (epikriser), mens det hovedsageligt kun er aktørerne (konsulenter og koordinatorer), der vurderer, at ordningen har haft en effekt på nedbringelsen af ventetiden på udskrivningsbreve.

Af de to brugergrupper er afdelingerne de mest interesserede i praksiskonsulentordningen og samarbejdet med denne. Blandt de praktiserende læger i de fire amter viser brugerundersøgelsen, at et sted mellem 27-48% enten ønsker, at ordningen fortsætter, men med visse ændringer, eller at den slet ikke fortsætter. Dette er mest udtalt i Ribe og Nordjyllands amter. I sammenhæng hermed mener et sted mellem 35-51%, at ressourcerne kan bruges til noget andet. Dette svarer også til det billede, som praksiskonsulenterne gav af samarbejdsvilligheden og det lave engagement fra almen praksis side. I alle amter synes der derfor at være et stort behov for at få gjort almen praksis mere interesseret i praksiskonsulentordningen.

Generelt er der en rimelig tilfredshed med praksiskonsulentordningerne i Danmark (figur 2). De fagpolitiske organer, praksisudvalgene er de mest tilfredse, efterfulgt af aktørerne selv, forvaltningerne, sygehusledelserne og afdelingsledelserne. Omvendt synes en forholdsvis stor gruppe af de praktiserende læger at være ligeglade (32%), og denne brugergruppe har generelt en lavere tilfredshed sammenlignet med afdelingerne. Brugerundersøgelsen viser tillige, at brugerne i decentralt organiserede ordninger er mere tilfredse end brugerne i centrale ordninger.

Figur 2: Tilfredshed med praksiskonsulentordningen i Danmark (%)

- jf. forvaltninger, sygehusledelser, afdelingsledelser, praktiserende læger, praksiskoordinatorer, praksiskonsulenter og praksisudvalg.



Resultaterne af evalueringen og dens del-undersøgelser viser, at udviklingsstadiet for praksiskonsulentordningen i de fleste amter er karakteriseret ved, at de første udviklingstrin med etablering af samarbejde, barrierenedbrydelse samt tilvejebringelse og formidling af den nødvendige information mellem sygehusene og almen praksis er gennemført. Det, som forestår efterfølgende, og som er initieret i nogle amter, er de næste udviklingstrin med mere konkrete tiltag, hvor praksiskonsulentordningen involveres i praktiske opgaver og gøres synlig.

Fremtidens opgaver vil forsat være at medvirke til at forbedre henvisninger, udskrivningsbreve og patientforløb, men det forventes i højere grad også at være at medvirke i større strukturelle forandringsprocesser. Brugerundersøgelsen og interview i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter har givet eksempler på nogle af disse større opgaver, som praksiskonsulentordningen forventes at bidrage til i fremtiden: 1) i forbindelse med udflytning af flere opgaver til almen praksis, 2) udfyldelse af en rådgiver- og ambassadørfunktion for sygehuset over for de praktiserende læger, og indirekte deres patienter, i forbindelse med en mere markedsorienteret sygehusdrift, hvor efterspørgslen skal sikres, og 3) tværgående og mere projektorienterede praksiskonsulenter. Herved formodes det, at praksiskonsulentordningen bliver mere synlig og får endnu større betydning i sundhedsvæsenet end i dag.

Generelt er svagheden ved praksiskonsulentordningen i dag den tilsyneladende lave opbakning i almen praksis. Givetvis vil man aldrig kunne opleve 100 procents opbakning fra almen praksis, men en større interesse og opbakning, end tilfældet er i dag, synes nødvendig. Afhængigheden af bestemte personer – ildsjæle og personer med et veludbygget netværk – for at ordningen skal blive en succes og være velfungerende, kan også vise sig at være en svaghed for praksiskonsulentordningen, som derved kan have

svært ved at blive institutionaliseret. En personafhængighed, der gælder både praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter. En manglende ledelsesmæssigt fokus på praksiskonsulentordningen i amterne bliver også en svaghed for ordningen. Praksiskonsulentordningen vil have svært ved at blive forankret og videreudviklet, ligesom motivationen blandt aktørerne risikerer at falde. Endelig har praksiskonsulentordningen hidtil haft det problem, at succeskriterier og målsætninger ikke har været målbare, hvilket også denne evaluering afspejler.

For den fremtidige udvikling af praksiskonsulentordningen i Danmark bør følgende fem anbefalinger for praksiskonsulentordningen overvejes for at sikre en videreudvikling af ordninger, der som netværkskonstellationer gør en forskel i det danske sundhedsvæsen. Man bør:

- Opnå en større interesse og feedback fra almen praksis i forhold til praksiskonsulentordningen.
- Sikre, at afdelingerne og afdelingsledelserne er engagerede i forhold til ordningen og føler et ansvar for at samarbejde med ordningen, blandt andet ved afholdelse af regelmæssige møder, og føler et ansvar for at give ordningen sin ledelsesmæssige opbakning.
- Opstille specifikke og målbare succeskriterier for praksiskonsulentordningen, således at løbende evaluering og opfølgning bliver mulig. Et nødvendigt styrings- og ledelsesmæssigt redskab.
- Vælge decentral ansættelse af praksiskonsulenterne på det enkelte sygehus eller den enkelte afdeling for at sikre tilstedeværelsen af et lokalt ansvar, interesse og engagement over for den enkelte praksiskonsulent i dennes virke på den enkelte afdeling.
- Forsat lade praksiskonsulentordningen bidrage til udviklingen af det netværksbaserede samarbejde mellem sygehuse og almen praksis, specielt i en tid med etablering af funktionsbærende enheder på tværs af sygehuse, og således at grundlaget og forudsætningerne for sammenhængende patientforløb, til gavn for patienten, er til stede.

Del 1 – Evalueringens formål og konklusioner

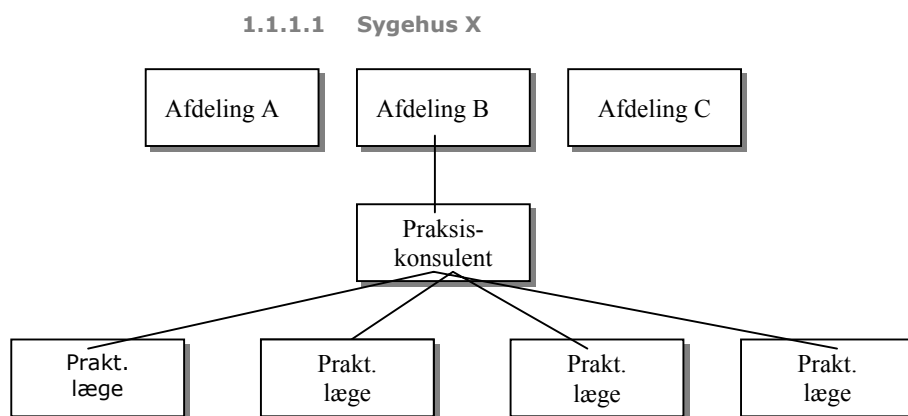
I del 1 præsenteres formålet med evalueringen af praksiskonsulentordningen i Danmark, de overordnede resultater og konklusioner fra de enkelte del-undersøgelser, og evalueringens anbefalinger vedrørende fremtidige udviklingsperspektiver uddybes.

Kapitel 1: Introduktion

Gennem de seneste 10 år er der indført praksiskonsulentordninger i alle amter/H:S.¹ Dette er ikke sket i forbindelse med en overenskomstforhandling eller som led i en økonomisk aftale med regeringen, men fordi amter og sygehuse har vurderet, at der har været et behov for et værktøj til at understøtte og sikre gode patientforløb (Weimar, 2002). *Shared care*-tankegangen er udgangspunktet for praksiskonsulentordningerne. Shared care kan defineres som situationer, hvor ansvaret for behandlingen af en patient er delt mellem individer eller team, som tilhører forskellige organisationer, eller hvor væsentlige organisatoriske grænser eksisterer (Pritchard et al., 1995). Det overordnede formål med praksiskonsulentordningerne er at styrke samarbejdet mellem praksissektoren og sygehussektoren. Hvor tiltag omkring elektroniske patientjournalssystemer repræsenterer den mere hårde side, repræsenterer praksiskonsulentordningen de bløde værdier, som for eksempel kultur og barrierer. Sammen er begge væsentlige tiltag til at sikre en velfungerende kommunikation mellem sygehussektoren og de praktiserende læger. Ordningen kan derved ses som et forsøg på brobygning mellem de to sektorer (Danmarks Amtsråd, 2002).

En praksiskonsulent er en almen praktiserende læge, alternativt en speciallæge, der er tilknyttet en bestemt sygehusafdeling, en gruppe af sygehusafdelinger eller et sygehus med henblik på at varetage forskellige opgaver i samspillet mellem sygehussektoren og de praktiserende læger. Til praksiskonsulentordningerne er der ofte tilknyttet praksiskoordinatorer, som primært har til opgave at koordinere praksiskonsulenternes arbejde på ét eller flere sygehuse. Der er forskel på i de enkelte amter, om praksiskonsulentordningerne også omfatter praktiserende speciallæger. Mere specifikt kan formålene med praksiskonsulentordningerne sammenfattende beskrives som ønsket om forbedring af kommunikationen, at sikre en hensigtsmæssig opgavefordeling og koordination mellem de to sektorer, udarbejdelse af retningslinjer, etc., der munder ud i bedre og mere sammenhængende patientforløb til gavn for patienten.

Samarbejdsrelationen i en praksiskonsulentordning kan generelt illustreres således:



¹ Terminologien for funktionen er forskellig fra amt til amt. F.eks. anvendes kontaktlægeordning og praksiskontaktlægeordning i nogle amter synonymt med praksiskonsulentordning. I evalueringen vil betegnelsen praksiskonsulentordning blive anvendt.

Det har primært været sygehusafdelingerne, der har været de motiverede for at iværksætte praksiskonsulentordningen på den enkelte afdeling med henblik på at forbedre kommunikationen og koordineringen mellem primær- og sekundærsektoren (Olesen et al., 1998). Ud over sygehusafdelinger er de væsentligste aktører i etablering og drift af praksiskonsulentordningerne forvaltningsniveauet, sygehusledelsesniveauet, praksiskonsulenterne og –koordinatorerne samt de praktiserende læger. Fagpolitisk orienterer praksiskonsulenten sig endvidere imod praksisudvalget i amtet/H:S med henblik på at sikre implementering i almen praksis.

I takt med den generelle udvikling i sundhedsvæsenet, herunder den øgede fokus og anvendelse af IT, nye behandlingsformer og omlægning af patientforløb bl.a. til sammedagskirurgi og ambulante undersøgelser og behandling, er det relevant at gøre sig overvejelser over, hvorledes praksiskonsulentordningerne kan og bør videreudvikles med henblik på at honorere de fremtidige krav og behov.

Mellem de enkelte amter/H:S er der forskel på, hvordan ordningen fungerer, for eksempel med hensyn til organisationsform og ressourceforbrug. Spørgsmålet er, hvilke resultater praksiskonsulentordningerne har på de specifikke områder, om der er forskel mellem amterne/H:S med hensyn til, hvad man har nået, og hvilken betydning organisationsformen har for resultaterne.

Konklusionen på en temadag om praksiskonsulentordningen i januar 2002 var, at praksiskonsulentordningen har medført forbedringer i kvaliteten af behandlingen af patienterne. Praksiskonsulentordningerne er etableret lokalt i de enkelte amter/H:S, og der findes ikke nationale retningslinjer for ordningernes udformning og indhold. Mange rapporter fra de enkelte amter indikerer, at der opnås forbedringer. Det seneste eksempel er evalueringen fra Fyns Amt efter 10 års virke (Fyns Amt, 2001). Der er dog ikke foretaget en landsdækkende evaluering af, hvordan ordningerne specifikt er organiseret i de enkelte amter/H:S, eller hvilke resultater praksiskonsulenternes arbejde har. Eneste nationale opgørelse er fra Dansk Selskab for Almen Medicin, der i en statusrapport fra 2000 overordnet har opgjort praksiskonsulentordningens omfang i de enkelte amter/H:S (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2000). Statusrapporten indeholder dog ikke nogen systematisk indsamling af mere specifik information ud over antallet af stillinger, timer etc., og statusrapporten baseres heller ikke på alle interessenters (forvaltningsniveauet og sygehusledelsesniveauet), aktørers (praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer) og brugeres (afdelingerne og almen praksis) viden og erfaringer med praksiskonsulentordningen i deres amt/H:S.

For at få et systematisk og samlet billede af praksiskonsulentordningens status og fremtidige videreudviklingsmuligheder er det derfor relevant at foretage en evaluering af praksiskonsulentordningen i amterne/H:S, der systematisk afdækker ordningens formål, opgaver, organisering, ressourceforbrug samt resultater. Dette har været motivationen for at gennemføre en evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark.

Kapitel 2: Formål og oversigt over del-undersøgelser og anvendte metoder

I evalueringen af praksiskonsulentordninger i Danmark defineres evaluering efter Vedungs (1998) generelt accepterede definition på evaluering. En evaluering er *en systematisk retrospektiv vurdering af organisering, gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig politik, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer* (Vedung, 1998).

Ud fra denne ramme er det projektets hovedformål at:

- Kortlægge praksiskonsulentordningerne i amterne/H:S.
- Undersøge resultaterne af praksiskonsulentordninger. Herunder undersøge sammenhænge mellem organisationsformer og resultater.
- Skitsere udviklingsmuligheder for praksiskonsulentordningerne.

Med fokus på fremtiden og udviklingsmuligheder for praksiskonsulentordningen kan man sige, at projektet udvider Vedungs definition til også at være fremadskuende.

Evalueringen af praksiskonsulentordningen er gennemført ved en række forskellige, men også supplerende del-undersøgelser. Disse del-undersøgelser er listet nedenfor.

- Sammenfatning af erfaringsgrundlag fra tidligere undersøgelser i de enkelte amter (metode og resultater).
- Kortlægning af samtlige praksiskonsulentordninger i Danmark.
- Komparativ brugerundersøgelse af udvalgte praksiskonsulentordninger med henblik på at afdække resultater og sammenhæng mellem resultater og organisering.
- Uddybende interviewundersøgelse om praksiskonsulentordningen i de udvalgte amter med repræsentanter for forskellige interessent-, bruger- og aktørniveauer.
- Praksisudvalgenes vurdering af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter/H:S.
- Fremtidige udviklingsperspektiver for praksiskonsulentordningen i Danmark.

I tabel 2.1 er disse forskellige del-undersøgelser listet i forhold til de dataindsamlingsmetoder, som er benyttet, og i forhold til de respondenter, der har deltaget i undersøgelserne, samt tidspunktet for undersøgelsesernes gennemførelse.

Tabel 2.1: Skematisk oversigt over del-undersøgelserne i evalueringen og de anvendte metoder

Kapitel	Del-undersøgelse	Metode	Hvem deltog og hvor mange?	Hvornår
4	Resultater fra tidligere evalueringer/undersøgelser	Litteraturgennemgang	Tidligere undersøgelser fra alle amter	----
5	Kortlægning af praksiskonsulentordningerne i Danmark	Spørgeskemaundersøgelse	Udsendt til respondenter i alle amter og H:S: • Forvaltningschefer ved sundheds/sygehusforvaltninger (N=16) • Sygehusledelser ved alle sygehuse (N=71) • Praksiskoordinatorer (N=30) • Praksiskonsulenter (N=291)	Maj-juni 2001 ^a
6	Komparativ brugerundersøgelse af praksiskonsulent-ordningen i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter	Spørgeskemaundersøgelse	Udsendt til: • Almen praktiserende læger (1.021) • Afdelingsledelser (214) i henholdsvis Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Ribe Amt og Nordjyllands Amt.	Oktober-november 2001
7	Interview-undersøgelse i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter	Semi-strukturerede interview	20 interviews i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter med: • Forvaltninger (4 interview) • Sygehusledelser (4 interview) • Praksiskoordinatorer (4 interview) • Afdelingsledelser (4 interview) • Alment praktiserende læger (4 interview)	Februar-marts 2002
8	Praksisudvalgenes vurdering af praksiskonsulentordningen	Spørgeskemaundersøgelse	Udsendt til alle 16 praksisudvalg i Danmark.	Oktober 2001

a. Spørgeskemaerne blev først udsendt til praksiskoordinatorer og -konsulenter i H:S i oktober 2001.

Kapitel 3: Konklusioner fra evalueringens del-undersøgelser

3.1 Sammenfattende resultater og konklusioner for kortlægningen af praksiskonsulentordningen i Danmark

I alle amter og i H:S har man i dag en praksiskonsulentordning. Kortlægningen af samtlige praksiskonsulentordninger i Danmark har vist følgende tendenser og karakteristika vedrørende den typiske praksiskonsulentordning i Danmark.

Karakteristika vedrørende praksiskonsulentordningens omfang, opgaver og ressourcer:

- At der findes praksiskonsulentordninger i alle amter og i H:S, der har eksisteret mellem 4 og 11 år, siden ordningen som den første blev startet i Fyns Amt.
- At de overordnede målsætninger og opgaver for praksiskonsulentordningerne er:
 - At samarbejde for at sikre kommunikation mellem sygehusene og almen praksis.
 - At nedbryde barrierer mellem sygehusene og almen praksis.
 - At medvirke til vidensformidling mellem sygehusene og almen praksis.
- At den typiske koordinator er en 55-årig mand, som har været praktiserende læge i 21 år, og at den typiske praksiskonsulent er en 51-årig mand, som har været praktiserende læge i 17 år.
- At de gennemsnitlige arbejdstimer per måned for en praksiskonsulent er 5,7 timer, mens det er 29,9 timer for en praksiskoordinator. Timetallene varierer dog meget fra amt til amt.
- At praksiskonsulentordningen er udbredt på 57 af de 62 sygehuse, som har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, og at det er psykiatriske sygehuse, der ikke har en ordning.
- At de to specialer, hvor ordningen er fuldt udbredt, er pædiatri og intern medicin.
- At ordningerne i Ribe, Roskilde, Ringkjøbing og Fyns amter har højeste dækningsgrad målt ved konsulenter (timer) over for udskrivninger, ambulante besøg og praktiserende læger.
- At ordningen i Viborg Amt er relativt set den billigste ordning målt i forhold til antal indbyggere. Skal dog ses i sammenhæng med ordningens få timer og laveste dækningsgrad.

Karakteristika vedrørende praksiskonsulentordningens organisering og samarbejde:

- At otte ordninger er centrale, idet forvaltningen er ansættelsesmyndighed, mens de resterende syv ordninger er decentrale med konsulenterne ansat af sygehuset eller afdelingen.
- At den typiske motivation for en decentral ordning er at styrke relationen til sygehuset, mens den typiske motivation for en central ordning er begrundet i ordningens start.
- At ordningerne i Nordjyllands, Århus, Sønderjyllands og Vestsjællands amter kan karakteriseres typisk ved at være organiseret ved ad hoc-baserede møder med afdelingen, mens ordningerne i Københavns og Roskilde amter typisk har faste møder med afdelingen.
- At praksiskonsulenterne på en typisk måned i gennemsnit har 2 mødekontakter med afdelingen (Vestsjællands Amt har det højeste antal (3,88), og Viborg Amt det laveste (1,46)).
- At den hyppigste samarbejdsrelation og kontakt til almen praksis er skriftlig information.

- At praksiskonsulenterne på en typisk måned i gennemsnit har 2,6 kontakter med almen praksis (Århus Amt har det højeste antal (8,45) og Viborg Amt det laveste (1,13)).
- At afdelingerne i højere grad end almen praksis vurderes at være interesseret i ordningen, og at samarbejdet med afdelingerne er mere velfungerende end med almen praksis.
- At andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler vurderes at have lige så stor betydning som praksiskonsulentordningen på samarbejdet med afdelingerne og almen praksis.

Karakteristika vedrørende opnåede resultater og tilfredshed med praksiskonsulentordningen:

- At de væsentligste resultater i de første udviklingstrin af ordningen har været overordnede resultater som *kommunikationen mellem sektorer, nedbrydelse af barrierer, løsning af samarbejdsproblemer, skrevne informationskanaler og information til almen praksis*.
- At 52-70% af interessenter og aktører (koordinatorer) vurderer, at anbefalinger om udformning af henvisningssedlerne helt eller delvist er en konsekvens af ordningen.
- At 50-78% af forvaltningerne og praksiskoordinatorerne vurderer, at anbefalinger om udformning af udskrivningsbrevene helt eller delvist er en konsekvens af ordningen.
- At 36-82% af interessenter og aktører vurderer, at ventetiden for udskrivningsbreve er faldet helt eller delvist pga. ordningen - med koordinatorer og konsulenter som de mest positive.
- At alle praksiskonsulentordninger i Danmark har deres eget nyhedsbrev, og at man i 11 af de 15 ordninger har en elektronisk version.
- At der er en tendens til, at interessenterne (forvaltninger og sygehusledelser) er lidt mere tilfredse med praksiskonsulentordningen end dens aktører (koordinatorer og konsulenter), og at praksiskonsulentordningen har levet op til interessenternes forventninger.

Karakteristika vedrørende den fremtidige udvikling af praksiskonsulentordningen:

- At praksiskonsulentordningen overvejes ændret i 7 af de 15 amter/H:S, blandt andet med henblik på udbygning af ordningen, større kompetence, bedre koordinering mellem sektorer og amtet, mere markedsføring og synliggørelse og en mere projektorienteret ordning.
- At øget interesse og feedback fra både almen praksis og afdelinger er de væsentligste faktorer for at styrke praksiskonsulentordningen i fremtiden, jævnfør interessenter og aktører.

3.2 Resultater og konklusioner fra den komparative brugerundersøgelse

Den komparative brugerundersøgelse blev gennemført ved en spørgeskemaundersøgelse i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter. Brugerundersøgelsen har ikke kunne afdække forskelle i såvel opgaver som resultater som praksiskonsulentordningerne i de fire amter varetager, jævnfør de praktiserende læger og afdelingsledelserne. Den valgte organisering af praksiskonsulentordningen (ansættelse og samarbejdsform) synes derved ikke at have entydig indflydelse herpå. Kun i forhold til nyhedsbrevet og dets anvendelse viste der sig en forskel, i og med at der er flere af brugerne, der læser og anvender informationen i en ordning med decentral ansættelse og fast samarbejdsstruktur (Københavns Amt og til dels Ribe Amt). Ydermere var tilfredsheden med ordningen og de opfyldte forventninger større i Københavns Amt, end hvad der for eksempel var tilfældet i Nordjyllands Amt, hvor ordningen er kendetegnet ved central ansættelse af konsulenterne og en udbredt ad hoc-baseret samarbejdsform. Sammenholdt hermed bruges der dog også relativt flere ressourcer på ordningerne i Københavns og Ribe amter.

En mere udtalt forskel i resultaterne fandtes, når der sammenlignes mellem de to brugergrupper, dvs. de praktiserende læger og afdelingsledelserne. Generelt er afdelingsledelserne kendetegnet ved at være mere

engageret og interesseret i praksiskonsulentordningen end de praktiserende læger, som jo ellers er en væsentlig målgruppe for den information og de anbefalinger, der udgår fra praksiskonsulentordningen. For eksempel læser afdelingsledelserne nyhedsbrevet hyppigere end de praktiserende læger, der dog i højere grad anvender informationen herfra, når de læser det. Afdelingsledelserne viser sig også i højere grad at have fået deres forventninger til praksiskonsulentordningen opfyldt og er mere tilfredse med ordningen end de praktiserende læger. Specielt de praktiserende læger var ikke lige så tilfredse med praksiskonsulentordningen, som tilfældet var med interessenter (forvaltninger og sygehusledelser) og aktører (praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter). En forskel, der var signifikant.

De resultater, som generelt ses at være nået med praksiskonsulentordningerne i de fire amter, afspejler, at første trin i udviklingen af samarbejdet mellem sektorer (ændring af kulturer og etablering og forbedring af kommunikationen) nu er nået, og at man er godt i gang med næste udviklingstrin, der består i at tilvejebringe og formidle den nødvendige information. Det tredje udviklingstrin for praksiskonsulentordningen, som man også har taget fat på i nogle amter og afdelinger, består i udvikling af mere konkrete og synlige tiltag, såsom forbedring af henvisninger og udskrivningsbreve. Endelig synes man så småt i nogle amter og afdelinger at være kommet til det fjerde udviklingstrin, hvor praksiskonsulentordningen indgår aktivt i større strukturmæssige sammenhænge og omstillingsprocesser, idet man har fokus på sammenhængende patientforløb og patientforløbsprogrammer – altså mere direkte implementering af ordningens tiltag.² Samlet set synes man i ordningen i Københavns Amt, af de fire ordninger, at være nået længst.

En ikke uvæsentlig andel af de praktiserende læger i hvert amt (23-40%) ønsker ikke betingelsesløst, at praksiskonsulentordningen fortsætter, og op mod halvdelen af de praktiserende læger i de fire amter kunne godt forestille sig andre formål for de ressourcer, der i dag bruges på praksiskonsulentordningen. Derfor synes et vigtigt fremtidigt udviklingspotentiale for praksiskonsulentordningerne i de enkelte amter at få gjort de praktiserende læger mere interesserede og engagerede i praksiskonsulentordningerne og i den forbindelse få justeret ordningerne efter deres behov. Risikoen for praksiskonsulentordningen er, at den bliver en ordning for de få engagerede og aktive, og måske ikke når ud til dem, der måske reelt set har størst behov for ordningens information. Problemet med det manglende engagement fra almen praksis blev tillige rejst af praksiskonsulenterne selv i kortlægningen af praksiskonsulentordninger.

Ud over at forbedring af kommunikationen synes at være en forsat og løbende opgave for praksiskonsulentordningen, har undersøgelsen skitseret en række andre udviklingsperspektiver. En af dem er den elektroniske kommunikationsmuligheder og muligheden for de to sektorer til at benytte samme netværk. Dette vil forbedre muligheden for reelt at kunne praktisere sammen-hængende og koordinerede patientforløb (shared care), der i stigende grad vil blive efterspurgt og forventet af patienterne i fremtiden. Flere fælles møder mellem praksiskonsulenterne, afdelingerne og almen praksis er også foreslået af de to brugergrupper som noget, der i højere grad burde sættes på i fremtiden. Af mere konkrete fremtidsopgaver vil væsentlige fremtidige indsatsområder for ordningen i de enkelte amter dreje sig om mere generelt og systematisk at gøre udskrivningsbrevene bedre og sikre, at de udsendes hurtigere. Især det første kvalitetsmæssige aspekt er noget, som praksiskonsulentordningen kan hjælpe med til, hvilket allerede i dag sker på nogle afdelinger.

Denne brugerundersøgelse er gennemført som en komparativ undersøgelse, hvor forskellige amters praksiskonsulentordninger sammenlignes. Den komparative undersøgelse er gennemført i konsekvens af mangel på egentlige målbare effekter, f.eks. eksplicite målsætninger eller succeskriterier på, jævnfør de generelle metodeovervejelser i afsnit 5.1 i del 2. En konsekvens heraf har været, at det ikke har været muligt

² Disse fire udviklingstrin for praksiskonsulentordningen er inspireret af Pritchard et al. (1995), side 207, der har præsenteret syv skridt til at opnå effektiv shared care: 1) Velfungerende kulturer med visionære ledere og facilitatorer, 2) Udvikling af en fælles forståelse – kultur, 3) Udvikling af fælles retningslinjer for samarbejdet mellem aktører, 4) Udvikling af effektive kommunikationskanaler og fælles aftaler for kommunikation, 5) Implementering af tiltag i beslutningstagen, som involverer brugerne, 6) Evaluering og kvalitetssikring (audit) af processer og resultater, 7) Revision af vidensbasen og retningslinjer. Det er specielt de første 5 skridt, der svarer til de fire udviklingstrin for praksiskonsulentordningerne, som omtalt ovenfor.

at identificere et tilstrækkeligt validt og målbart effektmål, der var fælles for alle fire amter, hvorfor en egentlig effektevaluering i forhold til de opnåede resultater ikke har kunnet gennemføres. På den baggrund synes et vigtigt fremtidigt udviklings-potentiale at være, at der i større udstrækning initieres egentlige målsætninger og succeskriterier i praksiskonsulentordningerne, og at disse gøres målbare og følges op hvert år med henblik på at kunne afdække, hvilke resultater og konsekvenser ordningerne har medført.

3.3 Resultater og konklusioner fra den uddybende interview-undersøgelse

Som opfølgning på brugerundersøgelsen i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter er der gennemført en uddybende interviewundersøgelse af interessenter (forvaltningsniveauet og sygehusledelsesniveauet), aktører (praksiskoordinatorer) og brugere (praktiserende læger og afdelingsledelser) af praksiskonsulentordningerne i de fire amter. Formålet med interviewundersøgelsen var ved udførelse af semi-strukturerede interview at få underbygget, forklaret og eksemplificeret resultater og erfaringsgrundlag, såvel som udviklingsperspektiverne for ordningerne i de fire amter. Der blev i alt gennemført 20 interview.

Interviewundersøgelsen bekræftede, at en af de væsentligste opgaver eller indsatsområder for praksiskonsulentordningen består i at skabe mulighed for og opnå dialogen og samarbejdet mellem sygehussektoren og almen praksis. Det overordnede mål er, at det i sidste ende skal føre til mere sammenhængende og koordinerede patientforløb på tværs af sektorer. Ud over de traditionelle opgaver for ordningerne med kommunikation, forbedring af kvaliteten af henvisninger og udskrivningsbreve identificerede interviewundersøgelsen en ny markedsføringsopgave eller -rolle for praksiskonsulenter som ambassadører for den afdeling, de repræsenterer i forhold til almen praksis. Specielt i områder med en tæt koncentration af sygehuse, for eksempel København, er det vigtigt for afdelingerne at sikre, at de praktiserende læger i et sygehus' optageområde henviser deres patienter til netop dette sygehus. En konkurrencesituation, hvor praksiskonsulenten er en væsentlig ambassadør via sin formidlingsopgaver i forhold til almen praksis.

Praksiskonsulentordningerne i de fire amter har betydet et forbedret kommunikations- og informationsflow mellem de to sektorer, jævnfør interview-personerne. Midlerne til at opnå den bedre kommunikation og samarbejde med brug af praksiskonsulentordningen har for sygehus-ledelserne været at jævnligt afholde dialogmøder med brugergrupperne såvel som med praksiskonsulenterne, mens afdelingsledelserne primært har fokuseret på mere konkrete tiltag som at komme med anbefalinger til almen praksis, blandt andet om krav til visitation og henvisningssedlernes indhold, såvel som retningslinjer for det gode patientforløb. For de praktiserende læger har det primære middel til en bedre kommunikation været ordningernes nyhedsbreve.

I forhold til udskrivningsbreve synes praksiskonsulentordningens største indflydelse at have været på forbedring af kvaliteten, og dermed indholdet, og i mindre grad på afkortning af ventetiden. Ventetiden vurderes i højere grad af nogle interview-personer at have været politikernes og forvaltningernes fortjeneste, jævnfør de eksisterende servicemål for ventetiden på udskrivningsbreve i amterne.

Praksiskonsulentordningen har i nogle amter (Nordjylland og København) da også initieret og medvirket til at udarbejde vejledninger for de gode henvisningssedler og udskrivningsbreve. Et mål for praksiskonsulentordningerne har også været at reducere omfanget af dobbeltarbejde. Men hvis praksiskonsulentordningerne skal tilskrives eventuelt færre dobbeltundersøgelser, må det forklares med ordningernes medvirken i udarbejdelsen af sammenhængende og koordinerede patientforløbsbeskrivelser.

Samlet set vurderede de adspurgte interessenter, aktører og brugere af praksiskonsulentordningen, at de væsentligste styrker ved praksiskonsulentordningen er forbedret dialog og kommunikation mellem sektorerne (talerør), et mere formaliseret, tværsektorielt samarbejde med brobygning mellem sektorerne, samt endelig at ordningen medvirker til nogle bedre patientforløb. Omvendt har praksiskonsulentordningen også sine svagheder. De væsentligste svagheder ved ordningen er den lave opbakning fra almen praksis, manglende netværk og gennemslagskraft over for almen praksis samt et utilstrækkeligt ledelsesfokus på ordningen i nogle amter. Disse og andre forhold vil være ordningens barrierer, hvis der ikke sættes ind.

Med hensyn til betydningen af organiseringen af praksiskonsulentordningen, forstået ved konsulenternes ansættelse (centralt eller decentralt), var der ikke noget entydigt resultat fra undersøgelsen. Det er ikke respondenternes forventning, at der er noget bestemt niveau for ansættelse, som er at foretrække i relation til de resultater, der opnås. Dog overvejer Nordjyllands Amt, om man skal skifte fra central til decentral ansættelse med henblik på at opnå bedre resultater. I relation til organiseringen af ansættelsen er det nok snarere vigtigt at skelne mellem selve ansættelsesprocessen og finansieringen af ansættelsen. Erfaringen fra de fire amter viser, at det er vigtigt, at førstnævnte del i så høj grad som muligt finder sted decentralt med lokalt ejerskab i beslutningen på den enkelte afdeling. Erfaringer fra Frederiksborg Amt har vist, at det så betyder mindre, at finansieringen kommer fra centralt hold. For at have succes med at udbrede informationen i almen praksis synes det samtidig vigtigt, at både praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer har deres daglige hovedbeskæftigelse i almen praksis.

Den uddybende interviewundersøgelse bekræftede konklusionen fra brugerundersøgelsen, at praksiskonsulentordningen i de fire amter, efter være kommet igennem de to første udviklingstrin med forbedret kommunikation, ændring af traditioner og kulturer, tilvejebringelse og formidling af nødvendig information, alle i dag mere eller mindre har taget fat på det tredje trin i udviklingen af ordningerne. I det tredje trin udføres mere konkrete og synlige opgaver i regi af ordningerne, for eksempel at forbedre henvisninger og udskrivningsbreve. Set i et fremtidigt udviklingsperspektiv viste interviewundersøgelsen med baggrund i respondenternes vurdering derudover, at man i alle fire praksiskonsulentordninger i de kommende år for alvor vil begynde at tage fat på det fjerde udviklingstrin, hvor praksiskonsulentordningen vil medvirke i større strukturelle forandringer og sammenhænge i sundhedssektoren. Nogle af de fremtidige opgaver, som bekræfter dette, er, at man i flere amter (Ribe og Frederiksborg amter) i stigende grad overvejer at flytte opgaver ud til almen praksis. Praksiskonsulentordningen rolle heri er at medvirke i planlægningen af og facilitere denne udflytning i forhold til almen praksis. Praksiskonsulenterne vil også i stigende grad blive set som rådgivere i forhold til sygehuset og dets afdelinger i forbindelse med en mere markedsorienteret fremtidig drift af sygehuse, hvor det er vigtigt for sygehuset at sikre sig, at de praktiserende læger visiterer til netop dette sygehus (Københavns og Ribe amter). Endelig giver tværgående, projektorienterede praksiskonsulenter (Nordjyllands Amt) også større mulighed for at være med til at ændre på strukturelle sammenhænge i sundhedssektoren. Praksiskonsulentordningen synes dermed i de kommende år at få en endnu større driftsmæssig betydning, såvel som at ordningen vil komme til at få indflydelse på de strukturelle forandringer, som forventes at finde sted i sundhedsvæsenet.

3.4 Resultater og konklusioner vedrørende praksisudvalgenes vurdering af ordningen

Spørgeskema-undersøgelsen af praksisudvalgenes vurdering af og erfaringer med praksiskonsulenten bekræftede billedet fra kortlægningen og brugerundersøgelsen. De væsentligste resultater af ordningen, som de også vurderes af praksisudvalgene, har indtil nu været nedbrydelse af barrierer, kommunikationen mellem sektorer og løsning af samarbejdsproblemer. Dog vurderer et flertal af praksisudvalg også, at praksiskonsulentordningen har betydet noget for mere konkrete tiltag med henvisninger, udskrivningsbreve og ambulante notater.

Samarbejdet mellem praksisudvalg og praksiskonsulentordningen foregår typisk ved, at praksiskoordinatoren enten er fast observatør eller deltager på ad hoc-basis i praksisudvalgenes møder, og ud over enkelte overvejelser om kompetenceproblemer forløber samarbejdet godt. Dette ses også af praksisudvalgenes tilfredshed med praksiskonsulentordningen, der er højere end tilfredsheden hos interessenter, aktører og brugere af ordningen. Alle praksisudvalg ønsker også, at ordningen fortsætter, dog i nogle tilfælde efter, at der er foretaget visse ændringer.

Så fagpolitisk synes der også at være opbakning til praksiskonsulentordningerne og deres virke. Dette kan være meget vigtigt i forsøget på at få flere praktiserende læger til at slutte op om og interessere sig for praksiskonsulentordningen i fremtiden, hvilket synes at være et afgørende mål for ordningens videre udvikling.

Kapitel 4: Udviklingsperspektiver for fremtidens praksiskonsulentordning

Med henblik på at videreudvikle praksiskonsulentordningen i Danmark er der på basis af evalueringen, dens resultater og konklusioner identificeret en række forhold, som foreslås styrket i fremtidens praksiskonsulentordning. Sammenlignet med tidligere brugerundersøgelser synes brugerne i dag at være mere positive over for ordningen og flere ønsker, at den fortsætter - om end med justeringer. Forbedringen af disse forhold vil for nogle amter/H:S betyde en væsentlig forbedring af deres praksiskonsulentordning, mens det for andre amter/H:S vil medføre, at deres ordning bliver endnu mere velfungerende, end den allerede er i dag. Ordningen er som tidligere nævnt en netværksorganisation. Etablering og udvikling af samarbejde i netværkskonstellationer mellem aktører med forskellige traditioner og kultur tager tid, hvilket også Seemann (1999) har vist i forhold til etableringen og udviklingen af distriktspsykiatrien, som kan siges at være netværksbaseret.

Som et afrundende kapitel på evalueringen af praksiskonsulentordningerne i Danmark præsenteres de forskellige forhold og anbefalinger til styrkelse af fremtidens praksiskonsulentordning.

Større feedback fra almen praksis

På baggrund af resultaterne fra evalueringen anses dette forhold for et af de vigtigste udviklingsområder, der til stadighed skal prioriteres højt i praksiskonsulentordningen i fremtiden. I kortlægningen var det kun lidt over halvdelen af praksiskonsulenterne, der vurderede, at almen praksis var interesseret i ordningen, og kun en tredjedel fandt samarbejdet velfungerende. Almen praksis var mindre tilfredse med praksiskonsulentordningen end afdelingerne, forvaltningerne, sygehusledelserne samt praksiskonsulenter og -koordinatorer. Hele 42% af de praktiserende læger i de fire amter mente, at pengene kunne bruges til noget andet end praksiskonsulentordningen. Selv om ordningen bakkes op og anvendes af lidt over halvdelen af de praktiserende læger i de fire amter, så er det omvendt ikke tilfredsstillende, at op mod halvdelen af de praktiserende læger ikke interesserer sig for og bruger ordningen. Dette er specielt et problem, i og med at almen praksis er den ene (væsentligste) målgruppe, som praksiskonsulentordningen henvender sig til. I fremtiden bør der derfor arbejdes på, at praksiskonsulentordningens samarbejde med almen praksis forbedres, og at man også får gjort nogle af de mindre engagerede og mindre aktive praktiserende læger interesseret i ordningen. Især fordi det formentlig vil være blandt disse, at det største reelle behov for information eksisterer. En større opbakning fra almen praksis kunne måske tilvejebringes via en intensivering af mere konkrete initiativer og resultater fra praksiskonsulentordningen, som vil være med til at synliggøre ordningen og dens nytte. En ændring af opfattelsen af en ordning, der udgår fra sygehuset til almen praksis til en ordning med tovejs- kommunikation, vil givetvis også være med til at øge almen praksis interesse for ordningen som et af deres talerør. Derudover er vigtigt, at de personer, der bliver ansat som praksiskonsulenter, har et stort netværk i almen praksis og forsøger at pleje og udvide dette netværk. Herudover må information om ordningen til almen praksis intensiveres. Omvendt anses regulerende foranstaltninger, hvor for eksempel brugen af praksiskonsulentordningen og dens anbefalinger knyttes sammen med PLO-overenskomsten og de praktiserende lægers honorar fra sygesikringen, ikke for brugbare løsninger på nuværende stadiet.

Større interesse fra afdelingerne

En forbedring af dette forhold er klart mindre væsentlig sammenlignet med behovet for almen praksis' interesse, idet interessen og tilfredsheden fra afdelingerne overordnet set er betydeligt større. Dette er dog ikke tilfældet for alle afdelinger, hvorfor det løbende bør sikres, at alle afdelinger viser en større interesse og udviser mere aktiv medvirken i relation til at bruge ordningen, hvor det er relevant, og at praksiskonsulenten indgår som et naturligt led i afdelingens arbejde og udmeldinger til almen praksis.

Ledelsesopbakning og forankring

For at signalere, at praksiskonsulentordningen har ledelsens prioritet og fokus, er det vigtigt, at ledelsen bakker praksiskonsulentordningen og dens virke op. Dette gælder på alle ledelsesniveauer i sundhedsvæsenet, dvs. forvaltningsniveauet, sygehusniveauet og afdelingsniveauet. Ledelsen må være med til at opstille rammer og krav til ordningens virke, dels for at signalere udadtil, at man (ledelsen) støtter

udmeldingerne fra praksiskonsulentordningen, og dels ønsket om sikring af implementeringen. Praksiskoordinatorfunktionen er her yderst vigtig og bør derfor ikke nedprioriteres i en praksiskonsulentordning. Et godt samarbejde og koordinering med praksisudvalgene i de enkelte amter/H:S kan også være med til at sikre praksiskonsulentordningen den faglig opbakning og implementering af aktiviteterne i forhold til almen praksis.

Elektronisk kommunikation

Elektroniske kommunikationsmuligheder fælles mellem sygehus og almen praksis efterspørges i de amter/H:S, hvor muligheden endnu ikke eksisterer. Muligheden for den elektroniske kommunikation vil være med til at forbedre kommunikationen mellem de to sektorer. I den elektroniske kommunikation kan der indbygges standarder for udformningen af henvisningssedler og udskrivningsbreve, således at kvaliteten forbedres og opretholdes, og at informationen bliver hurtigere og mere direkte. Den elektroniske kommunikationsmulighed vil netop også skulle udnyttes i forhold til praksiskonsulentordningens nyhedsbrev. Brugerundersøgelsen viste, at nyhedsbrevet især læses af de praktiserende læger, hvilket bekræfter formodningen om envejs-kommunikation. I forhold til udviklingen af nyhedsbrevet burde der sættes på at gøre nyhedsbrevet mere interessant for alle sundhedsmedarbejdere, inklusive afdelingerne, således at en større andel læser det og benytter dets information i dagligdagen. Dette vil være med til at skabe tovejs-kommunikation.

Målbare succeskriterier for praksiskonsulenten

Et fremtidigt udviklingspotentiale for praksiskonsulentordningen vil også være, at der udvikles og initieres egentlige målsætninger og succeskriterier for praksiskonsulentordningerne i de enkelte amter/H:S. Nogle af disse kriterier må naturligvis være målbare. I udvælgelsen af succeskriterier må der naturligvis være en afvejning mellem resultater, der på den ene side kan måles, men også resultater eller effekter, som på den anden side giver mening rent kvalitativt i forhold til praksiskonsulentordningen. Fordelen ved målbare succeskriterier er, at man løbende vil være i stand til at følge op på praksiskonsulentordningen og får tilvejebragt et billede af ordningens resultater og udvikling. Dette kan for eksempel ske ved årlige statusmøder, hvor praksiskonsulenten, afdelingsledelsen og eventuelt praksiskoordinatoren deltager, og hvor der skal gøres status over, hvad der indtil nu er løst af opgaver, og hvad der skal løses fremover. Den enkelte praksiskonsulent får et klarere billede af, hvad der forventes, at han/hun når, mens ledelsen omvendt får et tættere indblik i, hvad der kan opnås med en ordning. Med målbare succeskriterier vil man i de enkelte amter/H:S være i stand til løbende at sikre kvaliteten af praksiskonsulentordningens arbejde og resultater, i takt med at de bliver mere specifikke og konkrete. Endvidere vurderes det, at der med succeskriterier, modsat nu, vil være muligt at gennemføre en decideret effektevaluering af praksiskonsulentordningen. En anbefaling om indførelse af målbare succeskriterier betyder dog ikke, at der skal ses bort fra overordnede og mere kvalitative resultater, som er sværere at måle. Disse vil forsat være en del af resultaterne af praksiskonsulentordningen. Kortlægningen har vist, at ingen amter/H:S i dag har opstillet eller udmøntet konkrete og målbare succeskriterier for deres praksiskonsulentordninger.

Fremtidens organisering

Praksiskonsulentordningerne i Danmark er organiseret forskelligt i forhold til, hvilket niveau praksiskonsulenterne er ansat på (centralt eller decentralt). Ved organisatoriske ændringer i fremtiden bør man nøje overveje det hensigtsmæssige i niveauet for ansættelse. Evalueringen af praksiskonsulentordninger i Danmark har vist, at man med decentral ansættelse på enten sygehuset eller afdelingen i større udstrækning opnår en lokal forankring af ordningen og afdelingens tillid, respekt og ansvar over for praksiskonsulenten. I de centrale ordninger er brugerne (især de praktiserende læger) i større grad tilbøjelige til at benytte informationen fra ordningen, såvel som at brugerne er mere tilfredse, og samarbejdet mellem sektorerne bliver bedre end i ordninger, der er centrale i stringent forstand. Decentrale ordninger synes at have bedst fat i brugerne i almen praksis (den lokale forankring), hvilket ikke er uvæsentligt set i et udviklingsperspektiv, jævnfør gruppens lave interesse. Omvendt kan noget tyde på, at centrale ordninger har bedst fat i brugerne i hospitalsektoren, blandt andet i forhold til anbefalinger for udskrivningsbreve. Har man en central ordning, bør man i hvert fald overveje at lade selve ansættelsesproceduren være decentral, hvilket ikke er i modstrid med en finansiering fra centralt hold.

En anden komponent i organiseringen af praksiskonsulentordningen er, hvordan samarbejdet og synligheden mellem ordningen og afdelingen forløber. Der kan dog ikke gives nogen entydig anbefaling om, hvilken form dette samarbejde bør tage. Det er dog klart, at en vis fast tilknytning af praksiskonsulenten til afdelingen er bedre end den konsulent, der møder op indimellem (ad hoc- baseret).

Organisatorisk må praksiskonsulentordningen i nogle amter også i et vist omfang forventes at samarbejde med projektorienterede praksiskonsulenter på tværs af afdelingerne foruden sine normale opgaver. Det kunne for eksempel være et projekt inden for et specifikt sygdomsområde. Praksiskonsulenter, der alene er ansat i relation til et projekt, vil således også være en nyskabelse. Fordelen herved vil selv sagt være klarere og mere entydige opgaver og succeskriterier.

Konkurrence og kvalitetsudvikling

Brugerundersøgelsen og den uddybende interview-undersøgelse viste, at praksiskonsulentordningen i fire amter var ovre de to første stadier i udviklingen med nedbrydelse af kulturmæssige barrierer, forståelse for hinandens vilkår, forbedret kommunikation og informationskanaler. I disse amter, og givetvis også i de resterende amter/H:S, medvirker ordningerne nu ved mere konkrete og praktiske opgaver, som for eksempel udarbejdelse af retningslinjer vedrørende udskrivningsbrevens udformning, og især patientforløbsbeskrivelser og -analyser på tværs af sektorer. Specielt omfanget af patientforløbsanalyserne og praksiskonsulentordningens medvirken heri må forventes at blive øget i fremtiden, jævnfør at det har stor betydning for visitationen til og fra sygehuset, og betyder et mere sammenhængende forløb for den enkelte patient. Denne tendens til udbredelse af patientforløbsanalyser fremgår også af brugerundersøgelsen i de fire amter.

Denne evaluering har også givet en indikation af, at praksiskonsulentordningen i den fremtidige udvikling i større omfang vil blive inddraget i løsningen af strukturmæssige spørgsmål og opgaver i et samlet sundhedsvæsen. Ud over patientforløbsbeskrivelser vedrører nogle af disse opgaver mere konkret en udflytning af opgaver fra sygehuset til almen praksis, rådgivningsfunktioner for praksiskonsulentordningen i forhold til en mere konkurrencepræget sygehussektor, hvor afdelingerne skal forsøge at fastholde deres patienter i konkurrence med andre sygehuse. Praksiskonsulenten vurderes her at være en central samarbejdspartner og "ambassadør" for afdelingen og sygehuset i deres markedsføring i forhold til at vejlede almen praksis i deres valg af henvisende sygehus, såvel som at praksiskonsulenten medvirker til kvalitetsudvikling. Det drejer sig jo i sidste ende om, hvordan den bedste patientbehandling opnås på den mest hensigtsmæssige måde rent ressourcemæssigt.

På den måde vil fremtidens praksiskonsulentordning formentlig få defineret mere konkrete og driftsbaserede opgaver - frem for de overordnede og udviklingsorienterede opgaver, som præger praksiskonsulentordningen på det nuværende stade. Herved er det også forventningen, at praksiskonsulentordningen kan blive en endnu mere integreret del af et samlet sundhedsvæsen, som man ikke kan komme uden om, når der advokeres for sammenhængende patientforløb med patienterne i fokus.

Del 2 – Detaljer om metoder og resultaterne i delundersøgelserne

I del 2 beskrives de enkelte del-undersøgelser mere udførligt – både i relation til den anvendte metode og de specifikke resultater, der er opnået i undersøgelserne. Først skal kommissoriet for evalueringen, herunder valget af metoder, beskrives nærmere.

Kapitel 5: Evalueringsopgavens kommissorium og valg af metode

I dette kapitel beskrives de nærmere detaljer for det aftalte kommissorium for evalueringen af praksiskonsulentordningen i Danmark, herunder projektets specifikke del-projekter og valg af metode, som er anvendt til at afklare projektets hovedformål. Men først indledes med nogle generelle metodeovervejelser i forhold til denne evaluering.

