



Læger i kommunerne

*En analyse af det fremtidige behov for lægelig arbejdskraft
i kommunerne*

Jakob Hansen

Jakob Kjellberg

Peder Hindborg

Dansk Sundhedsinstitut

December 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-662-4 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 3064

Design: DSI

Forord

Strukturreformen har givet kommunerne nye opgaver på sundhedsområdet. Samtidig betyder udviklingen i sundhedsvæsenet – med nye organiseringsformer og nye behandlingsmetoder – og den demografiske udvikling, at kommunernes udfordringer på sundhedsområdet ændrer sig over tid. I forbindelse med de kommende overenskomstforhandlinger har Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger og Kommunernes Landsforening derfor sat gang i et udredningsprojekt, der skal belyse de personalemæssige konsekvenser af udviklingen.

Projektet bag denne publikation er en del af dette overordnede udredningsprojekt, og formålet har været at undersøge, hvordan fremtidens opgaver for lægelig arbejdskraft i kommunerne vil udvikle sig i løbet af de næste 10-20 år.

Tak til Mik Dalsgaard Jacobsen og Gert Jensen fra Kommunernes Landsforeningen samt Karin Jacobsen fra Foreningen af Speciallæger for et tæt samarbejde omkring rapporten. En stor tak til informanterne, som har bidraget med uvurderlige input til analysen.

Projektet er finansieret af Kommunernes Landsforening og Foreningen af Speciallæger. Publikationen er internt kvalitetssikret af vicedirektør, cand.scient.pol., ph.d. i Dansk Sundhedsinstitut Claus Rebien.

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning	9
1.1 Metode.....	9
1.2 Notatets opbygning og læsevejledning	9
2. Udviklingen i sundhedsvæsenet	11
2.1 Demografi og sygelighed	11
2.2 Flere kronisk syge	12
2.3 Finansieringspresset på sundhedsvæsenet.....	12
2.4 Udviklingen i personaleudbuddet	12
2.5 Udviklingen i aktiviteten	14
2.6 Opgavefordelingen på tværs af sektorer	15
2.7 Opsamling	15
3. Kommunernes brug af lægelig arbejdskraft	17
3.1 Loven og overenskomsterne	17
3.1.1 Sundhedsloven	17
3.1.2 Overenskomsten	18
3.2 Antal læger i kommunerne	18
4. Kommunernes fremtidige behov for lægelig arbejdskraft	21
4.1 Generelle kriterier.....	21
4.1.1 Opgavens type og niveau.....	21
4.1.2 Ansættelsesforhold.....	21
4.2 Tre scenarier	23
4.2.1 Scenarie 1 – Den ældre medicinske patient	23
4.2.2 Scenarie 2 – Borgere på sygedagpenge- og pensionsområdet	27
4.2.3 Scenarie 3 – Borgere i alkohol og stofmisbrug.....	29
4.2.4 Uden for scenarierne	31
4.3 Tværgående diskussion.....	34
4.3.1 Kommunens størrelse	34
4.3.2 Lægens speciale	34
4.3.3 Økonomi	35
Litteratur	37
Bilag 1: Liste over informanter.....	39

Resumé

Der er en bred erkendelse af, at både den demografiske udvikling og ændringerne i såvel sygehussektoren som i almen praksis vil medføre en ændret opgavesammensætning i kommunerne. Kommunerne opgaver på sundhedsområdet vil derfor undergå en forandring de kommende tiår. Præcis hvad det betyder for den konkrete fordeling af opgaver, behovet for kompetencer, og hvor de forskellige kompetencer skal forankres, er mere usikkert. Men det ligger klart, at et tættere samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommuner vil være forudsætningen for, at der kan findes og implementeres nye løsninger.

Tre scenarier

I samarbejde med KL, YL og FAS har DSI udarbejdet tre scenarier for kommunelægerne fremtidige rolle i sundhedsvæsenet. Scenarierne er udvalgt ud fra, hvor vi kan se særlige udviklingsmuligheder og udviklingsbehov i forhold til den lægelige arbejdskraft i kommunerne i fremtiden. De skal derfor ikke ses som gensidigt udelukkende eller som entydige jobprofiler, og de skal heller ikke ses som udtømmende for de lægelige opgaver, kommunerne kan se frem til i det kommende tiår.

De tre scenarier tager udgangspunkt i tre patient/borgergrupper, hvor kommunerne har særlige udfordringer i forhold til den sundhedsfaglige indsats. Det drejer sig om:

- ◆ Ældre medicinske patienter og kronikere med stort behandlingsbehov
- ◆ Borgere på kanten af arbejdsmarkedet på grund af helbredsmæssige udfordringer
- ◆ Borgere med alkohol- eller stofmisbrugsproblemer.

Scenarie 1 – Den ældre medicinske patient: Det første scenarie sætter fokus på den ældre medicinske patient og på kroniske patienter med stort behandlings- og plejebæhov, som kommunerne allerede i dag har et stort ansvar for i den kommunale plejesektor. Kendetegnende for disse patienter er, at de har behov, der går på tværs af alle sektorer, og det er en helt særlig udfordring at få planlagt og koordineret et sammenhængende behandlingsforløb imellem den kommunale sektor, den sekundære sektor og almen praksis.

Kommunerne kan forudse et stigende omfang af lægelige opgaver i forhold til denne gruppe borgere. Der vil både være tale om drifts-, strategiske, planlægningsmæssige opgaver. Alle informanter er enige om, at kommunerne har behov for at styrke den lægelige kapacitet i forhold til det konkrete driftsniveau. Her er der dog enighed om, at en entydig placering af behandlingsansvaret er af største vigtighed. Informanterne peger på en række udfordringer og tendenser, som vil øge behovet for læger med behandlingsansvar, der agerer i kommunale sammenhænge. Men alle informanter er meget skeptiske i forhold til at indføre en ny kommunal lægerolle, der kan løfte dette behandlingsansvar. I stedet er der behov for bedre samarbejde mellem sektorerne og mere flydende sektorovergange.

Fokus for den kommunalt ansatte læge skal derfor primært være på det overordnede planlægningsansvar, implementeringen af indgåede aftaler, rådgivning og støtte til de kommunale institutioner i forhold til konkrete problemstillinger.

Scenarie 2 – Borgere på sygedagpenge og pensionsområdet: Det andet scenarie sætter fokus på de mange borgere, som lever på kanten af arbejdsmarkedet og er potentielle modtagere af forskellige offentlige forsørgelsesydelse – primært sygedagpenge og pension.

De lægelige opgaver, vi har beskrevet under dette scenarie, kombinerer også strategiske og planlægningsmæssige funktioner med konkrete driftsfunktioner. Ligesom i det første scenarie er der enighed blandt vores informanter om, at hvis man vil styrke indsatsen på dette område, vil det være nødvendigt at ansætte lægen i kommunen, så vedkommende har sin daglige gang i forvaltningen, kender de sagsbehandlere, som skal rådgives, kan indgå i tværfaglige teams der udvikler den strategiske indsats og har et tæt forhold til de forvaltningschefer, som kan prioritere indsatser. Alle vurderer også, at det helt overvejende er læger med blik for det samfundsmedicinske område, der er brug for, og ikke læger der har en behandlingsmæssig tilgang. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at det kun er speciallæger i samfundsmedicin, der kan løse opgaven.

Flere af informanterne beskriver desuden en række konkrete patientrelaterede funktioner – især i forhold til udredning og rehabiliterende behandling på kommunale institutioner. Der er dog enighed om, at disse lægelige funktioner bedst varetages ved inddragelse af behandlingsansvarlige læger fra almen praksis eller sekundærsektoren. Også her kan den kommunalt ansatte læge bidrage positivt til indgåelsen af aftaler og forløbsplaner med de andre aktører på dette område.

Scenarie 3 – Borgere i alkohol og stofmisbrug: Det tredje scenarie sætter fokus på alkohol- og misbrugsområdet, hvor kommunerne med strukturreformen har fået et øget ansvar. Især i forhold til stofmisbrug indeholder loven en klar forpligtelse til, at kommunerne tilvejebringer den lægelige behandling til borgere med behov.

Der er på dette scenarie tale om lægelige funktioner af særlig specialiseret karakter, som kræver læger med kompetencer inden for dette specifikke kliniske område. Derfor understreger flere informanter, at det er vigtigt, at de læger, som arbejder med området, gør det fuld tid og har tid til at dedikere sig til dette særlige område. Opgaven som læge i en misbrugsenhed rummer også en række opgaver af planlægningsmæssig og strategisk karakter. Det gælder både i forhold til planlægningen af den kliniske indsats over for patientgruppen, som det gælder indgåelse i strategiske samarbejder med andre aktører i sundhedsvæsenet og i kommunens forvaltning. Derfor vurderer alle informanter, at det ikke er tilstrækkeligt med læger tilknyttet på konsulentbasis få timer om ugen. De mener, at for at opnå et ordentligt beredskab og det rette faglige miljø, er det nødvendigt at have omkring to-tre fuldtidslæger tilknyttet en sådan enhed.

Der er derfor enighed om, at mange små og mellemstore kommuner ikke har mulighed for at løse opgaven alene på en tilfredsstillende måde, og de foreslår, at flere kommuner med fordel kunne gå sammen om at etablere fælles behandlingsenheder, der kan løse opgaven.

Kommunalt samarbejde nødvendigt

De tre scenarier lægger op til, at kommunerne overvejer at ansætte flere læger direkte i kommunen til løsning af en række af de lægelige funktioner, der er beskrevet i scenarierne. De ansatte læger skal til dels afløse nogle af de funktioner, som i dag løses af konsulenter på timebasis og dels styrke kommunernes indsats på en række områder. Især lægger informanterne op til, at lægerne skal styrke den analytiske og planlægningsmæssige indsats, dog koblet til driftsansvar og konkrete lægelige opgaver. Generelt lægges der ikke op til at ansætte læger i strategiske ledelsesfunktioner.

Kommunerne har meget forskellige størrelser og organiseringen internt i kommunerne varierer også meget. Derfor vil der være mange forskellige løsningsmodeller. Men kommunerne kan med fordel overveje et øget samarbejde om løsningen af flere af de lægelige opgaver enten igennem oprettelsen af tværkommunale enheder eller gennem køb af ydelser i store enheder i de store kommuner i området. De større enheder med flere læger er nødvendige både for at skabe et inspirerende og højt fagligt miljø, for at tiltrække fagligt kompetente læger og for at opretholde et uddannelsesmiljø på det samfundsmedicinske område.

1. Indledning

Kommunerne har som led i kommunalreformen fået større ansvar for og mere indflydelse på det samlede sundhedsvæsen. Dels gennem flere og nye opgaver. Dels gennem medfinansiering af sygehuse. Reformen aktualiserer overvejelser om, hvordan kommunerne får de rette kompetencer til at kunne udvikle og drive det kommunale sundhedsområde. Centralt i denne kompetencediskussion står spørgsmålet om, hvilket behov kommunerne har for at anvende lægelig arbejdskraft.

Formålet med dette notat er at undersøge, hvordan fremtidens opgaver for lægelig arbejdskraft i kommunerne vil udvikle sig i løbet af de næste 10-20 år. Herunder hvilke udviklingstendenser der påvirker og bestemmer kommunale opgaver, hvor lægelig arbejdskraft kan være nødvendig. Notatet skal danne baggrund for en mere kvalificeret debat om udviklingen for kommunernes brug af lægelig arbejdskraft.

1.1 Metode

Notatet er baseret på forskellige typer data. I det indledende kapitel, der skitserer den overordnede udvikling i sundhedsvæsenet, tages udgangspunkt i tidligere DSI rapporter og data i form af tilgængelig statistik, der belyser udviklingen i sundhedsvæsenet de seneste år og prognoser for den fremadrettede udvikling.

Dernæst er der et afsnit, som kort gennemgår lovgivningen og overenskomsterne på området i dag, og enkelte tal for hvor mange læger kommunerne i dag har ansat.

Disse afsnit danner afsæt for at belyse og diskutere brugen af kommunalt ansatte læger i fremtiden. Som grundlag for denne diskussion har vi gennemført interview med seks nøglepersoner med forskellige perspektiver på brugen af læger i kommunerne. Vi har udvalgt personer, der repræsenterer alle sektorer – kommunerne, almen praksis og hospitalerne. Alle interviewpersoner har desuden en vis erfaring direkte med samarbejdet med den kommunale sektor (se bilag 1 for liste over alle interviewede nøglepersoner).

Alle interview er gennemført over telefonen, de er blevet optaget på bånd og sammenskrevet i resuméer, som har dannet baggrund for den diskussion, vi har skrevet. Interviewene har taget udgangspunkt i tre scenarier for brugen af læger i kommunerne, som er udarbejdet på en workshop med opdragsgiverne til projektet – KL, YL og FAS¹.

