



Afdækning af sundheds- professionel elektronisk kommunikation

November 2022

Indhold

1. Resumé	3
Principper for god sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation via korrespondance mellem kommune og almen praksis	
2. Baggrund og formål	7
2.1 Formål med analysen	8
2.2 Afgrænsninger	9
2.3 Design (fasemodel)	9
2.4 Projektorganisering	9
3. Metodisk tilgang	10
4. Resultater - kvantitativ kortlægning	12
4.1 Analyse af MedCom Data 2017-2022	13
4.2 Spørgeskemaundersøgelse	19
5. Interview og kvalitativ gennemgang af korrespondancer	24
5.1 Almen praksis perspektiv	26
5.2 Kommunernes perspektiv	39
5.3 Øvrige samarbejdspartnere	48
6. Forbedringsforslag og gode eksempler	50
6.1 Korrespondancens struktur og indhold	52
6.2 Korrespondance ved behov for hurtig afklaring (haste)	54
6.3 Kompetencer og arbejdsdeling ifm. afsendelse og modtagelse af korrespondancer (LEON-princippet)	56
6.4 Korrespondance om lægeordineret medicin	58
6.5 Korrespondance om ikke-lægeordinerede præparater (fx kosttilskud mv.)	60
6.6 Kommunikation og relationer i samarbejdet	61

1. Resumé

RLTN og PLO har aftalt at igangsætte en fælles, ekstern analyse af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og andre samarbejdspartnere. Analysen indeholder en kvantitativ afdækning af udviklingen i perioden 2017-2021 og en kvalitativ analyse med særligt fokus på korrespondancer mellem praktiserende læger og den kommunale ældresektor. Den kvalitative analyse skal belyse indholdet i korrespondancer, relevans og tidsforbrug. Analysen skal lægge op til konkrete forslag til forbedringer, der kan bidrage til at optimere samarbejdet om effektive og sammenhængende patientforløb.

Den kvantitative afdækning har overordnet vist, at mængden af elektroniske meddelelser modtaget i almen praksis har været relativt stabil i perioden. Den samlede udvikling er et resultat af, at antallet af epikriser er faldet, mens antallet af korrespondancer er steget. Kommunerne repræsenterer en stor del af stigningen i korrespondancer, hvor de primært afsendes fra ældreområdet.

Analysen har kortlagt variation på tværs af kommuner i omfanget af korrespondancer til almen praksis, som har sammenhæng med andel +80-årige borgere i kommunen. Korrigeret for andelen af ældre er der fortsat en spredning, som afspejler, at nogle kommuner sender flere korrespondancer end andre, bl.a. begrundet i geografiske og strukturelle forhold.

Via en spørgeskemaundersøgelse til samtlige praktiserende læger har analysen afdækket, at almen praksis i særlig grad oplever, at der er potentiale for at forbedre korrespondancer fra ældreområdet i kommunerne (hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre) ud fra målet om hensigtsmæssig brug af de sundhedsprofessionelles tid. Analysens kvalitative afdækning af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation blev på denne baggrund fokuseret imod de kommunale korrespondancer.

Den kvalitative afdækning af indholdet i korrespondancer blev gennemført med inddragelse af et bredt udsnit af lægepraksis og kommuner. Som udgangspunkt vurderer både praktiserende læger og repræsentanter for de deltagende kommuners ældreområde, at den skriftlige, elektroniske korrespondance er en hensigtsmæssig kommunikationsform, der klart dækker et behov og passer godt ind i arbejdsgangene. Dog blev der på flere områder identificeret et potentiale for mere hensigtsmæssig brug af de sundhedsprofessionelles tid.

Set fra de praktiserende lægers perspektiv er det ikke alle de indkomne korrespondancer fra kommuner, der fagligt set er relevante, og der kan forekomme andre udfordringer, såsom uklart formål og manglende oplysninger. En mindre andel anses for direkte unødvendige. Disse omhandler typisk administration af medicin og kosttilskud eller plejeopgaver. Derfor efterspørger de praktiserende læger øget inddragelse af sundhedsfaglige kompetencer i kommunen før afsendelse samt mere systematisk brug af overskrift og emnefelt fx om korrespondancen sendes til orientering eller opfølgning.

Kommuner og praktiserende læger er enige om, at korrespondancer ikke er egnede til hastespørgsmål, der kræver svar samme dag, idet almen praksis kun er forpligtet til at svare indenfor 3 hverdage. Lægerne forholder sig derfor kritisk til, at kommunale medarbejdere på ældreområdet har adgang til at sætte hastemarkering på korrespondancer i deres IT-system.

Styregruppen skal på baggrund af analysen levere en vejledning med anbefalinger til, hvordan der skabes gode rammer for samarbejdet.

Analysen har afdækket eksempler på, at omfanget af uhensigtsmæssige korrespondancer kan reduceres gennem let adgang til intern faglig sparring i kommunen og via introduktion af andre samarbejds- og dialogformer, såsom plejehjemslægefunktion.

Ifølge kommunerne er bedre og direkte telefonisk tilgængelighed i almen praksis (fx via såkaldte bagom numre) en vigtig forudsætning for at optimere samarbejdet, herunder reducere behovet for at sende korrespondancer med hastemarkering. Desuden efterspørger kommunerne mulighed for svar på flere spørgsmål i samme korrespondance. Behovet for og ønsket om let og hurtig adgang til dialog med samarbejdspartnere om borgere og patienter på tværs af kommuner og almen praksis er gensidigt.

Andre forslag og indsatsområder er viden og værktøjer til at udarbejde korte og præcise korrespondancer med relevant fagligt indhold og generelt styrket samarbejde via lokale samarbejdsstrukturer og opbygning af relationer.

De vigtigste budskaber fra almen praksis og deres samarbejdspartnere på det kommunale ældreområde er som indledning til selve analysen opsummeret i form af syv principper for god sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation via korrespondance mellem kommune og almen praksis.

Principper for god sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation via korrespondance mellem kommune og almen praksis

I dette afsnit opsummeres forslag og input modtaget fra såvel almen praksis som kommuner i analysen som indspil til opgaven med at definere fælles principper for god kommunikation via korrespondance.

Nedenstående syv principper vil med fordel kunne anvendes som udgangspunkt for en vejledning til den gode korrespondance mellem kommuner og almen praksis, hvor der tages hensyn til kvalitet og sammenhæng i patientforløb og målet om hensigtsmæssig anvendelse af de sundhedsprofessionelles tid.



1. En korrespondance skal let og hurtigt kunne afkodes

Fagpersonerne skal vha. emnefelt og indledning/resume hurtigt kunne afkode, hvad korrespondancen handler om, og hvor meget det haster. Derved understøttes grundlaget for delegation og hensigtsmæssig prioritering af lægernes tid, ligesom sandsynligheden øges for, at korrespondancen kan besvares hurtigt og sikkert.



2. Formål og forventet respons fremgår klart af korrespondancen

Formålet præsenteres så klart som muligt over for modtageren, herunder særligt om den elektroniske meddelelse primært sendes til orientering, eller om der forventes en respons. Hvis der forventes en respons i form af et svar eller en handling, formuleres ønsket konkret og direkte. Når formålet står klart allerede ved første korrespondance, glider arbejdsgangen lettest, og modtageren får hjælp til at ramme rigtigt første gang, så opfølgende afklarende dialog bliver overflødiggjort. Dette princip gælder begge veje - både fra kommune til almen praksis og fra almen praksis til kommunen.



3. Tjek af relevans for modtager af korrespondance før afsendelse

Afsenderen bør altid overveje, om det er nødvendigt at sende en korrespondance i lyset af modtagerens rolle og opgaver. En forudsætning for at realisere princippet er derfor også, at parterne er afstemt om gensidige forventninger til ansvars- og rollefordelingen. Herunder at det følger af reglerne om behandlingsansvar, at kommunale sygeplejersker og assistenter arbejder på lægens delegation, både når det drejer sig om sundhedsfagligt set nye og potentielt alvorlige problemstillinger og mere rutineprægede indsatser.



4. Aktørerne i kommunen har oplyst sagen og inddraget interne kompetencer

Som grundprincip forudsættes, at kommunale afsendere af korrespondancer har udtømt mulighederne for at afklare spørgsmålet internt, før de vælger at rette henvendelse til den praktiserende læge. Det kan dreje sig om at læse tilbage i borgerjournalen, at reflektere over patientforløbet, drøfte sagen med en kollega og/eller at søge faglig sparring hos en medarbejder med større sundhedsfaglig kompetence. Kommunens ledelse skaber de organisatoriske og faglige rammer for, at dette kan lade sig gøre.

5. Korrespondancen afspejler sundhedsfaglig refleksion og metode og kendskab til borgerens normaltilstand



En korrespondance indeholder som udgangspunkt de relevante og nødvendige oplysninger. Kommunens medarbejder bør før afsendelsen forholde sig til, hvad lægen har brug for at vide, og medsende fagligt relevante oplysninger om borgerens tilstand set i forhold til normaltilstanden, såsom blodtryk, temperatur og lignende samt observationer. Anledningen til at kontakte lægen er ofte, at en ældre borger i hjemmeplejen har det dårligt. Hvis ældreplejen blot skriver, at borgeren har det dårligt, er det altid nødvendigt med opfølgende dialog og spørgsmål for at vurdere næste skridt. Afsenderens navn, titel og kontaktoplysninger tilføjes, da de altid er relevante for modtageren.

6. Valg af kommunikationskanal er afstemt efter henvendelsens karakter og alvor



Meddelelser, der set ud fra en sundhedsfaglig betragtning haster og skal besvares samme dag, bør som udgangspunkt ikke sendes som en korrespondance. I stedet kontaktes almen praksis pr. telefon. Der kan eventuelt samtidig afsendes en korrespondance med relevante oplysninger til lægen. Almen praksis sikrer telefonisk tilgængelighed for kommunale samarbejdspartnere i dagtiden via en akutknop eller et bagom-nummer.

7. Professionelt og fokuseret sprogbrug



En korrespondance kan ligne en e-mail, men der er tale om en helt særlig kommunikationstype, som nærmere har karakter af et journalnotat og indgår i den skriftlige dokumentation. Smileyer, friske hilsner, udråbstegn mv. bør undgås, da de er unødvendige og kan opleves uhensigtsmæssige og i nogle tilfælde uprofessionelle. Det samme gælder irettesættelser. Feedback til afsender om fx indhold og relevans bør ligesom øvrige budskaber være kendetegnet ved professionelt og fokuseret sprogbrug.

2. Baggrund og formål

BDO Advisory har i perioden juni-oktober 2022 gennemført en afdækning og analyse af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation på bestilling af Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Opgaven er aftalt i forbindelse med forhandlingsaftalen om almen praksis af 19. juni 2021 og er finansieret af Fonden for almen praksis.

Det fremgår af aftaleteksten, at egen læge og andre aktører i sundhedsvæsenet i stigende grad har brug for at kunne samarbejde og være mere tilgængelige for hinanden for at kunne løse borgernes ofte komplekse problemstillinger. De praktiserende læger fungerer som tovholdere i det nære sundhedsvæsen og koordinerer en samlet og sammenhængende behandlingsindsats for patienterne. Der er brug for at styrke det tværsektorielle samarbejde og skabe retningslinjer for den sundhedsfaglige dialog, så der etableres faste og smidige procedurer afhængigt af den givne kontekst.

Formålet med analysen er at belyse den sundhedsprofessionelle elektroniske kommunikation og skabe et grundlag for vejledninger og aftaler, der kan understøtte gode patientforløb og bidrage til effektive og hensigtsmæssige arbejdsgange.

PLO og Danske Regioner har i 2020 aftalt en fælles vision for almen praksis i 2030. Almen praksis skal i fremtiden i langt højere grad være tovholder for patienternes rejse igennem det samlede sundhedsvæsen. Den praktiserende læge skal have digitale værktøjer til at understøtte denne opgave og i øvrigt have hjælp fra resten af sundhedsvæsenet til at udfylde rollen.

Tæt samspil mellem almen praksis og veludbyggede tilbud i kommunerne udgør et delelement i visionen, som også indebærer, at almen praksis er tilgængelig for personalet i kommunale tilbud og understøtter kommunerne i forhold til sundhedsfaglige problemstillinger. Klinikpersonale bidrager i større grad til at sikre tilgængelighed. I den fælles vision forudsættes, at almen praksis' ressourcer anvendes, hvor det giver mest faglig mening.

Afdækningen af den sundhedsprofessionelle elektroniske kommunikation mellem kommuner og almen praksis kan bidrage til at identificere potentialer for at forbedre den elektroniske kommunikation som led i at realisere den fælles vision til gavn for såvel borgere som almen praksis og de praktiserende lægers samarbejdspartnere. Analysens kvantitative afdækning omhandler indgående sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation i almen praksis i form af epikriser og korrespondancer. Dette indsnævres i den kvalitative del af analysen til primært at omhandle korrespondancer fra kommunale afsendere til borgerens egen læge.

2.1 Formål med analysen

RLTN og PLO har i juni 2021 defineret følgende formål med analysen:

- At få ryddet op i uhensigtsmæssig kommunikation samt at få fastlagt hensigtsmæssige og effektive arbejdsgange.
- At få afdækket den sundhedsfaglige kommunikation mellem almen praksis, kommuner og andre sundhedsprofessionelle.