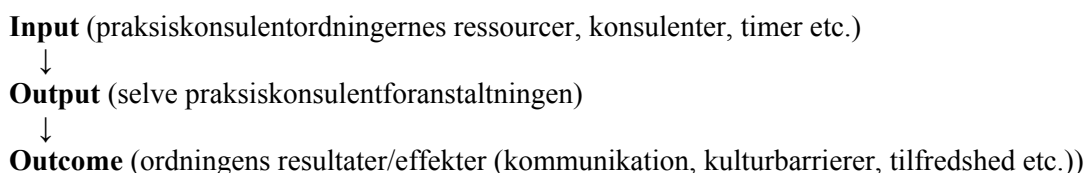
5.1 Generelle metodeovervejelser

Evaluering er af mange forbundet med effektevaluering. Ved effektevaluering kan forstås et systematisk forsøg på at undersøge en række foranstaltninger med henblik på at klarlægge, om de opfylder de tilsigtede mål, eller man kan klarlægge de potentielle virkninger (Møller Pedersen et al., 1997). Med henblik på at undersøge graden af målopfyldelse udgøres en total effektevaluering, dels af en procesevaluering og dels af en outcome-evaluering. I procesevalueringen undersøger sammenhængen mellem input og output, mens sammenhængen mellem output og outcome undersøges i outcome-evalueringen. Møller Pedersen et al. (1997) knytter gennemførelsen af effektevaluering sammen med eksperimenter med kontrolgruppe eller quasi-eksperimenter.

Evalueringen af praksiskonsulentordningerne i Danmark er ikke gennemført som en stringent effektevaluering, hvilket også vil fremgå af den mere detaljerede gennemgang af evalueringens aftalte kommissorium. Den stringente effektevaluering er fravalgt af følgende grunde:

For det første må man slutte, at gennemførelse af en evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark via et eksperiment ikke er mulig, da en kontrolgruppe for praksiskonsulentordningen ikke findes. Alle amter har siden 1998 haft en fungerende praksiskonsulentordning (dog er der ikke nogen praksiskoordinator i Sønderjyllands Amt). Det er heller ikke skønnet muligt i en periode at stoppe aktiviteten i et eller flere amter med henblik på at fungere som kontrol i undersøgelsen af ordningens effekt. Sidstnævnte bekræftes af Olesen et al. (1998), der skriver, at intet amt har været i stand til at stoppe ordningens udvikling for at gennemføre en formel evaluering.

Skulle man betragte evalueringen af praksiskonsulentordningen i effektevalueringens ramme med input-output-outcome-sammenligning, som den er præsenteret af Møller Pedersen et al. (1997), kunne det eksemplificeres ved følgende:



Problemet ved denne input-output-outcome-betragtning er dog, at specielt outcome-delen - ordningens resultater og effekter - formentlig udgøres af meget bløde og kvalitative parametre, der er svære at måle kvantitativt. Dette gælder for eksempel en ikke uvæsentlig effekt i praksiskon-sulent-sammenhæng som kommunikation. Man kunne måske have benyttet et effektmål som tilfredshed i modellen, men dette mål vil dog i høj grad være subjektivt forbundet. Så vurderingen er, at der inden for praksiskonsulentordningen ikke findes tilstrækkeligt valide og kvantitative mål for ordningens effekt, som gør effektevaluering mulig.

Indføres der klare succeskriterier, og opgøres disse systematisk, bliver det måske muligt i fremtiden. Et yderligere problem i forhold til en stringent effektevaluering, som præsenteret af Møller Pedersen et al. (1997), er, at årsags-virknings-sammenhængen er svær at fastsætte på praksiskonsulentområdet. Hvilke effekter skyldes præcis praksiskonsulentordningen, og er der andre konkurrerende forklaringer?

I den nyere evalueringslitteratur (Dahler-Larsen et al., 2001) tages der også afstand fra denne sammenhæng mellem evaluering og eksperiment. Her støttes definitionen på evaluering, som den er fremsat af Vedung (1998), og som også er valgt som denne evalueringens udgangspunkt, jævnfør kapitel 2.

De overordnede undersøgelses- og dataindsamlingsmetoder, der benyttes i nærværende evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark, består af survey-metoder med brug af spørgeskema og interview. Med survey-metoderne, og især spørgeskemametoden, sikres, at de indsamlede data og information afdækker de ønskede forhold (er valide), og at registreringen er nøjagtig (reliabel). Som fremhævet af Dahler-Larsen et al. (2001) er det vigtige i forbindelse med en evaluering netop, at der kan stilles validitetskrav til data og resultater. Dette er opfyldt med brug af spørgeskema-metoden. Endvidere sikrer brugen af interview-metoden, at mere kvalitative udsagn og erfaringer også kan blive en del af evalueringen og dens resultater og supplere mere kvantitativt orienterede data indsamlet ved spørgeskema (metodetriangulering).

For de nærmere detaljer om de valgte metoder i evalueringen, samt de områder de anvendes på, henvises der til beskrivelsen af del-projekterne i næste afsnit og til de enkelte kapitler, hvor evalueringens del-projekter rapporteres i detaljer, idet hvert af disse kapitler indeholder specifikke metodeafsnit.

5.2 Kortlægning af praksiskonsulentordningerne i amterne/H:S

Som første del-projekt i evalueringen af praksiskonsulentordninger i Danmark skal praksiskonsulentordningerne kortlægges. Denne del udgør en nødvendig basis for evalueringen og for at tilvejebringe et overblik over den samlede aktivitet i Danmark. Kortlægningen gennemføres ved en spørgeskemaundersøgelse, der omfatter samtlige amter/H:S, samtlige sygehuse og tilknyttede praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter. Denne spørgeskemaundersøgelse er delt op i tre dele.

I første del afdækkes forvaltningernes opfattelse af:

- formål med praksiskonsulentordningen, herunder opgavebeskrivelse for praksiskoordinator og praksiskonsulenterne
- baggrunden for den valgte organisering
- amtslig strategi for praksiskonsulentordningen - nuværende og fremtidig
- samlede årlige udgifter til ordningen 1997-1999
- andre amtslige samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler mellem sygehussektoren og praksissektoren
- praksiskonsulenternes organisatoriske indplacering
- vurdering af resultaterne.

I anden del undersøges for det enkelte sygehus:

- dækningsgraden for praksiskonsulentordningen (afdelinger/specialer)
- ressourceforbruget for praksiskonsulentordningen
- finansiering af praksiskonsulentordningen
- andre samarbejdsrelationer eller kommunikationskanaler mellem sygehuset og praksis- sektoren
- fremtidige planer for praksiskonsulentordningen
- vurdering af resultaterne.

I tredje del beskrives de enkelte praksiskoordinatorers og praksiskonsulenters arbejde, idet der foretages en undersøgelse af:

- hvilke funktioner der varetages
- samarbejdsrelationen med afdelingerne
- samarbejdsrelationen med de praktiserende læger

- betydningen af andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler mellem sygehus- sektoren og praksissektoren
- vurdering af resultaterne.

De nærmere detaljer om den anvendte metode, såvel som resultater fra kortlægningen, er rapporteret i rapportens kapitel 7.

5.3 Resultater af praksiskonsulentordninger

Afdækning af praksiskonsulentordningernes resultater foretages ved fire del-projekter.

I et første del-projekt gives der et resumé af de evalueringer af praksiskonsulentordninger, som amterne/H:S selv har foretaget. Dette tjener som vigtig baggrundsinformation for de øvrige del-projekter i evalueringen. Det enkelte resumé vil være forholdsvis kortfattet og indeholde en beskrivelse af evalueringens formål, hvilke metoder der er anvendt, samt resultater af evalueringen. Forekommer der andre relevante undersøgelser, f.eks. undersøgelser af udvalgte funktioner af praksiskonsulentordninger, vil disse undersøgelser ligeledes indgå med et resumé af formål, metoder og resultater. Hvilke amter/H:S, der har foretaget evaluering og andre undersøgelser, afdækkes gennem den ovenfor beskrevne kortlægning. Del-projektet er beskrevet i kapitel 3 i evalueringens del 1.

I det andet del-projekt gennemføres der en brugerundersøgelse af udvalgte praksiskonsulentordninger. På baggrund af resultaterne fra kortlægningen kategoriseres praksiskonsulentordningerne efter deres organisationsform. Ved organisationsform forstås her niveauet for praksiskonsulentens ansættelse, og måden hvorpå praksiskonsulentens samarbejde med sygehusafdelingen er tilrettelagt.

I forbindelse med niveauet for ansættelse skelnes der mellem:

- ansat af forvaltningen i amtet
- ansat af sygehuset eller af afdelingen

Ved samarbejdets tilrettelæggelse med afdelingerne skelnes der mellem:

- faste møder på afdelingen
 - o med ledelsen
 - o med andet personale
- ad hoc-kontakt
 - o med ledelsen
 - o med andet personale.

Det må forventes, at der er forskel mellem de enkelte amter/H:S med hensyn til, om praksiskonsulentordningen fungerer ens i hele amtet, for så vidt angår organisationsform og ressourceforbrug. Det er således relevant at tale om praksiskonsulentordninger på to forskellige niveauer – praksiskonsulentordninger, der er centrale i deres organisering, og praksiskonsulentordninger, der er decentrale i deres organisering.

For brugerundersøgelsen udvælges der to praksiskonsulentordninger fra hver kategori som eksponent for den organisationsform, som kategorien repræsenterer med henblik på en evaluering af de opnåede resultater og en status for ordningen. Kriteriet for udvælgelsen vil være, at ordningen er velfungerende. Ud fra dette kriterium foretages udvælgelsen på baggrund af vurderinger af resultater, som indgår i kortlægningen.

Brugerundersøgelsen gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse til alle brugere af de udvalgte ordninger. Brugere defineres som praktiserende læger og sygehusafdelingerne repræsenteret ved afdelingsledelsen.

Undersøgelsen vil dække følgende områder:

- brugernes viden om praksiskonsulentordningen
- brugernes konkrete anvendelse af praksiskonsulentordningen
- brugernes vurdering af konsekvenserne på udvalgte områder
- kommunikationen mellem sygehussektoren og praksissektoren
- opgavefordelingen mellem sygehussektoren og praksissektoren
- forbedring og koordinering af patientforløb
- retningslinjer for visitation
- information om nye tiltag
- erfaringsudveksling
- udviklingsprojekter
- løsning af samarbejdsproblemer
- brugernes generelle tilfredshed med praksiskonsulentordningen
- brugernes vurdering af fremtidige indsatsområder for praksiskonsulentordningen.

En mere uddybende beskrivelse af den anvendte metode i brugerundersøgelsen, såvel som undersøgelsens resultater, er rapporteret i kapitel 8.

I det tredje del-projekt vedrørende resultater af praksiskonsulentordningen gennemføres der efter brugerundersøgelsen uddybende interview med henblik på at opnå en uddybende beskrivelse af de resultater, der er fremkommet i forbindelse med brugerundersøgelsen. For de uddybende interview vil blive udvalgt en repræsentant fra forvaltningen og sygehusledelsesniveauet, en praksiskoordinator og en repræsentant for afdelingsledelserne samt for de praktiserende læger fra hvert af de udvalgte amter.

Interviewene vil mere dybdegående afdække følgende hovedemner:

- vurdering af, hvilke elementer i organisationen der har størst betydning for resultaterne
- vurdering af de væsentligste resultater af praksiskonsulentordningen
- vurdering af de væsentligste resultater af praksiskonsulentordningen for patienterne
- vurdering af de væsentligste indsatsområder for praksiskonsulenterne nu og i fremtiden
- vurdering af de faktorer, der har størst betydning for en velfungerende praksiskonsulent- ordning
- vurdering af de væsentligste barrierer for en velfungerende praksiskonsulentordning
- vurdering af, om andre samarbejdsrelationer mellem sygehussektoren og praksissektoren har betydning for en velfungerende praksiskonsulentordning
- evt. mulige forklaringer og vurderinger af resultater af brugerundersøgelsen.

En mere uddybende beskrivelse af den anvendte metode i de uddybende interview, såvel som undersøgelsens resultater, er rapporteret i kapitel 9.

I et fjerde del-projekt vedrørende resultaterne af praksiskonsulentordningerne gennemføres der en mindre spørgeskemaundersøgelse af praksisudvalgene i alle amter og Københavns og Frederiksberg kommuner for at afdække deres opfattelse og erfaring med praksiskonsulentordningen. Dette del-projekt er rapporteret i evalueringens kapitel 10.

5.4 Statistisk metode

De indsamlede data i evalueringens delundersøgelser behandles dels ved deskriptiv statistik, og dels ved statistiske tests (hypotesetestning). I den deskriptive statistik benyttes frekvenstabeller, krydstabeller, såvel som beregning af gennemsnit og medianværdier, hvor dette måtte være relevant. Til at undersøge statistiske sammenhænge mellem variable i evalueringen benyttes statistiske tests, der udvælges efter de specifikke skalaegenskaber for variablene. Idet de fleste variable enten viser sig at være enten nominal- eller ordinal-skaleret, anvendes χ^2 -testet for uafhængighed hyppigt. Derudover benyttes F-testet for ens middelværdi (variansanalyse) ved variable, der er interval eller ratio-skaleret. Endelig benyttes testet for ens proportioner med henblik på at analysere, hvor repræsentative brugerundersøgelsens besvarelser er. Det valgte signifikansniveau er gennemgående 5%-niveauet.

5.5 Følgegruppe

Evalueringen af praksiskonsulentordninger i Danmark har været fulgt af en følgegruppe. Følgegruppens opgave har været at diskutere og kvalificere undersøgelsesoplæg samt rapportudkast udarbejdet af MUUSMANN Research & Consulting, ligesom MUUSMANN Research & Consulting løbende har orienteret følgegruppen om status for arbejdet og de opnåede resultater.

I projektets følgegruppe har siddet:

- Centerchef Finn Børlum Kristensen, Center for Evaluering og MTV.³
- Oversygeplejerske Anna Ingvarsen, Center for Evaluering og MTV.
- Praktiserende læge og praksiskoordinator Per Grinsted, Fyns Amt.
- Praktiserende læge og praksiskonsulent Lars Rytter Poulsen, Københavns Amt
- Praktiserende læge og praksiskoordinator Lise Forsom, Ringkjøbing Amt.
- Praktiserende læge og praksiskoordinator Jens Rubak, Århus Amt.
- Cheflæge Johannes Gaub, Vejle Sygehus.
- Sygesikringschef Christen Lyhne, Nordjyllands Amt⁴
- Administrerende direktør Lars Muusmann, MUUSMANN Research & Consulting.
- Konsulent, ph.d. Peter Bo Poulsen, MUUSMANN Research & Consulting.

Evalueringsrapporten er udarbejdet af administrerende direktør Lars Muusmann (projektleder) og konsulent, ph.d., cand.oecon. Peter Bo Poulsen, MUUSMANN Research & Consulting A/S.

Kapitel 6: Tidligere evalueringer og brugerundersøgelser af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter og H:S

Dette afsnit præsenterer kort de tidligere gennemførte evalueringer og undersøgelser af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter, og H:S. Kapitlet har dels til formål at formidle de tidligere erfaringer med og resultater af praksiskonsulentordningen i Danmark, men tjener derudover som baggrund for design og udformning af del-undersøgelserne i nærværende evaluering.

Konkret sammenlignes der i forbindelse med brugerundersøgelsen (kapitel 8) med de tidligere gennemførte undersøgelser i de amter, som brugerundersøgelsen gennemføres i. Beskrivelsen af de enkelte undersøgelser vil være kortfattet med fokus på undersøgelseernes formål, valg af metode samt de væsentligste resultater, som undersøgelserne fremkommer med.

De fleste amter⁵ har, efter at de har etableret en praksiskonsulentordning, gennemført en evaluering eller undersøgelse af ordningen. Dette er således tilfældet for 12 ud af 15 praksiskonsulent-ordninger.⁶ Eneste amter, hvor praksiskonsulentordningerne ikke er blevet evalueret, er Frederiksborg Amt, Storstrøms Amt og Vestsjællands Amt. Enkelte amter har gennemført to evalueringer/undersøgelser. Det typiske tidspunkt for evalueringen har været efter, at ordningen har fungeret i en forsøgsperiode, og der har skullet tages stilling til, at ordningen blev permanent. Der er ligeledes typisk tale om selvevaluering, idet evalueringen i flere tilfælde er gennemført af forvaltningen. Det er også karakteristisk, at dét, man betegner som evaluering, reelt set i mange tilfælde alene er en brugerundersøgelse. Først præsenteres den landsdækkende statusrapport fra Dansk Selskab for Almen Medicin.

Dansk Selskab for Almen Medicin

Dansk selskab for almen medicin og Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O) har i samarbejde med praksiskonsulentordningerne i 2000 udgivet en statusrapport for praksiskonsulentordningen i Danmark. Statusrapporten er udgivet i anledning af praksiskonsulentordningens 10-års jubilæum. I forbindelse med

³ Indtil 1.juni var centerchef Bent Christensen, EvalueringsCenter for Sygehuse, den ene af CEMTV's repræsentanter i følgegruppen.

⁴ Indtrådt i følgegruppen i oktober 2001.

⁵ Eller sygehuse.

⁶ Rapporter for evalueringer og undersøgelser i amterne/H:S er fremskaffet efter kontakt til de enkelte amter/H:S.

statusrapporten blev der i marts 2000 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige praksiskonsulenter i Danmark. Brugerne er ikke blevet spurgt, idet dog væsentlige brugere og interessenter i praksiskonsulentordningen har skrevet indlæg til rapporten om deres syn på praksiskonsulentordningen. Ud over en opgørelse, dels vedrørende stillingsstrukturen (antal stillinger, vakance, væsentlige specialer samt sygehusstørrelse), og dels vedrørende stillingsbesættelsen (antal timer, finansiering og tilgængeligheden af ansøgere til konsulentstillingerne) indgår der ikke yderligere systematisk information om praksiskonsulentordningen i de enkelte amter/H:S i rapporten. Det er således ikke muligt at give et billede af ordningen i det enkelte amt ud over ovenstående. Ved alene at spørge praksiskonsulenterne må der i høj grad også være tale om selvevaluering af ordningen.

I rapporten beskrives praksiskonsulentordningen overordnet, og de forskellige opgaver og resultater, som ordningen har medført i det danske sundhedsvæsen, gennemgås summarisk. Der fremhæves en række resultater, så som dialogfunktion, kommunikation, hurtigere og bedre udskrivningsbreve og ambulante notater, bedre henvisninger, samarbejdet med praksisudvalgene, beskrivelse af arbejdsgange, patientforløb – shared care. Men disse resultater er som sagt ikke beskrevet for det enkelte amt/H:S, men kun på et overordnet niveau. Det konkluderes, at ordningen nu medvirker i udarbejdelsen af kliniske vejledninger og fælles patientforløb, og at næste skridt for ordningen vil være at medvirke i egentlige kvalitetssikringsprojekter som en af fremtidens opgaver. Statusrapportens er suppleret med indlæg fra sundhedsministeren, amtsborgmestre, amtsrådsmedlemmer, en sundhedsborgmester, formanden for Sygesikringens Forhandlingsudvalg, amtsdirektører, cheflæger, administrerende overlæger, overlæger, formanden fra Dansk selskab for almen medicin og formanden for P.L.O.⁷

Københavns Amt

Praksiskonsulentordningen i Københavns Amt, der blev etableret i maj 1996, blev evalueret i 1999 med henblik på beslutning om videreførelse af praksiskonsulentordningen og de puljeaktiviteter heri, der hidtil i Københavns Amt havde været finansieret af Sundhedsministeriets Omstillings- og incitamentspulje. Evalueringen blev gennemført som en selvevaluering og bestod af en spørgeskemaundersøgelse blandt alle praktiserende læger i amtet, berørte afdelingsledelser, sygehusledelser, praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer. Spørgeskema-delen blev fulgt op af fokusgruppeinterview for hvert af de tre sygehuse i amtet (Herlev, Glostrup og Gentofte) med fire repræsentanter for almen praksis og fire repræsentanter fra afdelingsledelserne.

Evalueringen viste, at den væsentligste proces i samarbejdet mellem sygehuse og de praktiserende læger, og dermed praksiskonsulentordningens omdrejningspunkt, er det daglige arbejde med henvisninger og udskrivningsbreve. Evalueringen afslørede, at afdelingsledelserne var mere tilfredse end de praktiserende læger, og at det også er dem, der i højere grad finder, at samarbejdet mellem de to sektorer er forbedret. Omvendt er det de praktiserende læger, der i størst omfang finder ordningens nyhedsbrev (Klinik-Nyt) for læseværdigt. Et specifikt spørgeskema vedrørte praksiskonsulenterne. Beslutningsoplægget på baggrund af evalueringen lagde op til ordningens fortsættelse med fremtidig finansiering af puljen fra amtets tre sygehuse.

Roskilde Amt

Efter at praksiskonsulentordningen i Roskilde Amt blev iværksat som en forsøgsordning i november 1994, evaluerede amtet ved selvevaluering i 1996 ordningen efter 1½ års funktionsperiode. Formålet var at evaluere forsøgsperioden og fremkomme med oplæg for den fremtidige organisering af en fuldt udbygget praksiskonsulentordning i Roskilde Amt. Evalueringen er gennemført ved deskriptiv erfaringsopsamling af praksiskoordinatorer, en kvalitetsvurdering af henvisningssedler og udskrivningsbreve samt en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af 30 tilfældigt udvalgte praktiserende læger i amtet. Evalueringen beskriver de opstartsproblemer, som man oplevede i Roskilde Amt i begyndelsen med forsinket besættelse af konsulentstillinger, snævre ressourcerammer, manglende synlighed og en langsom

⁷ Nogle af disse indlæg har været holdt ved Skandinavisk Symposium: Praksiskonsulentordningen set ud fra en ledelsesmæssig/politisk synsvinkel afholdt den 16. august 2000.

start på samarbejdet med afdelingsledelserne. Men ud over opstartsproblemerne vurderes det, at ordningen havde opnået en række resultater i den korte evalueringsperiode, blandt andet medvirket i implementeringen af en ny diabetesstruktur i amtet, medvirket til etablering af geriatriske team, retningslinjer for henvisninger og udskrivningsbreve samt udgivet 13 numre af nyhedsbrevet Dialog. Man var omvendt ikke i stand til at dokumentere en forbedring i kvaliteten af henvisningssedlerne og udskrivningsbrevene. De praktiserende læger viste sig dog at være positive i forhold til ordningen, som de mener at have haft nytte af, blandt andet ordningens nyhedsbrev. Afslutningsvist præsenterede evalueringen fremtidsperspektiverne for en fuldt udbygget praksiskonsulentordning i Roskilde Amt.

Fyns Amt

Der har været gennemført to evalueringer, i den tid praksiskonsulentordningen i de 11 år praksiskonsulentordningen i Fyns Amt har eksisteret. Den første evaluering af praksiskonsulentordningen i Fyns Amt blev gennemført i 1992, efter at ordningen havde fungeret i en 1-årig forsøgsperiode, mens den anden evaluering er fra 2001 og evaluerer praksiskonsulentordningen i amtet i et ti-års perspektiv. For et af de eneste amters vedkommende, er der ikke udelukkende tale om selvevalueringer i Fyns Amt, idet Syddansk Universitet har medvirket i de gennemførte evalueringer.

Evalueringen fra 1992, der foregik i et samarbejde med Institut for Almen Medicin, Odense Universitet, blev gennemført ved spørgeskemaer til praksiskonsulenter, praktiserende læger, overlæger, og reservelæger og administrerende overlæger. Evalueringen afslørede, at en stor andel af de adspurgte fandt, at praksiskonsulentordningen var en god idé, og var tilfredse med ordningen. Godt halvdelen mente, at ordningen havde forbedret samarbejdet mellem sektorerne.

I 2001 blev hele praksiskonsulentordningens virkeperiode i Fyns Amt fra starten i 1991 til 2001 evalueret. Evalueringen bestod af en spørgeskemaundersøgelse, hvor spørgeskema blev sendt til 30% af alle praktiserende læger og speciallæger på Fyn, alle konsulenter og koordinators, og ved alle sygehusafdelinger modtog den administrerende overlæge, én overlæge, to yngre læger, to sygeplejersker og to sekretærer et spørgeskema. Derudover bestod den af en omkostningsanalyse af ordningen samt konkluderende af kommentarer fra praksiskoordinatorerne. Evalueringen blev gennemført i samarbejde med en gruppe på Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, under ledelse af gæstelektor Richard Brooks, som var ansvarlig for spørgeskemadelen og omkostningsanalysen.

Evalueringen viste, at man med ordningen i Fyns Amt har opnået en række resultater i den ti-årige periode. Det væsentligste område, som alle adspurgte vurderede, at praksiskonsulentordningen havde haft en positiv effekt på, var udsendelsestidspunktet for udskrivningsbrevene, efterfulgt af de ambulante notaters udsendelsestidspunkt og henvisningernes kvalitet. Der er således tale om meget konkrete resultater af praksiskonsulentordningen i Fyns Amt. Ønsker for fremtiden var, at der er behov for øget feedback fra almen praksis, og at ordningen gerne må være mere synlig. Det er dog kun 3% blandt alle adspurgte, som ikke mener, at praksiskonsulentordningen på Fyn skal fortsætte. Ordningen er opgjort til at koste 2,5 mio. kr., når Fyns Amts støtte til ordningen og til sygehusafdelingerne såvel som konsulents og koordinators ikke-honorerede tid medtages. På baggrund af evalueringsresultaterne foreslår praksiskoordinatorerne en række områder for ændring af organiseringen af praksiskonsulentordningen såvel som en ændring af ordningens opgaver i det videre udviklingsforløb for ordningen det næste 10 år.

Sønderjyllands Amt

Praksiskonsulentordningen i Sønderjyllands Amt blev etableret i 1992 på alle sygehuse i amtet, blandt andet under den forudsætning, at ordningen skulle evalueres efter det første år, jævnfør indstillingen, som sundhedsudvalget i amtet tiltrådte den 16. december 1992. Siden hen har praksiskonsulentordningen også været evalueret i 1997 på Haderslev Sygehus, fordi ordningen ikke har fungeret optimalt. Formålet med denne evaluering, der foregik ved spørgeskemaer til praksiskonsulenterne og til de administrerende overlæger, var at identificere de problemfelter og hæmmende faktorer, der har haft betydning for ordningens begrænsede succes på Haderslev Sygehus. Evalueringen og dens resultater skulle være input for drøftelser om, hvordan ordningen kunne tilrettelægges i fremtiden, så den størst mulige effekt blev opnået.

Ribe Amt

Amtets praksiskonsulentordning blev efter politisk aftale evalueret i 1997 på baggrund af en forsøgsperiode fra 1995-1996. Formålet med evalueringen var at gøre ordningen i amtet permanent. Der var tale om en selvevaluering, hvor der anvendtes spørgeskema med inddragelse af praksiskonsulenterne, de øvrige praktiserende læger, administrerende overlæger, øvrige overlæger og reservelæger på sygehusene i amtet. Det anvendte spørgeskema, der dog er lokalt tilpasset, har tidligere udformet til evalueringen af ordningen i Fyns Amt i 1992.

I evalueringen tilkendegiver 73% af de adspurgte, at praksiskonsulentordningen skal fortsætte, mens kun 8% afviser det. Den største andel, der finder, at samarbejdet mellem sygehusene og almen praksis er blevet bedre, findes blandt praksiskonsulenterne efterfulgt af de administrerende overlæger, overlæger og til sidst de praktiserende læger. Patientsammenhængen vurderes også at være forbedret. 68-90% i alle tre grupper finder praksiskonsulentordningens nyhedsbrev for værdifuldt og læseværdigt. Evalueringen lægger op til ordningens fortsættelse.

Ringkjøbing Amt

Praksiskonsulentordningen i Ringkjøbing Amt har været evalueret to gange. I 1995 blev ordningen evalueret efter en 1-årig forsøgsperiode. Denne evaluering blev forestået af Den Medicinske Forskningsenhed i amtet og foregik ved et evaluerings-værksted for praksiskonsulenterne og ved spørgeskemaer til de administrerende overlæger, der havde praksiskonsulent på afdelingen. Der blev benyttet samme spørgsmål, svarende til en modificeret version af de fynske skemaer fra 1992. Konklusionen på denne evaluering var, at man ønskede ordningen forsat og udvidet til mere end de syv sygehusafdelinger, den var udbredt til i forsøgsperioden. Dog ønskedes ordningen mere synliggjort, såvel som der blev efterspurgt mere resultatorientering.

I 1998 efter 4 års virke blev praksiskonsulentordningen i Ringkjøbing igen evalueret, idet praksiskoordinator og amtet udarbejdede to statusrapporter for ordningen. Der blev gjort status over ordningens udbredelse, ansættelsesforhold og økonomi, de forskellige midler til at formidle viden og samordning af samarbejde, samt hvilke opgaver ordningen har haft og ville få fremover, såvel som specifikke ønsker, blandt andet faste mødetider. Evalueringsdelen, der blev gennemført ved selvevaluering, bestod i en kort spørgeskemaundersøgelse (4 spørgsmål) til administrerende overlæger og praksiskonsulenter. Samarbejdet blev af de administrerende overlæger og praksiskonsulenterne vurderet som godt, tidsrammen passende, og man ønskede, at ordningen i Ringkjøbing Amt fortsatte og gerne med en udvidelse.

Vejle Amt

I forbindelse med evaluering af sundhedssamarbejdet i Vejle Amt blev amtets praksiskonsulentordning (kontaktlægeordning) evalueret sidste gang i 1997. Ordningen har tidligere været evalueret i 1995. Formålet med evalueringen af praksiskonsulentordningen var at finde ud af, om ordningen var blevet en god erstatning for lægekontaktudvalgene i amtet. Evalueringen foregik ved en spørgeskemaundersøgelse til praksiskonsulenterne (kontaktlægerne) og til de administrerende overlæger. De praktiserende læger blev ikke inddraget.

Evalueringen viste, at de administrerende overlæger var lidt mere positive over for praksiskonsulentordningen end praksiskonsulenterne selv i relation til den praktiske tilrettelæggelse af ordningen på afdelingen. Begge grupper udviste en høj grad af tilfredshed med deres indbyrdes samarbejde. Omvendt var praksiskonsulenterne ikke i særlig høj grad tilfredse med deres kontakt til almen praksis, som ikke gav feedback. Fra de administrerende overlægers side vurderedes det dog, at praksiskonsulentordningen havde medvirket til at gøre samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene bedre. Ud over ændring i timetal indeholder evalueringen ingen konkrete forslag til fremtidige ændringer af ordningen i Vejle Amt.

Århus Amt

I forbindelse med, at praksiskonsulentordningen i Århus Amt blev vedtaget som en foreløbig ordning i amtet i 1994, vedtog amtsrådet, at ordningen senere skulle evalueres. Dette udmøntede sig i 1998 i en evaluering af praksiskonsulentordningen i amtet. Formålet med evalueringen var at foretage en vurdering af, i hvor høj grad de overordnede målsætninger for ordningen var opfyldt, at få et overblik over, hvilke aktiviteter der er iværksat med ordningen, og fremkomme med forslag til, hvordan ordningen kan forbedres. Evalueringen havde form som en selvevaluering udarbejdet af Århus Amt og blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige praktiserende læger i amtet og somatiske sygehusafdelinger i amtet (minus Samsø Sygehus). Der er således tale om en brugerundersøgelse. Efterfølgende blev spørgeskemaresultaterne kommenteret af amtets praksiskonsulenter i 2 gruppeinterview.

Evalueringen viste, at en stor andel af både praktiserende læger og afdelinger havde en stor viden om praksiskonsulentordningen i amtet. Der var også enighed om, at ordningen især havde påvirket en hurtigere udsendelse af udskrivningsbrevene, bedre dialog, bedre vejledninger og bedre henvisningssedler. En lidt større andel af sygehusafdelingerne sammenlignet med de praktiserende læger mente, at ordningen havde fungeret godt, og at ordningen havde indfriet forventningerne. Endelig fremførte de praktiserende læger og sygehusafdelingerne en række fremtidige ønsker til ordningen. Evalueringen konkluderede afslutningsvist, at arbejdet i praksiskonsulentordningen i Århus Amt er godt i gang omkring ordningens målsætning, der sigter på at udbygge og forbedre samarbejdet mellem sygehus og primærsektor, formidle information om sygehusene samt at øge sygehusafdelingernes kendskab til arbejdsforhold i almen praksis.

Viborg Amt

Praksiskonsulentordningen (kontaktlægeordningen) i Viborg Amt blev evalueret første gang i 1994 efter etablering af ordningen i 1993 som et 1-årigt forsøgsprojekt. Denne første evaluering indstillede til at gøre ordningen permanent i Viborg Amt per 1. januar 1995, såvel som at udbygge ordningen, blandt andet med speciallægepraksiskonsulenter. Amtets sundhedsudvalg godkendte indstillingen på betingelse af, at praksiskonsulentordningen blev evalueret igen efter 2 år. I 1997 blev en ny evaluering (brugerevaluering) af ordningen i Viborg Amt derfor gennemført, idet der var tale om selvevaluering. Den anden evaluering er gennemført ved udsendelse af spørgeskemaer til praktiserende læger, praksiskonsulenter, afdelinger med praksiskonsulent, afdelinger uden praksiskonsulent samt til sygehusledelser.

Jævnfør evalueringen var 80% af de praktiserende læger i amtet tilfredse med praksiskonsulentordningen, mens 86% af sygehusafdelingerne betegner ordningen som god. De karakteriserer ordningen som et godt orienteringsforum, der har forbedret samarbejdet, og hvor problemer kan løses, og misforståelser elimineres. Der peges dog også på mangler ved ordningen, blandt andet manglende respons fra almen praksis og manglende formaliseret kontakt. Formidlingen i praksiskonsulentordningen vurderes også af brugerne som værende god. Brugerne angiver tillige nogle fremtidige strukturændringsforslag og områder, som kan styrkes i ordningen, f.eks. fast mødestruktur og større interesse fra almen praksis. Endelig munder evalueringen ud i arbejdsgruppens forslag til en fremtidig tilrettelæggelse af praksiskonsulentordningen, der styrker ordningen, og især koordinatorfunktionen, der foreslås udvidet til tre praksiskoordinatorer (nord, midt, syd), såvel som flere timer og et forslag om elektronisk kommunikation.

Nordjyllands Amt

I Nordjyllands Amt blev der så sent som i 1999⁸ gennemført en evaluering (selvevaluering) af praksiskonsulentordningen i amtet, der har fungeret siden 1995. Formålet med evalueringen var at foretage en vurdering af, i hvor høj grad de overordnede målsætninger for ordningen var opfyldt, og skabe grundlag for diskussion om, hvordan ordningen kan gøres bedre (samme formål som i Århus' evaluering). Evalueringen blev gennemført som en brugerundersøgelse med spørgeskemaer til samtlige praktiserende læger og samtlige somatiske sygehusafdelinger i amtet. Der blev anvendt samme spørgeskema som i Århus Amt, idet de dog blev tilpasset Nordjyllands Amt. Der sammenlignes dog ikke med evalueringen i Århus Amt.

⁸ Evalueringsrapporten udkom maj 2000.

Evalueringen viser, at hele 44% af de praktiserende læger slet ikke har haft kontakt til praksiskonsulenterne. Dette gælder kun 28% af sygehusafdelingerne. Både de praktiserende læger og sygehusafdelingerne tilskriver praksiskonsulentordningen en positiv virkning på dialogen som væsentligste resultat af ordningen. For afdelingerne er bedre forståelse for almen praksis og nemmere kontakt til almen praksis også resultater. Men både de praktiserende læger og sygehusafdelingerne forholder sig dog kritisk til ordningens effekt. Endelige fremførtes de fremtidige ønsker til praksiskonsulentordningen, f.eks. elektronisk kommunikation og større interesse fra de praktiserende læger. Samlet set konkluderede amtet, at det generelle billede af ordningen i amtet hverken var positivt eller negativt. Evalueringen blev fulgt op af et møde med praksiskonsulenterne med henblik på at diskutere undersøgelsesresultaterne og fremtidsmulighederne for praksiskonsulentordningen.

Kapitel 7: Kortlægningen af praksiskonsulentordningen i Danmark

Denne kortlægning af praksiskonsulentordningerne i Danmark, der er gennemført i sommeren og efteråret 2001, har til hensigt systematisk at opgøre status for ordningerne med hensyn til formålet, omfanget, dækningsgrader, opgaver, ressourceforbruget, organiseringen, samarbejdsrelationerne, de opnåede resultater, tilfredsheden blandt interessenter og aktører samt fremtidige udviklingsplaner for hver enkelt af de eksisterende praksiskonsulentordninger i amterne/H:S. Ud over at være en selvstændig samlet opgørelse af omfang, status, organisering og resultater som følge af praksiskonsulentordningerne i Danmark danner dele af undersøgelsen også en basis for den efterfølgende brugerundersøgelse (kapitel 8).

7.1 Valgte metode for kortlægningen

Med henblik på systematisk at indsamle information om praksiskonsulentordningen i amterne og H:S, og for at få et fuldstændigt billede af praksiskonsulentordningen i Danmark, blev spørgeskema-metoden (survey) valgt i forbindelse med kortlægningen af praksiskonsulent-ordningen i Danmark. Dette valg af metode hang også sammen med målet om at inkorporere alle interessenters og aktørers viden, erfaring og oplevelser med de respektive ordninger. Der blev derfor i begyndelsen af maj⁹ udsendt postale spørgeskemaer samt følgebrev, til følgende grupper af interessenter og aktører i praksiskonsulentordningerne i Danmark:

- Forvaltningschefer i alle sygehus- eller sundhedsforvaltninger¹⁰ (16 spørgeskemaer).
- Samtlige sygehusledelser ved cheflæger eller lægelige direktører¹¹ (71 spørgeskemaer).
- Samtlige praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter¹² (30 og 291 spørgeskemaer).

Den 1. juni 2001 (og 30. oktober for H:S) blev der udsendt en rykker til personer, der endnu ikke havde svaret. På dette tidspunkt var der for de ovenstående grupper returneret henholdsvis 63%, 57%, 72% og 51% af de udsendte spørgeskemaer. De endelige besvarelsesprocenter for kortlægningsfasen fremgår nedenfor af tabel 7.1 i afsnit 7.2.

På grund af forskelle i nogle af spørgsmålene blev der udarbejdet fire forskellige spørgeskemaer i forbindelse med kortlægningen – et for hver af de fire ovenstående grupper. Spørgeskemaerne fremgår af appendiks 7.1-7.4. Idet der er tale om en kortlægning, er spørgsmålene i spørgeskemaerne primært *kognitive* vedrørende faktuelle forhold (for eksempel, hvornår blev praksiskonsulentordningen etableret i amtet/H:S?). Men der er også inkluderet *evaluative* spørgsmål (for eksempel vurderes det, hvorvidt praksiskonsulentordningen har haft indflydelse på ventetiden for udskrivningsbreve?). De fleste spørgsmål er lukkede, men i mange tilfælde

⁹ Spørgeskemaer til koordinatore og konsulenter i H:S blev først sendt ud den 1. oktober 2001 på grund af de omstruktureringer, som ordningen i H:S gennemgik i forsommeren, hvor alle stillinger blev slået op. Den senere udsendelse skete efter aftale med Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune, der administrerer ordningen i H:S.

¹⁰ I de 14 amter, samt i Københavns og Frederiksberg kommuner, som ordningen i H:S hører under.

¹¹ Eller sygehusledelser, i det omfang sygehuset ikke havde den traditionelle trojka-ledelsesmodel.

¹² Navne og adresser på praksiskoordinatorer og -konsulenter er oplyst af de enkelte amter/H:S.

med mulighed for uddybning (åben svarmulighed). De indkomne svar er efter udarbejdelse af kodeskemaer indtastet og analyseret og behandlet i et statistikprogram (SPSS 11.0). Kortlægningen af praksiskonsulentordninger baseres primært på deskriptiv statistik med frekvenstabeller og krydstabeller, såvel som grafisk afbildning. I det omfang det findes relevant og muligt, er der dog i forbindelse med databehandlingen testet for statistiske forskelle imellem gruppen af interessenter og gruppen af aktører. Dette gælder især for de evaluative spørgsmål i kortlægningen. De mest optimale statistiske tests er valgt i forhold til datas skalaegenskaber, og signifikansniveauet er 5%.

7.2 Besvarelsesprocenter

Af tabel 7.1 ses, at besvarelsesprocenten for kortlægningen ligger på mellem 64% og 100%, idet alle forvaltningschefer har svaret, modsat knap to-tredjedele af praksiskonsulenterne.

Tabel 7.1: Besvarelsesprocenter i forhold til udsendte spørgeskemaer

Population	Udsendt	Udgået	Modtaget	Besvarelse (%)
Forvaltningschefer	16	0	16	100%
Sygehusledelser	71	2	62	90%
Praksiskoordinatorer	30	0	23	77%
Praksiskonsulenter	291	12	178	64%

At to sygehusledelser er udgået af undersøgelsen, skyldes, at henholdsvis Århus Amtssygehus og Marselisborg Sygehus, såvel som Aalborg og Brønderslev Psykiatriske Sygehuse, i dag nu udgør ét sygehus med én fælles sygehusledelse. De ni udgåede respondenter fra gruppen af praksiskonsulenter skyldes typisk ophør som praksiskonsulent på udsendelsestidspunktet, eller at de på grund af nyansættelse i H:S ikke har været i stand til at besvare spørgeskemaet.

Generelt er besvarelsesprocenterne høje. Men for at vurdere, om besvarelsesprocenterne er repræsentative for en landsdækkende kortlægning, er den geografiske repræsentation undersøgt. I gruppen af sygehusledelser viser de fleste amter sig at være fuldstændigt eller næsten fuldstændigt repræsenteret (75-100%). Kun Vestsjællands Amt er alene repræsenteret ved halvdelen af sygehusledelserne. En forklaring herpå kan være omlægningen i 2001 til den nye sygehusstruktur i amtet med funktionsbærende enheder på tværs af sygehusene. Ellers synes besvarelsesprocenterne at være geografisk repræsentative. For gruppen af praksiskonsulenter er der kun opnået 50% besvarelse i Vestsjællands, Bornholms og Fyns amter, mens de øvrige amter fordeler sig med en besvarelsesprocent på mellem 55% og 80%. Dermed forekommer der også at være en tilfredsstillende spredning af besvarelsesprocenterne, både i gruppen af konsulenter og i gruppen af koordinatorer, selv om kun halvdelen af respondenterne har svaret i enkelte amter.

7.3 Etablering af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter

Allerede tilbage i 1989 blev den første praksiskonsulent (almen praktiserende læge Per Grinsted) ansat på Klinisk Kemisk Afdeling på Odense Universitetshospital med fokus på analysekvaliteten i almen praksis (laboratoriekonsulent). I forbindelse med et 1-årigt forsøgsprojekt i 1991-1992 blev praksiskonsulentordningen udbredt til andre afdelinger på Odense Universitetshospital og Nyborg Hospital. Efter evaluering af forsøgsprojektet blev det besluttet at etablere en praksiskonsulent-ordning i Fyns Amt permanent. I 1992 startede der ligeledes en praksiskonsulentordning i Sønderjyllands Amt, og Vestsjællands Amt og Viborg Amt fulgte i 1993, sidstnævnte på forsøgs-basis, og de to følgende år kom de fleste af de øvrige amter med. Det sidste amt, der etablerede en praksiskonsulentordning, var Frederiksborg Amt i 1998. I tabel 7.2 er årstallet for etablering af praksiskonsulentordningerne i de enkelte amter vist. Det bemærkes endvidere, at de fire yngste praksiskonsulentordninger er netop de fire amter, der indgår i den komparative brugerundersøgelse i denne evaluering (kapitel 8).

Tabel 7.2: Etablering af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter

Amter	År for etablering
Fyns Amt	1991 ^a
Sønderjyllands Amt	1992
Vestsjællands Amt	1993
Viborg Amt	1993 ^b
Hovedstadens Sygehusfællesskab	1994 ^c
Århus Amt	1994 ^d
Roskilde Amt	1994 ^e
Storstrøms Amt	1994
Bornholms Amt	1994
Ringkøbing Amt	1994 ^f
Vejle Amt	1995
Ribe Amt	1995 ^g
Nordjyllands Amt	1995
Københavns Amt	1996
Frederiksborg Amt	1998

a. Som 1-årigt forsøgsprojekt i 1991-1992.

b. På forsøgsbasis i 1993-1994, men permanent fra den 1. januar 1995.

c. Før etableringen af H:S i 1995 hørte ordningen under Københavns og Frederiksberg kommuner.

d. Først etableret for en 2-årig periode med henblik på evaluering.

e. 2-årig forsøgsordning i 1994-1996.

f. Forsøgsordning i 1994-1995, men permanent fra den 1. januar 1996.

g. 2-årig prøveordning i 1995-1996, men permanent fra 1997.

Som det ses af figur 7.1 nedenfor har det i høj grad været sundheds- eller sygehusforvaltninger i de enkelte amter, som officielt har taget initiativet til etablering af praksiskonsulentordningerne. Dette var således tilfældet for 11 af de 15 praksiskonsulentordninger (figur 7.1). I Storstrøms, Frederiksborg¹³, Sønderjyllands, Vejle, Århus¹⁴, Viborg, Nordjyllands¹⁵ amter, og i H:S¹⁶ blev praksiskonsulentordningen initieret af sundhedsforvaltningen i amtet, mens sygehusforvaltningen initierede ordningen i Ribe og Roskilde amter. Kun i et amt var en sygehusledelse involveret i etableringen af praksiskonsulentordningen, nemlig i Sønderjyllands Amt sammen med forvaltningen. Praksiskonsulentordninger i Fyns Amt og Københavns Amt udsprang af sygehusafdelinger på henholdsvis Odense Universitetshospital og Amtssygehuset i Glostrup. I Ringkøbing Amt og Vestsjællands Amt blev ordningen alene initieret af almen praksis, mens almen praksis var en af initiativtagerne i Århus, Vejle¹⁷, og Københavns amter. Endelig blev praksiskonsulentordningen etableret i Bornholms Amt i forbindelse med en sundhedskonference (figur 7.1).

¹³ Praksisadministrationen.

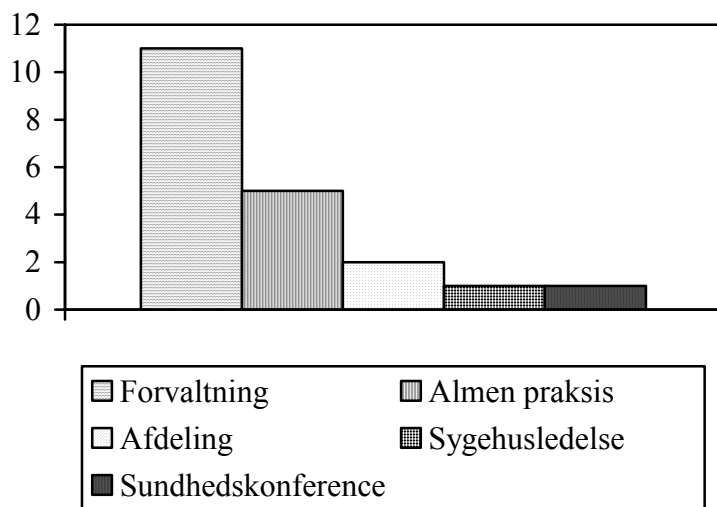
¹⁴ Afdelingen for økonomi og planlægning.

¹⁵ Sundhedsområdet.

¹⁶ Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning.

¹⁷ Fælles initiativ mellem Praksisudvalget og sundhedsforvaltningen.

Figur 7.1: Hvem initierede praksiskonsulentordningen i amtet?



Mange af praksiskonsulentordningerne er blevet evalueret i de enkelte amter efter en vis forsøgsperiode med henblik på at beslutte, om ordningerne skulle gøres permanente. Af tabel 7.2 fremgår det, at 11 af praksiskonsulentordningerne er blevet evalueret en eller to gange. Tidligere i denne rapport's del 1, kapitel 3, blev metode og resultater fra disse evalueringer kort gengivet. Praksiskonsulentordningerne i Frederiksborg, Vestsjællands, Storstrøms, Bornholms amter har ikke været evalueret tidligere.

7.4 Praksiskonsulenter og -koordinatorer

Kortlægningen af praksiskonsulentordningerne i Danmark viser, at den typiske praksiskonsulent er en 51-årig mand (75%), som har været praktiserende læge i 17 år og praksiskonsulent i 4 år. Den typiske praksiskoordinator er en 55-årig mand (91%), som har været praktiserende læge i 21 år og praksiskoordinator i godt 8 år, og to-tredjedele af praksiskoordinatorerne fungerer enten som praksiskonsulent samtidig eller var før stillingen som praksiskoordinator praksiskonsulent.

I tabel 7.3 er antallet af praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter præsenteret for de enkelte amter/H:S i forhold til besatte og vakante stillinger, som oplyst af forvaltningerne.

Tabel 7.3: Besatte og vakante stillinger som praksiskoordinator og -konsulent i amterne (per maj-juni 2001 ^a)

Amt/H:S	Praksiskoordinatorer		Praksiskonsulenter	
	Besatte	Vakante	Besatte	Vakante
Københavns Amt	3	0	24	1
H:S	5	0	26	1
Frederiksborg Amt	1	0	18	1
Roskilde Amt	1	1	19	2
Vestsjællands Amt	1	0	10	0
Storstrøms Amt	2	0	14	0
Bornholms Amt	1	0	3	0
Fyns Amt	3	0	34	1
Sønderjyllands Amt	1	2	13	2
Ribe Amt	1	0	21	0
Ringkøbing Amt	1	0	16	0
Vejle Amt	4	0	38	4
Århus Amt	1	0	25	0
Viborg Amt	3	0	27	2
Nordjyllands Amt	2	0	21	2
Samlet	30	3	309	16

a. H:S tal per september 2001.