1.2 Notatets opbygning og læsevejledning

Notatets første del fokuserer på de mange og forskellige udviklingstendenser, som påvirker efterspørgslen efter og udbuddet af sundhedsydelse og dermed også behovet for lægelige arbejdsopgaver i kommunerne.

I notatets anden del gennemgår vi kort, hvad loven siger om brugen af læger i kommunerne, og hvad overenskomsterne på området siger. Endelig ser vi helt kort på den aktuelle brug af læger i kommunerne.

¹ Scenarierne er blevet ændret en enkelt gang i interviewfasen på baggrund af de input, informanterne havde givet.

I tredje del af notatet analyserer vi kommunernes behov for lægelig arbejdskraft i dag og fremadrettet på kort og mellemlangt sigt. Vi beskriver en række generelle overvejelser om ansættelsesforhold og opgavetyper, som er vigtige at overveje i forhold til, hvordan kommunerne kan løse deres lægelige opgaver, men hovedfokus i analysen er på tre udvalgte områder, som vi synes er særligt interessante for kommunerne at se nærmere på. Det drejer sig om:

- ◆ den ældre medicinske patient og kroniske patienter med stort behandlings- og plejebehov
- ◆ borgere på vej til sygedagpenge, kontanthjælp, ledighedsydelse og pensionsydelse
- ◆ borgere med alkohol- og stofmisbrugsproblemer.

Dette afsnit er primært baseret på de gennemførte interview.

Notatet afsluttes med en tværgående diskussion.

2. Udviklingen i sundhedsvæsenet

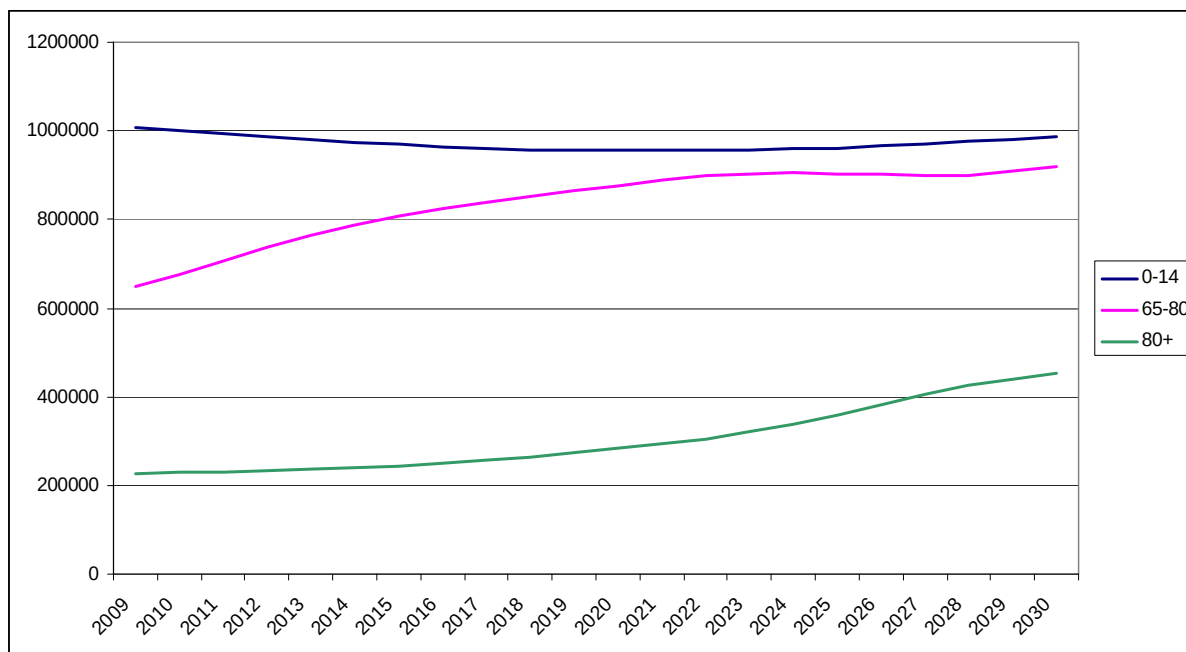
Denne første del af notatet omhandler udviklingen i demografi og sygelighed, finansieringspresset inden for sundhedsvæsenet, personaleprognoser, aktiviteten på sygehuse, samt konsekvenserne for opgavernes fordeling på tværs af sektorgrænserne. Beskrivelsen af de overordnede udviklingstendenser danner basis for diskussionen af, hvilke tendenser der kan iagttages, når der ses på kommunernes behov for lægelig arbejdskraft på kort og mellemlangt sigt. Denne del af notatet bygger på andre DSI-publikationer om relaterede emner. Især har følgende publikationer dannet grundlag for afsnittet:

- ♦ Kjellberg J, Kjellberg PK (2010): Sundhedsvæsenet i 2030: Notat til Danske Regioner (1)
- ♦ Kjellberg J, Buch MS (Ed.) (2010): Kapacitet i Almen Praksis, DSI Rapport (2)
- ♦ Vinge S (2010): Fremtidens Plejeopgaver i sygehusvæsenet, DSI Rapport (3)
- ♦ Vinge S, Kilsmark J (2009): Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling, DSI Rapport (4).

2.1 Demografi og sygelighed

Danmarks Statistik forventer, at Danmark i år 2030 vil have ca. 270.000 flere ældre borgere i alderen 65-80 år og ca. 230.000 flere ældre borgere i alderen 80+ år. Vi vil først se en stigning i antallet af ældre i alderen 65-80, og derefter en stigning i antallet af ældre over 80 år (5).

Figur 1. Antal Personer under 15, 65-80 og 80+ i årene 2009 til 2030



Kilde: Databanken, Danmarks Statistik.

De 80+årige udgør en særlig udfordring for sundhedsvæsenet, fordi de typisk er mere syge, og fordi deres sygdomme typisk er mere komplekse. Det stiller krav om særlig ekspertise. Samtidig er de 80+årige ofte i kontakt med mange forskellige dele af sundhedsvæsenet på én gang, hvilket stiller øgede krav til samordning og koordination.

2.2 Flere kronisk syge

Fremskrivninger foretaget af SIF peger på, at der i år 2020 vil være ca. 2 mio. danskere med langvarige sygdomme mod ca. 1,75 mio. i dag. Særligt store stigninger forventes inden for hjerte-kar-sygdomme, åndedrætssygdomme, diabetes samt astma og allergi (6).

SIF's fremskrivninger i antallet af kronikere er baseret på direkte fremskrivninger af, hvordan udviklingen har været frem til i dag. Her har det spillet en væsentlig rolle, at vi inden for de seneste 10 år har ændret kriterierne for, hvornår man er kronisk syg. Den forventede stigning i antallet af kronikere afspejler således ikke kun forventninger om, at vi får flere ældre og bliver mere syge, den afspejler også, at vi løbende ændrer vores kriterier for, hvornår man er rask og syg.

2.3 Finansieringspresset på sundhedsvæsenet

Siden 2000 er sundhedsudgifterne i Danmark steget mere end væksten i den øvrige økonomi. Den årlige mervækst har i henhold til OECD været på 2,5 % i perioden 2000-2007 (7). Hvis dette årtis årlige mervækst på 2,5 % fremskrives til år 2030, og forskydningen i befolkningens alderssammensætning samtidig indregnes, så vil sundhedsvæsenet i år 2030 næsten have fordoblet sin andel af BNP. Vi får således brug for en markant anderledes styring af vores udgifter til sundheds-væsenet, end vi har været vant til i de seneste ti år.

En anden markant udfordring i forhold til finansieringen af sundhedsvæsenet er, at den demografiske udvikling over de kommende 20 år resulterer i et kraftigt indhug i borgere i den erhvervsaktive alder, som skal finansiere sundhedsvæsenet. Siden 1950 har der for hver person i den erhvervsaktive alder været én person, der skulle forsørges. Udover en stigning i antallet af ældre kan vi også se et fald i antallet af børn og unge, som er på vej ind på arbejdsmarkedet. Danmarks Statistik har beregnet, at der i år 2030 vil være ca. 2,5 person at forsørge for hver person mellem 25 og 64 – det er altså 1,5 person mere end i dag.

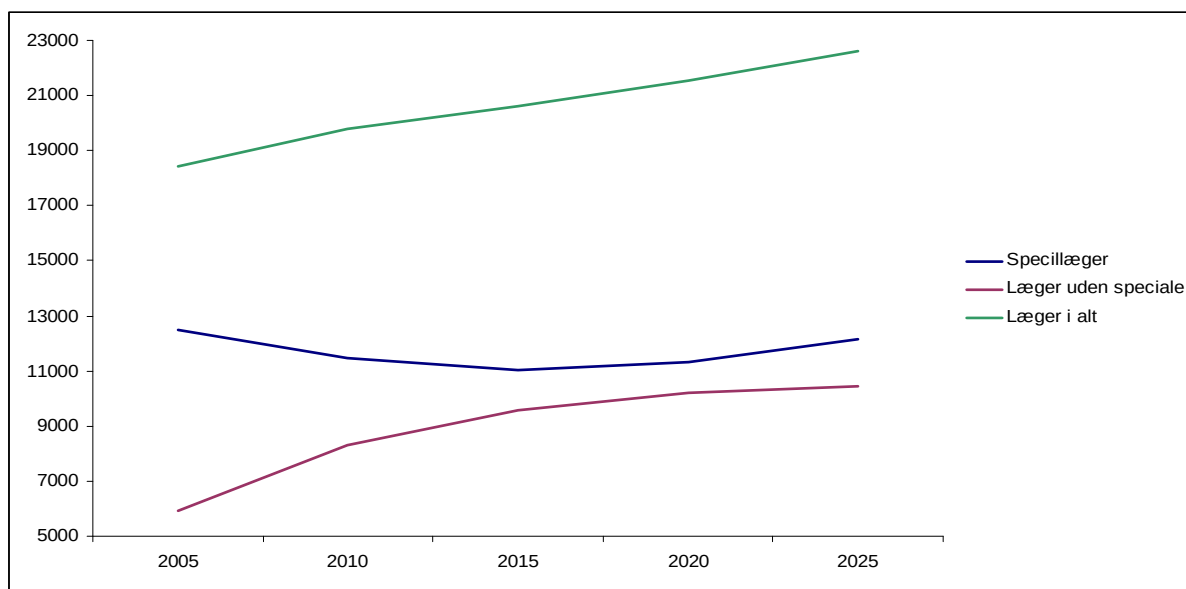
Denne demografiske udvikling skyldes, at årgangene i 1930'erne og 1980'erne var små, mens de var store i 1940'erne og 1960'erne. Det betyder, at vi i dag kun har få ældre borgere i 80 års alderen og få børn og unge, mens der er relativt mange i den erhvervsaktive alder. Det betyder også, at der netop nu er mange, der nærmer sig pensionsalderen og få unge til at erstatte dem. Vi oplever altså en befolkningsmæssig ubalance, som rækker langt ind i fremtiden, og som både vil få konsekvenser for efterspørgslen efter sundhedsydelser, muligheden for at rekruttere arbejdskraft og muligheden for finansiering af velfærdsstaten.

2.4 Udviklingen i personaleudbuddet

Med mindre det lykkes at fjerne mervæksten i forbruget på sundhedsydelser i årene frem mod år 2030, må vi forvente, at sundhedsvæsenet vil komme til at slås med en betydelig personalemangel – og det indenfor samtlige personalegrupper.

I tal peger fremskrivninger fra Sundhedsstyrelsen på, at det samlede antal læger i år 2025 vil være 22.609 mod 18.179 i år 2004 (8). Fremtiden byder således ikke på færre læger. Der vil imidlertid opstå problemer, fordi mange af lægerne er yngre læger under uddannelse, og mange speciallæger i de kommende år vil begynde at gå på pension. Sundhedsstyrelsen forventer, at antallet af speciallæger vil falde frem til år 2015 og først efter år 2025 nå det samme niveau, som vi havde i år 2005. Perioden frem mod år 2030 vil således være præget af mangel på speciallæger. Hvis efterspørgslen på speciallæger fortsætter med at stige, vil denne mangel blive endnu mere udtalt.