Analysen skal belyse den eksisterende dialog/kommunikation mellem almen praksis, den kommunale hjemmepleje og andre sundhedsprofessionelle i forhold til tidsforbrug, relevans, type, antal og indhold i kommunikationen. Den kvalitative undersøgelse skal belyse, hvad der kendetegner god sundhedsprofessionel kommunikation. Herudover skal der ses på, om der er emner eller temaer, som er generelt gennemgående, og som ikke anses for effektiv og relevant kommunikation mellem almen praksis og andre sundhedsprofessionelle, fx fordi de er unødvendige eller giver begrænset mening set ud fra et rent sundhedsfagligt perspektiv, eller fordi skriftlig korrespondance ikke er en egnet kommunikationskanal.

Med afsæt i kortlægningen skal analysen danne grundlag for udarbejdelse af en vejledning med anbefalinger, der både tager hensyn til patientforløb samt en god anvendelse af de fagprofessionelles tidsforbrug. Afdækningen opererer derfor med to pejlemærker:

1. Tid/Kapacitet: Målet om at spare tid for de sundhedsprofessionelle.
2. Sammenhæng: Målet om gode og sømløse patientforløb, hvor relevant information udveksles rettidigt.

2.2 Afgrænsninger

Der er i forbindelse med de løbende drøftelser i sekretariatsgruppen aftalt følgende afgrænsninger, som er begrundet i denne analyses baggrund og formål og godkendt af styregruppen.

- Analysen omfatter som udgangspunkt ikke de underliggende IT-systemer til meddelelseskommunikation og den operationelle systemanvendelse. Dog bemærkes, at visse observationer og anbefalinger knytter sig til de anvendte formater og digitale løsninger.
- Analysen omfatter ikke elektronisk kommunikation direkte mellem almen praksis og patienter (e-konsultationer).
- Analysens kvantitative afdækning af elektronisk kommunikation baseret på registerdata fra MedCom er afgrænset til at omfatte korrespondancemeddelelser og epikriser modtaget i almen praksis gennem lægepraksissystemer. Eventuel elektronisk kommunikation på andre platforme er ikke undersøgt.
- Den i analysen gennemførte spørgeskemaundersøgelse har været afgrænset til indgående elektronisk kommunikation i almen praksis, og gennemgangen af korrespondancer på de udførte praksisbesøg er yderligere indsnævret til at fokusere på indkomne korrespondancer fra kommunale afsendere.
- Honorering af praktiserende læger for opgaver vedr. elektronisk kommunikation, besvarelse af korrespondancer mv. har ikke været et analysetema.

2.3 Design (fasemodel)

Analysen er gennemført ud fra nedenstående fase-opdelte struktur;

FORMÅL & INDHOLD	1 Opstart og ideudvikling	2 Kvantitativ afdækning	3 Kvalitativ analyse	4 Kvalificering	5 Afrapportering
	• Projektplanlægning. • Tilpasse analysedesign. • Planlægge dataindsamlings-proces. • Udføre desk research. • Afholde observationsbesøg i almen praksis. •	• Kvantitativ analyse af data fra MedCom. • Sikre kobling af MedCom-data med statistik om geografi, demografi mv. • Udvælgelse af outliers til kvalitativ analyse. • Gennemføre praksis-survey.	• Planlægge og gennemføre interviews i almen praksis. • Gennemgang af korrespondancer fra kommuner i almen praksis. • Interviews med samarbejdspartnere; regioner, kommuner og apoteker. •	• Analysere mønstre i interviewdata efter temaer. • Gennemførelse af kvalificeringsworkshop. • Sikre kvalificering af delkonklusioner med reference til statistik, survey & interview. • Skitsere principper for god sundhedsprofessionel kommunikation.	• Udarbejdelse af udkast til afrapportering inklusive idéer og forslag. • Inddragelse af styregruppe og arbejdsgruppe til kommentering af rapport. • Afsluttende møde i arbejdsgruppen. • Færdiggørelse af endelig rapport og præsentation.

Figur 2a: Fasemodel

Ovenstående design har sikret et struktureret analyseforløb med klart definerede faser og velafgrænsede aktiviteter - og hvor kvantitative og kvalitative analyseforløb har været planlagt, så de gav størst værdi i forhold til efterfølgende projektaktiviteter.

2.4 Projektorganisering

Analyseforløbet har været ledet af en paritetisk styregruppe bestående af Danske Regioner, KL og PLO. Den daglige projektledelse er varetaget af BDO i tæt samarbejde med en sekretariatsgruppe, der løbende har bidraget til at understøtte gennemførelse af aktiviteter og kvalificering af delresultater. Yderligere information om projektorganisering, herunder deltagere, fremgår af bilag 2.

3. Metodisk tilgang

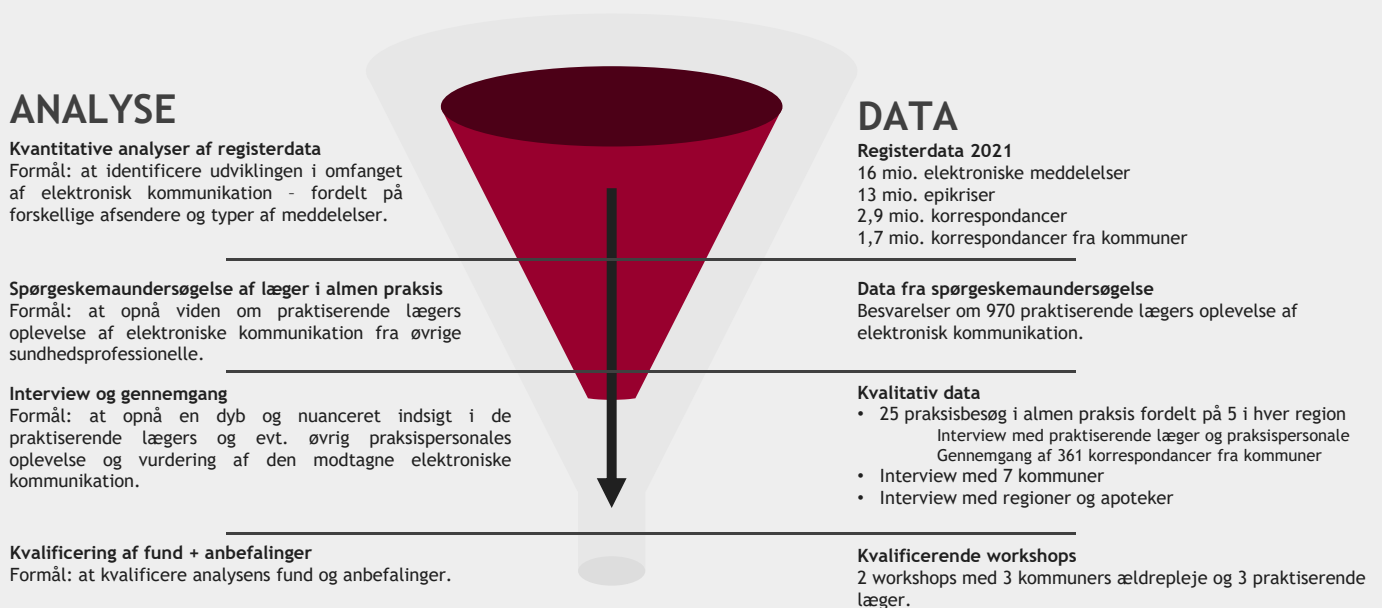
BDO har, som en del af analysedesignet, anvendt en kombination af kvantitative og kvalitative metodikker, som sikrer, at analyser af tilgængeligt talmateriale til at belyse udviklingen i sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation med almen praksis suppleres med kvalitative og perspektiverende indsigter.

De anvendte metodikker er udvalgt med henblik på at kunne supplere hinanden og derved etablere et sammenhængende og samlet overblik over den elektroniske kommunikation ind imod almen praksis, ligesom det har bidraget til løbende at kunne fokusere afdækningens aktiviteter mod de kommunikationsformer, som er blevet vurderet mest udfordrende.

Selve analyseprocessen har haft et indledende bredt fokus på - via dataanalyser og survey - at afdække volumen, udvikling og udfordringer i mængden og karakteren af den elektronisk kommunikation modtaget i almen praksis fra øvrige sundhedsprofessionelle aktører og samarbejdspartnere i kommuner, regioner (hospitalet), speciallæger, fysio- og ergoterapeuter, psykologer, apoteker mv. Det vil sige både epikriser og korrespondancer. Resultaterne af denne bredt funderede dataindsamling og analyse er herefter anvendt til at målrette den efterfølgende kvalitative analyse, som har haft sit primære fokus på korrespondancer fra kommuner til almen praksis. Dette både begrundet i analysens hovedformål samt at de praktiserende læger i spørgeskemaundersøgelsen angav, at de største forbedringsmuligheder kredsede om korrespondancer fra den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Mens analysens afsæt og spørgeskemaundersøgelsen var hensigtsmæssigheden af elektronisk kommunikation set fra almen praksis' perspektiv, er der i den kvalitative del og afsluttende kvalificering sikret en afdækning af samarbejdspartnernes perspektiv på forbedringsmuligheder, som også tager højde for deres behov og arbejds gange.

Analysedesignet har således sikret, at afdækningens konklusioner er baseret på et stærkt og nuanceret datamateriale indeholdende såvel dataunderstøttede som subjektivt oplevede udfordringer samt konkrete og operationelle forslag til forbedringsmuligheder i den sundhedsprofessionelle elektroniske kommunikation mellem kommuner og almen praksis.



Figur 2a: Fasemodel

4. Resultater

- Kvantitativ kortlægning



RLTN og PLO har ønsket en kvantitativ afdækning af udviklingen i sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation modtaget i almen praksis i perioden 2017-2021. Konkret har det været ønsket at belyse udviklingen i antal korrespondancer og epikriser modtaget i almen praksis opdelt på afsendertype og geografi. Kortlægningen skal adressere forskelle i rammebetingelser ved brug af populationsdata om bl.a. alder, befolkning og socioøkonomi.

Analysens kvantitative kortlægning beskæftiger sig specifikt med korrespondancemeddelelser og epikriser modtaget i almen praksis. Andre typer af elektronisk kommunikation såsom booking- eller laboratoriesvar indgår ikke.

Korrespondancemeddelelser - forkortet korrespondancer - betegner elektroniske meddelelser sendt i forbindelse med ad hoc-baseret opfølgning eller spørgsmål vedrørende den enkelte patients behandling. Meddelelsen udveksles mellem alle parter (almen praksis, speciallæger, sygehuse, kommuner mv.) i sundhedssektoren i stil med en e-mail. Korrespondancer har hos MedCom koden DIS91.

Epikriser er korte sammendrag af patienters sygehistorik, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling sendt fra en sundhedsprofessionel behandler (udskrivelsesbrev). MedCom opgør epikriser efter ni forskellige typer: udskrivnings-, ambulante-, skadestue-, billeddiagnostiske, lægevagts-, speciallæge-, fysioterapi-, kiropraktor- og psykologepikriser. Disse behandles under den fælles betegnelse epikriser. De fleste epikriser sendes fra regionale sundhedsenheder (hospitalsafdelinger) til almen praksis.

Den kvantitative kortlægning af elektronisk kommunikation - korrespondancer og epikriser - modtaget hos almen praksis er todelt. Første del har til formål at afdække omfang og variation af den modtagne elektroniske kommunikation på et aggregeret niveau med udgangspunkt i statistik fra primært MedCom. Hensigten er, at den kvantitative analyse skal skabe et overblik og identificere eventuelle tendenser og sammenhænge, som kan danne udgangspunkt for den videre analyse.

Dataanalyserne føder ind i den kvantitative kortlægnings andel, som består af en spørgeskemaundersøgelse distribueret til alle alment praktiserende læger i Danmark. Dette spørgeskema afdækker de praktiserende lægers subjektive oplevelser og erfaringer med indgående sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation. Spørgsmålene vedrører opgaverne med at håndtere primært epikriser og korrespondancer, herunder intern arbejdsdeling og skønnet tidsforbrug. Fokus i spørgeskemaet er på de aspekter af elektronisk kommunikation, hvor lægerne ser et forbedringspotentiale og/eller meddelelser om emner og temaer, som lægerne ud fra et almenlægefagligt perspektiv finder nødvendige.

4.1 Analyse af MecCom Data 2017-2022

Analysen af statistik fra MedCom viser, at omfanget af elektronisk kommunikation modtaget i almen praksis i perioden 2017-2021 sammenlagt for både epikriser og korrespondancer har ligget relativt stabilt på ca. 15-16 mio. meddelelser årligt.

Udviklingen i det samlede antal dækker over, at det årlige antal epikriser modtaget i almen praksis i perioden er faldet fra 14,2 til 13,1 mio. epikriser, svarende til et fald på 7,5 %. Dette skyldes især faldende antal epikriser fra regioner og speciallæger.

Den mest markante udvikling i perioden er kendetegnet ved en stigning i antallet af korrespondancer på 40 %, hvor antallet af korrespondancer modtaget i almen praksis pr. år er steget fra ca. 2,1 til 2,9 mio. Tendensen er, at især kommuner sender et støt stigende antal korrespondancer til almen praksis. En stikprøve af afsendere inden for fem udvalgte kommuner har vist, at 89-98 % af korrespondancer fra disse kommuner til almen praksis stammer fra hjemme- eller sygeplejen, hvilket peger i retning af, at væksten især stammer fra det kommunale ældreområde.