Af tabellen ses, at der i alt var 309 stillinger som praksiskonsulent og 30 stillinger som praksiskoordinator per maj-juni 2001, jævnfør oplysningerne fra forvaltningerne i de enkelte amter/H:S. Heraf var de 16 stillinger som praksiskonsulent og 3 stillinger som praksiskoordinator vakante. Sammenlignet med Statusrapport 2000 for praksiskonsulentordningen i Danmark (Dansk selskab for almen medicin, 2000), der baserer sig på oplysninger januar 2000, så er der tale om en mindre stigning i det samlede antal praksiskonsulenter i Danmark. I 10 af amterne er antallet af praksiskonsulentstillinger øget siden januar 2000, mens det er uændret i 4 amter.¹⁸ Kun i H:S er antallet af praksiskonsulentstillinger skåret ned fra 43 til 26, jævnfør ændringen af ordningen i H:S i 2001. Antallet af praksiskoordinatorstillinger er stort set uændret, idet der kun er én stilling mindre i opgørelsen for maj-juni 2001 sammenlignet med opgørelsen per januar 2000. Antallet af vakante stillinger synes også at være faldet fra opgørelsen per januar 2000 til opgørelsen per maj-juni 2001, idet der er 13 færre vakante stillinger. Mere end halvdelen af disse forklares dog ved ændringen af ordningen i H:S, hvor 7 stillinger tidligere var vakante. Antallet af vakante stillinger i Fyns Amt er også betragteligt lavere i 2001 sammenlignet med januar 2000.

Baseret på de indkomne besvarelser af spørgeskemaet til praksiskonsulenter, så er de i gennemsnit ansat i 5,7 timer per måned, jævnfør tabel 7.4 nedenfor. Dette svarer i overvejende grad til timetallene, der er opgjort i statusrapporten 2000. Praksiskoordinatorerne er i gennemsnit ansat i 29,9 timer per måned med de fleste timer tilhørende ansættelse i forvaltningen. Spredningen i de månedlige arbejdstimer i 2001 på 4-80 timer for praksiskoordinatorerne i de enkelte amter/H:S er også identisk med spredningen i arbejdstimerne per januar 2000.

¹⁸ Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt, Bornholms Amt, og Sønderjyllands Amt.

Tabel 7.4: Månedlige arbejdstimer som praksiskonsulent og praksiskoordinator (gennemsnitlige timer per måned)

Timer per måned ansat ved:	Praksiskonsulenter ^a		Praksiskoordinatorer ^b	
	Gennemsnit	Min. – Maks.	Gennemsnit	Min. – Maks.
Ansættelse i forvaltningen	4,5	0 – 9	30,2	2 – 80
Ansættelse på sygehus	6,0	0 – 25	11,6	4 – 20
Ansættelse på sygehusafdeling	4,8	0 – 12	--	--
Samlede timer, gennemsnit	5,7	1 – 25	29,9	4 – 80

a. To praksiskonsulenter har angivet både at have timer ved ansættelse på sygehus og på sygehusafdeling.

b. Seks praksiskoordinatorer har angivet både at have timer ved ansættelse i forvaltning og på sygehus. Derfor er gennemsnittet for samlede praksiskoordinator-timer højere end ved forvaltning og sygehus.

For de enkelte amter fremgår de gennemsnitlige månedlige arbejdstimer for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer af tabel 7.5.

Tabel 7.5: Månedlige arbejdstimer som praksiskonsulent og praksiskoordinator, opgjort på amter (gennemsnitlige timer per måned)

Timer per måned ansat i:	Praksiskonsulenter ^a		Praksiskoordinatorer ^b	
	Gennemsnit	Min. – Maks.	Gennemsnit	Min. – Maks.
Københavns Amt	8,5	6 – 12	21	12 – 30
H:S	6,9	6 – 12	45	40 – 56
Frederiksborg Amt	9,7	8 – 18	16	--
Roskilde Amt	5,9	4 – 8	10	--
Vestsjællands Amt	6,1	5 – 8	60	--
Storstrøms Amt	6,0	3 – 8	18	16 – 20
Bornholms Amt	6,0	6 – 6	--	--
Fyns Amt	4,8	1 – 15	57	34 – 80
Sønderjyllands Amt	4,5	2 – 6	12	--
Ribe Amt	5,0	3 – 12	16	--
Ringkjøbing Amt	7,8	7 – 8	28	--
Vejle Amt	2,4	1 – 4	7	4 – 9
Århus Amt	9,4	5 – 25	24	--
Viborg Amt	1,8	1 – 5	4	--
Nordjyllands Amt	4,2	1 – 8	63	60 – 65

De gennemsnitlige månedlige timer for en praksiskonsulent varierer fra 1,8 timer (Viborg Amt) til 9,7 timer (Frederiksborg Amt), eller fra 21 timer om året (Viborg Amt) til 116 timer om året (Frederiksborg Amt). For praksiskoordinatorerne er der en lige så stor variation i timetallet, idet det gennemsnitlige timetal per måned for en praksiskoordinator svinger fra 4 timer (Viborg Amt) til 63 timer (Nordjyllands Amt). Sammenholdes de gennemsnitlige timetal for henholdsvis praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer, ses det, at man i ordningerne i Viborg og Vejle amter har forholdsvis få timer til rådighed per måned sammenlignet med de øvrige amter. Specielt de mange stillinger som praksiskonsulent i Vejle Amt (42) skal sættes i forhold hertil. Jævnfør kortlægningen (tabel 7.6) er praksiskonsulenterne kun på afdelingen (afdelingerne) i godt halvdelen af deres arbejdstid (52%). Resten af tiden fordeler sig på tid brugt uden for afdelingen og tid brugt blandt andet på møder og udvalgsarbejde. Praksiskoordinatorernes tid fordeler sig, som det ses af tabel 7.6, mere spredt i forhold til forvaltning, sygehus, afdeling og andet.

Tabel 7.6: Arbejdstidens fordeling af arbejdstid for praksiskonsulenter og -koordinatorer (procent-andele)

Fordeling af arbejdstid	Praksiskonsulenter ^a	Praksiskoordinatorer ^{a, b}
Tid i forvaltningen	--	21
Tid på sygehusene	--	25
Tid i afdelingen/afdelingerne	52	11
Tid uden for afdelingen	31	--
Andet (f.eks. møder, udvalg)	31	41

a. Summerer til mere end 100%, idet nogle respondenter har angivet andele, der samlet summerer til mere end 100%.

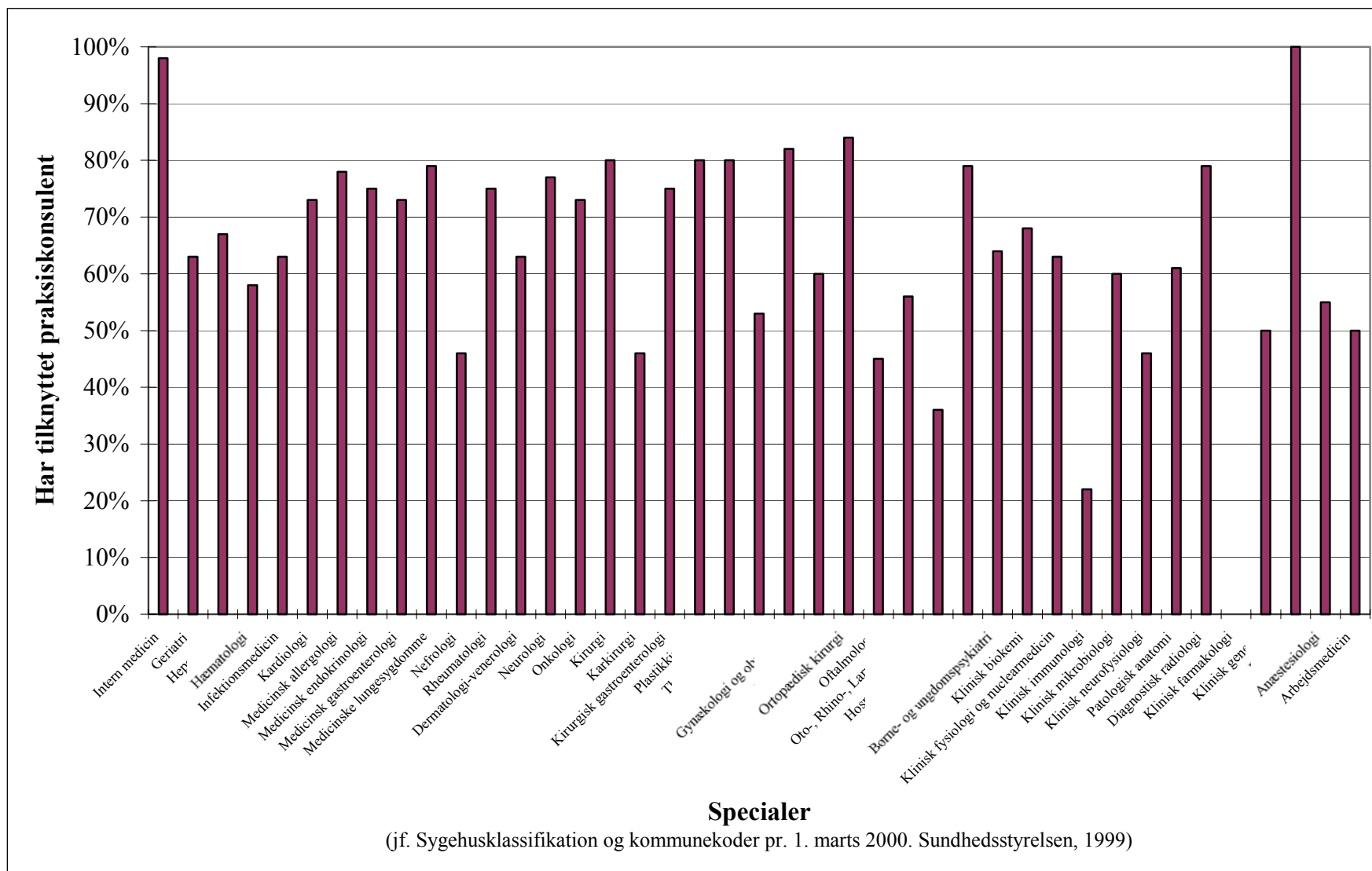
b. Uoplyst for én praksiskoordinator.

7.5 Praksiskonsulentordningens udbredelse og omfang

Af de 62 sygehuse, der har besvaret spørgeskemaet til sygehusledelser i forbindelse med kortlægningen, har 57 etableret en praksiskonsulentordning på sygehuset. De fire sygehuse, der ikke har etableret en ordning, er alle psykiatriske sygehuse i Sønderjyllands Amt, Vestsjællands Amt, Århus Amt og H:S.

En faktor, der karakteriserer omfanget af praksiskonsulentordningerne, er, hvilke specialer der har tilknyttet en praksiskonsulent. I en publikation fra 1999 fra den tidligere regering "Danmark som foregangsland" fremgår, at omkring i halvdelen af amterne har tilknyttet en praksiskonsulent til alle specialer, mens det for enkelte amter¹⁹ kun er tilfældet for omkring en tredjedel. I denne kortlægning er omfanget af praksiskonsulentordningen inden for de enkelte specialer opgjort i forhold til de sygehuse, som har besvaret spørgeskemaet. Dette er vist nedenfor i figur 7.2. Af figuren ses det, at alle sygehuse har tilknyttet praksiskonsulenter til afdelinger med pædiatrisk speciale og alle afdelinger på nær én med specialet intern medicin. For en række specialer, herunder flere kirurgiske specialer (almen, plastik, thorax og ortopæd), er 80% eller mere af afdelingerne med disse specialer tilknyttet praksiskonsulentordningen. De typiske specialer, hvor der ikke eller kun i mindre grad er afdelinger med praksiskonsulenter, er inden for klinisk immunologi, hospitalsodontologi, oftalmologi, nefrologi, klinisk neurofysiologi, karkirurgi, klinisk genetik, arbejdsmedicin og klinisk farmakologi. I nogle amter håndteres dette dog på den måde, at praksiskoordinatorerne tager sig af specialer, hvor der ikke er tilknyttet praksiskonsulenter.

¹⁹ Vestsjællands Amt (30%), Nordjyllands Amt (30%), og Ribe Amt (35%).



Figur 7.2: Omfanget af praksiskonsulentordningen i forhold til specialer på sygehusene (N=62)

Den overordnede målsætning for praksiskonsulentordningerne er at styrke samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor. Med fokus på hele patientforløb i sundhedsvæsenet sker væsentlige kontakter mellem primær- og sekundærsektor i forbindelse med praktiserende lægers henvisning af patienter til sygehuse og patienters udskrivelse eller ambulante besøg på sygehuse med efterfølgende kontakter til primærsektoren. En væsentlig rolle for praksiskonsulentordningerne består derfor i at bistå ved disse kontakter, i det omfang det skønnes nødvendigt. Omfanget (dækningsgraden) af de enkelte praksiskonsulentordninger må forventes at være en af flere faktorer, som indvirker på, i hvor høj grad denne målsætning og rolle opfyldes med praksiskonsulentordningen. De enkelte praksiskonsulentordningers dækningsgrad kan opgøres som antallet af udskrivninger, ambulante besøg eller praktiserende læger i amterne/H:S sammenholdt med antallet af stillinger som praksiskonsulent eller antallet af praksiskonsulenttimer i den respektive ordning. På grund af praksiskoordinatorernes overordnede, administrative og koordinerende rolle er det valgt at se bort fra disse i opgørelsen af dækningsgrader. Nedenstående tabel 7.7 viser dækningsgrader (per maj-juni 2001) for henholdsvis stillinger og timer i de enkelte praksiskonsulentordninger opgjort i forhold til de tre parametre. Amterne/H:S er præsenteret i tabellen efter deres samlede dækningsgrad, således at ordningen med den højeste dækningsgrad i forhold til antal praktiserende læger (dvs. laveste antal praktiserende læger i forhold til henholdsvis stillinger og timer) kommer først.

Tabel 7.7: Praksiskonsulentordningens dækningsgrad ^a (per maj-juni 2001)

	Dækningsgrader per konsulent ^b		
	Udskrivninger ^c	Ambulante besøg ^d	Praktiserende læger ^e
1. Viborg	2.016	6.091	6
2. Vejle	2.232	8.538	6
3. Ribe	2.160	8.123	7
4. Roskilde	2.576	9.305	8
5. Fyn	3.187	13.728	9
6. Bornholm	2.689	6.493	11
7. Ringkjøbing	3.259	10.442	11
8. Storstrøm	3.683	10.130	12
9. Frederiksborg	3.731	13.839	14
10. Sønderjylland	4.445	13.118	15
11. København	5.162	16.877	16
12. Århus	5.806	23.644	16
13. Nordjylland	5.183	18.092	17
14. H:S	7.384	34.977	17
15. Vestsjælland	5.423	14.891	18
	Dækningsgrader per konsulenttime ^f		
	Udskrivninger ^c	Ambulante besøg ^d	Praktiserende læger ^e
1. Ribe	36	136	0,116
2. Ringkjøbing	35	112	0,119
3. Roskilde	36	131	0,120
4. Frederiksborg	32	119	0,121
5. Århus	51	210	0,144
6. Bornholm	37	90	0,157
7. Fyn	55	236	0,160
8. København	51	165	0,162
9. Storstrøm	51	141	0,166
10. H:S	89	422	0,209
11. Vejle	78	298	0,222
12. Vestsjælland	74	203	0,250
13. Sønderjylland	82	243	0,285
14. Viborg	96	290	0,290
15. Nordjylland	103	361	0,333

a. Dækningsgrader for amterne er rangordnet efter dækningsgrader beregnet for praktiserende læger.

b. Dækningsgraderne er kun beregnet ud fra antallet af besatte stillinger som praksiskonsulent i hvert amt. For H:S per september 2001.

c. Årlige antal udskrivninger, somatik og psykiatri (1999-data). Kilde: Virksomhed ved sygehuse 1999. Sundhedsstatistikken 2001:2. Sundhedsstyrelsen, 2001. (tabel A-6).

d. Årlige antal ambulante besøg (1999-data). Kilde: Virksomhed ved sygehuse 1999. Sundhedsstatistikken 2001:2. Sundhedsstyrelsen, 2001 (tabel A-6)

e. Antal praktiserende læger (2000-data). Kilde: Amtsrådsforeningen, 2001.

f. Årlige antal konsulenttimer i de enkelte ordninger er de gennemsnitlige timer per år per praksiskonsulent (tabel 5.5), som er beregnet ud fra de besvarede spørgeskemaer til praksiskonsulenterne. Det gennemsnitlige timetal er efterfølgende ganget med antallet af besatte praksiskonsulentstillinger i ordningerne.

Betragtet ud fra antallet af stillinger som praksiskonsulent har praksiskonsulentordningen i Viborg Amt umiddelbart den største dækningsgrad målt på alle tre parametre (udskrivninger, ambulante besøg og antal praktiserende læger), jævnfør øverste del af tabel 7.7. Viborg Amt udmærker sig ved at have det laveste antal udskrivninger per konsulent (2.016), det næstlaveste antal ambulante besøg (6.091) per konsulent, og det

laveste antal praktiserende læger per konsulent (6). Ordningen i Vejle Amt har den næsthøjeste dækningsgrad. Omvendt synes ordningerne i Vestsjællands Amt, H:S og Nordjyllands Amt derimod at have den laveste dækningsgrad opgjort i forhold til antallet af praksiskonsulentstillinger.

En opgørelse af dækningsgraderne i forhold til antallet af stillinger som konsulent giver dog ikke nødvendigvis det fuldstændige billede af omfanget af praksiskonsulentordningerne og deres dækningsgrader. Antallet af timer som praksiskonsulenterne er ansat i deres stillinger er en yderligere (og mere væsentlig) forklaring på ordningernes omfang og dermed dækningsgrad. Af den nederste del af tabel 7.7 er dækningsgraderne tillige opgjort i forhold til antallet af praksiskonsulenttimer per år i de enkelte ordninger (se tabelnote f for beregningen af timerne). Set i dette lys ligger praksiskonsulentordningerne i henholdsvis Vejle og Viborg amter begge i den nedre ende med næstlaveste og femtelaveste dækningsgrad i forhold til antal praktiserende læger²⁰ per konsulenttime (0,290 og 0,222). Dette illustrerer, hvad der også var resultatet af opgørelsen af gennemsnitlige månedlige timetal per amt/H:S i tabel 7.5, at man i Viborg og Vejle amter har ansat mange konsulenter, men at disse generelt kun er ansat i få timer per måned. Det må derfor konkluderes, at dækningsgraden er blandt de laveste for disse to praksiskonsulentordninger, i hvert fald hvis der alene måles på de tre parametre (udskrivninger, ambulant aktivitet og praktiserende læger). Andre praksiskonsulentordninger med lav dækningsgrad er ordningerne i Nordjyllands Amt og Vestsjællands Amt både, når det opgøres i forhold til stillinger og timer. Alt andet lige vil man i praksiskonsulentordningerne i disse fire amter med de tilgængelige antal praksiskonsulenter og konsulenttimer i forhold til udskrivningsaktiviteten og antallet af praktiserende læger have sværere ved at kunne nå at bistå ved kontakten mellem primær- og sekundærsektor og dermed styrke samarbejdet mellem dem, jævnfør den overordnede målsætning for praksiskonsulentordningerne.

Praksiskonsulentordningen i Ribe Amt er omvendt den ordning, der kan karakteriseres ved at have den største dækningsgrad (per konsulenttime) af alle ordninger. Per konsulenttime er der kun 36 udskrivninger, 136 ambulante besøg, og en vægt på 0,116 i forhold til de praktiserende læger. Det lavest mulige antal kontakter og praktiserende læger per konsulenttime må forventes at tilvejebringe de bedste muligheder for et velfungerende samarbejde mellem primærsektoren og sekundærsektoren. Ribe Amt har samtidigt tredje højeste dækningsgrad, når der opgøres i forhold til stillinger. Roskilde Amt og Ringkjøbing Amt og Fyns Amt kan også karakteriseres ved at have høje dækningsgrader for deres praksiskonsulentordninger, både i forhold til det samlede antal stillinger og det årlige antal konsulenttimer. Dækningsgraden for ordningen i Århus Amt bliver også højere, når der regnes med timer i stedet for stillinger, hvilket hænger sammen med, at praksiskonsulenterne i amtet har det næsthøjeste gennemsnitlige antal timer per måned (tabel 7.5).

²⁰ Dækningsgraden er dog lavere i Nordjyllands Amt.

7.6 Opgaverne for praksiskonsulentordningen i Danmark

Som tidligere nævnt er det overordnede mål med praksiskonsulentordningen at styrke samarbejdet mellem sygehuse og almen praksis om de enkelte patientforløb. Jævnfør kortlægningen har alle amter og H:S de tre følgende specifikke målsætninger for deres praksiskonsulentordning²¹:

- Samarbejde med henblik på at sikre kommunikation mellem sygehuse og almen praksis
- Nedbryde barrierer mellem primær- og sekundærsektor
- Medvirke til vidensformidling mellem sygehuse og almen praksis.

Endvidere har alle praksiskonsulentordninger, minus ordningen i Sønderjyllands Amt, en målsætning om, at der skal ”sikres helhed og koordinering i patientforløb”. 12 amter/H:S har en målsætning for deres praksiskonsulentordning, at den skal ”definere og løse samarbejdsproblemer”²², mens praksiskonsulentordninger i 11 amter/H:S har som mål, at ordningen skal være med til at ”sikre kollegers opbakning omkring sammenhængende patientforløb”.²³ Det er målsætningen i 11 amter/H:S, at man skal ”medvirke til efteruddannelse i almen praksis og sygehusafdelingerne”²⁴, mens man i 10 amter/H:S stræber efter, at praksiskonsulentordningen ”deltager i udviklingen af guidelines”.²⁵ Endelig er der kun 9 amter, hvor praksiskonsulentordningen skal ”stræbe efter optimal ressourceanvendelse mellem primær- og sekundærsektor”.²⁶ Og endelig er det kun i Fyns, Københavns, Nordjyllands og Århus amter, at det er en målsætning, at praksiskonsulentordningen skal ”give patienterne et ligeværdigt og passende tilbud både i primær- og sekundærsektor”.

Det er således langt fra alle amter/H:S, der har givet udtryk for at have alle 10 specifikke målsætninger for deres praksiskonsulentordning – dette gælder kun ordningerne i Fyns, Københavns, Århus og Nordjyllands amter. Omvendt har ordningen i Sønderjyllands Amt kun som målsætning at samarbejde med henblik på at sikre kommunikation, nedbryde barrierer samt medvirke til vidensformidling mellem de to sektorer – de tre førstnævnte målsætninger.

I spørgeskemaet til praksiskonsulenterne blev disse spurgt om, hvad der var deres opgaver i ordningen, og samtidig bedt om at prioritere disse. De opgaver, der er taget med i spørgeskemaet til praksiskonsulenter, tager udgangspunkt i funktionsbeskrivelsen i Statusrapporten fra Dansk selskab for almen medicin, idet der dog er tilføjet flere opgaver. Den samlede opgørelse af konsulenternes svar fremgår af tabel 7.8 nedenfor. Opgaverne præsenteres i en prioriteret rækkefølge efter de opgaver, som praksiskonsulenterne har givet første prioritet. Det vil sige, at den opgave, der præsenteres øverst i tabellen, er den opgave, som flest havde givet førsteprioritet.

²¹ Der er taget udgangspunkt i de målsætninger, der beskrives i Statusrapporten fra Dansk selskab for almen medicin fra 2000. Forvaltningerne i de 14 amter samt H:S er blevet bedt om tage stilling til disse målsætninger (forkortede udgaver) ud fra, hvad der er deres egen praksiskonsulentordnings målsætning.

²² Minus Ribe, Storstrøms og Sønderjyllands amter.

²³ Minus Ribe, Sønderjyllands, Vejle og Vestsjællands amter.

²⁴ Minus Bornholms, Ribe, Roskilde og Sønderjyllands amter.

²⁵ Minus Bornholms, Ribe, Roskilde, Sønderjyllands og Vestsjællands amter.

²⁶ Minus Bornholms, H:S, Ribe, Roskilde, Sønderjyllands og Vejle amter.

Tabel 7.8: Opgaver for praksiskonsulenterne, N=178 (procent-andele)

Opgaver (præsenteret i prioriteret rækkefølge efter 1. prioriteter)	Andel (%)
1. Forbedring af kommunikationen mellem almen praksis og sygehusafdelingen	93
2. Information til almen praksis om nye tiltag/behandlingsformer på sygehusafdelingen	83
3. Løsning af samarbejdsproblemer mellem sygehusafdelingen og almen praksis	78
4. Medvirke til at forbedre kvaliteten af og korte ventetiden for udskrivningsbreve til praksis	78
5. Medvirke til at udarbejde retningslinjer for visitation fra almen praksis til afdelingen	73
6. Medvirke til at forbedre kvaliteten af henvisningerne fra almen praksis til afdelingen	79
7. Information til almen praksis om arbejdsgange på sygehusafdelingen	79
8. Medvirke til koordinering af patientforløb (<i>shared care</i>)	63
9. Information til sygehusafdelingen om arbejdsforhold i almen praksis	78
10. Afholdelse af møder med almen praksis og/eller sygehusafdelingen	78
11. Medvirke til udarbejdelse af informationsmateriale om praksiskonsulentordningen	68
12. Afholdelse af møder med praksiskoordinatorer og/eller praksiskonsulenter	70
13. Koordinering af sygehusafdelingens ambulante aktivitet med almen praksis	63
14. Arrangere og deltage i efteruddannelsestilbud til almen praksis og sygehusafdelingen	60
15. Deltagelse i kvalitetsudviklingsprojekter på sygehusafdelingen og i almen praksis	51
16. Medvirke til udarbejdelse af kliniske vejledninger/referenceprogrammer på afdelingen	50
17. Samarbejde med lokale praksisudvalg	42
18. Sikre opfølgningen af patienterne i almen praksis efter udskrivelse fra afdelingen	50
19. Andet	9

Af tabel 7.8 ses det, at den opgave, som flest af de 178 praksiskonsulenter (93%), har angivet, at de har, er at forbedre kommunikationen mellem almen praksis og sygehusafdelingen. Vigtigheden af denne opgave understreges af, at 82% af praksiskonsulenterne har givet den førsteprioritet.²⁷ Næsthypigste (83%) og næstvigtigste²⁸ opgave er at tilvejebringe information til almen praksis om nye tiltag/behandlingsformer på sygehusafdelingen. Løsning af samarbejdsproblemer er tredje-hypigste og -vigtigste opgave for en praksiskonsulent i Danmark. Derimod har kun 63% angivet medvirken til koordination af patientforløb (*shared care*) som en af deres opgaver. Dog har halvdelen givet opgaven førsteprioritet. Opgaven med laveste prioritet er, lidt overraskende, at ”sikre opfølgning af patienterne i almen praksis efter udskrivelse fra afdelingen”, hvilket der måske er styr på, jævnfør at alle konsulenter er praktiserende læger.

Praksiskoordinatoren vil typisk referere direkte til forvaltningen og vil samtidig skulle lede, styre, inspirere og være ansvarlig for flere af de opgaver, der sættes i værk i praksiskonsulentordningen. Derfor er opgaverne for praksiskoordinatoren af mere overordnet, ledelsesmæssig, administrativ og koordinerende karakter. De specifikke opgaver for praksiskoordinatorerne, jævnfør spørgeskemaet til praksiskoordinatorer, fremgår af tabel 7.9 nedenfor.

²⁷ Det skal understreges, at hvis en respondent ikke angav prioritet ud for hver opgave, som vedkommende havde, blev alle vedkommendes opgaver givet prioriteten 1, dvs. førsteprioritet, hvorfor summen af første prioriteter summerer til mere end 100%.

²⁸ 43% af praksiskonsulenterne har givet denne opgave førsteprioritet.

Tabel 7.9: Opgaver for praksiskoordinatorerne, N=23 (procent-andele)

Opgaver (præsenteret i prioriteret rækkefølge efter 1. prioriteter)	Andel (%)
1. Samordne praksiskonsulenternes arbejde sammen med sygehusledelserne/afdelingerne	100
2. Generelt inspirere praksiskonsulenterne i deres daglige arbejde	87
3. Redaktionsarbejde i relation til skriftligt materiale til almen praksis og afdelinger	73
4. Medvirker ved ansættelse af nye praksiskonsulenter	96
5. Repræsentere praksiskonsulentordningen ud ad til i amt og interesseorganisationer	91
6. Oplyse og inspirere almen praksis til brug af praksiskonsulentordningen	96
7. Oplyse og inspirere sygehusafdelingerne til brug af praksiskonsulentordningen	87
8. Ansvarlig for udarbejdelse af fælles retningslinjer for udformning af henvisninger	78
9. Ansvarlig for udarbejdelse af fælles retningslinjer for udformning af udskrivningsbreve	70
10. Referere og eventuelt evaluere til ansættende myndighed	78
11. Opbygning af systemer til registrering af ventetider på udskrivningsbreve	44
12. Andet	17

Den hyppigste (100%) og vigtigste opgave (61% har givet den førsteprioritet) for de 23 praksiskoordinatorer i den enkelte ordning er en ledelses- og koordineringsopgave med at ”samordne praksiskonsulenternes arbejde sammen med sygehusledelserne/afdelingerne.” Den næst-hyppigste opgave er at ”inspirere praksiskonsulenterne i deres daglige arbejde”. Færrest er involveret i ”opbygning af systemer til registrering af ventetider på udskrivningsbreve”.

7.7 Ressourcer til praksiskonsulentordningen

I forbindelse med kortlægningen blev det afdækket, hvor mange ressourcer de enkelte amter/H:S benytter på praksiskonsulentordningen.²⁹ Der blev taget udgangspunkt i udgifterne i 2000. I det omfang, det var muligt, er der skelnet mellem lønudgifter, driftsudgifter og udgifter til særlige udviklingsaktiviteter (for eksempel puljemidler til kurser og projekter) i de enkelte praksiskonsulentordninger. Nedenfor i tabel 7.10 fremgår fordelingen af de anvendte ressourcer til praksiskonsulentordningerne i alle amter samt H:S i 2000.

²⁹ Der blev efterfølgende udsendt et kort spørgeskema til en udvalgt praksiskoordinator i hvert amt/H:S med henblik på at få præcis information om fordelingen af de anvendte ressourcer på løn, drift og øvrige udviklingsaktiviteter. Følgegruppen for evalueringen forestod udvælgelsen af praksiskoordinatorer.

Tabel 7.10: Udgifter til praksiskonsulentordningen i amterne og i H:S i 2000 (kroner)

	Løn	Drifts- udgifter	Særlige aktiviteter	Samlede udgifter 2000	Lønudgifter per indbygger (2000 tal)
Københavns Amt	2.175.000	0	600.000	2.775.000	3,55
H:S ^a	--	--	--	3.093.428 ^b	5,28
Frederiksborg Amt	1.122.461	47.885	0	1.170.346	3,21
Roskilde Amt	992.383	0	0	992.963	4,29
Vestsjællands Amt	450.000	3.000	0	453.000	1,52
Storstrøms Amt	650.000	100.000	50.000	800.000	2,51
Bornholms Amt	--	--	--	181.500	4,09
Fyns Amt	1.297.941	12.000	150.000	1.648.603	2,75
Sønderjyllands Amt ^c	--	--	--	287.729	1,14
Ribe Amt	--	--	--	900.000	4,01
Ringkjøbing Amt	808.819	35.856	6.396	851.071	2,96
Vejle Amt	800.000	0	0	800.000	2,30
Århus Amt	1.300.000	0	0	1.300.000	2,04
Viborg Amt	--	--	--	285.800	1,22
Nordjyllands Amt	1.231.057	10.000	35.000	1.276.057	2,49

a. H:S udgifter er fremkommet ved at summere de samlede udgifter for Københavns og Frederiksberg Kommuner.

b. I den nye aftale for praksiskonsulentordningen i H:S fra 2001 er knap 20% af lønmidlerne samlet i en pulje til ad hoc-projekter.

c. Alene baseret på tal fra Sønderborg Sygehus og Tønder Sygehus.

Af tabellen ses det, at der er en forholdsvis stor variation i ressourceforbruget på praksiskonsulentordningen i de enkelte amter/H:S. Praksiskonsulentordningerne i H:S, Københavns Amt og Fyns Amt havde det største ressourceforbrug i 2000. For Københavns Amt skal det dog understreges, at de 600.000 kr. til særlige aktiviteter er en del af en tidligere bevilling fra Sundhedsministeriets omstillingspulje. For H:S' vedkommende må det forventes, at ressourcerne til praksiskonsulentordningen i H:S er lavere i årene efter 2000, jævnfør at ordningen blev omstruktureret i 2001 med ansættelse af færre praksiskonsulenter. Omvendt benytter praksiskonsulentordningerne i Bornholms, Viborg og Sønderjyllands amter de færreste ressourcer på praksiskonsulentordningen. Ses de anvendte ressourcer (lønmidlerne) i forhold til indbyggertallet i det respektive amt/H:S, så er det stadigvæk ordningerne i Viborg Amt, og Sønderjyllands Amt og Vestsjællands Amt, der benytter færrest ressourcer per indbygger på praksiskonsulentordningen, mens H:S og Roskilde Amt bruger flest.

Det er dog vigtigt at understrege, at ved sammenligningen af de anvendte ressourcer på praksiskonsulentordningen i de forskellige amter/H:S er man også nødt til at sammenholde disse ressourcer med den reelle volumen af ordningerne i de enkelte amter/H:S (stillinger og timetal), før man kan konkludere noget om, at en ordning er billig. Som tidligere beskrevet er årsagen til de lave udgifter i Viborg Amt, at praksiskonsulenterne i ordningen ikke har ret mange timer om året (tabel 7.5), mens de lave udgifter for Vestsjællands Amt forklares ved, at man har forholdsvis få praksiskonsulenter ansat (tabel 7.3).

Hvem der finansierer praksiskonsulentordningen (praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter), fremgår af tabel 7.11.

Tabel 7.11: Finansiering af praksiskonsulentordningen i de enkelte amter/H:S

	Forvaltningen	Sygehusene	Afdelingerne
København	--	Koordinatorer og konsulenter	--
H:S	Koordinatorer og konsulenter	--	--
Frederiksborg	Koordinator og konsulenter	--	--
Roskilde	Koordinator og konsulenter	--	--
Vestsjælland	Koordinator	Konsulenter ^a	Konsulenter ^a
Storstrøm	Koordinator og konsulenter	--	--
Bornholm	Konsulenter	--	--
Fyn	Koordinatorer	--	Konsulenter
Sønderjylland	--	Koordinator og konsulenter	--
Ribe	Koordinator	--	Konsulenter
Ringkjøbing	Koordinator og konsulenter	--	--
Vejle	Koordinator og konsulenter	--	--
Århus	Koordinator	Konsulent ^b	Konsulent ^b
Viborg	Koordinator og konsulenter	--	--
Nordjylland	Koordinator og konsulenter	--	--

a. Praksiskonsulenternes tilhørsforhold ændres nu per 2001 til de funktionsbærende enheder.

b. Ca. 50% af konsulenter i Århus Amt er finansieret af sygehuset, mens de øvrige 50% er finansieret af afdelingerne.

I de fleste amter/H:S er der tale om, at i hvert fald praksiskoordinatorerne, men ofte også praksiskonsulenterne, finansieres fra centralt hold af forvaltningen. For koordinatorernes vedkommende gør dette sig gældende i 13 ud af de 15 praksiskonsulentordninger. Kun de tre praksiskoordinatorer i Københavns Amt og praksiskoordinatoren i Sønderjyllands Amt er finansieret af det enkelte sygehus. For praksiskonsulenterne gælder det, at i 9 af ordningerne er praksiskonsulenterne finansieret af forvaltningen, mens man i de øvrige ordninger enten er finansieret af de enkelte sygehuse eller af de enkelte sygehusafdelinger. Den eneste praksiskonsulentordning, hvor både koordinatorer og konsulenter er finansieret af sygehusene, er i Københavns Amt, hvor en praksiskoordinator og en antal praksiskonsulenter er tilknyttet hvert af amtssygehusene i Glostrup, Herlev og Gentofte.

Det valgte niveau for finansiering i de enkelte ordninger kan hænge sammen med niveauet for ansættelse af praksiskonsulenterne, der beskrives i næste afsnit.

7.8 Organiseringsform – ansættelsesforhold og referencesystem

Ud over antallet af konsulenter og deres timetal, de anvendte ressourcer, såvel som deres finansiering, kan en yderligere dimension i den valgte organisationsform for en praksiskonsulentordning relatere sig til niveauet for ansættelse af konsulenter og koordinatorer, samt hvilket referencesystem (ledelsesstrengen) man har i ordningen. Niveauet for ansættelse af praksiskonsulenterne er valgt som en af to parametre for organisering ved udvælgelse af praksiskonsulentordninger for den senere komparative brugerundersøgelse (kapitel 8). På baggrund af kortlægningens spørgeskemaer er ansættelsesmyndigheden for praksiskonsulenterne og praksiskoordinatorerne i hvert af amterne/H:S vist nedenfor.

Tabel 7.12: Ansættelsessted (ansættelsesmyndighed) for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer i de enkelte amter/H:S

	Forvaltningen	Sygehusene	Afdelingerne
København	Koordinator	Koordinatorer	Konsulenter
H:S	Koordinatorer og konsulenter	--	--
Frederiksborg	Koordinator og konsulenter	--	--
Roskilde	Koordinator og konsulenter	--	--
Vestsjælland	Koordinator	Konsulenter ^a	Konsulenter ^a
Storstrøm	Koordinator og konsulenter	--	--
Bornholm	Konsulenter	--	--
Fyn	Koordinatorer	--	Konsulenter
Sønderjylland	--	Koordinator og konsulenter	--
Ribe	Koordinator	--	Konsulenter
Ringkjøbing	Koordinator og konsulenter	--	--
Vejle	Koordinator	Koordinator og konsulenter	--
Århus	Koordinator	Konsulenter	Konsulenter
Viborg	Koordinator og konsulenter	--	--
Nordjylland	Koordinator og konsulenter	--	--

a. Praksiskonsulenternes tilhørsforhold ændres nu per 2001 til de funktionsbærende enheder.

Det ses af tabel 7.12, at i alle praksiskonsulentordninger, på nær i Sønderjyllands Amt, er amtets forvaltning³⁰ ansættelsesmyndighed for praksiskoordinatoren. I Københavns og Vejle amter er sygehusene, jævnfør en struktur med praksiskoordinatorer knyttet til bestemte sygehuse, også ansættelsesmyndighed, foruden forvaltningen. For praksiskonsulenterne er amtets forvaltning officiel ansættelsesmyndighed i 8 ud af de 9 praksiskonsulentordninger, som også blev finansieret fra centralt hold af forvaltningen (tabel 7.11). Kun i Vejle Amt er rollen som den ansættende myndighed delegeret til de enkelte sygehuse, selv om finansieringen er central. Af tabel 7.12 fremgår det, at afdelingerne i 5 amter er ansættelsesmyndighed for de ansatte praksiskonsulenter. Københavns Amt er den eneste ordning, hvor praksiskonsulenterne formelt ansættes af afdelingen, selv om finansieringen sker fra sygehuset. I de øvrige 4 amter med decentral ansættelse af praksiskonsulenterne ved afdelingerne sker finansieringen også fra afdelingerne. Det er således kun i to amter (København og Vejle), at der for praksiskonsulenterne er forskel på, hvem der finansierer konsulenterne, og hvem der officielt agerer ansættelsesmyndighed.

Defineres organisering af praksiskonsulentordningen efter niveauet for ansættelsen (forvaltning kontra sygehus eller afdeling) af praksiskonsulenterne, betyder det, at der er otte ordninger³¹, som kan karakteriseres som værende centrale ordninger, mens de resterende syv kan betegnes som ordninger, der er decentrale i deres organisering.³² Det skal dog understreges, at selv om forvaltningen er officiel ansættelsesmyndighed, kan det godt være, at det er en afdelings overlæger, der sammen med praksiskoordinatoren, og eventuelt praksisudvalget, vurderer ansøgningerne og i praksis reelt ansætter praksiskonsulenten (Dansk selskab for almen medicin, 2000).

Med hensyn til referencesystemet for den enkelte praksiskonsulent refererer hver konsulent officielt i sidste ende til forvaltningen (ledelsesstrengen). Denne reference vil typisk være indirekte og ske gennem praksiskoordinatoren, som jo netop er ansat i amtets forvaltning og derfor refererer direkte til en forvaltningschef. I det daglige refererer praksiskonsulenten til afdelingsledelsen på den afdeling, hvor vedkommende er tilknyttet, og eventuelt også til sygehusledelsen.

³⁰ For H:S er det Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning, som administrerer praksiskonsulentordningen i H:S, der er ansættelsesmyndighed.

³¹ Ordningerne i H:S, Frederiksborg, Roskilde, Storstrøms, Bornholms, Ringkjøbing, Viborg og Nordjyllands amter.

³² Ordningerne i Københavns, Vestsjællands, Fyns, Sønderjyllands, Ribe, Vejle og Århus amter.

Men hvilke grunde ligger der eventuelt bag, at man i de forskellige praksiskonsulentordninger har valgt at organisere sig på denne måde med hensyn til niveauet for ansættelse og til dels også med hensyn til valget af referencesystem. Nedenfor i tabel 7.13 fremgår forvaltningernes motivering for den valgte organisering af praksiskonsulentordningen, som det blev afdækket i kortlægningen. Praksiskonsulentordningerne er sorteret efter, om der er tale om henholdsvis centrale eller decentrale ordninger.

Tabel 7.13: Motivationen for det valgte organisering (ansættelse og referencesystem)

	Centralisering	Decentralisering	Styrke relation til sygehuset	Styrke relation til alm. praksis	Sikre brug af konsulenter	Opnå lokalt ejerskab	Forbedre kommunikation	Sikre amtslig koordinering	Sikre implementering	Udspringer af ordningens start
<i>Centrale ordninger</i>										
H:S			X	X	X	X	X	X	X	
Frederiksborg					X	X	X			
Roskilde							X	X		X
Storstrøm						X	X	X	X	X
Bornholm		X	X		X	X	X			
Ringkjøbing			X	X	X	X	X			X
Viborg			X	X		X	X			X
Nordjylland										X
<i>Decentrale ordninger</i>										
København			X			X	X	X		
Vestsjælland			X	X		X		X		
Fyn ^a										
Sønderjylland		X	X			X	X			X
Ribe			X	X	X	X	X	X		
Vejle		X	X	X	X	X	X			
Århus			X	X	X	X	X	X	X	

a. Spørgsmålet er uoplyst for Fyn.

Til forskel fra en central praksiskonsulentordning synes organiseringen af en decentral praksiskonsulentordning primært at være motiveret med, at det vil styrke relationen til sygehuset, jævnfør at alle forvaltninger med decentrale ordninger³³ har angivet denne motivation mod kun fire af de ni centrale ordninger. Dette gælder til dels også med hensyn til at styrke relationen til almen praksis. Omvendt synes den typiske begrundelse for en central ordning, til forskel fra en decentral ordning, at være, at valget af organisering, det vil sige ansættelsessted, udspringer af ordningens start, der for de fleste af de ni amters vedkommende var initieret af sundheds- eller sygehusforvaltningen, jævnfør figur 7.1. Omvendt gælder det både for centralt og decentralt organiserede praksiskonsulentordninger, at motivationen for deres organisering har været at forbedre kommunikationen og at opnå lokalt ejerskab (tabel 7.13). Det skal også fremhæves, at for ingen af praksiskonsulentordningerne, der kan karakteriseres som centrale ordninger, har forvaltningen angivet centralisering som motivation for valget af ansættelsesniveau. Kun i to af de otte ordninger, der kan karakteriseres som decentrale, har forvaltningen også angivet decentralisering som en motivation.

³³ På nær Fyns Amt, som er uoplyst.

7.9 Samarbejdsrelationer med sygehusafdelingerne og almen praksis for ordningen

En anden dimension i organiseringen af praksiskonsulentordningerne er, hvordan samarbejdet mellem praksiskonsulentordningen og dens brugere (sygehusafdelingerne og almen praksis) typisk er tilrettelagt i de enkelte praksiskonsulentordninger i Danmark. Den måde, som man har valgt at organisere samarbejdet på, kan i sidste ende tænkes at have betydning for de resultater, der opnås, såvel som brugernes tilfredshed med ordningen.³⁴

I organiseringen af samarbejdsrelationen mellem praksiskonsulenten og afdelingen kan man skelne mellem samarbejde ved fast aftalte møder og samarbejde ved møder på ad hoc-basis, når behov opstår. I tabel 7.14 nedenfor ses det for alle praksiskonsulentordninger samlet, at lidt over halvdelen af praksiskonsulenterne har organiseret deres samarbejde med afdelingen ved faste møder, mens lidt under halvdelen har møder på ad hoc-basis. Det skal understreges, at nogle konsulenter har begge typer møder. Endvidere deltager 28% af praksiskonsulenterne i afdelingskonferencerne i deres afdeling. Andre møder kan for eksempel være deltagelse i afdelingssygeplejekonference, faste møder med sygehusledelsen, møder i koordinationsudvalg, møder med kommunen og møder med andre praksiskonsulenter og praksiskoordinator, som angivet af respondenterne.

Tabel 7.14: Praksiskonsulenternes samarbejdsrelationer med afdelingerne (procent-andele)

Samarbejdsrelationer	Fordeling ^a
Faste møder på afdelingen	56
Deltagelse i afdelingskonferencer	28
Kontakt eller møder efter behov (ad hoc)	46
Andet	29

a. Summerer til mere end 100%, idet nogle praksiskonsulenter har angivet andele, der summerer til mere end 100%.

b. Uoplyst for én praksiskoordinator.

Faste, såvel som ad hoc-baserede, møder på afdelingen for praksiskonsulenten kan være med afdelingsledelsen, lægegruppen og plejepersonalet. Endvidere deltager en del af praksiskonsulenterne som nævnt i afdelingskonferencerne. Fordelingen af de to mødetyper med de forskellige mødedeltagere er vist i tabel 7.15 for praksiskonsulenterne i hver af de 15 praksiskonsulentordninger i Danmark.

³⁴ Dette undersøges nærmere i brugerundersøgelsen i kapitel 8.

Tabel 7.15: Praksiskonsulenternes tilrettelæggelse af samarbejdet med afdelingen og personalegrupperne (procent-andele)

	Faste møder på afdelingen med				Kontakt efter behov (ad hoc)			Andet ^a
	Afdelingsledelsen	Lægegruppen	Plejepersonalet	Afdelingskonference	Afdelingsledelsen	Lægegruppen	Plejepersonalet	
København	80	13	7	40	53	67	60	20
H:S	36	18	--	36	55	27	9	9
Frederiksborg	50	33	8	50	67	50	8	17
Roskilde	82	27	9	45	55	18	--	9
Vestsjælland	40	20	--	60	80	20	40	--
Storstrøm	56	44	60	78	78	67	78	20
Bornholm	100	100	--	100	100	100	100	--
Fyn	47	26	11	32	52	58	53	16
Sønderjylland	30	20	--	20	70	40	50	20
Ribe	63	38	6	56	69	38	25	--
Ringkjøbing	70	20	10	40	60	40	50	10
Vejle	53	20	7	7	47	33	20	20
Århus	9	36	9	36	81	45	36	27
Viborg	44	13	--	25	69	38	6	6
Nordjylland	27	33	--	13	67	53	40	7
Samlet	50	26	7	36	63	45	35	13

a. Ved ”andet” var f.eks. gengivet faste møder med sygehusledelsen, faste møder med redaktionsgruppen, deltagelse i afdelingssygeplejekonference, knyttet til specifikke opgaver, med på stuegang og med på vagter, kontakt efter behov med sekretærpersonale, møde med andre praksiskonsulenter inden for området.

I alle praksiskonsulentordninger er samarbejdsrelationen i form af møder på afdelingen en blanding af faste møder og kontakt efter behov (ad hoc-møder). I flest praksiskonsulentordninger synes ad hoc-baserede møder efter behov dog at være den hyppigste samarbejdsform. Ordningerne i Frederiksborg, Vestsjællands, Storstrøms, Sønderjyllands, Århus, Viborg og Nordjyllands amter er kendetegnet ved, at hyppigste mødeform synes at være kontakt efter behov (ad hoc). Specielt praksiskonsulentordningerne i Nordjyllands, Århus, Sønderjyllands og Vestsjællands amter, og til dels Frederiksborg Amt, kan karakteriseres ved i overvejende grad at være organiseret ved en ad hoc-baseret samarbejdsrelation til afdelingerne. Omvendt findes ordninger, der hyppigst synes at have faste møder på afdelingen, i Københavns og Roskilde amter, hvorfor disse to praksiskonsulentordninger i overvejende grad kan karakteriseres som værende organiseret med faste samarbejdsrelationer med afdelingerne. Øvrige ordningers samarbejdsrelation synes i højere grad at være en blanding mellem fast og ad hoc-baseret samarbejde. Igen skal det understreges, at den enkelte praksiskonsulent i princippet godt kan have begge typer møder og have møde med alle de forskellige personalegrupper.

At praksiskonsulenten først og fremmest holder møde med afdelingsledelsen, men også i stor udstrækning med lægegruppen, er ikke overraskende. Overraskende er det, at det i nogle praksiskonsulentordninger er meget få eller slet ingen praksiskonsulenter, der har mødekontakt med plejepersonalet på afdelingen. Har man møder med denne gruppe, ser det typisk ud til kun at finde sted, hvis der er et behov, og ikke på fast basis.

Kortlægningen viste endvidere, at praksiskonsulenterne på en typisk måned i gennemsnit har to mødekontakter³⁵ på afdelingen, hvor man er praksiskonsulent (median-værdien 2). Opdelt på de enkelte praksiskonsulentordninger ses i tabel 7.16 antallet af kontakter på en typisk måned, både i forhold til afdelingen og i forhold til almen praksis.