Figur 2. Prognose for udviklingen i det samlede antal læger, speciallæger og læger uden speciale

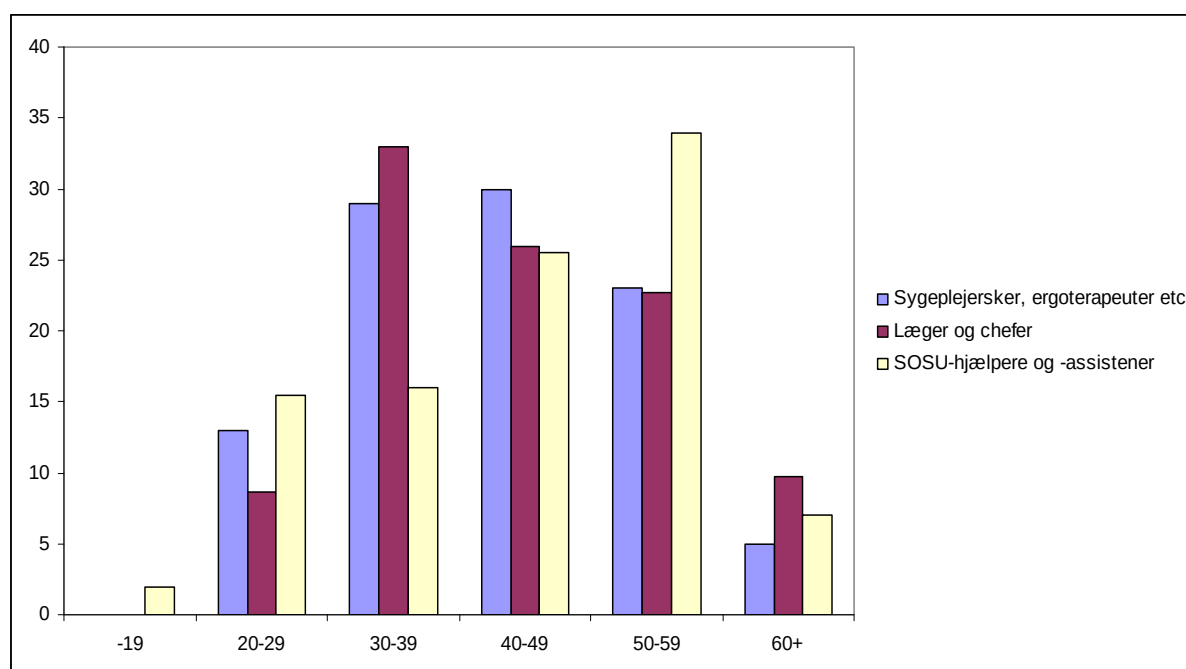


Kilde: "Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2004-2025", Sundhedsstyrelsen (2006).

Sundhedsstyrelsen har ikke foretaget fremskrivninger over antallet af sygeplejersker, men Dansk Sygeplejeråd (DSR) forventer, at der i 2015 vil være 2.600 flere sygeplejersker end i år 2006. Dette vil ifølge DSR matche den demografiske betingede øgede efterspørgsel (9). Udover den ændrede demografi kan vi dog også forudse en ændret opgavesammensætning, der vil give sygeplejerskerne flere og nye opgaver. Desuden vil en øget efterspørgsel efter sundhedsydelser enten i den offentlige eller den private sektor også medføre et øget behov for arbejdskraft. Vi kan altså forvente, at sundhedsvæsenet også i tiden frem mod år 2030 vil opleve mangel på sygeplejersker.

Der findes ikke prognoser for andre personalegrupper såsom social- og sundhedsassistenter, portører mv. Men alderssammensætningen for social- og sundhedsassistenter peger i retning af, at der i de kommende år kommer stor afgang fra faget for denne faggruppe, mens elevtilgangen for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere de seneste 10 år har været faldende. Der kan således også forventes mangel på personale for disse personalegrupper (9). Igen vil en øget efterspørgsel på sundhedsydelser såvel i den offentlige som den private sektor blot forværre manglen.

Figur 3. Procentvis aldersfordeling i sundhedsvæsenet i 2007 fordelt på udvalgte personalegrupper



Kilde: "Hvordan kan sundhedsvæsenet sikres tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft?". Danske Regioner, (2008).

2.5 Udviklingen i aktiviteten

Både den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser og den teknologiske udvikling har medført en voldsom udvikling i aktiviteten. Fra 1999-2008 er liggetiden på det somatiske område faldet 24 %. Samtidig er antallet af indlæggelser steget i alt 8 %, mens antallet af ambulante besøg er steget med 60 % gennem perioden (3).

Både Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og regeringens ekspertpanel vedrørende sygehusinvesteringer (Erik Juhl-udvalget) har lavet fremskrivninger af udviklingen i aktiviteten.

- ◆ SIF skønner, at der i 2020 vil være næsten 20 % flere indlæggelser end i 2005 og ca. 77 % flere ambulante besøg (6).
- ◆ Erik Juhl-udvalget skønner, at antallet af indlæggelser vil stige med 10-15 %, og at antallet af ambulante besøg vil stige med 50 % (10). Ekspertpanelet regner desuden med, at faldet i liggetid vil fortsætte, således at der i år 2020 vil være behov for 20 % færre sengedage, end der var i år 2008.

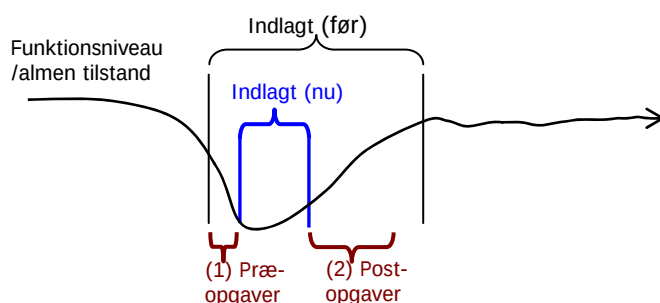
Vi kan altså imødesee, at behandlingsintensiteten under indlæggelse fortsat vil stige. Udviklingen i behandlingsmulighederne med nye, bedre, og mere skånsomme metoder, og nye præparater er en væsentlig årsag til faldet i liggetider og konverteringen fra stationær til ambulant aktivitet. Samtidig giver de øgede behandlingsmuligheder i sig selv stigende forventninger og dermed en øget efterspørgsel. Den forventede stigning i ambulant aktivitet skyldes både, at der foretages kontroller af flere kronikere, men også at der sker en konvertering af stationær til ambulant aktivitet ikke mindst på det kirurgiske område.

Samlet set betyder denne udvikling i aktiviteten, at en stigende del af arbejdet er præget af korte og væsentligt mere behandlings- og plejeintensive kontakter med patienterne.

2.6 Opgavefordelingen på tværs af sektorer

Det ændrede aktivitetsmønster i sekundærsektoren kan have en række konsekvenser for opgavefordelingen på tværs af sektorerne. Hvad der tidligere var intensivt håndteres i dag i højere grad på de stationære sengeafsnit. Hvad der før var stationært konverteres i dag til ambulant aktivitet. Og hvad der tidligere var sygehusopgaver – stationære som ambulante – bliver i højere grad primærsektoropgaver. Således bevæger grænserne sig alle steder, og på alle niveauer bliver der flere, sygere, tunge og mere plejkrævende patienter.

Figur 4. Illustration af den generelle udvikling i opgavedelingen mellem primær- og sekundærsektor (Tilpasset efter Vinge 2010 (3))



Figuren illustrerer, at kortere indlæggelser medfører, at der er en række konkrete opgaver, som flytter fra sygehuset til hjemmet. Opgaverne ligger både før indlæggelse (fx klargøring og andre primært kliniske opgaver), under ambulante forløb (primært koordinerende, observerende og dataindsamlende opgaver) og efter indlæggelse (både kliniske såvel som koordinerende, psykosociale og vejledende opgaver).

Opgaver, der flytter ud fra sygehuset til primærsektoren, vil havne både i kommunerne og i almen praksis. Visionen for almen praksis er, at der skal etableres store lægeklinikker med mulighed for uddelegering af opgaver til fx sygeplejersker og bioanalytikere, og at det er i det regi, at især opfølgning og behandling af kronisk syge patienter skal ske i fremtiden (2).

Fordi kommuner og hospitaler hører under hver sin sektor – ikke mindst i økonomisk forstand – har acceleration af forløb og konvertering til ambulant aktivitet skabt et øget fokus på udviklingens betydning for sektorgrænsen (3).

2.7 Opsamling

Der er på policyniveau bred enighed om de beskrevne udviklingstendenser. Både den demografiske udvikling og ændringerne i såvel sygehussektoren som i almen praksis vil medføre en ændret opgavesammensætning i kommunerne. Konsekvenserne for kommunernes fremtidige behov for lægelig arbejdskraft kan dog ikke direkte aflæses af de forventede udviklingstendenser for sundhedsvæsenet. Men den stigende efterspørgsel skal håndteres, og her vil nye løsninger blive efterspurgt, herunder særligt input til:

- ♦ Hvordan stigningen i efterspørgslen kan bremses ved forskellige forebyggende initiativer
- ♦ Hvordan vi organiserer os bedre i snitfladen mellem kommune og sygehus, så vi bedre udnytter de eksisterende behandlingstilbud

- ◆ Hvordan behandlingstilbud tilrettelægges på det lavest effektive omsorgsniveau
- ◆ Hvordan vi sikrer, at udbuddet af arbejdskraft bliver så højt som muligt?

Kommunernes opgaver på sundhedsområdet vil altså undergå en forandring de kommende tiår, præcis hvad det betyder for den konkrete fordeling af opgaver, behovet for kompetencer, og hvor de forskellige kompetencer skal forankres, er mere usikkert. Men det ligger klart, at et tættere samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommuner vil være forudsætningen for, at der kan findes og implementeres nye løsninger.

3. Kommunernes brug af lægelig arbejdskraft

3.1 Loven og overenskomsterne

3.1.1 Sundhedsloven

Sundhedsloven og serviceloven beskriver to områder, hvor kommunen har lægelige opgaver. Det gælder børn og unge samt alkohol og stofmisbrugsbehandling. Desuden har kommunerne tradition for at bruge læger på social- og arbejdsmarkedsområdet blandt andet som følge af afgørelser i Ankestyrelsen.

Børn og unge: I forhold til børn og unge hedder det, at kommunen skal "tilbyde alle børn og unge i den undervisningspligtige alder to vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske" (11). Frem til 2008 var lovkravet, at disse ind- og udskolingsundersøgelser skulle foretages af læger, men i dag kan sundhedsplejersken også forestå disse. Mens kommunerne ikke længere skal bruge læger på normalområdet, er der fortsat krav om lægevurdering over for børn og unge, der har særlige behov, som kun en læge kan vurdere. Således skal børn og unge med særlige behov tilbydes en øget indsats "ved en læge eller sundhedsplejerske". For at kunne vurdere dette behov, skal kommunen "med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov [oprette] en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab" (12)².

Alkohol og misbrug: Kommunerne skal tilbyde behandling til alkohol og stofmisbrugere. Omkring alkoholmisbrug hedder det, at kommunen selv kan tilbyde eller købe sig til ydelsen hos andre offentlige eller private udbydere. Der er ikke krav om, at alkoholbehandlingen skal forestås af en læge, dog skal der være en læge involveret, hvis der indgår medicin i alkoholbehandlingen. Siden 2007 har kommunerne også skulle stå for behandlingen af stofmisbrugere. På stofområdet siger loven eksplicit, at der skal være tale om 'lægelig behandling'. Også her kan kommunen købe behandlingen hos andre offentlige eller private udbydere³.

I sundhedsloven beskrives der desuden en række områder, hvor kommunen har ansvaret, men hvor der ikke lægges op til, at der er lægelige opgaver involveret. Det gælder tandpleje, hjemmesygepleje, genoptræning og fysioterapiydelser. Særligt på pleje- og genoptræningsområdet er der dog gråzoner, hvor de kommunale opgaver er tæt forbundet med de behandlingstilbud, borgeren modtager.

På et enkelt område siger loven, at kommunerne kan tilbyde hjælp af 'behandlingsmæssig karakter'. Det gælder borgere med "betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer" (13).

Social- og arbejdsmarkedsområdet: Kommunerne skal desuden involvere læger i vurderingen af sager, hvor der kan tilkendes offentlige ydelser til borgere på baggrund af en helbredsbehandling. Kravet om lægevurdering i disse sager følger ikke direkte af loven. Derimod er der principafgørelser fra den sociale ankestyrelse, der siger, at kommunerne er nødt til at indhente eget uafhængigt lægeligt skøn,

² Dette går igen i servicelovens § 49: "For at tilgodese børn og unge med behov for særlig støtte skal kommunalbestyrelsen oprette en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at støtten ydes tidligt og sammenhængende, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk og anden sagkundskab".

³ Dette fremgår af sundhedslovens § 141 (om alkoholbehandling) og § 142 (om stofbehandling). Desuden er kravene til kommunen også beskrevet i servicelovens § 101.

når den skal afgøre sager, hvor helbredsmæssige forhold spiller en rolle. Det gælder særligt, hvis den vil gå imod lægelige erklæringer fra borgerens egen læge.

