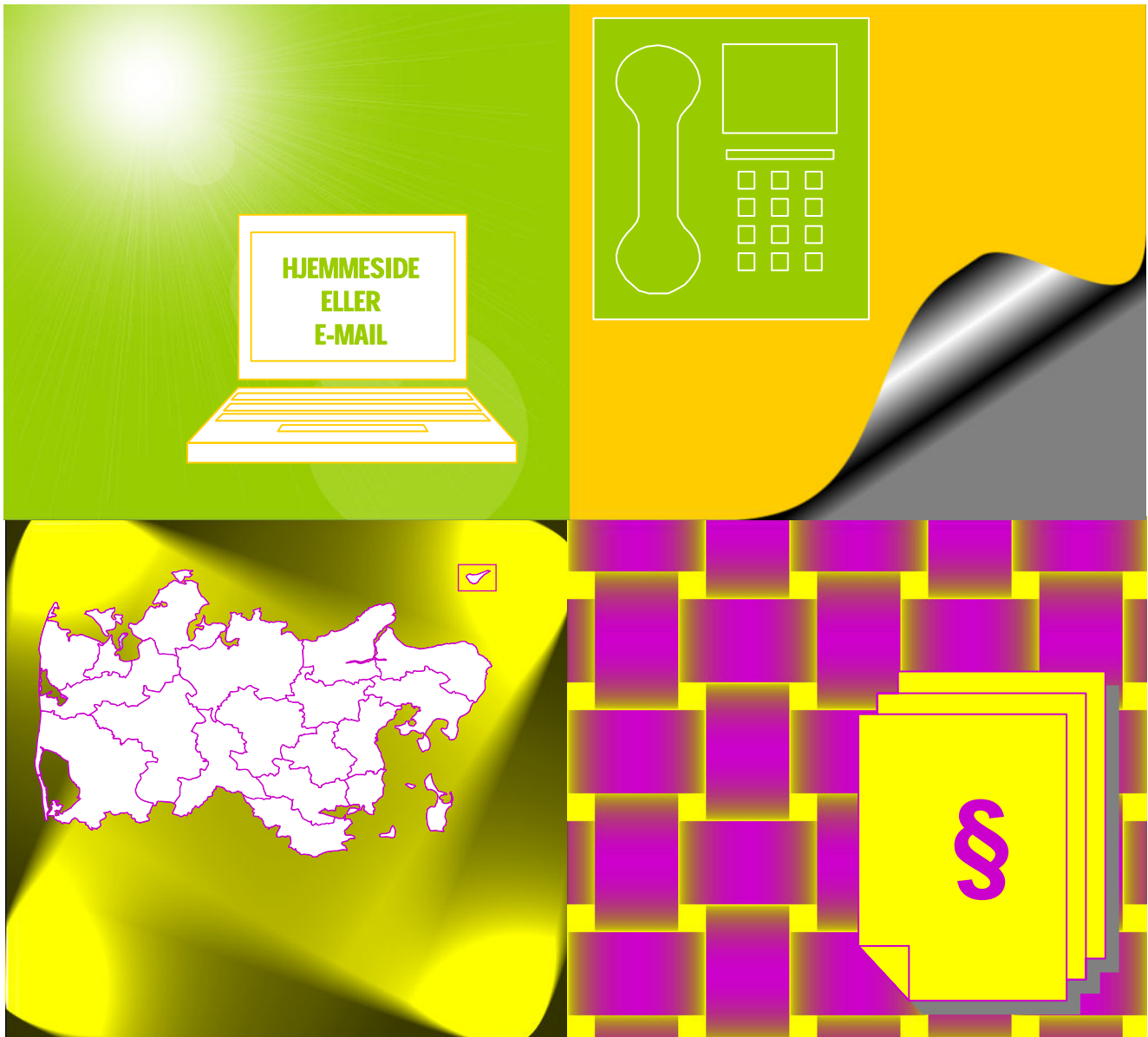


Behovet for socialmedicinsk rådgivning i almen praksis, Region Midtjylland

-Interview og spørgeskemaundersøgelse

august 2011



Behovet for socialmedicinsk rådgivning i almen praksis i Region Midtjylland

Anette Larsen & Kenneth Kibsgård
Klinisk Socialmedicin, Folkesundhed & Kvalitetsudvikling,
Region Midtjylland

Interview og spørgeskemaundersøgelse

En undersøgelse i 2009 af praktiserende lægers behov for og ønsker til socialmedicinsk rådgivning, baseret på strukturerede interviews af én læge i hver af i syv udvalgte lægepraksis i Region Midtjylland og elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt alle regionens praktiserende læger.

I denne undersøgelse belyser vi i mindre grad:

Lægernes vigtigste opgaver og samarbejdet med kommunen

- Hvad oplever lægen som de vigtigste opgaver i forhold til patienterne?
- Hvad ser lægen som de vigtigste opgaver i forhold til kommunen?
- Hvordan fungerer samarbejdet med kommunerne omkring sygemeldte?

Men sætter fokus på svar og konklusion inden for:

Behov for socialmedicinsk rådgivning og information

- Hvordan oplever lægerne adgangen til socialmedicinsk viden i dag?
- Er der brug for generel socialmedicinsk information eller specifik rådgivning i forhold til en konkret patient?
- Hvor stort er behovet?

Hvordan vil lægerne gerne have adgang til information?

- Hvilket medie og hvilken kommunikationsform foretrækker lægerne?
- Hvor hurtigt har lægen brug for svar?

Har det nogen nytte i forhold til patienterne og samarbejdet med kommunen?

- Hvordan vurderer lægerne nytten af adgang til socialmedicinsk rådgivning?

Vi giver en kort analyse af:

- Er der forskel på lægernes behov afhængig af, om lægen sidder i en solopraksis, en stor eller en lille kompagnipraksis?
- Hvordan spiller patientgruppen og oplevelsen af det kommunale samarbejde ind på behovet?
- Ser lægens egen alder og erfaring ud til at påvirke behovet?
- Er der forskel på behovet i by- og landpraksis?
- Afdækker interviewene kulturelle forskelle i regionen?

Vi samler op på andre ideer fra interviewene

Afslutter med en anbefaling af næste skridt hen mod iværksættelse af en effektiv socialmedicinsk rådgivning

– og retter en tak til alle, der deltog.

Indholdsfortegnelse

	Side
Sammenfattende konklusion	3
De bevilgede kvalitets- og udviklingsmidler fra KEU og baggrundsgruppe	4
Metode og materiale	5
Resultater	9
Tak	17
Bilag	18

Sammenfattende konklusion

De praktiserende læger, vi har interviewet, opfatter deres opgaver bredt i forhold til patienterne. Udover at konstatere sygdom og anvise behandlingsmuligheder, vejleder lægen patienten i mange facetter af livet og er støtteperson i forhold til de kommunale myndigheder. Lægerne har forskellige socialmedicinske tilgange til patientarbejdet, og opgaverne varierer efter patientskarens sammensætning og den lokale samarbejdskultur i kommunen.

Alle de interviewede læger mener, at adgangen til en socialmedicinsk rådgivning vil øge kvaliteten af deres rådgivning til patienterne og af deres rolle i det socialt-lægelige samarbejde med kommunen. De understreger, at patienterne også vil opleve et kvalitetsløft, når lægen bliver bedre rustet og kan være en mere aktiv medspiller i det socialt-lægelige samarbejde. I spørgeskemaundersøgelsen udtrykker et stort flertal af de responderende læger, 87 %, at de har behov for socialmedicinsk rådgivning: Kvinder oftere end mænd, yngre oftere end ældre, og læger i flermåndspraksis hyppigere end sololæger.

I interviewene blev der afdækket mange nuancer i lægernes behov og ønsker til en socialmedicinsk rådgivning. Der var mindst behov for at kunne trække på generel information og viden. Dog foreslår flere en hjemmeside med generel information. En læge foreslår adgang til en FAQ-side med svar på oftest stillede spørgsmål. Andre vil gerne have egentlige socialmedicinske kurser. Langt de fleste ønsker knytter sig primært til patientsituationer og de konkrete muligheder for at foreslå tiltag, der kan afhjælpe patientens begrænsninger og bidrage til en konstruktiv tilbagevendende til arbejdsmarkedet. Men behovet rækker videre end blot faglig viden. Ønskerne handler også om at få viden om, hvordan lægen sætter skub i en sag eller får information om kommunens sagsbehandlingsprocedure, organisering og kontaktpersoner.

De fleste læger trækker på kollegial sparring, men ser derudover gerne en ekstern mulighed for socialmedicinsk rådgivning. Behovet varierer en del og anslås fra én gang om ugen til et par gange om måneden. De fleste peger på en telefonisk hotline som bedste kommunikationsform til en socialmedicinsk rådgivning. De fleste mener dog også, at e-post kan bruges, når der ikke er behov for en dialog. Den telefoniske mulighed ses gerne etableret således, at man kan få svar samme dag eller i løbet af få dage. En uges svartid bliver angivet som det maksimalt acceptable. Én læge ønsker en lokal, kollegial hotline, hvor lægen kender personen, der rådgiver.

Disse opfattelser blev fuldt ud bekræftet i spørgeskemaundersøgelsen, hvor mere end halvdelen af respondenterne foretrækker rådgivning med hurtigt svar, dvs. straks eller inden for 24 timer, og hellere telefonisk end ved e-post.

