



Rasmus Trap Wolf, Lone Grøn og Pia Kürstein Kjellberg

Behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne

Opdatering af "Læger i kommunerne – En analyse af det fremtidige behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne" fra 2010

*Behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne – Opdatering af
"Læger i kommunerne – En analyse af det fremtidige behov for
lægelig arbejdskraft i kommunerne" fra 2010*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-871-0

Projekt: 11182

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

I 2010 udarbejdede Dansk Sundhedsinstitut (DSI) notatet "Læger i kommunerne – En analyse af de fremtidige behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne". Siden 2010 er der sket meget på det kommunale sundhedsområde. De udviklinger, der dengang blev beskrevet som fremtidsscenarier, er blevet virkelighed og opleves i dag i kommunerne ved store behov for lægelig arbejdskraft.

På baggrund af udviklingen i behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne har Foreningen af Speciallæger (FAS), Kommunernes Landsforening (KL) og Yngre Læger (YL) bedt KORA lave en opdatering af notatet fra 2010 med særlig henblik på at beskrive behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne, samt hvordan disse behov bliver imødekommet mest hensigtsmæssigt.

Tak til Claus Malta Nielsen, Kristian Koch Enstrøm og Mette Frobøse Vigh fra Foreningen af Speciallæger, Steen Rank Petersen og Tine Torslev From fra Kommunernes Landsforening samt Jakob Lager og Klaus Groth-Andersen fra Yngre Læger for et tæt samarbejde omkring notatet. En stor tak til alle interviewpersoner, hvis input notatet er baseret på.

Projektet er finansieret af Foreningen af Speciallæger, Kommunernes Landsforening og Yngre Læger.

Forfatterne
Juni 2016

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	7
1.1 Metode	8
2 Kommunernes behov for lægelig arbejdskraft.....	9
2.1 Den ældre medicinske patient.....	9
2.2 Misbrug	14
2.3 Lægefaglige vurderinger	15
2.4 Psykiatri.....	17
3 Tværgående opsamling	20
Bilag 1 Workshopdeltagere og interviewpersoner	21

Resumé

Der er siden strukturreformen i 2007 sket en omfattende udvikling i kommunernes opgaver på sundhedsområdet. Sammen med den demografiske udvikling, de accelererede patientforløb og stigningen i ambulant behandling har det betydet, at kommunerne i dag har flere opgaver, hvor der er behov for lægelig arbejdskraft for at løse dem optimalt. Det er dog i forhold til mange opgaver fortsat uafklaret, hvordan dette behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne skal løftes.

For at belyse de behov, der opleves for lægelig arbejdskraft i kommunerne, samt hvilke løsningsmodeller der benyttes og fremadrettet overvejes i forhold til at imødekomme behovet, har KORA i foråret 2015 gennemført en workshop med interessenter og videnspersoner udpeget af opdragsgiverne FAS, KL og YL samt ti interview med nøglepersoner i og omkring kommunerne, regionerne og almen praksis.

Ud fra interviewene er der blevet identificeret fire områder, hvor der opleves behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne:

- Den ældre medicinske patient
- Misbrug
- Lægefaglige vurderinger
- Psykiatri.

Den ældre medicinske patient: Udviklingen inden for accelererede patientforløb og den øgede ambulante aktivitet har medført, at kommunerne i dag har at gøre med langt flere markant svagere borgere, der har brug for pleje og behandling i et omfang, der ikke tidligere var aktuelt. Dette har blandt andet ført til en øgning i antallet af kommunale døgnpladser, hvor borgere med for store pleje- og behandlingsbehov til at kunne være i eget hjem, kan indskrives. Fælles for de ældre medicinske patienter i eget hjem, plejebolig og på kommunale døgnpladser er, at der opleves et omfattende behov for lægelig sparring med det kommunale plejepersonale for at give borgeren den optimale pleje og gennemføre de pågående behandlinger korrekt samt i forhold til at undgå unødvendige sygehusindlæggelser. Det er ikke muligt ud fra interviewpersonernes kommentarer at give et entydigt svar på, hvordan dette behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne bør imødekommes, og i hvor høj grad det kræver, at kommunerne selv ansætter læger. Alle interviewpersoner er enige om, at behandlingsansvaret for både behandlinger og behandlingsforløb optimalt bør løftes i samspil mellem almen praksis og sygehusene. Der beskrives en bekymring ved ansættelsen af kommunale læger til driftsopgaverne i forhold til denne borgergruppe, da det vil skabe en tredje behandlingssektor, hvormed borgerne vil opleve endnu flere potentielt komplicerende sektorovergange end i dag. Omvendt opleves behovet for lægelig arbejdskraft på området så omfattende og akut, at der allerede er etableret løsningsmodeller med kommunalt ansatte læger i nogle kommuner. Løsningerne med kommunalt ansatte læger på dette felt beskrives som lappeløsninger, men samtidig som højst nødvendige for akut at imødekomme det behov, kommunerne står med i dag. Der efterlyses derfor fremadrettet løsninger, hvor behovet for lægelig arbejdskraft i forhold til kliniske opgaver i kommunen løftes af almen praksis og sygehuslæger.

Misbrug: I modsætning til de andre områder er der på misbrugsområdet nogle klare behandlingsopgaver, som interviewpersonerne vurderer, mest hensigtsmæssigt løses af læger ansat i kommunerne. Der er dog store kommunale forskelle ved, hvordan behovene for læger dækkes i dag. Nogle kommuner har læger ansat fuldtid i misbrugsenheder, mens andre benytter sig af læger på konsulentbasis. Flere interviewpersoner giver udtryk for, at den optimale løsning indebærer etablering af større tværkommunale samarbejder. Det fremhæves her, at der ved en større volumen er mulighed for at skabe det faglige miljø, der er nødvendigt for at give den optimale

behandling til borgere med misbrug. Der blev ligeledes givet udtryk for, at der er et stort behov for koordinering og samarbejde om den enkelte borger med både almen praksis og sygehuse. Dette behov mener flere interviewpersoner, at man også vil kunne imødekomme bedst ved større behandlingsenheder, der har læger tilknyttet fuldtid.

Lægefaglige vurderinger: Der beskrives en række konkrete lægefaglige vurderinger, som kommunerne har brug for på arbejdsmarkedsområdet, miljø- og hygiejneområdet, børne- og familieområdet samt i forbindelse med kommunal støtte til merudgifter for voksne med varigt nedsat funktionsevne. Nogle interviewpersoner mener, at de lægefaglige vurderinger med fordel vil kunne foretages af kommunalt ansatte læger, da dette vil styrke forståelsen for det samlede billede og give en klar ansvarstagen i forhold til de kommunale beslutninger, der foretages på baggrund af vurderingerne. Andre interviewpersoner påpeger, at en fordel ved, at lægelige vurderinger foretages af eksterne konsulenter, er, at der dermed opnås en uvildig vurdering. Enkelte interviewpersoner mener, at der er et behov for at styrke forløbstækningen inden for de områder, hvor der foretages lægefaglige vurderinger. Der peges i forhold til dette på, at en kommunalt ansat læge vil kunne styrke indsatser i forhold til både tidlig erkendelse, løsningsplaner og forebyggelse inden for alle områderne, hvor der er behov for lægefaglige vurderinger.