4.1.1 Udvikling i modtagne epikriser og korrespondancer 2017-2021

Tabel 4a viser omfanget af sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation - både epikriser og korrespondancer - modtaget hos almen praksis i perioden 2017-2021. Det totale antal har været relativt stabilt i perioden, hvor det har fluktueret mellem ca. 15,5 og 16,3 mio. årlige meddelelser. Elektronisk kommunikation har dog udviklet sig væsentligt målt i forhold til type og afsender af meddelelser. Tabel 4a viser, hvordan antallet af meddelelser fra kommuner er steget støt, mens flere øvrige afsendere i samme periode sender færre meddelelser til almen praksis. I perioden siden 2019 afspejler Coronapandemien sig i den underliggende udvikling i aktiviteten i sundhedsvæsenet. Her har aktivitetsdata fra sygesikringsregistret vist, at der særligt i 2020 er sket et midlertidigt fald i antal konsultationer. Samtidig ses et fald i antal epikriser og en stigning i antal modtagne laboratoriesvar.

Afsender	2017	2018	2019	2020	2021
Regioner	12.299.006	12.141.100	11.698.770	11.265.769	11.742.432
Kommuner	1.341.165	1.412.628	1.558.327	1.668.686	1.747.423
Speciallæge	1.963.073	1.936.098	1.933.691	1.886.784	1.727.867
Privathospital	319.405	312.586	294.287	296.704	378.765
Fysioterapeut	232.066	241.251	212.023	187.883	204.574
Apotek	58.817	69.867	104.646	131.484	113.599
Psykologer	49.487	51.706	47.164	58.992	66.165
Kiropraktor	29.583	35.690	32.548	28.949	48.667
Fodterapeut	3.516	3.415	3.168	3.029	4.992
Tandlæge	59	158	300	256	421
Total	16.296.177	16.204.499	15.884.924	15.528.536	16.034.905

Tabel 4a: Antal meddelelser modtaget i almen praksis fordelt på afsender 2017-2021.

Note: Korrespondancer og epikriser. MedCom 2017-2021. DIS1-DIS3, DIS5-DIS9, DIS91 fordelt på type afsender.

Afdækningen identificerer en markant stigning på 193 % i antallet af meddelelser, som almen praksis modtager fra apoteker (Tabel 4a). Stigningen kan primært tilskrives årene 2018-2020. Ligeledes er der i perioden sket en væsentlig stigning i antallet af meddelelser, som almen praksis modtager fra dele af den øvrige praksissektor - især fra psykologer og kiropraktorer. Se bilag 3 tabel 3.2 for stigningstakter fordelt på afsendertyper.

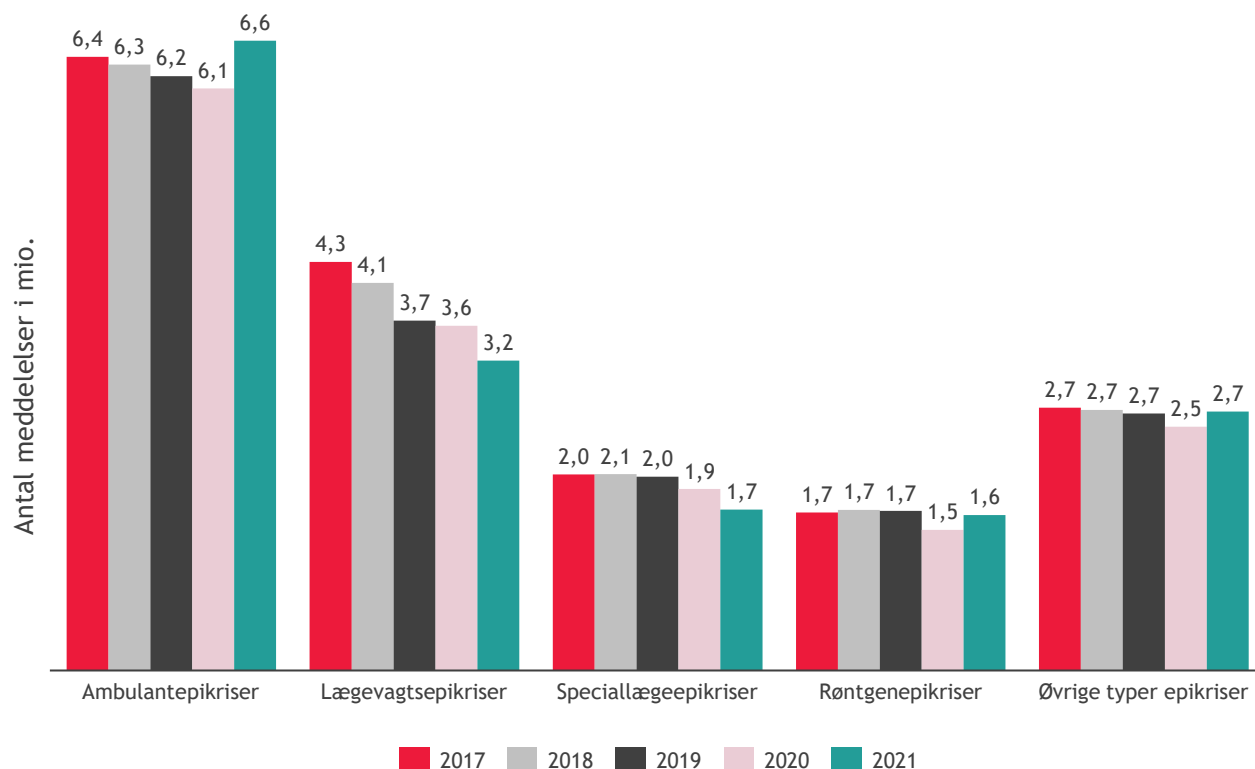
Tabel 4b nedenfor sammenstiller udviklingen i korrespondancer og epikriser i perioden 2017-2021. Det ses, at antal korrespondancer er steget, mens antallet af epikriser modsat er faldet med 7,5 % i samme periode. Stigningen målt i indekstal kan læses i bilag 3 tabel 3.3.

Total	2017	2018	2019	2020	2021
Epikriser	14.206.158	13.944.788	13.401.769	12.820.073	13.131.220
Korrespondancer	2.090.019	2.259.711	2.483.155	2.708.463	2.903.685
Total	16.296.177	16.204.499	15.884.924	15.528.536	16.034.905

Tabel 4b: Antal korrespondancer og epikriser modtaget i almen praksis 2017-2021.

Note: Korrespondancer og epikriser. MedCom 2017-2021. DIS1-DIS3, DIS5-DIS9, DIS91 fordelt på meddelelsestype.

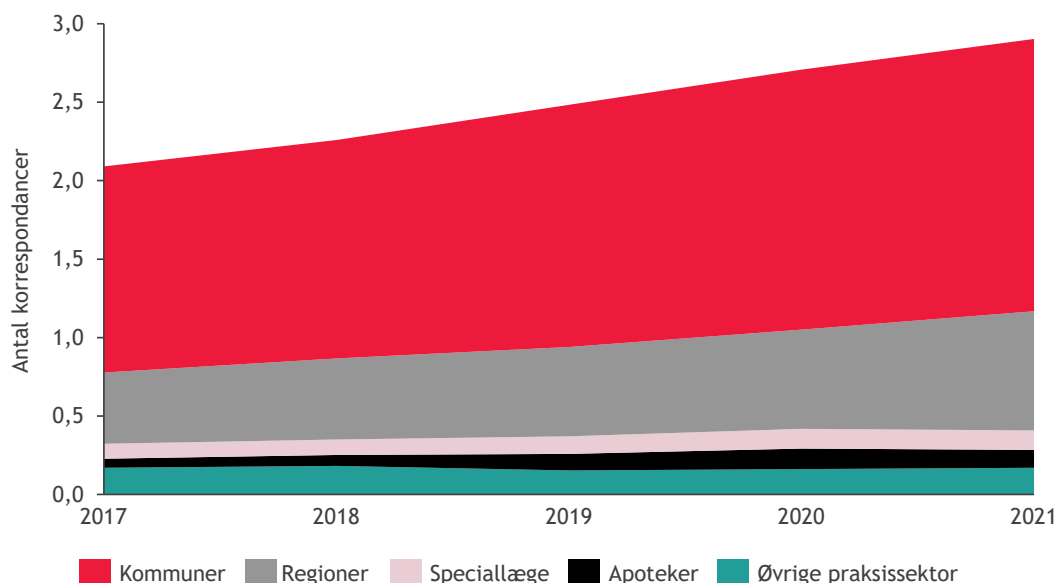
Figur 4a viser udviklingen i antallet af modtagne epikriser i perioden 2017-2021 opdelt på de typer epikriser, der har størst volumen i almen praksis, samt øvrige epikriser (fx skadestue- eller psykologepikriser). Det ses, at lægevagtepiikriser er faldet gradvist i perioden fra 4,3 til 3,2 mio. pr. år. Dette fald på cirka 840.000 lægevagtepiikriser fra 2017-2021 repræsenterer hovedparten af det totale fald i antal årligt modtagne epikriser i almen praksis. Det totale fald var i perioden 1,07 mio. epikriser. Faldet var relativt ens på tværs af regionerne med undtagelse af Region Hovedstaden, hvor der i modsætning til de øvrige ses en 16 % stigning i vagtlægeepikriser. Antallet af ambulanteepikriser er fra 2020 til 2021 steget betydeligt.



Figur 4a: Udvikling i udvalgte typer epikriser 2017-2021 i mio. meddelelser.

Note: Epikriser. MedCom 2017-2021. DIS1-DIS3, DIS5-DIS9 fordelt på meddelelsestype. Øvrige epikriser dækker over skadestue-, fysioterapi-, kiropraktor-, psykolog- og billeddiagnostiske epikriser.

Udviklingen i antal korrespondancer modtaget i almen praksis fordelt på afsender fremgår af nedenstående figur 4b. Afdækningen viser, at kommunerne står for flertallet. Kommunerne stod i 2021 for cirka 60 % af alle korrespondancer til almen praksis. 40 % af stigningen i korrespondancer fra 2017-2021 kan tilskrives kommunerne. Korrespondancer sendt fra kommuner er således den type af kommunikation, som i absolutte tal er vokset mest i perioden 2017-2021. Tendensen er fortsat i de første måneder af 2022.



Figur 4b: Antal korrespondancer modtaget i almen praksis fordelt på afsender 2017-2021.

Note: Korrespondancer. MedCom 2017-2021. DIS91.

4.1.2 Udvikling i antal korrespondancer sendt fra kommuner til almen praksis 2017-2021

Som led i kortlægningen er undersøgt forskelle i omfang og udvikling af afsendte korrespondancer på tværs af kommuner. Datakilden er statistik fra MedCom. Datakilder og metode er nærmere beskrevet i bilag 1, afsnit 1.1.

Det totale omfang af elektronisk kommunikation sendt fra kommuner til almen praksis er i perioden 2017-2021 steget fra 1,32 til 1,74 mio. korrespondancer. Dette svarer til en cirka 32 % stigning på tværs af alle 98 kommuner. For langt de fleste kommuner gælder, at antal korrespondancer er steget. I alt 20 kommuner oplevede en stigning på over 50 % i perioden, mens to kommuner havde en negativ vækst. En opgørelse af udviklingen af korrespondancer pr. indbygger for hver kommune kan læses i bilag 3 tabel 3.4. Det bør bemærkes, at antallet af +80-årige borgere på landsplan steg cirka 13 % i perioden 2017-2021 ifølge opgørelser fra Danmarks Statistik. Denne udvikling kan forklare dele af væksten i korrespondancer fra kommuner, idet et overvældende flertal af korrespondancer fra kommuner kommer fra ældreområdet (se rapportens side 18 og bilag 5, figur 5.1.)

4.1.3 Variation i antal afsendte korrespondancer fra kommuner

Kortlægningen viser, at kommunerne i 2021 i gennemsnit sendte 332 korrespondancer pr. 1.000 indbyggere til almen praksis. Dette gennemsnit dækker over væsentlige forskelle mellem kommunerne i antal korrespondancer sendt til almen praksis. Antallet spænder fra 180 korrespondancer pr. 1.000 indbyggere (København) til 727 pr. 1.000 indbyggere (Læsø). En opgørelse over alle kommuner ordnet efter antal korrespondancer pr. indbygger kan findes i bilag 3, tabel 3.5. Analyse af demografiske forhold viser, at forskellen i antal sendte korrespondancer delvist kan forklares med andelen af ældre i kommunerne.