Flere læger har et ønske om, at den socialmedicinske rådgivning kan tage udgangspunkt i et lokalt kendskab til den konkrete kommune, således at den viden, lægen indhenter, hænger nøje sammen med den lokale kommunale praksis. Dette træk er dog ikke gennemgående for alle, idet nogle vil være tilfredse med belysning af de lovgivningsmæssige muligheder, så de kan bidrage konstruktivt med input til kommunen. I spørgeskemaundersøgelsen lagde 38 % af respondenterne vægt på lokalkendskab, kvinder i højere grad end mænd.

På de kommende sider udfolder vi undersøgelsen af lægernes svar. Den første side er en oversigt over undersøgelsens indhold og vægtning af de enkelte afsnit. Vi beskriver midlerne, der gjorde undersøgelsen mulig. Undersøgelsens metode og de udvalgte praksis. Ser på, hvad lægerne oplever som deres vigtigste opgaver, og hvordan de oplever samarbejdet med kommunerne. Vi uddyber lægernes behov og ønsker til en socialmedicinsk rådgivning. Derefter en mindre analyse af mulig sammenhæng mellem svar og lægens alder, erfaring og arbejdsbetingelser.

Til slut anbefaler vi næste skridt hen mod udviklingen af en effektiv socialmedicinsk rådgivning til almen praksis.

Som bilag ligger ansøgningen til KEU, vores brev til de praktiserende læger og interviewguide.

De bevilgede kvalitets- og udviklingsmidler fra KEU

Kort om baggrund, ansøgning og bevilling.

I almen lægepraksis er der klinisk socialmedicin og behov for socialt-lægeligt samarbejde knyttet til en hel del af konsultationerne. Herved forstås vi kontakter, hvor spørgsmål om sygefremværelse, påvirket arbejdsevne, revalidering, fleksjob eller førtidspension samt hjælpemidler indgår i konsultationen.

I Klinisk Socialmedicin har vi antaget, at lægen, der let og hurtigt kan få svar på spørgsmål om disse emner, kan vejlede sin patient på et kvalitativt højere niveau og dermed spille en mere aktiv rolle i det socialt-lægelige samarbejde. Vi antager, at patienten vil få en bedre vejledning og at samarbejdet med beskæftigelses- og socialforvaltningen vil kunne smidiggøres med det sigte at reducere risikoen for patientens marginalisering og udstødelse af arbejdsmarkedet.

I Klinisk Socialmedicin vil vi gerne udvikle en effektiv socialmedicinsk rådgivning til almen praksis. Men først skal vi vide mere om, hvordan de praktiserende læger ser behovet og hvilke ønsker til indhold og form, de har.

Vi søgte derfor KEU (Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget) i Region Midtjylland om midler til at gennemføre et pilotprojekt i form af strukturerede interviews hos udvalgte praktiserende læger for at afdække forskellige behov til en socialmedicinsk rådgivning.

Midlerne blev bevilget i februar 09, hvorefter vi kunne gå i gang med pilotprojektet.

Der henvises i øvrigt til Ansøgningen til KEU, se bilag 1.

Baggrundsgruppe for pilotprojektet:

Lene Agersnap, tidligere praksiskoordinator

Lise Forsum, praksiskoordinator

Jens Rubak, praksiskoordinator

Lone Düring, kontorchef, Primær Sundhed

Kenneth Kibsgård, overlæge Klinisk Socialmedicin

Anette Larsen, socialfaglig konsulent Klinisk Socialmedicin

Metode og materiale

Interviewdelen

Interviews, struktur, varighed og verifikation

De praktiserende læger blev udvalgt ud fra køn, alder, solo- eller kompagniskabspraksis, praksis størrelse, beliggenhed midt, øst, vest i regionen, land og by. Lægerne modtog et brev med beskrivelse af vores ærinde og opfordring til at deltage, se bilag 2. Interviewene blev gennemført som strukturerede interviews efter en spørgeguide, se bilag 3. Varighed ca. 1 time. Alle interviews er udskrevet på bånd. Båndudskriverne er alle verificerede af de interviewede.

Beskrivelse af de syv udvalgte praksis

Beskrivelserne er lavet på basis af fakta om beliggenhed, byens indbyggertal, oplysninger i interviewene om lægens baggrund, ansatte i praksis, opfattelse af patientgruppen, mentalitet og kultur samt interviewers egne observationer i forbindelse med besøget.

Af hensyn til anonymiseringen af den enkelte praksis beliggenhed anvendes følgende kategorier:

Byer under 1.000 indbyggere: kategori 5 by

Byer mellem 1.000 – 10.000 indbyggere: kategori 4 by

Byer mellem 10.000 – 30.000 indbyggere: kategori 3 by

Byer mellem 30.000 – 70.000 indbyggere: kategori 2 by

Byer over 70.000 indbyggere: kategori 1 by

Praksis 1:

Landpraksis, to læger i kompagniskab, den østlige del af regionen.

Beliggende i kategori 5 by. Har knap 3000 patienter, dels fra landsbyen og dels 15 km til alle sider. Dækker dermed et rimeligt stort geografisk område. Landsbyen ligger i en af regionens østlige kommuner.

Praksis er en landpraksis med to faste læger, en uddannelseslæge, en deltidssygeplejerske, en deltidsssekretær og en deltidssrengøringsassistent.

Den interviewede læge er 41 år, har været praktiserende læge i syv et halvt år og har været i denne praksis i syv år.

Kommunen beskrives generelt med en del socialt belastede borgere, men denne landpraksis har primært tilknytning til de lidt bedre socialt stillede. Der er eksempelvis ingen misbrugere, grundet lægernes holdning til brug af morfika m.v. De fleste patienter er i arbejde. Aldersmæssigt dækkes hele spektret.

Turen til landsbyen går gennem naturområder med gårde og spredte, mindre huse. I landsbyens hovedgade ligger flere forretninger, bl.a. en købmand, hvor flere ældre par og nogle kvinder ankommer i bil for at gøre indkøb. Et par helt unge kvinder køber sodavand og brød – at dømme ud fra deres påklædning, shorts og sportsjakker, kommer de fra den lokale gymnastik- og idrætsefterskole. Sådan en tidlig eftermiddag står folk og snakker lidt ved indgangen og hilser på dem, der kommer forbi. Der er stille og roligt – for den besøgende er det tydeligt, at det er et lille samfund, hvor mange kender hinanden.

Ved henvendelse til sekretæren bliver interviewer med det samme henvist ned ad en gang til et mindre venteområde, hvor man kan sidde direkte uden for lægens konsultationsværelse.

Der sidder en ældre dame og venter på nogle svar fra lægen. Hun bliver kort tid efter hentet ind på en personlig og omsorgsfuld facon. En yngre kvinde med sit barn i lift venter samme sted. En ansat, der går forbi, bukker sig ned og pludrer med barnet og taler lidt med kvinden. Dialogen er venlig og interesseret. Interviewer inddrages også kort i snakken om børn.

Praksis 2:

Bypraksis, tre læger i kompagniskab, den vestlige del af regionen.

Beliggende i kategori 4 by. Praksis dækker byen og byens opland. Byen ligger i en af regionens vestlige kommuner.

Praksis er en bypraksis med tre faste læger, en uddannelseslæge, en sygeplejerske, tre deltidssekretærer, en laborant i fleksjob og en deltidsrengøringsassistent.

Den interviewede læge er 46 år, har været praktiserende læge i ni år og været tilsvarende ni år i denne praksis.

Kommunen beskrives som gennemsnitlig med jævn, normal fordeling af alder, arbejdsmarkedstilknytning, socialt klientel. Praksis opleves at have tilsvarende fordeling. Der er færre patienter med anden etnisk baggrund og færre misbrugere end i en traditionel storbypraksis. For tiden har denne praksis eksempelvis ingen stofmisbrugere.

Turen til byen går ud i regionens vestlige del. Praksis ligger i en hovedgade, hvor der også ligger en del butikker, banker m.v. I skobutikken er flere familier inde for at købe sko til familiens unge, der snart skal konfirmeres. Ekspedienten giver sig god tid til at servicere familierne og signalerer helt klart, at der skal være plads til mange drøftelser af, hvilke sko, der passer til hvilket tøj.

For den besøgende er det tydeligt, at god service er en selvfølgelighed og at indkøb skal foretages i det tempo, som kunden har brug for.

I lægens venteværelse er der ved at være tømt for patienter. Det er sidst på eftermiddagen. Der er fisk i akvariet. Der ligger legetøj spredt på gulvet, som sekretæren samler sammen samtidig med, at hun får vandet planterne. Et yngre par med et lille barn snakker af med lægen ude i gangen efter konsultationen. Stemningen er intim og rolig. Sekretæren tilbyder en kop kaffe til interviewer.

Praksis 3:

Storbypraksis, tre læger i kompagniskab, den østlige del af regionen.

Beliggende i kategori 1 by. Praksis ligger i midtbyen og dækker i en radius op til ca. 20 km fra centrum.

Praksis er en storbypraksis med tre faste læger, en farmakonomuddannet sekretær, en social- og sundhedsassistent, uddannelseslæger løbende og ind imellem medicinstuderende.

Den interviewede læge er 43 år, har været praktiserende læge i fire år og haft denne praksis tilsvarende i fire år.