Psykiatri: En del af borgerne med psykiatrisk sygdom opleves som komplicerede at sikre optimal pleje og omsorg for i kommunerne, både i forhold til deres psykiske lidelse i sig selv og i forhold til, at mange lider af somatisk sygdom eller har misbrugsproblemer. Det opleves således, at der i forbindelse med de enkelte psykisk syge borgere er et stort behov for sparring og supervision af kommunens personale fra psykiatere. Dette behov imødekommes forskelligt på tværs af kommunerne. I nogle kommuner er der et velfungerende og godt samarbejde med den regionale psykiatri om borgerne, mens der i andre kommuner opleves et udækket behov for sparring omkring den enkelte borger og supervision af personalet fra psykiatere. Enkelte interviewpersoner har gjort sig overvejelser om deleansættelser mellem region og kommune for at kunne få dækket disse behov. Interviewpersonerne er dog enige om, at det ikke er en optimal løsning, da dette ikke skaber nye ressourcer på området, men blot skaber en mere kompleks situation i forhold til ansættelsesforhold. Det kan dog ifølge enkelte interviewpersoner være en nødvendig løsning, hvis ikke behovene imødekommes på anden vis.

På alle fire områder giver interviewpersonerne udtryk for, at kommunerne i dag står med en lang række opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer. Især i forhold til *ældre medicinske patienter* beskriver interviewpersonerne, at der har været en markant stigning i omfanget af opgaverne gennem de sidste år – en stigning, som de forventer, vil fortsætte fremadrettet. I forhold til *misbrug og lægefaglige vurderinger* beskrives behandlingsopgaver, som hensigtsmæssigt kan løses af kommunalt ansatte læger. I forhold til *psykiatri* og især *den ældre medicinske patient* peges der på, at den optimale løsning ville være, at behovene blev løftet af almen praksis og sygehuslæger, men at det kan være nødvendigt for kommunerne selv at ansætte læger for at imødekomme behovet, hvis ikke det løses ad denne vej. På tværs af områder opleves der et behov for kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling inden for de kommunale sundhedsfaglige opgaver, som nogle (men ikke alle) mener, løftes optimalt af en kommunalt ansat læge.

1 Indledning

Siden strukturreformen i 2007 har kommunerne fået større ansvar for det samlede sundhedsvæsen. Det har betydet flere og nye opgaver for kommunerne. Opgaverne har blandt andet medført en stigning i behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne, hvilket har resulteret i, at nogle kommuner har valgt at ansætte læger.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) udarbejdede i 2010 notatet "Læger i kommunerne – En analyse af de fremtidige behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne". Notatet blev netop udarbejdet på baggrund af de nye opgaver og det større ansvar, som kommunerne havde fået ved strukturreformen i 2007. Formålet med notatet var at undersøge, hvordan de fremtidige behov for lægelig arbejdskraft ville blive, samt hvordan disse behov kunne imødekommes mest hensigtsmæssigt. I notatet blev der taget udgangspunkt i behovet for lægelig arbejdskraft inden for tre kommunale områder:

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

Områderne blev valgt ud fra, hvor der sås særlige udviklingsmuligheder og udviklingsbehov i forhold til den lægelige arbejdskraft i kommunerne. Baseret på interview blev behovene for lægelig arbejdskraft og kommunalansatte lægers rolle beskrevet for hvert område.

I forhold til *ældre medicinske patienter og kronikere med stort behandlingsbehov* forudsås et stigende behov for læger med behandlingsansvar, der agerer i kommunale sammenhænge. Der blev i den sammenhæng beskrevet en skepsis i forhold til, at kommunerne selv skulle ansætte læger til at imødekomme dette behov. I stedet blev der peget på et behov for at styrke samarbejdet mellem sektorerne, så egen læge og sygehuslæger kunne dække behovet. Der blev i forhold til at styrke planlægning og implementering af indgående aftaler omkring dette samarbejde beskrevet en rolle for kommunalt ansatte læger.

På området *borgere på kanten af arbejdsmarkedet på grund af helbredsmæssige udfordringer og borgere med alkohol- eller stofmisbrugsproblemer* fandt man, at der var driftsmæssige opgaver i form af skriftlige lægefaglige vurderinger ved sagsbehandling og behandlingsopgaver på misbrugsområdet, som hensigtsmæssigt kunne løses af kommunalt ansatte læger. Det blev ligeledes vurderet, at der på disse områder også var opgaver for en kommunalt ansat læge i forhold til at styrke samarbejdet med egen læge og sygehussektoren.

Siden 2010 er udviklingen i behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne gået stærkt – især i forhold til de ældre medicinske patienter, hvor det øgede antal ambulante behandlinger og accelererede patientforløb har betydet, at kommunerne i dag har at gøre med en gruppe af borgere, der er svagere og mere kompleks, end hvad der var tilfældet tidligere.

På baggrund af udviklingen i behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne har Foreningen af Speciallæger (FAS), Kommunernes Landsforening (KL) og Yngre Læger (YL) bedt KORA lave en opdatering af notatet fra 2010 med særlig henblik på at beskrive behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne, samt hvordan disse behov bliver imødekommet mest hensigtsmæssigt. Opdateringen skal således være med til at kvalificere den aktuelle debat om det nuværende og kommende behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne.

1.1 Metode

Notatet er udarbejdet på baggrund af en workshop med interessenter udpeget af opdragsholderne FAS, KL OG YL samt interview med ti nøglepersoner udpeget af KORA efter dialog med interessenter og opdragsholdere.

Workshoppen med interessenter blev afholdt i KL ved projektopstart og var tilrettelagt med henblik på a) at kvalificere de scenarier, der var opstillet i det oprindelige notat, b) at indhente viden om udviklingen siden 2010, samt c) at få input til relevante fokuspunkter og interviewpersoner. Det fremgik af workshoppen, at kommunerne har gjort sig erfaringer med lægelig arbejdskraft indenfor alle scenarier – herunder også på området for den ældre medicinske patient. Endvidere blev det diskuteret, at der var forskel på store og små kommuners behov og muligheder for at ansætte læger, og at dette skulle indgå som et tema for analysen.

Interviewpersonerne blev udvalgt af KORA efter input fra opdragsholderne og deltagerne på den indledende workshop. For at få forskellige perspektiver på brugen af læger i kommunerne blev interviewpersonerne udvalgt således, at der var repræsentanter fra kommuner, regioner og almen praksis. På workshoppen fremgik det, at især løsningsmodellerne kunne variere meget på baggrund af kommunistørrelse, hvorfor det blev prioriteret at have interviewpersoner fra både mindre og større kommuner i form af Aalborg, Aarhus, Halsnæs og Slagelse Kommuner. Den samlede liste af interviewpersoner og workshopdeltagere fremgår af Bilag 1.

Interviewpersonerne blev spurgt bredt til, hvilke lægelige opgaver de oplever i kommunerne, hvordan de har oplevet udviklingen på disse områder, og hvordan de forventer udviklingen vil blive i fremtiden. Herefter blev de spurgt til, hvilke løsningsmodeller de har erfaring med, kan imødekomme disse behov, samt hvilke løsningsmodeller, de mener, udgør den mest hensigtsmæssige måde at imødekomme behovene på.

Otte af de ti interview er gennemført over telefonen, ét er blevet gennemført skriftligt, og ét er blevet gennemført som et fysisk interview. Alle interview er blevet sammenskrevet i resumeer, som sammen med materialet fra workshoppen udgør baggrunden for beskrivelserne og diskussionen i notatet.

I kraft af det metodiske design vil de beskrevne behov for lægelig arbejdskraft udelukkende være baseret på, hvordan interviewpersonerne oplever disse. Der er således ikke tale om kvantificeringer af behovene eller udtømmende beskrivelser, ligesom detaljeringsgraden på de forskellige områder afspejler interviewpersonernes baggrund. Det samme gør sig gældende for de løsningsmodeller, der beskrives. Disse er ikke nødvendigvis gældende for alle løsningsmodeller, der eksisterer eller arbejdes på i kommunerne, men udelukkende en beskrivelse af dem, som interviewpersonerne har erfaringer med eller har gjort sig tanker om. Blandt de områder, der ikke behandles i nærværende notat, er eksempelvis yngre kronikere og flygtninge.