Tabel 7.16: Gennemsnitlige antal kontakter med afdelingen og almen praksis for en praksiskonsulent på en typisk måned (gennemsnit)

	Kontakter til afdeling		Kontakter til almen praksis	
	Gennemsnit	Min. – Maks.	Gennemsnit	Min. – Maks.
Københavns Amt	2,23	0 – 5	2,33	1 – 10
H:S	3,63	2 – 8	2,67	0 – 5
Frederiksborg Amt	2,29	1 – 4	2,91	1 – 10
Roskilde Amt	2,73	1 – 6	2,00	0 – 5
Vestsjællands Amt	3,88	2 – 7	2,20	1 – 5
Storstrøms Amt	2,67	1 – 4	1,38	1 – 3
Bornholms Amt	3,00	--	1,50	--
Fyns Amt	1,87	1 – 4	1,58	--
Sønderjyllands Amt	2,23	1 – 10	2,15	1 – 5
Ribe Amt	2,09	1 – 5	3,13	0 – 10
Ringkjøbing Amt	2,60	2 – 7	2,60	1 – 10
Vejle Amt	1,54	1 – 3	1,88	0 – 5
Århus Amt	3,65	2 – 7	8,45 ^a	0 – 38
Viborg Amt	1,46	0 – 10	1,13	0 – 3
Nordjyllands Amt	1,54	1 – 3	2,36	0 – 20 ^b

a. Det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis falder til 5,60 i Århus Amt, hvis yderobservationen på 38 kontakter på en måned fjernes.

b. Det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis falder til 1,23 i Nordjyllands Amt, hvis yderobservationen på 20 kontakter på en måned fjernes.

I de 15 praksiskonsulentordninger ligger antallet af månedlige kontakter med afdelingen mellem 1,46 og 3,88 kontakter i gennemsnit. Højeste antal gennemsnitlige antal kontakter findes i Vestsjællands Amt, mens det laveste antal kontakter til afdelingen findes i Viborg Amt (1,46) efterfulgt af Vejle og Nordjyllands amter. At praksiskonsulenterne i både Viborg og Vejle amter er blandt de amter, der har det laveste antal kontakter med sygehusafdelingen, hænger godt sammen med de relativt få timer per praksiskonsulent, som der er i disse to amter. Samme billede viser sig for kontakter til almen praksis, som gennemgås om lidt.

Antallet af kontakter med afdelingen, og hvor godt samarbejdet fungerer, hænger også sammen med, om afdelingen reelt er interesseret i at have en praksiskonsulent på afdelingen og benytte sig af vedkommende. Jævnfør tabel 7.17 nedenfor er det praksiskonsulenternes vurdering, at 83% af de afdelinger, hvor der er praksiskonsulenter tilknyttet, enten i høj grad eller i nogen grad er interesseret i praksiskonsulentordningen. I nogle af disse afdelinger deltager afdelingen aktivt, forstående og meget velvilligt i ordningen, man tager praksiskonsulenten alvorligt og hilser alle emner velkomne, og praksiskonsulenten er gået hen og blevet en uundværlig ressourceperson.

Omvendt er der 15% af afdelingerne, der af praksiskonsulenten på afdelingen kun i mindre grad vurderes at være interesseret i ordningen, og 2%, som slet ikke er interesseret. I sidstnævnte tilfælde opleves en sådan situation af praksiskonsulenten, som at man på afdelingen ikke rigtigt ved, hvad man skal bruge praksiskonsulenten til, og praksiskonsulenten er så næsten altid selv nødt til at være opsøgende (en dynamo) på grund af afdelingens beskedne initiativ. Kemi mellem praksiskonsulenten og afdelingsledelsen, såvel som

³⁵ En kontakt blev i spørgeskemaet defineret som enten et møde eller deltagelse i en afdelingskonference på afdelingen.

resten af lægegruppen på afdelingen, hænger nok også sammen med, om en afdeling er interesseret. Endelig kan organisations- og ledelsesproblemer på en afdeling også smitte af på interessen for praksiskonsulentordningen.

Tabel 7.17: Praksiskonsulenternes vurdering af afdelingens interesse i ordningen og bedømmelse af samarbejdet mellem afdeling og konsulent (procent-andele)

Afdelingens interesse i ordningen	Svarfordeling ^a	Samarbejdet mellem afdeling og konsulent	Svarfordeling ^a
I høj grad	46	Meget velfungerende	26
I nogen grad	37	Rimeligt velfungerende	38
I mindre grad	15	Velfungerende	20
Nej	2	Mindre velfungerende	13
		Meget lidt velfungerende	4

a. Seks praksiskonsulenter har ikke besvaret spørgsmålene.

Praksiskonsulenterne blev i kortlægningen bedt om at bedømme deres samarbejde med afdelingen. Som det fremgår af tabel 7.17, bedømmer 64% samarbejdet med afdelingen som meget eller rimeligt velfungerende, mens 20% fandt det velfungerende. Kun henholdsvis 13% og 2% fandt samarbejdet med afdelingen for enten mindre eller meget lidt velfungerende, hvilket stemmer godt overens med nogenlunde samme andele af afdelinger, der ikke eller kun var lidt interesseret i praksiskonsulentordningen.

Samarbejdet med almen praksis, hvor lægerne ikke sidder samlet, fungerer på anden vis. I tabel 7.18 er vist omfanget af samarbejdet som praksiskonsulenterne har med almen praksis fordelt på forskellige typer af samarbejde.

Tabel 7.18: Omfang af praksiskonsulenternes samarbejde med almen praksis (procent-andele)

Samarbejdsrelationer	Fordeling ^a
Skriftlig information	54
Telefonisk kontakt	15
Elektronisk kontakt	18
Møder og andre aktiviteter	42
Andet	29

a. Summerer til mere end 100%, idet nogle praksiskonsulenter har angivet andele, der summerer til mere end 100%.

Den hyppigste samarbejdsrelation er skriftlig information (54%), typisk fra praksiskonsulentordningen til almen praksis, for eksempel i form af nyhedsbreve. Møder og andre aktiviteter udgør den næsthyppest samarbejdsrelation (42%). Kun i henholdsvis 15% og 18% af tilfældene har praksiskonsulenten telefonisk eller elektronisk kontakt med de praktiserende læger, for eksempel om en specifik patient. At dette er så lavt, skyldes formentlig, at den praktiserende læge i mange tilfælde ringer direkte til afdelingen, der har behandlet en fælles patient, i tilfælde af uklarheder eller spørgsmål, frem for at gå igennem praksiskonsulenten. I tabel 7.19 er praksiskonsulenternes tilrettelæggelse af samarbejdet med almen praksis vist for hvert amt/H:S.

Tabel 7.19: Praksiskonsulenternes tilrettelæggelse af samarbejdet med almen praksis (procent-andele)

Amt	Skriftlig information	Telefonisk kontakt	Elektronisk kontakt	Fyraftensmøder	Møder i tolvmandsforeninger	Åbent hus	Kursusaktivitet	Andet ^a
København	93	67	7	47	33	60	53	--
H:S								
Frederiksborg	100	67	58	58	8	50	8	--
Roskilde	91	55	18	36	45	55	45	18
Vestsjælland	100	80	80	20	60	40	--	--
Storstrøm	100	78	11	47	56	22	--	--
Bornholm	100	100	100	--	100	100	--	--
Fyn	53	58	11	53	21	42	47	16
Sønderjylland	80	90	10	50	50	60	10	30
Ribe	94	81	13	25	63	13	13	--
Ringkjøbing	80	80	50	100	30	40	40	20
Vejle	93	53	27	33	20	13	--	20
Århus	91	82	9	45	45	45	27	--
Viborg	75	56	--	25	75	31	13	6
Nordjylland	86	67	20	53	13	40	7	7
Samlet	84	68	20	44	38	38	22	9

a. Andet: faste (halv-) årlige møder på afdelingen med almen praksis, kvalitetsudviklingsprojekt, ris & ros-blanketter.

I tilrettelæggelsen af samarbejdet med almen praksis synes man i de fleste praksiskonsulentordninger at have mulighed for at benytte sig af skriftlig information, såvel som at man mange steder kan benytte telefonisk kontakt. På to-tredjedele af afdelingerne med praksiskonsulent forefindes der også en liste over direkte (hemmelige) telefonnumre, faxnumre og/eller e-mail-adresser til almen praksis. Forskellige typer af møder med almen praksis (fyraftensmøder, møder i tolvmandsforeninger og åbent hus-arrangementer) er også samarbejdsrelationer, som mange praksiskonsulenter anvender i samarbejdet med almen praksis.

På en typisk måned har praksiskonsulenterne i gennemsnit 2,6 kontakter³⁶ med almen praksis i det område, hvor man er praksiskonsulent. Hvordan antallet af kontakter med almen praksis fordeler sig mellem amter/H:S, fremgår af den tidligere tabel 7.16. Af denne tabel ses det, at antallet af kontakter svinger fra 1,13–8,45 per måned i gennemsnit. Lavest ligger igen ordningen i Viborg Amt forklaret ved deres lave timetal, mens ordningen i Århus Amt har det højeste antal gennemsnitlige kontakter, også selv om man fjerner en ekstrem observation (38). Sammenholdes kontakterne med de to brugergrupper synes det i cirka halvdelen af ordningerne at være kontakter til afdelingen, der er højest, mens antal kontakter til almen praksis er højest for den anden halvdel, og der er således ikke noget systematisk billede.

Som i forhold til afdelingerne blev praksiskonsulenterne bedt om at vurdere almen praksis' interesse i praksiskonsulentordningen, som det opleves af praksiskonsulenten. Af tabel 7.20 ses det, at kun 55% af praksiskonsulenterne vurderer, at almen praksis enten i høj eller nogen grad er interesseret i praksiskonsulentordningen. Dette er en klart lavere andel, end praksiskonsulenterne vurderede i forhold til afdelingernes interesse (83%). 45% af konsulenterne vurderer, at almen praksis kun i mindre grad eller slet ikke er interesseret i praksiskonsulentordningen. De typiske forklaringer, som praksiskonsulenterne giver på den manglende interesse fra dele af de praktiserende læger, er, at der er tale om envejskommunikation, hvor der er ingen eller kun lidt spontan feedback fra almen praksis, såvel som at der er ingen eller kun få henvendelser fra kolleger i almen praksis, der sjældent engagerer sig.

³⁶ Kontakter defineredes i spørgeskemaet som møder, telefonisk kontakt eller elektroniske kontakter.

Tabel 7.20: Praksiskonsulenternes vurdering af almen praksis' interesse i ordningen og bedømmelse af samarbejde mellem almen praksis og konsulent (procent-andele)

Almen praksis' interesse i ordningen	Svarfordeling ^a	Samarbejdet ml. almen praksis og konsulenten	Svarfordeling ^a
I høj grad	12	Meget velfungerende	8
I nogen grad	43	Rimeligt velfungerende	24
I mindre grad	36	Velfungerende	35
Nej	9	Mindre velfungerende	31
		Meget lidt velfungerende	3

a. Fem praksiskonsulenter har ikke besvaret spørgsmålet vedrørende interesse, og seks praksiskonsulenter har ikke besvaret spørgsmålet vedrørende samarbejdet.

I sammenhæng hermed bedømmer praksiskonsulenterne også samarbejdet med almen praksis som mindre godt sammenlignet med samarbejdet med afdelingerne. Kun 32% af praksiskonsulenterne finder samarbejdet meget eller rimeligt velfungerende, hvilket til sammenligning var dobbelt så mange ved vurderingen af samarbejdet med afdelingerne (64%).

Praksiskonsulentordningen er kun én af flere samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler mellem sygehusene og almen praksis. I kortlægningen blev praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer bedt om at angive, hvor stor en andel de andre samarbejdsrelationer udgør (tabel 7.21).

Tabel 7.21: Andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler mellem sygehus, afdeling og almen praksis (procent-andele)

	Svarfordeling ^a - praksiskonsulenter	Svarfordeling ^a - praksiskoordinatorer
Andre skriftlige informationssystemer	43	65
Andre elektroniske informationssystemer	26	44
Faste udvalg (f.eks. i amtsligt regi)	20	39
Ad hoc-udvalg (f.eks. i amtsligt regi)	14	35
Andre samarbejdsrelationer	16	22

a. De forskellige samarbejdsrelationer skal ikke summeres, da man kan have flere af disse samarbejdsrelationer.

Andre skriftlige informationssystemer, som for eksempel laboratorievejledninger, meddelelser fra sygehuset, lægekredsforeningens blad, er både af konsulenter og koordinatore angivet som den største gruppe af andre kommunikationskanaler mellem sygehus og almen praksis end praksiskonsulentordningen. Dernæst kommer andre elektronisk informationssystemer, som for eksempel kan være Edifact, hjemmesider fra afdelinger, Visinfo, Sundinfo, sundhedsportal, som næsthyppigste kommunikationskanal ud over praksiskonsulentordningen. Forskellige udvalg (faste og ad hoc), der ikke foregår i regi af praksiskonsulentordningen, formidler også et samarbejde mellem sygehuset og almen praksis. Nogle af disse udvalg er kontaktudvalg, samarbejdsudvalg, distriktpsikiatriske råd, epikriseudvalg, praksisudvalg, lægekontaktudvalg samt diverse mere ad hoc-prægede projekt- og ekspertudvalg.

Hvorvidt disse andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler betyder mere eller mindre end praksiskonsulentordningen, er vurderet af både de to interessent-grupper (forvaltningen og sygehusledelser) og af de to aktør-grupper (praksiskonsulenter og -koordinatorer), jævnfør tabel 7.22.

Tabel 7.22: Betydningen af andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler vurderet i forhold til praksiskonsulentordningen (procent-andele)

	Forvaltninger	Sygehusledelser	Koordinatorer	Konsulenter
Af større betydning	8	10	5	9
Lige så stor betydning	67	48	29	44
Af mindre betydning	25	42	67	48

Fire forvaltninger, 14 sygehusledelser, 1 praksiskoordinator og 49 praksiskonsulenter har ikke besvaret spørgsmålene.

Det ses, at flertallet af forvaltninger og sygehusledelser tillægger praksiskonsulentordningen og disse andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler lige stor betydning, mens flertallet af praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter tillægger de andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler mindre betydning for samarbejdet mellem sygehusene og almen praksis end deres egen praksiskonsulentordning. Forskellen imellem interessenter og aktører i vurderingen af betydningen af andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler sammenlignet med praksiskonsulentordningen er dog ikke signifikant. Men for alle fire grupper kan man i hvert fald slutte, at praksiskonsulentordningen tillægges størst vægt, hvis der skal vælges mellem andre samarbejdsrelationer og kommunikationskanaler på den ene side og praksiskonsulentordningen på den anden.

7.10 Henvisninger, udskrivningsbreve og ambulante notater

En stor del af kommunikationen mellem primær- og sekundærsektor foregår i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af patienter fra sygehus. Som det danske sundhedsvæsen er udformet, kan en patient kun blive indlagt på sygehuset ved henvisning fra den praktiserende læge, medmindre indlæggelsen sker akut. Henvises patienten til indlæggelse eller ambulante behandling på sygehuset, skriver den praktiserende læge en henvisningsseddel, som sendes til den relevante sygehusafdeling i forbindelse med indlæggelsen. Ved udskrivning af patienten udarbejder sygehuset, afhængigt af om der har været tale om indlæggelse eller ambulante behandling, enten et udskrivningsbrev (epikrise) eller et ambulante notat, der sendes til patientens egen læge. Udskrivningsbrevet (og det ambulante notat) indeholder et kortfattet sammendrag af sygeforløbet og anbefalinger for eventuel viderebehandling, bl.a. i primærsektor-regi. Disse kommunikationsredskaber, som henvisninger såvel som udskrivningsbreve og ambulante notater udgør, er dermed væsentlige for at sikre sammenhængende og koordinerede patientforløb.

Med fokus på samarbejdet mellem de to sektorer har udvikling og optimering af henvisninger, udskrivningsbreve og ambulante notater altid været vigtige opgaver for praksiskonsulentordningerne.

Fra alle amter og H:S udgår der anbefalinger vedrørende udformning af henvisningssedler fra den praktiserende læge til sygehuset. Kun i Viborg Amt og i H:S er der ikke tale om anbefalinger på forvaltningsniveauet, men derimod anbefalinger, der udgår fra sygehusniveauet. Det er dog forskelligt, i hvilket omfang disse anbefalinger er implementeret i praksis.

Med hensyn til udskrivningsbreve fra sygehuset udgår der fra forvaltningerne i de fleste amter ligeledes anbefalinger vedrørende deres udformning. Dette gælder dog ikke i Roskilde, Viborg og Ribe amter, hvor der i stedet udgår anbefalinger fra de enkelte sygehuse. I H:S samt i Århus, Viborg og Ribe amter er de amtslige anbefalinger for udskrivningsbrevens udformning dog ikke gældende for alle sygehusafdelinger. Hvorvidt disse anbefalinger så er kendt, implementeret og anvendes på afdelingsniveauet, er et andet spørgsmål. Praksiskonsulenterne blev i kortlægningen bedt om at tage stilling til, om der i amtet eksisterer fælles anbefalinger for udformningen af udskrivningsbreve til almen praksis på den afdeling, hvor vedkommende var praksiskonsulent. Af de praksiskonsulenter, der har besvaret dette spørgsmål, viser det sig, at nogle konsulenter i en del af amterne tilsyneladende ikke kender til de anbefalinger fra amtet (eller sygehuset), som der findes, idet de har svaret, at der ikke eksisterer anbefalinger i amtet for sygehusafdelingens udformning af udskrivningsbreve. I relation til forsat at forbedre udformningen af udskrivningsbrevene synes der herved at ligge en fortsat informationsopgave.

Ud over anbefalinger vedrørende udformningen af udskrivningsbrevene forefindes der tillige i alle amter, inklusive H:S, servicemål for den tid, det må tage, før udskrivningsbrevene skal være afsendt til den praktiserende læge. Servicemålene for de enkelte amter/H:S er gengivet nedenfor i tabel 7.23.

Tabel 7.23: Amternes/H:S's servicemål for udsendelse af udskrivningsbreve til almen praksis

Amt/H:S	Servicemål
København	Udskrivningsbrevene udsendes til de praktiserende læger så hurtigt som muligt, dog senest 3 dage (kalenderdage) efter udskrivning.
H:S	Udskrivningsbreve skal udsendes inden for 3 dage efter udskrivelse.
Frederiksborg	Udskrivningsbrevene udsendes inden for 5 dage efter udskrivelse.
Roskilde	85% af udskrivningsbrevene er udsendt inden 5 hverdage.
Vestsjælland	Udskrivningsbrevene udsendes inden for 3 hverdage.
Storstrøm	100% af udskrivningsbrevene skal ud inden for senest 5 hverdage.
Bornholm	Senest 7 dage efter udskrivning skal der som hovedregel sendes udskrivningsbrev til patientens læge.
Fyn	Mindst 80% af udskrivningsbrevene er udsendt inden 4 dage.
Sønderjylland	75% af udskrivningsbrevene sendes til patientens praktiserende læge senest på 3. dagen efter udskrivningen.
Ribe	Udskrivningsbrev sendes til den praktiserende læge hurtigst muligt og senest 7 dage efter udskrivelsen.
Ringkjøbing	At den praktiserende læge for mindst 90% af patienterne skal modtage et lægebrev (epikrise) senest 1 uge efter udskrivningen.
Vejle	At der for 95% af patienterne udsendes lægebrev (epikrise) senest 2 hverdage efter udskrivningen (servicemål 7).
Århus	At 80% af udskrivningsbrevene skal være afsendt senest 2 arbejdsdage efter udskrivelse, og 95% inden 7 dage.
Viborg	Udskrivningsbrev skal sendes senest 7 dage efter udskrivningen i 95% af tilfældene.
Nordjylland	At udskrivningsbrevene skal være udsendt senest 5 arbejdsdage efter udskrivelse.

Som det ses af tabel 7.23, så er det servicemålet, at udskrivningsbrevene er udsendt til patientens egen læge et sted mellem 2 og 7 (hver-)dage efter udskrivelsen. Århus og Vejle amters servicemål er, at der kun må gå 2 hverdage, og at dette opfyldes for henholdsvis 80% og 95% af alle udskrivningsbreve. Omvendt har Ribe, Viborg og Bornholms amter det som mål, at det sker inden for 7 dage.

Færre amter (inklusive H:S) har besludte anbefalinger for afdelingernes udformning af ambulante notater til almen praksis. Kun Københavns, Roskilde, Vestsjællands, Storstrøms, Bornholms, Fyns, Vejle og Århus amter har angivet at have sådanne anbefalinger, der udgår fra forvaltningsniveauet. I de resterende amter findes der ikke anbefalinger på forvaltningsniveau for udformningen af ambulante notater. Der synes heller ikke i overvejende grad at være tale om anbefalinger vedrørende de ambulante notater, der udgår fra de enkelte sygehuse i disse amter.

Idet praksiskonsulentordningerne har som et af deres formål og opgaver at udvikle og forbedre kvaliteten af henvisningssedler, udskrivningsbreve og ambulante notater, som en af de primære kommunikationsmidler mellem sekundær- og primærsektor, er et interessant aspekt, om anbefalingerne vedrørende udformningen er en konsekvens af praksiskonsulentordningerne. Alle fire grupper (forvaltningschefer, sygehusledelser, praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter) er blevet spurgt om dette, jævnfør tabel 7.24.

Tabel 7.24: Er anbefalingerne en konsekvens af praksiskonsulentordningen? (procent-andel)

	Forvaltninger	Sygehusledelser	Koordinatorer	Konsulenter
Ja, helt eller delvist for				
Henvisningssedler	56	52	70	19
Udskrivningsbreve	50	37	78	26
Ambulante notater	31	21	52	19

Godt halvdelen af forvaltningscheferne vurderer, at anbefalingerne for udformning af henvisningssedler³⁷ og udskrivningsbreve³⁸ helt eller delvist er en konsekvens af praksiskonsulentordningerne. For sygehusledelserne er man lidt mere tilbageholdende med hensyn til udskrivningsbreve, mens praksiskonsulenterne er de mest tilbageholdende med at give praksiskonsulentordningerne hele eller dele af æren for anbefalingernes udarbejdelse. Mest positive er praksiskoordinatorerne, hvor 70-78% vurderer, at anbefalingerne for udformningen af henvisningssedler og udskrivningsbreve skyldes tilstedeværelsen af praksiskonsulentordningerne, enten helt eller delvist.

Praksiskoordinatorerne i 11 ud af 15 amter (inklusive H:S) har endvidere tilkendegivet, at henvisningssedlerne kvalitetsvurderes i forhold til de opstillede anbefalinger for udformning. Dette er dog ikke tilfældet i Roskilde, Frederiksborg og Nordjyllands amter. Med hensyn til udskrivningsbreve så kvalitetsvurderes disse i forhold til anbefalingerne i 9 amter. Dog ikke i Roskilde, Frederiksborg og Ringkjøbing amter.

Kvaliteten af de udskrivningsbreve, der udsendes fra sygehuset til den praktiserende læge, er en væsentlig faktor. En anden er den tid, der går, fra patienten udskrives fra sygehuset, til, at udskrivningsbrevet udsendes fra sygehuset til den praktiserende læge, som i mange tilfælde skal følge op på behandlingen af patienten. Jævnfør servicemålene i de enkelte amter/H:S, som beskrevet ovenfor, er ventetiden på udskrivningsbrevens udsendelse et vigtigt parameter, og flere amter registrerer denne ventetid. Kortlægningen gav følgende vurdering af ventetiden for udsendelsen af udskrivningsbreve i de enkelte amter/H:S (tabel 7.25).

³⁷ Forskellen mellem de fire grupper i deres vurdering af, hvorvidt anbefalingerne for henvisningssedlerne er en konsekvens af praksiskonsulentordningen, er signifikant ($\chi^2=12,686$; $df=6$; $p=0,048$). Forudsætningerne for testen er dog ikke opfyldt, idet 4 celler har forventede værdier lavere end 5. Slår man de to interessent-grupper og de to aktør-grupper sammen for at undgå celler med forventede værdier mindre end 5, er forskellen i vurderingen af praksiskonsulentordningens betydning for anbefalingerne for henvisningssedler ikke længere signifikant forskellig mellem interessenter og aktører, idet p-værdien stiger til 0,053 (grænsesignifikant).

³⁸ Forskellen mellem de fire grupper i vurderingen af praksiskonsulentordningens betydning for anbefalingerne for udskrivningsbreve er ikke signifikant forskellig.

Tabel 7.25: Vurderet ventetid for udsendelse af udskrivningsbreve

	Gennemsnitlig ventetid, jf. forvaltninger/sygehusledelser i kortlægningen (dage)	Andel, der er ude inden 5 hverdage (procent-andele)	Andel, der er ude inden 8 hverdage (procent-andele)
Københavns Amt	Ingen formel registrering	50	75
H:S	3 dage	--	--
Frederiksborg Amt	Ingen formel registrering	60	80
Roskilde Amt	--	> 85	--
Vestsjællands Amt	8 dage	50	70
Storstrøms Amt	9 dage	--	--
Bornholms Amt	7 dage	--	--
Fyns Amt	4 dage	70	90
Sønderjyllands Amt	9 dage	--	--
Ribe Amt	Ingen formel registrering	60	70
Ringkjøbing Amt	Ingen formel registrering	75	90
Vejle Amt	3 dage	74 ^a	--
Århus Amt	7 dage	70	80
Viborg Amt	6 dage	--	--
Nordjyllands Amt	7 dage	66	80

a. Med udgangen af 2. kvartal var 74% af udskrivningsbrevene i Vejle Amt udsendt senest 2 dage efter udskrivelse.

Af de amter, hvor der er foretaget en vurdering af andelen af udskrivningsbreve, der er ude inden 5 hverdage, er det vurderet, at servicemålet i det respektive amt (den tidligere præsenterede tabel 7.23) kun er opfyldt i Roskilde Amt. For Ringkjøbing Amt vurderes det, at servicemålet for udsendelse opfyldes inden for 8 hverdage. Den vurderede ventetid for udsendelse af udskrivningsbreve i Københavns, Frederiksborg, Vestsjællands, Fyns, Ribe, Vejle, Århus og Nordjyllands amter ligger ud over servicemålet i det enkelte amt. I fem amter har det ikke været muligt at få en vurdering af ventetiden for udskrivningsbrevenes udsendelse.

Med hensyn til ventetiden for ambulante notaters udsendelse foregår der i de fleste amter ingen formel registrering.

Afhængigt af amt udsendes et sted mellem 47-100% af alle udskrivningsbreve elektronisk fra sygehuset til de praktiserende læger, jævnfør spørgsmål til sygehusledelserne. I gennemsnit er dette tilfældet for 76% af brevene. Mellem 25-100% af de ambulante notater udsendes elektronisk. I Ribe Amt udsendes der dog hverken udskrivningsbreve eller ambulante notater elektronisk³⁹, og i Københavns, Frederiksborg og Roskilde amter sker der ikke elektronisk udsendelse af ambulante notater. Omfanget af elektroniske udsendelser afhænger naturligvis af, om den praktiserende læge har mulighed for elektronisk modtagelse.

Som med kvaliteten er det ligeledes spørgsmålet, om tilstedeværelsen af praksiskonsulentordningerne i de enkelte amter/H:S har betydet noget for ændringerne i den gennemsnitlige ventetid for henholdsvis udskrivningsbrevs og ambulante notaters udsendelse fra sygehuset til den praktiserende læge. Praksiskonsulentordningen kan medvirke til, at der sker en løbende monitorering af servicemålene omkring ventetider for udskrivningsbreve og ambulante notater. I forbindelse med kortlægningen blev både forvaltningscheferne, sygehusledelserne, praksiskoordinatorerne og praksiskonsulenterne bedt om at vurdere, hvilken betydning praksiskonsulentordningerne i de respektive amter havde haft for denne ventetid. Resultatet af denne vurdering fremgår af de to tabeller (7.26 og 7.27) nedenfor.

³⁹ Som det senere fremgår af kapitel 9, er man dog nu klar i Ribe Amt til at udsende udskrivningsbreve elektronisk.

Tabel 7.26: Vurdering af praksiskonsulentordningernes betydning for ændringer i ventetiden for udskrivningsbrevens udsendelse (procent-andele)

	Forvaltningschefer	Sygehusledelser	Koordinatorer	Konsulenter
Ventetiden er faldet på grund af ordningen	9	36	43	23
Ventetiden er delvist faldet på grund af ordningen	36	--	48	33
Ventetiden er faldet, men ikke på grund af ordningen	46	5	--	9
Ventetiden er steget, men ikke på grund af ordningen	--	2	5	3
Ventetiden er uændret	--	19	5	23
Kan ikke vurdere/uoplyst	9	39	9	9

Tabel 7.27: Vurdering af praksiskonsulentordningernes betydning for ændringer i ventetiden for ambulante notaters udsendelse (procent-andele)

	Forvaltningschefer	Sygehusledelser	Koordinatorer	Konsulenter
Ventetiden er faldet på grund af ordningen	--	15	26	16
Ventetiden er delvist faldet på grund af ordningen	8	---	21	25
Ventetiden er faldet, men ikke på grund af ordningen	42	3	--	11
Ventetiden er steget, men ikke på grund af ordningen	--	--	5	4
Ventetiden er uændret	--	19	16	26
Kan ikke vurdere/uoplyst	50	63	31	17

Sammenlignet med ambulante notater har flest vurderet, at ordningerne har haft hel eller delvist betydning for ændringer i ventetiden for udskrivningsbrevens udsendelse, således at ventetiden er faldet. Specielt en større andel af koordinatorer og konsulenter har vurderet dette. Omvendt har 46% af forvaltningscheferne vurderet, at faldet i ventetiden ikke har været på grund af eksistensen af ordningen i amtet. Endelig skal det påpeges, at en forholdsvis stor andel af respondenterne i alle grupper ikke har set sig i stand til at vurdere spørgsmålet i forhold til ambulante notater. Slås forvaltningschefer og sygehusledelser sammen i en gruppe af interessenter og koordinatorer og konsulenter i en gruppe af aktører, så viser der sig en signifikant forskel i vurderingen af ordningens betydning for ændringer i ventetiden for udskrivningsbreve og ambulante notater.⁴⁰ Praksiskoordinatorer og -konsulenter vurderer i langt højere grad end forvaltningschefer og sygehusledelser, at det er praksiskonsulentordningen, der har betydet en ændring i ventetiderne.

7.11 Nyhedsbreve og andre kommunikationsmedier

En central opgave for praksiskonsulentordningen er at tilvejebringe og forbedre kommunikationen og informationsstrømmene mellem almen praksis og sygehusafdelingerne. Et middel hertil er de nyhedsbreve eller informationsblade, som udgives i regi af praksiskonsulentordningerne. Formålet med nyhedsbrevene er overordnet at informere brugerne af praksiskonsulentordningen, dvs. de praktiserende læger og sundhedsfagligt personale på sygehusene, om relevante forhold på afdelingen eller i almen praksis i relation til nye tiltag, vejledninger eller instrukser (rekommandationer), f.eks. til almen praksis i forbindelse med henvisninger til afdelinger eller i forhold til omfanget af nødvendige forundersøgelser i almen praksis. De specifikke detaljer om de enkelte nyhedsbreve er vist i tabel 7.28 på næste side.

⁴⁰ $\chi^2=25,723$; $df=2$; $p<0,0001$.

Alle praksiskonsulentordninger i Danmark har et nyhedsbrev. Hyppigheden af nyhedsbrevenes udsendelse varierer mellem de enkelte praksiskonsulentordninger, således at man i nogle amter kun udsender nyhedsbrevet kvartalsvist (Roskilde, Storstrøm og Sønderjylland), mens man omvendt i Frederiksborg Amt udsender nyhedsbrevet hver 14. dag. Øvrige amter befinder sig her imellem. På nær i Roskilde, Sønderjyllands og Ribe amter udsendes nyhedsbrevet tillige elektronisk. Modtagerne af nyhedsbrevet er de praktiserende læger i amtet, læger ved sygehusafdelinger, samt praksiskonsulenterne. I enkelte amter er det dog kun sygehusafdelingen, og ikke sygehuslægerne selv, der modtager nyhedsbrevet. Andre modtagere af nyhedsbrevet kan være amtet og sygehusledelserne, interesserede og relevante speciallæger, yngre læger under uddannelse til almen praksis (blokstilling), andre amters praksiskoordinatorer samt de almenmedicinske institutter ved universiteterne i København, Århus og Odense.

I nyhedsbrevenes redaktion indgår typisk praksiskoordinatoren og for nogle amters vedkommende også praksiskonsulenter. Enkelte amter afviger dog fra dette, idet redaktionsopgaven i Sønderjyllands Amt varetages af amtets sygesikringsafdeling, mens redaktionen i Vejle Amt udgøres af en amtslig/lægelig redaktionsgruppe. I nyhedsbrevene indgår blandt instrukser (samarbejdsaftaler) fra sygehuset og sygehusafdelingen til almen praksis, f.eks. vedrørende håndteringen af forskellige behandlinger, herunder i hvilket regi de forskellige dele af patientforløbet varetages. I alle amter udarbejdes der instrukser, der gælder for hele amtet, mens der i nogle amter også udarbejdes instrukser, som kun gælder for enkelte afdelinger.⁴¹ I kortlægningen blev der specifikt spurgt til, hvorvidt tre instrukser havde indgået i de respektive praksiskonsulentordningers nyhedsbrev, nemlig ”abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser fra almen praksis”, ”tumor mammae” og ”terminal pleje”. Som det ses af tabel 5.28, så har der i 11 amters nyhedsbreve været gengivet en instruks om abort og de ønskede forundersøgelser, mens en instruks om tumor mammae har indgået i 10 af nyhedsbrevene, og en instruks om terminal pleje har været med i nyhedsbrevene hos 7 af ordningerne. Eksempler på andre instrukser, som har indgået i nyhedsbrevene i de forskellige praksiskonsulentordninger, er instrukser vedrørende diabetes, colorectal cancer, thyreoidea lidelser, kronisk obstruktive lungesygdom, ryglidelser og vejledning, hypertension, osteoporose, hæmturi, struma, demens, nyresygdomme, atrieflimren, smertebehandling, sårbehandling, røntgenundersøgelser, visitation af børn, behandling af borreliose, behandling af phimosis samt vejledning om allergiprofylakse. Omfanget af instrukser varierer i de enkelte amter mellem 4 og 80.

⁴¹ Københavns Amt, H:S, Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt, Fyns Amt, Vejle Amt, Århus Amt og Viborg Amt.

Tabel 7.28: Nyhedsbreve fra praksiskonsulentordningerne i Danmark

	Nyhedsbrevets navn	Antal i 2000	Elektronisk version	Nyhedsbrevets redaktion	Instrukser (samarbejdsaftaler) i nyhedsbrev
København	Klinik-Nyt	12	Ja	Koordinator og konsulenter	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae Terminal pleje
H:S	HAPS	12	Ja	Koordinator	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae Terminal pleje
Frederiksborg	Klinik-Nyt	25	Ja	Koordinator og konsulenter	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser
Roskilde	DIALOG Nyhed	4	Nej	Koordinator og konsulenter	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser
Vestsjælland	Lægeinfo	12	Ja	Koordinator, konsulenter og amtets afdeling	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae
Storstrøm	PRAX INFO	4	Ja	Koordinator	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae Terminal pleje
Bornholm	PK-Nyt	--	--	--	--
Fyn	Klinik Nyt (+ LABNYT)	21	Ja	Koordinator (Labnyt: koordinator, afdeling)	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae Terminal pleje
Sønderjylland	SYPRAX	4	Nej	Sygesikringsafdelingen	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae
Ribe	PONS MEDICUS NOVUS	12	Nej	Koordinator	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae Terminal pleje
Ringkjøbing	Praksiskonsulenten	12	Ja	Koordinator	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae Terminal pleje
Vejle	Nyhedsbrev	12	Ja	Amtslig/lægelig redaktionsgruppe	Abort med beskrivelse af ønskede forundersøgelser Tumor mammae
Århus	Klinisk info	8	Ja	Koordinator og konsulenter	Andre ^a
Viborg	Kontakt Nyt	8	Ja	Konsulenter og afdelinger	Tumor mammae
Nordjylland	DIALOG	2 ^b	Ja	Koordinator og konsulenter	Terminal pleje

a. Udredning og behandling af demens, udredning og behandling af thyreoidepatienter, udredning og behandling af gravide med sukkersyge.

b. Nyhedsbrevet i Nordjyllands Amt udkom første gang i december 2000.

Af praksiskonsulenterne har 54% leveret bidrag eller skrevet indlæg til praksiskonsulentordningernes nyhedsbreve i 2000. I mellem amterne er der nogen variation i, hvor stor en andel af praksiskonsulenterne der leverer bidrag til nyhedsbrevet. I Københavns og Vestsjællands amter er det næsten alle praksiskonsulenter, som tilkendegiver, at de har leveret bidrag i 2000, mens det i Sønderjyllands, Viborg og Fyns amter kun er mellem 10% og 33%. Det gennemsnitlige antal bidrag eller indlæg, som praksiskonsulenterne har skrevet til nyhedsbrevene i 2000, er 3 med en spredning fra 1-20 indlæg. Eksempler på indlæg er Københavns tilbud til gravide/fødende kvinder, prænatal diagnostik, behandling af prostatacancer, diabetes type 2, urininkontinens, visitationsmuligheder til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, henvisningernes kvalitet og mønstre, epikriseproblemer, dødsattester, nye tiltag på afdelingen og indlæg vedrørende referenceprogrammer/vejledninger.

Ud over de elektronisk udsendte nyhedsbreve varetages noget af den elektronisk-baserede kommunikation i praksiskonsulentordningerne også via elektroniske informationssystemer. I godt halvdelen af praksiskonsulentordningerne anvendes der et elektronisk informationssystem, som f.eks. VISINFO, Sund-info, PRAX INFO eller Praksis.dk (tabel 7.29). I H:S etableres PHS info som elektronisk system fra foråret 2002. Langt de fleste af disse systemer er dog ikke udviklet specifikt for praksiskonsulentordningen, men har bredere formål. Eneste undtagelse er PRAX INFO i Vestsjællands Amt. Opdateringen af systemerne sker i overvejende grad efter en formaliseret procedure, idet dog systemerne i Vejle og Nordjyllands amter opdateres på ad hoc-basis.

Tabel 7.29: Elektroniske informationssystemer i praksiskonsulentordningerne

	Elektronisk info-system, der anvendes i ordningen	Hvilket system?	Specifik for praksiskonsulentordningen	Hvem redigerer systemet?
København	Nej			
H:S	(Nej)	PHS info elektronisk i 2002	Nej, bredere	
Frederiksborg	Ja	Sund-info	Nej, bredere	Sundhedsinformationen
Roskilde	Nej			
Vestsjælland	Ja	--	Nej, bredere	Koordinator, konsulenter & amt
Storstrøm	Ja	PRAX INFO udsendes elektronisk	Ja	Koordinator
Bornholm	--	--	--	
Fyn	Ja	VISINFO	Nej, bredere	Koordinatorer, amtet & FynCom
Sønderjylland	Nej			
Ribe	Nej			
Ringkjøbing	Nej			
Vejle	Ja	VISINFO	(Ja)	Udvalg af praktiserende læger og folk fra amtet
Århus	Ja	Praksis.dk	Nej, bredere	Koordinator, konsulenter & amt
Viborg	Nej			
Nordjylland	Ja	VISINFO	Nej, bredere	Koordinator, konsulenter & amt

Den information, som kan hentes i de enkelte elektroniske systemer, fremgår af tabel 7.30 nedenfor. Det elektroniske informationssystemer, der er tilgængelige i Fyns Amt og Århus Amt, synes at indeholde de fleste informationsmuligheder.

Tabel 7.30: Information i de elektroniske informationssystemer

	Søgning på diagnoser	Indhold og fremsendelse af henvisnings-seddel	Indhold og fremsendelse af epikrise	Svar på prøver	Fælles patientforløb med udveksling af prøver	Meddelelser i øvrigt
H:S	X				X	X
Vestsjælland	X			X	X	
Storstrøm	X	X	X			X
Fyn	X	X	X	X	X	X
Vejle	X	X	X			X
Århus	X	X	X	X	X	(X) ⁴²
Nordjylland		X	X	X		X

7.12 Resultater og konsekvenser som følge af praksiskonsulentordningen i Danmark

De fire grupper af respondenter blev i kortlægningen bedt om at vurdere, hvorvidt eksistensen af praksiskonsulentordningen i deres amt/H:S har betydet noget for de forskellige opgaver for praksiskonsulentordningen, der tidligere blev præsenteret i tabel 7.8. For hver enkelt opgavevaretagelse skulle respondenterne give deres vurdering af, om tilstedeværelsen af praksiskonsulentordningen har gjort det bedre, dårligere, eller om der ikke var sket nogen ændring. For hver af de fire grupper (interessenter og aktører) er det samlede resultat for alle amter/H:S vist nedenfor i tabel 7.31.

Af tabellen ses det, at de fleste interessenter (forvaltninger og sygehusledelser) vurderer, at de væsentligste konsekvenser af praksiskonsulentordningen samlet for alle amter/H:S⁴³ indtil nu har været, at nedenstående tiltag er blevet forbedret:

- Kommunikation mellem sektorer (100% og 73%)
- Nedbrydelse af barrierer (94% og 71%)
- Løsning af samarbejdsproblemer (88% og 71%)
- Information til almen praksis (81% og 71%)
- Skrevne informationskanaler (81% og 48%)

Det er også nogle af disse resultater, respondenterne hyppigst nævner som de mest udbytterige for almen praksis og sygehusafdelingerne.

⁴² Direkte korrespondance mellem praksiskonsulenterne og praktiserende læger er ved at blive muliggjort på praksis.dk. Når det er etableret, betyder det, at praksiskonsulenten kan lægge en meddelelse på praksis.dk til de praktiserende læger, efter aftale og godkendelse af praksiskoordinatoren. Planen i Århus Amt er samtidig, at alle praktiserende læger bliver koblet op med ADSL betalt af amtet, hvilket skulle give større udbredelse af praksiskonsulentordningens budskab.

⁴³ Samme resultater findes for hvert enkelt amt/H:S.

Tabel 7.31: Vurdering af konsekvenser af praksiskonsulentordningen (procent-andele)

Første kolonne: Forvaltninger (N=16) Anden kolonne: Sygehusledelser (N=62)	Bedre		Dårligere		Uændret	
<i>Nedbrydelse af barrierer</i>	94	71	--	--	6	11
<i>Kommunikation mellem sektorer</i>	100	73	--	--	--	10
Opgavefordelingen mellem sektorerne	50	36	--	--	44	47
Koordinering af sammenhængende patientforløb	50	44	--	--	44	36
Opfølgning på udskrivelse fra sygehus	25	24	--	--	63	53
Koordinering af ambulant aktivitet m. almen praksis	25	34	--	--	75	44
Henvisningssedlernes kvalitet	69	48	--	--	31	31
Udskrivningsbrevens kvalitet	50	52	--	2	44	27
Det ambulante notats kvalitet	19	15	--	2	69	61
Ventetiden på udskrivningsbreve	50	37	6	2	31	40
Ventetiden på ambulante notater	13	15	6	2	63	60
Omfanget af dobbeltarbejde/undersøgelser	31	32	--	--	56	47
<i>Skrevne informationskanaler</i>	81	48	--	--	6	48
Elektroniske medier	69	40	--	--	25	37
<i>Information til almen praksis</i>	81	73	--	--	19	8
Beskrivelse af arbejdsgange på afdelingerne	69	44	--	--	25	36
Udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer ^{a,b}	56	40	--	--	38	42
<i>Løsning af samarbejdsproblemer</i>	88	71	--	--	13	8
Efteruddannelsestilbud til praksissektor og afdeling	56	31	--	--	38	45
Første kolonne: Praksiskonsulenter (N=178) Anden kolonne: Praksiskoordinatorer (N=23)	Bedre		Dårligere		Uændret	
<i>Nedbrydelse af barrierer</i>	83	91	--	--	13	9
<i>Kommunikation mellem sektorer</i>	86	91	--	--	10	9
Opgavefordelingen mellem sektorerne	38	65	--	--	56	35
Koordinering af sammenhængende patientforløb	44	61	--	--	49	39
Opfølgning på udskrivelse fra sygehus	28	35	--	--	65	57
Koordinering af ambulant aktivitet m. almen praksis	40	61	1	--	53	39
Henvisningssedlernes kvalitet	48	65	--	--	45	35
Udskrivningsbrevens kvalitet	47	70	2	--	44	30
Det ambulante notats kvalitet	29	30	4	--	60	70
Ventetiden på udskrivningsbreve	55	83	2	--	34	17
Ventetiden på ambulante notater	42	44	2	--	47	52
Omfanget af dobbeltarbejde/undersøgelser	38	52	1	--	54	48
<i>Skrevne informationskanaler</i>	68	96	1	--	22	4
Elektroniske medier	41	61	1	--	47	35
<i>Information til almen praksis</i>	69	83	--	--	24	17
Beskrivelse af arbejdsgange på afdelingerne	50	74	--	--	43	26
Udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer ^{a,b}	57	78	--	--	35	22
<i>Løsning af samarbejdsproblemer</i>	76	87	--	--	18	13
Efteruddannelsestilbud til praksissektor og afdeling	48	65	1	--	44	35

a. Signifikant forskel mellem de fire gruppers vurdering ($\chi^2=8,604$; $df=3$; $p=0,035$).

b. Signifikant forskel mellem interessenters og aktørers (to grupper) vurdering ($\chi^2=5,021$; $df=1$; $p=0,025$).

Disse væsentligste konsekvenser af praksiskonsulentordningen er nogle overordnede, men meget lidt konkrete resultater, der set i et udviklingsperspektiv udgør det nødvendige fundament for praksiskonsulentordningen med hovedformålet at styrke samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor og opnå sammenhængende og koordinerede patientforløb. Resultatet passer med, at det væsentligste, der er opnået i det første årti, siden den første praksiskonsulentordnings etablering, som første trin i udviklingsprocessen har været at nedbryde kulturbarrierer sektorerne imellem og initiere og udbygge

kommunikationen mellem sektorerne. Dette er en forudsætning for overhovedet at kunne samarbejde om de fælles patienter. Dernæst har næste udviklingstrin bestået i at udvikle nogle kanaler for information og blandt andet med disse kanaler tilvejebringe den nødvendige information til praksis.

De næsthøypigste tiltag, som interessenterne vurderer er blevet forbedret af praksiskonsulentordningen, er henvisningssedlernes kvalitet, elektroniske medier, udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer samt efteruddannelsestilbud, som alle repræsenterer nogle mere konkrete resultater, svarende til den videre udviklingsproces for praksiskonsulentordningen.

For aktørerne (praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter) er det de samme overordnede tiltag, som for interessenterne, der er blevet forbedret af praksiskonsulentordningen. Endvidere har specielt mange praksiskoordinatorer vurderet, at praksiskonsulentordningen også har forbedret konkrete tiltag som ventetiden på udskrivningsbreve (83%), udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer (78%), beskrivelse af arbejdsgange på afdelingerne (74%) og udskrivningsbrevens kvalitet (70%). Kun for udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer viste der sig at være signifikante forskelle mellem de fire grupper og mellem interessenter og aktører, med aktørerne som de mest positive med hensyn til forbedringen af guidelines. Ellers er der ingen større forskelle mellem interessenter og aktører. Resultaterne svarer også til de resultater, der præsenteres i Dansk selskab for almen medicins statusrapport fra 2000.

Praksiskonsulentordningen har omvendt betydet lidt for tiltag som forbedring af ventetiden for ambulante notater, kvaliteten af det ambulante notat, opfølgning på udskrivelse fra sygehus og koordinering af ambulante aktivitet med almen praksis. Enkelte giver endda udtryk for, at ventetiden på ambulante notater, såvel som kvaliteten af de ambulante notater, er blevet dårligere med praksiskonsulentordningen. Så generelt har praksiskonsulentordningen indtil nu tilsyneladende ikke haft den store indflydelse i positiv retning på det ambulante patientforløb.

7.13 Tilfredshed med ordningerne og opnåede resultater

I forbindelse med kortlægningen blev interessenter og aktører spurgt om deres tilfredshed med det, som praksiskonsulentordningen havde udrettet indtil nu. Tilfredsheden blev målt på en skala fra ”meget tilfreds” til ”ikke tilfreds”.⁴⁴ I tabel 7.32 er resultatet vedrørende tilfredsheden med praksiskonsulentordningen i amterne/H:S vist.

Tabel 7.32: Tilfredshed med praksiskonsulentordningen i amtet/H:S (procent-andele)

	Forvaltninger N=16	Sygehusledelser N=62	Koordinatorer N=23	Konsulenter N=178
Meget tilfreds (5)	29	22	9	8
Tilfreds (4)	43	55	57	58
Hverken/eller (3)	7	16	22	20
Mindre tilfreds (2)	14	7	9	13
Ikke tilfreds (1)	7	--	--	1
Gennemsnitlig tilfredshedsscore ⁴⁵	3,71	3,94	3,68	3,58

Der er en tendens til, at interessenterne (forvaltninger og sygehusledelser) er en anelse mere tilfredse med praksiskonsulentordningen end aktørerne. Dette illustreres også af de gennemsnitlige tilfredshedsscorer. Dog er tre forvaltninger (Viborg, Nordjylland og Sønderjylland) kun mindre tilfredse eller slet ikke tilfredse med deres praksiskonsulentordning. Der viser sig ikke nogen signifikante forskelle mellem de fire grupper.⁴⁶ Af

⁴⁴ Skalaen er som udgangspunkt ordinal-skaleret.

⁴⁵ Beregnet under en antagelse om, at tilfredshedsskalaen er interval-skaleret.