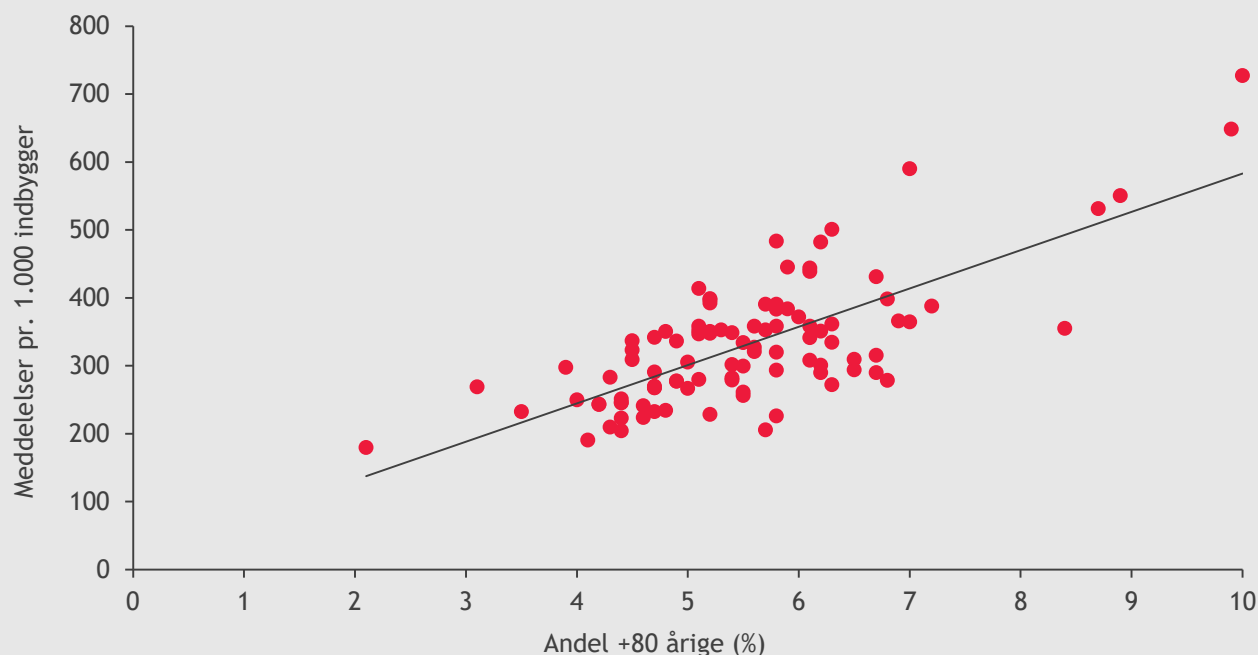
Demografi - andel +80-årige i kommunen

Fælles for kommunerne med høje antal korrespondancer pr. indbygger er, at kommunerne ofte er land- og ø-kommuner med en demografi præget af en relativ stor andel ældre borgere.

For at undersøge betydningen af befolkningens sammensætning for omfanget af korrespondancer til almen praksis er MedCom data koblet med demografiske forhold. Analysen viser, at andelen af +80-årige indbyggere har en statistisk sikker, positiv sammenhæng med antallet af korrespondancer pr. 1.000 indbyggere sendt fra kommunen til almen praksis (bilag 3 tabel 3.6). Befolkningens aldersprofil forklarer dog ikke hele forskellen, hvilket indikerer, at andre parametre - fx geografi, strukturelle forhold i sundhedsvæsenet eller organisering, kultur og kompetencer på det kommunale ældreområde - må antages at have betydning.

Figur 4c viser, hvordan en større andel +80-årige borgere i kommuner har en positiv lineær sammenhæng med antallet af modtagne korrespondancer i almen praksis pr. 1.000 indbyggere i kommunerne.

Oplistningen af kommuner efter antal korrespondancer pr. 1.000 indbyggere afbilledet i bilag 3 tabel 3.4 kan således delvist forklares med demografiske forhold.



Figur 4c: Antal korrespondancer sendt fra kommuner pr. 1.000 borgere og andel +80-årige borgere.

Note: Korrespondancer. MedCom 2017-2021. DIS1-DIS3, DIS5-DIS9, DIS91 fordelt på meddelelsestype. Hvert punkt udgør én kommune.

Grundet den tydelige sammenhæng mellem andelen af ældre i kommuner og antallet af sendte korrespondancer er der gjort forsøg på statistisk at "rense" variationen på tværs af kommuner for andel +80-årige. Denne model er beskrevet i bilag 3, tabel 3.6.

Korrektionen for andel +80-årige gør det muligt at belyse den variation i antallet af korrespondancer pr. 1.000 mellem kommuner, som ikke kan tilskrives andelen af ældre borgere.

Korrektionen for andel +80-årige borgere betyder, at en sortering af kommuner efter antal korrespondancer sendt pr. 1.000 indbyggere ændres, så et andet mønster træder frem. Efter korrektion for andel ældre bliver spredningen mindre. Spredningen gik før fra 180 afsendte korrespondancer pr. 1.000 indbyggere (København) til 727 (Læsø). Spredningen efter korrektion går fra 194 (Hørsholm) til 509 (Bornholm). Således er det andre kommuner, der danner yderpunkter i forhold til antal afsendte korrespondancer pr. 1.000 indbyggere. Fordelingen korrigeret for andel +80-årige borgere kan ses i bilag 3, figur 3.3. Standardafvigelsen, som er et mål for, hvor langt værdier ligger fra den gennemsnitlige værdi i en population, falder ligeledes fra 95 til 64 korrespondancer. Dette betyder, at den gennemsnitlige forskel mellem kommuner mindskes, hvis man kontrollerer for effekten af andel +80-årige.

Opgørelsen af antal korrespondancer korrigeret for andel +80-årige peger i retning af, at andre parametre - fx organisering af ældreområdet, geografi og strukturelle forhold i sundhedsvæsenet - ud over andelen af ældre i befolkningen kan antages at spille en væsentlig rolle for hvor mange korrespondancer, de praktiserende læger modtager fra kommunen.

Socioøkonomi

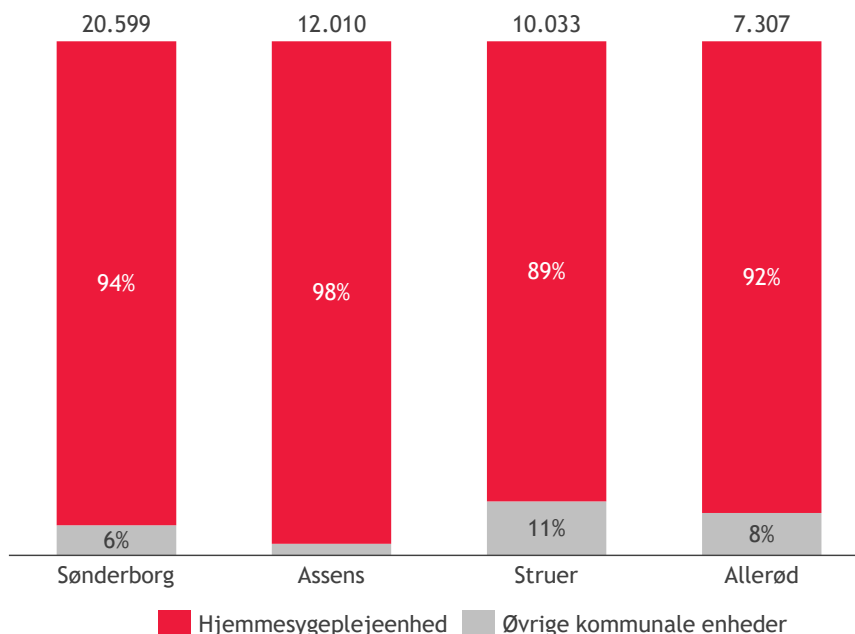
I forlængelse af analysen af betydningen af demografiske forhold er der gjort forsøg på at undersøge, om socioøkonomiske forhold på kommunalt plan påvirker antallet af korrespondancer fra kommuner til almen praksis. Undersøgelsen er foretaget ud fra en antagelse om, at kommuner med tungere socioøkonomisk profil i gennemsnit sender flere korrespondancer til almen praksis, da deres borgere kan antages at være mere svækkede i forhold til helbred og generelle ressourcer.

En analyse med anvendelse af Indenrigsministeriets indeks for socioøkonomi viste, at en kommunes socioøkonomiprofil har en svag effekt på antallet af korrespondancer, som kommunen sender til almen praksis. Socioøkonomisk profil er således en relativt svag indikator, da den - anvendt isoleret - har en ringe forklaringskraft, hvis man ønsker at forudsige antal sendte korrespondancer fra en kommune. Af denne årsag beskæftiger den resterende analyse sig ikke med socioøkonomiske forhold. En opgørelse over sammenhængen kan læses i bilag 3, figur 3.2.

Kortlægning af kommunale afsendere baseret på stikprøve

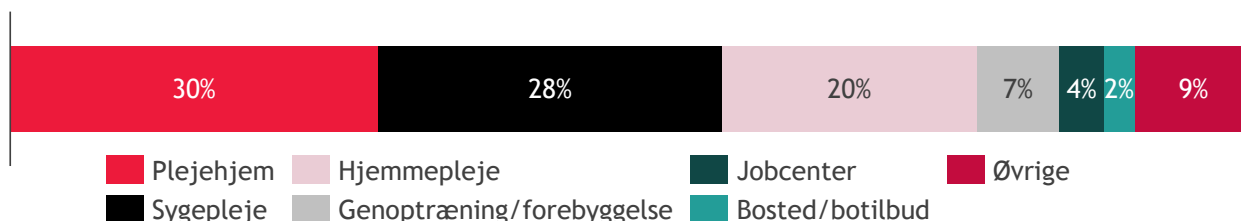
Med henblik på at nuancere kortlægningen er der gjort forsøg på at undersøge omfang og udvikling af afsendere af korrespondancer til almen praksis fra forskellige kommunale afsenderenheder, herunder på tværs af hjemmepleje, plejecentre, bosteder og børn- og familieområdet mv. Det udgjorde en datamæssig udfordring, at kun få kommuner bruger de såkaldte lokationsnumre præcist nok til, at forvaltningsenheder kan identificeres i data. I dialog med MedCom er der identificeret fire kommuner, som kan fungere som stikprøve i forhold til den interne fordeling af afsendte korrespondancer fra kommunale forvaltningsenheder på grund af deres brug af interne lokationsnumre.

Analysen af stikprøven bestående af data fra Allerød, Assens, Struer og Sønderborg Kommune viste, at langt hovedparten af korrespondancer til almen praksis - 89-98 % - er fra hjemme- eller hjemmesygeplejeenheder. Kun cirka 2-11 % af korrespondancer kommer fra andre kommunale enheder. Disse enheder består hovedsageligt af handicap- og psykiatrienheder, botilbud eller genoptræning.



Figur 4d: Afsendte korrespondancer fordelt mellem kommunale forvaltningsenheder på tværs af kommuner
 Note: Korrespondancer. MedCom 2021. Modtagne korrespondancemeddelelser (DIS91) hos almen praksis sendt fra henholdsvis Sønderborg, Assens, Struer og Allerød Kommune.

Opgørelsen fra MedCom stemmer relativt godt overens med BDO's gennemgang af 361 korrespondancer fra kommuner (se rapportens afsnit 5 samt bilag 1 afsnit 1.3). Gennemgangen af billedet i figur 4e viste, at 78 % af korrespondancer stammede fra enten plejehjem, sygepleje eller hjemmepleje. Yderligere 7 % stammede fra enheder relateret til genoptræning eller forebyggelse, som ofte organisatorisk er placeret i sundheds- og ældreområdet.



Figur 4e: Fordeling af korrespondancer efter afsenderenhed

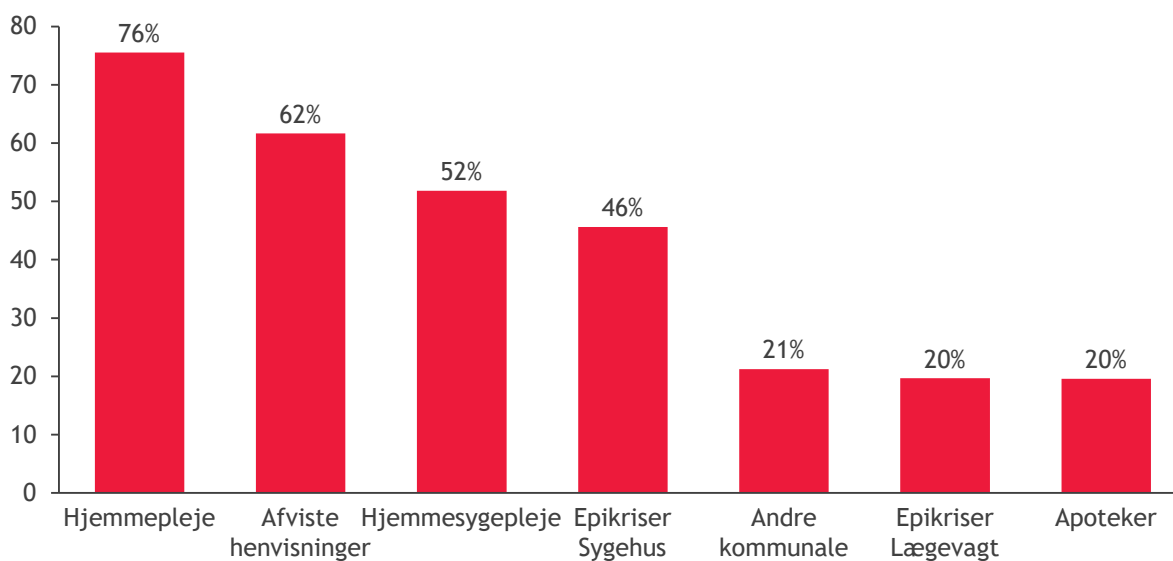
Note: Gennemgang af korrespondancer. N=361

4.1 Spørgeskemaundersøgelse

I datagrundlaget for afdækningen indgår svar fra 970 læger på en spørgeskemaundersøgelse distribueret via PLO. Metoden er nærmere beskrevet i bilag 1, afsnit 1.2.

Svarprocenten var tilfredsstillende, da 27 % af praktiserende læger fordelt på tværs af de fem regioner besvarede skemaet, hvorfor resultaterne bygger på et solidt datagrundlag.