2 Kommunernes behov for lægelig arbejdskraft

I dette afsnit beskrives de oplevede behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne og de forskellige løsningsmodeller i forhold til at imødekomme disse. Ud fra interviewene er der blevet identificeret fire områder, hvor der opleves behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne. Behov og løsningsmodeller vil således blive beskrevet opdelt på følgende områder:

- Den ældre medicinske patient
- Misbrug
- Lægefaglige vurderinger
- Psykiatri

For hvert område vil behovene for lægelig arbejdskraft blive præsenteret opdelt på baggrund af, om der er tale om driftsmæssige opgaver eller opgaver i forhold til planlægning og udvikling. Denne opdeling laves på baggrund af, at interviewpersonerne inden for flere af områderne giver udtryk for, at der er forskel på, hvordan de mener, man bør imødekomme behovene for lægelig arbejdskraft til henholdsvis driftsmæssige opgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling.

De driftsmæssige opgaver dækker over opgaver, hvor der er behov for en læge til konkrete vurderinger eller kliniske opgaver i forhold til en borger. Opgaverne dækker overordnet over to typer opgaver, dels driftsopgaver med kliniske beføjelser, hvor der tale om egentlige kliniske opgaver i forhold til behandling eller behandlingsopfølgning, dels driftsopgaver med udelukkende beskrivende beføjelser såsom lægelige vurderinger eller rådgivning på skrift, der ikke indebærer kliniske opgaver.

Opgaver i forhold til planlægning og udvikling dækker over en bredere række opgaver, hvor fællestrækket er, at opgaverne går på tværs af flere patienter. Der er blandt andet tale om opgaver i forhold til kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling samt kommunikation og samarbejde mellem kommunen og de andre sektorer.

På hvert område beskrives de oplevede behov under hver kategori samt de løsningsmodeller, som interviewpersonerne giver udtryk for, kan imødekomme disse behov.

2.1 Den ældre medicinske patient

Det område, der ifølge interviewpersonerne klart fylder mest på det kommunale sundhedsområde, er ældre medicinske patienter med store behandlings- og plejeb behov. Kommunerne har siden før strukturreformen haft et stort ansvar i forhold til pleje af denne gruppe borgere. Opgavens omfang og kompleksitet har dog udviklet sig markant og hurtigere, end interviewpersonerne selv havde forventet. Interviewpersonerne beskriver, at udviklingen inden for accelererede patientforløb og den øgede ambulante aktivitet har medført, at kommunerne i dag har at gøre med langt flere markant svagere borgere. Borgerne har brug for pleje og behandling i et omfang, det ikke tidligere var aktuelt for kommunerne at skulle tilbyde. Dette har blandt andet ført til en øgning i antallet af kommunale døgnpladser, hvor borgere med større pleje-, behandlings- og rehabiliteringsbehov til at kunne være i eget hjem, kan indskrives. Der eksisterer flere forskellige modeller med midlertidige pladser, hvor borgere kan indskrives, både for at forebygge sygehusindlæggelse og efter sygehusindlæggelse, inden de udskrives til egen bolig eller plejebolig. Interviewpersonerne forventer, at udviklingen i antallet af disse komplekse og svage borgere, som kommunen skal håndtere, kun bliver større fremover.

Fælles for de ældre medicinske patienter er, at de alle har behandlingsbehov, der går på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor, og samtidig har et stort plejebenhov, der skal løftes af kommunerne. Ud over de konkrete behov hos borgeren er der derfor et stort behov for koordinering og samarbejde mellem kommune, praktiserende læge og sygehus.

Lægefaglige opgaver på området

Der er ifølge interviewpersonerne både driftsmæssige opgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling på dette område.

Driftsopgaver

Det stigende antal ældre medicinske patienter i egen bolig såvel som i plejebolig og på kommunale døgnpladser betyder, at det kommunale plejepersonale oftere har at gøre med borgere, der modtager flere forskellige typer medicin og lider af forskellige kroniske sygdomme. Det komplekse samspil mellem sygdomme og medicinering medfører, at plejepersonalet ofte vil have behov for lægelig sparring i forhold til den enkelte borger. Mange indlæggelser vil ifølge interviewpersonerne kunne undgås, hvis der i højere grad var mulighed for en lægelig vurdering af disse borgere samt hurtig iværksættelse af behandling i eget hjem eller plejebolig.

Fælles for de ældre medicinske patienter i eget hjem, plejebolig og på kommunale døgnpladser er ifølge interviewpersonerne, at der er et omfattende behov for lægelig sparring med det kommunale plejepersonale for at give borgeren den optimale pleje og gennemføre de pågående behandlinger korrekt, samt i forhold til at undgå unødvendige sygehusindlæggelser. Interviewpersonerne giver således udtryk for, at der er et konkret og stadig stigende behov for, at plejepersonalet har mulighed for at få sparring om og lægefaglig vurdering af den enkelte borger. Spørgsmålet er derfor ikke, om der i kommunerne er driftsopgaver med et behov for lægelig arbejdskraft i forhold til denne gruppe, men hvordan behovene skal i praksis skal imødekommes.

Alle interviewpersoner er enige om, at det principielt er uhensigtsmæssigt at ansætte læger i kommunerne til at løse driftsopgaverne i forhold til ældre medicinske patienter. Flere interviewpersoner giver udtryk for, at der på den måde kan opstå en tredje behandlingssektor. Der vil dermed blive flere sektorovergange for borgerne, hvilket man fra de nuværende sektorovergange ved, vil indebære problematikker i forhold til koordinering og overlevering. Interviewpersonerne er således alle enige om, at de lægefaglige driftsopgaver optimalt bør løses af læger i almen praksis og på sygehusene. Flere interviewpersoner giver dog udtryk for, at dette i dag ikke sker i tilstrækkeligt omfang. Det har i praksis betydet, at der er nogle kommuner, som allerede har ansat læger til at løse driftsopgaver. Alle interviewpersoner mener, at dette er en lappeløsning, men også et udtryk for, at behovet for at få en permanent og dækkende løsning på området er både stort og akut.

Interviewpersonerne beskriver tre undergrupper af ældre medicinske patienter, som de oplever, har et behov, der kræver lægefaglighed for at blive imødekommet: borgere indskrevet på kommunal døgnplads for at undgå indlæggelse, borgere på plejehjem med konstant stort plejebenhov, og borgere der bliver udskrevet fra sygehus.

Borgere indskrevet på kommunal døgnplads for at undgå indlæggelse

Interviewpersonerne mener alle, at de lægelige driftsopgaver, der er i forhold til borgere indskrevet på kommunal døgnplads for at undgå indlæggelse, principielt bør løses af almen praksis. Der er dog nogle uløste problematikker i forhold til de borgere, der bliver indskrevet på kommunale døgntilbud. Dels er der en problematik i forhold til borgere, der ved indskrivning på akuttilbud kommer længere væk end 15 km fra egen læge, som derved ikke er forpligtet til at foretage sygebesøg, dels beskriver flere interviewpersoner, at der er forskel på det oplevede omfang af behov for lægelig sparring med personalet og det, der kan imødekommes fra borgernes egen læge.

En af de medvirkende kommuner (Aalborg) har valgt at ansætte en læge til at imødekomme de lægelige driftsopgaver på de kommunale akutpladser og -tilbud, der har til formål at forebygge indlæggelser. Den læge, der er ansat, har samtidig egen almen praksis. Den ansatte læge bruger omkring 5 timer om ugen, hvoraf en stor del af tiden bruges på et ugentligt besøg på akutpladserne, hvor personalet kan få supervision og lægefaglig vurdering af borgerne. Personalet har desuden mulighed for at kontakte lægen, hvis der opstår situationer, hvor de har behov for akut vejledning. Ud over sparring og lægefaglig vurdering overtager lægen ansvaret for de borgere, der har mere end 15 km til egen læge, når de indskrives på akutpladsen. Interviewpersonen beskriver, at de uden den ansatte læge ville stå med et stort, uløst behov for lægelig supervision. Det var en svær proces at få løsningen med den ansatte læge på plads i forhold til PLO og Danske Regioner, men kommunen oplever, at den fungerer godt, og de forventer, at de sparer penge på ansættelsen i forhold til det lavere antal sygehusindlæggelser, som ordningen medfører.