⁴⁶ Der fremkommer dog signifikante resultater ($\chi^2=19,571$; $df=12$; $p=0,076$), men forudsætningerne for testen er ikke opfyldt, jf. at der er celler, som har forventede værdier, der er lavere end 5. Variansanalyse,

tabel A1-A4 i appendiks 7.5 fremgår tilfredsheden med praksiskonsulentordningen i de fire grupper for hvert amt/H:S. De mindst tilfredse blandt praksiskonsulenterne findes i Sønderjyllands Amt. Der er en mindre gruppe af praksiskonsulenter, der generelt er tilfredse med praksiskonsulentordningen, men som ikke eller kun i mindre grad er tilfredse med deres egen indsats som praksiskonsulent (7%).

I kapitel 8 sammenlignes interessenteres og aktørers tilfredshed med praksiskonsulentordningen med brugernes (praktiserende læger og afdelingsledelser) tilfredshed med ordningen.

Interessenterne blev ligeledes spurgt, om praksiskonsulenterne indtil nu havde levet op til deres forventninger. Resultatet er vist i tabel 7.33.

Tabel 7.33: Har praksiskonsulentordningen levet op til forventningerne? (procent-andele)

	Forvaltninger N=16	Sygehusledelser N=62
Ja, i høj grad	40	34
Ja, i nogen grad	40	53
Ja, i mindre grad	13	8
Nej	7	6

De to interessentgrupper er nogenlunde enige om, at praksiskonsulentordningen har levet op til de forventninger, som man havde, idet 80% af forvaltninger og 87% af sygehusledelserne har angivet, at praksiskonsulentordningen i høj grad eller i nogen grad har levet op til forventningerne. Af samme årsag findes der heller ingen signifikante fordele. Kun ganske få – en forvaltning (Viborg) og tre sygehusledelser (to i Viborg Amt og én i Nordjyllands Amt) – har tilkendegivet, at ordningen ikke har levet op til deres forventninger. Resultatet i tabel 7.33 er i appendiks 7.5, tabel A5-6, vist i forhold til de enkelte amter.

7.14 Udviklingsperspektiver for praksiskonsulentordningen i fremtiden

Som de opnåede resultater antydede, så er de første trin i udviklingsprocessen for praksiskonsulentordningen i amterne og H:S, hvor det nødvendige fundament for kommunikation og samarbejde mellem sektorerne blev etableret, gennemført. Man har endvidere i ordningerne nu påbegyndt en videre udviklingsproces, hvor konkrete tiltag og opgaver prioriteres. Nogle amter er længere end andre i denne proces, og nogle ordninger har haft længere tid til at opnå disse resultater i. I forhold til den fremtidige udvikling af praksiskonsulentordningerne er forvaltninger og sygehusledelser blevet spurgt om, hvorvidt strategien for praksiskonsulentordningen i amtet/H:S vil blive ændret i fremtiden (tabel 7.34).

under antagelse af interval-skaleret tilfredshedsskala, resulterede heller ikke i signifikante forskelle mellem de fire grupper.

Tabel 7.34: Ændringer i strategien for praksiskonsulentordningen i fremtiden

Amt/H:S	Ja, ændres	Nej, er lige ændret	Nej
Københavns Amt			X
H:S (Københavns & Frederiksberg)		X	
Frederiksborg Amt			X
Roskilde Amt	X		
Vestsjællands Amt	X		
Storstrøms Amt			X
Bornholms Amt			X
Fyns Amt	Ikke besvaret	Ikke besvaret	Ikke besvaret
Sønderjyllands Amt	X		
Ribe Amt			X
Ringkjøbing Amt	X		
Vejle Amt	X		
Århus Amt			X
Viborg Amt	X		
Nordjyllands Amt	X		
Sygehusledelser (N=50)	20 (32%)	4 (6%)	26 (42%)

Af tabellen ses det, at man i 7 af de 15 ordninger påtænker at ændre på ordningerne i fremtiden. Det gælder for ordningerne i Roskilde, Vestsjællands, Sønderjyllands, Ringkjøbing, Vejle, Viborg og Nordjyllands amter. I H:S har man netop i sommeren 2001 gennemført en ændring af praksiskonsulentordningen, og i de øvrige amter har man ingen planer om at ændre strategierne for ordningen. Der er også en sammenhæng mellem forvaltningernes eller sygehusledelsernes tilfredshed med praksiskonsulentordningen og ønsket om at ændre strategien for ordningen, således at det er de mindst tilfredse, der også agter at ændre på ordningen.

I tabel 7.35 nedenfor kan man se, på hvilke områder forvaltningerne i de 7 amter ønsker at ændre praksiskonsulentordningen.

Tabel 7.35: Områder, hvor amter, der ønsker at ændre ordningen i fremtiden, overvejer at gøre noget

	Udbygning af ordningen	Flere ressourcer	Færre ressourcer	Andre opgaver	Større kompetence	Mindre kompetence	Bedre koordinering mellem sektorer	Bedre koordinering i forhold til amt	Mere markedsføring og synliggørelse	Andet
Vestsjælland	X	X		X	X		X		X	
Sønderjylland	X							X	X	X
Ringkjøbing							X			
Vejle					X		X	X	X	
Viborg							X		X	
Nordjylland										X

Ordningerne i Vestsjællands og Sønderjyllands amter ønskes udbygget, og ordningen i Vestsjællands Amt skal også have tilført flere ressourcer og have nogle andre opgaver. Ordningerne i Vejle og Vestsjællands amter skal også have større kompetence i fremtiden. I fire amter (Vestsjælland, Ringkjøbing, Vejle og Viborg) er der i ordningerne behov for bedre koordinering mellem almen praksis og sygehusene, hvorfor dette er et område, hvor der vil ske ændringer, og i Sønderjyllands og Vejle amter vil man ved en fremtidig

ændring tilstræbe en bedre koordinering af ordningen i forhold til amtet. I Vestsjællands, Sønderjyllands, Vejle og Viborg amter er der behov for mere markedsføring og synliggørelse af ordningerne, hvilket vil blive tænkt ind i den fremtidige ændring af ordningerne i amtet. Endelig så har man planer om i Nordjyllands Amt at ændre ordningen, så den bliver mere projektorienteret med præcist formulerede opgaver fra forvaltningen. I Roskilde Amt har man ikke angivet, på hvilke områder ordningen tænkes ændret.

I enkelte af de andre amter, hvor man ikke har deciderede planer om at ændre praksiskonsulentordningen, er der alligevel gjort nogle overvejelser om områder, som man overvejer at ændre eller justere i de nuværende ordninger. I Storstrøms Amt overvejer man også at udbygge ordningen til den øvrige primærsektor og at sikre ordningen en bedre koordinering mellem almen praksis og sygehusene. I Københavns Amt kunne man også ønske sig en bedre koordinering mellem almen praksis og sygehusene, men også i forhold til amtet, og en bedre markedsføring og synliggørelse af ordningen. Endelig var de gennemførte ændringer i H:S blandt andet motiveret af et ønske om en øget politisk styring af ordningerne.

En række faktorer forventes at kunne styrke praksiskonsulentordningen på den ene eller anden måde. I tabel 7.36 præsenteres de to interessent-grupper og de to aktør-gruppers vurdering af, hvilke faktorer der vil kunne styrke praksiskonsulentordningen i fremtiden.

Tabel 7.36: Faktorer, der vurderes at kunne styrke praksiskonsulentordningen i fremtiden (procent-andele)

Forhold	Forvaltning N=16	Sygehus- ledelse N=62	Praksis- koordinator N=23	Praksis- konsulent N=178
<i>Øget interesse og feedback fra afdelinger</i>	81	60	65	79
<i>Øget interesse og feedback fra almen praksis</i>	69	57	91	84
Øget interesse og feedback fra amt	19	15	52	50
Flere ressourcer	6	18	52	41
Bedre kommunikation	44	19	61	60
Udvikling af elektroniske informationssystemer	63	37	87	61
Mere fast mødestruktur	38	24	39	55
Fællesmøder ml. konsulent, afdeling og praksis	31	26	61	59
Bedre amtslig koordinering	31	16	52	37
Bedre synlighed for og accept af konsulent	56	34	69	68
Mere udfarende og aktive konsulenter	50	29	57	56
Udbredelse af konsulenter til flere afdelinger	13	11	35	35
Flere prakt. læger, som vil være konsulenter	50	32	78	56
Bedre implementering af resultater	50	32	78	62

De faktorer, som flest forvaltninger, sygehusledelser, praksiskonsulenter og til dels også praksiskoordinatorer vurderer vil kunne styrke praksiskonsulentordningerne i fremtiden, er, hvis interessen og tilbakemeldingerne (feedback) fra både afdelingerne og almen praksis blev større. Dette har højeste prioritet. For koordinatore og konsulenter er det specielt interessen og tilbakemeldingerne fra deres eget bagland – almen praksis – som ønskes forbedret. Dette hænger også godt sammen med, at kun godt lidt over halvdelen af praksiskonsulenterne vurderede, at almen praksis var interesseret i praksiskonsulentordningen (tabel 7.20). Praksiskoordinatorerne skiller sig lidt ud, idet det for mange af dem også er faktorer som udvikling af elektroniske informationssystemer (87%), at flere praktiserende læger vil være praksiskonsulenter (78%), og at resultaterne sikres en bedre implementering (78%), som kan styrke praksiskonsulentordningen i fremtiden. Disse faktorer vurderes også af de tre andre grupper, men en lavere andel, at kunne styrke praksiskonsulentordningen.

Kapitel 8: Resultater af praksiskonsulentordningerne i fire amter

Komparativ brugerundersøgelse af praksiskonsulentordningerne i Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Ribe Amt og Nordjyllands Amt

I flere amter er der gennemført brugerundersøgelser af amtets praksiskonsulentordning. I nogle amter er dette sket i forbindelse med beslutning om praksiskonsulentordningens fortsættelse efter de første pilotår. Hidtil er der dog ikke gennemført nogen komparativ brugerundersøgelse på tværs af amterne, der på én gang inddrager flere praksiskonsulentordninger, deres brugere og vurderer de opnåede resultater på tværs af amterne. Frem for at sammenligne forskellige gennemførte brugerundersøgelser med forskelle i design og metode og de deraf følgende usikkerhedsmomenter ved en komparativ brugerundersøgelse kan man netop sammenligne en række udvalgte parametre. Sammenligningsgrundlaget bliver derfor ens for de respektive praksiskonsulentordninger, der indgår.

Ideen med dette delprojekt i ”evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark” er netop at gennemføre en komparativ brugerundersøgelse, der har til formål at undersøge resultaterne af praksiskonsulentordningerne i udvalgte amter. I forhold til brugerne er formålet mere specifikt at afdække deres viden om praksiskonsulentordningen, den konkrete anvendelse af ordningen, brugernes vurdering af konsekvenser og effekter af ordningen på udvalgte områder, tilfredsheden og forventningerne til ordningen samt brugernes vurdering af fremtiden og fremtidige indsatsområder for ordningen. Brugerundersøgelsen skal munde ud i at afklare, om der er sammenhæng mellem resultaterne og den specifikke organisationsform, man har valgt i den konkrete praksiskonsulentordning i de udvalgte amter.

De primære brugere af praksiskonsulentordningen er defineret som almen praksis og sygehusafdelingerne. Brugerundersøgelsen afgrænses derfor til respondenter fra disse to brugergrupper i de fire udvalgte amter, bestående af praktiserende læger og afdelingsledelserne, med sidstnævnte som repræsentant for sygehusafdelingerne. Som en populationsundersøgelse i de udvalgte amter har målet været, at alle respondenter i de to brugergrupper fik mulighed for at deltage.

8.1 Udvælgelse af amter for brugerundersøgelsen

Med baggrund i resultaterne fra kortlægningen er praksiskonsulentordningerne i de enkelte amter blevet kategoriseret efter deres organisationsform med henblik på at udvælge et antal praksiskonsulentordninger, der kan indgå i brugerundersøgelsen. For at afspejle forskelle i organiseringen af de forskellige praksiskonsulentordninger kategoriseres praksiskonsulentordningerne i de enkelte amter, dels efter niveauet for ansættelse af praksiskonsulenterne, og dels efter de hyppigste samarbejdsrelationer med sygehusafdelingerne, som de enkelte ordninger har. Ved niveauet for ansættelse er det valgt kun at skelne mellem ansættelse ved forvaltning som det centrale ansættelsesniveau og ansættelse ved sygehus eller afdeling som det decentrale ansættelsesniveau. Ved samarbejdsrelationer med sygehusafdelingen skelnes der mellem praksiskonsulenteres samarbejde med afdelingen ved faste møder og møder afholdt på ad hoc-basis.

For brugerundersøgelsen udvælges to praksiskonsulentordninger for hver type af organisering (ansættelse og samarbejdsrelation) for at give mulighed for sammenligning mellem de forskellige organiseringer og inden for de enkelte organiseringer. Det betyder, at i alt fire praksiskonsulentordninger er udvalgt.

Ud fra resultaterne i kortlægningen er fire praksiskonsulentordninger udvalgt for brugerundersøgelsen, jævnfør tabel 8.1.

Tabel 8.1: Praksiskonsulentordninger i brugerundersøgelsen

Praksiskonsulentordning	Ansættelsesniveau	Hyppigste samarbejdsrelation
Københavns Amt	Decentral ansættelse	Faste møder
Frederiksborg Amt	Central ansættelse	Ad hoc/faste møder
Ribe Amt	Decentral ansættelse	Faste/ad hoc-møder
Nordjyllands Amt	Central ansættelse	Ad hoc-møder

Af tabel 8.1 ses det, at et flertal af afdelingsledelserne (67%) og lægegruppen (50%) i Frederiksborg Amt har møder med praksiskonsulenten på ad hoc-basis, men at der samtidig også er en pæn del af afdelingsledelserne (50%) og lægegruppen (33%), der har faste møder med praksiskonsulenten. Derfor er samarbejdsrelationen med afdelingen for Frederiksborg Amt karakteriseret som værende en blanding mellem ad hoc- og faste møder, med vægt på det første. Det omvendte gør sig gældende i Ribe Amt. I Københavns Amt og Nordjyllands Amt er samarbejdsrelationen mere entydig, jf. tabel 8.1. En udvælgelse af praksiskonsulentordningerne i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter gør det muligt at sammenligne både mellem og inden for de forskellige organiseringer. Ydermere sikrer de udvalgte ordninger et geografisk aspekt i brugerundersøgelsen.

8.2 Hypoteser

I forbindelse med gennemførelse af brugerundersøgelsen er der en række forventninger (hypoteser), som ønskes efterprøvet med henblik på be- eller afkræftelse. Hvor ingen deciderede forventninger har kunnet begrundes, er det konservative udgangspunkt med ingen forskel mellem de undersøgte delpopulationer valgt. Operationaliseringen af de væsentligste variable, der indgår i hypoteserne, fremgår af appendiks 8.1.

De første to hypoteser vedrører de to brugergruppers vidensniveau i forhold til praksiskonsulentordningerne i de fire amter. Viden om ordningen er centralt for at kunne forvente, at brugerne skal anvende og have gavn af ordningen. I forhold til de fire amter er der dog ikke umiddelbart grund til at forvente en forskel i brugernes viden om praksiskonsulentordningen, idet de fire praksiskonsulentordninger repræsenterer de senest initierede ordninger i Danmark (1995-1998). Den første hypotese, der vedrører brugernes viden om praksiskonsulentordningerne, er:

- Hypotese 1: *Brugerne i de fire amter har lige stor viden om praksiskonsulentordningen i de respektive amter.*

De to brugergrupper kunne derimod godt tænkes at besidde en forskellig grad af viden om praksiskonsulentordningen, idet praksiskonsulentordningen først og fremmest har sit udgangspunkt og virke på sygehusafdelingen. Den anden hypotese er derfor:

- Hypotese 2: *Af de to brugergrupper har afdelingsledelserne den største grad af viden om praksiskonsulentordningerne sammenlignet med de almen praktiserende læger.*

Denne forventning undersøges samlet for brugerne i alle fire amter.

I forhold til den række af opgaver, som praksiskonsulentordningen anvendes til i de fire amter, forventes der umiddelbart heller ikke at være forskel på de enkelte amter eller på de to brugergrupper. De to hypoteser, der vedrører anvendelsen, er:

- Hypotese 3: *Anvendelserne af praksiskonsulentordningerne i de fire amter er den samme.*
- Hypotese 4: *Anvendelserne af praksiskonsulentordningerne for henholdsvis almen praktiserende læger og afdelingsledelser i de fire amter er ens.*

Med hensyn til praksiskonsulentordningernes nyhedsbrev forventes der ikke at være forskelle vedrørende læsningen af nyhedsbrevet mellem de fire amter, men afdelingsledelserne forventes dog at læse nyhedsbrevet hyppigere, jævnfør ovenstående forventning om afdelingsledelsernes større viden om praksiskonsulentordningen. Hypotese 5 og 6, der skal undersøges, kan således formuleres:

- Hypotese 5: *Omfanget af læsningen af nyhedsbrevet i de fire amter er ens.*
- Hypotese 6: *Gruppen af afdelingsledelser forventes at læse nyhedsbrevet hyppigere end gruppen af praktiserende læger.*

På den ene side fungerer praksiskonsulenterne med base på sygehusafdelingen, og det må forventes, at informationen i nyhedsbrevene fra praksiskonsulentordningen derfor primært retter sig mod almen praksis. Er dette rigtigt, må forventningen også være, at det i højere grad er de praktiserende læger, der ideelt set bruger informationen fra nyhedsbrevet i praksis. Afdelingerne benytter også nyhedsbrevet og dets information. Men dette sker dog først og fremmest i forbindelse med nyhedsbrevets funktion som informations- eller formidlingskanal til almen praksis. Et eksempel er de vejledende retningslinjer (formaliserede politikker) til almen praksis, der typisk udmeldes efter aftale med praksiskonsulenten på afdelingen. Der forventes dog ikke at være nogen forskel i brugen af nyhedsbrevets information, jævnfør hypotese 7.

- Hypotese 7: *De to brugergrupper bruger i lige høj grad informationen fra nyhedsbrevet i praksis.*

Der er heller ingen umiddelbare forventninger til, at der er forskelle i, hvor høj grad informationen fra nyhedsbrevene i de enkelte amter anvendes (hypotese 8).

- Hypotese 8: *Informationen fra praksiskonsulentordningernes nyhedsbreve anvendes i lige stor udstrækning i de fire amter.*

Antallet af kontakter (telefonisk og personligt) og samarbejdsformen karakteriserer samarbejdsrelationerne i de fire amter mellem praksiskonsulenten og de to brugergrupper. Antallet af kontakter må forventes at være forbundet med antallet af stillinger, timer og dermed de økonomiske midler, som er til rådighed i de enkelte amters praksiskonsulentordninger. Dog må det understreges, at antallet af kontakter ikke nødvendigvis er det eneste udtryk for aktiviteten i en praksiskonsulentordning, idet der f.eks. afholdes møder, hvor de praktiserende læger ikke deltager og omvendt. Men umiddelbart er forventningen, at der er en sammenhæng mellem de tilgængelige midler og omfanget af kontakter i en praksiskonsulentordning, således at der i ordninger, hvor der er få timer til rådighed, heller ikke er mulighed for et stort antal kontakter. Følgende hypotese 9 kan formuleres om antallet af kontakter:

- Hypotese 9: *Jo flere økonomiske midler (og stillinger og timer) til rådighed i den konkrete praksiskonsulentordning, jo større omfang af kontakter er der mellem de to brugergrupper og praksiskonsulenterne.*

Med hensyn til udformningen af det konkrete samarbejde mellem praksiskonsulenterne og sygehusafdelingerne forventes det, at hyppigste samarbejdsform, som det er vurderet af brugergruppen, i Københavns Amt fortrinsvist er ved faste møder modsat ad hoc-møder i Nordjyllands Amt. Hypotese 10 tilkendegiver, at der er forskelle mellem amterne.

- Hypotese 10: *Den hyppigste samarbejdsform mellem praksiskonsulent og sygehusafdeling er ikke den samme i alle fire amter.*

Denne forventning kommer af de fundne resultater fra kortlægningen, jævnfør afsnit 8.1.

I vurderingen af de resultater, der er opnået med praksiskonsulentordningerne i de fire amter, forventes der ikke umiddelbart at være nogen forskel mellem de fire amter, såvel som mellem de to grupper af brugere. Dog kunne man måske forvente, at flest resultater var opnået i de ældste af de fire praksiskonsulentordninger, dvs. i Københavns Amt. I hypotese 11 tages dog alligevel det konservative udgangspunkt med ingen forskel.

- Hypotese 11: *Der er ingen forskel i de oplevede resultater mellem praksiskonsulentordningerne i de fire amter og mellem de to brugergrupper.*

I praksiskonsulentordninger med en samarbejdsform ved faste møder forventes praksiskonsulentordningen umiddelbart i højere grad at have haft indflydelse på samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren, jævnfør at ordningen er nærværende. Det samme er ikke tilfældet med ordninger, hvor samarbejdet er mere løst. Dette forhold er undersøgt ud fra brugernes subjektive vurdering af eventuelle forbedringer i samarbejdet. Forskelle i de subjektive vurderinger undersøges med hypotese 12:

- Hypotese 12: *Brugergrupperne i Københavns Amt vurderer, at praksiskonsulentordningen ved dens faste samarbejdsform i højere grad har forbedret samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren, end tilfældet er i de tre øvrige amter, hvor samarbejdsformen er mere løs.*

Der indgår i brugerundersøgelsen to hypoteser vedrørende tilfredshed og forventninger til praksiskonsulentordningerne. Som udgangspunkt forventes der ikke nogen forskelle i brugergruppernes tilfredshed og opfyldelse af forventningerne, jævnfør at de udvalgte ordninger er at betragte som velfungerende. Hvorvidt denne forventning er rigtig, skal undersøges i hypotese 13 og 14:

- Hypotese 13: *Der er ingen forskel mellem amter i forhold til tilfredsheden med praksiskonsulentordningen.*
- Hypotese 14: *Der er ingen forskel mellem amter i forhold til opfyldelsen af de forventninger, som man har haft til praksiskonsulentordningerne.*

Med hensyn til en sammenligning af de to brugergrupperes tilfredshed og forventninger forventes der som udgangspunkt en større tilfredshed blandt afdelingsledelserne sammenlignet med de praktiserende læger. Dette begrundes, som tidligere nævnt, med, at praksiskonsulentordningen organisatorisk befinder sig på sygehusafdelingen, hvilket øger antallet af kontakter i dette regi. Endvidere underbygges det af resultater i kortlægningen, der afslørede, at praksiskonsulenternes samarbejde og kontakt til almen praksis var mindre tilfredsstillende sammenlignet med deres samarbejde med afdelingerne.

- Hypotese 15: *Afdelingsledelserne er mere tilfredse med praksiskonsulentordningen end de praktiserende læger.*

Brugerundersøgelsen og de fremsatte hypoteser skal i sidste ende munde ud i at afdække, om der er en sammenhæng mellem de oplevede resultater og de specifikke organisationsformer, som man har valgt for praksiskonsulentordningerne i de fire amter.

8.3 Valgte metode for den komparative brugerundersøgelse og udsendelsesplan

Det komparative design for brugerundersøgelsen er centralt for kunne at undersøge og eftervise de opstillede hypoteser, forskelle og sammenhænge mellem de enkelte praksiskonsulentordninger, deres organisering og resultater. Herved adskiller undersøgelsen sig fra tidligere undersøgelser, der er gennemført i de enkelte amter, idet disse hovedsageligt har været deskriptive (se kapitel 6 i del 2). Denne brugerundersøgelse er ikke kun deskriptiv, men forklarende i relation til at undersøge forskellige årsagssammenhænge (hypoteser) (Hellevik, 1993).

Data i brugerundersøgelsen er indsamlet ved hjælp af spørgeskemametoden (survey). Efter accept fra de amtslige ledelser⁴⁷ og oplysning om adresser blev der i løbet af oktober 2001 udsendt postale spørgeskemaer med følgebrev til alle praktiserende læger⁴⁸ og afdelingsledelser i Københavns, Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands amter. Der blev ikke udsendt spørgeskemaer til praktiserende læger, som i forvejen var ansat som praksiskonsulent og praksiskoordinator i de fire amter på grund af deres rolle som udbydere og direkte aktører i ordningen, og fordi de tidligere har besvaret kortlægningens spørgeskemaer (se kapitel 7 i del 2). Afdelingsledelserne, ved den administrerende overlæge eller centerledelse, ved alle sengeafdelinger, samt afdelinger med analyse- eller diagnostisk-funktion i forhold til patienterne (f.eks. klinisk kemisk afdeling eller røntgenafdelingen) fik tilsendt spørgeskema. Afdelinger udelukkende med overordnede og ikke-patientrelaterede støttefunktioner (f.eks. rengøringsafdelingen, og drifts- og vedligeholdelsesafdelingen) indgik derimod ikke i undersøgelsen.

Der blev i alt udsendt 1.021 spørgeskemaer til almen praktiserende læger og 214 spørgeskemaer til afdelingsledelser. Detaljer vedrørende udsendelsen i de fire amter er vist i tabel 8.2 i næste afsnit. Den 1. november 2001 blev der udsendt en rykker til respondenter i Københavns og Ribe amter, der endnu ikke havde svaret, mens en rykker tilsvarende udsendtes den 14. november 2001 i Frederiksborg og Nordjyllands amter. Besvarelsesprocenterne fremgår af afsnit 8.4.1.

De udsendte spørgeskemaer fremgår af appendiks 8.4.

Spørgeskemaerne til de praktiserende læger og afdelingsledelserne indeholder henholdsvis 23 og 26 spørgsmål. To typer af spørgsmål indgår: dels *kognitive* spørgsmål om faktuelle forhold (f.eks. spørgsmål 2 til afdelingsledelserne om ”Hvilke specialer er der på afdelingen?”), og dels *evaluative* spørgsmål vedrørende holdninger og vurderinger til forhold vedrørende ordningen (f.eks. spørgsmål 13 til de praktiserende læger ”Vurderer du, at eksistensen af praksiskonsulentordningen har forbedret samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren?”). De fleste spørgsmål er lukkede, hvortil der er knyttet en række mulige svarkategorier. Ved mange spørgsmål er der endvidere givet mulighed for at uddybe svaret (åben svarmulighed). For alle spørgsmål gælder, at den højeste standard for udarbejdelse af spørgeskemaer er benyttet, således at svarkategorierne er udtømmende, og så vidt det er muligt også gensidigt udelukkende. Brugerundersøgelsen følger desuden rekommendationer for sådanne undersøgelser som angivet i Riiskjær (2001), Lomborg (1997), Frankfort-Nachmias et al. (1996) og Hellevik (1993).

De indkomne besvarelser blev efter udarbejdelse af kodeskemaer indtastet i et statistikprogram (SPSS 11.0) for efterfølgende analyse og databehandling. I databehandlingen benyttes relevante og mest optimale statistiske tests i forhold til de specifikke datas skalaegenskaber til undersøgelse af signifikante sammenhænge. Det valgte niveau for signifikans i brugerundersøgelsen er generelt sat til 5%-niveauet.

Denne brugerundersøgelse og dens resultater er suppleret med en uddybende interviewundersøgelse, hvor repræsentanter fra forvaltningen, sygehusledelsen, praksiskoordinatorer samt praktiserende læger og afdelingsledelser i alle fire amter er blevet interviewet. I forhold til brugerundersøgelsens anvendelse af spørgeskema er der tale om metodetriangulering. Formålet med interviewundersøgelsen er at udbygge og eksemplificere de fremkomne resultater, som er fremhævet i kortlægningen og brugerundersøgelsen. Resultater fra den uddybende interviewundersøgelse fremgår af kapitel 9.

8.4 Resultater

8.4.1 Besvarelsesprocenter

I tabel 8.2 præsenteres besvarelsesprocenter for respondenterne i de fire amter.

⁴⁷ Forvaltningscheferne for sundheds- eller sygehusforvaltningerne i de fire amter.

⁴⁸ I tilfælde af flermåndspraksis blev der sendt et spørgeskema til hver enkelt af de praktiserende læger i praksisen.

Tabel 8.2: Besvarelsesprocenter, opdelt på de enkelte amter

Amt	Alment praktiserende læger			Afdelingsledelser		
	Udsendt	Modtaget	Svarprocent	Udsendt	Modtaget	Svarprocent
København	369	201	54,6%	102	66	64,7%
Frederiksborg	229	114	50,0%	36	24	66,7%
Ribe	123	67	54,2%	22	20	90,9%
Nordjylland	300	157	52,4%	54	38	70,4%
Samlet	1.021	539	52,8%	214	148	69,2%

Af tabellen ses, at henholdsvis 53% og 69% spørgeskemaer er returneret i de to grupper.

Besvarelsesprocenten er altså generelt højere for afdelingsledelserne sammenlignet med de alment praktiserende læger. Mellem 65-91% af alle afdelingsledelser i de fire amter har besvaret og returneret brugerspørgeskemaet, mens dette var tilfældet for et sted mellem 50-55% af de alment praktiserende læger. Ribe Amt synes at være det amt, hvor der relativt set er opnået størst deltagelse i brugerundersøgelsen.

Repræsentativiteten af de praktiserende læger, som har besvaret spørgeskemaet i forhold til populationen i de enkelte amter og samlet, er undersøgt med hensyn til kønsfordelingen. Som det fremgår af appendiks 8.2, så stemmer fordelingen af mandlige og kvindelige praktiserende læger, der har deltaget i brugerundersøgelsen, overens med kønsfordelingen i de respektive populationer af praktiserende læger i de enkelte amter. Samlet set er gruppen af praktiserende læger, der deltager i undersøgelsen, også repræsentativ i forhold til den samlede populations kønsfordeling i alle fire amter. Dette betyder, at brugerundersøgelsens resultater kan generaliseres til hele populationen af praktiserende læger i de fire amter, i hvert fald når kønsfordelingen betragtes.

Tendensen med højere besvarelsesprocenter hos afdelingsledelserne sammenlignet med de almen praktiserende læger, jævnfør tale 8.2, ses også i tidligere gennemførte undersøgelser af praksiskonsulentordningerne i Ribe, København og Nordjyllands amter.⁴⁹ I Ribe Amt opnåede man i en evaluering fra juni 1997 således en besvarelsesprocent på 63% for praktiserende læger og 100% for administrerende overlæger. I Københavns Amts evaluering fra 1999 var besvarelsesprocenten på 75% for praktiserende læger og 100% for de berørte afdelingsledelser. Endelig var besvarelsesprocenterne i en tidligere evaluering i Nordjyllands Amt (maj 2000) på 62% for de praktiserende læger og 98% for afdelingsledelserne.

Sammenlignet med denne komparative brugerundersøgelse er besvarelsesprocenterne i de tre tidligere enkelt amts undersøgelser højere for begge grupper. Tre forhold synes umiddelbart at kunne forklare forskellen mellem denne komparative brugerundersøgelse og de tidligere undersøgelser med hensyn til antallet af besvarelser.

For det første indgår de praktiserende læger, der tillige fungerer som praksiskonsulenter eller praksiskoordinatorer, som tidligere nævnt, ikke i denne brugerundersøgelse. Dette er omvendt tilfældet i nogle af de andre undersøgelser, bl.a. i evalueringen fra Nordjyllands Amt. Kortlægningen i kapitel 7 viste, at besvarelsesprocenten for praksiskonsulenter var højere (64%) end den, der er opnået for de praktiserende læger i brugerundersøgelsen. Havde praksiskonsulenter og -koordinatorer (100%) i de fire amter indgået i brugerundersøgelsen på lige fod med deres praksiskolleger, er det derfor sandsynligt, at undersøgelsens besvarelsesprocent for de almen praktiserende læger ville have været højere og tættere på de besvarelser, som er opnået i tidligere undersøgelser. Men som tidligere angivet, har der været væsentlige grunde til netop at udelade disse to grupper af interessenter fra brugerundersøgelsen.

⁴⁹ Der har ikke tidligere været gennemført nogen evaluering af praksiskonsulentordningen i Frederiksborg Amt.

Den anden forklaring, der drejer sig om besvarelsesprocenten for afdelingsledelserne, går på, at der i den komparative brugerundersøgelse er udsendt spørgeskemaer til alle afdelingsledelser på sengeafdelinger, ambulante afdelinger, prøvetagnings- eller analyseafdelinger (f.eks. klinisk- kemiske afdelinger, røntgenafdelinger og anæstesiologiske afdelinger). Eneste afdelingsledelser, der er udeladt, er afdelinger, der fungerer som generelle hjælpeafdelinger (f.eks. køkkenet, rengøring, teknisk afdeling og administrationen). Dette er gjort uafhængigt af, om afdelingen måtte forventes at have en praksiskonsulent eller ej. Sidstnævnte har måske været tilfældet for nogle af de sengefrie afdelinger, for eksempel patologiske afdelinger i visse amter. Mangel på en praksiskonsulent på nogle afdelinger kan have betydet, at disse afdelinger ikke har besvaret spørgeskemaet, til trods for at der også er spørgsmål til afdelinger, der ikke har en praksiskonsulent. Til sammenligning tyder det på, bedømt ud fra antal udsendte spørgeskemaer til afdelingsledelser i de tidligere undersøgelser i Ribe⁵⁰, Nordjyllands⁵¹ og Københavns amter, at man kun har udsendt spørgeskemaer til "berørte" afdelingsledelser. Det vil sige til afdelinger, der allerede havde en praksiskonsulent tilknyttet, og som derfor må forventes at være mere engageret for at besvare et spørgeskema om emnet. Dette kan til dels forklare den lavere besvarelsesprocent, der er opnået i nærværende undersøgelse med hensyn til afdelingsledelserne.

Endelig kan en højere besvarelsesprocent i de tidligere undersøgelser måske forklares ved, at der har været tale om en større grad af "loyalitet" hos respondenterne i de tidligere undersøgelser, jævnfør at amtet her selv har haft ejerskabet for undersøgelsen og selv har stået for den. Det har dog fremgået af følgebrevet, at undersøgelsen var godkendt og accepteret af det enkelte amt, og at projektet blev fulgt af en faglig følgegruppe.

8.4.2 Viden om praksiskonsulentordningerne i de fire amter

Som beskrevet i kortlægningen i kapitel 7 er der i dag etableret praksiskonsulentordninger i alle amter. Ordningerne i Ribe, Nordjyllands, Københavns og Frederiksborg amter repræsenterer de senest initierede ordninger. Effekten og konsekvenserne af en praksiskonsulentordning må forventes at hænge sammen med, hvor stor grad af viden brugerne har, om ordningens eksistens og de muligheder, som den indeholder. Dette gælder både i forhold til de praktiserende læger og sygehusafdelingerne.

Af de indkomne besvarelser har i alt 99 afdelinger tilknyttet én praksiskonsulent til afdelingen, mens 4 afdelinger har tilknyttet to konsulenter. Af de 11 afdelinger, som har oplyst, at de har vakante stillinger som praksiskonsulent, findes henholdsvis 7 afdelinger i Københavns Amt⁵² og 3 afdelinger i Nordjyllands Amt⁵³. Omvendt har 33 afdelinger (22%) ikke tilknyttet nogen praksiskonsulent til afdelingen, idet dog fire af disse afdelinger indimellem benytter sig af andre afdelingers praksiskonsulenter. De afdelinger, der ikke har tilknyttet en praksiskonsulent i de fire amter, er otte anæstesiologiske og intensive afdelinger, seks øjen-, øre-næse- og halsafdelinger, tre klinisk-immunologiske afdelinger, tre arbejdsmedicinske klinikker og to klinisk-biokemiske afdelinger, en dagkirurgisk afdeling, en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, en klinisk-neurofysiologisk afdeling, et patologisk-anatomisk institut, en røntgenafdeling og en ultralydsafdeling. De hyppigste specialer, hvortil der ikke er knyttet en praksiskonsulent, svarer til ovenstående afdelinger. Som forklaring på, hvorfor man ikke har tilknyttet en praksiskonsulent på afdelingen, har mere end halvdelen af disse afdelinger (52%) angivet, at det ikke er relevant i forhold til afdelingens arbejdsområde. Årsagen kan være, at man ikke får henvist patienter fra almen praksis, men f.eks. kun modtager patienter fra speciallæge (øjensygdomme), at man ikke har stamafdelingsfunktion, og at der er tale om små specialer, der ikke kan have tilknyttet egen praksiskonsulent. Problemet omkring specialernes størrelse og patientgrundlag løses dog i nogle amter ved, at den samme praksiskonsulent er tilknyttet flere specialer på en gang. Omkring 30% har som forklaring på den manglende praksiskonsulent angivet, at det enten ikke har været muligt at finde en

⁵⁰ I evalueringen af praksiskonsulentordningen i Ribe Amt fra 1997 blev der kun udsendt spørgeskema til 18 afdelingsledelser mod 22 i denne brugerundersøgelse.

⁵¹ I evalueringen af praksiskonsulentordningen i Nordjyllands Amt fra 2000 blev der kun udsendt spørgeskema til 40 afdelingsledelser mod 54 i nærværende brugerundersøgelse.

⁵² 11% af de afdelinger i Københavns Amt, der har besvaret spørgeskemaet.

⁵³ 8% af de afdelinger i Nordjyllands Amt, der har besvaret spørgeskemaet.

interesserede læge (18%), eller at der ikke er ressourcer til at ansætte en praksiskonsulent (12%). Der er således en ikke-opfyldt efterspørgsel på praktiserende læger til praksiskonsulentstillinger, som ses af de vakante stillinger.

De praktiserende lægers viden om praksiskonsulentordningen i de respektive amter er dels afdækket ved at spørge til, om der findes en praksiskonsulentordning i amtet, og dels ved at bede de praktiserende læger vurdere deres viden om ordningen. Blandt de praktiserende læger synes der at være et udbredt kendskab til, at der er etableret en praksiskonsulentordning, idet kun 4 ud af 522 praktiserende læger har svaret ”nej” eller ”ved ikke” til spørgsmålet. Hvorvidt de praktiserende læger selv vurderer, at de har tilstrækkelig viden om den eksisterende praksiskonsulentordning i amtet, fremgår af tabel 8.3 nedenfor, hvor også afdelingsledelsernes vurdering af afdelingens viden om praksiskonsulentordningen er gengivet.

Tabel 8.3: Viden om praksiskonsulentordningen i amtet? (procent-andele)

<i>Tilstrækkelig viden om ordningen?</i>	København		Frederiksborg		Ribe		Nordjylland		Samlet	
	Prakt. læger N=195	Afd. ledelse N=19	Prakt. læger N=113	Afd. ledelse N=22	Prakt. læger N=65	Afd. ledelse N=4	Prakt. læger N=151	Afd. ledelse N=35	Prakt. læger N=523	Afd. ledelse N=80
I høj grad	36	32	27	50	43	25	22	43	31	41
I nogen grad	47	42	58	36	42	75	64	46	54	44
I mindre grad	11	21	12	14	12	0	11	11	11	14
Nej	6	5	4	0	3	0	4	0	4	1

Som det ses af tabellen, synes de to brugergrupperes vurdering af deres viden om praksiskonsulentordningerne generelt at være ens. Samlet set er der måske en lidt højere grad af viden hos afdelingsledelserne sammenlignet med de praktiserende læger. Dette er dog ikke en signifikant forskel, hvorfor hypotese 2 ikke kan bekræftes. Sammenlignet på tværs af amter ser vurderingen af vidensniveauet også ens ud, hvilket umiddelbart bekræfter hypotese 1. Dog synes der at være lidt forskel mellem de praktiserende læger og afdelingsledelserne i Nordjyllands Amt og Københavns Amt, hvor de praktiserende læger i Nordjyllands Amt har et lidt lavere vidensniveau sammenlignet med afdelingsledelserne, mens det modsatte synes at gøre sig gældende i Københavns Amt. Sammenlignes resultatet for Nordjyllands Amt med resultaterne fremkommet ved amtets egen evaluering af ordningen fra 2000, synes de praktiserende lægers vidensniveau at være øget siden denne evaluering, hvor amtet har intensiveret informationen om ordningen. Således svarede kun 74% i 2000, at de havde enten høj eller nogen grad af viden om praksiskonsulentordningen i amtet modsat 84% i denne brugerundersøgelse.

Nogle af de måder, hvorpå de praktiserende læger i de fire amter har fået deres viden om praksiskonsulentordningerne, har været gennem praksiskoordinator og -konsulenters deltagelse i 12-mandsforeninger, praksisudvalg, gennem halvårige møder i almen praksis, gennem fagpolitik, ved udsendte nyhedsbreve eller ved selv at have været praksiskonsulent tidligere. Enkelte har dog tilkendegivet, at de savner synlighed og udmeldinger fra ordningen.

8.4.3 Brugernes anvendelse af praksiskonsulentordningerne

Opgaverne for praksiskonsulentordningerne i Danmark blev præsenteret i kortlægningen i kapitel 5. Med brugerundersøgelsen er det søgt afdækket, hvilke af disse opgaver for praksiskonsulentordningerne som konkret anvendes af brugerne i de fire amter. I tabel 8.4 nedenfor er det samlede resultat fra brugerundersøgelsen vist. I appendiks 8.3, tabel A1-A4, er resultaterne præsenteret for hvert af de fire amter. Af tabel 8.4 ses, at flest praktiserende læger (76%) og afdelingsledelser (43%) anvender praksiskonsulentordningen til formål, der skal forbedre kommunikationen mellem almen praksis og sygehusafdelingerne. Den næst-hyppigste anvendelse for praktiserende læger er, at ordningen giver de praktiserende læger information om nye tiltag/behandlinger på sygehuset (72%). Den næsthyppest anvendelse for afdelingsledelserne er, at ordningen er med til at sikre en forbedring af kvaliteten af henvisningssedlerne fra almen praksis (37%). Udbredelse af information til almen praksis er, sammen med

løsning af samarbejdsproblemer, den tredjehyppigste anvendelse af ordningen for afdelingsledelserne (34%), mens dét, at ordningen medvirker til at udarbejde retningslinjer for visitation fra almen praksis til afdelingerne (66%), er tredjehyppigste anvendelse for de praktiserende læger.

Tabel 8.4: Opgaver, som praksiskonsulentordningen anvendes til (procent-andele)

Anvendelser	Praktiserende læger	Afdel. ledelser
Forbedre kommunikationen mellem almen praksis og sygehusafdeling	76	43
Medvirke til at forbedre kvaliteten af henvisningerne fra almen praksis til afdeling	61	37
Medvirke til at udarbejde retningslinjer for visitation fra almen praksis til afdeling	66	30
Medvirke til at forbedre kvaliteten af og afkorte ventetiden for epikriser til alm. praksis	53	18
Sikre opfølgningen af patienterne i almen praksis efter udskrivelse fra afdelingen	12	11
Medvirke til koordinering af patientforløb (<i>shared care</i>)	19	20
Medvirke til koordinering af sygehusafdelingers ambulante aktivitet med almen praksis	26	18
Information til almen praksis om nye tiltag/behandlingsformer på sygehusafdeling	72	34
Information til almen praksis om arbejdsgange på sygehusafdelingen	47	28
Information til sygehusafdelingen om arbejdsforhold i almen praksis	22	22
Deltage i kvalitetsudviklingsprojekter på sygehusafdelingen	18	12
Medvirke til udarbejdelse af kliniske vejledninger/referenceprogrammer på afdelingen	30	15
Løsning af samarbejdsproblemer mellem sygehusafdelingen og almen praksis	51	34
Afholdelse af møder med almen praksis og/eller sygehusafdelingen	58	23
Arrangere og deltage i efteruddannelsestilbud til almen praksis og sygehusafdeling	40	18

Hypotese 4 om samme anvendelser af praksiskonsulentordningen må alt andet lige bekræftes. Der synes heller ikke at være nogen forskel i resultatet, når der sammenlignes mellem amterne (appendiks 8.3, tabel A1-A4). Kommunikation mellem sektorer eller information til almen praksis er de to væsentligste opgaver for praksiskonsulentordningen i alle fire amter, hvilket bekræfter hypotese 3 om samme anvendelse af ordningerne i de fire amter. Anvendelsen af praksiskonsulentordningen for begge brugergrupper drejer sig altså primært om, at ordningen fungerer som kommunikations- og informationskanal mellem almen praksis og sygehuset, herunder ved udarbejdelse af retningslinjer for visitation og forbedringer af kvaliteten af henvisninger og udskrivningsbreve. Omvendt anvendes praksiskonsulenten og praksiskonsulentordningen kun i mindre omfang af brugerne til at sikre opfølgning af patienterne i almen praksis, til koordinering af patientforløb (*shared care*) og til medvirken i kvalitetsudviklingsprojekter.

I forhold til resultater fra kortlægningen (kapitel 7) synes der at være en god overensstemmelse mellem de opgaver, som praksiskonsulenterne har angivet som de vigtigste opgaver, og de opgaver som brugerne hyppigst anvender ordningen til. Der er således sammenfald med fem ud af de seks højest prioriterede opgaver, som praksiskonsulenterne angiver som vigtige. I tillæg har knap tre procent af de praktiserende læger svaret, at de slet ikke anvender ordningen, og at dette blandt andet skyldes, at de finder, at ordningen er ret usynlig.

Både praktiserende læger og afdelingsledelser tilkendegav, at et væsentligt formål med praksiskonsulentordningen er, at den medvirker til at forbedre kvaliteten af henvisningerne fra almen praksis til afdelingen (se tabel 8.4). 69% af de praktiserende læger i amterne bekræfter også, at ordningen har

medvirket til at udarbejde anbefalinger for henvisningssedlerne. Hvorvidt disse anbefalinger anvendes af de praktiserende læger, fremgår af tabel 8.5.

Tabel 8.5: Praktiserende lægers anvendelse af anbefalinger for henvisningssedler, opdelt på de fire amter (procent-andele)

	København N=159	Frederiksborg N=97	Ribe N=49	Nordjylland N=133
Ja, anbefalingerne anvendes	52	42	47	29
Ja, anbefalingerne anvendes delvist	37	43	37	55
Nej, anbefalingerne anvendes ikke	11	14	16	14

- Forskel mellem de fire amter. $\chi^2=16,784$; $df=6$; $p=0,01$.

Det ses af tabel 8.5, at over 80% af de praktiserende læger i alle amter benytter anbefalingerne for henvisningssedler, enten helt eller delvist, når de henviser patienter fra primærsektoren til sygehuset. Sammenlignet mellem amterne synes en lidt højere andel i Københavns Amt end i de tre andre amter at anvende anbefalingerne. En forskel, der er signifikant.

Omkring halvdelen (55%) af afdelingsledelserne har svaret, at praksiskonsulentordningen har været med til at udarbejde anbefalinger for udskrivningsbreve på afdelingerne (epikriser og ambulante notater) på afdelingen. Blandt afdelinger, hvor dette ikke er tilfældet, findes afdelinger, der varetager støtte- og analysefunktioner og således ikke gør brug af udskrivningsbreve. I nogle af disse tilfælde er der dog eksempler på, at praksiskonsulenten har medvirket i udarbejdelsen af nye rekvisitioner ved indførelse af edb i en afdeling. Anvendelsen af anbefalingerne for udskrivningsbrevene fremgår af tabel 8.6.

Tabel 8.6: Afdelingsledelsernes anvendelse af anbefalinger for udskrivningssedler, opdelt på de fire amter (procent-andele)

	København N=34	Frederiksborg N=7	Ribe N=10	Nordjylland N=19
Ja, anbefalingerne anvendes	59	57	60	53
Ja, anbefalingerne anvendes delvist	29	29	20	42
Nej, anbefalingerne anvendes ikke	12	14	20	5

- Forskel mellem de fire amter. Ikke signifikant

Som med henvisningssedlerne tilkendes der også i forhold til anbefalinger for udskrivningsbreve en høj grad af anvendelse blandt afdelingsledelser, hvor praksiskonsulenten har bistået i udarbejdelsen af anbefalinger. Anvendelsen af anbefalinger for både henvisningssedler og udskrivningsbreve i Københavns Amt er højere end fundet ved den tidligere evaluering i amtet (1999).

I tilvejebringelsen af information mellem almen praksis og sygehusafdelingerne om nye tiltag, arbejdsgange, anbefalinger og retningslinjer er den enkelte praksiskonsulentordnings nyhedsbreve centrale. Første kriterium for, om et nyhedsbrev dur til at tilvejebringe information til brugergrupperne, er, at det læses af de respektive grupper. Undersøgelsens resultater vedrørende læsning af nyhedsbrevet fremgår af tabel 8.7.

Tabel 8.7: Læser nyhedsbrevet fra praksiskonsulentordningen i amtet (procent-andele)

	Københavns Amt ”Klinik-Nyt”		Frederiksborg Amt ”Klinik-Nyt”		Ribe Amt ”Pons Medicus Novus”		Nordjyllands Amt ”Dialog”	
	Prak.læge N=194	Afd.led. N=53	Prak.læge N=111	Afd.led. N=19	Prak.læge N=65	Afd.led. N=18	Prak.læge N=150	Afd.led. N=29
Hver gang	74	53	58	32	82	67	51	38
Ofte	16	23	20	16	15	17	25	17
Nogle gange	6	11	18	21	2	6	13	10
Sjældent	2	4	2	11	0	0	3	14
Aldrig	1	4	1	0	2	0	1	0
Findes ikke	2	6	2	21	0	11	7	21

- Forskel mellem amternes brugergrupper. Ikke signifikant.
- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=28,810$; $df=3$; $p<0,001$.⁵⁴

Af tabellen ses det, at alle fire nyhedsbreve læses forholdsvis hyppigt af de to brugergrupper. Dog synes man i Ribe og Københavns amter at læse nyhedsbrevet lidt oftere, end tilfældet er i de to øvrige amter.⁵⁵ Specielt er der godt en tredjedel af afdelingsledelserne i Frederiksborg og Nordjyllands amter, der kun sjældent eller aldrig læser nyhedsbrevet eller ikke tror, at det eksisterer. Her er det specielt bemærkelsesværdigt, at godt en femtedel af afdelingsledelserne i Frederiksborg og Nordjyllands amter ikke tror, at der findes noget nyhedsbrev. En forklaring kan være, at nyhedsbrevet hidtil kun har været sendt ud til afdelingerne og til ikke den enkelte læge. For Frederiksborg Amt har der herudover været tale om, at nogle afdelinger ikke har fået opdateret mappen med ”Klinik-Nyt”, som stille og roligt er blevet glemt. I begge amter synes der derved at være manglende viden om ordningen og behov for fortsat information og markedsføring om eksistensen af nyhedsbrevet. Dette ændres nu i begge amter, hvor man i Nordjyllands Amt fremover vil udsende nyhedsbrevet til alle læger, mens man i Frederiksborg Amt i det mindste vil udvide udsendelsen af nyhedsbrevet til hele afdelingsledelsen. Mellem brugergrupperne i de fire amter blev der ikke fundet nogen signifikant forskel i hyppigheden, hvorfor de fremsatte forventninger (hypotese 5) må accepteres. Men sammenlignes hyppigheden af læsningen af nyhedsbrevet for alle praktiserende læger med alle afdelingsledelser, så er der en signifikant forskel mellem praktiserende læger og afdelingsledelser med hensyn til hyppigheden af deres læsning af nyhedsbrevet. Nyhedsbrevet læses i højere grad af de praktiserende læger, idet 81% læser nyhedsbrevet hver gang eller ofte, mens dette kun er tilfældet for 67% af afdelingsledelserne. Dette betyder, at hypotese 6 ikke kan bekræftes, jævnfør dens forventning om, at det var afdelingsledelserne, der var de hyppigste læsere.