Patientgruppen er primært unge mennesker. To tredjedele af patientgruppen er mellem 20 og 29 år. De unge kommer fra alle socialklasser. En del af dem er studerende. Den ældre gruppe er dels ældre med anden etnisk baggrund og dels ældre etniske danskere.

Turen går gennem en trafikeret storby til centrum. På fortovet uden for praksis, står to unge piger - klædt i for årstiden temmelig lidt tøj - med hver sin sandwich og sodavand. De drøfter, om de skal tage maden med op eller spise den inden. Bliver enige om det første og begiver sig højt snakkende op ad trappen. De bænker sig mageligt i venteværelset, mens de spiser videre. De drøfter højlydt, hvad den ene af kvinderne skal snakke med lægen om. I venteværelset sidder en kvinde med anden etnisk baggrund samt en yngre mand med rygsæk. For den besøgende er det tydeligt, at atmosfæren i venteværelset emmer af ung storbykultur.

Det er formiddag. Klinikken har haft kaffepause, hvilket kan høres ud i venteværelset. En yngre læge kommer ind i venteværelset og henter en af de unge kvinder. Tonen er meget uformel og småsnakkende forsvinder de ned ad gangen.

Praksis 4:

Bypraksis, tre læger i kompagniskab, den vestlige del af regionen.

Beliggende i kategori 3 by. Praksis dækker byen og har også patienter op til 15 km væk samt enkelte, der bor længere væk.

Praksis består af tre faste læger, p.t. en praksisreservelæge, tre sygeplejersker, en lægesekretær, en rengøringsdame og et kontorbud.

Den interviewede læge er 61 år, har været praktiserende læge i 25 år og har været i denne praksis i samme periode.

Patientgruppen dækker et bredt spekter såvel i alder som arbejdsstatus.

Turen går til den vestlige del af regionen. Gennem landområder med åer og vand og siden hen ind i centrum af byen. Det er tidlig formiddag. Byens gågade er ikke rigtig vågnet endnu. Forretningsdrivende sætter skilte ud, nogle folk går i hastigt tempo ned ad gågaden på vej til arbejde. Et par pensionister benytter den første morgensol til en lille gåtur, hvor de kigger på vinduer.

I klinikken sidder mange patienter. Sekretæren har travlt, taler meget i telefon, giver ind i mellem oplysninger til andet personale. Patienterne sidder stille, nogle bladrer lidt i et blad. Stemningen er travl.

Praksis 5:

Bypraksis, seks læger i kompagniskab, den vestlige del af regionen.

Beliggende i kategori 2 by. Praksis dækker mest byen, men også noget opland.

Praksis består af syv faste læger, den ene på deltid. Derudover tre sygeplejersker, en bioanalytiker, fire sekretærer, en sekretærelev og en bogholder. Derudover uddannelseslæger og studenter.

Den interviewede læge er 44 år, har været praktiserende læge i otte år og været i denne praksis i samme periode.

Lægens patientgruppe er i høj grad kvinder, mange børnefamilier, en del udenlandske kvinder. De fleste patienter er i arbejde.

Turen går til den vestlige del af regionen. Det er tidligt på dagen. Byen afspejler en morgen, hvor folk er på vej til arbejde. Nogle henter morgenbrød til kollegerne på vejen. I gågaden kører fejmaskinen, så gaden kan være klar, når de forretningsdrivende åbner for kunderne. I praksis sidder allerede en del patienter, der har tidlige aftaler. Ingen taler sammen. Mange af dem ser ud til at skulle videre på arbejde bagefter. En yngre kvinde i røde, højhælede sko er fjern i blikket. En herre med attachetaske sidder og checker sin PDA. Praksis er stor og indrettet med et større sekretærområde, hvor der er stor aktivitet med telefonpasning og samtaler med de sidst ankomne patienter og mellem de ansatte.

Praksis 6:

Bypraksis, tre læger i kompagniskab, den midterste del af regionen.

Beliggende i kategori 4 by. Praksis dækker byen og opland, men har også patienter i flere nære byer. Således er patientgruppen blandet fra både land og by.

Praksis består af de tre faste læger, en uddannelseslæge, en deltidssekretær og to deltidssygeplejersker.

Den interviewede læge er 53 år, har været praktiserende læge i 10 år og været i denne praksis i seks år.

Patientgruppen er blandet med henholdsvis østlig og vestlig mentalitet, generelt relativt veluddannet og i arbejde. Meget få med store sociale problemer eller misbrug.

Turen til midten af regionen går gennem varierede landskaber. Forbi søer og åløb og ind i en mindre by med indkøbsfaciliteter. Nogle af kunderne på parkeringspladsen kender tydeligvis hinanden, når de mødes. Andre har blot travlt med at få gjort dagens indkøb og komme tilbage til bilen. På den lokale grill spiser en gruppe unge et fastfood måltid. De er synligt utilfredse med, at der ikke må ryges indendørs. En gruppe voksne mænd er optaget af spillemaskinerne. I lægens venteværelse sidder en mor med sit barn, en yngre kvinde læser og en mand bladrer i avisen. De har taget plads langt fra hinanden i det lyse venteværelse. Interviewer sætter sig ved samme bord som den unge kvinde. Hun kigger lidt forundret op og læser videre. Stilheden brydes kun, når en læge henter næste patient.

Praksis 7:

Landpraksis, solopraksis, den midterste del af regionen.

Beliggende i kategori 5 by. Primært patienter fra landsbyen og omegn op til 10-15 km.

Praksis består af den faste læge, en uddannelseslæge, en deltidssekretær, en deltidssygeplejerske, rengøringshjælp og havemand.

Den interviewede læge er 55 år, har været praktiserende læge i 18 år og haft denne praksis i samme periode.

Praksis ligger i et socialt ret belastet område. Billige huse og lejelejligheder tiltrækker borgere med sociale problemer og en del misbrugere. Praksis har også en del ældre patienter. Mange af patienterne er kendetegnede ved, at de ikke kommer til lægen, før de er syge. Generelt er patienterne dårligt uddannede og mange er uden for arbejdsmarkedet.

Turen går til den midterste del af regionen gennem grønne landskaber. På vejen ud til landsbyen ligger spredte gårde og bebyggelser. En del bærer præg af mislighold eller hjemmekonstruerede tilbygninger. Nogle anvender togvogne til læskur for dyr. Byens hovedgade har flere butikker. Det er tydeligt, at flere af kunderne kender hinanden. Praksis ligger i en villa med et mindre venteværelse med svag musik fra radioen. Sekretæren kender med det samme navn og ærinde for interviewer. Det er sidst på eftermiddagen. Stemningen er intim og uhøjtidelig.

Spørgeskemadelen

Elektronisk spørgeskema

Af de 837 praktiserende læger i Region Midtjylland, der var registreret i 2009, kunne e-post-adressen opspores hos de 816. Disse fik i uge 43 i 2009 i elektronisk nyhedsbrev fra Praksisenhederne i regionen tilsendt link til elektronisk spørgeskema. Emnet var de praktiserende lægers behov for socialmedicinsk rådgivning. Det besvarede spørgeskema kunne returneres umiddelbart efter udfyldelse på skærmen. Der blev udsendt en enkelt rykker ad samme kanal.

Resultater

Interviewdelen

Lægernes vigtigste opgaver og samarbejdet med kommunen

- Hvad oplever lægen som de vigtigste opgaver i forhold til patienterne?
- Hvad ser lægen som de vigtigste opgaver i forhold til kommunen?
- Hvordan fungerer samarbejdet med kommunerne omkring sygemeldte?

I lægernes opfattelse af, hvad der er deres vigtigste opgave i forhold til patienterne, er der fokus på at holde folk raske og arbejdsføre. At forebygge sygdom og tage sig af de, der er syge, så de kan leve bedst muligt med sygdommen. At stå til rådighed med opdateret viden. At kunne hjælpe patienten med at skelne mellem sygdom, der kræver behandling og gener, der enten går over, eller som patienten selv kan gøre noget for at afhjælpe.

Nogle finder det efterhånden vanskeligt at have tid til det mere pædagogisk orienterede arbejde: "Det bedste er jo, når man kan motivere folk til at gøre noget selv. [...] Så det er sådan meget bredt forstået, sådan et helhedssyn. [...] Men det er så det, der bliver mindre og mindre tid til, når man pludselig får 300 patienter mere. Så begynder det at knibe med det."

Samtidig understreger flere, at det også er vigtigt at være tovholder: "[...] at være seriøs tovholder, som de bruger i sygdom og sundhed og den, der kan løse det sygdomsmæssige og socialmedicinske." Flere finder rollen som advokat væsentlig: "Og være deres advokat også udadtil over for kommuner og sociale myndigheder."

Mange af lægerne giver udtryk for, at deres patienter har svært ved at forstå det kommunale system, at patienterne bliver utrygge og angst, når de skal skifte sagsbehandler og ønsker, at lægen skal være med til at skabe ro og tryghed i forhold til forløbet i kommunen.

I forhold til kommunerne ser lægerne deres vigtigste opgave som kommunens samarbejdspartner, når patienterne bliver syge og skal sygemeldes, særligt i forbindelse med langtidssygemeldte. Meget af samarbejdet foregår via attester i forhold til dokumentation af sygdom, anbefalinger m.v. Også her fremhæver flere, at de jævnligt må optræde som patientens advokat "Men i bund og grund så er jeg nok mest advokat for patienten". "[...] at repræsentere mine patienter på en seriøs måde og få dem helskindet igennem et forløb. Være objektiv, men i høj grad også deres advokat, fordi jeg oplever også, at mange af mine patienter bliver mødt med megen mistillid, specielt når de (sagsbehandlerne) skifter hele tiden".