Der er delte meninger blandt interviewpersonerne om, hvorvidt det er en god løsning, at en alment praktiserende læge ved siden af sin praksis er ansat af kommunen til at løse de beskrevne opgaver. Nogle interviewpersoner er positive over for ideen og nævner blandt andet den norske model, hvor kommunerne råder over 20 % af almen praksis' tid som et forbillede. Der gives desuden udtryk for, at en udvidet ordning med 24-timers vagtdækning vil kunne nedbringe antallet af indlæggelser væsentligt. Andre interviewpersoner er mere skeptiske over for modellen. Der bliver givet udtryk for, at i og med løsningen er helt afhængig af, at man kan finde alment praktiserende læger, der har en interesse for området, er den for usikker at bygge det fremtidige sundhedsvæsen på. Det er i forvejen problematisk at få dækket almen praksis, hvorfor interviewpersonerne forventer, det vil være meget svært at få dækket sådanne stillinger systematisk i kommunerne. Interviewpersonerne peger på, at man i stedet bør se på løsninger, hvor behovet dækkes af almen praksis som helhed. Det bemærkes af flere interviewpersoner, at der kan være et behov for at styrke almen praksis, hvis dette skal være muligt.

I forhold til samarbejdet med almen praksis beskriver nogle interviewpersoner, at der er en udfordring i forhold til at udnytte plejepersonalet i kommunerne optimalt. Flere opgaver vil kunne løses af sygeplejersker, hvis de fik delegeret opgaven fra almen praksis. Udfordringerne opstår, når sygeplejerskerne skal have udførlige beskrivelser for gennemførslen af behandlingen og forventelige bivirkninger, samt at det kræves, at den praktiserende læge fører tilsyn med behandlingen. Delegationen bliver således en omfattende opgave for den praktiserende læge. En interviewperson har erfaring med, at en løsning på dette er instruktioner udarbejdet af en kommunalt ansat læge, som tager behandlingsansvaret for den specifikke behandling og fører opsyn med sygeplejerskernes gennemførsel af behandlingen. Sygeplejersken kan så aftale med den praktiserende læge at gennemføre behandlingen ud fra den specifikke vejledning, samt i hvilke situationer den praktiserende læge skal kontaktes igen. Denne løsning beskrives af interviewpersonen som god, men at der opleves udfordringer i forhold til at få den udbredt bredt til alle praktiserende læger i kommunen, da ikke alle er positive over for uddelegeringen.

Plejehjem

Interviewpersonerne mener, at der er behov for, at plejepersonalet på plejehjem kan få lægefaglig sparring og vurdering i forhold til den enkelte borger og en generel bred lægefaglig sparring omkring overordnede problematikker på plejehjemmet. Flere interviewpersoner nævner den kommende Satspulje til plejehjemslæger og håber, at der derigennem findes nogle gode løsninger. Problematikken beskrives forskelligt i forhold til, om det er i en større by eller ej. En interviewperson beskriver, at der i mindre byer ofte de facto er tale om plejehjemslæger, i og med at langt størstedelen af borgerne skifter til den nærmeste almene lægepraksis, når de kommer på plejehjem. Når den enkelte praktiserende læge har mange borgere på plejehjemmet, er det naturligt – om end ikke et krav, at denne læge superviserer personalet og har en tæt kontakt omkring borgerne. I større byer, hvor der kan være mange alment praktiserende læger inden for 15 km af et plejehjem, giver interviewpersonerne udtryk for, at dette ikke sker i tilstrækkeligt

omfang. Flere interviewpersoner giver derfor udtryk for, at en eller flere fast tilknyttede læger til hvert enkelt plejehjem, der påtager sig ansvaret med at supervisere personalet og står til rådighed for lægefaglige vurderinger, vil kunne styrke kvaliteten i plejen og forebygge mange sygehusindlæggelser. Interviewpersonerne gør dog opmærksom på, at der er en problematik i forhold til rettigheden for borgeren til selv at vælge læge. Omvendt mener flere, at de fleste ville vælge den fasttilknyttede læge, hvis denne kom regelmæssigt på plejehjemmet.

Borgere udskrevet fra sygehus

De mange ældre medicinske patienter, som bliver indlagt på sygehus og bliver udskrevet tidligere end førhen, opleves af interviewpersonerne som en stor udfordring i kommunerne. Flere kommuner har valgt at oprette døgnpladser til denne gruppe, da de oplever, at borgerne ikke er stærke nok til at komme hjem til egen bolig. Fælles for borgerne er, at de har forskellige kroniske sygdomme og et stort forbrug af medicin, der gør det kompliceret at vurdere, hvorvidt en påbegyndt behandling forløber, som den skal, eller om der er utilsigtede bivirkninger, behov for opstart af anden behandling eller behov for genindlæggelse. Der er derfor brug for lægefaglige vurdering og supervision af personalet i forbindelse med de konkrete, pågående medicineringer og andre behandlinger af den enkelte borger, ligesom personalet løbende har brug for at kunne rådføre sig med en læge i forhold til borgerens udvikling. En interviewperson beskriver behovene som de samme som dem, der er på en langtidsmedicinsk afdeling på et sygehus. Flere interviewpersoner oplever, at der er et problem i forhold til at afklare, hvem der har behandlingsansvaret for borgerne. Det kan ofte være en kompleks situation, hvor der er påbegyndt behandling under indlæggelsen, som stadig pågår efter udskrivning. Behandlingsansvaret for denne behandling er principielt hos sygehuslægen, men ofte er der andre behov for lægelig konsultation og behandling hos den samme borger, hvor behandlingsansvaret er hos egen praktiserende læge. Flere interviewpersoner oplever, at dette delte lægelige ansvar for borgeren ikke fungerer hensigtsmæssigt, og at det sker, at borgere reelt bliver tabt mellem de to sektorer. De vurderer, at det medfører et u hensigtsmæssigt stort antal genindlæggelser, som både belaster borgeren unødvendigt og er dyrt for kommunerne.

Flere interviewpersoner giver udtryk for, at der udskrives meget komplicerede patienter til de kommunale døgnpladser, hvorfor der er behov for specialiserede læger til at løfte opgaven. De mener således ikke, at opgaven kan løses af almen praksis alene. Alle interviewpersoner er enige om, at der er behov for et større omfang af udgående funktioner fra hospitalet i forhold til disse komplicerede patienter. Flere interviewpersoner er positive omkring en model med deleansættelse mellem hospital og kommune, hvor en ansat læge har behandlingsansvaret for borgerne, mens de er i eget hjem eller på en kommunal døgnplads. Den samtidige ansættelse på et hospital og tilknytning til en geriatrisk afdeling er nødvendig både for at sikre lægens faglighed og for at øge muligheden for rekruttering til jobbet. Andre er mere skeptiske i forhold til denne løsningsmodel, som de mener, ikke skaber nogle nye ressourcer på området, men blot komplicerer en eventuel læges ansættelsesforhold ved, at der bliver to arbejdsgivere. De finder det desuden tvivlsomt, at man kan rekruttere nok læger til sådanne stillinger i forhold til, at det kan blive en permanent løsning, der kan imødekomme behovet i alle landets kommuner. Flere interviewpersoner mener, at der er potentiale for i højere grad at udnytte telemedicinske løsninger på området. Det vil kunne spare borgerne for turen på sygehuset, der kan være meget belastende for stærkt svækkede borgere. Andre gør opmærksom på, at de nuværende telemedicinske løsninger har vist tvivlsomme resultater, hvorfor der er behov for fysisk udgående funktioner i et større omfang end for nuværende, indtil eventuelle fungerende telemedicinske løsninger er på plads.