Jævnfør kortlægningen udgives nyhedsbrevet elektronisk i tre af brugerundersøgelsens fire amter, nemlig i Københavns, Frederiksborg og Nordjyllands amter. Andelen af brugere, der læser den elektroniske udgave af nyhedsbrevet, er dog lille. Hyppigste læsere af den elektroniske udgave er de praktiserende læger i Frederiksborg Amt, hvor 26% læser det elektroniske nyhedsbrev hver gang, ofte eller nogle gange, mens det kun drejer sig om 9% og 8% af afdelingsledelserne i Nordjyllands Amt og Københavns Amt. At den elektroniske version af nyhedsbrevet ikke læses af store dele af brugergrupperne, kan hænge sammen med, at muligheden for elektronisk distribuering af nyhedsbrevene er forholdsvis ny, og information herom ikke er nået at blive udbredt til brugerne, som måske heller ikke alle har elektronisk opkoblingsmulighed. Det sidste ses af, at 38-49% af brugerne i de tre amter har svaret, at der ikke findes en elektronisk version.

Hvis hovedformålet med praksiskonsulentordningerne er at informere og kommunikere i forhold til praktiserende læger og afdelingerne på sygehuset, må det tillige være et mål at informationen i sidste ende

⁵⁴ I denne χ^2 -test blev svarkategorierne ”sjældent”, ”aldrig” og ”findes ikke” slået sammen.

⁵⁵ For Ribe Amt stemmer denne brugerundersøgelses resultat godt overens med resultatet af amtets egen evaluering fra 1997, hvor 90% af de praktiserende læger tilkendegav at læse ordningens nyhedsbrev (Pons Medicus Novus).

anvendes i praksis. I tabel 8.8 er gengivet, i hvor stor grad de to brugergrupper anvender informationen fra nyhedsbrevet i praksis.

Tabel 8.8: Bruger informationen fra nyhedsbrevet i praksis (procent-andele)

	Københavns Amt		Frederiksborg Amt		Ribe Amt		Nordjyllands Amt	
	Prak.læge N=164	Afd.led. N=35	Prak.læge N=93	Afd.led. N=8	Prak.læge N=52	Afd.led. N=11	Prak.læge N=115	Afd.led. N=14
Hver gang	19	23	22	13	23	18	11	7
Ofte	62	29	40	13	50	18	42	7
Nogle gange	13	31	33	25	21	27	30	57
Sjældent	4	14	2	38	2	27	13	29
Aldrig	2	3	3	13	4	0	4	0

- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=31,179$; $df=3$; $p<0,001$.⁵⁶

Sammenlignes gruppen af praktiserende læger med gruppen af afdelingsledelser, findes der en signifikant forskel mellem de to grupper, og af tabel 8.8 kan man se, at hypotese 7 om samme grad af anvendelse af informationen ikke kan bekræftes, idet de praktiserende læger generelt bruger informationen fra nyhedsbrevet mere, end afdelingerne gør i alle fire amter. Specielt synes afdelingerne i Nordjyllands Amt kun i mindre omfang at benytte informationen i daglig praksis, modsat de praktiserende læger i Københavns Amt (81%), der bruger informationen i praksis, hver gang eller ofte. Dette gør, at hypotese 8 om samme grad af anvendelse i amterne må afvises (ikke signifikant forskel). Sammenlignet med den tidligere evaluering i Ribe Amt (1997), hvor kun 41% tilkendegav at bruge informationen fra nyhedsbrevet i praksis, så er der i Ribe Amt tale om, at flere praktiserende læger i dag bruger informationen fra nyhedsbrevet i deres daglige arbejde (73% hver gang eller ofte).

Ud over hvor meget brugerne anvender informationen fra nyhedsbrevene, er de blevet spurgt om, hvorvidt nyhedsbrevene fra praksiskonsulentordningerne har værdi for dem (tabel 8.9).

Tabel 8.9: Vurdering af nyhedsbrevets værdi (procent-andele)

	Københavns Amt		Frederiksborg Amt		Ribe Amt		Nordjyllands Amt	
	Prak.læge N=192	Afd.led. N=53	Prak.læge N=112	Afd.led. N=17	Prak.læge N=65	Afd.led. N=16	Prak.læge N=141	Afd.led. N=22
Stor værdi	51	25	30	18	39	19	14	18
Nogen værdi	35	43	51	29	52	56	60	36
Lidt værdi	12	25	13	29	8	25	18	41
Ingen værdi	3	8	6	24	2	0	7	5

- Forskel mellem de praktiserende læger i amterne. $\chi^2=53,427$; $df=9$; $p<0,001$ (Dog en celle<5).
- Forskel mellem afdelingsledelserne i amterne. Ikke signifikant.
- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=19,542$; $df=3$; $p<0,001$.

Som med anvendelsen af informationen i praksis tillægger alle praktiserende læger også samlet set nyhedsbrevet og dets information signifikant større værdi, end tilfældet er for afdelingsledelserne. Imellem amterne er der også en signifikant forskel på, hvor stor en værdi de praktiserende læger vurderer, at nyhedsbrevet har - størst i København og mindst i Nordjylland. Af afdelingsledelserne er det også Københavns Amt, der tillægger nyhedsbrevet størst værdi.

Resultatet for Københavns Amt vedrørende Klinik-Nyts værdi bekræftes af resultater fundet i den tidligere evaluering i amtet (1999). I Ribe Amt er der især for de praktiserende læger, men også lidt for afdelingsledelserne, tale om en stigning i andelen, som finder Pons Medicus Novus værdifuldt. Andelen af

⁵⁶ I denne χ^2 -test blev svarkategorierne "sjældent", "aldrig" og "findes ikke" slået sammen for at muliggøre statistisk testning (celler < 5).

praktiserende læger i Ribe Amt, der finder nyhedsbrevet værdifuldt, er steget fra 60% til 90% (stor og nogen værdi), mens det for afdelingsledelsernes vedkommende er steget lidt - fra 72% til 75% af afdelingsledelserne.

8.4.4 Samarbejdsrelationer i praksiskonsulentordningerne

En dimension af brugernes samarbejde med praksiskonsulentordningerne vedrører brugernes kontakter med praksiskonsulenterne. Ved kontakt forstås for eksempel et møde, hvor konsulenten deltager, telefonsamtaler eller personligt fremmøde hos konsulenten. I brugerundersøgelsen blev de praktiserende læger spurgt om antallet af kontakter med praksiskonsulenten det sidste år (2000), mens afdelingsledelserne blev spurgt om antallet af kontakter med praksiskonsulenten den sidste måned. Det skal dog understreges, at kontakter kun er én af flere dimensioner vedrørende brugernes samarbejde med praksiskonsulentordningen. Antallet af kontakter siger derved ikke alene noget om den samlede effekt af ordningen. Yderligere samarbejdsrelationer fremgår senere af tabel 8.13. I tabel 8.10 ses for begge grupper det gennemsnitlige antal kontakter med praksiskonsulenten per måned og per år.

Tabel 8.10: Kontakter med praksiskonsulenterne (gennemsnitligt antal kontakter)

	Praktiserende læger			
	København N=178	Frederiksborg N=110	Ribe N=61	Nordjylland N=146
Antal kontakter pr. måned	0,18	0,23	0,18	0,12
Antal kontakter pr. år	2,1	2,8	2,1	1,4
	Afdelingsledelser			
	København N=27	Frederiksborg N=14	Ribe N=10	Nordjylland N=12
Antal kontakter pr. måned	1,24	1,59	1,22	0,96
Antal kontakter pr. år	14,8	19,1	14,7	11,5

- Forskel mellem gennemsnitlige kontakter for praktiserende læger i amterne. F-test=6,115; $p<0,001$.
- Forskel mellem gennemsnitlige kontakter for afdelingsledelserne i amterne. F-test=0,899; $p=0,44$.

Det ses af tabel 8.10, at afdelingsledelserne, ikke overraskende i og med at praksiskonsulenten befinder sig på afdelingen, har hyppigere kontakt med praksiskonsulenten end de praktiserende læger. For de fire amter ligger det årlige antal kontakter mellem praksiskonsulentordningen og de praktiserende læger på mellem 1,4 og 2,8 besøg med Frederiksborg Amt højest og Nordjyllands Amt lavest. En forskel, der er signifikant. Til sammenligning angav 44% af de praktiserende læger i Nordjyllands Amts egen evaluering (2000), at de ikke havde nogen kontakt med konsulenten inden for det sidste år, 24% havde kun én kontakt, 27% havde 2-5 kontakter, mens kun 6% havde mere end 5 kontakter det seneste år. De årlige antal kontakter mellem praksiskonsulentordningen og afdelingen ligger mellem 11,5 og 19,1 kontakter, igen med Frederiksborg Amt og Nordjyllands Amt som henholdsvis højeste og laveste. Det bemærkes også, at det gennemsnitlige antal kontakter til praksiskonsulentordningerne i Københavns Amt og Ribe Amt er ens, både for de praktiserende læger og for afdelingsledelserne.

Tabel 8.11 nedenfor viser sammenhængen mellem omfanget af kontakter og de økonomiske rammer, der er til rådighed i de enkelte praksiskonsulentordninger (hypotese 9).

Tabel 8.11: Sammenhængen mellem kontakter og de økonomiske rammer

	Prakt.lægers gennemsnitlige antal kontakter per år med praksiskonsulenten	Afdelingernes gennemsnitlige antal kontakter per år med praksiskonsulenten	Ressourcer per år (kr.)	Ressourcer per indbygger (kr.)	Antal konsulentstillinger	Antal udskrivinger per konsulenttime*
København	2,1	14,8	2.775.000	4,52	25	52
Frederiksborg	2,8	19,1	1.170.346	3,21	19	40
Ribe	2,1	14,7	800.000	3,27	21	39
Nordjylland	1,4	11,5	1.276.000	2,58	23	44

* Informationen om antal konsulenttimer er kun baseret på timetal fra besvarede spørgeskemaer.

Af tabellen fremgår det, at der ikke synes at være den sammenhæng mellem de økonomiske rammer/midler og antallet af kontakter, som forventet med hypotese 9, der ikke kan bekræftes. Flere økonomiske midler (inklusive stillinger) medfører ikke nødvendigvis en større grad af kontakt. Ordningen i Frederiksborg Amt har det højeste antal gennemsnitlige kontakter, men bruger samtidig de næstlaveste ressourcer, inklusive stillinger.⁵⁷ I ordningen i Københavns Amt, som har flest ressourcer til rådighed, er der færre kontakter.

Der viste sig en signifikant forskel mellem gruppen af praktiserende læger og gruppen af afdelingsledelser i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt antallet af kontakter til praksiskonsulenten svarede til gennemsnittet eller ej. For 79% af de praktiserende læger var antallet af kontakter typisk i forhold til gennemsnittet, for 8% mere end gennemsnittet, men mindre end gennemsnittet for 13%. Kun for 62% af afdelingsledelserne var antallet af kontakter typisk i forhold til gennemsnittet, mens det for 16% var mere end gennemsnittet, og for 22% var det mindre end gennemsnittet.

Afdelingsledelsernes tilrettelæggelse af samarbejdet med praksiskonsulenterne fremgår af tabel 8.12. En afdeling kan have flere former for samarbejde med en praksiskonsulent.

Tabel 8.12: Afdelingernes samarbejde med praksiskonsulenterne* (procent-andele)

	København N=54	Frederiksborg N=17	Ribe N=17	Nordjylland N=30
Faste møder med afdelingsledelsen	35	41	29	30
Faste møder med lægegruppen	24	24	41	13
Faste møde med plejepersonalet	2	0	6	3
Deltagelse i afdelingskonferencer	19	12	18	7
Ad hoc-kontakt m. afdelingsled.	35	47	53	40
Ad hoc-kontakt m. lægegruppen	35	35	35	43
Ad hoc-kontakt m. plejepersonalet	11	12	24	17

* Spørgsmålet gælder kun afdelinger, der har en praksiskonsulent.

Af tabellen ses, at ad hoc-kontakt/møder enten med afdelingsledelsen eller lægegruppen er hyppige samarbejdsformer mellem afdeling og praksiskonsulent i alle amter. Dog er faste møder med afdelingsledelsen i Københavns eller Frederiksborg amter eller med lægegruppen i Ribe Amt også væsentlige samarbejdsformer. Kontakten og samarbejdet med praksiskonsulenterne synes primært at foregå i forhold til lægegruppen og i langt mindre grad i forhold til plejepersonalet. Der synes at være nogen forskel i

⁵⁷ Dette gælder også relativt, når der sammenlignes med ressourcer i forhold til indbyggere og udskrivinger per konsulenttime, idet ordningerne dog så ligger tættere på hinanden.

organiseringen af samarbejdet med afdelingsledelserne (hypotese 10) svarende til kategoriseringen af de fire amters samarbejdsform, jævnfør tabel 8.1.

Med hensyn til måden, hvorpå praksiskonsulenten indgår i organisationen, opfattede langt de fleste afdelingsledelser (87%) praksiskonsulenten som en person, der kommer udefra på besøg i afdelingen. Kun 9% betragtede praksiskonsulenten som værende en del af afdelingens personale, men ikke under afdelingsledelsen. Ingen opfattede praksiskonsulenten som en person under ledelse af afdelingsledelsen. Enkelte betragtede slet ikke praksiskonsulenten som en person, der indgik som en del af afdelingen, bl.a. på grund af ringe fremmøde. Resultatet er lidt bemærkelsesværdigt, specielt i relation til praksiskonsulentordninger, hvor man har udbredt decentral ansættelse af praksiskonsulenterne. I disse amter havde det været forventningen, at flere afdelinger så praksiskonsulenten som en person, der var en del af afdelingens personale.

De praktiserende læger har kun 1-3 kontakter til praksiskonsulentordningen per år. Af disse kontakter er nogle endda via telefon. Sammenlignet med afdelingerne må samarbejde og samarbejdsform mellem almen praksis og praksiskonsulentordningen derfor have en anden karakter, som kun i mindre grad baseres på personligt kontakt. I tabel 8.13 er vist omfanget af forskellige samarbejdsformer med almen praksis.

Tabel 8.13: Almen praksis' samarbejde med praksiskonsulentordningen (procent-andele)

	København N=201	Frederiksborg N=114	Ribe N=67	Nordjylland N=157
Skriftlig information	91	92	87	83
Mulighed for telefonisk kontakt	40	39	46	36
Elektronisk kontakt, f.eks. e-mail	5	15	9	6
Fyraftensmøder	30	47	4	35
Møder i tolvmandsforeninger	12	18	33	8
Åbent hus-arrangementer	61	71	16	26
Kursusaktivitet	10	20	3	10

Skriftlig information til almen praksis, blandt andet i form af nyhedsbrev, er den hyppigst anvendte samarbejdsform og informationskilde fra praksiskonsulentordningen i alle fire amter. Praksiskonsulenterne angav det samme i kortlægningen. Åbent hus-arrangementer, f.eks. på sygehusafdelingen, med deltagelse af praktiserende læger og sygehuslæger er også en hyppig samarbejdsform i Københavns og Frederiksborg amter. Ellers synes der ikke at være nogen væsentlige forskelle i samarbejdet mellem almen praksis og praksiskonsulentordningerne i de fire amter, hvorfor hypotese 10 om forskellige samarbejdsformer mellem amterne i forhold til de praktiserende læger ikke synes at gælde. 36-46% af de praktiserende læger i amterne har mulighed for at have telefonisk kontakt til deres praksiskonsulentordning, f.eks. via en telefonliste udleveret til almen praksis. Omvendt har kun et fåtal elektronisk kontakt, hvilket hænger sammen med efterspørgslen på edb i flere ordninger.

8.4.5 Resultater af praksiskonsulentordningerne

Praksiskonsulentordningen opererer som bindeled mellem den primære sundhedssektor og sekundære sundhedssektor. Jævnfør afsnit 8.4.3 tager mange af ordningernes opgaver netop udgangspunkt i samspillet og samarbejdet mellem de to sektorer. For at kunne opgøre resultatet af ordningerne blev de to brugergrupper bedt om at vurdere, hvilke konsekvenser praksiskonsulentordningerne i de fire amter har haft på relationen mellem primær- og sekundærsektor. Nedenfor i tabel 8.14 er det samlede resultat for hver af de to brugergrupper præsenteret, mens resultatet for de enkelte amter fremgår af appendiks 8.3, tabel A5-A8.

Tabel 8.14: Områder, hvor praksiskonsulentordningen har haft konsekvenser for forholdet mellem primær- og sekundærsektor (procent-andele)

	Bedre		Dårligere		Uændret	
	Prakt. læger	Afd. ledelse	Prakt. læger	Afd. ledelse	Prakt. læger	Afd. ledelse
<i>Nedbrydelse af barrierer</i>	57,6	75,2	0,4	0	41,9	24,8
<i>Kommunikation mellem sektorer</i>	67,3	78,9	0,4	0	32,3	21,1
Opgavefordelingen mellem sektorerne	23,2	27,6	3,2	0	73,5	71,4
Koordinering af sammenhængende patientforløb	17,5	41,7	1,9	0	80,6	58,3
Opfølgning på udskrivelse fra sygehus	12,8	31,3	1,7	0	85,5	68,7
Koordinering af ambulant aktivitet m. almen praksis	20,7	33,3	0,9	1,1	78,4	65,6
Henvissningssedlernes kvalitet	51,5	48,0	0,9	0	47,6	52,0
Epikrisernes kvalitet	28,5	39,2	3,6	0	67,9	60,8
Det ambulante notats kvalitet	15,3	17,6	1,3	0	83,4	82,4
Ventetiden på epikriser	35,4	34,7	3,8	1,1	60,8	64,2
Ventetiden på ambulante notater	26,7	22,3	4,5	1,1	68,8	76,6
Omfanget af dobbeltarbejde/undersøgelser	21,2	29,2	4,1	0	74,6	70,8
<i>Skrevne informationskanaler</i>	71,0	57,6	0,9	0	28,1	42,4
Elektroniske medier	37,6	39,4	0,7	1,0	61,7	59,6
<i>Information til almen praksis</i>	74,4	69,7	0,4	1,0	25,1	29,3
Beskrivelse af arbejdsgange på afdelingerne	43,8	40,8	1,5	0	54,7	59,2
Udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer	51,4	44,2	0,9	1,1	47,7	54,7
Løsning af samarbejdsproblemer	43,4	67,0	1,1	0	55,5	33,0
Efteruddannelses tilbud til praksissektor og afdeling	45,9	34,8	1,1	0	53,0	65,2

Flest i gruppen af praktiserende læger er enige om, at et område som information til almen praksis om nye sygehustiltag er blevet bedre (74%). De skrevne informationskanaler, herunder nyhedsbrevene, er det område, som de praktiserende læger betragter som den næstvigtigste konsekvens af og forbedring ved etablering af praksiskonsulentordningen (71%). I sammenhæng hermed er kommunikationen mellem sektorerne, som praksiskonsulentordningen har muliggjort, det tredjehøjest prioriterede område blandt de praktiserende læger (67%). Omvendt synes ordningen, jævnfør de praktiserende læger, ikke at have haft nogen konsekvenser for opfølgning af udskrivning fra sygehus, idet 86% ikke mener, at ordningen har ændret noget ved denne opfølgning. Om det så er, fordi de praktiserende læger betragter denne opfølgning som værende god nok i forvejen, kan ikke afgøres. Forbedring af ventetiden for det ambulante notat er et område, som praksiskonsulentordningen tilsyneladende ikke har formået at ændre (83%), og 5% af de praktiserende læger mener endda, at ordningen har gjort, at det er blevet dårligere.

For afdelingsledelserne har den største konsekvens af praksiskonsulentordningen været en forbedret kommunikation mellem sektorerne (78%). Næstflest (75%) af afdelingsledelserne har vurderet, at ordningen har været positiv for en nedbrydelse af barrierer mellem de to sektorer. Endelig mener 70% i overensstemmelse med de praktiserende læger, at en positiv konsekvens af ordningen har været informationen til almen praksis om nye sygehustiltag. Næsten ingen afdelingsledelser har påpeget områder, hvor praksiskonsulentordningen har medført en dårligere udvikling. Det område, som den største andel af afdelingsledelserne, ligesom de praktiserende læger, vurderer ikke er blevet påvirket af praksiskonsulentordningen, er ventetiden på de ambulante notater (77%), jf. tabel 6.14. For mindst to af de områder, som flest praktiserende læger og flest afdelingsledelser vælger ud som områder, hvor praksiskonsulentordningen har haft en forbedrende virkning, er der altså tale om et sammenfald hos de to brugergrupper. Dermed synes hypotese 11 om ingen forskel i de oplevede resultater mellem de to brugergrupper tilnærmelsesvist at være rigtig.

Spørger man, som det er gjort i forbindelse med kortlægningen (kapitel 7), interessenterne (forvaltninger og sygehusledelser) og aktørerne (praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter) om de områder, som de vurderer, ordningen har haft konsekvenser for, fremkommer de samme områder, som brugerne fremhæver, jævnfør ovenfor.

Der findes heller ikke nogen forskel mellem amterne i forhold til de væsentligste konsekvenser af praksiskonsulentordningen (hypotese 11). Generelt udpeges skrevne informationskanaler og information til almen praksis af praktiserende læger i alle fire amter som de to vigtigste områder, hvor praksiskonsulentordningen har haft konsekvenser, mens afdelingsledelserne i amterne typisk peger på forbedret kommunikation mellem sektorer og nedbrydelse af barrierer som de hidtil væsentligste indsatsområder for praksiskonsulentordningen.

Generelt svarer de fremkomne resultater meget godt til praksiskonsulentordningens udviklingsstadie. Man har i de forskellige ordninger overstået første trin af udviklingen med ændring af kulturen i primær- og sekundærsektor med nedbrydelse af barrierer og etablering og forbedring af kommunikationen mellem sektorerne. I næste udviklingstrin, som man er godt i gang med, er fokus på tilvejebringelse af information og etablering af informationskanaler. De fremtidige udviklingstrin, som dog er påbegyndt i nogle amter og på nogle afdelinger, vedrører mere konkrete tiltag og opgaver såsom forbedringer af henvisninger, udskrivningsbreve og ambulante notater, både hvad angår kvaliteten og ventetiden. Først herefter kan større strukturmæssige ændringer, f.eks. opgavefordeling mellem sektorerne og fælles-koordinerede patientforløb, forventes som konsekvens af praksiskonsulentordningen.

I den tidligere evaluering i Nordjyllands Amt (2000) spurgte man også til ordningens påvirkning af 10 områder. I undersøgelsen svarede de praktiserende læger og afdelingerne begge, i tråd med denne brugerundersøgelse, at den største påvirkning af praksiskonsulentordningen havde været en bedre dialog (kommunikation) mellem almen praksis og sygehusene. Herefter blev hurtigere epikriser og bedre fælles vejledninger og information nævnt. Afdelingerne mente derimod, at praksiskonsulentordningen havde været med til at give dem en bedre forståelse for, hvad almen praksis kan magte (information og nedbrydelse af barrierer).

De to brugergrupper blev også bedt om at prioritere de tre vigtigste af ovenstående områder (tabel 8.14), hvor henholdsvis almen praksis og sygehusafdelingerne havde fået størst udbytte af praksiskonsulentordningen. De hyppigst nævnte områder med 1.-3. prioritet er vist i tabel 8.15 for begge brugergrupper og de fire amter.

Tabel 8.15: Områder, hvor praksiskonsulentordningen har givet størst udbytte

Praktiserende læger (udbytte for almen praksis)				
Prioritet	Københavns Amt	Frederiksborg Amt	Ribe Amt	Nordjyllands Amt
1.	Kommunikation mellem sektorer	Udarbejdelse af guidelines	Kommunikation mellem sektorer	Kommunikation mellem sektorer
2.	Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår	Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår	Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår	Epikriser (ventetid og kvalitet)
3.	Efteruddannelses-tilbud	Efteruddannelses-tilbud	Løsning af samarbejds-problemer	Efteruddannelses-tilbud
Afdelingsledelser (udbytte for sygehussektoren)				
Prioritet	Københavns Amt	Frederiksborg Amt	Ribe Amt	Nordjyllands Amt
1.	Kommunikation mellem sektorer	Kommunikation Mellem sektorer	Kommunikation mellem sektorer	Kommunikation mellem sektorer
2.	Koordinering af sammenhængende patientforløb -- Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår -- Henvisninger (kvaliteten)	Nedbrydelse af barrierer -- Henvisninger (kvaliteten)	Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår	Løsning af samarbejdsproblemer
3.	Epikriser (ventetid og kvalitet) -- Efteruddannelses-tilbud	Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår	Løsning af samarbejds-problemer	Information om nye sygehustiltag -- Information om almen praksis/afdelings forudsætninger/vilkår

Det ses, at der er et sammenfald med flere af de vigtigste områder, som blev fremhævet i tabel 8.14. Således er forbedret kommunikation mellem sektorer det største udbytte af ordningen i tre af amterne. Kun i Frederiksborg Amt er dette ikke tilfældet. Her havde flest praktiserende læger angivet udarbejdelse af guidelines, vejledninger og referenceprogrammer som det største udbytte af ordningen. Dog havde næstflest angivet kommunikation mellem sektorer som 1. prioritet. Information om vilkår og forudsætninger i almen praksis og på sygehusafdelingen fremkommer igen som et stor udbytte af praksiskonsulentordningen hos begge brugergrupper i alle amter. Det samme er tilfældet for efteruddannelsestilbud, som dog mest ses som et udbytte blandt de praktiserende læger. Som eneste amt har flest praktiserende læger i Nordjyllands Amt angivet forbedrede epikriser (ventetid og kvalitet) som det næststørste udbytte af praksiskonsulentordningen i amtet. Dette svarer også til resultater af evalueringen i Nordjyllands Amt (2000), hvor de praktiserende læger prioriterede hurtigere epikriser højest. De to brugergrupper i henholdsvis Københavns og Ribe amter adskiller sig fra de to andre amter ved at have de samme prioriteringer for både gruppen af praktiserende

læger og gruppen af afdelingsledelser. Resultatet af ordningen i de to amter opleves derfor ens af de to brugergrupper.

En række af ovenstående områder vedrører samarbejde. Praksiskonsulentordningen opererer mellem de to sektorer og forsøger at binde dem bedre sammen. Dette gøres for at sikre sammenhængende patientforløb, nedbryde barrierer, løse samarbejdsproblemer og i sidste ende opnå en mere effektiv ressourceudnyttelse. Et succeskriterium for praksiskonsulentordningerne er derfor, at de opnår indflydelse og formår at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren. I tabel 8.16 nedenfor vurderer de praktiserende læger og afdelingsledelser i de fire amter, som brugere af ordningen, om i hvor høj grad ordningen har forbedret dette samarbejde mellem de to sektorer.

Tabel 8.16: Praksiskonsulentordningens indflydelse på samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren (procent-andele)

Ordningen har forbedret samarbejdet	Københavns Amt		Frederiksborg Amt		Ribe Amt		Nordjyllands Amt	
	Prak.læge N=191	Afd.led. N=55	Prak. læge N=112	Afd.led. N=16	Prak.læge N=64	Afd.led. N=18	Prak. læge N=150	Afd.led. N=25
I høj grad	23	40	17	13	5	22	16	12
I nogen grad	55	35	54	69	50	56	52	64
I mindre grad	14	15	18	13	39	11	21	4
Nej	9	11	12	6	6	11	12	20

- Forskel mellem de praktiserende læger i amterne. $\chi^2=36,789$; $df=9$; $p<0,001$.
- Forskel mellem afdelingsledelserne i amterne. Ikke signifikant.
- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=11,865$; $df=3$; $p=0,008$.

De praktiserende lægers vurdering af, om ordningen har forbedret samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektor, viser sig at være signifikant forskellig for de fire amter. Af tabellen ses det, at de mest positive praktiserende læger med hensyn til ordningens betydning for samarbejdet findes i Københavns Amt, mens de mindst positive findes i Ribe Amt. Hypotese 12 om større udbytte af praksiskonsulentordningen i Københavns Amt i forhold til et forbedret samarbejde synes dermed at kunne bekræftes for de praktiserende læger. En lignende svag tendens gør sig gældende for afdelingsledelserne (ikke signifikant). Afdelingsledelserne i Københavns Amt vurderer ordningens forbedrende virkning på samarbejdet højest, idet 40% har vurderet, at ordningen i høj grad har forbedret samarbejdet mellem almen praksis og sygehussektoren. Næsten tilsvarende positive vurderinger forekommer fra afdelingsledelserne i Frederiksborg, Ribe og Nordjyllands Amt (76-86%). Når man derfor sammenligner hele gruppen af afdelingsledelser med hele gruppen af praktiserende læger, finder man en signifikant forskel i vurderingen af ordningernes betydning for samarbejdet med afdelingsledelserne som de mest positive. I kortlægningen bekræftes dette også af, at praksiskonsulenternes samarbejde med afdelingerne vurderes som værende mere velfungerende end samarbejdet med almen praksis. Forskellen i de to brugergruppers vurdering af samarbejdet kunne hænge sammen med, som nogle praktiserende læger har tilkendegivet, at praksiskonsulentordningen er en ordning, der opfattes som udgående fra forvaltningen og sygehuset snarere end fra almen praksis. En anden forklaring på forskellen kan være, at praksiskonsulenterne ved deres tilstedeværelse er mere synlige i afdelingen, end tilfældet er i forhold til almen praksis.

Til sammenligning med den tidligere evaluering i Københavns Amt synes lidt flere af både praktiserende læger (78% mod 62%) og afdelingsledelserne (75% mod før 66%) nu, at samarbejdet mellem almen praksis og sygehuset er blevet forbedret. For Ribe Amt synes resultatet også bedre, i og med at kun 28% af de praktiserende læger og 33% af afdelingsledelserne i amtets evaluering fra 1997 tilkendegav, at ordningen havde medført et bedre samarbejde.

Væsentlige elementer i kommunikationen og samarbejdet mellem almen praksis og afdelingerne i forholdet til patienten er henvisningssedlerne og udskrivningsbrevene (epikriserne). Nogle af opgaverne for praksiskonsulentordningen, jf. tabel 8.4, er netop at forbedre visitationsproceduren, kvaliteten af henvisningssedler og udskrivningsbrev (epikriser). Tabel 8.17-8.19 viser brugergruppernes vurdering af, om praksiskonsulentordningen har forbedret kvaliteten af henvisningssedlerne og udskrivningsbrevene, dels i form af et samlet resultat for alle amter, og dels for hvert enkelt amt.

Tabel 8.17: Praksiskonsulentordningens konsekvenser for kvaliteten af henvisningssedler og udskrivningsbrev (epikriser)? (procent-andele)

Har ordningen forbedret kvaliteten?	Henvisningssedlerne		Udskrivningsbrevene	
	Praktiserende læger N=494	Afdelingsled-elserne N=107	Praktiserende læger N=500	Afdelingsled-elserne N=93
I høj grad	4	8	3	5
I nogen grad	42	35	33	41
I mindre grad	30	30	29	27
Nej	25	28	35	27

Af tabel 8.17 ses en nogenlunde ens bedømmelse af ordningens påvirkning af henvisningssedlerne og udskrivningsbrevenes kvalitet. Lige under halvdelen af alle praktiserende læger og afdelingsledelserne vurderer, at ordningen har forbedret kvaliteten, mens resten vurderer, at ordningens betydning for kvaliteten har være lille eller helt fraværende.

Tabel 8.18: Praksiskonsulentordningens indflydelse på kvaliteten af henvisningssedlerne (procent-andele)

Har ordningen forbedret kvaliteten?	Københavns Amt		Frederiksborg Amt		Ribe Amt		Nordjyllands Amt	
	Prak.læge N=181	Afd.led. N=48	Prak.læge N=106	Afd.led. N=17	Prak.læge N=63	Afd.led. N=16	Prak.læge N=144	Afd.led. N=26
I høj grad	6	6	2	12	0	6	4	8
I nogen grad	49	40	43	18	43	44	33	31
I mindre grad	25	25	26	47	38	31	36	27
Nej	20	29	30	24	19	5	28	35

Opdelt på amter ser det umiddelbart ud, som om de praktiserende læger i Københavns Amt er de mest positive med hensyn til ordningens indflydelse på kvaliteten af henvisningssedlerne. Omvendt findes de mindst positive praktiserende læger i Nordjyllands Amt. Der er dog ingen signifikant forskel mellem de praktiserende lægers vurdering i de fire amter. De mest positive afdelingsledelser findes i Ribe Amt, hvor 50% vurderer, at ordningen har haft en høj grad af eller nogen grad af indflydelse på kvaliteten af henvisningssedlerne i amtet.

Tabel 8.19: Praksiskonsulentordningens indflydelse på kvaliteten af udskrivningsbrevene (epikriser) (procent-andele)

Har ordningen forbedret kvaliteten?	Københavns Amt		Frederiksborg Amt		Ribe Amt		Nordjyllands Amt	
	Prak.læge N=184	Afd.led. N=44	Prak.læge N=109	Afd.led. N=14	Prak.læge N=63	Afd.led. N=15	Prak.læge N=144	Afd.led. N=20
I høj grad	2	5	4	7	0	0	5	10
I nogen grad	38	43	29	21	18	33	37	55
I mindre grad	30	25	28	36	27	53	29	5
Nej	30	27	39	36	56	13	30	30

Med hensyn til udskrivningsbreve findes de mest positive praktiserende læger i Nordjyllands Amt, idet 42% vurderer, at praksiskonsulentordningen enten i høj grad eller i nogen grad har haft en indflydelse på kvaliteten af udskrivningsbrevene. De mest skeptiske er derimod de praktiserende læger i Ribe Amt (18%), hvis afdelingsledelser også er de mest negative. Omvendt så er afdelingsledelserne i Nordjyllands Amt de mest positive i deres vurdering af ordningens indflydelse på kvaliteten af udskrivningsbrevene. Sammenlignet med de praktiserende læger synes afdelingsledelserne altså at være mere positive i forhold til praksiskonsulentordningens indflydelse på udskrivningsbrevene (epikriserne).

8.4.6 Tilfredshed med praksiskonsulentordningerne

De to brugergruppernes blev på en tilfredshedsskala (se appendiks 8.4) spurgt om deres tilfredshed med praksiskonsulentordningerne i deres amt. Resultatet fremgår af tabel 8.20.

Tabel 8.20: Brugernes tilfredshed med praksiskonsulentordningen (procent-andele)

	København		Frederiksborg		Ribe		Nordjylland	
	Prak.læge N=193	Afd.led. N=55	Prak.læge N=111	Afd.led. N=17	Prak.læge N=64	Afd.led. N=18	Prak.læge N=151	Afd.led. N=27
Meget tilfreds	11	24	6	29	0	17	3	19
Tilfreds	51	49	54	47	55	61	44	52
Hverken/eller	27	16	27	18	30	22	40	15
Mindre tilfreds	6	2	9	6	8	0	6	11
Ikke tilfreds	5	9	5	0	8	0	7	4

- Forskel mellem de praktiserende læger i amterne. F-test=3,161; df=3; p=0,024. Under antagelse af interval-skala egenskaber for tilfredshedsskalaen.
- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=35,776$; df=4; p<0,001.

For alle fire amter synes afdelingsledelserne at være mere tilfredse med praksiskonsulentordningen end de praktiserende læger (signifikant forskel). Dette bekræfter forventningen, jf. hypotese 15. Median-værdien for begge grupper er dog 4, dvs. tilfreds.⁵⁸

Betragtes de enkelte amter for sig, viser det sig, at der er forskel imellem de praktiserende lægers tilfredshed med ordningen i de enkelte amter. Median-værdien for Nordjyllands Amt er kun 3 (hverken/eller), mens den er 4 (tilfreds) i de tre øvrige amter. Man er altså mere tilfreds i København, Frederiksborg og Ribe amter sammenlignet med de praktiserende læger i Nordjyllands Amt (signifikant). Forudsætningerne for χ^2 -testet var dog ikke opfyldt (celle-observationer < 5). Ofte tillader man at antage, at tilfredshedsskalaer har

⁵⁸ Gennemsnitlig tilfredshed for de praktiserende læger var 3,4, mens den var 3,8 for afdelingsledelserne. En beregning af gennemsnit forudsætter dog en antagelse om, at den anvendte tilfredshedsskala har interval-egenskaber.

intervalskala-egenskaber. Gør man det her, kan der gennemføres en variansanalyse (F-test) til undersøgelse af, om der er forskelle i de enkelte amter med hensyn til de praktiserende lægers gennemsnitlige tilfredshed. Testresultatet bekræfter rent faktisk den formodning, man måtte have om, at der er en signifikant forskel i tilfredsheden blandt de fire grupper af praktiserende læger. Forventningen i hypotese 13 om, at der ikke er forskel i tilfredsheden, må altså afvises i forhold til de praktiserende læger. De mindst tilfredse praktiserende læger findes i Nordjyllands Amt, og de mest tilfredse findes i henholdsvis Københavns og Frederiksborg amter. Til sammenligning fandt man i evalueringen fra Københavns Amt (1999), at 62% af de praktiserende læger enten i høj grad eller nogen grad var tilfredse med ordningen i amtet, hvilket stemmer godt overens med denne undersøgelses resultat. Det må dog igen understreges, at resultatet bygger på antagelsen om en interval-skaleret tilfredshedsskala. For afdelingsledelserne er der ingen forskel mellem amterne i median-værdien (4) for tilfredshed. Derfor er der ingen signifikant forskel mellem afdelingsledelsernes vurdering, hvorfor hypotese 13 om ingen forskel i tilfredsheden ikke kan afvises for afdelingsledelserne.

For at undersøge, om brugerne i de fire amter var lige så tilfredse med praksiskonsulentordningen som alle interessenter, forstået som forvaltninger og sygehusledelser, og alle aktører i praksiskonsulentordningen, det vil sige praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter, blev resultaterne fra brugerundersøgelsen sammenlignet med resultaterne fra kortlægningen. Denne sammenligning er vist i tabel 8.21.

Tabel 8.21: Sammenligning af bruger-gruppernes tilfredshed sammenlignet med interessenters og aktørers tilfredshed med praksiskonsulentordningen (procent-andele)

	Interessenter (forvaltninger og sygehusledelser) N=69 ⁵⁹	Aktører (koordinatorer og konsulenter) N=194 ⁶⁰	Afdelings- ledelser N=117	Almen praksis N=519
Meget tilfreds/tilfreds	75	66	74	56
Hverken/eller	15	21	17	31
Mindre tilfreds/ikke tilfreds	10	13	9	13

- Forskel mellem de fire grupper. $\chi^2=23,469$; df=6; p=0,001.

Som det ses af tabel 8.21, er specielt de praktiserende læger mindre tilfredse med praksiskonsulentordningen end interessenterne og aktørerne, der er mere tilfredse med ordningen, ligesom afdelingsledelserne. Forskellen i tilfredshed med de almen praktiserende lægers mindre tilfredshed er også signifikant.

Ud over om deres tilfredshed blev de to brugergrupper også adspurgt, om praksiskonsulentordningen havde levet op til brugernes forventninger (se tabel 8.22).

Tabel 8.22: Brugernes forventninger til praksiskonsulentordningen (procent-andele)

Har ordningen levet op til forventningerne?	Københavns Amt		Frederiksborg Amt		Ribe Amt		Nordjyllands Amt	
	Prak. læge N=182	Afd.led. N=52	Prak. læge N=110	Afd.led. N=17	Prak. læge N=65	Afd.led. N=17	Prak. læge N=141	Afd.led. N=27
I høj grad	21	37	9	41	3	24	7	22
I nogen grad	56	44	57	41	48	65	51	52
I mindre grad	13	8	19	6	32	12	22	15
Nej	11	12	15	12	17	0	20	11

- Forskel mellem de praktiserende læger i amterne. $\chi^2=35,540$; df=9; p<0,001.
- Forskel mellem afdelingsledelserne. Ingen signifikans.
- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=30,077$; df=3; p<0,001.

⁵⁹ Data stammer fra kortlægningen (kapitel 5).

⁶⁰ Data stammer fra kortlægningen (kapitel 5).

Af tabel 8.22 fremgår, at praksiskonsulentordningen i signifikant højere grad har levet op til forventningerne hos de praktiserende læger i Københavns Amt (77%) sammenlignet med for eksempel Ribe Amt (51%) eller Nordjyllands Amt (58%). Hypotese 14 om ingen forskel i oplevede forventninger må derfor afvises. Sammenligner man overordnet de to brugergrupper, viser det sig, at praksiskonsulentordningen i signifikant højere grad har levet op til forventningerne hos afdelingsledelserne (81%) sammenlignet med de praktiserende læger (66%) i alle fire amter. Dette resultat er også i overensstemmelse med resultatet vedrørende tilfredshed, hvor afdelingsledelserne viste sig som de mest tilfredse.

I Nordjyllands Amts evaluering (2000) tilkendegav 49% af de praktiserende læger, at de havde fået opfyldt deres forventninger. Sammenlignet med nærværende brugerundersøgelses resultat synes altså lidt flere praktiserende læger at have fået opfyldt deres forventninger til praksiskonsulentordningen siden den tidligere evaluering i amtet. For afdelingsledelserne drejede det sig om 74%, hvilket er det samme resultat, som fremkommer i tabel 8.22.

Samlet set synes de praktiserende læger i Københavns Amt at være de mest tilfredse og dem, der i størst omfang har fået opfyldt deres forventninger. Derimod er de praktiserende læger i Nordjyllands Amt (og til dels i Ribe Amt) dem, der har den laveste tilfredshed og den laveste grad af opfyldelse af forventningerne til ordningen i amtet. For afdelingsledelserne er billedet mere ensartet mellem amterne, men med afdelingsledelserne i Ribe Amt som de mest tilfredse og dem, der i højeste grad har fået opfyldt deres forventninger. Som gruppe er de praktiserende læger mindre tilfredse med praksiskonsulentordningen end både interessenter og aktører.

8.4.7 Resultaterne og organiseringen af praksiskonsulentordningen

Jævnfør afsnit 8.1 blev praksiskonsulentordningerne i de fire amter udvalgt på baggrund af deres organisering af ordningerne, dels ved niveauet for ansættelse, og dels ved hyppigste samarbejdsform med afdelingerne. De to amter, der klart repræsenterer hver sin organisering af ordningen, er Københavns Amt med decentral ansættelse af konsulenterne og en fast samarbejdsform og mødestruktur modsat ordningen i Nordjyllands Amt, der har central ansættelse og en i overvejende grad ad hoc-baseret samarbejdsform med afdelingerne. Herimellem befinder praksiskonsulentordningerne i Frederiksborg Amt (central ansættelse og ad hoc/fast samarbejde) og Ribe Amt (decentral ansættelse og fast/ad hoc-baseret samarbejde) sig. Men er der sammenhæng mellem organiseringen af de specifikke praksiskonsulentordninger og de resultater, der er opnået i ordningerne?

Først må det konkluderes, at der ikke synes at være forskel imellem de forskellige organiseringer af praksiskonsulentordningen og de opgaver, som ordningen anvendes til af de to brugergrupper i de fire amter. Opgaverne er overordnet de samme, og organisationsformen er dermed ikke afgørende for, hvad man har som opgaver. I Københavns Amt, hvor der overvejende er tale om en fast samarbejdsform, var der dog signifikant flere praktiserende læger, der anvender anbefalingerne for henvisningssedlerne, end tilfældet var i de tre øvrige amter.

I forhold til nyhedsbrevet og dets anvendelse viste resultaterne fra brugerundersøgelsen sig at være forskellige afhængigt af den valgte organisering, specielt ved sammenligning af Københavns og Nordjyllands amter. Det skal dog bemærkes, at sidstnævnte amts nyhedsbrev som tidligere nævnt er forholdsvist nyt. I de to praksiskonsulentordninger med overvejende fast samarbejdsform og decentral ansættelse, København og Ribe, læses nyhedsbrevet fra praksiskonsulentordningen oftere, end tilfældet er i de to øvrige amter. Dette kan hænge sammen med en mere decentral forankring og lokal medbestemmelse i ordningerne i disse to amter, der implicerer et større engagement og viden om ordningen. I sammenhæng hermed er det også i Københavns Amt, at informationen fra nyhedsbrevet anvendes i størst udstrækning af afdelingerne, mens afdelingerne i Nordjyllands Amt omvendt bruger denne information mindst. Heller ikke overraskende er det derfor i Københavns og Ribe amter, at nyhedsbrevet tillægges størst værdi af brugerne (de praktiserende læger). Uden at det kan udelukkes, at ovenstående sammenhæng skyldes tidspunktet for nyhedsbrevens etablering i de enkelte amter, læses nyhedsbrevene hyppigere, og informationen anvendes oftere i praksiskonsulentordninger med decentral ansættelse af praksiskonsulenterne frem for central og

ordninger, som i overvejende grad har en fast struktur på samarbejdet med sygehusafdelingerne. Dette er tilfældet i Københavns og Ribe amter.

De resultater, som er opnået i de forskellige praksiskonsulentordninger, viste sig heller ikke at være forskellige trods forskelle i ordningernes organisering. Områderne, som prioriteredes af brugergrupperne i de fire amter, var overordnet set de samme med kommunikation mellem sektorer som det vigtigste resultat af praksiskonsulentordningerne. Dog fandt brugerne af ordningen i Københavns Amt, at samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor var blevet forbedret med praksiskonsulentordningen - og dette i højere grad end tilfældet i de tre andre amter. Ud fra denne undersøgelse synes der altså at være en tendens til, at ordninger med decentral ansættelse og fast samarbejdsstruktur i højere grad resulterer i et forbedret samarbejde end ordninger, der er organiseret mere centralt, f.eks. Nordjyllands Amt. Brugerne (praktiserende læger) i Københavns Amt var tillige de mest positive med hensyn til praksiskonsulentordningens indflydelse på kvaliteten af henvisningssedlerne, mens de mindst positive fandtes i Nordjyllands Amt. Omvendt var brugerne i Nordjyllands Amt (central organisering) de mest positive med hensyn til kvaliteten af udskrivningsbrevene. Der er altså ikke tale om nogen entydig sammenhæng mellem resultaterne og organiseringen af praksiskonsulentordningen. Dog synes den decentrale ordning (Københavns Amt) umiddelbart at have bedst fat i brugere i primærsektoren (praktiserende læger) med hensyn til at påvirke informationen ved henvisning til sygehuset (henvisningssedler), mens den centrale ordning har bedst fat i brugere i sekundærsektoren (afdelingerne), blandt andet i forhold til udskrivningssedler og deres kvalitet.

Endelig viste brugerundersøgelsen, at de praktiserende læger var mere tilfredse i henholdsvis Københavns, Frederiksborg og Ribe amter sammenlignet med Nordjyllands Amt. For afdelingsledelserne var der ingen forskel. Praksiskonsulentordningen i Københavns Amt har også i højere grad levet op til forventningerne - og i et større omfang end tilfældet i Ribe og Nordjyllands amter.

Samlet set kan det med hensyn til organiseringen af praksiskonsulentordningen konkluderes, at organiseringen (ansættelse og samarbejdsform) umiddelbart ikke har betydet noget for de opgaver, som brugerne benytter praksiskonsulentordningen til, såvel som for de resultater, ordningen tilvejebringer. Men i forhold til en ordning med central ansættelse og ad hoc-baseret samarbejde (Nordjyllands Amt), så viser denne undersøgelse, at en ordning med decentral ansættelse og fast samarbejdsstruktur (Københavns Amt) umiddelbart adskiller sig ved, at:

- Flere læser og anvender nyhedsbrevet og finder det mere værdifuldt.
- Brugerne vurderer i højere grad, at samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor er blevet forbedret.
- Der opnås en højere tilfredshed med ordningen blandt brugerne.
- Brugerne får i højere grad opfyldt deres forventninger til ordningen.

I den sammenhæng skal det dog bemærkes, at de to decentrale praksiskonsulentordninger i Københavns og Ribe amter er de dyreste ordninger per indbygger, jævnfør tidligere tabel 8.11.

8.4.8 Fremtid for praksiskonsulentordningerne

Fremtiden for praksiskonsulentordningerne drejer sig om, hvorvidt ordningerne ønskes fortsat, og om hvordan de videreudvikles. Set i et udviklingsperspektiv bliver det i fremtiden ikke mindst en udfordring at opnå en større interesse i ordningen fra de praktiserende læger. Et væsentligt succeskriterium for en praksiskonsulentordning må være, at ordningen søger at opfylde de behov og ønsker, som brugerne har. Hvorvidt brugerne i amterne ønsker at ordningen forsætter, fremgår af tabel 8.23.