Respondentgruppen kunne i spørgeskemaet vælge 1-5 ud af 16 prædefinerede typer af elektronisk kommunikation, som ifølge deres vurdering rummer et uhensigtsmæssigt lægefagligt tidsforbrug og dermed forbedringspotentiale. Figur 4f viser de syv typer af indgående elektronisk kommunikation, som flest respondenter vurderer, at de bruger uhensigtsmæssig tid på. Analysen viste, at de fire mest valgte kategorier er; hjemmepleje, afviste henvisninger, hjemmesygepleje og epikriser. Fordelingen på samtlige 16 svarkategorier kan ses i bilag 4, tabel 4.1.



Figur 4f: Andel respondenter, som vurderer, at en type meddelelse medfører uhensigtsmæssigt tidsforbrug.

Note: Spørgeskemaundersøgelse. N=973. Da respondenter kunne vælge 1-5 kategorier, summerer svarene ikke til 100.

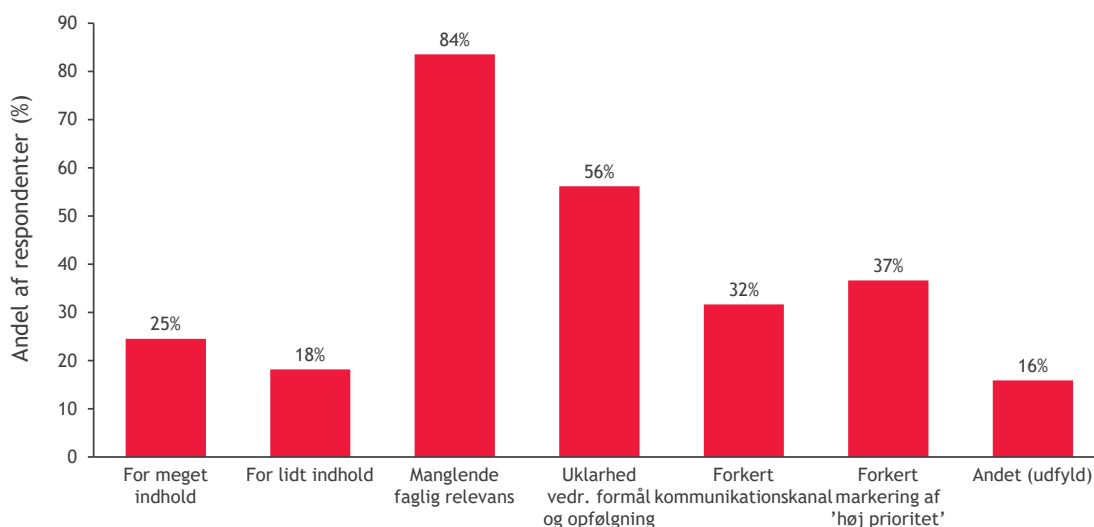
Som det fremgår af Figur 4f pegede henholdsvis 76 % af respondenterne på korrespondancer fra hjemmeplejen, mens 52 % pegede på korrespondancer fra hjemmesygeplejen. Korrespondancer fra kommuner er således den type elektroniske kommunikation, hvor den største andel af praktiserende læger i undersøgelsen ser et forbedringspotentiale. Dernæst blev de praktiserende læger bedt om at uddybe, hvori uhensigtsmæssigheden består. Respondentgruppen kunne vælge ud fra seks prædefinerede udfordringer eller i fritext give deres eget bud.

Ifølge respondenternes subjektive vurdering er udfordringen med elektronisk kommunikation fra hjemmeplejen især, at korrespondancerne mangler faglig relevans (83 %), og at de har et uklart formål (53 %). De konkrete udfordringer varierer på tværs af områderne. For hjemmesygeplejens vedkommende skyldes vurderingen fortrinsvis for meget indhold (78 %) samt uklarhed vedrørende formål og opfølgning (62 %).

Det samlede resultat af spørgeskemaundersøgelsen er vedlagt som Bilag 4.

Korrespondancer fra hjemme- eller hjemmesygeplejen

Hjemmepleje og hjemmesygepleje i en række kommuner organisatorisk placeret i samme enhed. Spørgeskemaet præciserede ikke, hvorvidt de oplevede udfordringer var relateret til organisatoriske funktioner/enheder eller faggrupper. Det er derfor sandsynligt, at svarene ikke afspejler en stringent skelnen mellem de to. Figur 4g viser derfor de specifikke udfordringer, som respondenterne oplever med korrespondancer fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samlet set. Imidlertid har respondenterne valgt at skelne i deres besvarelse, idet de som tidligere nævnt i højere grad oplever udfordringer med manglende faglig relevans i korrespondancer fra hjemmeplejen sammenlignet med hjemmesygeplejen. En opgørelse af svarene fordelt på hhv. hjemme- og sygepleje er indsat i bilag 4, figur 4.1.



Figur 4g: Andel respondenter, som har peget på specifikke udfordringer i korrespondancer fra såvel hjemme- som sygeplejeenheder.

Note: Spørgeskemaundersøgelse. Note: N=800. Da respondenter kunne vælge 1-5 kategorier, summerer svarene ikke til 100.

Data viser, at en andel på 37 % af respondentgruppen tilkendegav, at forkert brug af hastemarkering - "høj prioritet" - er en udfordring for korrespondancer fra hjemmeplejen. For korrespondancer specifikt fra hjemmesygeplejen tilkendegav 32 % af respondentgruppen, at forkert kategorisering udgør en udfordring.

I forlængelse af, at de praktiserende læger havde udpeget en bestemt udfordring, blev de spurgt om hvor hyppigt, de oplever den. En andel på 49 % af de praktiserende læger, som oplever udfordringer med hensyn til den faglige relevans af korrespondancer fra hjemmeplejen, vurderer, at de dagligt oplever dette, mens 45 % oplever udfordringen ugentligt (Bilag 4, figur 4.4-4.5).

Afviste henvisninger og epikriser fra sygehuse

I spørgeskemaundersøgelsen pegede 62 % af de praktiserende læger på forskellige udfordringer med afviste henvisninger. Relativt mange, svarende til 41 % af respondentgruppen, valgte at uddybe deres vurdering gennem en fritekstkommentar, hvor mange respondenter gav udtryk for en generel utilfredshed med selve det forhold, at henvisningen blev afvist. En opgørelse over svar kan læses i bilag 4, figur 4.2. Tendensen i kommentarerne er, at respondenter vurderer, at afvisninger sker på baggrund af detaljer og kriterier, der opleves bureaukratiske og/eller baserer sig på uklare faglige argumenter.

En andel på 46 % af respondenterne vurderede, at epikriser fra sygehuse medfører u hensigtsmæssigt tidsforbrug. 78 % af denne gruppe respondenter så en udfordring i mængden af indhold i epikriser. Derudover gav 62 % af gruppen udtryk for, at uklarhed vedrørende formål og opfølgning er en udfordring. En andel på 49 % af respondentgruppen tilkendegav, at manglende faglig relevans medfører u hensigtsmæssigt tidsforbrug i forhold til sygehusepikriser. En opgørelse over fordelingen af svar kan læses i bilag 4, figur 4.3.

4.1.1 Geografiske forskelle i oplevelsen af elektronisk kommunikation

Det generelle billede i spørgeskemaundersøgelsen er, at der kun er begrænsede geografiske forskelle i praktiserende lægers oplevelse af elektronisk kommunikation på tværs af de fem regioner. Dog blev der observeret geografiske forskelle på tværs af regioner i den subjektive oplevelse af epikriser fra sygehuse.

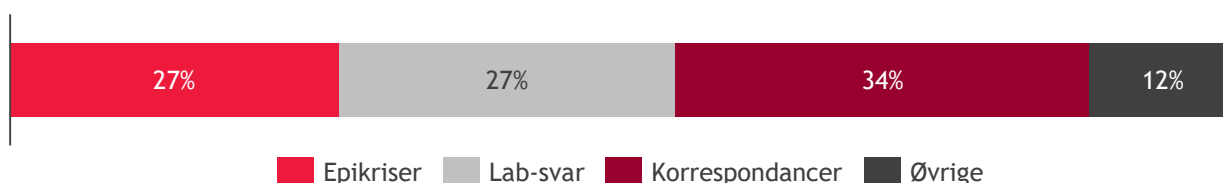
I gennemsnittet på tværs af regioner oplevede 46 % af respondenterne, at epikriser fra sygehuse medførte u hensigtsmæssigt tidsforbrug. En opgørelse over andelen af respondenter, som oplever udfordringer med epikriser fra sygehuse fordelt på regioner, ses i bilag 4, tabel 4.2

Analysen giver ikke svar på de målte forskelle i de praktiserende lægers vurdering af epikriser. Da der ses et tydeligt skel mellem Øst- og Vestdanmark, er det nærliggende at antage, at vurderingen kan have sammenhæng med de forskellige EPJ-systemer, som anvendes i hospitalssektoren.

4.1.2 Lægens tidsforbrug

De praktiserende læger kunne i spørgeskemaet angive det antal minutter, som de vurderer, at de ugentligt bruger på sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation. Ifølge undersøgelsen er det gennemsnitlige ugentlige tidsforbrug 4,6 timer - eller 273,6 minutter - hvilket svarer til 55 minutter dagligt under antagelse af en fem dages arbejdsuge.

Figur 4h viser en opgørelse over, hvordan respondenterne i gennemsnit selv vurderer, at tidsforbruget fordeler sig på meddelelsestyperne. Korrespondancer er ifølge opgørelsen den type, som almen praksis i gennemsnit bruger mest tid på. Ifølge selv vurderet arbejdstid vurderer praktiserende læger således, at de på en almindelig arbejdsdag gennemsnitligt bruger 18-19 minutter på håndtering af indkomne korrespondancer. Dette skøn omfatter alle afsendere.



Figur 4h: Fordeling af ugentligt tidsforbrug på elektronisk kommunikation.
Note: Spørgeskemaundersøgelse. N=970.

De praktiserende læger blev også spurgt til den interne arbejdsdeling med praksispersonale. 82,1 % af respondenterne oplyser, at praksispersonale i deres klinik bidrager til håndtering af elektronisk kommunikation. På baggrund af de efterfølgende interview og praksisbesøg vurderes, at praksispersonale sandsynligvis i de fleste lægepraksis primært bidrager ved at screene indbakken og håndtere labsvar.

4.1.3 Besvarelser i fritekst

I spørgeskemaet havde respondenterne mulighed for at uddybe deres vurderinger i fritekstfelter. Vægtningen i besvarelserne er illustreret i Figur 4i herunder. Mange af kommentarerne omhandler enten elektronisk kommunikation generelt eller uddyber specifikke problemstillinger, som er knyttet på en bestemt type af afsender fx kommuner, apoteker eller sygehuse. Indholdet af kommentarerne har fundet anvendelse i forberedelsen af analysens praksisbesøg, både med hensyn til interview og gennemgang af korrespondancer.

De fire temaer, som optrådte fleste gange i kommentarerne, er:

- Epikriser (struktur, længde, brug af standardfraser mv.)
- Medicin/FMK (håndkøbsmedicin, unødige detaljer mv.)
- Afviste henvisninger (principiel modstand).
- Intern håndtering i kommunerne (spørgsmål kunne være besvaret internt).

En uddybende tematisk gennemgang af kommentarer kan læses i bilag 4 tabel 4.3.



Figur 4i: Wordcloud genereret ud fra kommentarer i spørgeskemaets afsluttende fritekstfelt.

Note: Genereret på baggrund af spørgeskemaet. Enkelte ord fjernet grundet manglende relevans.

4.1.4 Overordnede resultater af spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen til de praktiserende læger viste samlet set et billede af, at sundhedsprofessionel elektronisk kommunikation er et emne, der optager dem, og som de har mange erfaringer med og holdninger til. Det gælder i særlig grad korrespondancer fra kommunale afsendere, hvor der forventes et stigende omfang fremadrettet, samt flere andre former for elektronisk kommunikation. Overordnet ser lægerne en række muligheder for at forbedre arbejdsgange og indhold i korrespondancer fra kommuner med sigte på at opnå en mere hensigtsmæssig brug af tid og kapacitet i almen praksis. Hvilke konkrete udfordringer, der er tale om, varierer på tværs af områderne. Når det drejer sig om korrespondancer fra kommunale afsendere i ældreplejen (hjemmepleje og hjemmesygepleje), er de væsentligste oplevede udfordringer det, de praktiserende læger betragter som manglende faglig relevans, uklarhed vedrørende formål og opfølgning samt forkert brug af hastemarkering.

På grundlag af spørgeskemaundersøgelsen besluttede styregruppen at fokusere den kvalitative del af analysen imod korrespondancer fra kommuner. Ud over kommunale korrespondancer fik de praktiserende læger også mulighed for at uddybe deres erfaring og oplevelser med epikriser og afviste henvisninger i afslutningen af interviewet.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blev anvendt til at målrette spørgeguides og skema til vurdering af korrespondancer. Respondenternes overordnede og subjektive tilkendegivelser i spørgeskemaet blev både bekræftet og udfoldet i de efterfølgende kvalitative interview.

5. Interview og kvalitativ gennemgang af korrespondancer

I forlængelse af den kvantitative afdækning har BDO gennemført en kvalitativ analyse med sigte på at opnå en dybere forståelse af de kortlagte tendenser fra de kvantitative analyser, nuancere fundene i spørgeskemaanalysen og danne grundlag for en relevant og balanceret afrapportering. Med afsæt i aftaleteksten om analysens indhold og formål har den kvalitative analyse efter aftale med RLTN og PLO primært fokuseret på optimering af arbejdsgange i forbindelse med korrespondancer fra kommunale afsendere til praktiserende læger.