Planlægning og udvikling

I forhold til planlægning og udvikling peger nogle af interviewpersonerne på, at der er en række opgaver, der med fordel kan løses af en læge. Opgaverne går på tværs af de tre områder, som

blev beskrevet i forhold til driftsopgaverne på området, og omfatter primært at styrke samarbejdet mellem kommunens plejepersonale, almen praksis og sygehusene samt at højne og fastholde kvaliteten i den samlede kommunale pleje.

Som beskrevet i foregående afsnit kan det være en kompleks situation, når svage borgere bliver rykket fra en sektor til en anden. Interviewpersonerne beskriver, at det især opleves udfordrende, når en borger udskrives fra sygehusindlæggelse, hvad enten det er til eget hjem eller en kommunal døgnplads. Enkelte interviewpersoner giver udtryk for, at der er behov for en bedre forståelse fra sygehuspersonalets side for den virkelighed, som borgerne udskrives til. En borger, der vurderes stabil på et sygehus, kan ikke nødvendigvis forsvarligt udskrives til eget hjem, da der er andre faktorer, som her gør sig gældende. Omvendt vurderer nogle interviewpersoner, at det kommunale plejepersonale nogle gange er for hurtigt til at sende borgere på sygehuset, og at der på denne baggrund muligvis sker et uhensigtsmæssigt højt antal indlæggelser. Nogle interviewpersoner mener, at der er behov for lægefaglighed i kommunalt regi, dels for at styrke forståelsen og kommunikationen mellem kommune og sygehus, dels for at sikre den optimale overlevering af patienterne. Denne opgave mener de med fordel kan løses af en kommunalt ansat læge, da det er en bred overordnet koordinerende rolle, der ikke er på patientniveau eller omfatter behandling. Andre interviewpersoner giver udtryk for, at opgaven i dag til dels løses tilfredsstillende i nogle kommuner som en driftsopgave med fremskudte visitationer, hvor kommunen har ansat sygeplejersker, som fysisk befinder sig på hospitalet.

Kommunerne har plejeansvaret for de mange ældre medicinske patienter. Ligesom med behandlingen er også plejen af disse borgere meget kompleks, da borgerne generelt er svage, ligesom der er flere sygdomme og medicinpræparater at tage højde for. Nogle interviewpersoner nævner derfor, at der er et behov for kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling på de kommunale plejetilbud. Der opleves et behov for at sikre optimale og klinisk sikre arbejdsgange på døgnpladser såvel som ved pleje af borgere i eget hjem. Denne opgave kan ifølge nogle interviewpersoner med fordel løses af en kommunalt ansat læge, da det netop er kommunernes ansvar, at borgerne modtager den optimale pleje. Andre interviewpersoner peger på, at opgaven også kan løses af andet sundhedsfagligt personale med særlige kompetencer på området – det kunne eksempelvis være sygeplejersker. Der vil være kommunale forskelle på dette område, da der er variation i, hvilke kompetencer der rådes over i forskellige kommuner.

Opsamling

De lægelige opgaver i kommunerne beskrevet i dette afsnit er en blanding af driftsopgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling. Alle interviewpersoner er enige om, at kommunerne har store udfordringer i forbindelse med at løse de driftsmæssige opgaver på området. Flere interviewpersoner er positive over for at imødekomme behovet ved at ansætte læger i kommunerne. De beskriver disse løsninger som lappeløsninger, men samtidig nødvendige løsninger for at imødekomme det akutte behov, som kommunerne har i dag. Alle interviewpersoner er enige om, at det ikke er optimalt at skabe en form for ekstra behandlingssektor, da dette blot vil medføre flere komplicerede overgange. Interviewpersonerne mener derfor, at behandlingsansvaret bør blive hos de praktiserende læger og sygehuslægerne.

Interviewpersonerne peger derfor på, at den fremadrettede bedste måde at imødekomme behovene for løsning af driftsopgaver i kommunerne dels er, at almen praksis bliver rustet til at påtage sig opgaverne i forhold til forebyggelse af indlæggelser og dækning af plejehjem, dels at sygehusene styrker og øger deres udgående funktioner. I forhold til planlægning og udvikling peger interviewpersonerne på, at der er opgaver i forhold til koordinering og kommunikation med almen praksis og sygehuse samt med kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling. Nogle interviewpersoner peger på, at disse opgaver løses bedst af en læge ansat af kommunen, mens andre peger på, at opgaverne også vil kunne løses af andet sundhedsfagligt personale.

2.2 Misbrug

Misbrugsområdet adskiller sig fra de andre identificerede områder ved, at kommunerne på dette område har et behandlingsansvar. På stofmisbrugsområdet dækker behandlingsansvaret blandt andet over konkrete krav i forhold til medicinering og helbredsundersøgelser, der skal udføres af en læge. Der er på dette område sket en skærpende siden 2010, hvilket har medført et øget behov for lægelig arbejdskraft i kommunen. Misbrugere af alkohol såvel som stoffer er ofte borgere med komplekse problemer, som kæmper med flere sociale og sundhedsmæssige problemstillinger. Kommunerne har således ofte også andre opgaver i forhold til borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet eller i forhold til plejebehov grundet sygdom. Ud over misbrugsproblemer har borgerne ofte anden somatisk eller psykisk sygdom, som gør, at de har behandlingsbehov, der ansvarsmæssigt ligger hos egen læge eller på sygehuset.

Lægefaglige opgaver på området

Interviewpersonerne har givet udtryk for, at der på området både er lægelige driftsopgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling, der kan løses af læger.

Driftsopgaver

Kommunerne har et behandlingsansvar i forhold til både alkohol- og stofmisbrug. Der er således behov for lægelig arbejdskraft til helbredsundersøgelser samt til at lægge behandlingsplaner i forhold til misbruget og gennemføre disse. Der er forskelle i opgaverne i forhold til alkohol- og stofmisbrug. Mens medicinsk alkoholbehandling eksempelvis principielt er placeret hos egen læge, skal medicinsk stofbehandling gennemføres af speciallæger. Flere interviewpersoner giver dog udtryk for, at der er behov for specialiseret lægelig arbejdskraft for en optimal behandling af både alkohol- og stofmisbrug.

Ifølge flere interviewpersoner kendetegner det borgere med misbrug, at de ofte har anden somatisk eller psykisk sygdom, som de ikke har opsøgt behandling for, når de kommer i kommunens misbrugsbehandling. Interviewpersonerne oplever således, at de har at gøre med borgere, hvor der også er et behov for lægelig arbejdskraft i forhold til at udrede og behandle anden sygdom.

Interviewpersonerne giver udtryk for, at der er stor kommunal variation i, hvordan man løfter driftsopgaverne i dag. Det beskrives, at der især i de større byer er velfungerende misbrugsbehandlingsenheder, hvor de lægelige behandlingsopgaver i forhold til misbruget bliver dækket af læger, som er fast tilknyttet misbrugsenhederne. Flere interviewpersoner oplever, at dækningen af de lægefaglige opgaver er dårligere i mindre kommuner. Nogle kommuner benytter sig af løst tilknyttede konsulenter, mens andre kommuner ikke har tilknyttede læger. Det betyder ifølge en interviewperson, at stofmisbrugsbehandling ikke altid udføres mest hensigtsmæssigt. I forhold til alkoholmisbrugsbehandling oplever flere interviewpersoner, at det i mindre kommuner ofte kun er egen læge, der er tilknyttet som lægefaglig. Dette kan ifølge interviewpersonerne nogle gange fungere godt, mens det andre gange opleves som problematisk, da borgerne har komplekse problemstillinger, der ikke altid er nemme at håndtere i almen praksis. Flere interviewpersoner er enige om, at det vil være optimalt med større kommunale samarbejder på misbrugsområdet. Der gives udtryk for, at der er behov for et vis volumen for dels at skabe et stærkt fagligt miljø om behandlingen, dels i forhold til at kunne rekruttere læger til stillingerne. En interviewperson gør opmærksom på, at der på dette område i forhold til rekruttering opleves en stor mangel på specialiserede læger, og at dette formodentlig vil blive et større problem fremadrettet set i lyset af den stigende mængde opgaver på området.