Der er stor forskel på, hvordan lægerne oplever samarbejdet med kommunernes jobcentre omkring sygefravær. Nogle finder samarbejdet godt og gnidningsfrit, andre finder det rimeligt. Nogle mener, at samarbejdet har mangler og ofte kommer for sent i gang i en sygedagpenge-sag. Andre finder kommunens indsats mangelfuld i nogle sager. Mange har svært ved at overskue kommunens organisering.

De fleste af lægerne samarbejder primært via attester med kommunen. Et par af dem taler stort set aldrig med kommunens sagsbehandlere: "Og attestarbejdet udgør langt det meste af samarbejdet, det foregår på papir via attester. Det er sjældent, jeg snakker med nogen, faktisk."

Flere oplever, at sagsbehandlerne er blevet bedre til at skrive oplægget til attesten. Det er blevet mere individualiseret med relevante spørgsmål. Andre læger oplever, at kommunen har fået en tendens til at "automatisere" anvendelsen af attester. De oplever, at attesterne bruges som buffere i en sag, og at sagsbehandleren ikke altid vurderer, om der rent faktisk er brug for en lægelig attest i sagen.

Omvendt er der flere steder praksis for et samarbejde ud over attesterne – enten telefonisk, i møder eller i rundbordssamtaler. Flere understreger nødvendigheden af, at møder og rundbordssamtaler skal aftales i god tid i forvejen.

I en enkelt kommune er der fast tradition for, at den praktiserende læge inviteres med til afslutningsmøder efter afklaringsforløb. I samme kommune finder lægen, at kommunens tilbagemeldinger kan være mangelfulde: "Jeg har to til tre eksempler på nogle, som har fået tilkendt enten fleksjob eller pension, hvor jeg slet ikke har været indblandet [...] Og jeg er lægen, og jeg vidste det ikke. Den ene har jeg ikke engang skrevet en attest på. [...] Og det mangler jeg måske lidt, at vi i lyst og nød er en aktiv medspiller i de sociale sager."

Et par steder må lægen konkludere, at de personlige møder med sagsbehandlerne stort set er gledet ud grundet mangel på tid i kommunen.

En gruppe af lægerne ser gerne, at tidligere samarbejds-møder med kommunerne bliver genindført. Det kan enten være møder omkring generelle emner, eller specifikke møder omkring den enkelte patient. Andre læger har ikke haft sådanne møder, men ser dem gerne indført. Et par af lægerne finder det acceptabelt, at der ikke er sådanne møder, men mener samarbejdet kan fungere via attestarbejdet, eventuelt kombineret med muligheden for telefonisk kontakt ved særligt behov.

Et sted efterlyser lægen, at man iværksætter et tidligt, tværfagligt samarbejde: "Attesterne er gode. Men vi skal til at være lidt hurtigere på beatet, forstået på den måde, at når der er kommet en attest tilbage [...] hvis lægen skriver, at det her kan blive langstrakt, at der hurtigere kommer et eller andet tværfagligt samarbejdsforum op at stå. De få gange, hvor jeg har oplevet det, har det været rigtig godt."

Flere påpeger, at samarbejdet er meget afhængig af den konkrete sagsbehandler og at udskiftningen er stor: "Jeg synes, det kommer meget an på den enkelte sagsbehandler. [...] Men jeg oplever en enorm udskiftning, der er ikke ret mange gengangere blandt sagsbehandlerne."

En påpeger vanskeligheden med at finde ud af kommunens organisering: "Ja, det med kommunernes jobcentre, det har jeg godt nok noget på, da. Jeg synes simpelthen, der er så mange forskellige afdelinger, at jeg ikke kan finde ud af, hvornår det er den ene afdeling og hvornår, det er den anden. Jeg synes, det er helt som vinden blæser til, om attesten skal det ene eller det andet sted hen."

Flere oplever samarbejdet præget af de økonomiske rammer og kasser. Som en af lægerne siger: "Præget af økonomisk knaphed, synes jeg. Altså, jeg synes, at det er præget af, at man har en dagsorden, der hedder, at man for enhver pris skal have patienten videre i et eller andet system. Det er som om, der er nogle kasser med sagsmapper og de skal flyttes fra en kasse over i en anden kasse. Og kan de blive flyttet dertil, så er det godt, men om det gør nogen forskel for patienten eller ej, eller om det er den rigtige vej for patienten eller ej, det er ikke så vigtigt."

Lægerne oplever generelt, at det er svært at få telefonisk kontakt til de relevante sagsbehandlere, ligesom det er svært at holde rede på, hvem de skal tale med i kommunen.

Konklusion

Vi kan konkludere, at de praktiserende læger opfatter deres opgaver bredt i forhold til patienten. Det er ikke kun et spørgsmål om at konstatere sygdom og anvise behandlingsmuligheder, men i høj grad at vejlede og inddrage et helhedssyn omkring den enkelte patient samt at være koordinator og støtteperson i forhold til de kommunale myndigheder. Mange patienter søger

tryghed og støtte hos egen læge, når de ikke kan forstå, hvad der sker i det kommunale sygedagpengesystem.

Lægernes oplevelser af samarbejdet med kommunen er meget forskellige. Opfattelserne spænder fra godt og rimeligt til mangelfuldt og besværligt.

Det meste af samarbejdet foregår via attester.

Lægerne ser i dag attestarbejdet som mere kvalificeret fra kommunens side end tidligere, om end de fortsat oplever en tendens til kommunal kassetænkning. En del vil gerne deltage personligt i samarbejdet med kommunen omkring patienten, men tiden er knap og presset.

Den telefoniske kontakt til kommunen opleves af flere som besværlig at etablere.

Generelt har lægen svært ved at overskue den kommunale organisering og finder det problematisk, at der er stor udskiftning i sagsbehandlergruppen.

Behov for socialmedicinsk rådgivning og information

- Hvordan oplever lægerne adgangen til socialmedicinsk viden i dag?
- Er der brug for generel socialmedicinsk information eller specifik rådgivning i forhold til en konkret patient?
- Hvor stort er behovet?

Hvordan vil lægerne gerne have adgang til information?

- Hvilket medie og hvilken kommunikationsform foretrækker lægerne?
- Hvor hurtigt har lægen brug for svar?

Har det nogen nytte i forhold til patienterne og samarbejdet med kommunen?

- Hvordan vurderer lægerne nytten af adgang til socialmedicinsk rådgivning?

Det generelle indtryk fra interviewene er, at der er mange nuancer i behov og ønsker til en socialmedicinsk rådgivning.

I forhold til generel socialmedicinsk viden og information i det socialt-lægelige samarbejde omkring sygefravær svarer hovedparten af de adspurgte læger, at de på det generelle niveau enten har viden nok om det socialmedicinske område eller i hvert fald har adgang til at skaffe sig viden.

Mange års erfaring som praktiserende læge giver generel viden om støttemuligheder i det sociale system. Et par af lægerne mener dog, at der fortsat er områder, hvor de kunne bruge mere generel viden: "Jeg synes efterhånden, med de år jeg har været i praksis, at jeg begynder at komme sådan nogenlunde omkring de dér ting. Også hvad der er af krav til nogle af de her forskellige ting, men jeg er jo slet ikke færdig [...] det kunne være rart at få lidt mere information om, hvad der skal til f.eks. for at få et fleksjob og hvad det nu kunne være. Jeg ved noget af det, men ikke nok."

Hvis lægen ikke selv er helt ajour eller er i tvivl, kan lægen trække på sine praksiskolleger og få kollegial sparring eller slå op forskellige steder på Internettet: "Spørger kolleger her i huset, eller også slår jeg op, søger på nettet, hvad der er af informationer dér omkring det. Der har vi nogle vidensdatabaser, hvor man nogle gange kan få hints omkring, hvad man gør. Men altså langt, langt det meste backup, det er her i huset [...]"

Nogle læger har også tidligere deltaget i kommunalt arrangeret generel undervisning, som har givet en grundviden inden for forskellige emner. Et par af lægerne efterspørger fortsat egentlig undervisning. Som én udtrykker det: "[...] men at vi egentlig alle sammen godt kunne bruge sådan et lidt mere forkromet overblik. Så et godt socialmedicinsk kursus i, hvordan hele systemet er bygget op nu, det ville jeg rigtig gerne på. Det, synes jeg, simpelthen ikke udbydes."

En del af lægerne deltager i fælles møder tilrettelagt af lægeforeningen eller praksiskonsulenten. Her påpeger flere, at der kan være mulighed for at få dels generel viden og dels drøfte konkrete socialmedicinske emner.

Der synes dog at være forskel på interessen. En af lægerne har konstateret, at tilslutningen til foreningsmøder med fokus på andre emner end sygdom er mindre: "Men jeg må straks sige, at tilslutningen til den slags møder er altid ringere end til hardcore medicin. Det er det, folk vil have. Det er hypertensionsbehandling, det er astma, det er allergi. Det er det, der interesserer folk. Det er sygdommene. Det er helt tydeligt. Når vi laver et arrangement med lidt blødere emner, så kommer der ikke så mange. Det er ikke socialrådgivere, de betragter sig som. Det er det altså ikke."