I følgende afsnit redegøres for budskaber og vurderinger fra de kvalitative interview understøttet af den systematiske gennemgang af konkrete korrespondancer sammen med de praktiserende læger i forbindelse med de 25 afholdte praksisbesøg. Beskrivelser, betragtninger og delkonklusioner er efterfølgende kvalificeret på to virtuelle mini-workshops med blandet deltagelse fra 3 kommuner og 3 praktiserende læger. Den anvendte metode, herunder temaerne i spørgeguiden, er yderligere beskrevet i bilag 1.3.

Kapitel 5 indeholder først en kvalitativ præsentation af almen praksis' perspektiv og dernæst perspektivet hos den kommunale ældrepleje. Dette skal sikre, at analysen balanceret afdækker de to centrale samarbejdspartneres respektive behov, erfaringer og oplevelser. Afsnittene er struktureret ud fra en række dækkende temaer, som genfindes i det afsluttende kapitel 6, hvor perspektiverne flettes sammen i fælles, nuancerede forslag og anbefalinger, der baseret på analysen vurderes at kunne bidrage til mere hensigtsmæssige og effektive arbejdsgange relateret til den elektroniske kommunikation - og som tilgodeser begge parter.

Redegørelsen for de praktiserende lægers perspektiv underbygges med data fra gennemgangen af et antal indkomne kommunale korrespondancer i hver lægepraksis. Et overblik over korrespondancerne i forhold til afsenderenhed, faggruppe, emne og geografi kan læses i bilag 5 figur 5.1-5.4. Det har ikke været muligt tilsvarende at underbygge kommunernes perspektiv, da analysedesignet ikke indeholdt gennemgang af afsendte korrespondancer med kommunerne.

Til sidst i afsnittet redegøres for perspektivet hos øvrige samarbejdspartnere: regioner og apotekere. De øvrige samarbejdspartnere er udvalgt på baggrund af en prioritering i sekretariatsgruppen.

5.1 Almen praksis perspektiv

Den kvalitative analyse af almen praksis' perspektiv på korrespondancer fra kommuner bygger som beskrevet på semi-strukturerede interview med praktiserende læger og øvrigt praksispersonale i forbindelse med praksisbesøg hos 25 lægepraksis fordelt på 5 i hver region.

I forlængelse af de kvalitative interviews blev der på hvert praksisbesøg systematisk gennemgået og vurderet ca. 15 senest indkomne kommunale korrespondancer sammen med den praktiserende læge, i alt 361 korrespondancer.

Redegørelsen omfatter følgende temaer, der har taget form undervejs i forløbet med input fra deltagerne:

- Generelt om korrespondancer.
- Interne arbejdsgange og tidsforbrug.
- Hasteprocedure og valg af kommunikationskanal.
- Korrespondancens struktur og indhold.
- Kompetencer og arbejdsdeling ifm. afsendelse og modtagelse af korrespondancer.
- Korrespondancer om medicin, kosttilskud mv.
- Kommunikation og relationer i samarbejdet.

I afsnittet om almen praksis' perspektiv indgår til afslutning også et tema om andre former for indgående elektroniske meddelelser (epikriser og afviste henvisninger).

5.1.1 Generelt om korrespondancer

Hovedbudskaber:

- Elektroniske korrespondancer er en hensigtsmæssig kommunikationsform, der passer godt ind i arbejdsgangen i almen praksis.
- Korrespondancerne har varierende faglig relevans, og en andel af korrespondancerne anses af lægerne for direkte unødvendige set i lyset af deres rolle som borgerens praktiserende læge.

Generelt er der relativt stor forskel på de besøgte lægepraksis både mht. størrelse, organisering og arbejdsform. På trods af disse forskelle gav de praktiserende læger og praksispersonale overordnet og samstemmende udtryk for, at korrespondance fra kommunale afsendere er en praktisk og effektiv kommunikationsform, som passer godt ind i arbejdsgangen i almen praksis, fordi de kan besvares i løbet af dagen, når lægen har tid, og alternativt kan vente til efter lukketid.

Det betragtes som hensigtsmæssigt, at korrespondancen er skriftlig og derved kan indgå direkte som dokumentation i patientjournalen uden en ekstra arbejdsgang. Denne overordnet set positive vurdering af korrespondancer fra kommunale afsendere understøttes af, at lægerne i 85 % af de gennemgåede kommunale korrespondancer uanset relevansen af det konkrete indhold vurderede, at korrespondancen var den rette kontaktform i situationen. I de resterende 15 % vurderede lægen, at emnet havde egnet sig bedre til opringning, konsultation eller besøg. De efterfølgende betragtninger om korrespondancernes relevans og forbedringsmuligheder skal ses i dette lys.

Langt overvejende gav de praktiserende læger udtryk for, at det - bortset fra ferieperioder - er realistisk og muligt at besvare korrespondancer inden for 3 hverdage. Flere gav udtryk for, at de modtager mange korrespondancer med varierende relevans set i relation til deres rolle som læge. Volumen i mængden af indgående meddelelser kan ligeledes udfordre i en travl hverdag. Derfor risikerer korrespondancer, der i mindre grad eller slet ikke giver fagligt mening, at udgøre et særligt irritationsmoment.

Interview og gennemgang af korrespondancer gav et nuanceret billede af, hvem der er initiativtager til afsendelse af korrespondance fra kommune til egen læge. Det er ikke altid kommunen. Nogle meddelelser sendes på lægens anmodning; fx svar på blodtryksmålinger, lægen har bestilt, eller aftalt opfølgning på konsultation/stuegang på plejehjem.

De fleste oplever i en eller anden grad, at behovet for elektronisk kommunikation med kommunale afsendere er stigende. En del praktiserende læger gav udtryk for, at de som en konsekvens af udviklingen i kommunesamarbejdet forventer stigende omfang i korrespondancer fra børne- og familieområdet, fx fra sundhedsplejersker, hvilket de beskriver som en relevant og positiv udvikling. Det er således ikke korrespondancen som kommunikationskanal eller omfanget af korrespondancer i sig selv, der anses som uhensigtsmæssig.

Samtidig bør nævnes, at kommunale korrespondancer volumenmæssigt udgør et mindretal, idet lægepraksis, som det fremgår af den kvantitative afdækning, modtager markant flere epikriser og laboratoriesvar.

5.1.2 Interne arbejdsgange og tidsforbrug

Hovedbudskaber:

- Opgaverne med at gennemgå, vurdere og besvare eller håndtere korrespondancer udføres overvejende af læger fremfor praksispersonale.
- Tidsforbruget pr. korrespondance varierer betragteligt med et gennemsnit på ca. 3 minutter.

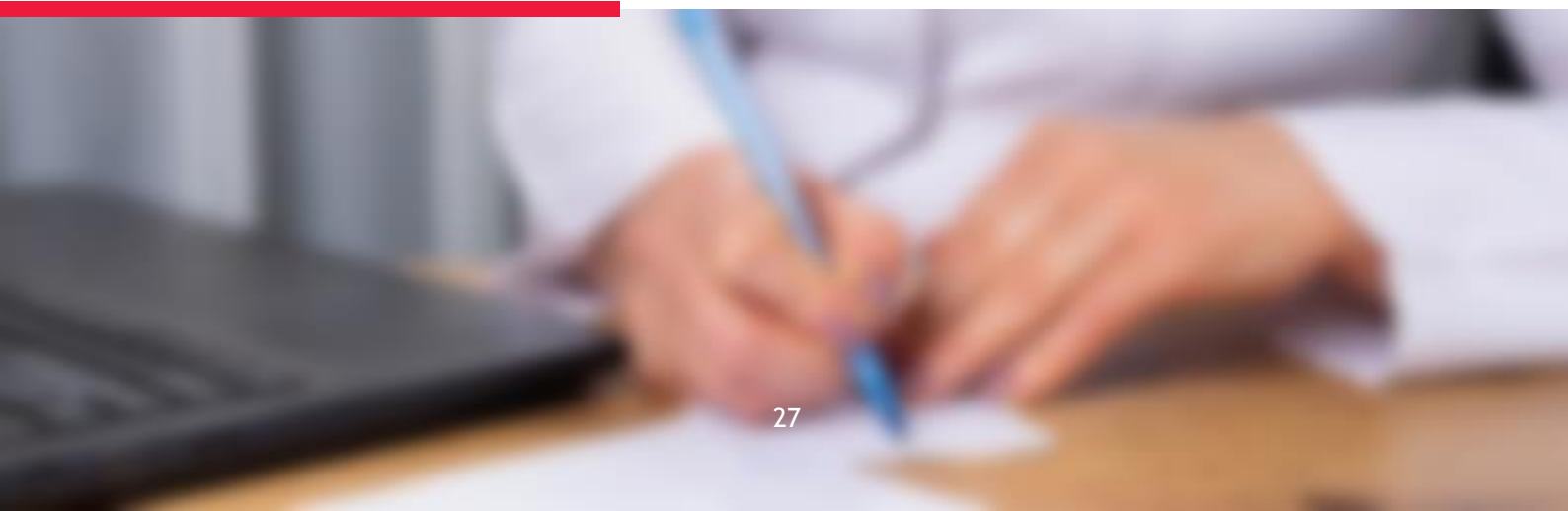
Et af de indledende interviewtemaer var interne arbejdsgange og arbejdsdeling ifm. håndtering af indbakken, hvor korrespondancerne kommer ind i kronologisk rækkefølge sammen med andre typer af elektroniske meddelelser. De fleste lægepraksis har en målsætning om at tømme indbakken hver dag, hvilket på grund af travlhed, fridage, kurser, andre faglige funktioner mv. reelt ikke altid er muligt.

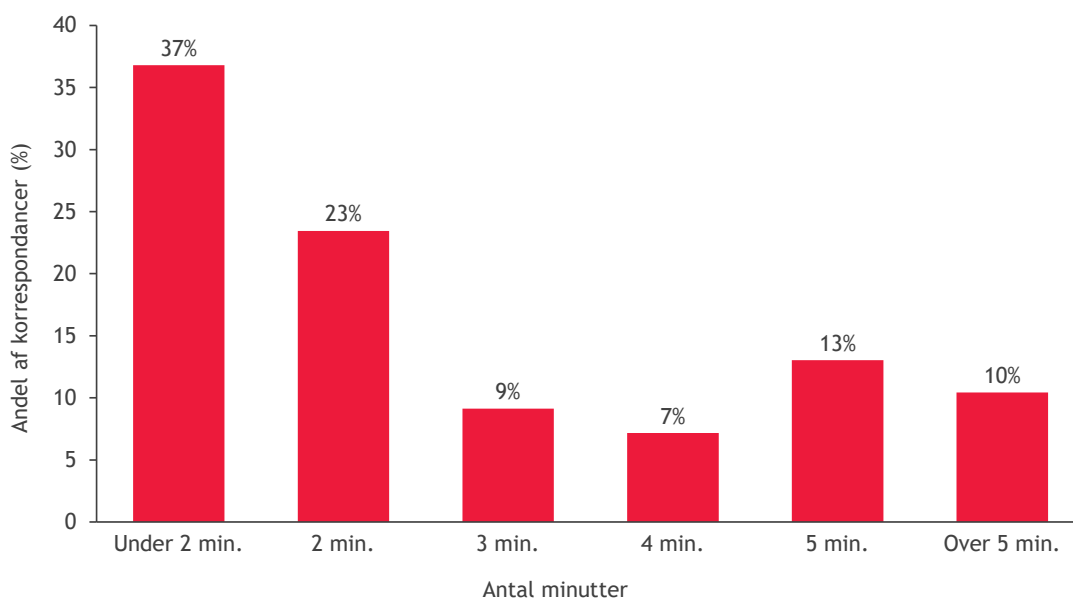
Der ses stor forskel på bemanningen og organiseringen på tværs af lægepraksis - herunder i tilstedeværelse af sekretærer, sygeplejersker og uddannelseslæger. I en del lægepraksis foretager sekretær eller sygeplejerske en indledende screening og sletter eller håndterer en mindre andel, hvor svaret er oplagt. Det drejer sig skønsmæssigt maksimalt om 5-10 % af korrespondancerne. Typisk gennemgår lægerne i almen praksis selv langt de fleste korrespondancer direkte i indbakken.

Kun to ud af de 25 besøgte lægepraksis har en intern arbejdsdeling, hvor opgaven med at gennemgå indbakken samt besvare korrespondancer fra kommunale afsendere er helt eller delvist uddelegeret til såkaldte behandlersygeplejersker. Her er det som udgangspunkt sygeplejerskens ansvar at videregende de korrespondancer, der kræver lægefaglig stillingtagen, til den pågældende læge i form af en "opgave", der går ind i lægens kalender. Dermed anvendes lægens kompetencer, grundet brugen af praksispersonale, alene på stillingtagen til lægefaglige relevante korrespondancer. Alle har adgang til indbakken, og hvis lægerne har en pause eller har mindre travlt end sygeplejerskerne, kan de godt finde på selv at gennemgå og besvare korrespondancer direkte i indbakken.

I flerlægepraksis er det forskelligt, hvordan lægerne indbyrdes deles om opgaven. Nogle har en ordning, hvor opgaven går på skift, mens andre fordeler ansvaret, afhængigt af hvem der er patientens primære læge. Der ses eksempler på, at lægerne i flerlægepraksis arbejder selvstændigt med hver deres patientgruppe, med den konsekvens at korrespondancerne ligger og venter under en individuel læges fravær, selvom der er andre læger og praksispersonale til stede i klinikken.