Behandlingsansvaret for andre sygdomme end misbruget ligger principielt hos egen læge eller på sygehus. Da der er tale om komplicerede borgere, som ofte ikke har anden kontakt til sundhedsvæsenet end misbrugsbehandlingen, oplever flere interviewpersoner, at der er et konkret

behov for lægelig arbejdskraft, som skal imødekommes. Det kræver ifølge en interviewperson et godt samarbejde med almen praksis og en styrkelse af de udgående funktioner fra sygehusene. I forhold til dobbeltdiagnosticerede, der udover et misbrug lider af psykisk sygdom, opleves der et stort behov for specialiserede psykiatere. En interviewperson giver udtryk for, at samarbejdet med sygehusene i dag ikke fungerer optimalt. Blandt interviewpersonerne gives der ikke udtryk for, at den optimale løsning er at ansætte psykiatere i kommunerne. I stedet foreslås det, at man overvejer andre samarbejdsmodeller – som eksempelvis telemedicinske løsninger. Igen beskrives det, at man ved at have større tværkommunale behandlingsenheder også vil have nemmere ved at etablere et optimalt samarbejde med sygehusene.

Planlægning og udvikling

I forhold til planlægning og udvikling beskrives opgaver inden for to områder. Der opleves et stort behov for samarbejde med både almen praksis og regionen i forhold til borgernes andre behandlingsbehov. Nogle interviewpersoner beskriver, at det er nødvendigt med en læge tilknyttet kommunen for at have den optimale dialog og ansvarsdeling mellem kommunen, borgerens egen læge og sygehuset. Der beskrives desuden et behov for kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling af de kommunale behandlingstilbud, der er for misbrugere.

Disse opgaver beskrives af enkelte interviewpersoner som en del af de opgaver, der optimalt set løses af læger ansat i kommunale behandlingsenheder. Det opleves, at der i nogle kommuner er behov for en styrkelse af den lægelige arbejdskraft, for at der i fremtiden kan tages bedre hånd om borgerne, som ellers kan blive tabt mellem de forskellige sektorer. Som tilfældet var i forhold til driftsopgaver nævnes det af interviewpersonerne, at der med fordel kan etableres kommunale samarbejder om opgaveløsningen.

Opsamling

Beskrivelsen af de lægelige opgaver i kommunerne i dette afsnit er en blanding af driftsopgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling. Der er i modsætning til de andre områder nogle klare driftsopgaver, som interviewpersonerne er enige om, skal løses ved læger ansat i kommunerne. Der er store kommunale forskelle i, hvordan behovene for læger dækkes i dag. Nogle kommuner har læger ansat fuldtid i misbrugsenheder, mens andre benytter sig af læger på konsulentbasis. Flere interviewpersoner giver udtryk for, at den optimale løsning indebærer etablering af større tværkommunale samarbejder. Der blev af interviewpersonerne ikke givet udtryk for, at nogle samarbejdsmodeller er bedre end andre, men mere generelt at der ved en større volumen er mulighed for at skabe det faglige miljø, der er nødvendigt, for at give den optimale behandling til borgere med misbrug. Der blev ligeledes givet udtryk for, at der er et stort behov for koordinering og samarbejde om den enkelte borger med både almen praksis og sygehuse. Dette behov, mener flere interviewpersoner, at man også vil kunne imødekomme ved større behandlingsenheder, der har læger tilknyttet på fuldtid.

2.3 Lægefaglige vurderinger

Kommunerne står for sagsbehandlingen og driften på en lang række områder, hvor der kan være sundhedsmæssige problemstillinger i spil, der medfører et behov for en lægefaglig vurdering for at kunne foretage de rigtige afgørelser. Området spænder bredt over en række forskelligartede vurderinger i kommunale sager, som interviewpersonerne nævner, de oplever, optimalt bør foretages af en læge.

Tidligere fyldte lægefaglige vurderinger ved førtidspension og fleksjob relativt meget, men der er sidenhen sket en ændring i lovgivningen, så disse vurderinger i dag er en regional opgave.

Det har ifølge flere interviewpersoner gjort, at behovet for lægelig arbejdskraft på dette underområde i dag er dækket, omend nogle interviewpersoner sætter spørgsmålstegn ved, om det er den optimale løsningsmodel.

Flere interviewpersoner beskriver, at der er sket væsentlige ændringer i forhold til embedslægeinstitutionen, som i de seneste år er blevet betydelig mindre og i dag hører under Styrelsen for Patientsikkerhed. Nogle interviewpersoner oplever således en øget udfordring med at håndtere miljø- og hygiejnemæssige udfordringer i kommunerne, der tidligere i højere grad blev løst ved hjælp af vurderinger, vejledninger og rådgivning fra embedslægeinstitutionen.

Lægefaglige opgaver på området

Selvom de lægefaglige vurderinger hører under driftsopgaver, beskriver interviewpersonerne også opgaver i forhold til planlægning og udvikling på de områder, hvor de lægelige vurderinger spiller ind.

Driftsopgaver

Interviewpersonerne beskriver fire områder, hvor kommunerne har et behov for lægefaglige vurderinger. På arbejdsmarkedsområdet bliver en større del – som beskrevet – dækket af regionale lægekonsulenter som følge af lovgivningen. Sygedagpengeområdet, hvor kommunen har et finansieringsansvar, er dog ikke underlagt denne lovgivning. Her oplever interviewpersonerne ligeledes et behov for lægelige vurderinger og rådgivning af de kommunale sagsbehandlere.

En interviewperson beskriver, at der er behov for lægelige vurderinger i forhold til hygiejne- og miljøområdet. Det er et bredt område, som både dækker over hygiejne på kommunale institutioner samt miljømæssige udfordringer som skimmelsvamp, skadedyr, gasninger fra bygningsmateriale og andre potentielt sundhedsskadelige udfordringer. Det bliver beskrevet af enkelte interviewpersoner, at der tidligere var bedre mulighed for at få rådgivning og retningslinjer fra embedslægeinstitutionen, men at der i dag i høj grad er et behov for lægefaglige vurderinger af, hvornår forskellige situationer medfører en egentlig sundhedsrisiko, og hvilke foranstaltninger der i kraft her af bør foretages. Det kan eksempelvis være nødvendigt for kommunerne at lukke bygninger eller institutioner som følge af hygiejne- eller miljøhensyn, hvilket bør være baseret på en faglig vurdering af en eventuel helbredsrisiko, og denne foretages ifølge enkelte interviewpersoner med fordel af en læge.

Der bliver desuden beskrevet et behov for lægelige vurderinger på børne- og familieområdet, hvor der i kommunen tages afgørelser, som kan have et sundhedsfagligt aspekt, hvorfor lægefaglige vurderinger kan styrke sagsbehandlingen. Konkret nævnes sager om kompensation ved tabt arbejdsfortjeneste grundet pleje af børn med sygdom, men også anbringelsessager kan have sundhedsfaglige problemstillinger.

Det sidste område, der nævnes af interviewpersonerne, er lægefaglig vurdering i forbindelse med støtte til merudgifter for voksne med varigt nedsat funktionsevne. Her er der altid tale om sundhedsfaglige problemstillinger, hvorfor der er et behov for lægefaglig vurdering og rådgivning af sagsbehandlere.