3.1.2 Overenskomsten

Kommunallægen er ansat på to forskellige overenskomster, der afhænger af deres timetal. Læger, der er ansat på konsulentbasis i 3-14 timer om ugen, arbejder på en overenskomst indgået mellem PLO og KL. Læger, der er ansat mere end 14 timer, og som typisk har en fast løn, er ansat på en overenskomst mellem FAS og KL. Der er ikke forskel på beskrivelsen af lægernes arbejdsområder i de to overenskomster. Læger kan desuden ansættes på fælleskommunale vilkår, således at flere kommuner kan deles om én kommunallæge.

Kommunallægens arbejdsopgaver beskrives i overenskomsterne således:

Opgaver inden for arbejdsområdet med børn og unge:

- ◆ Ind- og udskolingsundersøgelser
- ◆ Overvågning af børn og unges sundhed
- ◆ Undersøgelser, opsporing og vejledning omkring børn med særlige behov (14;15).

Opgaver inden for arbejdsområdet som lægekonsulent på det sociallægelige område:

- ◆ Rådgivning og sagsbehandling i individuelle sager
- ◆ Generel rådgivning af personale i kommunens social- og sundhedsforvaltning
- ◆ Undervisning og foredragsvirksomhed
- ◆ Deltagelse i udvalgsarbejder
- ◆ Sundhedsfremmende initiativer
- ◆ Udarbejdelse af baggrundsmateriale
- ◆ Bistand i forbindelse med tjenestemandsansættelser og afskedigelser (14), (15).

I overenskomsterne påpeges det yderligere, at på de områder, hvor lægen sidder i en rådgivende funktion, varetager vedkommende kun den rådgivende funktion, og tilbyder ikke nogen form for lægelig behandling hverken til klienter eller til ansatte i forvaltningen.

3.2 Antal læger i kommunerne

I løbet af de seneste fem år er antallet af læger ansat i kommunerne faldet.

År	Kommunallæger 15 timer/uge	Kommunallæger 3-14 timer/uge	Kommunallæger, overlæger	Total
2006	107	50	11 ⁴	168
2010	99	30	10	139

⁴ Antallet for 2004, da der ikke er tal fra 2006.

I 2006 var der således 168 fuldtidsekvivalente (FTE) læger ansat på forskellige typer af aftaler i kommunerne, mens det samme antal i 2010 er 139 læger⁵.

Lægerne er som beskrevet i afsnit 3.1 primært ansat på to forskellige kontrakter. Den ene er for læger, der arbejder mere end 15 timer om ugen, hvor aftalen er indgået med Foreningen af Speciallæger (FAS), mens den anden gælder læger ansat i 3-14 timer ugentligt, og er indgået med PLO. Desuden er der et begrænset antal læger, der er ansat i overlæge-stillinger. Disse tal er ikke helt retvisende for København, der også har et vist antal læger ansat under andre overenskomster.

⁵ Tallene i dette afsnit er baseret på opgørelser fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD).

4. Kommunernes fremtidige behov for lægelig arbejdskraft

4.1 Generelle kriterier

Før vi går i gang med diskussionen af de tre udvalgte scenarier, vil vi beskrive nogle generelle kriterier, som kommunerne kan være opmærksomme på, når de skal afgøre, hvordan de ønsker at dække deres behov for lægelig arbejdskraft i fremtiden. Det drejer sig for det første om opgavernes type og niveau, og dernæst drejer det sig om, hvilken type tilknytning lægerne kan have til kommunen.

4.1.1 Opgavens type og niveau

For at få en klarere diskussion af hvordan kommunerne i fremtiden skal løse de lægelige opgaver, de står over for, er det vigtigt at skelne mellem forskellige opgavetyper og forskellige opgaveniveauer. Vores informanter lægger op til følgende vigtige opdeling af lægelige opgaver i kommunerne:

- ♦ *Strategisk og planlægningsmæssigt niveau:* For det første er der de strategiske og planlægningsmæssige opgaver, hvor lægelig arbejdskraft vil kunne forbedre og styrke beslutningstagningen. Denne funktion kan yderligere opdeles i et mere overordnet niveau og et mere detaljeret niveau:
 - *Planlægningsrolle:* Den overordnede planlægningsopgave drejer sig om på et højt niveau i kommunen at deltage i strategiske overvejelser omkring planlægning og løsning af sundhedsopgaver, hvor den lægefaglige ekspertise kan bidrage med at skabe så hensigtsmæssig en planlægning som muligt. Det kan dreje sig om sektorsamarbejdet for eksempel i forbindelse med sundhedsaftalerne eller den strategiske planlægning for at forebygge indlæggelser eller for at forebygge sygemeldinger.
 - *Implementeringsrolle:* Det kan også dreje sig om de mere detaljerede implementeringsopgaver af de planer, der bliver udarbejdet, og det konkrete ansvar for at planerne bliver fulgt, og at alle de forskellige parter faktisk gør det, der er aftalt i planerne.
- ♦ *Driftsniveau:* For det andet er der et mere driftsorienteret niveau, hvor de lægelige opgaver handler om at forholde sig til konkrete borgeres eller patienters helbreds-mæssige udfordringer. Disse driftsopgaver kan yderligere opdeles i opgaver med klinisk ansvar og opgaver uden.
 - *Driftsopgaver udelukkende med beskrivende beføjelser:* De klassiske kommunale lægelige opgaver, drejer sig om lægelige vurderinger af rent beskrivende eller undersøgende karakter uden behandlingsmæssige eller kliniske opgaver. Det kan både være i rådgivning og i vurdering af individuelle borgersager og det kan dreje sig om rådgivning og undervisning i forhold til konkrete driftsmæssige problemstillinger af mere generel karakter på kommunens institutioner.
 - *Driftsopgaver med kliniske beføjelser:* I stigende grad er der behov for at løse lægelige opgaver med et mere klinisk indhold blandt patienter, der varetages i kommunen. Det kan både dreje sig om en tidlig indsats over for sygemeldte, en behandlingsopfølgende indsats over for nyligt udskrevne og en behandlingsindsats over for dobbeltbelastede og misbrugere.

4.1.2 Ansættelsesforhold

En anden af de afgørende overvejelser, som går igen i alle vores interview, er, hvilke læger med hvilke ansættelsesforhold der bedst kan løse de lægelige opgaver, kommunerne står med. Der er tre overordnede tilgange til at skaffe lægelig arbejdskraft til løsning af de konkrete opgaver:

1. *Ansættelse:* For det første kan kommunerne ansætte lægerne selv i faste stillinger og med en fast løn og fast arbejdstid.
2. *Konsulent:* For det andet kan kommunen indgå aftaler med læger – enten praktiserende læger eller andre speciallæger – på kontrakter, der aflønner lægerne på timebasis.
3. *Udgående funktion fra praksis eller hospital:* For det tredje kan en del af de lægelige opgaver, kommunerne står med, løses gennem mere flydende sektorovergange, hvor læger enten fra sygehusene eller fra praksissektoren – eventuelt i udgående funktioner – løser opgaven.

Der er fordele og ulemper ved alle tre modeller, og i et vist omfang vil alle tre modeller formentlig komme på tale i forhold til løsningen af lægelige opgaver i kommunen i fremtiden. Udfordringen bliver at finde det rette mix – og udnytte de tre modellers fordele og samtidig være bevidst om deres ulemper.

Ansættelse: De fleste af vores informanter fremhæver, at mange kommuner med fordel i højere grad kunne ansætte læger. Vores informanter lægger vægt på, at der primært bliver tale om fuldtidsstillinger, der kan give en fuld løn og et klart tilhørsforhold til kommunen. En fordel ved at ansætte lægerne på denne måde er, at lægerne får et større ejerskab til kommunen, at de kan få en større forståelse for og identifikation med kommunens perspektiv på de lægelige udfordringer. Det er især de strategiske og planlægningsmæssige opgaver samt driftsopgaver med beskrivende indhold, som kommunerne derved kunne blive bedre til at løse. Læger med fuldtidsansættelse kan med fordel kombinere driftsmæssige opgaver med de mere strategiske og planlægningsmæssige aspekter, og netop ved at kunne koble de to niveauer vil kommunerne kunne få mere kvalitet ind i opgaveløsningen.

Konsulent på timebasis: Mange kommuner benytter i dag læger på timebaserede kontrakter, der i et mere eller mindre fast forhold udfører lægelige opgaver for kommunerne. Det drejer sig helt overvejende om driftsopgaver i forhold til individuelle borgersager, samt om konsulentfunktioner i forhold til koordination mellem praksissektor og kommunen (kommunale praksiskonsulenter).

- ◆ **Lægekonsulenter til driftsopgaver:** Mange kommuner ansætter læger som konsulenter i et begrænset timetal til at varetage en række af de driftsopgaver, der påhviler kommunen, hvor lægelig arbejdskraft er påkrævet. Det drejer sig primært om opgaver på social- og arbejdsmarkedsområdet, men kan også vedrøre lægelige opgaver på misbrugsområdet, børne- og ungeområdet med flere. Der er en vis uenighed blandt informanterne om, hvor god en løsning denne model er. De påpeger en række ulemper. I forhold til vurdering af individuelle borgersager betyder konsulentmodellen, at lægerne helt isoleret forholder sig til den enkelte sag. Det er begrænset i hvilket omfang, læger kan bidrage til fælles læring, og ofte er det også sværere at få et tæt og uformelt samarbejde mellem forvaltning og læger op at stå. Lægerne vil også i mindre grad have det 'kommunale blik' på de sager, de vurderer.
- ◆ **Kommunale praksiskonsulenter:** Flere og flere kommuner ansætter praktiserende læger som konsulenter i et begrænset timetal til at styrke dialogen og samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger, der arbejder i kommunen. Der er her tale om en pendant til de praksiskonsulenter, der i mange år har arbejdet med at styrke samarbejdet mellem hospitaler og praktiserende læger. Vores informanter ser en række fordele ved disse konsulentordninger. De kan hjælpe kommunen med kommunikationen med kommunens praktiserende læger, og de kan bibringe kommunens folk en forståelse for arbejdsforholdene og mulighederne for de praktiserende læger i forhold til de fælles løsninger. På den måde kan de bistå med implementeringen af konkrete aftaler. Der er dog også en vis kritik og skepsis i forhold til ordningen. For det første nævner flere informanter, at konsulenterne godt kan mangle forståelsen for kommunens perspektiv, når de kun er ansat i få timer ud over deres job i praksis. For det andet fremhæver flere informanter det som et problem,

at konsulenterne ikke reelt repræsenterer de praktiserende læger i kommunen, og derfor ikke kan indgå aftaler på deres vegne. Det skal dog nok i lige så høj grad tolkes, som en efterlysning af et bedre og mere formelt samarbejde mellem kommuner og bylægelaug, end det skal ses som en egentlig kritik af de kommunale praksiskonsulenter.

Udgående funktioner fra praksis eller hospital: Informanterne beskriver samstemmende, at kommunerne i dag står med en række borgere, der er modtagere af forskellige typer af kommunale plejeforanstaltninger, hvor der er et behandlingsbehov, som ikke bliver løftet tilstrækkelig godt i dag. Denne udvikling må vi forvente forstærkes i de kommende år, hvor hospitalerne vil forsætte udviklingen mod accelererede behandlingsforløb, tidlig udskrivning og mere ambulant behandling. Mens borgeren/patienten befinder sig i det kommunale sundhedssystem, ligger det behandlingsmæssige ansvar enten hos egen læge eller på hospitalet. Dette giver en række udfordringer og uklarheder. Selvom flere informanter diskuterer muligheden for, at kommunen ansætter læger til at løfte denne behandlingsmæssige opgave, påpeger de fleste også, at dette ikke er en god løsning. En anden mulighed er, at grænsen mellem hospitalet og kommunen samt praksissektoren og kommunen bliver opblødt, således at det bliver nemmere for kommunen at kunne trække på den til enhver tid behandlingsansvarlige læge, når en borger/patient har et behandlingsbehov. Det vil muligvis kræve etableringen af nye udgående funktioner fra hospitalernes side, og det vil kræve nogle klare snitflader i patientforløbene på tværs af sektorgrænserne. Desuden peger flere også på, at regionerne har en sundhedsfaglig rådgivningspligt, som kommunerne og regionerne godt kunne konkretisere og udfolde langt mere, og som kunne medvirke til at understøtte personalet i kommunerne.

4.2 Tre scenarier

I samarbejde med KL, YL og FAS har DSI udarbejdet tre scenarier for kommunelægernes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet. Scenarierne er udvalgt ud fra, hvor vi kan se særlige udviklingsmuligheder og udviklingsbehov i forhold til den lægelige arbejdskraft i kommunerne i fremtiden. De skal derfor ikke ses som gensidigt udelukkende eller som entydige jobprofiler, og de skal heller ikke ses som udtømmende for de lægelige opgaver, kommunerne kan se frem til i det kommende tiår.