I interviewene bevæger lægerne sig hurtigt over i behovet for mere specifik socialmedicinsk rådgivning i den enkelte patientsag: "Det kan godt være, at en socialrådgiver ville sige, at det er specifikke ting. Men for mig er det normalt mere de der muligheder, når man sidder med den enkelte, der kan være skolelærer og gået ned med stress, og hvad er der af muligheder?" Flere læger kommer med konkrete eksempler på det specifikke behov: "Det er mere, hvis der er sådan lidt specielle ting, for eksempel: Kan man blive sygemeldt på deltid på den anden led, altså forstået på den måde, at man arbejder 8 timer om dagen, men man kan ikke lave 8 timers arbejde, kan det lade sig gøre? Kan man så få supplerende i dér i den situation?" Andre nævner viden om eksempelvis muligheder for arbejdspladsindretning, særligt tilrettelagte jobs, eller hjælpemidler.

Flere læger udvider deres specifikke behov og ønsker. Deres behov for viden drejer sig også om den konkrete samarbejdskommune og om konkrete muligheder for etablering af et samarbejde med kommunen omkring den enkelte patient. Andre ønsker viden om, hvordan man kommer videre i kommunen, når en sag ser ud til at være gået i stå. Andre udtrykker klart behov for viden om, hvem det er i den konkrete samarbejdskommune, man skal kontakte: "Problemet er de konkrete personer ved kommunen, man skal have fat i og snakke med, altså. [...] Det specifikke omkring de forskellige medarbejdere, fordi der er så mange forskellige medarbejdere alle mulige steder, hvor det ikke er til at finde ud af, hvem man skal have fat i. Så det er blevet så uigennemskueligt det system, de er for store."

En læge har et konkret forslag til etablering af synlig viden om, hvordan et sagsbehandlingsforløb er organiseret i kommunen, altså hvordan patientens gang i systemet former sig: "Eventuelt, det har jeg nogle gange ønsket mig, hvorfor i alverden har de ikke lagt en plan, som jeg så kunne få og som patienten kunne få og så sige, det er så det, hvis du ikke klarer det, så skal du derud og hvis du klarer det, så skal du derud. At man havde et flow, et charter diagram, så man kunne se, hvad der skal ske fremover. Det, tror jeg, ville give en enorm trykthed for klienten eller patienterne."

Flere af lægerne ønsker sig mere konkret viden om patientens forløb i det kommunale system og jævnlige tilbagemeldinger om, hvad kommunen foretager sig omkring den enkelte patient. En læge efterlyser en gensidig større viden og forståelse almen praksis og det kommunale system imellem: "Altså, jeg tænker det lidt sådan, at jeg synes nogle gange, at jeg arbejder lidt i to verdener. At vi sidder med patienten og deres sygdom eller sygdomsfølelse, måske. Og så har vi en kommune, som sidder i en anden verden og med nogle andre formål, nogle andre præmisser og så havner patienten et eller andet sted mellem de to verdener dér. Hvor kunne det være rart at have lidt mere samarbejde omkring patienten. Jeg har nok brug for lidt mere forståelse for deres arbejdsvilkår, men jeg tænker også, at de måske ind imellem har brug for en forståelse for mine."

En læge understreger, at det primære ønske går på en kollegial, lokal socialmedicinsk sparring. At det er vigtigt, at en socialmedicinsk sparring foregår sammen med en socialmedicinsk læge, som vedkommende kender og som kender de lokale forhold.

De læger, der har kolleger i deres praksis, trækker på kollegial viden og sparring, når de er i tvivl i konkrete patientsager. Andre har anvendt kanaler som f.eks. socialrådgivere i deres netværk eller den kommunale lægekonsulent til afklaring af nogle spørgsmål.

Behovet for adgang til socialmedicinsk viden og information opgøres af lægerne som vekslende fra én gang om ugen til et par gange om måneden. Flere påpeger, at der kan være tale om flere gange i træk og andre perioder, hvor der ikke er behov. Der vil således ikke være et systematisk træk, men den enkeltes behov kan variere meget over tid.

Lægerne er spurgt om, hvilken form og hvilket medie de foretrækker, hvis de får adgang til socialmedicinsk rådgivning. Er det telefonisk, e-mail, hjemmeside, helt andre former eller kombinationer?

Svarene spænder fra:

- en telefonisk hotline, som i bedste fald kunne anvendes her og nu, når lægen sidder med patienten eller i hvert fald, at der bliver ringet tilbage med svar i løbet af dagen
- enten telefonisk til en konsulent med lokalt kommunekendskab, der var nem at træffe eller mail, afhængigt af problematikken og også gerne en hjemmeside, hvor man kan slå mere generel viden op
- gerne mail til en start, hvor man så kunne aftale et tidspunkt for telefonisk kontakt og også gerne en hjemmeside med generel information om muligheder
- telefonisk, gerne i telefontiden mellem 8 og 9, så man kan få tingene undersøgt, mens de er present, mail vil blive for kompliceret med mange mails frem og tilbage
- helst telefonisk, og gerne i middagspausen mellem 12 og 13, men mail kan også bruges i nogle situationer. Kombinationer af såvel telefon, mail og hjemmeside var fint
- mail er fint, de fleste af problemstillingerne er ikke så akutte, gerne en hjemmeside med FAQ, frequently asked questions, med svar på de spørgsmål, der hyppigt trænger sig på
- den direkte kommunikation med en lokal, kollegial hotline, enten på telefon eller på mail. Men man skal vide, hvem det er, man korresponderer med

Ønsker til hvor hurtigt, man kan få svar ligger inden for følgende tidsrum:

- Gerne her og nu
- Helst samme dag
- En dags tid
- Inden for få dage
- Inden for 5 arbejdsdage
- Inden for en uge

Alle de adspurgte læger mener, at en socialmedicinsk rådgivning vil være nyttig for kvaliteten af deres rådgivning til patienterne og for deres rolle i det socialt-lægelige samarbejde med kommunen. De fremhæver eksempelvis:

Bedre information om det kommunale forløb ruste lægen til at støtte og vejlede patienten. Bedre attester til kommunen. Bedre og hurtigere viden giver hurtigere hjælp til patienten og kan afkorte fraværsperioderne. Viden vil gavne rådgivningen til patienten og lægen kan blive mere konkret i sine henvendelser til kommunen.

Et par eksempler på lægernes overvejelser:

"Altså, det ville være mindre nødvendigt, at folk skulle føle, at de skulle fare fra Herodes til Pilatus. Så kommer folk her sendt fra en eller anden og skal have lavet noget, og så ved jeg måske ikke, hvor jeg så siger, I må gå tilbage og få klaret af, og så må de komme igen. Hvis jeg vidste, hvad det handlede om, kunne vi måske ordne det i samme hug. På den måde synes jeg, hvis det er et kvalitativt spring, at man er mere effektiv og man får en smidigere gang og

folk synes, at når de møder op med en eller anden problemstilling, så kan de rent faktisk blive håndteret og ikke skal piske fra det ene kontor til det andet. [...] at være lidt mere aktiv spiller. Det prøver jeg at være ved at formulere, hvordan jeg synes, noget skal være, men ofte formulerer jeg mig ind i et felt, hvor jeg ikke ved, om det rent faktisk er muligt.”

”Helt oplagt tænker jeg, at jeg ville kunne skrive nogle mere kvalificerede attester, som var mere målrettet til den problematik, det nu gik ud på og jeg ville også have fornemmelsen af at kunne rådgive mine patienter ordentligt, for de kommer jo tit til mig og tror, jeg ved en masse om de her socialmedicinske ting og det gør jeg faktisk ikke. Og det er heller ikke altid, at deres sagsbehandler helt ved, hvem det er, der har hvilke opgaver og dér ville jeg også være bedre klædt på så i forhold til at kunne rådgive patienten om det. Det ville helt sikkert give et kvalitetsløft til mit arbejde, ja.”

Konklusion

Lægerne udtrykker mindst behov for generel information og viden. Dog foreslår flere læger en hjemmeside, hvor man kan trække generel viden. Andre vil gerne have egentlige socialmedicinske kurser.

Langt de fleste ønsker knytter sig primært til en konkret patientsituation og de konkrete muligheder for at foreslå tiltag, der kan afhjælpe patientens begrænsninger eller bidrage til en konstruktiv tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Men behovet rækker videre end blot faglig viden. Ønskerne handler også om etablering af samarbejde i den konkrete kommune, at få viden om, hvordan lægen sætter skub i en sag, eller viden om kommunens sagsbehandlings-flow og viden om, hvem man skal kontakte i kommunen.

Flere trækker på kollegial sparring, men ser derudover gerne en ekstern mulighed for socialmedicinsk rådgivning. Behovet varierer en del og anslås fra en gang om ugen til et par gange om måneden.

De fleste peger på en telefonisk hotline som bedste medie. De fleste mener også, at en mail kan bruges, når der ikke er behov for dialog. Fire ser gerne en hjemmeside med generel information. Flere af lægerne spørger efter interviewet, hvad der egentlig findes af hjemmesider eller giver udtryk for, at de ikke er helt vidende om, hvad der findes i forvejen, som kunne opfylde behovet.

Den telefoniske mulighed ses gerne etableret således, at der kan gives svar samme dag eller i løbet af få dage. En uges svartid angives som det maksimalt acceptable. Der er særligt én læge, der klart ønsker en lokal, kollegial hotline, besat med en læge, som vedkommende kender.