Dele af de lægefaglige vurderinger, der gennemføres på arbejdsmarkedsområdet, foretages som beskrevet lovpligtigt af regionale lægekonsulenter. Enkelte interviewpersoner beskriver, at det førhen var et område, der fyldte meget, og da det ikke gør det længere, ses det som et udtryk for, at det fungerer. Der gives udtryk for en variation i, hvordan kommunerne løser behovet for lægefaglige vurderinger på de andre områder. Nogle benytter sig også af eksterne konsulenter, mens andre har del- eller fuldtidsansatte læger i kommunen, som blandt andet foretager vurderinger på disse områder og rådgiver sagsbehandlere og kommunen ud fra deres lægefaglighed. Der gives blandt interviewpersonerne udtryk for både fordele og ulemper ved begge løsninger.

De eksterne konsulenter er uvildige, hvormed det sikres, at de kommunale interesser ikke har indflydelse. Omvendt påpeger enkelte interviewpersoner på, at der ved kommunalt ansatte læger sikres en forståelse for det samlede billede og de kommunale muligheder, ligesom der beskrives en anden ansvarstagen for vurderingens konsekvenser, når denne ikke er foretaget eksternt og anonymt.

Planlægning og udvikling

Nogle interviewpersoner beskriver, at man med fordel kan styrke kvaliteten i den kommunale indsats på de områder, hvor der er behov for lægefaglige vurderinger, ved at inddrage lægefaglighed i forhold til de afgørelser, der har et sundhedsfagligt aspekt. Kommunerne vil på den måde kunne styrke forløbstækningen omkring den enkelte borger eller institution. Det drejer sig både om identifikation og tidlig erkendelse af de faktiske sundhedsfaglige problemstillinger, udarbejdelse af løsningsplaner og forebyggelse inden for de forskellige områder.

Det beskrives af enkelte interviewpersoner, at det vil være en fordel, at de læger, som udarbejder vurderinger og står for rådgivning, også engageres i løsningen af opgaverne omkring planlægning og udvikling, da disse falder i forlængelse af de enkelte behov for vurderinger. Læger ansat af kommunen beskrives af enkelte interviewpersoner på denne baggrund som en løsning i forhold til at skabe rammer, der kan styrke forløbstækningen i kommunen.

Opsamling

De lægelige opgaver i kommunerne beskrevet i dette afsnit omhandler primært driftsopgaver i form af konkrete lægefaglige vurderinger på arbejdsmarkedsområdet, miljø- og hygiejneområdet, børne-familie-området og i forbindelse med kommunal støtte til merudgifter for voksne med varigt nedsat funktionsevne. Der beskrives dog også opgaver i forhold til planlægning og udvikling. Nogle interviewpersoner mener, at de lægefaglige vurderinger med fordel vil kunne foretages af kommunalt ansatte læger, da dette vil styrke forståelsen for det samlede billede og give en klar ansvarstagen i forhold til de kommunale beslutninger, der foretages på baggrund af vurderingerne. Andre interviewpersoner påpeger, at en fordel ved, at en lægelig vurdering foretages af eksterne konsulenter, er, at der dermed opnås en uvildig vurdering. Enkelte interviewpersoner mener, at der er et behov for at styrke forløbstækningen inden for de områder, hvor der foretages lægefaglige vurderinger. I forhold til dette peges der på, at en kommunalt ansat læge vil kunne styrke indsatsen i forhold til både tidlig erkendelse, løsningsplaner og forebyggelse inden for alle områderne, hvor der er behov for lægefaglige vurderinger.

2.4 Psykiatri

Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for socialpsykiatrien og har således ansvaret for at levere socialfaglige indsatser til mennesker med psykiske vanskeligheder. Behandlingsansvaret er hos egen læge og i regionalt regi. Interviewpersoner beskriver, at der i årene siden 2007 løbende har været en overtagelse og ombygning af botilbud, som tidligere henhørte under amterne, hvorfor kommunerne i dag driver størstedelen af døgntilbuddene til borgere med psykiske problemstillinger. Nogle kommuner har valgt at etablere nye døgntilbud, hvortil borgere med psykiske vanskeligheder visiteres, hvis deres funktionsniveau er for dårligt til, at de kan være i eget hjem.

Interviewpersonerne beskriver, at det opleves som en vanskelig opgave at yde optimal pleje og omsorg til en del af borgerne med psykisk sygdom, både i forhold til deres psykiske lidelse i sig selv og i kraft af, at mange lider af somatisk sygdom eller har misbrugsproblemer. Interviewpersonerne beskriver, at der på grund af kompleksiteten kan ske uhensigtsmæssigt mange syge-

husindlæggelser, ligesom nogle beskriver, at de oplever, at borgere kan blive tabt mellem sektorerne, da de ofte ikke selv søger behandling. Der opleves således både et behov for at styrke den kommunale indsats og samarbejdet med almen praksis og den regionale psykiatri.

Lægelige opgaver på området

Interviewpersonerne giver som beskrevet udtryk for, at der på området både er driftsopgaver og opgaver omkring planlægning og udvikling, som med fordel kan udføres af læger.

Driftsopgaver

Interviewpersonerne fortæller, at det kommunale personale ofte har at gøre med borgere med komplicerede problemstillinger i kraft af deres psykiske sygdom, medicineringen for denne og andre sygdoms- og misbrugsproblemer. Flere af interviewpersonerne oplever, at der i forbindelse med de enkelte psykisk syge borgere er et stort behov for sparring og supervision af kommunens personale fra psykiatere. Interviewpersonerne mener, at en styrkelse af dette både vil være med til at optimere den socialpsykiatriske indsats over for borgeren og vil kunne forebygge unødvendigt belastende indlæggelser på sygehus.

Alle interviewpersoner er enige om, at opgaven med sparring omkring den enkelte borger og supervision af kommunens personale bør løses i den regionale psykiatri og af egen læge i forhold til de problemstillinger, der ikke dækkes i psykiatrien. Interviewpersonerne oplever, at der er kommunale forskelle på, hvor godt samarbejdet mellem kommunerne og den regionale psykiatri fungerer. Nogle interviewpersoner beskriver, at der er kommuner, hvor de oplever, at den regionale psykiatri fuldt ud dækker behovet, mens andre kommuner oplever store udfordringer med at få dækket behovet. Enkelte interviewpersoner har, ligesom det var tilfældet på området med ældre medicinske patienter, gjort sig overvejelser om en model med deleansættelse mellem sygehus og kommune, hvor en ansat psykiater har behandlingsansvaret og et fast antal timer i kommunen til at sparre og rådgive personalet omkring den enkelte borger. Som tilfældet ved området med ældre medicinske patienter er der dog skepsis fra flere interviewpersoner i forhold til en sådan løsning, som de mener, ikke skaber nogle nye ressourcer på området, men blot komplicerer en eventuel psykiaters ansættelsesforhold ved, at der bliver to arbejdsgivere. De finder det desuden tvivlsomt, at man kan rekruttere nok psykiatere til sådanne stillinger, når man i forvejen oplever, at det er svært at dække behovet for psykiatere i regionalt regi. Flere interviewpersoner mener, at opgaven bedst løses ved en styrkelse af de udgående funktioner fra den regionale psykiatri. Her peger enkelte på, at der kan være et potentiale i at benytte telemedicinske løsninger i højere grad.

Planlægning og udvikling

Inden for planlægning og udvikling peger nogle af interviewpersonerne på, at en række opgaver med fordel kan løses af en læge. Som beskrevet er der tale om komplekse borgere, som ofte har behov for kontakt og behandling hos både egen læge og på sygehus. Nogle interviewpersoner mener, at lægefaglighed muligvis kan gavne koordineringen, dialogen og samarbejdet med borgerens egen læge og den regionale psykiatri. Enkelte interviewpersoner beskriver desuden, at der i forhold til de kommunale tilbud er et behov for kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling, som kunne være en lægefaglig opgave. Eksempelvis nævnes undervisning af personalet i socialpsykiatrien som en opgave, der kunne løses af en kommunalt ansat læge.