De tre scenarier tager udgangspunkt i tre patient/borgergrupper, hvor kommunerne har særlige udfordringer i forhold til den sundhedsfaglige indsats. Det drejer sig om:

- ◆ Ældre medicinske patienter og kronikere med stort behandlingsbehov
- ◆ Borgere på kanten af arbejdsmarkedet på grund af helbredsmæssige udfordringer
- ◆ Borgere med alkohol- eller stofmisbrugsproblemer.

4.2.1 Scenarie 1 – Den ældre medicinske patient

Det første scenarie sætter fokus på den ældre medicinske patient og på kroniske patienter med stort behandlings- og plejebehov, som kommunerne allerede i dag har et stort ansvar for i den kommunale plejesektor. En række faktorer gør, at denne patientgruppe i fremtiden vil blive en endnu større udfordring for kommunerne.

Allerede med strukturreformen fik kommunerne et øget ansvar for disse patienter med en større rolle i forhold til genoptræning og rehabilitering. Som beskrevet i kapitel 2 betyder den demografiske udvikling, at gruppen vil stige i antal de kommende år, mens udviklingen på sygehusområdet betyder, at en større del af denne gruppes pleje- og behandlingsbehov i fremtiden skal løses enten i eget hjem eller i kommunale institutioner.

Kendetegnende for disse patienter er, at de har behov, der går på tværs af alle sektorer, og det er en helt særlig udfordring at få planlagt og koordineret et sammenhængende behandlingsforløb imellem den kommunale sektor, den sekundære sektor og almen praksis.

Traditionelt har kommunerne haft meget få læger ansat på dette område, som primært er blevet varetaget af sygeplejersker og andet plejepersonale. Samstemmende for alle de informanter vi har talt med er, at kommunerne er nødt til at opruste både deres lægelige kompetencer og de sygeplejefaglige kompetencer i forhold til denne patientgruppe. Hovedformålet med en oprustning er for det første at sikre en bedre pleje og behandling af denne patientgruppe, og for det andet mener flere af informanterne, at en bedre indsats kan forebygge en mængde indlæggelser. Færre indlæggelser vil til dels kunne finansiere en øget indsats gennem sparede udgifter på den kommunale medfinansiering af indlæggelser – men flere informanter påpeger, at det nok ikke vil kunne dække alle merudgifter.

Lægelige funktioner på området

I forhold til dette scenarie er der ifølge vores informanter lægelige funktioner, der er behov for at løse både på det strategiske og planlægningsmæssige niveau og i forhold til konkret klinisk vurdering i reelle driftsopgaver.

Læger i driften: Det, som alle informanter udpeger som den store udfordring i forhold til denne patientgruppe er, at der mangler lægelig supervision og kontakt i forhold til en række borgere, der er i kommunens varetægt enten i eget hjem eller på kommunale institutioner. Det drejer sig om borgere, der er nyligt udskrevet, men stadig ikke på et højt nok funktionsniveau til at kunne komme hjem – her opretter stadig flere kommuner døgnpladser med specialiseret sygepleje. Mange af disse patienter har reelt stadig brug for lægelig supervision. En af vores informanter vurderer, at op imod en tredjedel af disse patienter stadig har brug for lægebehandling. En anden målgruppe er borgere, der kan undgå indlæggelse med en styrket kommunal indsats – for eksempel væskebehandling. Desuden drejer det sig mere generelt om hurtig lægelig vurdering af patienter i kommunal varetægt enten i hjemmeplejen eller på kommunale plejehjem, hvor plejepersonalet er i tvivl og ikke kan påtage sig ansvaret.

Flere informanter peger på, hvordan behovet for læger der kan støtte det øvrige kommunale sundhedspersonale på dette område blot vil stige markant i fremtiden. De peger her på den udvikling, vi har beskrevet i afsnit to hen imod endnu mere accelererede forløb på hospitalerne og endnu tidligere udskrivning af patienter. Diagnosen er således klar – kommunen skal have knyttet læger med behandlingsansvar tættere til deres egne plejehjem. Spørgsmålet er, hvilke læger, det skal være og hvordan det skal organiseres.

- ♦ *Kommunale læger:* En af mulighederne, som nævnes af flere, er ansættelsen af egne læger. Flere informanter taler i den forbindelse om at gå tilbage til tidligere tiders plejehjemslæger eller ansættelse af geriater i kommunen. Ingen af informanterne anbefaler dog dette som en hovedløsning, og flere informanter advarer direkte om at gå den vej. De ser mange problemer med modellen. Først og fremmest fordi det vil skyde endnu et led ind i forhold til hvilken læge, der har behandlingsansvaret for de pågældende patienter. Hvis man forestiller sig, at disse læger helt skulle overtage ansvaret for borgere på plejehjem, vil det udfordre princippet om, at alle borgere har ret til selv at vælge egen læge. Desuden vil det kun løse problemet for en afgrænset del af patienterne, da de fleste borgere fortsat bor i eget hjem. I begrænset omfang og måske især i større kommuner kan det være en løsning at ansætte læger som ledere af enheder med fokus på borgere, der har brug for specialiseret pleje. Disse læger vil dog også få en række funktioner af mere strategisk karakter, som vi vil diskutere nedenfor.

- ♦ *Bedre samarbejde med almen praksis:* Alle informanter peger på den udfordring, det er at få de praktiserende læger til at påtage sig behandlings- og supervisionsansvaret for disse patienter i dag. Sådan som praksis er organiseret i dag, er det meget svært for de praktiserende læger at kunne tilbyde, hvad der reelt er et akutberedskab, kommunerne kan trække på ved behov – og døgnet rundt. Ikke kun passer almen praksis arbejdsorganisering dårligt til at kunne yde denne støtte, flere påpeger også, at de praktiserende læger ofte ikke har de rette kompetencer. En enkelt informant nævner muligheden for, at man kunne give denne supervisionsopgave til en reformeret lægevagt. Men den skulle i så fald fungere anderledes end i dag og have flere akutkompetencer tilknyttet.
- ♦ *Bedre samarbejde med sekundærsektoren:* En løsning, som fremhæves af flere informanter, er at udvikle et nyt og bedre samarbejde mellem hospitalerne og kommunen. Der er behov for langt mere flydende overgange over sektorgrænsen. En af de muligheder, som nævnes, er, at geriatri-ske afsnit eller måske de nye store specialiserede fælles akutmodtagelser får bedre kapacitet til at samarbejde ud i kommunen omkring behandlingen i konkrete patientforløb. Man kunne forestille sig en slags udkørende enheder med læger tilknyttet, som kan påtage sig supervisionsansvaret og – meget vigtigt – det behandlingsmæssige ansvar for disse patienter. En informant nævner muligheden for at oprette deciderede udslusningsenheder, som hospitalet kan udskrive til, hvor ansvaret deles mellem hospital og kommune, således at kommunen overtager plejeansvaret, mens hospitalslægerne beholder det behandlingsmæssige ansvar. Først når patienten er klar fra udslusningsenheden, udskrives patienten til egen læge. Samarbejdet med sekundærsektoren kunne også omfatte rådgivende hotline, hvor kommunens personale kan ringe og få konkret rådgivning i tvivlstilfælde. Fælles for alle disse løsninger er, at der er kasse-mæssige udfordringer i, hvordan regningen skal fordeles. Men alle informanter understreger, at det er denne retning, man bør gå i for at finde gode holdbare løsninger.

Strategiske og planlægningsmæssige opgaver: Generelt er alle informanter enige om, at samarbejdet i trekanten mellem kommune, almen praksis og hospitaler har brug for at blive styrket. Der er behov for at gøre op med silotænkning, og der er – som beskrevet ovenfor – behov for udvikling af løsninger, som nedbryder sektorgrænserne. For at kunne løfte denne strategiske planlægningsopgave mener flere informanter, at kommunerne har brug for at styrke deres sundhedsfaglige tænkning og kapacitet – især styrke forløbstænkningen. Der er dog ikke helt enighed om, i hvilket omfang det vil være nødvendigt at tilknytte egne læger, der kan indgå i det strategiske og planlægningsmæssige arbejde på kommunens vegne. De opgaver, som informanterne peger på i forhold til dette område, er:

- ♦ *Strategisk planlægning på tværs af sektorgrænserne:* Der er i dag en række formelle samarbejdsfora, hvor kommunen samarbejder med både hospitaler og almen praksis. Det gælder blandt andet samordningsudvalg og i stigende grad de såkaldte særlige lægelige kommunale udvalg, hvor samarbejdet med kommunens praktiserende læger i bylægelagene er formaliseret. Flere informanter mener, at kommunen har brug for deres egen lægelige ekspertise til at kunne repræsentere dem i disse samarbejdsfora, mens andre informanter mener, at det er mere afgørende, at arbejdet i disse fora prioriteres ledelsesmæssigt, og at man får inddraget den rette lægelige ekspertise i de arbejdsgrupper, som udarbejder beslutningsoplæggene til møderne. Fælles er dog, at informanterne mener, kommunerne skal styrke den faglige baggrund, de selv kan bidrage med i dette tværsektorielle samarbejde. At de i højere grad kan tage initiativ og få gennemført analyser, der kan give dem en stærkere rolle i samarbejdstrekanten.
- *Implementering af indgåede aftaler:* Når der er indgået forskellige former for aftaler mellem kommunerne og de øvrige aktører, skal disse implementeres. Mange påpeger, at det ofte er her, problemet opstår. Det kan enten skyldes, at de rigtige ikke var inddraget i beslutningsoplægget.

Men det kan også skyldes, at der mangler aktører i kommunen, som kan sikre, at aftalerne implementeres og overholdes. I stigende grad ansætter kommunerne kommunale praksiskonsulenter blandt andet for at sikre implementering af indgåede aftaler i de enkelte lægepraksis. Der er delte meninger om, hvor godt dette fungerer. Meget af kritikken handler især om, at det ikke er muligt at forpligte de praktiserende læger på de aftaler, som indgås. Flere informanter mener ikke, at praksiskonsulenterne har pondus nok til at gøre en stor forskel. Samarbejdet mellem kommune og almen praksis er stadig ved at blive udviklet, både med de kommunale praksiskonsulenter og de særlige lægelige udvalg, og det kan måske blive bedre med tiden. Flere informanter efterlyser dog reformer af praksissektoren, der vil gøre det muligt i højere grad at forpligte alle læger på konkrete fælles aftaler om behandlingsforløb, og der er ingen af informanterne, som har alternative løsninger inden for den eksisterende struktur i praksissektoren, som bedre kan sikre implementeringen.

I forhold til implementeringen af aftaler og generelt udviklingen af det daglige samarbejde med hospitalerne er der tale om en funktion, som overlapper med de driftsopgaver, vi diskuterede ovenfor. Flere informanter mener, at der kunne være stor fornuft i, at kommunerne ansatte læger til at løfte både dele af de overordnede driftsmæssige opgaver over for kommunens plejeinstitutioner – herunder implementeringen af de aftaler, som indgås med de to sektorer, samt deltagelse i det analysearbejde som skal lede frem til aftalerne. En del af denne læges funktion kan også være at gribe ind i forhold til konkrete samarbejdsproblemer mellem kommunale institutioner og henholdsvis den praktiserende læge og hospitalet. Man kunne forestille sig en form for "havarikommission", der analyserer konkrete udfordringer i sektorovergange og følger op på mislykkede patientforløb, så der kan drages lære af disse i det fremtidige samarbejde.

- ♦ *Sikre høj klinisk standard:* I takt med at de kommunale plejeinstitutioner i fremtiden vil få stadig tungere og mere krævende borgere/patienter, så vil behovet for flere kompetencer blandt plejepersonalet også stige. Derfor mener flere af vores informanter, at der bliver behov for at styrke den rådgivende og monitorerende funktion i forhold til kommunens plejeinstitutioner. Det kan være opgaver som at udarbejde instrukser, tilrettelægge fornuftige arbejdsgange, undervise personalet. Dette arbejde vurderer flere informanter også kunne ligge i sådan en ny type lægefunktion. Men det kunne også løses gennem en bedre og mere systematisk sundhedsfaglig rådgivning fra ansatte i regionens institutioner (hospitalet mv.).
- ♦ *Utilsigtede hændelser:* Primærsektoren er netop ved at implementere arbejdet med rapportering af utilsigtede hændelser i alle sundhedstilbud. Både i forhold til arbejdet med at planlægge, administrere, analysere og handle på rapporteringen, kunne kommunernes indsats styrkes med lægelige kompetencer. Også denne opgave kunne fornuftigt kombineres med de øvrige opgaver – især i lyset af at mange af disse utilsigtede hændelser i kommunerne vil omhandle denne patientgruppe.