Tabel 8.23: Fortsættelse af praksiskonsulentordningerne i fremtiden (procent-andele)

Ønsker at ordningen fortsætter?	København		Frederiksborg		Ribe		Nordjylland	
	Prak. læge N=181	Afd. led N=54	Prak. læge N=110	Afd. led. N=16	Prak. læge N=65	Afd. led. N=17	Prak. læge N=144	Afd. led. N=29
Ja, ubetinget	74	72	66	81	52	82	56	69
Ja, men med visse ændringer	23	22	27	6	40	18	35	24
Nej	4	6	7	13	8	0	8	7

- Forskel mellem de praktiserende læger i amterne. $\chi^2=15,441$; $df=6$; $p=0,017$ (Dog en celle<5).

Det ses, at langt den overvejende del af de praktiserende læger og afdelingsledelser i alle fire amter ønsker, at ordningen fortsætter ubetinget, eller efter at der er foretaget visse justeringer. En større andel af de praktiserende læger betinger sig dog ændringer, hvis ordningen skal fortsætte.⁶¹ Blandt alle praktiserende læger er andelen, der ubetinget ønsker, at ordningen fortsætter, lavere i Ribe og Nordjyllands amter sammenlignet med Københavns og Frederiksborg amter⁶², idet 35% og 40% af de praktiserende læger i Ribe og Nordjyllands amter kræver, at der sker ændringer. Dette hænger sammen med den lavere opfyldelse af forventningerne i disse to amter (tabel 8.22). Men sammenlignet med den tidligere evaluering i Ribe Amt (1997), hvor kun 74% af de praktiserende læger tilkendegav, at de ønskede, at ordningen fortsatte, så er der nu klart flere praktiserende læger, der ønsker, at ordningen fortsætter. For afdelingsledelsernes vedkommende er der nu også tale om markant flere, som ønsker, at ordningen fortsætter.

Frem for at ændre praksiskonsulentordningen kunne man forestille sig, at praksiskonsulentordningernes ressourcer kunne anvendes til andre formål i stedet. I tabel 8.24 er vist de to brugergruppers holdning hertil.

Tabel 8.24: Andet formål for ressourcerne (procent-andele)

	København		Frederiksborg		Ribe		Nordjylland	
	Prak. læge N=122	Afd. led N=52	Prak. læge N=78	Afd. led. N=16	Prak. læge N=54	Afd. led. N=17	Prak. læge N=111	Afd. led. N=27
Ja	35	17	40	19	41	12	51	15
Nej	65	83	60	81	59	82	49	85

- Forskel mellem de to brugergrupper (samlet). $\chi^2=24,433$; $df=1$; $p<0,001$.

At det er de praktiserende læger, jf. deres mindre tilfredshed og manglende opfyldte forventninger, der først og fremmest kunne forestille sig, at ressourcerne kunne anvendes alternativt, bekræftes. De praktiserende læger mener i højere grad (42%) end afdelingsledelserne (16%), at ressourcerne kan bruges til noget andet. Som med tilfredshed, forventninger og fremtid for ordningen findes flest blandt de praktiserende læger i Ribe og Nordjyllands amter. Størstedelen af brugerne svarer dog nej til spørgsmålet og mener ikke, at ressourcerne skal bruges til andet.

Jævnfør tabel 8.23 betingede 23-40% af de praktiserende læger sig visse ændringer, hvis ordningen skal fortsætte. Nogle ønsker relaterer sig til konkrete foranstaltninger, mens andre ønsker er mere generelle og fokuserer på ordningens resultater og deres synliggørelse. De efterspurgte foranstaltninger og ændringer fremgår af tabel 8.25.

⁶¹ På et 10%-niveau er der en signifikant forskel mellem de to brugergrupper ($\chi^2=4,727$; $df=2$; $p=0,094$).

⁶² En signifikant forskel ($\chi^2=15,441$; $df=6$; $p=0,017$).

Tabel 8.25: Konkrete foranstaltninger, jf. de praktiserende læger

- Mere tid for den enkelte praksiskonsulent
 - Ansættelse af flere praksiskonsulenter og sygehuslæger som praksiskonsulenter
 - Større tilgængelighed og kontakt
 - Mere kompetence og gennemslagskraft for praksiskonsulentordningen
 - Større deltagelse i praksiskonsulentordningen fra sygehusets side
 - Bedre kommunikationsmuligheder (Edb)
 - Mere præcis udmelding og orientering fra møder
 - Betydeligt flere initiativer fra praksiskonsulentordningen
 - Mere feedback fra praksiskonsulentordningen
 - At konsulenterne er tilknyttet PLO eller ansat af PLO
-

Enkelte af disse forslag til foranstaltninger for fremtidige ændringer af praksiskonsulentordningen ligger op til konkrete udvidelser, som f.eks. bedre elektroniske kommunikationsmidler. Men de fleste af de foreslåede foranstaltninger går i højere grad på, at ordningen og dens indhold tillægges mere kompetence og gennemslagskraft, ikke mindst i forhold til sygehusene, og at kommunikationen forbedres. Dette skal i sidste ende være med til at sikre en synlig praksiskonsulentordning, der får flere konsekvenser i det daglige arbejde. Omvendt har enkelte påpeget, at almen praksis også selv skal vænne sig til at bruge ordningen, for at den kan blive en succes. Enkelte afdelingsledelser har også kædet praksiskonsulentordningens fortsættelse sammen med visse ændringer (tabel 8.26).

Tabel 8.26: Konkrete foranstaltninger, jf. afdelingsledelserne

- Faste møder og mødetider med praksiskonsulenten
 - Væsentligt flere ressourcer til praksiskonsulentordningen
 - Mere koordinering i praksiskonsulentordningen
 - Mere aktiv deltagelse i afdelingens arbejde
-

For nogle afdelingsledelser er der et behov for en mere fast struktur på samarbejdet med praksiskonsulenten, mens nogle mener, at ordningen bør tilføres flere ressourcer. Endelig efterspørger afdelingerne en mere aktiv deltagelse fra praksiskonsulenten i afdelingens arbejde.

Set i et udviklingsperspektiv har de to brugergrupper vurderet, hvilke faktorer der kan styrke og udvikle de enkelte praksiskonsulentordninger i fremtiden (tabel 8.27).

Tabel 8.27: Faktorer, der kan styrke praksiskonsulentordningerne i fremtiden alle amter (procent-andele)

	Praktiserende læger N=539	Afdelings- ledelser N=148
Øget interesse og feedback fra afdelinger	68	35
Øget interesse og feedback fra almen praksis	55	46
Øget interesse og feedback fra amt	23	7
Flere ressourcer	21	11
Bedre kommunikation	34	23
Udvikling af edb og elektroniske informationssystemer	34	46
Mere fast mødestruktur (på afdelingen og i almen praksis)	21	20
Fællesmøder mellem konsulent, afdeling og almen praksis	38	28
Bedre amtslig koordinering	8	9
Bedre synlighed for og accept af praksiskonsulent	33	18
Mere udførende og aktive praksiskonsulenter	27	18
Udbredelse af praksiskonsulenter til flere afdelinger	10	5
Flere praktiserende læger, der vil være praksiskonsulenter	20	14
Bedre implementering af resultater – føle, at man gør en forskel	26	11

Generelt ses der et behov for styrkelse af interessen og feedback fra de to brugergrupper i forhold til ordningen, ikke mindst de praktiserende læger. Udvikling af edb-løsninger og afholdelse af fælles møder mellem praksiskonsulent, almen praksis og afdeling er andre faktorer, som brugerne peger på kan styrkes i ordningens fortsatte udvikling. I de enkelte amter er de vigtigste faktorer til styrkelse af ordningen også, at interessen fra de to brugergrupper øges, og at der udvikles edb og elektroniske informationssystemer, som ordningen kan benytte (appendiks 8.3, tabel A9-A12). Omvendt har brugerne ikke tilkendegivet et behov for yderligere amtslig koordinering eller generelt behov for, at ordningen udbredes til flere afdelinger i de fire amter.

Som følge af disse områder til styrkelse af praksiskonsulentordningen har de to brugergrupper udpeget en række højest prioriterede fremtidige indsatsområder for praksiskonsulentordningen (tabel 8.28). De fremtidige indsatsområder bekræfter, at praksiskonsulentordningen i de fire amter mere eller mindre er ovre de to første udviklingstrin med kulturændringer og prioritering af information og informationskanaler og i fremtiden i højere grad vil prioritere ændringer af praktiske forhold og strukturelle ændringer. For specifikke detaljer om det enkelte amt henvises til appendiks 8.3, tabel A13-A16.

Tabel 8.28: Højest prioriterede fremtidige indsatsområder for ordningen (hyppigste)

	Jævnfør de praktiserende læger	Jævnfør afdelingsledelserne
Københavns Amt	Bedre gensidig kommunikation	Udvikling af edb i praksis, elektroniske svar
Frederiksborg Amt	Bedre og tættere samarbejde og kommunikation mellem sektorer, herunder overlæger og ambulatorium	Samarbejde om bedre patientforløb, audit
Ribe Amt	Bedre (kortere) og hurtigere epikriser, bl.a. udsendt elektronisk efter maks 2 dage og udsendelse via Edifact	Samarbejde om gode patientforløb på tværs af sektorerne
Nordjyllands Amt	Bedre (kortere) og hurtigere epikriser, som f.eks. også sendes til vagtlægerne	Bedre kommunikation, bl.a. ved ordningen som formidler mellem sektorerne

Kapitel 9: Interviewundersøgelse i de fire amter

Med udgangspunkt i de resultater og erfaringer, der er afdækket med brugerundersøgelsen af de fire udvalgte praksiskonsulentordninger og i kortlægningen af praksiskonsulentordningerne, er der efterfølgende gennemført en uddybende interviewundersøgelse i de fire amter – Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Ribe Amt og Nordjyllands Amt. Interviewmetoden er valgt for at give et mere kvalitativt input til evalueringen af praksiskonsulentordningerne i Danmark.

Formålet med interviewundersøgelsen er ved interview af interessenter, aktører og brugere af praksiskonsulentordningerne først og fremmest at få underbygget, forklaret og eksemplificeret de resultater og erfaringsgrundlag med praksiskonsulentordningerne, der fremstår på baggrund af brugerundersøgelsen og kortlægningen i de fire amter. Mere specifikt har interviewundersøgelsen konkret haft til hensigt at afdække, hvordan interviewpersonerne (respondenterne) i praksis oplever og vurderer de nedenfor nævnte forhold i deres amt.

- Hvad er de væsentligste opgaver/indsatsområder for praksiskonsulentordningen?
- Hvad er de væsentligste resultater af praksiskonsulentordningen, herunder for sundhedssektoren samlet set, for brugergrupperne og for patienterne?
- Hvor meget betyder den måde, som man organiserer praksiskonsulentordningen på, for de resultater, som der opnås?
- Hvilke faktorer har størst betydning for en velfungerende praksiskonsulentordning?
- Hvilke væsentligste barrierer er der for at få en velfungerende praksiskonsulentordning?
- Hvilke opgaver vil der være for praksiskonsulentordningen i fremtiden?
- Hvilke ændringer er i givet fald nødvendige at foretage i forbindelse med ordningen?

Beskrivelsen og vurderingen af disse forhold, der kendetegner den enkelte praksiskonsulentordning i hvert af de fire amter, vil i udstrakt grad ske ved brug af eksempler.

9.1 Valgte metode

Den uddybende interviewundersøgelse af praksiskonsulentordningerne i de fire amter er gennemført ved semi-strukturerede interview eller fokuserede interview og interview ud fra temaguide som det kaldes af andre (Frankfort-Nachmias et al., 1996; Sigmund et al., 2001; Christoffersen et al., 1981). Det semi-strukturerede interview blev valgt som dataindsamlingsmetode på baggrund af fire forhold, som karakteriserer et semi-struktureret interview. For det første skal de personer, der interviewes, have haft en speciel oplevelse eller været involveret på det område, der betragtes (Frankfort-Nachmias et al., 1996). De personer, der blev interviewet i nærværende undersøgelse⁶³, havde alle på en eller anden måde en relation til praksiskonsulentordningen, hvorfor dette forhold var opfyldt. For det andet refererer det semi-strukturerede interview til situationer, som er analyseret før interviewet (Frankfort-Nachmias et al., 1996). Dette var også tilfældet i evalueringen af praksiskonsulentordningerne, idet det semi-strukturerede interview var uddybende i forhold til brugerundersøgelsen (kapitel 8) og kortlægningen (kapitel 7).⁶⁴ For det tredje udføres det semi-strukturerede interview på basis af en interviewguide, der specificerer de spørgsmål, som der ønskes stillet til respondenterne, i forhold til de undersøgte problemstillinger og dermed former interviewet (Sigmund et al., 2001; Frankfort-Nachmias et al., 1996). Der blev i forbindelse med de uddybende interview af praksiskonsulentordningen i de fire amter specifikt udarbejdet en interviewguide, der afstak de spørgsmål, som respondenterne skulle tage stilling til og besvare i relation til praksiskonsulentordningen. Endelig er det semi-strukturerede interview fokuseret på respondenternes erfaringer med de forhold, der undersøges

⁶³ Alle interview-personer var enten interessenter, aktører i eller brugere af praksiskonsulentordningen i de fire amter.

⁶⁴ Jævnfør, at interviewundersøgelsen er uddybende i forhold til den tidligere gennemførte brugerundersøgelse i de fire udvalgte amter og kortlægningen i alle amter/H:S, hvor spørgeskema-metoden var den anvendte dataindsamlingsmetode, er der således tale om metodetriangulering (Hellevik, 1993).

(Frankfort-Nachmias et al., 1996), hvilket også var tilfældet i de uddybende interview af praksiskonsulentordningerne. Alle fire karakteristika, der kendetegner det semi-strukturerede interview, var således opfyldt ved de uddybende interview i forhold til praksiskonsulentordningen i fire amter.

I det semi-strukturerede interview benyttes som nævnt en interviewguide, hvoraf fremgår de spørgsmål, som respondenterne skal forholde sig til og besvare. Der er tale om åbne spørgsmål, idet respondenterne selv skal formulere svaret i modsætning til lukkede spørgsmål, hvor der vil være et antal mulige svarkategorier, der på forhånd er defineret (Hellevik, 1993). Åbne spørgsmål anses for relevante, idet der i høj grad er tale om kvalitative data og information. Fordelen ved brug af en interviewguide og forudbestemte spørgsmål er, at respondenterne spørges om det samme ud fra identiske spørgsmålsformuleringer (Frankfort-Nachmias et al., 1996). Herved sikres en vis grad af sammenlignelighed og reliabilitet af de opnåede besvarelser.

Interviewguiden, der blev udarbejdet til det uddybende interview af praksiskonsulentordningerne i de fire amter, indeholdt samlet 13 overordnede spørgsmål, som respondenterne blev stillet i interviewet. Spørgsmålene blev fremført i samme rækkefølge ved alle interviews. Ved enkelte af spørgsmålene blev der nævnt relevante stikord, i de tilfælde hvor respondenterne ikke havde berørt et aspekt i sit svar. Den anvendte interviewguide fremgår af appendiks 9.1.

Alle interview blev gennemført af den samme interviewer⁶⁵ i perioden fra uge 8 til uge 10 i 2002. Interviewene blev optaget på bånd og efterfølgende nedskrevet, bearbejdet og analyseret. I bearbejdningen og analysen er de enkelte interview krydset med hinanden med henblik på at identificere forskelle og ligheder mellem de fire amter i forhold til de enkelte spørgsmål, men tillige mellem de forskellige interessenter, aktører og brugere, i det omfang det er relevant. Endvidere er interviewene brugt til at generere konkrete eksempler og erfaringer med praksiskonsulentordningen i forhold til nogle af de resultater, der fremkom på baggrund af brugerundersøgelsen (kapitel 8) og kortlægningen (kapitel 7).

9.2 Interviewede personer

Den uddybende interviewundersøgelse er gennemført i de samme fire amter, som er udvalgt for brugerundersøgelsen (kapitel 8). For at afdække erfaringer, oplevelser og holdninger fra interessenter, aktører og brugere i forbindelse med de uddybende interview blev repræsentanter for interessenter (forvaltninger og sygehusledelser), brugere (afdelingsledelser og praktiserende læger), samt aktører (praksiskoordinatorer) udvalgt og interviewet i hvert amt. Idet der blev udvalgt en repræsentant for hvert af disse niveauer, blev der gennemført fem interview i hvert amt, eller i alt 20 interview.

For forvaltningsniveauet var de udvalgte interviewpersoner den person i forvaltningen, der har det daglige forvaltningsmæssige ansvar i forhold til praksiskonsulentordningen i amtet. Dette skulle dog ikke være praksiskoordinatoren, der i forvejen indgik som interviewperson. Personerne, der repræsenterede forvaltningen, blev udpeget af det enkelte amt. For sygehusledelsesniveauet blev en cheflæge i hvert af de fire amter tilfældigt udvalgt og forespurgt vedrørende muligheden for deltagelse. Endelig for de to brugergrupper – almen praktiserende læger og afdelingsledelser – var der tale om tilfældig udtrækning af interviewpersoner i alle fire amter. Eneste krav for at blive udvalgt som interviewperson var, at respondenterne tidligere havde besvaret spørgeskemaet i forbindelse med brugerundersøgelsen. Efter den tilfældige udtrækning blev den udvalgte person forespurgt om sin interesse for at deltage som interviewperson i undersøgelsen. Ved manglende interesse foretoges en ny tilfældig udtrækning fra databasen over respondenter i brugerundersøgelsen.

Undersøgelsens respondenter fremgår af appendiks 9.2.

9.3 De væsentligste opgaver/indsatsområder for praksiskonsulentordningen

Som væsentligste opgave eller indsatsområde for praksiskonsulentordningen nævnes i alle amter og af så godt som alle interviewpersoner at skabe mulighed for og opnå kommunikation, god dialog og få etableret og fremmet et samarbejde mellem sygehussektoren og almen praksis med henblik på det overordnede formål at

⁶⁵ Konsulent, ph.d., cand.oecon. Peter Bo Poulsen, MUUSMANN Research & Consulting.

opnå mere sammenhængende og koordinerede patientforløb. Specielt i Københavns Amt fremhæves de sammenhængende og gode patientforløb som et væsentligt indsatsområde, hvilket på Amtssygehuset i Glostrup har været sikret gennem audit af patientforløb. Med praksiskonsulentordningen som brobygger eller katalysator opnås der kontakt mellem de to sektorer, hvor tilstedeværelsen af en praksiskonsulent på afdelingen gør, at man får et kendskab til hinanden, synliggøres og lærer hinandens arbejdsvilkår at kende. Derved får man afstemt de forventninger, som aktørerne i de to sektorer har til de patienter, som de modtager fra hinanden og derved er fælles om. Det er altså den helt grundlæggende og overordnede opgave, som etablering af kommunikation og information, som de fleste interessenter, aktører og brugere anser som den altoverskyggende og væsentlige kontinuerlige opgave for praksiskonsulentordningen i de fire amter. Dette er også i overensstemmelse med brugerundersøgelsens resultat.

Blandt de praktiserende læger, og enkelte praksiskoordinatorer, er der dog en tendens til først og fremmest at nævne mere specifikke og konkrete opgaver som værende væsentlige indsatsområder for praksiskonsulentordningen. Forklaringen herpå, i hvert fald for førstnævnte gruppe, er nok, at det konkrete afspejler deres berøring og kontakt til praksiskonsulentordningen. De mere specifikke og konkrete opgaver for praksiskonsulentordningen, som typisk nævnes, er udarbejdelse af retningslinjer og forbedring af henvisninger og udskrivningsbreve. Som en praktiserende læge nævner det, har det været meget godt at få at opfrisket og opdateret sin viden ved hjælp af de udarbejdede retningslinjer i ordningen, for eksempel i en situation, hvor man har en stofskiftepatient og så ved, at man bør tage de og de prøver og have gjort det og det, inden man henviser patienten til sygehuset. Når de specifikke og konkrete opgaver fremhæves af de praktiserende læger i undersøgelsen, betyder det dog ikke, at de ikke nævnes af forvaltningerne, sygehusledelserne og afdelingsledelserne, for det gør de. Men disse interessenter i og brugere af praksiskonsulentordningen anser de mere specifikke og konkrete indsatser og opgaver for i højere grad at være delopgaver og midler i forhold til at opnå kommunikation, dialog og samarbejde og dermed de mere sammenhængende patientforløb.

Af forvaltningsniveauet i Nordjyllands Amt, forvaltnings- og sygehusledelsesniveauerne i Ribe Amt samt af sygehusledelses- og afdelingsledelsesniveauerne i Frederiksborg Amt fremhæves en yderligere vigtig fremtidig opgave for praksiskonsulentordningen. En opgave, der skyldes den lave opbakning til og interesse i praksiskonsulentordningen fra almen praksis, som den komparative brugerundersøgelse afslørede. Et af de svage punkter ved praksiskonsulentordningen. Som det udtrykkes i Nordjyllands Amt, vil en fremtidig opgave bestå i at finde nogle modeller for, hvordan man kan sikre denne større grad af opbakning og sikre implementering af udmeldinger fra ordningen. Nogle metoder, der sætter praksiskonsulenterne bedre i stand til at melde ud til baglandet og længere ud end ens egen 12-mandsforening. Et forhold er, at praksiskonsulenternes netværk skal være bedre. Men en anden årsag ligger i den organisatoriske forskel på sygehussektoren og almen praksis. I almen praksis er hver enkelt i princippet sin egen herre.

Praksiskonsulenterne har ikke nogen ledelsesbeføjelse over kollegerne, som tilfældet er med afdelingsledelsen i forhold til sine kolleger. Praksiskonsulenten er ansat i et job, men er ikke nødvendigvis repræsentativ for eller respekteret af sine kolleger i almen praksis og repræsenterer i nogle tilfælde måske endda i langt større grad afdelingen. Vedkommende skal derfor først hjem og sælge ideen til kollegerne, hvilket kan gøre det svært at stille krav og implementere tiltag i almen praksis, mens det umiddelbart er lettere den anden vej givet ledelsesstrengen. Omvendt kan dette også være den naturlige forklaring på, at praksiskonsulentordningen af mange praktiserende læger opfattes som en ensidig ordning fra sygehuset ud til almen praksis. Så én ting er at opnå en god dialog og et godt samarbejde med praksiskonsulenterne på afdelingerne, men en anden forudsætning, der altså også skal være opfyldt, er, at de, der er praksiskonsulent, har deres bagland bag sig. At dømme efter udmeldingerne halter det lidt med implementeringen og udmeldingen af praksiskonsulentordningens tiltag i nogle disse amter, selv om dette i sidste ende i høj grad vil afhænge af den enkelte person.

Til forskel fra de øvrige amter har praksiskonsulenterne i Københavns Amt, både jævnfør forvaltningen, sygehusledelsen og praksiskoordinatoren, en vigtig rolle eller opgave som ambassadør i forhold til almen praksis for den afdeling, som de repræsenterer. Årsagen hertil er de mange sygehuse, der eksisterer i

hovedstadsområdet (amtet og H:S), og den store befolkningskoncentration, der er i området. For det enkelte sygehus bliver det i en sådan situation vigtigt at sikre sig, at de praktiserende læger i ens optageområde også henviser deres patienter til deres "eget" sygehus frem for naboens. Der er således tale om en konkurrencesituation, hvor praksiskonsulenten har en formidlingsrolle i forhold til optageområdets kolleger og skal hjælpe sygehusafdelingen til omvendt at anerkende værdien af de praktiserende læger i optageområdet. Denne markedsføringsmæssige indsats med brug af praksiskonsulentordningen er i Københavns Amt yderligere aktualiseret af et fremtidigt ønske om færre udenamtspatienter, hvorfor ansvaret for pengene til betaling af udenamtsforbruget nu er hos den enkelte afdeling. Praksiskonsulentordningen i amtet har dermed fået en ekstra købmandsmæssig dimension. I andre amter, bl.a. i Ribe Amt, ser sygehusledelsen dog også primærsektoren som nogle vigtige medspillere, fordi de "leverer" patienterne til sygehuset, som ellers ville kunne blive henvist til et andet sygehus af de praktiserende læger, hvorfor man forsøger at påvirke afdelingsledelserne i retning af at se mere markedsorienteret på gruppen af praktiserende læger.

9.4 Oplevede resultater af praksiskonsulentordningen

Kommunikation og information

De fleste af de interviewede interessenter, aktører eller brugere af praksiskonsulentordningen synes i deres vurdering at bekræfte, at ordningen har betydet noget for kommunikationen og informationsflowet mellem de to sektorer. Kun de to praktiserende læger, der er interviewet i henholdsvis Nordjyllands og Ribe amter, finder ikke, at kommunikationen og informationen er blevet bedre som følge af praksiskonsulentordningen, og den ene mener, at ordningens information kunne være opnået på anden vis. Ellers er der blandt de øvrige generelt tilfredshed med, det ordningen har bevirket for kommunikation og information, om end nogle udtrykker (Ribe Amt), at der er langt endnu, og andre ikke mener, at ordningen har haft den afgørende betydning for kommunikation og samarbejde (Frederiksborg Amt). I sidste ende ved man jo rent faktisk ikke, hvordan tingene ville have set ud, hvis man ikke havde haft en ordning. Men af flere nævnes det som basis for etablering af kommunikation og samarbejde mellem de to sektorer, at praksiskonsulentordningen i hvert fald har aftvunget almen praksis en større respekt i sygehussektoren.

I forhold til de konkrete eksempler på, hvordan denne forbedrede kommunikation og information er blevet formidlet – medier for kommunikation – kan der skelnes mellem sygehusledelsen, afdelingsledelsen og almen praksis. Generelt er der tale om forskellige midler, som er årsag – bagvedliggende forklaring – til den oplevede forbedrede kommunikation og information, og dermed mulighed for at samarbejde, som følge af praksiskonsulentordningen. Som i brugerundersøgelsen synes der ikke at være nogen forskel mellem amterne i de resultater, der opleves. Tabel 9.1 sammenfatter de midler for bedre kommunikation og information, som hver af de tre grupper har oplevet og anvendt.

Tabel 9.1: Anvendte midler for at opnå bedre kommunikation og information med brug af praksiskonsulentordningen

Sygehusledelsen	Sygehusledelsen har udvidet mødeaktivitet med deltagelse af praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter. - Dialogmøder/temamøder (to eller flere gange om året): • Møder mellem afdeling og praksiskonsulent • Møder med deltagelse af alle praksiskonsulenter • Møder mellem alle prakt. læger, afdelinger og konsulenter
Afdelingsledelsen	- Justering og huskeliste for udskrivningsbrevs indhold (Geriatrisk afd.) - Fælles indlæg og retningslinjer for behandlingsforløb (Børneafdeling) - Tilretning af udmeldinger til almen praksis (Klinisk Biokemisk afd.)
Praktiserende læge	- Praksiskonsulentordningens nyhedsbrev formidler informationen her - Vejledninger og retningslinjer for henvisningssedlers indhold

Som det ses af tabellen, har praksiskonsulentordningens medvirken til bedre kommunikation og information på sygehusledelsesniveauet foregået ved deltagelse i dialogmøder, for eksempel møder mellem afdelingen og praksiskonsulenten med deltagelse af praksiskoordinatoren, hvor problemstillingerne set i relation til det specifikke samarbejde i en afdeling og afdelingens samarbejde med almen praksis har kunnet komme til udtryk over for sygehusledelsen. Succesfuld kommunikation kræver dialog mellem afdeling og praksiskonsulent om, hvilke krav der er rimelige at stille, samt at almen praksis er indstillede på at følge anvisningerne. I den forbindelse har sygehusledelserne i alle fire amter, sammen med praksiskonsulentordningen, også initieret hel- eller halvårslige dialogmøder, hvor alle praktiserende læger og afdelinger er blevet inviteret. Formålet med disse faglige møder er at give de praktiserende læger et indtryk af, hvad der rører sig på sygehuset af nye initiativer, og omvendt. Møderne giver en værdifuld viden om, hvor der skal sættes ind, hvilke afdelinger der er det svage punkt, ændrede krav til praksis. Som led i forbedring af kommunikationen og samarbejdet er det med en nylig §2-aftale i Københavns Amt endvidere gjort muligt for både praktiserende læger og afdelingsledelser at komme på besøg i hinandens praksis/afdeling. En lignende ordning med uddannelsesdage med ophold i almen praksis eller på afdelinger er netop sat i værk i Ribe Amt pr. 1. januar 2002.

De konkrete foranstaltninger og midler til bedre kommunikation og information fra afdelingerne til almen praksis tager i højere grad udgangspunkt i konkrete tiltag og samarbejdet i det daglige arbejde. Det kan eksempelvis foregå ved, at praksiskonsulenten fortæller afdelingen om, hvad der sker i hans/hendes bagland, og viderebringer ønsker eller krav fra almen praksis. Informationen kan naturligvis også gå den anden vej. Forudsætningerne for, at det kan realiseres, er, at praksiskonsulenten har god kontakt til sit bagland. Konkret benytter afdelingerne også praksiskonsulenterne i det daglige arbejde til de udmeldinger og den kommunikation, som sendes ud til praksis. For eksempel benytter klinisk-biokemisk afdeling i Esbjerg i høj grad konsulenten til at korrekturlæse udmeldingerne fra afdelingen til almen praksis med henblik på at undgå misforståelser, unødige holdningstilkendegivelser, etc. Ellers er både klinisk-biokemisk afdeling ved Centralsygehuset Esbjerg Varde og klinisk-kemisk afdeling ved Aalborg Sygehus kendetegnet ved, at de også har en laboratoriekonsulentordning, der kører på laborantplan, med det formål at kvalitetssikre målinger og undersøgelser, der foretages i almen praksis. Denne ordning har i højere grad end praksiskonsulenten på disse afdelinger den direkte kommunikation med almen praksis, jævnfør laboratoriekonsulenternes faste besøg i alle praksis. Men hvis større ting som for eksempel laboratorievejledningen skal ændres, vil praksiskonsulenten blive inddraget. I Nordjyllands Amt og i Københavns Amt har man med henblik på at forbedre kommunikationen om de fælles patienter udarbejdet foldere og huskelister (kort) vedrørende indholdet af og kravene til udskrivningsbrevene fra afdelingen til almen praksis. Krav, som også vil blive rettet den anden vej i forbindelse med henvisningssedlerne.

Det primære middel til forbedret kommunikation og information mellem sygehusene og almen praksis, som det fremhæves af de praktiserende læger i interviewundersøgelsen, er nyhedsbrevene fra praksiskonsulentordningen. De praktiserende læger finder generelt, at nyhedsbrevene er i orden. Nyhedsbrevet kan give den praktiserende læge informationer og udmeldinger fra de forskellige afdelinger, krav til henvisninger, vejledninger for patientforløb etc. Fra sygehussiden er det, i hvert fald i Ribe Amt, også populært, idet sygehusafdelinger ofte ønsker at bringe meddelelser i nyhedsbrevet. Der er nogen forskel i omfanget og indholdet af nyhedsbrevet i de enkelte amter. Nyhedsbrevet i Nordjyllands Amt (Dialog), der blev til efter, at amtets egen evaluering dokumenterede et behov for et informationssystem, er til eksempel meget omfangsrigt, hvilket giver mulighed for udmelding af grundig information og omfattende vejledninger. For eksempel har man som led i nyhedsbrevet udfærdiget en sårmanual. Omvendt er nyhedsbrevet i Ribe Amt bevidst holdt meget kortfattet for at gøre det genkendeligt og inkluderer kun præcis information, om hvad sygehuset gerne vil have, samt information til afdelingerne via praksiskonsulenterne om, hvad almen praksis kan tage sig af – en form for shared care.

Nedbrydelse af barrierer

Som følge af den forbedrede og gensidige kommunikation og information mellem de to sektorer har praksiskonsulentordningen fået større accept blandt afdelingerne og i almen praksis, hvilket har ført til, at deres synspunkter i stigende grad er blevet respekteret. Kommunikationen via praksiskonsulentordningen har

aflivet holdninger og myter. Dette har generelt medført, at barrierer imellem de to sektorer er blevet nedbrudt. Omfanget af de nedbrudte barrierer kan dog være afhængigt af, hvilke afdelinger der er tale om. Konkrete tiltag og aktiviteter, eksempelvis succesfulde arrangementer afholdt af sygehusafdelinger i samarbejde med praksiskonsulenten, som oplevet af en onkologisk afdeling i Nordjyllands Amt, hvor 25% af alle praktiserende læger deltog i et ½-dages arrangement, er også med til at skabe samarbejde og være barrierenedbrydende. I Københavns Amt har geriatrik afdeling på Amtssygehuset i Glostrup oplevet det samme ved afholdelse af åbent hus-arrangementer hvert halve år med praksiskonsulenten som medarrangør. Barrierer kan også mere konkret gå på sygehusafdelingernes manglende kendskab til almen praksis' krav til udskrivningsbrevene og deres indhold. Her er der et behov for gensidig kommunikation. I Frederiksborg Amt har man oplevet, at fælles snitflader på det elektroniske informationssystem Sundinfo, hvor krav og forventninger kan stilles ved hjælp af vejledninger, har været nedbrydende for barrierer mellem de to sektorer. For én praktiserende læge har praksiskonsulentordningens dog ikke haft nogen rolle i nedbrydelsen af barrierer i forhold til konkrete problemer i dagligdagen, hvor det stadig er svært at opnå kontakt til overlægen på sygehuset, men i forhold til mere generelle tiltag medgives det, at praksiskonsulentordningen kan have en rolle i forhold til at være barrierenedbrydende.

Koordinering af sammenhængende patientforløb

Med en forbedret kommunikation og klare udmeldinger fra afdelingerne til de praktiserende læger om, hvad der forventes, at de har foretaget af undersøgelser før henvisning, undgå overflødige henvisninger, og man opnår koordinerede og sammenhængende patientforløb. Når patienten udskrives, at er der også behov for en forløbsbeskrivelse af, hvad der videre skal ske med patienten i primærsektor-regi. Hvad forventes der af den praktiserende læge på dette tidspunkt? Praksiskonsulentordningens indflydelse på de sammenhængende og koordinerede patientforløb synes først og fremmest at ligge i at bistå med at tilvejebringe information til både almen praksis og sygehusafdelinger, der muliggør udarbejdelse af vejledninger og retningslinjer for patientforløb og kravene til information i henvisningssedlerne og udskrivningsbrevene. Til eksempel har man i praksiskonsulentordningen i Nordjyllands Amt haft et tværfagligt kursus om ”bedre patientforløb gennem bedre kommunikation”, hvor man nåede til konsensus om, hvad det er der er brug for af information både ved udskrivningsbreve og ved henvisningssedler for i sidste ende at opnå bedre patientforløb. Det udmøntede sig i udarbejdelsen af en vejledning og et plastikkort i lommeformat med 10 punkter, som almen praksis ønsker information om i en epikrise. Disse 10 punkter fremgår af tabel 9.2 nedenfor. Dette kort er uddelt til alle yngre læger i amtet, som typisk varetager skrivningen af udskrivningsbreve på en afdeling. På samme måde har praksiskonsulentordningen i amtet initieret tilsvarende krav til de praktiserende læger vedrørende henvisningssedlerne. Flere amter, bl.a. Ribe og Københavns amter, har efterfølgende overvejet at kopiere ideen.

Tabel 9.2: Standardepikrise i Nordjyllands Amt (plastikkort)

Epikrise

1. Årsag til indlæggelse
2. Tilstand ved indlæggelse
3. Diagnose
4. Relevante undersøgelser og fund
5. Behandling (evt. kompl. u. indl.)
6. Tilstand ved udskrivelse
7. Sagt og aftalt med patienten
8. Iværksat og tilrådet kontrol og behandling
9. Medicin ved udskrivelse
10. Kontaktlæge

Formidlingen af vejledninger og retningslinjer om anbefalede patientforløb sker typisk gennem praksiskonsulentordningernes nyhedsbreve eller via de elektroniske systemer, for eksempel på Sundinfo i Frederiksborg Amt. I Nordjyllands Amt har man endvidere udnyttet ”Det Digitale Nordjylland” og blandt

andet etableret en astmaskole på nettet, hvor prøvetagning registreres af patienten hjemme og efterfølgende både kan ses af patientens egen læge og af sygehusafdelingen, der løbende kan give råd vedrørende behandlingen. I projektet er det tanken, at der skal ansættes en projektorienteret praksiskonsulent.

Patientforløbsprogrammer eller retningslinjer for patientforløb kan være udarbejdet på et overordnet nationalt (referenceprogrammer) eller amtsligt niveau, men kan også være resultatet af en indsats på mere lokale niveauer på et sygehus eller en afdeling. Praksiskonsulentordningen kan i princippet bistå på alle disse niveauer, men nok især primært bistået på de sidste. Endvidere kan man snakke om patientforløb inden for en afdeling, patientforløb på tværs af afdelinger på sygehuset og endelig patientforløb over grænserne mellem de to sektorer. Specielt i sidstnævnte tilfælde kan man snakke om behovet for sammenhængende patientforløb og det er, at praksiskonsulenterne, med deres erfaring fra almen praksis, virkelig kan bistå i arbejdet.

Generelt er det nok forventningen, at praksiskonsulentordningen har indflydelse på og betydning for koordineringen af sammenhængende patientforløb, som er blevet bedre. Stadiet i Ribe og Frederiksborg amter er, at man på det overordnede amtslige niveau er ved nu at begynde med at udarbejde patientforløbsbeskrivelser. Således har der i Frederiksborg Amt været to konkrete projekter vedrørende patientforløb over grænserne – ét på børneafdelingen og ét på det lungemedicinske område. Jævnfør afdelingsledelsen på børneafdelingen har praksiskonsulenten medvirket i en proces, hvor der inden for astma & allergi-udredningen er lavet en ret nuanceret aftale om, hvad praksis foretager sig, og hvad børneafdelingen foretager sig. I den sammenhæng er praksiskonsulenten at betragte som en ”fødselshjælper”, der måske ikke er umulig at komme uden om, men som omvendt gør, at processen glider hurtigere og mere ukompliceret. På Helsingør Sygehus har man til eksempel på gynækologisk-obstetrisk afdeling i samarbejde med praksiskonsulenten fået nedskrevet retningslinjer for patientforløb på afdelingen, således at en række undersøgelser ikke skal gentages, hvad der er kravene til visitation, og hvilken opfølgning som er påkrævet efter udskrivelse. På genoptræningsområdet foregår der også et samarbejde mellem Helsingør Sygehus og hjemmeplejen i Helsingør Kommune om etablering af sammenhængende patientforløb. På Amtssygehuset i Glostrup har man på geriatrisk afdeling sammen med praksiskonsulenten taget initiativ til nedsættelse af arbejdsgrupper på tværs af sygehuset og kommunerne, f.eks. hjemmeplejen, hvor samarbejdsproblematikker, herunder patientforløbet, er på dagsordenen. I Ribe Amt er der igangsat aktiviteter og initiativer vedrørende patientforløbsbeskrivelser inden for ortopædkirurgien og gynækologien, hvor praksiskonsulentordningen medvirker.

Hvorvidt praksiskonsulentordningens indvirken på koordineringen af sammenhængende patientforløb opleves af de praktiserende læger, synes at være mere tvivlsomt, i hvert fald med udgangspunkt i de praktiserende læger, som er blevet adspurgt i denne interviewundersøgelse. Uden at der skal generaliseres, så slutter tre af de fire praktiserende, at de ikke har oplevet eller har noget indtryk af, at de sammenhængende patientforløb er blevet specielt meget bedre med tilstedeværelsen af en praksiskonsulentordning. Ud af de tre er det kun den ene praktiserende læge i Københavns Amt, der alene oplever ordningens indvirken på patientforløbene med forbedrede vejledninger om, hvad det er, som er de praktiserende lægers opgave, før henvisningssedlen skrives og hvad der opgaven efter udskrivelse. Dette hænger dels sammen med, at de praktiserende læger ikke befinder sig på sygehuset, og dels sammen med, at udarbejdelse af vejledninger præcis er det, som praksiskonsulentordningen primært kan bistå med i forbindelse med sikring af sammenhængende patientforløb, hvorfor det er dét som de praktiserende læger umiddelbart kan se. Konkrete erfaringer baseret på oplevede sammenhængende patientforløb, der skyldes eksistensen af praksiskonsulentordningen, synes ikke at eksistere hos de adspurgte.

Kvaliteten af henvisningssedlerne

Et af midlerne til at opnå de sammenhængende patientforløb var henvisningssedlerne. Fra børneafdelingen ved Hillerød Sygehus kan der gives et eksempel på, hvad der kan være relevant og nødvendig information i en henvisning. Ved et barn, der har vækstproblemer, skal børneafdelingen naturligvis vide, hvor højt barnet er, inden det kan henvises til afdelingen til undersøgelse for disse vækstproblemer. Men det er samtidig nødvendigt at få information om, hvor høje forældrene er, jævnfør at hvis forældrene også er lave, så er der

nok ikke tale om vækstproblemer. Men denne relevante og nødvendige information om forældrenes højde har ofte været forsømt i henvisningerne, hvorfor afdelingen nu har meldt ud til almen praksis, at man har brug for denne information, før der kan henvises til afdelingen. En forbedret henvisning med den nødvendige information må derfor alt andet lige betyde, at henvisningen ikke skal sendes tilbage til den praktiserende læge for uddybning, og at færre patienter, der ikke skulle have været henvist, ideelt set heller ikke henvises (f.eks. det lave barn med de i forvejen små forældre). I sidste ende burde det influere på ventetiden.

Som repræsentanter eller ambassadører for almen praksis er praksiskonsulentordningen en relevant budbringer og formidler af på den ene side information til afdelingerne om forholdene i almen praksis og på den anden side information til almen praksis om forhold og de nødvendige krav på sygehusafdelingen. I arbejdet bidrager praksiskonsulentordningerne til udarbejdelsen af vejledninger, pjecer og lignende til almen praksis om, hvad der er en god henvisningsseddel.

I Københavns Amt har der i regi af de tre sygehuse været nedsat arbejdsgrupper med seks overlæger og de tre praksiskoordinatorer, som har udarbejdet skriftlige pjecer vedrørende ”Den gode epikrise, det gode ambulante notat og den gode henvisning”. For almen praksis vurderes det at have medført, at der laves bedre henvisninger, fordi den modtagende læge, der skal visitere patienten, har de oplysninger, han skal bruge. Noget, som ikke i samme grad havde været muligt uden praksiskonsulentordningen. I Ribe Amt er praksiskonsulentordningen ikke involveret på det overordnede amtslige niveau i forbedring af kvaliteten af henvisningssedlerne, idet opgaven er lagt ud til den enkelte afdeling. På Centralsygehuset Esbjerg Varde har man således som et fast punkt på dialogmøderne opfordret afdelingerne til, at de væsentligst skal bruge deres praksiskonsulenttimer til at se på de fælles berøringspunkter med almen praksis. Et at disse fælles berøringspunkter er jo netop henvisningssedlerne og deres kvalitet. Centralsygehuset har ikke nogen fast procedure for monitorering af kvaliteten af henvisningssedlerne, men der tages stikprøver på de enkelte afdelinger, som gennemgås med almen praksis. Også i Nordjyllands Amt har praksiskonsulentordningen sammen med sygehusene på baggrund af et tværfagligt forløb udarbejdet generelle retningslinjer i amtet med krav til de praktiserende læger om, hvad der er en god henvisning. I Frederiksborg Amt foregår arbejdet med forbedring af henvisningssedlerne på nogle afdelinger, og kvaliteten af henvisningssedlerne synes her at være forbedret.

I alle fire amter er der således iværksat tiltag funderet på sygehuset eller på afdelingerne med udarbejdelse af vejledninger, der har til hensigt at forbedre kvaliteten af henvisningssedlerne.

Kvaliteten af og ventetiden for udskrivningsbreve (epikriser)

Ventetiden og kvaliteten er to forhold ved udskrivningsbreve. Som flere af interviewpersonerne har givet udtryk for, er den største indflydelse og konsekvens af praksiskonsulentordningen ved forbedring af kvaliteten og dermed indholdet af udskrivningsbrevene, og i mindre grad på afkortning af ventetiden. Alle fire amter har servicemål for, hvor lang tid der må gå, før et udskrivningsbrev skal være ude.⁶⁶ Disse mål er politisk fastsat og noget, som sundheds- eller sygehusudvalgene i de enkelte amter har interesseret sig for. Derfor har der hele tiden været fokus på ventetidsproblematikken vedrørende udskrivningsbreve. Som det bemærkes i Københavns Amt, er tiden vigtigst, hvorfor der er et kompromis omkring kvaliteten. Dette gør også, at afdelingsledelserne fokuserer mere på tiden end på kvaliteten, af den simple grund at afdelingen bliver målt på det fra amtets side. Men som den praktiserende læge i samme amt konstaterer, så er både kvaliteten og tidsaspektet vigtige. Det skal dog ikke udelukkes, at praksiskonsulentordningen kan være med til at påvirke en proces med faldende ventetider for udskrivningsbreve. Et eksempel herpå findes i Ribe Amt, hvor praksiskonsulenterne i to perioder har opgjort ventetider på ”egne” afdelinger og samlet set registreret et fald i ventetiden fra 34 dage til 17 dage i gennemsnit. Men overordnet set er det aspekt, at en større andel af udskrivningsbrevene holder sig inden for servicemålenes tidsgrænser, nok i højere grad et resultat, der kan tilskrives politikerne og forvaltningen frem for praksiskonsulentordningen i de enkelte amter. Medvirkende

⁶⁶ Jævnfør kapitel 5 er servicemålet i Københavns Amts på maksimalt 3 kalenderdage efter udskrivelse, i Frederiksborg Amts er det 5 dage, i Nordjyllands Amt er det 5 arbejdsdage, og i Ribe Amt er det 7 dage efter udskrivelse.

til en hurtigere udsendelse er også de tekniske muligheder for elektronisk udsendelse af udskrivningsbreve, som det er muligt i Københavns Amt og Frederiksborg Amt, og som også er ved at være på plads i Ribe Amt.

Derimod har praksiskonsulentordningen i alle amter haft indflydelse på og betydet noget for kvaliteten og indholdet af udskrivningsbrevene, om end i varierende omfang. At dømme ud fra interviewene virker det som om, det er Københavns Amt og Nordjyllands Amt, der er nået længst i relation til at sikre kvaliteten af udskrivningsbrevene med den relevante og nødvendige information. Således er der i Københavns Amt i regi af de tre sygehuse udarbejdet pjecen om ”Den gode epikrise, det gode ambulante notat og den gode henvisning”, hvor amtets tre praksiskoordinatorer har været med. Det er også vurderingen i amtet, at udskrivningsbrevene er blevet meget bedre, og at praksiskonsulentordningen synes at have en andel heri, idet praksiskonsulenterne med jævne mellemrum gennemgår kvaliteten af udskrivningsbrevene med afdelingerne. For eksempel har man på geriatrisk afdeling på Amtssygehuset i Glostrup halvårslige opfølgninger, hvor afdelingsledelsen og praksiskonsulenten går igennem et udsnit af udskrivningsbreve. I Nordjyllands Amt har praksiskonsulentordningen i samarbejde med sygehusene lavet et informationsmateriale vedrørende udskrivningsbreve, der fortæller sygehusafdelingerne, hvordan almen praksis ønsker et udskrivningsbrev udformet. For at lette det for den enkelte sygehuslæge er en 10-punkts anbefaling vedrørende disponeringen af et udskrivningsbrev nedfældet på et plastikkort i lommeformat (se tidligere tabel 9.2). Forventningen er, at kvaliteten af udskrivningsbrevene er blevet bedre i Nordjyllands Amt, men der pågår dog ingen egentlig kvalitetsopfølgning.

I Frederiksborg Amt arbejdes der også på at forbedre kvaliteten af udskrivningsbrevene, som er blevet bedre. I et samarbejde i amtet har praksiskonsulentordningen været med til at formidle en større forståelse for vigtigheden af få relevante oplysninger om, hvad sygehuset har gjort ved patienten, og hvad den praktiserende læge efterfølgende skal gøre. På børneafdelingen finder man dog, at dette udvalgsarbejdes anbefalinger ligger op til for kortfattede udskrivningsbreve, hvilket er problematisk inden for specialer, hvor der er behov for mere information, eksempelvis informationen til forældrene. I Ribe Amt er det ikke alle steder, at udskrivningsbrevene fungerer, men man håber, at praksiskonsulentordningen kan være med til at afhjælpe dette problem. Dog tager nogle afdelinger på Centralsygehuset Esbjerg Varde stikprøver af udskrivningsbrevene, som drøftes med almen praksis. Nu da den tekniske side er på plads til elektronisk udsendelse i Ribe Amt, vil praksiskonsulentordningen blive inddraget i det videre arbejde.

Omfanget af dobbeltarbejde/opgavefordelingen

I de fire amter er der generelt en forventning til, at omfanget af dobbeltarbejde er faldet. Det synes især at være de teknologiske muligheds tilstedeværelse, herunder edb, som er årsag hertil. For eksempel kan man på det biokemiske område hurtigt via edb se, hvilke prøver den praktiserende læge allerede har taget på patienten i forbindelse med en indlæggelse. Hvorvidt disse prøver så kan undlades at blive gentaget, vil dog afhænge af tidsaspektet og den konkrete patient. Men er prøverne brugbare, vil det ikke blive gentaget, hvorfor prøvesvar på edb har gjort, at mange overflødige prøver og analyser er faldet væk. Med den løbende monitorering og kvalitetssikring (laboratoriekonsulentordningen) på det biokemiske område flyttes mange opgaver også i stigende grad ud til den praktiserende læge.

Hvorvidt færre dobbeltundersøgelser så kan tilskrives praksiskonsulentordningen, er mere usikkert. Man kan sige, at ordningen via medvirken til udarbejdelse af vejledninger og patientforløbsbeskrivelser, og til at de praktiserende lægers status blandt sygehuslæger er blevet forbedret, har haft en indirekte effekt på omfanget af dobbeltarbejde/-undersøgelser. For dels kan den praktiserende læge via patientforløbsbeskrivelser nu få viden om, hvilke undersøgelser og prøver vedkommende skal tage før henvisningen, og hvilke sygehuset tager sig af, og dels respekteres og anvendes de undersøgelser og prøver, som den praktiserende læge har taget før henvisningen, nu i højere grad end tidligere.