De interviewpersoner, som beskriver et behov inden for planlægning og udvikling, mener, at denne opgave kan løses af en læge ansat i kommunen, men andre interviewpersoner nævner dog også, at opgaverne kan løses af andet sundhedsfagligt personale – som eksempelvis sygeplejersker med særligt kendskab til området.

Opsamling

De lægelige opgaver i kommunerne, som er beskrevet i dette afsnit, er en blanding af driftsopgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling. Interviewpersonerne giver udtryk for, at der er kommunale forskelle i, hvor store udfordringer der er med at løfte de driftsmæssige opgaver på området. Det opleves, at der i nogle kommuner er et velfungerende og godt samarbejde med den regionale psykiatri om borgerne, mens der i andre kommuner er et udækket behov for sparring omkring den enkelte borger og supervision af personalet fra psykiatere. Enkelte interviewpersoner har gjort sig overvejelser om deleansættelser mellem region og kommune for at kunne få dækket disse behov. Interviewpersonerne er dog enige om, at det ikke er en optimal løsning, da det ikke skaber nye ressourcer på områder, men blot en mere kompleks situation i forhold til ansættelsesforhold. Ligeledes kan en sådan løsning medføre flere komplicerede sektorovergange. Ifølge enkelte interviewpersoner kan det dog være en nødvendig løsning, hvis ikke behovene imødekommes på anden vis. Desuden peger nogle interviewpersoner på, at en kommunalt ansat læge vil kunne imødekomme behovet for koordinering, dialog og samarbejde med borgerens egen læge og den regionale psykiatri. Der er ligeledes et behov for at styrke og fastholde kvaliteten i de aktuelle kommunale tilbud som eksempelvis de kommunale døgntilbud – en opgave, som nogle interviewpersoner ser som en potentiel lægefaglig opgave.

3 Tværgående opsamling

På alle fire områder giver interviewpersonerne udtryk for, at kommunerne i dag står med en lang række opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer. Især i forhold til ældre medicinske patienter beskriver interviewpersonerne, at der har været en markant stigning i omfanget af opgaverne gennem de sidste år – en stigning, som forventes at fortsætte fremadrettet. Opgaverne omfatter for alle fire områder både driftsopgaver og opgaver i forhold til planlægning og udvikling.

På områderne *misbrug* og *lægefaglige vurderinger* beskrives nogle klare driftsmæssige opgaver i form af behandling og udarbejdelsen af lægefaglige vurderinger, som bedst løses ved læger ansat af kommuner. I forhold til *ældre medicinske patienter* og *psykiatri* er det ikke muligt ud fra interviewpersonernes kommentarer at give et entydigt svar på, hvordan dette behov for lægelig arbejdskraft i kommunerne bør imødekommes, og i hvor høj grad det kræver, at kommunerne selv ansætter læger. Flere af overvejelserne omkring ansættelse af læger i kommunen går igen på tværs af netop områderne *ældre medicinske patienter* og *psykiatri*, om end de på det første område er mere udførligt beskrevet af interviewpersonerne. Alle interviewpersoner er enige om, at behandlingsansvaret for både behandlinger og behandlingsforløbet optimalt bør løftes af almen praksis og sygehusene. Der beskrives således en bekymring ved, at ansættelsen af læger til driftsopgaverne i forhold til denne gruppe borgere kan skabe en tredje behandlingssektor, hvor med borgerne vil opleve endnu flere potentielt komplicerende sektorovergange. Omvendt opleves behovet, især på området *ældre medicinske patienter*, så omfattende og akut, at der allerede er etableret løsningsmodeller med kommunalt ansatte læger til at løfte opgaverne i kommunerne. Flere interviewpersoner giver ligeledes udtryk for, at de er indstillet på, at det er nødvendigt med flere sådanne løsninger med læger ansat i kommunerne til at dække de akutte behov, såfremt der ikke findes andre og mere hensigtsmæssige løsningsmodeller, som inddrager almen praksis og sygehushæger i det kommunale regi i højere grad, end det opleves i dag.

Der er to opgaver inden for planlægning og udvikling, som går igen på tværs af områderne. Der beskrives her et behov for kvalitetssikring, -overvågning og -udvikling af de sundhedsfaglige kommunale tilbud. Dette bliver af flere interviewpersoner nævnt som en opgave, der optimalt løses af en kommunalt ansat læge. Omvendt er der nogle interviewpersoner, som nævner, at opgaven også vil kunne løftes af andet sundhedsfagligt personale – eksempelvis sygeplejersker med særlige kompetencer på områderne. Fælles for borgerne på alle fire områder er, at de ofte har behov, der imødekommes på tværs af kommune, egen læge, sygehus og den regionale psykiatri. Samarbejdet mellem sektorerne opleves af flere interviewpersoner som utilstrækkeligt og uhensigtsmæssigt. Behovet for en styrkelse af koordineringen og kommunikationen går således igen på alle områder. Samtidig oplever flere interviewpersoner, at der er udfordringer i forhold til at få taget et samlet behandlingsansvar for den enkelte borgers samlede forløb. Interviewpersonerne giver alle udtryk for, at der er behov for at få en klarere ansvarsfordeling, så uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehus kan undgås, og der ikke kan opstå situationer, hvor borgere bliver tabt mellem de forskellige sektorer.

I det omfang, der ansættes læger i kommunerne til at løse konkrete driftsopgaver på *misbrugsområdet* og i forhold til *ældre medicinske patienter*, nævner flere interviewpersoner, at man med fordel kunne lave tværkommunale samarbejder med henblik på at styrke indsatsen i især de mindre kommuner. Ideen er, at man ved at skabe et større volumen af borgere med de samme udfordringer kan skabe et bedre fagligt miljø omkring behandling og pleje, end der vil være mulighed for, hvis hver enkelt kommune selvstændigt skal dække områderne. På misbrugsområdet nævnes et enkelt, konkret eksempel på tværkommunalt samarbejde om lægelig arbejdskraft. Der nævnes ikke konkrete eksempler på tværkommunale samarbejder angående den ældre medicinske patient.

Bilag 1 Workshopdeltagere og interviewpersoner

Workshopdeltagere

Claus Malta Nielsen, kommunallæge, formand, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger

Jakob Lager, reservelæge, Yngre Læger

Klaus Groth-Andersen, chefkonsulent, Yngre Læger

Kristian Koch Enstrøm, konsulent, Foreningen af Speciallæger

Lars Lund, chefkonsulent, Aalborg Kommune

Ole Ancker Jørgensen, overlæge, Foreningen af Speciallæger

Rasmus Byskov-Nielsen, sundhedschef, Holstebro Kommune

Steen Ranke Petersen, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening

Thomas Rye, specialkonsulent, Københavns Kommune

Tine Torslev From, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening

Interviewpersoner

Anna Mette Sønderby Nathan, praktiserende læge, bestyrelsesmedlem, Praktiserende Lægers Organisation

Birgit Gundorph-Malling, chef for Sundhed, Ældre og Kultur, Halsnæs Kommune

Claus Malta Nielsen, kommunallæge, formand, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger

Grete Christensen, formand, Dansk Sygeplejeråd

Jakob Kjellberg, professor, KORA

Jan Nielsen, direktør, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune

Kirsten Jørgensen, centerchef, Center for forhandling, aftaler og overenskomster, Danske Regioner (repræsentanterne fra Danske Regioner blev interviewet samlet)

Kirstine Markvorsen, sundheds- og omsorgschef, Aarhus Kommune

Marianne Kristensen, centerchef, Center for Sundhed og Omsorg, Slagelse Kommune

Rafai Atia, konsulent, Center for Social og Sundhed, Kommunernes Landsforening

Thomas I. Jensen, centerchef, Center for sundhedspolitik, økonomi og socialpolitik, Danske Regioner (repræsentanterne fra Danske Regioner blev interviewet samlet)



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00