Flere læger har et ønske om, at den socialmedicinske rådgivning kan tage udgangspunkt i et lokalt kendskab til den konkrete kommune, således at den viden, lægen indhenter, hænger nøje sammen med den lokale kommunale praksis. Dette træk er dog ikke gennemgående for alle, idet nogle vil være tilfredse med belysning af de lovgivningsmæssige muligheder i den konkrete patientsituation, således at de kan være med til at være bredt konstruktive i deres input til kommunen.

Alle de adspurgte læger mener, at adgangen til en socialmedicinsk rådgivning vil øge kvaliteten af deres rådgivning til patienterne og af deres rolle i det socialt-lægelige samarbejde med kommunen. De understreger, at patienterne også vil opleve et kvalitetsløft, når lægen bliver bedre rustet og kan være en mere aktiv medspiller inden for det socialt-lægelige samarbejde.

En kort analyse af sammenhæng:

- Er der forskel på lægernes behov afhængig af, om lægen sidder i en solopraksis, en stor eller en lille kompagnipraksis?
- Hvordan spiller patientgruppen og oplevelsen af det kommunale samarbejde ind på behovet?
- Ser lægens egen alder og erfaring ud til at påvirke behovet?
- Er der forskel på behovet i by- og landpraksis?
- Afdækker interviewene kulturelle forskelle i regionen?

En læge i solopraksis har ikke den samme umiddelbare mulighed for at få kollegial sparring, som de læger, der sidder i kompagniskabspraksis. Men en læge i solopraksis har alligevel sparringspartnere i form af uddannelseslæger i sin praksis eller andre praktiserende læger. Dette bekræftes i interviewene.

Det ser ikke ud til, at der er den store forskel på, om man er to eller syv læger i en kompagniskabspraksis. Det er selve muligheden for kollegial sparring, der fremhæves.

I praksis med patientgrupper, der har store sociale problemer eller f.eks. misbrugere, er det samlede omfang af sociale problematikker følgelig større end de praksis, der har bedrestillede, bedre uddannede og mere arbejdsføre patienter. Dette forhold får indvirkning på oplevet socialmedicinsk tidsforbrug og tidspres. Derudover er lægernes opfattelse af egen rolle og opgaver ikke væsentlig forskellige, uanset deres patientgruppers karakteristika. Dog afføder visse patientgrupper, som eksempelvis unge eller psykiatriske patienter, særlige ønsker hos lægerne om tværfagligt samarbejde.

Oplevelsen af samarbejdet med kommunen er forskellig. Nogle finder samarbejdet godt og gnidningsfrit, andre finder det rimeligt. Nogle mener, at samarbejdet har mangler og ofte kommer for sent i gang i en sygedagpengesag. Andre finder kommunens indsats mangelfuld i nogle sager. Mange oplever hyppige sagsbehandlerskift og har svært ved at overskue kommunens organisering.

I de udførte interviews ser der ud til at være en vis sammenhæng i tilfredshed med kommunen og behov for socialmedicinsk rådgivning. Jo mere lægen mangler samarbejde, eller oplever mangel på respekt for attesternes indhold, eller ikke kan overskue kommunens organisering, eller jo flere sagsbehandlerskift, jo mere udtrykker lægen behov for egen socialmedicinsk nuanceret viden til at støtte patienterne. Og for lokalt forankret viden.

Læger med virkelig mange års praksiserfaring udtrykker mindre behov for yderligere socialmedicinsk viden. De læger, der har længst erfaring, henviser således til, at de mange år har givet dem en vis indsigt i socialmedicinske forhold, som de bruger i dagligdagen.

By- og landpraksis ser ikke i denne undersøgelse ud til i sig selv at give forskelle i behovet for socialmedicinsk rådgivning.

Af kulturelle forskelle kan vi nævne, at den vestlige del af regionen ser ud til at have en overvægt i ønsket om personlig deltagelse i kommunale møder m.v., men det er ikke entydigt. I den østlige del optræder ønsket også i sammenhæng med særlige målgrupper, hvor lægen vurderer, at det vil være en fordel med tidligt tværfagligt samarbejde og personligt fremmøde.

Andre ideer fra interviewene

Interviewene også har givet ideer til andre former for tværfagligt samarbejde omkring den enkelte patient. Eksempelvis foreslår en læge at etablere et projekt, hvor et antal praksis går sammen om at dele en socialrådgiver, en psykolog, eller andre relevante faggrupper i forhold til patientgruppen. Et sådant projekt skal tage udgangspunkt i et helhedssyn omkring den enkelte patient. Projektet skal vægte den tværfaglige, tidlige indsats for at mindske længden af sygemelding, koordinere indsatsen og højne kvaliteten i indsatsen over for patienten.

Spørgeskemadelen

I alt returnerede 285 læger (35 %) spørgeskemaet. Fordelingen på køn, alder, praksisform og praksissted sammenlignet med baggrundspopulationen er vist herunder i tabel 1.

Tabel 1

Køn	Respondenter		Alle praktiserende læger		P-værdi
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	
Kvinder	143	50	336	40	
Mænd	143	50	501	60	0,004
Alder					
- 49 år	101	35	294	35	
50 år +	185	65	543	65	0,954
Praksisform					
Sololæge	36	13	142	17	
Flere læger	250	87	695	83	0,08
Praksissted					
Storårhus	69	24	179	21	
Større byer	72	25	247	30	
Øvrige	145	51	411	49	0,33

Noter:

Storårhus: Postnumrene 8000-8270.

Større byer: Postnumrene 7400, 7500, 7800, 8600, 8700, 8800, 8900 og 8960.

Forskel mellem respondenter og population er undersøgt med Pearsons Chi-i-anden test. Det ses, at kvinder er overrepræsenteret blandt respondenterne, og at forskellen er statistisk signifikant. Der er forholdsvis færre sololæger blandt respondenterne, men forskellen er ikke statistisk signifikant. Svargruppen afspejler ganske godt den geografiske fordeling af lægerne i Region Midtjylland.

I alt angav 248 (87 %) af de 286 respondenter, at de har behov for socialmedicinsk rådgivning i det daglige arbejde i almen praksis. Behovet var ikke jævnt fordelt blandt lægerne, og der kan ved Chi-i-anden test opregnes følgende statistisk signifikante forskelle:

Kvindelige læger angav hyppigere end mandlige behov for socialmedicinsk rådgivning (96 % mod 78 %, $p < 0,000$).

Læger under 50 år hyppigere end ældre læger (94 % mod 83 %, $p = 0,007$).

Læger i flermandspraksis hyppigere end sololæger (89 % mod 69 %, $p = 0,001$).

Hvis der med udgangspunkt i kendskabet til den samlede lægepopulation korrigeres for disse forskelle, kan hyppigheden af udtrykt behov for socialmedicinsk rådgivning blandt de praktiserende læger i Region Midtjylland opgøres til 84 %.

Lægerne blev bedt om at rangordne fem forskellige former for socialmedicinsk rådgivning. I tabel 2 er angivet, hvor mange læger, der havde den anførte form som førstevalg.

Tabel 2

Rådgivningsform	Antal	Andel (%)
Telefonhotline med svar samme dag	114	40
Telefonhotline med svar en gang om ugen	35	12
E-post med svar inden for 24 timer	51	18
E-post med svar inden for en uge	21	7
Hjemmeside	28	10
Ikke relevant	37	13
I alt	286	100

Det ses, at mere end halvdelen foretrækker rådgivning med hurtigt svar, dvs. straks eller inden for 24 timer, hellere telefonisk end ved e-post. Yngre læger foretrækker hurtigt svar signifikant hyppigere end ældre, $p = 0,003$, og sololæger signifikant sjældnere end øvrige, $p = 0,037$. Der er ingen kønsforskel, $p = 0,55$.

På spørgsmålet om, hvorvidt lægerne finder det betydningsfuldt, at den socialmedicinske rådgivning har lokalkendskab, fandt 178 læger (49 %) det af mindre betydning, mens 108 (38 %) tillagde det stor betydning. 38 besvarede ikke spørgsmålet. Kvindelige læger lagde signifikant oftere vægt på lokalkendskab, $p = 0,010$.

Tak

Tak til de praktiserende læger for deltagelse, grundige svar og god behandling af interviewer. Det har været meget berigende at høre om jeres hverdag, behov og tanker. Interviewmaterialet rummer mange interessante facetter, som vi muligvis vil gøre brug af i yderligere undersøgelser og beskrivelser.