Opsamling

De lægelige opgaver, der er beskrevet ovenfor, er en blanding af strategiske, planlægningsmæssige og driftsopgaver. Næsten alle informanter vurderer, at det vil være nødvendigt at ansætte læger på fast løn i kommunen for at kunne løfte de nævnte opgaver. Selvom flere af informanterne diskuterer muligheden for, at kommunalt ansatte læger på dette område også kunne stå for reelle behandlingsopgaver, er den mest udbredte holdning, at behandlingsansvaret bør forblive enten hos den praktiserende læge eller på hospitalet. Fokus for den ansatte læge skal primært være på at stå for det overordnede planlægningsansvar, implementeringen af indgåede aftaler, rådgivning og støtte til de kommunale institutioner i forhold til konkrete problemstillinger. Der er dog også informanter, som sætter spørgsmålstegn ved, om det er realistisk og nødvendigt for alle kommuner at få læger ind i den strategiske

ledelse af området. Måske denne opgave kan klares ved at blive mere bevidst om at få den rette viden inddraget i de analyser, som der skal tages initiativ til.

Alle informanter er enige om, at kommunerne har behov for at styrke den lægelige kapacitet i forhold til det konkrete driftsniveau. Her er der dog enighed om, at en entydig placering af behandlingsansvaret er af største vigtighed. Informanterne peger på en række udfordringer og tendenser, som vil øge behovet for læger med behandlingsansvar, der agerer i kommunale sammenhænge. Men alle informanter er meget skeptiske i forhold til at indføre en ny kommunal lægerolle, der kan løfte dette behandlingsansvar. I stedet er der behov for bedre samarbejde mellem sektorerne og mere flydende sektorovergange.

4.2.2 Scenarie 2 – Borgere på sygedagpenge- og pensionsområdet

Det andet scenarie sætter fokus på de mange borgere, som lever på kanten af arbejdsmarkedet og er potentielle modtagere af forskellige offentlige forsørgelsesydelser – primært pension og sygedagpenge. Det er kommunernes opgave at foretage den faglige vurdering, der afgør, hvilken ydelse en borger er berettiget til at modtage.

Kommunerne har længe haft læger tilknyttet til at bistå sagsbehandlere med at foretage disse vurderinger, hvor der er lægefaglige aspekter, som er komplicerede og vigtige. Der er dog meget stor variation i, hvor mange ressourcer kommunerne benytter på lægekonsulenter til denne opgave, og hvordan det er organiseret. En række faktorer gør, at det er værd at overveje, om kommunerne kan løse denne opgave på en bedre og mere aktiv måde, og om læger i flere kommuner skal spille en større rolle i en sådan indsats.

Den demografiske udvikling betyder, at der kommer et øget pres på arbejdsmarkedet. Der vil i de kommende år blive stadig færre borgere i den arbejdsdygtige alder i forhold til borgere, der skal forsynes. Det betyder, at det bliver stadig vigtigere at holde alle borgere inde på arbejdsmarkedet. Arbejdsstyrken vil i samme periode blive gennemsnitligt ældre, og der vil blive flere kroniske og syge borgere, som det stadig er vigtigt at fastholde på arbejdsmarkedet.

Den økonomiske gevinst ved at holde en borger inde på arbejdsmarkedet er trefold. Det øger arbejdsudbuddet og bidrager til kapaciteten i økonomien, det øger skatteindtægterne i stat og kommune, og det sparer udgifter i forhold til den varige forsørgelse, der er alternativet. Ændringer i refusionsreglerne har betydet, at de økonomiske gevinster for den enkelte kommune i dag også er væsentligt højere end før. Der er altså meget stærke incitamenter for at gøre en særlig indsats for at forebygge sygdomme og sikre, at borgere fastholdes på arbejdsmarkedet.

Lægelige funktioner på området

Lægefaglig vurdering af konkrete personsager: Den traditionelle kerneopgave for læger på arbejdsmarkedsområdet har længe været den lægefaglige vurdering af konkrete personsager. Rollen her handler om at bistå de kommunale sagsbehandlere i at vurdere en persons diverse dokumenter og erklæringer og rådgive sagsbehandleren om, hvilket behov borgeren har, og eventuelt om der er belæg for at tilbyde specifikke ydelser. Typisk er der her tale om en ren 'skrivebordsøvelse'. En række kommuner – især mindre – benytter sig af konsulenter ansat på kontrakter i få timer ugentligt til at løse denne opgave. I dag tilbydes denne service også som en ren ekstern konsulentydelse, hvor læger får tilsendt sagerne per mail, læser og kommenterer dem og sender dem tilbage. Den traditionelle måde at løse denne opgave på, hvor lægerne udelukkende anvendes til at vurdere den konkrete sag, og hvor denne vurdering ofte foretages asynkront med og uden kontakt til sagsbehandleren og dennes indsats, kritiseres af flere af vores informanter. For i stigende grad at kunne 'vende borgere i døren' så de ikke ryger ud i varig forsørgelse, handler det om, at sætte ind lige når de første tegn på

problemer melder sig. Det handler om, at hele kommunens system er gearret til at reagere hurtigt over for borgere, der ellers risikerer længerevarende sygdomsmeldinger, der kan lede til tab af job og yderlige tab af jobfunktionsevne. Flere af vores informanter vurderer, at hvis kommunerne vil ind og blive mere proaktive på dette område, er det vigtigt, at den traditionelle sagsvurdering kobles tæt til det øvrige arbejde i arbejdsmarkeds- og socialforvaltningen, og at lægerne inddrages i reel vurdering af borgerenes behov og tilstand.

- ♦ *Tæt samarbejde med socialrådgiverne:* I forhold til at kunne rådgive sagsbehandlere i kommunerne godt påpeger flere informanter, at det forudsætter et nært og godt samarbejde med de ansatte i kommunens forvaltning. Rådgivningen får ikke den samme kvalitet, hvis det sker udelukkende på papirbasis. Derfor mener flere af informanterne, at det er vigtigt, at lægekonsulenterne er ansat i kommunerne på fast kontrakt og har deres daglige gang i de pågældende forvaltninger.
- ♦ *Deltagelse i ambulante afklaringer:* For virkelig at styrke den proaktive indsats foreslår flere informanter, at man lader kommunens læger deltage i reelle ambulante afklaringssamtaler med borgeren og eventuelt borgerens arbejdsplads. Det sker allerede i flere kommuner i dag, og det gør det muligt at afklare hurtigt i forløbet, hvad borgerens behov er, og det kan dermed forebygge et længere forløb, som koster dyrt, og som kan forværre borgerens mulighed for at blive fastholdt på arbejdsmarkedet.

Strategisk planlægning af tidlig indsats: Der er også en vigtig strategisk og planlægningsmæssig komponent i at sikre den tidlige og hurtige indsats over for borgere på social- og arbejdsmarkedsområdet. Alle vores informanter vurderer, at mange kommuner vil kunne styrke deres planlægning og koordinering af den tidlige indsats, hvis de i højere grad inddrager læger med et stort kendskab til området, og som kan arbejde tværfagligt med både andre aktører i kommunen og i andre sektorer. Det gælder på den ene side samarbejdet internt i kommunen med sagsbehandlere i kommunens forvaltning og ansatte i de forskellige institutioner i kommunen, som kan tilbyde hjælp og rehabilitering. Men det gælder i lige så høj grad samarbejdet med de praktiserende læger og det sekundære system, så der kan tages initiativ til planlægning af velkoordinerede udredningsforløb, som kan afklare borgerens helbreds-mæssige situation hurtigt.

Denne strategiske opgave ligger i naturlig forlængelse af den driftsmæssige opgave, som lægekonsulenterne på social og arbejdsmarkedsområdet allerede i dag udfører. Derfor vurderer vores informanter, at en styrkelse af den strategiske indsats på dette område relativt nemt kan gennemføres. Det drejer sig om, at lægekonsulenterne skal ansættes direkte i kommunen, og at de får kompetence og ressourcer til at blive inddraget i det tværfaglige arbejde med strategisk planlægning på arbejdsmarkeds- og bistandsområdet.

Blandt de løsninger, som vores informanter nævner, er en mere udbredt forløbstænkning i forhold til borgerne og en mere forebyggende indsats på kommunens institutioner og arbejdspladser.

- ♦ *Forløbstænkning:* Et stort problem i dag er, at mange borgere gennemlever lange og komplicerede udredningsforløb, der skal lede frem til den rette diagnose. Hvis udredningsforløbet tager mere end tre måneder, risikerer borgeren meget ofte at miste eventuel beskæftigelse, og efterfølgende kan en nedsat funktionsevne gøre nyansættelse meget svær. En tidlig indsats og hurtig udredning øger mulighederne for at nå til en ordning med den eksisterende arbejdsgiver, hvor borgeren typisk har størst chance for at få særlige vilkår i sin ansættelse. Derfor foreslår flere af vores informanter, at kommune, almen praksis og sekundærsektoren indgår forløbsaftaler for udredning af borgere i denne gruppe – en slags pakkeforløb. Der er allerede i dag eksempler på sådanne udredningspakker for rygproblemer og psykiske problemer. Kommunerne har en stor interesse i at tage initiativet på dette område og drive udviklingen af sådanne nye samarbejdsrelationer, og til det formål kan lægelig arbejdskraft spille en afgørende rolle. Dog er det initiativer, som ofte bør

tages i samordningsudvalgene, da denne type pakkeforløb bedst etableres på regionsniveau. Det betyder også, at der er et stort koordinationsarbejde i at få disse forløb til at virke i alle kommuner og på tværs af sektorgrænserne. Flere regioner er i gang med udviklingen af sådanne forløbsprogrammer. Vores informanter understreger, at for at kommunerne kan deltage både i udviklingen og i den efterfølgende implementering, er det vigtigt, at de har lægelige ressourcer med kendskab til forvaltningen og kommunens måde at fungere på med i arbejdet.

- ♦ *Tilrettelæggelse af forebyggende indsatser:* Et par informanter peger også på muligheden for at iværksætte nye indsatser af forebyggende karakter over for både offentlige og private arbejdspladser i kommunen. En stor del af de ansatte på arbejdspladserne i kommunen har som regel også bopæl i kommunen, og hvis en forebyggende indsats over for arbejdspladserne kan nedbringe antallet af sygemeldinger, vil det have direkte virkning på kommunens og samfundets økonomi. Læger kan i samarbejde med andre faggrupper deltage i planlægningen og implementeringen af denne type indsatser. Det er dog ikke alle informanter, der mener, at læger er nødvendige til denne opgave, selvom alle ser den type initiativer som en god ide.

Opsamling

De lægelige opgaver, vi har beskrevet under dette scenarie, kombinerer også strategiske og planlægningsmæssige funktioner med konkrete driftsfunktioner. Ligesom i det første scenarie er der enighed blandt vores informanter om, at hvis man vil styrke indsatsen på dette område, vil det være nødvendigt at ansætte lægen i kommunen, så vedkommende har sin daglige gang i forvaltningen, kender både de sagsbehandlere, som skal rådgives, kan indgå i tværfaglige teams, der udvikler den strategiske indsats og har et tæt forhold til de forvaltningschefer, som kan prioritere indsatser. Alle vurderer også, at det helt overvejende er læger med blik for det samfundsmedicinske område, der er brug for, og ikke læger der har en behandlingsmæssig tilgang. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at det kun er speciallæger i samfundsmedicin, der kan løse opgaven.

Flere af informanterne beskriver også en række konkrete patientrelaterede funktioner – især i forhold til udredning og rehabiliterende behandling på kommunale institutioner. Der er dog enighed om, at disse lægelige funktioner bedst varetages ved inddragelse af behandlingsansvarlige læger fra almen praksis eller sekundærsektoren. Også her kan den kommunalt ansatte læge bidrage positivt til indgåelsen af aftaler og forløbsplaner med de andre aktører på dette område.

4.2.3 Scenarie 3 – Borgere i alkohol og stofmisbrug

Det tredje scenarie sætter fokus på alkohol- og misbrugsområdet, hvor kommunerne med strukturen har fået et øget ansvar. Især i forhold til stofmisbrug indeholder loven en klar forpligtelse til, at kommunerne tilvejebringer den lægelige behandling til borgere med behov.

Selvom kommunerne nu har haft ansvaret for dette område i tre år, er der stadig ikke indgået nogen overenskomst med de læger, som arbejder på området. I dag arbejder lægerne på individuelle aftaler, der tager udgangspunkt i en overenskomst indgået med Danske Regioner. Det er altså et område, som endnu ikke har fundet sin rette form i kommunerne, og alle informanter beskriver indsatsen i dag som mangelfuld og underprioriteret.

Ifølge informanterne er det også et område, der er kendetegnet af, at det er de svageste og mest udsatte borgere, der har behovet. Det er borgere, som ofte ikke selv opsøger hjælp, og som ofte er så langt fra arbejdsmarkedet, at det kun i få tilfælde er muligt at finansiere indsatsen gennem sparede udgifter andre steder i systemet. Vores informanter beskriver det som et område, der let ryger under radaren i en kommunal dagligdag, hvor der er et økonomisk pres på alle områder. Flere informanter

efterlyser en stærkere formulering af kommunernes ansvar på dette område fra ministeriet og Sundhedsstyrelsens side.