Der er stor variation i, hvor lang tid lægerne vurderede, at de ville bruge på at besvare de enkelte korrespondancer - både på tværs af korrespondancer og på tværs af læger. Ved gennemgangen af konkrete meddelelser skønnede lægerne, at de skulle bruge fra 20 sekunder og op til 20 minutter på at vurdere og håndtere en korrespondance. Tidsforbruget var for 59 % af korrespondancerne under tre minutter. Figur 5a nedenfor viser, hvordan tidsforbruget pr. korrespondance fordeler sig på tværs af 314 korrespondancer.





Figur 5a: Andel korrespondancer opdelt efter tidsforbrug i minutter.

Note: Gennemgang af korrespondancer. N=307. Med undtagelse af korrespondancer med varighed på under 2 min. blev korrespondancer tildelt hele minutter i gennemgangen. I alt 7 outliers blev fjernet, da disse afveg markant fra tidsforbruget. Outliers havde et tidsforbrug på 12-20 min.

Tabel 5a viser gennemsnit og kvartiler på tidsforbruget for de gennemgåede korrespondancer. Medianen i tabel 5a afspejler, at de fleste korrespondancer tager cirka 2 minutter at besvare. Et fåtal på cirka 8 % af korrespondancerne tager 10 minutter eller mere at håndtere. Disse outlier-korrespondancer er fjernet i tabel figur 5a og tabel 5b samt beregningen af det gennemsnitlige tidsforbrug, da de afviger markant fra normen.

Region	Gennemsnit	1 kvartil	2 kvartil (median)	3 kvartil	4 kvartil
Andel	2,9 min.	1 min.	2 min.	4 min.	10 min.

Tabel 5a: Tidsforbrug på korrespondancer opgjort på gennemsnit og kvartil.

Note: Gennemgang af korrespondancer. N=307. I alt 7 outliers blev fjernet, da disse afveg markant fra tidsforbruget. Outliers havde et tidsforbrug på 12-20 min.

Tidsforbruget afhænger især af, om meddelelsen er til orientering eller til opfølgning, og hvorvidt emnet er enkelt eller komplekst. Derudover er der forskel på, hvordan lægerne vælger at håndtere korrespondancer om uklare eller komplekse forhold, og hvor meget tid de vil acceptere at bruge på en skriftlig procedure fremfor at bede kommunen kontakte klinikken på telefon og/eller bestille en tid til patienten. Der var umiddelbart ikke sammenhæng mellem vurderingen af tidsforbrug og relevans, idet de korrespondancer, der vurderes som "ligegyldige", ofte er relativt hurtige at vurdere og besvare. Det skal understreges, at BDO ikke foretog en egentlig måling af tidsforbruget, og at ovenstående tal er baseret på lægernes skøn.

Korrespondancerne optræder i kommunikationsstrengene om samme patient/emne, hvor en indledende meddelelse kan følges op af indtil flere svar og retursvar. I analysen er alene vurderet almen praksis' tidsforbrug i forbindelse med hver enkelt korrespondance og ikke tidsforbrug ved den samlede kommunikationsstreng.

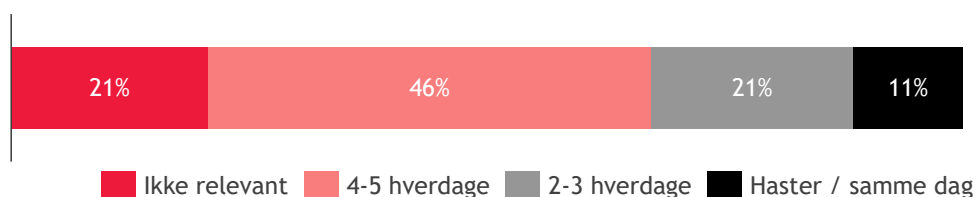
5.1.3 Korrespondance ved behov for hurtig afklaring (haster)

Hovedbudskaber:

- De praktiserende læger er alene forpligtet til at besvare korrespondancer inden for 3 dage, hvorfor korrespondancer ikke egner sig til spørgsmål, der skal besvares hurtigere/samme dag.
- Lægerne finder, at kommunernes mulighed for "høj prioritet"-markering i korrespondancer bør fjernes, da de ikke anvendes fagligt korrekt - og da akutte og hastende problemstillinger bør afklares telefonisk, evt. fulgt op af skriftlig korrespondance.
- Der er behov for en hasteprocedure, fx at kommunen ringer og lægger besked og samtidig sender en korrespondance.
- Almen praksis efterspørger telefonisk tilgængelighed i kommunen, særligt vedrørende korrespondance om potentielt alvorlige sundhedsfaglige problemstillinger.

De praktiserende læger er generelt set enige om, at elektronisk korrespondance er mest velegnet til relativt enkle problemstillinger, der kan besvares kortfattet, og som ikke haster. Dette særligt set i lyset af, at lægen ikke er overenskomstmæssigt forpligtet til at svare samme dag. Selvom mange klinikker bestræber sig på at besvare korrespondancer dagligt, er det heller ikke realistisk for alle at kunne garantere at nå dem alle hver dag. En del læger bekymrer sig ved tanken om, at de overser en korrespondance om en potentielt farlig situation, og de oplever et ansvar, så snart korrespondancen er modtaget i klinikken, uanset om den er åbnet og læst.

Analysen bekræfter, at der bliver sendt korrespondancer fra kommunale afsendere, som lægerne vurderer haster - og hvor en svartid på 3 hverdage ikke er tilstrækkelig. Figur 5b nedenfor viser, hvordan korrespondancerne i gennemgangen fordeler sig i forhold til, hvor meget lægerne mener, at de haster. For 11 % vurderer lægerne, at de vedrører en problemstilling, der kræver svar samme dag. Det drejer sig typisk om henvendelser om symptomer på potentielt alvorlig akut sygdom såsom infektion eller blodprop.



Figur 5b: fordeling af korrespondancer ifølge en lægefaglig vurdering af, hvor meget svar haster.

Note: Gennemgang af korrespondancer. N=361.

Kommunernes systemer giver mulighed for at sende en meddelelse med "høj prioritet" - en såkaldt hastemeddelelse, som giver en markering i Lægepraksissystemet. I gennemgangen af korrespondancer indeholdt 45 meddelelser, svarende til 13 %, en hastemarkering fra kommunens side, mens de resterende 87 % ikke var markeret med særlig prioritet. Gennemgangen af korrespondancer fandt dog, at der ikke altid er et sammenfald mellem kommunens anvendelse af 'hastemarkering' og almen praksis' lægefaglige vurdering af, hvorvidt en korrespondance haster. De 13 % af korrespondancer i gennemgangen, som kommunen har markeret med 'høj prioritet', er således ikke de samme 11 %, som ifølge en lægefaglig vurdering haster.

Tabel 5b sammenholder brugen af hastemarkering i korrespondancer sendt fra kommuner med den lægefaglige vurdering af, hvorvidt besvarelse af den enkelte korrespondance haster. Ud af de korrespondancer, som afsenderen havde hastemarkeret, var lægerne enige i vurderingen i 4 ud af 10 korrespondancer (jf. Tabel 5b). Tallene i tabellen underbygger, at der er grundlag for lægernes bekymring for at overse noget vigtigt i indbakken, idet 7 % af de almindelige korrespondancer sendt uden hastemarkering i lægens øjne haster og burde besvares samme dag.

Det udgør en u hensigtsmæssighed, at lægerne og kommunerne ofte ikke deler vurderingen af, om korrespondancen haster. Lægerne beretter relativt enstemmigt, at en del kommunale medarbejdere bruger hastemarkeringen forkert, og at markeringen ofte ikke afspejler, i hvilken grad svaret haster ud fra en sundhedsfaglig betragtning. Kommunens prioritering går derfor ikke direkte ind i lægernes prioritering, og en del læger hæfter sig ikke ved hastemarkeringen - ligesom de ikke føler sig forpligtet af den. Størstedelen af de deltagende praksis ser på den baggrund helst, at muligheden for hastemarkering af korrespondancer rent teknisk fjernes i systemet.

Markering af prioritet sammenholdt lægefaglig vurdering	Andel	Antal
Andel markeret med høj prioritet	13 %	45
Andel uden markering for prioritet	88 %	315
Andel korrespondancer markeret med høj prioritet, som haster ifølge lægefaglig vurdering	40 %	18
Andel korrespondancer markeret med høj prioritet, som ikke haster ifølge lægefaglig vurdering	60 %	27
Andel korrespondancer uden markering for prioritet, som reelt haster ifølge lægefaglig vurdering	7 %	23

Tabel 5b: Korrespondancers markering af prioritet og lægefaglig vurdering af, hvor meget svar haster.

Note: Gennemgang af korrespondancer. N=361.

I de situationer, hvor kommunen har behov for hurtigt svar på emner, der haster ud fra en sundhedsfaglig betragtning (hvilket betyder inden for få timer og senest samme dag), vurderer langt de fleste, at medarbejderen bør ringe, så det sikres, at der reageres inden for kort tid. Lægerne ser derfor et behov for en sådan hasteprocedure som alternativ til hastemarkeringen. I nogle situationer kan det set fra almen praksis perspektiv være hensigtsmæssigt, at kommunen både ringer og lægger besked og samtidig sender en korrespondance, som praksispersonalet kan bruge til at orientere lægen. Det gælder også komplekse situationer med sårbare ældre, der ikke egner sig til at blive afklaret skriftligt, men hvor korrespondancen klæder lægen på til den efterfølgende kontakt i form af opringning, konsultation eller sygebesøg.

Når den praktiserende læge vurderer, at problemet er potentielt alvorligt, og at henvendelsen haster, så har lægen ofte et ønske om let og hurtigt at kunne komme i kontakt med den medarbejder, der har tilset patienten, og som kender patienten eller har indhentet oplysninger. Der synes således at være et gensidigt behov for tilgængelighed, både i kommunen og hos almen praksis, i forbindelse med at håndtere hastesager vedrørende de mest sårbare borgere. Derfor er det et behov hos almen praksis, at korrespondancen indeholder navn, funktion samt et direkte telefonnummer på den pågældende medarbejder eller, hvis medarbejderen er gået hjem, en kollega i samme enhed, der er sat ind i situationen. Det er ikke altid tilfældet, så lægen må bruge tid på at etablere opfølgende kontakt via et hovednummer i en hjemmeplejeenhed eller på et plejecenter, hvilket anses for u hensigtsmæssigt, særligt sidst på arbejdsdagen, hvor mange læger gennemgår de ubesvarede korrespondancer.

5.1.4 Korrespondancens struktur og indhold

Hovedbudskaber:

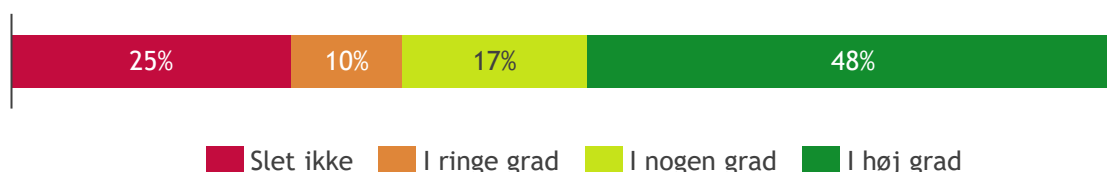
- Kortfattede, klare og direkte tekster med præcise overskrifter og dækkende emnefelt er væsentlige for hurtig afkodning af indhold og formål i almen praksis.
- Korrespondancer bør indeholde de faglige oplysninger, der er relevante og nødvendige for at lægen kan vurdere situationen.
- 48 % af korrespondancerne vurderes i høj grad hensigtsmæssige i forhold til almen praksis' rolle.
- 25 % af korrespondancerne vurderer lægerne slet ikke er hensigtsmæssig brug af deres tid i rollen som praktiserende læge. Disse handler fortrinsvis om medicin/FMK.

Korrespondancer modtages i klinikkens indbakke i kronologisk rækkefølge sammen med bl.a. epikriser. Korrespondancerne har samme emne- og indholdsfelt som en almindelig e-mail. Almen praksis' arbejdsform og ofte tætpakkede dagsprogram betyder, at de praktiserende læger og praksispersonalet har en klar præference for kortfattede og direkte beskeder med tydeligt formål, som er hurtige at afkode. Herunder at der anvendes overskrifter, som klart indikerer korrespondancens indhold og formål.

Almen praksis har i første omgang behov for, at emnefeltet indeholder en kort og dækkende tekst, så indkomne meddelelser hurtigt kan screenes og prioriteres. Herunder særligt, om korrespondancen er til orientering, eller om der forventes svar og stillingtagen.

Det er forskelligt, i hvilken grad lægerne finder det relevant at modtage korrespondancer til orientering. Nogle læger anser dette for nyttigt begrundet i lægens rolle som koordinator og tovholder - samt en generel interesse i at vide, hvad der foregår ift. patienten. Andre finder korrespondancer til orientering forstyrrende og udtryk for unødvendigt tidsforbrug.