Væsentligste resultater for sundhedsvæsenet, brugerne og patienterne

I interviewundersøgelsen blev respondenterne spurgt om, hvad de anså som det væsentligste resultat eller konsekvens for det samlede sundhedsvæsen, for brugerne og for patienterne af, at der eksisterer en praksiskonsulentordning.

Som væsentligste resultat for det samlede sundhedsvæsen vurderer interessenterne i praksiskonsulentordningerne (forvaltning og sygehusledelser), at ordningen har medført en bedre dialog, at man ser på sundhedsvæsenet som et samlet væsen med ligeværdige samarbejdspartnere, at man kender hinandens vilkår via ambassadører på afdelingerne, og at ordningen har medført mere sammenhængende patientforløb. Aktørerne (praksiskoordinatorerne) vurderer, at gevinsten for det samlede sundhedsvæsen har været bedre forståelse for hinandens vilkår, og at det har ført til gode og sammenhængende patientforløb. Tilstedeværelsen af en samlet gruppe af praktiserende læger som praksiskonsulenter, der har vilje til at skabe kommunikation, dialog og aftaler, ses dog også af nogle som den væsentligste gevinst for det samlede sundhedsvæsen. Brugerne af praksiskonsulentordningen (afdelingsledelser og praktiserende læger) peger på kommunikationen, den større forståelse for hinandens vilkår, som fjerner misforståelser og forudfattede meninger, samt gode patientforløb, som gevinsten af ordningen for det samlede sundhedsvæsen. For klinisk-biokemisk afdeling ved Centralsygehuset Esbjerg Varde er det dog kvalitetssikringen i forhold til almen praksis, der er den største gevinst af praksiskonsulentordningen.

Set ud fra brugernes perspektiv vurderer interessenterne, at det væsentligste resultat af praksiskonsulentordningen har været, at afdelingerne og almen praksis med nyhedsbrevene har fået formaliserede informations- og kommunikationskanaler, hvilket har givet større gensidig forståelse for hinandens vilkår og bedre patientforløb, men også, at de praktiserende læger har fået nye værktøjer, mens afdelingerne har kunnet se fordelene i ordningens koordinering. Aktørerne nævner også den bedre kommunikation og etableringen af informationskanaler (nyhedsbreve) som brugernes væsentligste fordel ved ordningen. Brugerne selv fremhæver som væsentligste fordele for dem selv, at ordningen har ført til en bedre kommunikation og kanaler herfor (nyhedsbreve), en egentlig brugbar kontakt mellem sektorerne såvel som en mere relevant opgavefordeling, hvor lidt mere arbejde er lagt ud til almen praksis. Men for alle tre grupper er der altså fælles enighed om etableringen af formaliserede informations- og kommunikationskanaler i form af nyhedsbreve som det væsentligste resultat for brugerne af praksiskonsulentordningen.

Målet for aktiviteterne i sundhedsvæsenet er, at det i sidste ende skal komme patienten til gode. I interviewet blev respondenterne derfor bedt om at vurdere, om patienten har kunnet mærke eksistensen af praksiskonsulentordningen. Omkring halvdelen af respondenterne tilkendegiver, at de ikke tror, at patienten har mærket eksistensen af praksiskonsulentordningen, eller at de i hvert fald kun indirekte har kunnet mærke det, som følge af en bedre koordinering. Blandt bruger-gruppen (praktiserende læger og afdelingsledelser) er det to-tredjedele, der ikke mener, at patienten har kunnet mærke noget, eller at dette kun er indirekte. De øvrige respondenter udtrykker, at den forbedrede behandling gerne skulle kunne mærkes, at patienterne kun vil opfatte sundhedsvæsenet som et system (shared care), og at patientens direkte gevinst har været, at almen praksis nu er i stand til at håndtere sager mest hensigtsmæssigt og bedre i stand til at orientere patienten om, hvad der skal ske i det videre forløb. Problemet er naturligvis, at patienten i mange tilfælde ikke ved, hvad vedkommende ellers ville have fået.

9.5 Stadiet for praksiskonsulentordningerne i forhold til opnåede resultater

Brugerundersøgelsen i kapitel 8 viste, at de to første udviklingstrin for praksiskonsulentordningerne i de fire amter indtil nu har fokuseret på overordnede resultater, som ændring af traditioner og kulturer, forbedring af kommunikation, nedbrydelse af barrierer, tilvejebringelse og formidling af den nødvendige information, og at man nu så småt har taget fat på det tredje udviklingstrin i nogle amter og afdelinger med hensyn til at udvikle mere konkrete og synlige opgaver for ordningen, eksempelvis forbedring af henvisninger og udskrivningsbreve. Man kan sige, at de første udviklingstrin, hvor man lærer at tale sammen, er forudsætningen for udviklingen af mere konkrete tiltag. I forbindelse med interviewundersøgelsen blev alle

interviewpersoner spurgt, om dette svarede til deres oplevelse af udviklingsstadiet for praksiskonsulentordningen i deres amt.

Både interessenter, aktører og brugere i alle fire amter var i hovedsagen enige i, at denne konklusion vedrørende praksiskonsulentordningernes nuværende udviklingsstadium var rigtig.

I Ribe Amt er mere konkrete tiltag, som for eksempel patientforløbsbeskrivelser og referenceprogrammer (klinisk-biokemisk afdeling), nu sat i gang. I Nordjyllands Amt har ordningen indtil nu været gennem de to første udviklingstrin med fokus på overordnede resultater. Men der synes at være et behov for, at man bliver meget mere konkret i forhold til at opnå mere målbare resultater. Nogle af de ændringer, man i amtet har til hensigt at foretage for at opnå mere konkrete og målbare resultater (effektmåling), er i højere grad at ansætte praksiskonsulenter i tidsafgrænsede og projektorienterede stillinger, som det for eksempel er tænkt med det interaktive astmaskole- projekt. Amtet mener, at fordelene ved projektansættelse, frem for en traditionel tilknytning til en afdeling, er at selve opgaven, der skal løses, bliver mere konkret og klar fra start af. I Frederiksborg Amt er man også lige kommet til det tredje udviklingstrin med mere konkrete tiltag, som for eksempel opstilling af standarder for forskellige patientforløb og aftaler omkring behandlingsforløb. Aktører i ordningen i Frederiksborg Amt mener dog, at man først vil nå de konkrete og synlige resultater, når de tunge organisationer, bl.a. faglige, kommer med, også ressourcemæssigt. I Københavns Amt angav flere af interviewpersonerne, at praksiskonsulentordningen i amtet allerede er et skridt videre end de første stadier med overordnede resultater, idet man i amtets ordning er godt i gang med konkrete tiltag. Men samtidig anerkendes nødvendigheden af, at de overordnede forhold og rammer er på plads først, for eksempel sænkning af de kulturelle barrierer, idet det ellers ikke vil være muligt at opnå mere konkrete resultater. Faktisk kan de første to udviklingstrin med nedbrydelse af barrierer, kulturer, tilvejebringelse af information etc., ansues som en forsat, kontinuerlig proces, der løbende skal forbedres og udvikles.

Resultatet med praksiskonsulentordningen i Københavns Amt, som den ordning, der er lidt længere henne i udviklingen sammenlignet med de tre andre amters ordninger, stemmer godt overens med resultater og konklusionen i brugerundersøgelsen.

9.6 Betydningen af organiseringen af praksiskonsulentordningerne

De fire praksiskonsulentordninger, som indgik i brugerundersøgelsen (kapitel 8) og i nærværende interviewundersøgelse, blev udvalgt på baggrund af deres organisering af ordningerne. Organiseringen af praksiskonsulentordningerne blev karakteriseret ved to forhold. For det første ved niveauet for praksiskonsulenternes ansættelse, som kunne være enten central i regi af forvaltningen eller decentral med det enkelte sygehus som ansættelsesmyndighed. Med hensyn til ansættelsesniveauet blev ordningerne i Frederiksborg Amt og Nordjyllands Amt grupperet som centrale ordninger, mens ordningerne i Københavns Amt og Ribe Amt var decentrale. Det andet forhold, der karakteriserer organiseringen af praksiskonsulentordningen, var, hvilken samarbejdsrelation de enkelte ordninger hyppigst har med sygehusafdelingerne.

Hvorvidt organiseringen af praksiskonsulentordningen ved disse to forhold betyder noget for de resultater, der opnås med ordningerne i de fire amter, blev vurderet af respondenterne i interviewundersøgelsen.

I de to amter, hvor man har decentral ansættelse af praksiskonsulenterne – Københavns og Ribe amter – er det den udbredte overbevisning blandt de interviewede interessenter, aktører og brugere, at det, at konsulenterne er ansat decentralt, har betydet noget for de resultater, der opnås.

I Ribe Amt fremhæves det, at afdelingerne får et andet forhold til en person, som er ansat hos dem, end en person, som amtet kommer og placerer hos dem. Det væsentligste er at opnå afdelingernes tillid og respekt i forhold til ordningen og konsulenterne, hvilket også sikres ved, at praksiskonsulenten udgør en del af afdelingens budget og er et medlem af staben. Det understreges dog samtidig, at det ikke er pengene i sig selv, der betyder noget, jævnfør at de er små for den enkelte afdeling, men derimod den signalværdi, den decentrale ansættelse medfører.

I Københavns Amt, hvor alle interviewpersoner også synes at være enige om det fordelagtige i valget af en decentral ordning, forklares fordelene ved organiseringen af praksiskonsulentordningen også med, at det giver sygehusene og afdelingerne et større ansvar over for ordningen, og at ordningen er med til at understøtte det enkelte sygehus' profil.⁶⁷ For den enkelte praksiskonsulent betyder den decentrale ansættelse noget for følelsen af tilhørsforholdet, og konsulenterne vil gerne, at det går godt for det sygehus, de er ansat på. Dette ville ikke være opnået med en central ansættelse. Det påpeges dog af flere, at spørgsmålet om tilhørsforhold, ansvar og engagement samtidig er meget personafhængigt. Det nytter altså ikke at have en decentral ordning, hvis man generelt har uengagerede personer ansat.

Indtrykket af betydningen af det valgte niveau for ansættelse for de resultater, som man opnår, er lidt mere blandet, når man betragter de to amter, hvor man har valgt at ansætte praksiskonsulenterne centralt i amtet.

I Nordjyllands Amt er der delte meninger blandt de interviewede om betydningen af den centrale ansættelse. Repræsentanten fra sygehusledelsesniveauet tillægger ikke niveauet for ansættelse nogen betydning og mener godt, at man kan forlange noget af praksiskonsulenterne selv om de er ansat centralt. Fra forvaltningsside, praksiskoordinator og den udvalgte afdelingsledelse kan man dog godt se visse fordele ved at have en decentral ansættelse frem for central. Den nuværende centrale organisering, hvor afdelingerne reelt ingen indflydelse har på, hvem de får som praksiskonsulent, kan virke fremmedgørende. Dette kan true det gensidige ansvar, den gensidige tillid og respekt. Der kunne også ligge nogle incitamenter i, at sygehusene i stedet for disponerede over ressourcerne til praksiskonsulentordningen, jævnfør det man betaler for, vil man muligvis også tænke lidt mere over og forlange mere af. Omvendt kan faren ved den decentrale ordning være, at afdelingen beslutter at spare den væk i tilfælde af nedskæringer. Igen som i Københavns Amt fremhæves det dog, at et lige så væsentligt kriterium for, om man opnår de ønskede resultater på afdelingerne med ordningen, er personafhængigt – passer kemien.

I Frederiksborg Amt er alle interviewede derimod overbeviste om det givtige for resultaterne af at have en ordning, der er organiseret med central ansættelse af praksiskonsulenterne. Man har valgt en central ordning for at imødekomme en decentral ordnings risiko for, at enkelte afdelinger i forbindelse med besparelsesrunder skulle finde på at droppe deres konsulent, fordi vedkommende måske ikke er så synlig i den daglige drift. Den samme bekymring, som blev udtrykt i Nordjylland. Men til forskel fra Nordjyllands Amt synes man i Frederiksborg Amt i højere grad at skelne mellem selve ansættelsen og finansieringen af praksiskonsulenterne. Den enkelte administrerende overlæge i Frederiksborg Amt har nemlig ansat deres praksiskonsulent, således at det kun er selve finansieringen, der kommer fra forvaltningen. Trods den centrale ansættelse (finansieringen), så fungerer ordningen decentralt i det daglige. Fra afdelingsledelsen ses den centrale ansættelse også at være med til forhindre, at praksiskonsulenten socialiserer sig med sin afdeling og bare var vedkommende afdelings forlængede talerør. Så vil det blive endnu sværere at trænge igennem over for almen praksis. Den lokale forankring i ansættelsen af konsulenterne i Frederiksborg Amt har været væsentlig, og er måske en forklaring på tilfredsheden i amtet med den centrale organisering, både blandt interessenter, aktører og brugere, modsat Nordjyllands Amt.⁶⁸

Samlet set kan der på baggrund af interviewene altså ikke konkluderes noget entydigt om, at et bestemt niveau for ansættelse er at foretrække i relation til resultaterne. Dog fremhæves der i tre af amterne væsentlige fordele ved den decentrale ansættelsesmodel. Det væsentlige i relation til niveauet for ansættelsen er at skelne mellem selve ansættelsen og finansieringen af ansættelsen. Det vigtigste synes at være, at selve ansættelsesprocessen foregår decentralt (det lokale medansvar), mens det kan være af mindre betydning, om

⁶⁷ På Amtssygehuset i Herlev er det sygehusets centralbudget, der betaler for praksiskonsulentordningen, mens det er den enkelte afdelings budget på Amtssygehusene i Glostrup og Gentofte.

⁶⁸ Dette støttes også af brugerundersøgelsen (kapitel 8), der viste, at brugerne i Frederiksborg Amt var mere tilfredse med praksiskonsulentordningen, end brugerne var i Nordjyllands Amt, og at en større andel af brugerne i Frederiksborg Amt ubetinget ønsker, at ordningen fortsætter.

finansieringen er central. Derudover synes effekten af det valgte ansættelsesniveau også at hænge sammen med, om en praksiskonsulentordning ellers er velfungerende.

Hvorvidt den typiske samarbejdsform med afdelingerne – det andet forhold vedrørende organiseringen – betyder noget for de resultater, man opnår med ordningen, er mere uklart. Nogle sygehus- og afdelingsledelser mener, at samarbejdsformen betyder noget, og at en fast mødestruktur bør tilstræbes. Men som det understreges af en anden afdelingsledelse, så vil noget af samarbejdet mellem afdelingen og praksiskonsulenten også være uformelt og dermed ad hoc-præget. Det vigtigste for at opnå resultater er den gode dialog, som både kan være fast og ad hoc. Det væsentligste for samarbejdsrelationen med afdelingen er dog nok, at praksiskonsulenten i hvert fald har en fast tilknytning til afdelingen, og at man møder op indimellem, ikke mindst for at praksiskonsulenten også kan møde det øvrige personale på en afdeling. Sikres denne faste tilknytning ikke, er der en risiko for, at der aldrig etableres et samarbejde mellem konsulenten og afdelingen. Dette har man i enkelte tilfælde oplevet i Nordjyllands Amt, der primært har et ad hoc-baseret samarbejde.

9.7 Faktorer for en velfungerende praksiskonsulentordning

Alle fire praksiskonsulentordninger blev udvalgt for brugerundersøgelsen og denne interviewundersøgelse som værende velfungerende. Dette betyder naturligvis ikke, at der ikke kan ske ændringer eller justeringer i nogen af ordningerne i fremtiden. I forbindelse med den uddybende interviewundersøgelse blev det søgt afdækket, hvilke faktorer der opleves at have betydning for, om en praksiskonsulentordning bliver velfungerende.

Af næsten alle interessenter (forvaltninger og sygehusledelser) i de fire amter fremhæves først og fremmest vigtigheden af, at ledelsen har fokus på praksiskonsulentordningen, og at den dermed får ledelsesmæssig opbakning og forankring. Det er vigtigt, at ledelsen bliver enige om, at denne ordning er noget, man vil have og har gavn af, og at ledelsen så bakker op, men også skubber på for, at der sker noget. Det har stor signalværdi. Dette gælder både på det forvaltningsmæssige niveau, på sygehusledelsesniveauet og på afdelingsledelsesniveauet. Specielt på sidstnævnte har der blandt andet i Københavns Amt været problemer med nogle steder, selv om motivationen og opbakningen fra afdelingen er afgørende for succes.

Klarere og mere målbare succeskriterier nævnes også af nogle respondenter som noget, der kan være med til at gøre en praksiskonsulentordning mere velfungerende. For eksempel har sygehusledelsen ved Centralsygehuset Esbjerg Varde meldt ud til afdelingerne, at de hvert år skal præstere to gennemarbejdede patientforløb, hvor praksisvinklen er tænkt ind. Ud over antallet udgør sidstnævnte krav med praksisvinklen succeskriteriet. Hvorvidt dette er opfyldt, kan der så følges op på, når året er omme. Men det er vigtigt, at det, som måtte vælges som succeskriterier for en praksiskonsulentordning, både er noget, der systematisk vil kunne måles og følges op på, og noget, som samtidig også har et vist kvalitativt indhold i forhold til praksiskonsulentordningen og dens aktiviteter, således at det ikke bare bliver tom information. Af flere foreslås det blandt andet, at der årligt kan måles på, om henvisningerne bliver bedre kvalitetsmæssigt. Skulle det bruges som et generelt redskab for sammenligning af effekter, burde en sådan måling være landsdækkende. Et andet succeskriterium, som opgøres i flere amter i dag, er ventetiden på udskrivningsbreve. Eneste problem med dette mål som succeskriterium for praksiskonsulentordningen er, at det er uklart, hvor stor indflydelse ordningen netop har på ventetiden, jævnfør ovenfor. Endelig for andre er et første succeskriterium, om end ikke målbart, at der er engagement i ordningen, og at man får brugerne til at snakke sammen.

Projektansatte praksiskonsulenter, som ikke organisatorisk er placeret på en afdeling, men er et supplement til konsulenterne på afdelingerne, fremhæves også som et middel til at få mere velfungerende ordninger. For eksempel har man som tidligere nævnt introduceret det i Nordjyllands Amt, mens man i Ribe og Frederiksborg amter kunne overveje det i fremtiden, for eksempel på rygområdet. I Københavns Amt fremføres det, at de konsulenter, man har på afdelingerne, allerede i dag fungerer i tværgående projekter, og set fra et afdelingsperspektiv ville man være ked af at miste den kontinuerlige kontakt med en praksiskonsulent på afdelingen.

Praksiskoordinatorerne og netværket af praksiskonsulenter i en ordning er også en væsentlig faktor for, at den bliver velfungerende, hvilket fremhæves i flere amter, og både af interessenter og brugere. Sygehusledelsen, men også afdelingerne, er afhængige af netværket af praksiskonsulenter for at få at vide, hvor der er noget galt, og hvor noget skal laves om på sygehuset. Omvendt skal netværket og især praksiskoordinatorerne være der i forhold til almen praksis med henblik på at kunne formidle deres krav og ønsker til sygehuset. Internt i ordningen er koordinatoren væsentlig i forhold til at samle op på, hvor den enkelte konsulent oplever problemer. Samtidig er det også væsentligt, at både konsulenter og koordinators har deres hovedbeskæftigelse i almen praksis, og er aktive dér, både for at agere respekteret talerør i forhold til almen praksis og for at kunne følge med i, hvad der rør sig i det daglige arbejde i almen praksis. Ellers styrker det risikoen for, at ordningen bliver ensidig, og almen praksis er svær at nå. I Nordjyllands Amt er det, som det eneste af de fire amter, to pensionerede praktiserende læger, der er praksiskoordinatorer. Jævnfør ovenstående ønsker man at ændre på dette forhold i fremtiden.

Om en praksiskonsulentordning bliver velfungerende, er i høj grad også personafhængigt i forhold til dem, der bliver praksiskonsulenter, såvel som at kemien mellem dem og afdelingerne skal være der. Respondenterne har i interviewundersøgelsen nævnt en række egenskaber, som de personer, der ansættes som praksiskonsulenter, bør besidde. De skal være engagerede, lidt udfarende, troværdige, gode til at kommunikere, med pondus over for sygehuslægerne og nogle, som kollegerne i almen praksis (baglandet) respekterer og lytter til. Samlet set mange krav til de personer, der er praksiskonsulenter, og måske snarere idealtypen på en praksiskonsulent. Ordningen er startet af og har til en vis grad været båret oppe af ildsjæle, hvilket nogle ikke mener er en farbar vej for at bibeholde ordningen. Dette skal også ses i lyset af problemerne med rekruttering af potentielle kandidater til stillingerne som praksiskonsulent. Så jo større efterspørgsel på at blive praksiskonsulent, jo bedre rekrutteringsgrundlag, og dermed jo større sandsynlighed er der også for, at flere af disse egenskaber kan opfyldes hos kommende praksiskonsulenter.

Interessen fra brugergrupperne er også essentiel for, at en praksiskonsulentordning reelt set kan betragtes som velfungerende. Jævnfør brugerundersøgelsen (kapitel 8) kneb det især med de praktiserende lægers interesse i ordningen. Dette afspejledes også i denne interviewundersøgelse, hvor en af de fire interviewede praktiserende læger tilkendegav, at ordningen var overflødig, og en anden havde mindre at bruge ordningen til. Brugernes skal ligesom aktørerne være motiveret for og interesseret i ordningen og dens information. Problemet er her specielt i forhold til almen praksis, som er en heterogen størrelse med enkeltstående individer, hvilket kan gøre det svært for praksiskonsulenten at have baglandet med sig eller melde tilbage til baglandet. De enkelte amter skal blive bedre til at se, hvordan almen praksis kan blive mere forpligtet af ordningen, sådan at man følger rekommandationerne fra ordningerne. Løsninger på problemet er som beskrevet ovenfor, at de der bliver konsulent eller koordinator, har et netværk udadtil, er respekteret og kendte inden for det felt, de repræsenterer. I sammenhæng hermed spiller det, som de fleste respondenter er inde på, naturligvis også ind, at det alt andet lige er en fordel, at man fra ordningerne kan fremvise synlige resultater – hvad har ordningen betydet for brugerne? Rykker det noget? Så ud over at søge at få mere aktive og respekterede praksiskonsulenter vil det formentlig også være en god idé i de enkelte ordninger at søge at opnå større synlighed om ordningen og dens resultater blandt brugerne.

Derimod er der kun få respondenter, der nævner flere økonomiske midler som en faktor for en velfungerende praksiskonsulentordning. Det er ikke pengene, men i højere grad engagementet og interessen i patientforløb, der tæller, hvilket man har erfaret i ordningen i Frederiksborg Amt, der har den laveste aflønning af praksiskonsulenterne.

Fremmes disse faktorer for en velfungerende praksiskonsulentordning ikke, er der naturligvis en risiko for, at det i stedet kommer til at virke som barrierer, således at ordningen ikke bliver velfungerende. En ordning, der ikke har den nødvendige ledelsesmæssige opbakning, som ikke får opstillet nogle målbare og relevante succeskriterier, hvor brugerne ikke oplever, at det flytter noget og derfor ikke bakker ordningen op, at personerne i ordningen ikke viser det nødvendige engagement eller har det nødvendige netværk (baglandet), osv. kan alt sammen omvendt virke som barrierer for ordningen og resultere i, at den ikke bliver

velfungerende. Derudover nævner flere respondenter, at den afsatte tid opleves som en barriere, hvis ikke den er tilstrækkelig. En ordning, der kører på det overfladiske plan, hvor det bare bliver til lidt snak indimellem, men som reelt ikke har nogen indflydelse på, hvad der foregår, kan være lige meget. Fra forvaltningsside i Nordjyllands Amt er der også en vis bekymring for sammenblandingen af det faglige og det fagpolitiske med amtsbetalte tillidsfolk i praksiskonsulentordningen, hvorfor organisationer og selskaber som PLO og DSAM, jævnfør forvaltningsniveauet, kan komme til at virke som barrierer for en velfungerende ordning. Endelig rejses problemet igen med rekrutteringen af praksiskonsulenter til ordningen, hvilket er et problem i de to yder-amter i undersøgelsen – Ribe og Nordjylland.

9.8 Praksiskonsulentordningen og fremtiden

I afsnit 7.7 er der med faktorer for en velfungerende praksiskonsulentordning allerede skitseret nogle af de fremtidige ændringer og tiltag, som man kan forvente, at praksiskonsulentordningerne i de fire amter vil styre hen imod. I afsnit 9.3 og 9.4, såvel som i kapitel 6, er de nuværende opgaver og opnåede resultater for ordningerne præsenteret. Konklusionen fra interviewpersonerne var, at de var enige i, at man så småt havde taget fat på de mere konkrete opgaver og tiltag svarende til det tredje udviklingstrin i ordningerne, og nogle ordninger mere end andre. For mere præcist at afstikke, hvor fokus rent opgavemæssigt vil ligge i fremtiden i de fire praksiskonsulentordninger, blev respondenterne i forbindelse med interviewet bedt om at vurdere, hvorvidt opgaverne for praksiskonsulentordningen i deres amt vil være de samme i fremtiden, eller om ordningens kompetencer skal udvides eller indskrænkes?

I alle praksiskonsulentordninger vil man naturligvis arbejde videre med de eksisterende opgaver, hvor der for manges vedkommende eksisterer en kontinuerlig udviklingsproces med fortsatte muligheder for forbedringer. Nogle af disse vedvarende opgaver for praksiskonsulentordningerne i fremtiden er en indsats for fortsat at forbedre kvaliteten af henvisninger og epikriser, samt nedbringe ventetiden for sidstnævnte, såvel som at sikre den fortsatte kommunikation og samarbejde sektorerne imellem. Men herudover peger det i de enkelte amter i retning af en fremtidig udvikling med en række nye opgaver, såvel som intensiverede opgaver for praksiskonsulentordningerne. I tabel 9.3 fremgår de intensiverede og nye opgaver for praksiskonsulentordningerne i de fire amter, jævnfør interviewundersøgelsen.

Tabel 9.3: Fremtidige opgaver for praksiskonsulentordningerne i de fire amter

<i>Amt</i>	<i>Fremtidige opgaver for praksiskonsulentordningen</i>
Ribe	Patientforløbsbeskrivelser/-analyser
	Praksiskonsulenter som rådgivere i en fremtidig ændret sygehusdrift
	Ændret opgavefordeling og udflytning af opgaver til almen praksis
	Elektronisk nyhedsbrev
Nordjylland	Projektorienterede og tværgående praksiskonsulenter med fokus på sygdomme
	Ændret opgavefordeling og udflytning af opgaver til almen praksis
	Patientforløbsbeskrivelser/-analyser
Frederiksborg	Patientforløbsbeskrivelser/-analyser
	Ændret opgavefordeling og udflytning af opgaver til almen praksis
	Indførelse af elektronisk kommunikation
	Koncentration af læger i lægehuse – ordningen med til at implementere
København	Udbygning af praksiskonsulentordningen til at dække speciallægerne
	Udvikling af elektroniske informationssystemer, elektronisk infrastruktur
	Patientforløbsbeskrivelser/-analyser

I Ribe Amt har man til hensigt at intensivere praksiskonsulentordningens involvering i arbejdet med patientforløbsbeskrivelser. Hermed vil en væsentlig fremtidig opgave og rolle for praksiskonsulenterne være at fungere som sygehusets og afdelingens rådgivere i forhold til sygehusets drifts og sikring af tilstedeværelsen af de rigtige konkurrenceparametre, således at patienterne i fremtiden også vil blive visiteret til sygehuset af de praktiserende læger. Endelig vil der ske et større samarbejde om opgavefordelingen i

amtet, specielt i forhold til akut-området (skadestue og lægevagt), hvor praksiskonsulentordningen også tænkes involveret.

I Nordjyllands Amt satses der i en lidt anden retning med hensyn til de fremtidige opgaver og arbejdsområder for praksiskonsulentordningen. Fra forvaltningsside er det tanken, at ordningens organisering skal ændres i retning af at være mindre sygehusorienteret, men mere fokuseret på konkrete sygdomsområder, for eksempel diabetesområdet. Dette skal ske ved i større omfang at satse på ansættelse af projektorienterede og tværgående praksiskonsulenter i amtet, hvilket vil gøre opgaverne mere projektbaserede. Hermed håbes det også, at ordningen bliver mere synlig. Endvidere skal ordningen være med til at sætte gang i en arbejdsglidningsproces, hvor flere opgaver flyttes ud til almen praksis. Af cheflægen på Aalborg Sygehus nævnes en flytning af ambulatorieopgaver væk fra sygehuset og tilbage til almen praksis, og afdelingsledelsen på klinisk- kemisk afdeling på Aalborg Sygehus forestiller sig, at almen praksis overtager en så stor en del af prøvetagningerne og elektrokardiografierne som muligt, jævnfør at teknologien gør dette muligt nu, og fordi det vil betyde færre undersøgelser og besøg for patienten. Praksiskonsulentordningen vil her få en vigtig faciliterende rolle. En ændret opgavefordeling kan også være med til at gøre almen praksis mere attraktiv, hvilket er vigtigt i et yder-amt som Nordjyllands Amt. Endelig er der en opgave i forsat at opnå bedre patientforløb.

I Frederiksborg Amt lægges der ligeledes op til en opgaveflytning ud til almen praksis. Praksiskonsulentordningen skal her være med til at definere, hvilke opgaver almen praksis skal påtage sig, og hvilke der skal forblive på sygehusene. Endvidere vil der være en fortsat opgave med at udvikle patientforløbsbeskrivelse og -analyser, blandt andet med det formål at finde ud af, hvor det går galt i forløbet. Det vil også være ønskeligt at få udviklet patientforløbsbeskrivelser, der alene dækker over patienterne i almen praksis, jævnfør at 90% af patienterne alene udredes her, og at disse patienter må have samme krav til ensartet behandling som de 10%, som kommer på sygehuset. Den praktiserende læge, der er interviewet, forudser, at praksiskonsulentordningen skal være med til at implementere, at der opnås mere samarbejde ved en større koncentration af læger i lægehuse. Endelig forestår et udviklingsarbejde vedrørende elektronisk kommunikation i amtet, blandt andet så det muliggøres at sende henvisninger via Edifact.

Umiddelbart synes der at blive lagt op til færre nye fremtidige opgaver for praksiskonsulentordningen i Københavns Amt, end tilfældet er i de tre øvrige amter. Dette kan dog hænge sammen med tendensen til, at man er lidt længere fremme i udviklingen i Københavns Amt, og at man i bund og grund har en velfungerende ordning. Derfor forventer man i Københavns Amt også at udnytte de positive erfaringer fra praksiskonsulentordningen på området for almen praksis til også at inddrage speciallægesektoren i en praksiskonsulentordning. Endvidere skal de elektroniske informationssystemer og den elektroniske infrastruktur i amtet udvikles, blandt andet til gavn for praksiskonsulentordningen. Endelig vil man fortsætte arbejdet med patientforløbsbeskrivelser og patientforløbsanalyser, som man allerede er godt i gang med.

Kapitel 10: Praksisudvalgenes vurdering af praksiskonsulentordningen

Praksisudvalget, der er fagpolitisk repræsentant for de praktiserende læger, har i flere amter været involveret i etableringen af en praksiskonsulentordning i amterne/H:S. I vurderingen af praksiskonsulentordningens funktion, som bindeled mellem almen praksis og sygehusene, er samarbejdet og opbakningen fra praksisudvalgene nyttig. Praksisudvalget er vigtigt i forhold til den enkelte praksiskonsulent og praksiskonsulentordning for at være med til at gøre praksiskonsulent-ordningen synlig over for almen praksis, men også sikre, at praksiskonsulentordningen får input om almen praksis' ønsker, som så kan indgå i praksiskonsulentordningens samarbejde med sygehusafdelingerne. Endelig er der en central opgave, som også praksisudvalget bør deltage i, med at definere forventningerne til indsatsen fra almen praksis i de konkrete fælles patientforløb, således at den enkelte praksiskonsulent repræsenterer sit fag og ikke kun sine egne synspunkter. Dette vil alt andet lige styrke praksiskonsulenten i arbejdet, både over for afdelingen, og især over for almen praksis.

I samråd med projektets følgegruppe blev det derfor besluttet at gennemføre en mindre spørgeskemaundersøgelse med fokus på praksisudvalgene i amterne samt i Københavns og Frederiksberg

kommuner. Formålet med denne delundersøgelse var at afdække praksisudvalgenes vurdering af status for praksiskonsulentordningen, og udvalgenes erfaringer hermed, såvel som praksisudvalgenes ønsker og visioner for den videre udvikling af praksiskonsulentordningen.

Der blev således i oktober 2001 udsendt et mindre spørgeskema og et følgebrev til samtlige praksisudvalg i alle amter samt i Københavns og Frederiksberg kommuner.⁶⁹ Brevet blev stilet til formanden for praksisudvalget. Der blev anvendt de samme formuleringer som i de spørgeskemaer, der blev brugt i forbindelse med kortlægningen og brugerundersøgelsen. Spørgeskemaet fremgår af appendiks 10.1. Grundet det lave antal respondenter er denne spørgeskemaundersøgelse alene behandlet ved deskriptiv statistik, således at resultater præsenteres ved hjælp af frekvenstabeller og krydstabeller, hvor dette måtte være relevant.

10.1 Resultater

Der blev opnået besvarelser fra 15 ud af de 16 praksisudvalg, efter udsendelse af en rykker. Praksisudvalgene blev i undersøgelsen spurgt, om de mente, at eksistensen af praksiskonsulent-ordningen netop havde forbedret samarbejdet mellem primær- og sekundærsundhedssektor. I deres svar sluttede praksisudvalgene, på nær ét, op om, at ordningens eksistens har forbedret samarbejdet mellem de to sektorer, idet 33% mente at det i høj grad var tilfældet, mens 60% mente, at det i nogen grad var tilfældet. Et praksisudvalg har dog understreget, at dette forhold er meget personafhængigt. Praksisudvalget i Frederiksberg Kommune mente kun i mindre grad, at ordningen havde forbedret samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene.

Et andet mere konkret resultat fra praksiskonsulentordningen er ordningens nyhedsbrev, der findes i alle amter. Praksisudvalgene blev bedt om at vurdere, om dette nyhedsbrev er af værdi for kollegerne i almen praksis, jævnfør tabel 10.1.

Tabel 10.1: Praksisudvalgenes vurdering af, om praksiskonsulentordningens nyhedsbrev er af nogen værdi for kollegerne i almen praksis (procent-andele)

	Praksisudvalgene (N=14 ⁷⁰)
Ja, det har stor værdi	33
Ja, det har nogen værdi	47
Ja, det har lidt værdi	7
Nej, det har ingen værdi	7

Som det fremgår af tabel 10.1, er praksisudvalgenes vurderinger her mere forskellige. 80% angiver, at nyhedsbrevet har stor eller nogen værdi for kollegerne i almen praksis. Af disse udvalg bedømmes nyhedsbrevet som værende et middel til hurtig information og ofte praktisk anvendeligt. To praksisudvalg vurderer dog, at nyhedsbrevet kun har lidt⁷¹ eller ingen værdi.⁷² I sidstnævnte tilfælde angiver man, at der ikke modtages noget nyhedsbrev.

Praksisudvalgets vurdering af de konsekvenser, som praksiskonsulentordningen har haft på en række relationer mellem almen praksis og sygehusene, fremgår nedenfor af tabel 10.2.

⁶⁹ Repræsentanter for H:S.

⁷⁰ Et praksisudvalg (Århus Amt) har dog ikke besvaret spørgsmålet, idet man anfører, at der ikke sendes egentlige nyhedsbreve.

⁷¹ Vestsjællands Amt.

⁷² Sønderjyllands Amt.

Tabel 10.2: Områder, hvor praksisudvalgene vurderer, at praksiskonsulentordningen har haft konsekvenser for forholdet mellem primær- og sekundærsektor (procent-andele)

Praksisudvalgene (N=15)	Bedre	Dårligere	Uændret
Nedbrydelse af barrierer	86	--	14
Kommunikation mellem sektorer	86	--	14
Opgavefordelingen mellem sektorerne	54	--	46
Koordinering af sammenhængende patientforløb	33	--	67
Opfølgning på udskrivelse fra sygehus	20	--	73
Koordinering af ambulant aktivitet m. almen praksis	53	--	47
Henvvisningssedlernes kvalitet	71	--	29
Epikrisernes kvalitet	67	--	33
Det ambulante notats kvalitet	47	7	47
Ventetiden på epikriser	73	--	27
Ventetiden på ambulante notater	79	--	21
Omfanget af dobbeltarbejde/undersøgelser	27	--	73
Skrevne informationskanaler	67	--	33
Elektroniske medier	67	--	33
Information til almen praksis	67	--	33
Beskrivelse af arbejdsgange på afdelingerne	47	--	53
Udarbejdelse af guidelines/referenceprogrammer	53	7	40
Løsning af samarbejdsproblemer	73	--	27
Efteruddannelsesstilbud til praksissektor og afdeling	47	7	47

Det er generelt de samme områder, som vurderet af interessenter og aktører (kapitel 7) og af brugerne (kapitel 8), at praksisudvalget peger på, som de væsentligste områder, hvor praksiskonsulentordningen har haft en positiv effekt og forbedret forholdet mellem de to sektorer. Dette gælder for nedbrydelsen af barrierer, kommunikation mellem sektorer og løsning af samarbejdsproblemer. Det er også kommunikation og sammenhængende patientforløb, som flest praksisudvalg tillægger første prioritet. Men også mere konkrete tiltag, som for eksempel henvisningssedlernes kvalitet (71%), ventetiden på udskrivningsbreve (73%) og ventetiden på ambulante notater (79%), vurderer praksisudvalget, at praksiskonsulentordningen har betydet noget for. Praksisudvalgene er dermed de mest positive, sammenlignet med interessenter, aktører og brugere, med hensyn til konsekvenserne af praksiskonsulentordningen på disse tre konkrete områder. Kun enkelte praksisudvalg har i tre tilfælde vurderet, at eksistensen af ordningen har været dårligere for et område.

10.2 Samarbejdet mellem praksisudvalget og praksiskonsulentordningen

Det formelle samarbejde mellem praksisudvalg og praksiskonsulentordning er i 7 af de 15 amter/kommuner arrangeret sådan, at praksiskoordinatoren er fast observatør ved praksisudvalgets møder eller ved et fast årligt møde. I nogle af disse praksisudvalg er praksiskonsulentordningen endda fast punkt på dagsordenen. I 7 amter/kommuner sker deltagelsen kun på ad hoc-basis, mens praksiskoordinatoren slet ikke deltager i udvalgets møder i Sønderjyllands Amt.

På spørgsmålet om, hvorvidt praksisudvalget har oplevet eksempler på problemer med placeringen af kompetencen mellem praksisudvalg og praksiskonsulentordningen, svarer kun to praksisudvalg, at de aldrig har oplevet nogen problemer, mens 11 udvalg svarer, at det er sjældent, at de oplever disse kompetenceproblemer. Endelig svarer to praksisudvalg, at de jævnligt støder på disse kompetenceproblemer mellem praksisudvalget og praksiskonsulentordningen. I et tilfælde har man løst dette problem ved, at der er udfærdiget en fælles skriftlig samarbejdsaftale mellem praksiskonsulentordningen og praksisudvalget. Som et andet udvalg svarer, så er det vigtigt, at praksiskonsulenterne er bevidste om, at de ikke kan træffe bindende beslutninger, der involverer eller binder kollegerne, hvis man vil undgå disse kompetenceproblemer mellem praksisudvalget og praksiskonsulentordningen.

Praksisudvalgenes tilfredshed med den eksisterende praksiskonsulentordning kan også tages som et udtryk for, hvor godt samarbejdet er mellem udvalget og praksiskonsulentordningen. I tabel 10.3 nedenfor vises praksisudvalgenes tilfredshed med praksiskonsulentordningen.

Tabel 10.3: Praksisudvalgenes tilfredshed med den eksisterende praksiskonsulentordning (procent-andele)

	Praksisudvalgene (N=15)
Meget tilfreds	20
Tilfreds	67
Hverken/eller	13
Mindre tilfreds	--
Ikke tilfreds	--

Af tabellen ses det, at praksisudvalgene i overvejende grad er tilfredse med den eksisterende praksiskonsulentordning, idet 87% enten er meget tilfredse eller tilfredse. Sammenlignet med de tidligere undersøgelser af interessenter og aktører, såvel som med brugere af praksiskonsulentordningen, viser, at praksisudvalgene rent faktisk er de mest tilfredse, efterfulgt af interessenterne (75% meget tilfredse eller tilfredse). På den baggrund er det heller ikke overraskende, at for 12 af de 15 praksisudvalg har praksiskonsulentordningen i høj grad eller i nogen grad levet op til deres forventninger. I et tilfælde (Vejle Amt) er det kun sket i mindre grad, idet man mener, at kommunikationen i ordningen ikke er tilstrækkelig. Endelig har praksiskonsulentordningen i H:S hverken levet op til forventningerne hos praksisudvalgene i Københavns eller Frederiksberg kommuner. Dette kan eventuelt hænge sammen med den omstrukturering, som ordningen i H:S har været igennem.

10.3 Praksisudvalgenes ønsker og visioner for praksiskonsulentordningen i fremtiden

Først og fremmest ønsker 10 ud af 15 praksisudvalg, at praksiskonsulentordningen skal fortsætte, som den fungerer i dag. De resterende 5 praksisudvalg ønsker også, at praksiskonsulentordningen fortsætter i fremtiden, men kun, hvis der sker visse ændringer. Nogle af disse praksisudvalg har understreget, at kommunikationen i praksiskonsulentordningen ikke er tilstrækkelig, at der skal være standardopgaver for praksiskonsulentordningen, og at det ville være at foretrække, hvis der var en kompetencebeskrivelse for ordningen.

En række faktorer kunne styrke praksiskonsulentordningen i dens videre udvikling. Praksisudvalgene har vurderet disse faktorer, tabel 10.4.

Tabel 10.4: Faktorer, som praksisudvalgene vurderer kan styrke praksiskonsulentordningerne i fremtiden (procent-andele)

	Praksisudvalgene N=15
Øget interesse og feedback fra afdelinger	80
Øget interesse og feedback fra almen praksis	60
Øget interesse og feedback fra amt	13
Flere ressourcer	7
Bedre kommunikation	47
Udvikling af edb og elektroniske informationssystemer	60
Mere fast mødestruktur (på afdelingen og i almen praksis)	7
Fællesmøder mellem konsulent, afdeling og almen praksis	27
Bedre amtslig koordinering	20
Bedre synlighed for og accept af praksiskonsulent	53
Mere udfarende og aktive praksiskonsulenter	33
Udbredelse af praksiskonsulenter til flere afdelinger	13
Flere praktiserende læger, der vil være praksiskonsulenter	47
Bedre implementering af resultater – føle, at man gør en forskel	40

Som det tidligere er vurderet af interessenter, aktører og brugere, er de to faktorer, som flest praksisudvalg vurderer kan styrke ordningen i fremtiden, at der opnås øget interesse og feedback fra både afdelingerne, men også fra almen praksis. Til forskel fra de andre gruppers vurdering mener flest praksisudvalg, at det specielt er sygehusafdelingernes interesse, der er et problem. Udvikling af elektroniske informationssystemer og bedre synlighed og accept af praksiskonsulenterne tillægges også betydning for fremtiden af mere end halvdelen af udvalgene.

Blandt de fremtidige opgaver og indsatsområder for praksiskonsulentordningen peger nogle af praksisudvalgene på følgende opgaver:

- Shared care
- Koordinering af undersøgelser i praksis og på sygehus
- Optimering af patientforløb, dels ved vejledning om udredning inden henvisningen, og dels ved forbedrede udskrivningsbreve
- Patientforløb over sektorer
- Bedre udnyttelse af ressourcerne (undgå gentagelser)
- Bedre direkte kommunikation
- Øget forståelse fra hospitaler for arbejdet i almen praksis
- Mere viden hos sygehuslæger om almen praksis
- Udfærdigelse af guidelines
- Udskrivningsbreve til tiden
- Koordinere krav til henvisninger og udskrivningsbreve
- edb
- Styrke praksiskoordinator funktionen
- Implementering af sundhedsplan.

En række af forslagene til de fremtidige opgaver og indsatser for praksiskonsulentordningen, som det er vurderet af praksisudvalget, vedrører sammenhængende og koordinerede patientforløb (shared care), mens flere forslag konkret vedrører udskrivningsbrevene.

Litteratur

Breinholdt M. Læger bygger bro. Danmarks Amtsråd, 2002;3:20-22.

Christoffersen MN, Andersen BH. Åbent interview. Studie 41. Socialforskningsinstituttet, 1986.

Dahler-Larsen P, Krogstrup HK (red.). Tendenser i evaluering. Odense Universitetsforlag, Odense, 2001.

Danmark som foregangsland. Kvalitet, service og effektivitet i sygehusvæsenet. Regeringen, maj 1999.

Dansk selskab for almen medicin. Praksiskonsulentordningen i Danmark. Statusrapport 2000. Dansk selskab for almen medicin, København, 2000.

Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Universitetsforlaget, Oslo, 1993.

Frankfort-Nachmias C, Nachmias D. Research Methods in the Social Sciences. Fifth Edition. St. Martin's Press Inc., London, 1996.

Fyns Amt. Praksiskonsulenter tilknyttet sygehusafdelinger ved Odense og Nyborg sygehuse, Fyns Amt. Evalueringsrapport (projektperiode 01.09.91-01.09.92). Sygehusforvaltningen, november 1992.

Fyns Amt. Evaluering efter 10 år med praksiskonsulenter. Praksiskonsulentordningen i Fyns Amt 1991-2001. Fyns Amt, marts 2001.

Københavns Amt. Foreløbige resultater fra evalueringen af praksiskonsulentordningen, 1999. Bilag 1. Sygehusdirektoratet, Københavns Amt, 1999.

Lomborg B. Metodologisk vurdering af borger/bruger-undersøgelser i Århus Amts kommuner 1995-96. Arbejdsnotat, Institut for Statskundskab, Århus Universitet, 1997.

Møller Pedersen K, Draborg EU. En generel model til effektevaluering. CHS Arbejdsnotat 1997:11, Odense Universitet, Odense, 1997.

Nordjyllands Amt. Evaluering af praksiskonsulentordningen i Nordjyllands Amt. Planlægnings- og Udviklingskontoret, Nordjyllands Amt, maj 2000.

Olesen F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS. General practitioners as advisers and coordinators in hospitals. Quality in Health Care, 1998;7:42-47.

Pritchard P, Hughes J. Shared care. The future imperative? The Royal Society of Medicine Press, London, 1995.

Ribe Amt. Evalueringsrapport af praksiskonsulentordningen i Ribe Amt for den to-årige periode 1995-1996 (forsøgsordning). Praksiskonsulentordningen, Ribe Amt, juni 1997.

Riiskjær E. På sporet af den gode brugertilfredshedsundersøgelse. Den faglige kvalitet måles dog ikke med en brugerundersøgelse. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2001;9:297-301.

Ringkjøbing Amt. Den Medicinske Forskningsenhed. Evaluering af forsøgsordning med praksiskonsulenter. Ringkjøbing, april 1995.

Ringkjøbing Amt. Statusrapport. Praksiskonsulentordningen. Ringkjøbing Amt, oktober 1998.

Roskilde Amt. Evaluering af praksiskonsulentordningen i Roskilde Amt, juni 1996.

Seemann J. Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. Kapitel 4 i Bentsen EZ, Borum F, Elingsdóttir G, Sahlin-Andersson K (red.). Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige. Handelshøjskolens Forlag, Munksgaard, København, 1999.

Sigmund H, Timm H, Hansen HP, Morgall J. Kapitel 4a: Feltarbejde, interview- og spørgeskemaundersøgelser. I Kristensen FB, Hørder M, Poulsen PB (red.). Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering, Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 2001.

Vedung E. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund Studenterlitteratur, Lund, 1998.

Viborg Amt. Evalueringsrapport over kontaktlægeordningen i Viborg Amt. Perioden 1995-1996. Viborg Amt, august 1997.

Vejle Amt. Evaluering af sundhedssamarbejdet i Vejle Amt. September 1997.

Weimar A. Shared care – et bedre forløb for patienten. Ugeskrift for Læger, 2002;11.

Århus Amt. Evaluering af praksiskonsulentordningen i Århus Amt. Service- og kvalitetskontoret, oktober 1998.

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem primær- (almen praksis) og sekundærsektoren (sygehuset) er der siden begyndelsen af 1990'erne etableret praksiskonsulentordning i de enkelte amter og i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). Der findes ikke nogle nationale retningslinjer, anbefalinger, endsige samlet viden om praksiskonsulentordningens udformning og indhold, hvorfor dette kan være forskelligt mellem amterne/H:S og blandt andet være afhængigt af lokale forhold. Eneste nationale opgørelse, der tidligere er foretaget er fra Dansk selskab for almen medicin, der i en statusrapport fra 2000 overordnet har opgjort praksiskonsulentordningens omfang i de enkelte amter/H:S i forhold til stillinger, konsulenttimer, udvalgte specialer og finansiering samt overordnet præsenteret praksiskonsulentordningens opgaver og diskuteret de resultater, der er opnået med ordningen siden begyndelsen (Dansk selskab for almen medicin, 2000). Statusrapporten indeholder ikke nogen systematisk indsamling af mere specifik information om ordningens dækningsgrad, ressourceforbrug, organisering, samarbejdsrelation, opnåede resultater, tilfredshed, fremtidige udviklingsplaner i de enkelte praksiskonsulentordninger i amterne/H:S. Opgørelsen inddrager heller ikke alle interessenters (forvaltningsniveauet og sygehusledelsesniveauet) og aktørers (praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer) viden, erfaring og oplevelse af praksiskonsulentordningen i deres amt/H:S.