Bilag 1

FÆLLES ANSØGNINGSSKEMA
TIL KVALITETS- OG UDVIKLINGSMIDLERNE UNDER
KEU

--	--	--

REGION: Midtjylland	DATO: 10.12.08	LØBENR.:
---------------------	----------------	----------

STAMOPLYSNINGER		
------------------------	--	--

ANSØGERS NAVN, MAIL, TLF mm. Overlæge Kenneth Kibsgård, Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, kenneth.kibsgaard@stab.rm.dk , 8728 8080, mobil 2938 8327

PROJEKTANSVARLIG: Overlæge Kenneth Kibsgård
--

ØVRIGE DELTAGERE (samarbejdspartnere eller tilknytning til forskningsinst. el.lign): Andre afdelinger i Center for Folkesundhed, herunder Marselisborgcentrets Forsknings- og udviklingsafdeling

PROJEKTBEKRIVELSE		
--------------------------	--	--

PROJEKTETS TITEL: Klinisk socialmedicinsk rådgivning til almen praksis

PROJEKTETS (ANSØGNINGENS) EMNE: (klassifikation vil fremkomme som en dropdown menu)

OPDATERING VEDR. TIDLIGERE AFHOLDT PROJEKT (sæt x):

NYOPRETTET PROJEKT (sæt x): X

FORMÅL: Det er projektets formål at udvikle en omkostningseffektiv rådgivningsmetode i klinisk socialmedicin til almen praksis og at undersøge det oplevede behov hos de praktiserende læger.
--

PROJEKTBEKRIVELSE (kort resumé) – selve projektbeskrivelsen vedlægges som bilag, der kan linkes til.
--

Ansøgning om igangsætning af Pilotprojekt i form af strukturerede interviews hos udvalgte praktiserende læger for at afdække forskellige behov og ønsker til klinisk socialmedicinsk rådgivning.
--

Efter analyse af Pilotprojektet er det projektets hensigt at udvikle en effektiv socialmedicinsk rådgivning til almen lægepraksis. Pilotprojektet danner således baggrund for den efterfølgende projektplan, hvor de valgte rådgivningselementer skal afprøves og videreudvikles i udvalgte lægepraksis i Region Midtjylland.

EVALUERING (metode og tidsramme samt plan for implementering og formidling): Analyse af de strukturerede interviews i almen praksis foråret 09.
--

De rådgivningselementer analysen peger på iværksættes i udvalgte praksis resten af 09. Herefter egentlig evalueringsperiode i et år.
START- OG SLUTTIDSPUNKT (evt. forventet): Marts 09 – december 10

BUDGET
ANSØGT BELØB: Kr. 40.000
BEVILLING (indeværende år og evt. efterfølgende år):
ANSØGT MIDLER SPONSERET FRA ANDRE SIDER: Klinisk Socialmedicin afholder Pilotprojektets kørselsudgifter svarende til cirka kr. 4.000
BUDGET FORDELT PÅ ÅR:
TOTALBUDGET: Kr. 44.000

AFSLUTTENDE RAPPORT/ARTIKEL SENDES TIL DET REGIONALE SEKRETARIAT:
SUPPLERENDE OPLYSNINGER: Der etableres en styregruppe bestående af Primær Sundhed, RM, Klinisk Socialmedicin, RM og en praksiskoordinator fra hver af de tre praksisenheder i RM. Projektets resultater fremsendes i artikelform til fagtidsskrift. Der skal være forfattere fra såvel Klinisk Socialmedicin som almen praksis og eventuelt andre, der har lyst til at bidrage.
BILAGSFORTEGNELSE: Projektbeskrivelse "Klinisk socialmedicinsk rådgivning til almen praksis" af december 08

Overlæge Kenneth Kibsgård

Klinisk socialmedicinsk rådgivning til almen praksis

Ansøgning om igangsætning af **Pilotprojekt** i form af strukturerede interviews hos udvalgte praktiserende læger for at afdække forskellige behov og ønsker til klinisk socialmedicinsk rådgivning.

Efter analyse af Pilotprojektet er det projektets hensigt at udvikle en effektiv socialmedicinsk rådgivning til almen lægepraksis. Pilotprojektet danner således baggrund for den efterfølgende projektplan, hvor de valgte rådgivnings-elementer skal afprøves og videreudvikles i udvalgte lægepraksis i Region Midtjylland.

Baggrund

Sygefraværet har været stigende igennem en årrække og antallet af borgere på passive overførselsindkomster, herunder førtidspension er større end nogensinde. Behovet for arbejdskraft kan ikke dækkes (1). Det er et klart formuleret politisk ønske, at sygemeldte borgere skal hjælpes hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet bl.a. ved, at der skabes bedre muligheder for borgere med nedsat arbejdsevne (2). Det store sygefravær tilskrives til dels manglende sammenhæng, kontinuitet, koordination og kommunikation mellem sygehus, almen praksis og kommuner. Det ser ud til, at parterne langt fra har et fælles billede af, hvilke forhold der fører til fravær.

I Sundhedslovens kapitel 62 er der et lovgivningsmæssigt grundlag for at gøre noget ved dette fx ved at involvere sygehus, almen praksis og kommuner i sundhedsaftaler, der kan rumme en indsats for patienter med kroniske sygdomme. Indtil videre har der ud over udvikling af nye lægeattester kun været begrænsede og spredte erfaringer med at forbedre det socialt-lægelige samarbejde (2, 3).

I almen lægepraksis er der klinisk socialmedicin og behov for socialt-lægeligt samarbejde knyttet til skønsmæssigt en ikke uvæsentlig del af konsultationerne. Herved forstås kontakter, hvor spørgsmål om sygefravær, påvirket arbejdsevne, revalidering, fleksjob eller førtidspension samt hjælpemidler indgår i konsultationen. Kommunernes øgede behov for dokumentation i sociale sager mærkes i almen praksis som en øget efterspørgsel efter attester. Samtidig opleves i begge sektorer behov for kendskab til vilkår og arbejdsmetoder hos den anden part.

Der rejser sig i den anledning en række spørgsmål, hvor lægen kan opleve behov for let tilgængelige svar:

- Hvordan støtter jeg min patient på vejen tilbage til arbejdet? Kan jeg være mere proaktiv?
- Kan patienten få kommunen til at betale for særlig indretning på arbejdspladsen?
- Hvornår er en § 56-aftale nyttig?
- Er det umagen værd at deltage i en rundbordssamtale?
- Sagsbehandler spørger om mere, end jeg kan svare på. Hvad gør jeg så?
- Kan jeg foreslå en anden attest end den efterspurgte?
- Hvad siger reglerne om fleksjob?
- Kan jeg foreslå, at patienten får sådan et?
- Hvad skal der egentlig til for at få førtidspension?
- Hvordan skal behov for indsats formuleres?
- Hvad forventes der af mig i en konkret sag?

Hypotese

Det antages at lægen, der let og hurtigt kan få svar på spørgsmål som disse, kan vejlede sin patient på et kvalitativt højere niveau og dermed spille en mere aktiv rolle i det socialt-lægelige samarbejde. Patienten vil få en bedre vejledning, samarbejdet med beskæftigelses-

og socialforvaltningen vil kunne smidiggøres med det sigte at reducere risikoen for patientens marginalisering og udstødelse af arbejdsmarkedet. Det antages, at dette for lægen vil opleves som en lettelse i det daglige arbejde.

Det vides dog ikke med sikkerhed, hvilket behov med hensyn til indhold, omfang og form de praktiserende læger har for støtte til at udføre den kliniske socialmedicin og det socialt-lægelige samarbejde. Region Midtjylland er desuden en stor region med væsentlige variationer i arbejdsbetingelser og behov i almen praksis.

Formål

Det er projektets formål at udvikle en omkostningseffektiv rådgivningsmetode i klinisk socialmedicin til almen praksis og at undersøge det oplevede behov hos de praktiserende læger. Der ligger heri, at metoden af de praktiserende læger opleves som tilgængelig og brugbar, dvs. at rådgivningen sætter lægen i stand til at handle hurtigt og rigtigt. Handlingen giver lægen en oplevelse af at have gjort en positiv forskel, patienten en oplevelse af, at lægen har hjulpet ham eller hende og sagsbehandleren en oplevelse af et kvalificeret samarbejde med lægen.

Rådgivningen skal produceres sådan, at nytten er større end omkostningen ved at producere den. Omkostningen kan måles i penge, mens nytten er sværere at værdisætte. En væsentlig gevinst vil være et kortere sygefravær og mindre udstødning fra arbejdsmarkedet, men også færre konsultationer i almen praksis, mindre medicinforbrug og mindre behov for attester er gevinster af betydning. Disse gevinster kan ligesom omkostningen få en økonomisk dimension. Der er desuden nytte ved, at såvel sagsbehandlere som læger, oplever at samarbejde på et kvalitativt højere niveau, men her er det betydeligt sværere at give nytten et økonomisk udtryk.

Metode

Projektplanens undersøgelse gennemføres med en indsatsgruppe af repræsentativt udvalgte lægepraksis i Region Midtjylland og en kontrolgruppe, der matcher. Indsatsgruppen får socialmedicinsk rådgivning, mens kontrolgruppen alene får en redegørelse for det foregående års data (fx patienternes sygefravær) og en projektbeskrivelse.

Der indsamles fra indsatsgruppen løbende i projektperioden en række kvalitative og kvantitative data, fx tilfredshed med rådgivningens kvalitet, relevans og tilgængelighed og fra begge grupper oplysninger om tilfredsheden med samarbejdet med den kommunale forvaltning foruden omfanget af sygefravær blandt patienterne, attestforbrug, revalidering, fleksjob, førtidspension og hjælpemidler. Vurdering af sidstnævnte data vil formentlig forudsætte monitorering af antallet også i året forud for opgørelsesperioden.

For at udvikle et brugbart rådgivningsinstrument iværksættes forinden et

Pilotprojekt:

Der indgås aftale med syv lægepraksis i Region Midtjylland, således at solopraksis, en lille og en stor kompagniskabspraksis repræsenteres, og at kommuner i vest, midt og øst og land og by er repræsenteret. Formålet er at belyse den forskellighed, der er i regionen med en begrænset indsats.