Lægelige funktioner på området

Direkte klinisk ansvar for komplekse patienter: I modsætning til de to øvrige scenarier er der her tale om et område, hvor kommunerne har et reelt behandlingsansvar. Kommunen skal sikre, at alkohol og stofmisbrugere kan få tilbudt behandling for deres misbrug. Denne behandling bliver typisk organiseret i særlige misbrugsenheder, hvor man har ekspertisen i at nå netop denne målgruppe. De kommunale misbrugs læger har ansvaret for at udarbejde samlede lægelige behandlingsplaner, der tager hensyn til borgernes samlede sygdomsbillede og behov (16). Borgere med alkohol og misbrugsproblemer har ofte en lang række helbreds mæssige problemer, der ligger ud over den snævre misbrugsbehandling. Ansvaret for de forskellige helbredsproblemer vil ofte være delt mellem speciallæger, egen læge og den kommunale læge. Da borgere i denne gruppe ofte har svært ved at leve op til den egen indsats, det kræver at få behandling hos både egen læge og på hospitalerne, og især har svært ved selv at integrere og koordinere behandlingen, er der en meget stor udfordring i forhold til at sikre, at borgere i denne gruppe får den samlede behandling, de har brug for.

Selvom en stor del af behandlingen bør foretages hos borgerens egen læge eller om nødvendigt på hospitalet, fortæller vores informanter, at det i visse situationer er den kommunale læge, der påtager sig behandling, som ellers normalt ville blive varetaget andre steder i systemet. Ellers vil borgeren ikke modtage den relevante lægehjælp.

Især i forhold til dobbeltbelastede borgere vurderer flere informanter, at der er en særlig udfordring. En af vores informanter forklarer, at det psykiatriske system ofte henviser patienter til behandling på misbrugsenhederne som forudsætning for at starte psykiatrisk behandling. De psykiatriske behandlingssteder vurderer ikke, at de kan påbegynde den psykiatriske behandling, før patienten har fået behandlet deres misbrug. Dermed får misbrugsenhederne ansvaret for patienter med ubehandlede psykiatriske problemer, og bliver et opsamlingssted for borgere, som afvises andre steder i systemet.

Tværkommunale behandlingsenheder: For at kunne løfte denne opgave mener alle de informanter, vi har talt med, at det er nødvendigt med specialiserede behandlingscentre, hvor der er flere læger tilknyttet på fuld tid, og som kan indgå i et tværfagligt teamsamarbejde med andre faggrupper. Det er dog ikke den udvikling, informanterne beskriver. Tværtimod er trenden, at stadig flere kommuner opretter deres egne behandlingscentre. Mens der for eksempel blot var et behandlingscenter i det gamle Fyns Amt, som blev til to i forbindelse med kommunalreformen, er der i dag seks behandlingsenheder, som er opstået i takt med, at stadig flere kommuner hjemtager opgaven.

Alle de informanter, vi har talt med, mener ikke, det er en fornuftig udvikling. De vurderer, at der her er tale om så specialiseret en opgave, at det kræver større volumen, end en gennemsnitskommune kan levere. Omvendt understreger flere også, at centre kun på regionsniveau vil være for store og for få. En af vores informanter skønner, at et befolkningsgrundlag i omegnen af 100.000-200.000 er passende for, at en behandlingsenhed kan opnå tilpas volumen til at oppebære den rigtige ekspertise. Det er dermed kun få kommuner i Danmark, som er store nok til, at en selvstændig misbrugsenhed kan få den rette ekspertise. Derfor foreslår alle informanter, at misbrugsområdet bliver løst i tværkommunale misbrugsenheder, hvor en række kommuner går sammen om at drive et center. En anden model, som bliver nævnt, er, at mindre kommuner kan købe sig til ydelsen hos større kommuner. Det har dog den ulempe, at de mindre kommuner mister ejerskabet til misbrugsenhederne.

Koordinering mellem sektorer: Vores informanter vurderer, at der også på dette område, er mulighed for at forbedre samarbejdet mellem sektorerne og skabe flere flydende overgange. Som beskrevet ovenfor har mange i målgruppen svært ved at modtage behandling i de normale rammer i primær- og

sekundærsektoren. Dermed bliver misbrugsenheden ofte borgerens eneste kontakt til sundhedsbehandling. Derfor foreslår en af vores informanter, at man med fordel kan etablere samarbejde med speciallæger fra sekundærsektoren, som kommer ud i misbrugsenhederne, og tilbyder behandling på områder med stort behov. Dermed vil man kunne nå borgere, der ellers ikke får den rette behandling, og en række senfølger og langt alvorligere tilstande kan undgås. At sikre et sådant samarbejde vil kræve en mere strategisk planlægningsindsats såvel fra disse misbrugsenheder som fra kommunerne bag enhederne. Det vil derfor være vigtigt, at de lægeressourcer, der arbejder i enhederne, også bliver inddraget i dette udviklingsarbejde.

Opsamling

Der er på dette scenarie tale om lægelige funktioner af særlig specialiseret karakter, som kræver læger med kompetencer inden for dette specifikke kliniske område. Derfor understreger flere informanter, at det er vigtigt, at de læger, som arbejder med området, gør det fuld tid og har tid til at dedikere sig til dette særlige område. Opgaven som læge i en misbrugsenhed rummer også en række opgaver af planlægningsmæssig og strategisk karakter. Det gælder både i forhold til planlægningen af den kliniske indsats over for patientgruppen, som det gælder indgåelse i strategiske samarbejder med andre aktører i sundhedsvæsenet og i kommunens forvaltning. Derfor vurderer alle informanter, at det ikke er tilstrækkeligt med læger tilknyttet på konsulentbasis få timer om ugen. De mener, at for at opnå et ordentligt beredskab og det rette faglige miljø, er det nødvendigt at have omkring to-tre fuldtidslæger tilknyttet en sådan enhed.

Der er derfor enighed om, at mange små og mellemstore kommuner ikke har mulighed for at løse opgaven alene på en tilfredsstillende måde, og de foreslår, at flere kommuner med fordel kunne gå sammen om at etablere fælles behandlingsenheder, der kan løse opgaven.

4.2.4 Uden for scenarierne

Oven for har vi diskuteret behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne inden for tre udvalgte og afgrænsede scenarier. Men vores informanter pegede også på andre områder, som kommunerne bør være opmærksomme på i forhold til lægelig arbejdskraft. Det drejer sig om:

- ♦ *Borger- og patientrettet forebyggelse:* Enkelte informanter vurderer, at det ansvar for den borger- og patientrettede forebyggelse, som kommunerne har fået, kunne løftes med ansættelse af læger. Det er især i forhold til strategiske og planlægningsmæssige funktioner i forhold til dette område og i forhold til rådgivning og supervision af de kommunale medarbejdere, som står med driften af ydelserne. Der er dog også flere informanter, som vurderer, at kommunerne godt kan løfte dette område uden læger, og at de knappe lægeressourcer er bedre anvendt på andre områder.
- ♦ *Børn og ungeområdet:* Det er ikke længere lovpligtigt, at læger skal stå for ind- og udskolingsundersøgelser, og de fleste informanter mener ikke, at kommunerne i fremtiden skal benytte læger på dette område. Til gengæld understreger enkelte af informanterne, at kommunerne stadig har en vigtig opgave i forhold til børn med særlige behov, og at det er vigtigt at fastholde den kompetence, som børne- og ungelæger har på dette felt rundt om i kommunerne. Der er dog også flere, som vurderer, at det lægelige behov på dette område ikke er så stort, og at det godt kan varetages af kommunallæger, hvis primære opgave ligger inden for nogle af de øvrige scenarier.
- ♦ *Miljøområdet:* Kommunerne har en række funktioner på miljøområdet, hvor de kan have brug for en lægelig vurdering. Det gælder i forhold til sundhedsfare i bygninger, vandkvalitet, hygiejne i kommunens institutioner, infektionsudbrud. Flere informanter nævner det som et vigtigt og overset område. Andre påpeger, at dette område primært må høre under den statslige embedslægeinstitution. Det er således et område, det kunne være værd at analysere nærmere.

- ♦ Patientsikkerhedsområdet: Netop nu er kommuner og regioner ved at opbygge en sikkerhedsorganisation, der kan varetage forpligtelsen til at rapportere utilsigtede hændelser på hele det primære sundhedsområde samt bearbejde og analysere disse rapporter. Det er stadig uklart, hvordan dette område bedst organiseres og præcis hvilke kompetencer, der er brug for. Men det er et område, hvor der potentielt kunne være en række lægelige opgaver især på det analytiske niveau.

Alle disse fire områder har vi ikke kunnet gå mere i dybden med inden for rammerne af denne undersøgelse. Men det kunne være værd for kommunerne at se nærmere på også disse områder – især lægger vores analyse op til, at man ser nærmere på de to sidstnævnte områder.

Odense – strategisk satsning på læger

Odense kommune har i modsætning til mange af landets øvrige kommuner valgt at satse på en styrkelse af deres lægelige arbejdskraft i løbet af de seneste ti år. Især er Odense en interessant case i forhold til deres brug af læger på social- og arbejdsmarkedsområdet samt på misbrugsområdet. På begge områder kan Odense Kommune fungere som et eksempel på en af de løsningsmodeller, vores informanter peger på som en god mulighed for kommunerne i sikringen af kvalificeret lægedækning af høj faglig kvalitet.

Ved at opbygge stærke faglige miljøer i større enheder, der kan betjene flere kommuner i et område, er det muligt for kommunerne at få en bedre udnyttelse af den lægelige arbejdskraft. Odense-modellen er, at den store kommune i et område ejer og driver den lægelige enhed og sælger ydelser til de mindre kommuner i området. Et alternativ til denne model, som flere informanter nævner, er, at der opbygges enheder med et tværkommunalt ejerskab. De større enheder har bedre mulighed for at sikre uddannelsen af nye speciallæger i samfundsmedicin, sikre den nødvendige faglige sparring, og et godt tværfagligt miljø. Desuden er det billigere at ansætte læger på fuld tid i kommunerne i stedet for på konsulentbasis, og man kan i langt højere grad trække på lægerne også til de strategiske og planlægningsmæssige opgaver.

Brugen af læger i Odense Kommune

Social- og arbejdsmarkedsområdet: Der er 15 sociallæger i fuldtidsstillinger ansat i Odense kommunes Socialmedicinske Afsnit, heraf er to socialoverlæger, der er speciallæger i samfundsmedicin. Desuden er der en læge på deltid i seniorordning og en læge på deltid i skånejob. Socialmedicinsk Afsnit sælger 2,5 sociallægers faglige bistand til øvrige kommuner på Fyn.

På det driftmæssige område varetager det socialmedicinske afsnit en række forskellige opgaver. Som eksempler herpå kan nævnes:

- ♦ Sociallægerne i afsnittet medvirker ved funktionsafklaringen af borgere på sygedagpenge, fleksydelse og kontanthjælp på kommunens revalideringsinstitutioner.
- ♦ Sociallægerne har desuden faste ugentlige møder med sagsbehandlerne i kommunernes sygedagpenge-, kontanthjælps-, fleksjobs- og pensionsafsnit, hvor de helbredsmæssige forhold i konkrete borgersager bliver drøftet.
- ♦ Sociallægerne støtter sagsbehandlerne i at belyse borgeres helbredsmæssige forhold og vurderer helbredsforholdenes betydning for borgerens funktionsevne, behandlingsmuligheder, prognose og skånehensyn.

Da sociallægerne som fuldtidsansatte dagligt arbejder med social- og arbejdsmarkedsområdet, undgås dobbelttrollen, som nogle deltidsansatte kommunale lægekonsulenter har, når de i kommunen er vurderende, men samtidig varetager den diagnosticerende og behandlende rolle i fx almen praksis, speciallægepraksis eller som ansat på sygehusafdeling.

Inden for de senere år anvendes sociallægenes lægefaglighed i stigende grad på det strategiske og planlægningsmæssige område såvel internt som på tværs i forvaltningerne. Eksempler kan her være:

- ♦ I forbindelse med høringssvar, hvor lægefaglige synspunkter vurderes relevante at inddrage.
- ♦ I forbindelse med forebyggende strategier og politikker og udarbejdelse/implementering af sundhedsaftaler.
- ♦ I forhold til samarbejdet med Odense Lægelaug.

Det faglige fællesskab med flere læger i samme enhed medfører mulighed for faglige drøftelser, udveksling og udvikling, hvilket udvikler fagligheden og sikrer kvaliteten. Det gælder både i forhold til de lægefaglige aspekter som den gældende lovgivning og praksis inden for relevante områder i form af afgørelser fra Beskæftigelsesankenævnet, Det Sociale Nævn og Ankestyrelsen.