Med henblik på at afdække behov for og ønsker til klinisk socialmedicinsk rådgivning gennemføres et struktureret interview i de anførte praksis. Det undersøges, hvilke opgaver der ønskes løst og i hvilken form. Der kan fokuseres på rådgivningselementer som telefon hotline, e-postsvar, hjemmesidebaserede nyhedsbreve og undervisning.

Klinisk Socialmedicin ansøger om midler til gennemførelse af Pilotprojektet, herunder introduktion og indgåelse af aftaler med praksis, gennemførelse af strukturerede interviews, bearbejdning, analyse, sammenfatning og præsentation. Afdelingen afholder selv alle kørselsudgifter.

Fremgangsmåde

Efter analyse af Pilotprojektet udformes og bemannes de valgte rådgivningselementer med medarbejdere placeret i Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, evt. i samarbejde med andre afdelinger i centret, administrative enheder i regionen eller forskningsenheder.

Pilotprojekt og projektplan udvikles og gennemføres i 2009, mens det egentlige evalueringsprojekt forløber derefter med en projektperiode på et år. Evalueringen tænkes foretaget i samarbejde med Marselisborgcentrets Forsknings- og udviklingsfunktion, der er en del af Center for Folkesundhed.

Der etableres en styregruppe bestående af Primær Sundhed, RM, Klinisk Socialmedicin, RM og en praksiskoordinator fra hver af de tre praksisenheder i RM. Projektets resultater fremsendes i artikelform til fagtidsskrift. Der skal være forfattere fra såvel Klinisk Socialmedicin som almen praksis og eventuelt andre, der har lyst til at bidrage.

Kenneth Kibsgård
Overlæge,
Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed,
Region Midtjylland

Referencer

(1) Analyse af sygefraværet. Beskæftigelsesministeriet, april 2008.

(2) Sygefravær – en fælles udfordring, Regeringens handlingsplan for at nedsætte sygefraværet, juni 2008

link: http://www.bm.dk/graphics/dokumenter/presse%20og%20nyheder/pressemeddelelser/2008/sygefravaer/sygefravaer_web.pdf

(3) Ebbehøj NE, Nielsen CV, Møller US, Hilden J, Maltesen M. Når læger involveres i sygefravær VI. Månedsskr. Prakt. Lægegern. 1337-43, 12; 2006.

Bilag 2

Praktiserende læge

Kære kollega,

jeg vil med denne henvendelse høre, om du vil medvirke ved et interview af højst en times varighed i din klinik på et nærmere aftalt tidspunkt, som du bestemmer. Du vil i givet fald blive honoreret i henhold til aftalen mellem Praksisudvalget og regionen om deltagelse i arbejdsgrupper.

Klinisk Socialmedicin er en tværfaglig regional afdeling, der tilbyder kommunerne i Region Midtjylland socialmedicinsk specialistbetjening som kommunal lægekonsulent eller som læge- eller psykologkonsulent i kommunalt revacenter. Desuden modtager vi klienter, henvist fra kommunerne til vurdering af helbredsforholdenes betydning for arbejdsevnen. Afdelingen har afsnit i Regionshuset Århus og på Regionshospitalet Herning.

Vi har i dette arbejde ofte kontakt med regionens praktiserende læger, og vi ved herfra, at lægerne jævnligt møder socialmedicinske problemstillinger hos deres patienter. Det kan være patienten med hyppige eller langvarige sygemeldinger eller patienten med uklare diagnoser og overraskende nedsat funktionsniveau. Der kan også være sager, hvor samarbejdet med den kommunale forvaltning er vanskeligt.

Vi forestiller os, at lægerne i sådanne sager kunne have brug for konkret rådgivning om de socialmedicinske "behandlingsmuligheder", fx som telefon- eller mailbaseret hotline, eller måske har du andre forslag.

Afdelingen har nu fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Primær Sundhed i Region Midtjylland fået en bevilling til en nærmere undersøgelse heraf. Undersøgelsens første trin gennemføres i form af et interview med syv praktiserende læger i regionen, udvalgt på basis af geografi, køn, alder og praksisstørrelse. Der vil senere blive suppleret med en spørgeskemaundersøgelse i en repræsentativ stikprøve af regionens praktiserende læger.

Du vil derfor som en af de syv læger blive telefonisk kontaktet af socialrådgiver Anette Larsen, Klinisk Socialmedicin, der – hvis du ønsker at medvirke – også er den, der gennemfører interviewet.

Med venlig hilsen


Kenneth Kibsgård
Overlæge

Dato: 03.03.2009 Tel. +45 8728 8080 kenneth.kibsgaard@stab.rm.dk
--

Bilag 3

Struktureret interview

Afdækning af behov for og ønsker til socialmedicinsk rådgivning i almen praksis

Kort om baggrund, praksis, patientgrundlag, opgaver, samarbejdspartnere:

- 01) Hvor gammel er du?
- 02) Hvor mange år har du været praktiserende læge?
- 03) Hvor længe har du haft denne praksis?
- 04) Hvilket geografisk område dækker din praksis?
- 05) Hvilke kommuner samarbejder du med?
- 06) Hvor mange er der ansat i din praksis og med hvilken faglig baggrund?
- 07) Hvordan vil du beskrive din patientgruppe?
For eksempel i forhold til:
 - social status
 - arbejdsmarkedstilknytning
 - sygdomsrisiko
 - forhold til egen læge
- 08) Hvad ser du som dine vigtigste opgaver i forhold til dine patienter?
- 09) Hvad ser du som dine vigtigste opgaver i forhold til kommunen?
- 10) Har dine opgaver forandret sig de senere år?
 - hvis ja, hvad er det nye?
- 11) Hvilke professionelle samarbejder du med omkring en patient?
- 12) Hvordan oplever du dit samarbejde med kommunernes jobcentre omkring sygefravær?
For eksempel i forhold til:
 - attester
 - patientens vej tilbage til arbejdsmarkedet
 - støttemuligheder i det sociale system

Behov for socialmedicinsk rådgivning og information:

- 13) Har du behov for yderligere viden og information i det socialt-lægelige samarbejde omkring sygefravær?
Enten i vejledningen til din patient eller i samarbejdet med kommunen, for eksempel i forhold til:
 - muligheder for sygedagpengeforlængelse
 - arbejdsfastholdelse
 - særlig indretning på arbejdspladsen
 - hjælpemidler
 - revalidering
 - fleksjob
 - førtidspension
 - funktionsbeskrivelser
 - attester til kommunen

Generel eller specifik information

14) Har du brug for generel information eller specifik rådgivning i forhold til en konkret patient?

Omfang

15) Hvor stort tror du, dit behov er?

Form

16) Hvordan vil du helst have den socialmedicinske rådgivning og information?

Foretrækker du for eksempel:

- en dialog i telefonen?
 - hvis ja, hvor ofte skal der være telefontræffetid og hvornår på dagen?
- muligheden for at stille spørgsmål og få svar via e-mail?
- eller mere generel information via en hjemmeside?

17) Vil du gerne have mulighed for en kombination af mulighederne?

- hvis ja, hvilken kombination?

Hastighed

18) Hvor hurtigt har du brug for et svar?

Nytte

19) Hvilken nytte vil en socialmedicinsk rådgivning have for kvaliteten af din egen rådgivning til patienterne?

20) Hvilken nytte vil rådgivningen have for din rolle i det socialt-lægelige samarbejde med kommunen?

Andet

21) Drøfter I nogensinde socialmedicinske emner indbyrdes her og lægerne imellem?

22) Er der andet inden for socialmedicinsk rådgivning og i det socialt-lægelige samarbejde du har brug for?

Registrering af henvendelser

23) I forbindelse med det senere projekt, hvor vi afprøver de valgte rådgivningsmetoder, vil vi registrere lægernes henvendelser til projektet. Vi kan muligvis få brug for et cpr.nummer på din patient. Er det i orden for dig?

Afslutningsvist

24) Er der noget du har lyst til at tilføje her til sidst?

Bilag 4

Spørgeskemaundersøgelse om behovet for socialmedicinsk rådgivning i almen praksis i Region Midtjylland

08.06.2009

1. Lægen (Sæt ét kryds):

Mand Kvinde Alder _____ år Antal år som alment praktiserende læge _____

2. Hvilken form for praksis har du? (Sæt ét kryds)

- Solo
- Samarbejdspraksis
- Kompagniskab med i alt _____ læger

3. Postnummer for praksis' beliggenhed

4. Har du i patientsager behov for socialmedicinsk rådgivning? (Sæt ét kryds)

- Ja – gå til spørgsmål 5
- Nej – gå til pkt. 7

5. Hvilken form for socialmedicinsk rådgivning vil du foretrække?

(Prioritér de tre foretrukne med 1 = vigtigst, 2 og 3).

- Telefon-hotline med svar samme dag
- Telefon-hotline med svar inden for en uge
- E-postkasse med svar inden for 24 timer
- E-postkasse med svar inden for en uge
- Hjemmeside med generel information og svar på hyppigt stillende spørgsmål
- Andet: _____

6. Den socialmedicinske rådgiver vil have social-lægelig faglig viden. Vil det herudover være af betydning for dig, at rådgiver har kendskab til lokale forhold i netop din kommune? (Sæt ét x)

- stor betydning
- nogen betydning
- ingen betydning

7. Tak for din medvirken. Send dit svar ved at klikke på SEND

til projektmedarbejder Elinborg Thorsteinsson, MarselisborgCentret, Århus, der står for databehandlingen.