Socialmedicinsk Afsnit er godkendt af Sundhedsstyrelsen og den regionale Lægelige Videreuddannelse til at varetage speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin. Ud over at Socialmedicinsk Afsnit og dermed kommunen kan være med til at sikre lægerne en speciallægeuddannelse, er det også med til at øge kommunens mulighed for også på sigt at kunne rekruttere kvalificerede speciallæger til dels Socialmedicinsk Afsnit, men også til øvrige afdelinger og forvaltninger i Odense og andre kommuner.

Misbrugsområdet: Odense Kommune ejer og driver Behandlingscenter Odense som funktionsmæssigt er opdelt i Alkoholbehandlingen og Stofmisbrugsbehandlingen. Det er administrativt en stor specialiseret enhed for behandling af alkohol- og stofmisbrugere. Behandlingscenter Odense varetager via entreprenøraftaler alkohol- og stofmisbrugsbehandlingsopgaven i de fynske kommuner, der ønsker det.

I alkoholbehandlingscentret er der ansat to overlæger, hvoraf den ene er speciallæge i samfunds- og arbejdsmedicin, den anden i psykiatri. I stofmisbrugsbehandlingscentret er der ansat fire læger i fuldtidsstillinger, heraf en overlæge der er speciallæge i almen medicin samt tre læger i deltidstillinger.

Denne organisering giver et stærkt fagligt miljø, hvor lægerne kan indgå i tværfaglige teams med alle de øvrige behandlere, der er ansat i Behandlingscenter Odense og gennemføre en helhedsorienteret udredning og behandling af misbrugerne. Ved at koncentrere indsatsen i et samlet center sikres et fagligt miljø med læring og sparring. Det giver desuden et ellers lavstatusområde anerkendelse og fokus.

Behandlingscenter Odense er ligesom Socialmedicinsk Afsnit godkendt af Sundhedsstyrelsen og den regionale Lægelige Videreuddannelse til at varetage speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin.

Ældreområdet: Ældre- og handicapforvaltningen har ansat en socialoverlæge med en samfundsmedicinsk baggrund, der varetager tværfaglige og strategiske opgaver i forvaltningen. Socialoverlægen udarbejder relevante høringssvar, hvor der er behov for lægefagligt bidrag, og deltager i udviklingen af såvel borgerrettede som patientrettede forebyggelsestiltag. Desuden deltager lægen i processen omkring sundhedsaftaler, håndtering af utilsigtede hændelser samt yder rådgivning og vejledning ved udarbejdelse af retningslinjer for medicinbehandling. I mindre omfang fungerer socialoverlægen som lægekonsulent i ansøgninger efter serviceloven og inddrages i komplekse sager, som kræver lægefaglig indsigt.

Børne- Ungeområdet: Odense Kommune har valgt at bevare en stærk børne- og ungeafdeling med 5,5 børne- og ungelæger ansat, heraf en børne- og ungeoverlæge der er speciallæge i pædiatri. De tager sig fortsat af ind- og udskolingsundersøgelser samt forebyggelsesopgaver og opgaver i forbindelse med børn og unge med særlige behov. Lægerne varetager en behandlingskæde i Odense Kommune vedrørende selvmordsforebyggelse i forhold til børn og unge med selvmordstanker og adfærd. Endvidere arbejder børne- og ungeoverlægen med opgaver relateret til de tværgående sundhedsopgaver i kommunen – herunder arbejdet med sundhedsaftaler.

4.3 Tværgående diskussion

De tre scenarier lægger op til, at kommunerne overvejer at ansætte flere læger direkte i kommunen til løsning af en række af de lægelige funktioner, der er beskrevet i scenarierne. De ansatte læger skal til dels afløse nogle af de funktioner, som i dag løses af konsulenter på timebasis og dels styrke kommunernes indsats på en række områder. Især lægger informanterne op til, at lægerne skal styrke den analytiske og planlægningsmæssige indsats, dog koblet til driftsansvar og konkrete lægelige opgaver. Generelt lægges der ikke op til at ansætte læger i strategiske ledelsesfunktioner.

Spørgsmålet er, hvor mange læger, der er brug for, hvor de skal sidde i kommunen, og hvilke specialer de skal have. Informanterne påpeger, at det ikke er muligt at komme med entydige svar på disse spørgsmål. Kommunerne har meget forskellige størrelser og organiseringen internt i kommunerne varierer også meget. Informanter påpeger dog en række faktorer, som det er værd at overveje i denne forbindelse.

4.3.1 *Kommunens størrelse*

Alle informanter vurderer, at kommunestørrelse vil spille afgørende ind på, hvilke løsninger der er mulige i kommunerne. I forhold til misbrugsscenariet vurderer alle informanterne, at kun meget få store kommuner vil kunne løse opgaven alene. Derfor foreslår de, at kommunerne går sammen i et samarbejde om at etablere misbrugsenheder, der kan dække flere kommuner. Flere af informanterne nævner også denne mulighed for at dele lægekraft på såvel ældre- som arbejdsmarkedsscenariet – især i mindre kommuner. Det kan være et alternativ til at ansætte læger på konsulentbasis, som både er dyrt, og som betyder, at lægerne har deres primære funktion og tilhørsforhold i andre organisationer og andre funktioner end i kommunen.

Vores case fra Odense viser, at en model for dette samarbejde er, at lade en større kommune i området eje og drive den lægelige enhed, hvor så de mindre kommuner kan købe sig til ydelser. En anden model er tværkommunale enheder, hvor ejerskabet deles mellem flere kommuner. Vi ser dog også en modsatrettet udvikling – især på alkohol- og stofbehandlingsområdet – hvor mindre kommuner hjemtager opgaverne og opretter deres egne ydelser. Man kan godt frygte, at denne udvikling på længere sigt vil gøre det sværere for kommunerne at levere ydelser af høj lægefaglig kvalitet; det vil gøre det sværere at rekruttere specialuddannede læger; og det vil lede til brug af læger på dyre timebaserede konsulentordninger.

Flere informanter påpeger også, at mindre kommuner med fordel kan samle flere opgaver i en kommunallæge-enhed med et fælles fagligt miljø. Der er tilstrækkeligt overlap mellem ældrescenariet og arbejdsmarkedsscenariet til, at læger ansat i mindre kommuner kan gå på tværs af disse områder. Det gælder også nogle af de øvrige områder uden for scenarierne i forhold til miljø, børn og unge og forebyggelse. Større kommuner derimod kunne have fordel af at ansætte læger med en skarpere profil til de funktioner, der er nævnt i scenarierne.

4.3.2 *Lægens speciale*

Når det kommer til, hvilke kompetencer det vil kræve – og dermed hvilke typer af læger – så er det de samme fire specialer, som nævnes af informanterne. De to primære specialer, som vores informanter mener, kommunerne har brug for, er samfundsmedicinere og læger med speciale i almen medicin. Når de taler om læger i almen medicin, påpeger flere af dem dog, at de for en del funktioner er vigtigt, at det er almene medicinere, der har deres fulde tilknytning til de kommunale opgaver, da læger som primært arbejder i almen praksis har et andet patientrettet fokus, end det der er behov for i en kommune. Som en af informanterne formulerer det, er det afgørende, at lægerne har et 'samfundsmedicinsk' blik og ikke et 'patientorienteret' blik. Lægen skal kunne se mere end den enkelte patient. Det

er netop årsagen til, at flere informanter er skeptiske over for læger, der primært arbejder med behandling af enkeltpatienter.

Både i ældrescenariet og i arbejdsmarkedsscenariet ønsker informanterne, at lægerne går mere aktivt ind i konkrete patientsager og deltager i vurderingen og analysen. Det er denne mere aktive involvering, som også kan danne grundlag for viden til at lave forbedringer og forandringer på det generelle og overordnede plan. Som hovedregel mener informanterne dog ikke, at det er kommunalt ansatte læger, der skal stå med behandlingsansvaret inden for de to scenarier.

To andre specialer nævnes også som potentielt relevante. Det er geriatere inden for ældrescenariet, og det er psykiatere inden for både arbejdsmarkedsscenariet og misbrugsområdet. Alle informanter påpeger dog, at det i sidste ende handler mere om den enkelte læges kompetencer og de funktioner, de løser – end om specialet.

Alle informanter vurderer, at kommunerne har brug for samfundsmedicinere og det samfundsmedicinske blik. Især konstaterer flere af dem, at der i forhold til social- og arbejdsmarkedsområdet er et stort potentiale i de kompetencer, læger med dette speciale har. Derfor kritiserer flere informanter kommunerne for på den ene side i alt for høj grad at købe læger på konsulentbasis til løsning af de snævre lovbefalede opgaver, som ikke har dette samfundsblik, og på den anden side når de ansætter læger med de samfundsmedicinske kompetencer, så kun 'hugge' dem som allerede findes på markedet.

Pointen for disse informanter er, at kommunerne er nødt til at påtage sig ansvaret for at uddanne de læger, de har brug for, og aktivt tage ansvar for, at de får læger med de rette kompetencer. Det drejer sig helt konkret om at oprette uddannelsesstillinger i samfundsmedicin og opdyrke et uddannelsesmiljø, så den faglighed, de har brug for, også er til stede på mellemlangt og lang sigt. Og det drejer sig om at skabe et miljø, hvor der også er forskning og udvikling i de lægelige funktioner, som kommunerne har brug for. Begge dele er nødvendigt for at kunne få og fastholde de nødvendige kompetencer og for at kunne rekruttere og give tyngde til området.

4.3.3 Økonomi

I dette notat har vi ikke berørt de økonomiske konsekvenser af de forskellige scenarier. En sådan analyse vil kræve væsentligt mere detaljerede studier. En styrket lægelig indsats i de enkelte kommuner vil umiddelbart medføre merudgifter. Modsat skal en række opgaver løses, og det er væsentligt billigere per time for kommunerne at benytte læger ansat i fulde stillinger, end læger honoreret per time på konsulentbasis. Kommunerne har endvidere omkostninger til afledte sundhedsudgifter i form af indlæggelser eller manglende arbejdsmarkedsdeltagelse. Opfølgende besøg efter sygehusindlæggelse i Glostrup (17) og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen (18) er eksempler på, at ekstra lægelig indsats ikke samlet set har ledt til merudgifter. Økonomien i enkeltprojekter vil dog i praksis være afhængig af konkrete forhold, og en nærmere belysning af økonomien i de opstillede scenarier vil kræve mere specifikke analyser.

Litteratur

- 1) Kjellberg J, Kjellberg PK. Sundhedsvæsenet i 2030, Notat til Danske Regioner. In press. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 2) Kjellberg J, Buch MS, (eds.). Kapacitet i Praksis. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 3) Vinge S. Fremtidens Plejeopgaver i sygehusvæsenet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 4) Vinge S, Kilsmark J. Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 5) Danmarks Statistik. Databanken. 2010.
- 6) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- 7) OECD. OECD Health data 2009 - Internet. 2009.
- 8) Sundhedsstyrelsen. Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2004-2025. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 9) Danske Regioner. Hvordan kan sundhedsvæsenet sikres tilstrækkeligt med kvalificeret arbejdskraft. København: Danske Regioner; 2008.
- 10) Regeringens Ekspertpanel. Regionernes investerings- og sygehusplaner - screening og vurdering. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet; 2008.
- 11) Lov nr. 546 af 24/6 2005 jf. §121, stk 2 - Sundhedsloven. 2005.
- 12) Lov nr. 546 af 24/6 2005 jf. §123 - Sundhedsloven. 2005.
- 13) Lov nr. 573 af 24/6 2005 §102 - Lov om social service. 2005.
- 14) Kommunernes Landsforening, Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst for kommunallæger (3-14 timer). København: KL og PLO; 2010.
- 15) Kommunernes Landsforening, Foreningen af Speciallæger. Overenskomst for kommunallæger (15-37 timer). København: KL og FAS; 2010.
- 16) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- 17) Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Kjellberg J, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007. (Sundhedsstyrelsen, Medicinsk Teknologivurdering - pulje-projekter 2007; 7(4)).
- 18) Løvschall C, Bech M, Rasmussen C, Petersen T, Hartvigsen J, Jensen C, et al. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering; 2010. (Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering 2010; 12(1)).

Bilag 1: Liste over informanter

Anne Mette Fugleholm, direktør i Københavns Kommunes sundheds- og omsorgsforvaltning

Bente Møller, afdelingslæge i Sundhedsstyrelsens afdeling for sundhedsplanlægning

Claus Malta Nielsen, kommunallæge i Frederikssund kommune

Hasse Jacobsen, souschef i Behandlingscenter Odense

Kirsten Breindal, vicedirektør på Hvidovre Hospital

Lars Rytter, praktiserende læge i lægehuset Lægerne Kanaltorvet i Albertslund

Tine Boesen Larsen, socialoverlæge i Odense Kommunes socialmedicinske afsnit