Vi har bedt interviewpersonerne overordnet vurdere korrespondancernes faglige indhold og relevans set ud fra pågældendes rolle og opgaver som praktiserende læger. Ofte har de praktiserende læger en forståelse for, at et spørgsmål rent praktisk og operationelt er relevant og vigtigt at få besvaret for den kommunale medarbejder. I interviewet har der imidlertid været fokus på relevansen set fra et almenlægefagligt perspektiv. Resultatet fremgår af Figur 5c:

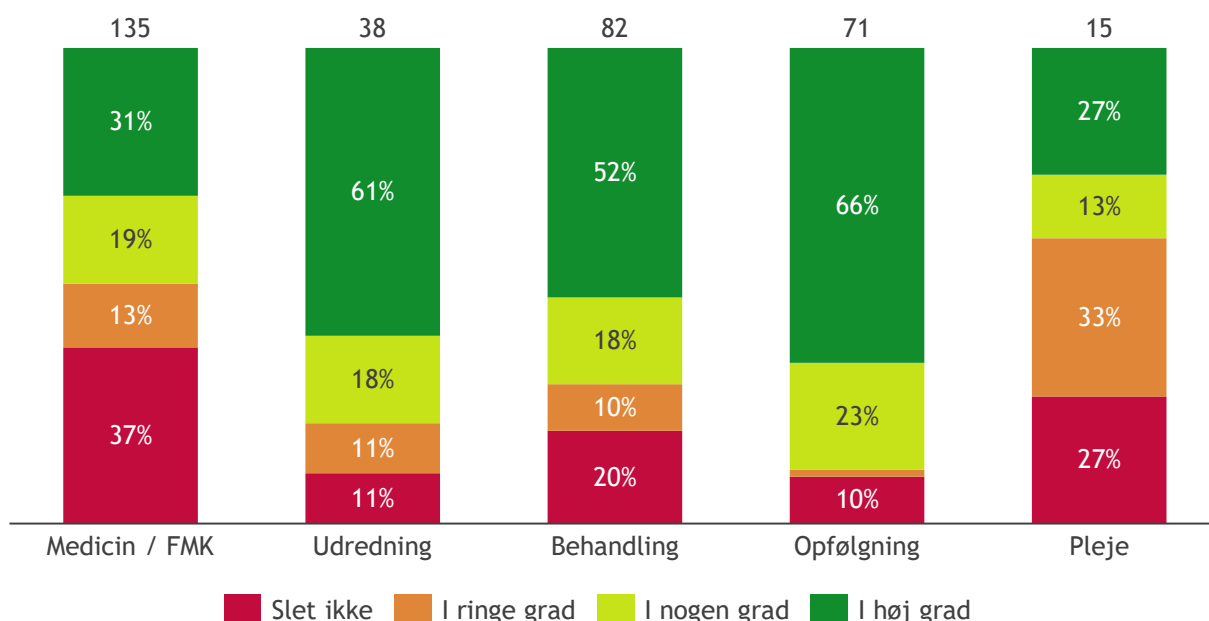


Figur 5c: Vurderer du, at korrespondancens indhold er hensigtsmæssigt ift. brug af din tid i rollen som praktiserende læge?
Note: Gennemgang af korrespondancer. N=361.

Alle de praktiserende læger, vi har interviewet, oplever, at de modtager korrespondancer fra kommunale afsendere, som ikke er hensigtsmæssig brug af deres tid i rollen som praktiserende læge. Det drejer sig fx om spørgsmål, der kunne være afklaret internt i kommunen, hvor lægen allerede tidligere har besvaret samme spørgsmål om samme patient, eller spørgsmål, som ikke eller kun i lav grad har faglig relevans set fra et almenmedicinsk synspunkt.

Omfanget varierer på tværs af lægepraksis. Lægerne har individuelt forskellig tærskel for, hvad de oplever er under minimumsgrænsen for, hvad det er relevant eller nødvendigt at involvere lægen i. Nogle læger beskriver, at det gennem kommunesamarbejde er lykkedes at begrænse mængden af uhensigtsmæssige korrespondancer.

Vurderingen af korrespondancernes hensigtsmæssighed blev fulgt op af spørgsmål om indhold. Det fremgår af nedenstående figur 5d, at lægernes subjektive vurdering af korrespondancers hensigtsmæssighed varierer markant afhængigt af, hvilket emne indholdet vedrører. Inden for emnerne medicin og pleje ses en særlig høj andel, som de praktiserende læger ikke anser for hensigtsmæssig brug af deres tid. Hele 37 % af korrespondancer om medicin blev vurderet til slet ikke at være hensigtsmæssig brug af lægens tid. Dette budskab var også gennemgående i de kvalitative interview.



Figur 5d: Vurdering af korrespondancers hensigtsmæssighed fordelt på emner i korrespondancen.

Note: Gennemgang af korrespondancer. N=341. Antallet summerer ikke til 361, da korrespondancer kunne tildeles kategorien anden. Da indhold ikke er gensidigt udelukkende, kan enkelte korrespondancer fremgå i flere emnekategorier.

I relation til strukturen af korrespondancen har flere praktiserende læger nævnt, at deres ideal er et emne pr. korrespondance. Det forklares med, at korrespondancen bliver tidskrævende at vurdere og besvare i almen praksis, hvis der er flere emner eller forskellige spørgsmål i samme korrespondance, og særligt hvis formålet er uklart. Lægerne beskriver det som en typisk uhensigtsmæssighed, at formålet med at involvere lægen er uklart, ufokuseret eller først fremgår i slutningen af teksten. Det betyder, at lægen i disse tilfælde skal læse korrespondancen flere gange og selv forsøge at udlede, hvad medarbejderen lægger op til, at lægen skal gøre.

I forlængelse heraf oplever interviewpersonerne i almen praksis ikke, at korrespondancer fra kommunale afsendere generelt set er for lange. Indholdet må gerne være udfoldet, hvis det vedrører en kompleks situation, fx observation af ændring hos skrøbelig ældre borger i eget hjem. Udfordringen er snarere manglende oplysninger, fx værdier, historik og tilpas nuancerede beskrivelser af situationen, så lægen står tilbage med flere spørgsmål end svar til kommunen.

5.1.5 Kompetencer og arbejdsdeling ifm. afsendelse og modtagelse af korrespondancer

Hovedbudskaber:

- Lægerne vurderer, at det er en kilde til uhensigtsmæssig brug af korrespondancer, at kommunale medarbejdere ikke altid udnytter muligheden for at afklare eller besvare spørgsmål internt, før de skriver til lægen.
- Lægerne mener derfor, at kvaliteten af korrespondancer bør kvalitetssikres af en sygeplejerske og/eller erfaren kollega, før de sendes.

Et klart og gennemgående budskab fra lægerne er, at de oplever at bruge deres tid uhensigtsmæssigt, når de relativt ofte modtager kommunale korrespondancer, som mangler oplysninger eller ikke har en tilstrækkelig kvalitet til, at lægen kan vurdere og besvare henvendelsen. Sådanne korrespondancer kræver ofte opfølgende dialog enten i form af opringninger eller retursvar, af og til flere gange.

Oplevelsen af utilstrækkelig kvalitet i korrespondancer kan handle om følgende problemstillinger:

- Uklart formål.
- Væsentlige oplysninger mangler.
- Flere samtidige meddelelser fra forskellige medarbejdere om samme borger ukoordineret.
- Spørgsmålet er besvaret tidligere.
- Problemstillingen haster set ud fra en sundhedsfaglig betragtning, og der burde være ringet.

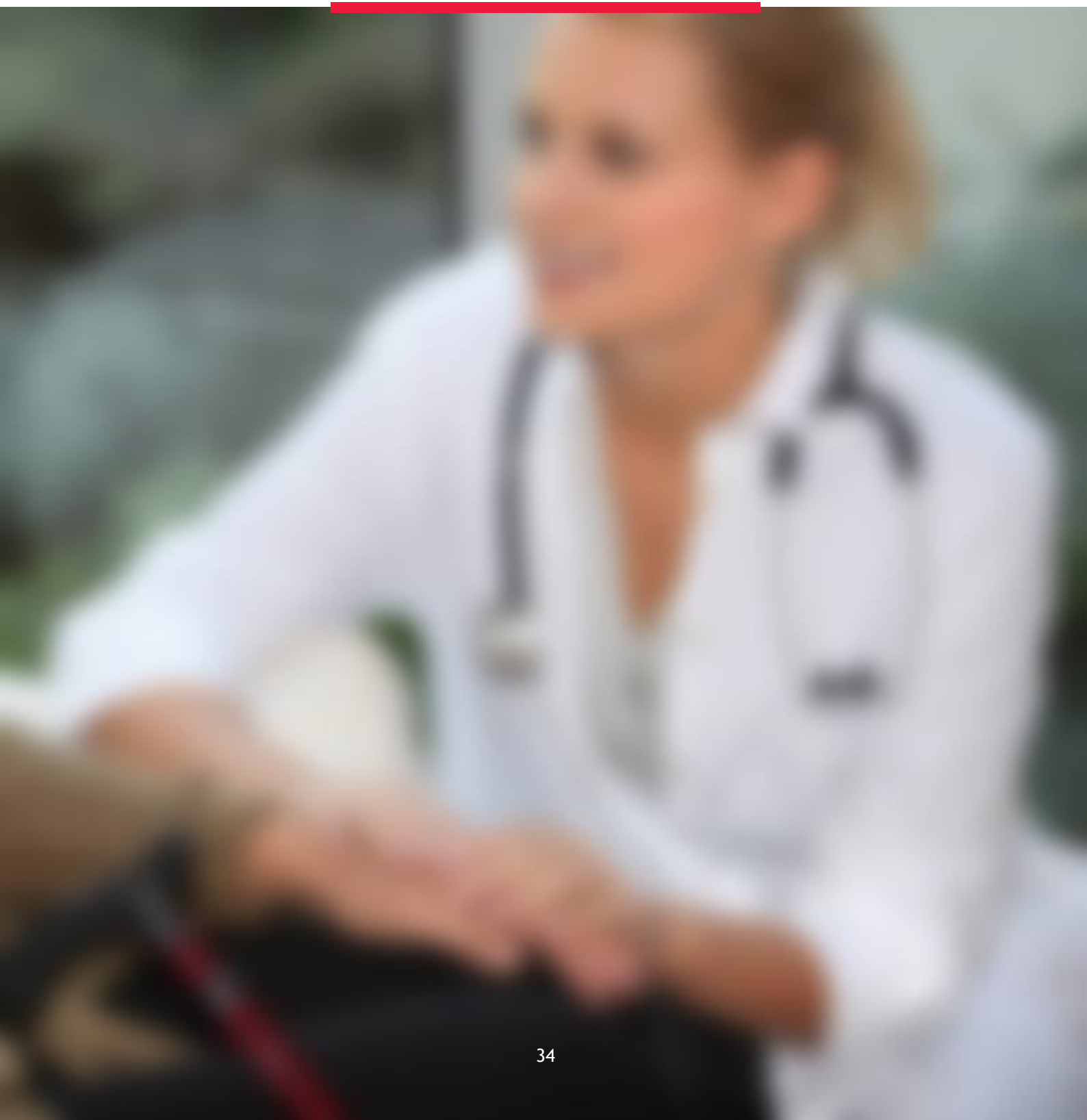
Lægerne ser det som en generel uhensigtsmæssighed, at det er for let for medarbejderne at sende en korrespondance uden at gøre det nødvendige forarbejde, såsom at læse op i borgerjournalen, foretage relevante målinger og/eller beskrive borgerens situation og tilstand på et niveau, hvorpå, der kan foretages en lægefaglig vurdering. Da det udgør et grundvilkår, at alle medarbejderne i kommunens pleje ikke har samme høje niveau af erfaring og kompetencer, finder lægerne det væsentligt, at der foregår en intern kvalitetssikring før afsendelse; fx ved at medarbejderne sparrer med en erfaren kollega eller en sygeplejerske før afsendelse.

De praktiserende læger læner sig i deres argumentation op ad LEON-princippet, hvorefter sundhedsfaglige problemstillinger løses på Laveste Effektive Omkostnings- og Omsorgsniveau. Lægerne finder det særligt uhensigtsmæssigt, hvis en medarbejder i plejen skriver til borgerens egen læge, fordi den kommunale sygeplejerske ikke er tilgængelig. I 7,2 % af de gennemgåede korrespondancer vurderede lægen, at medarbejderne burde have afklaret spørgsmålet internt. Sådanne korrespondancer vækker i særlig grad irritation i almen praksis. Det drejer sig overvejende om korrespondancer, hvor afsenderen er social- og sundhedsassistent. I 26 ud af 113 korrespondancer fra social- og sundhedsassistenter, svarende til 7 %, vurderede lægen, at man burde have håndteret henvendelse internt. Det samme gjaldt for 4 ud af 197 korrespondancer fra sygeplejersker.

Derudover har flere af de praktiserende læger løbende overvejelser om, hvordan, hvornår og hvor meget feedback de bør give til medarbejderne i kommunens plejesektor. En overvejelse hos den enkelte læge kan være, om det er bedst at sende korrespondancen retur, at stille opfølgende spørgsmål eller at instruere medarbejderen i, hvordan korrespondancen kunne have været grebet an for at forbedre lægens mulighed for at besvare spørgsmålet. En gennemgående refleksion blandt de praktiserende læger er, at de godt er klar over, at kommunens medarbejder kan have sine gode grunde til at sende et set ud fra en almenlægefaglig betragtning mindre relevant eller ligegyldigt spørgsmål til lægen. Dette forklares bl.a. med behovet for ”rygdækning” i relation til kontrol fra det sundhedsfaglige tilsyn.

Flere læger har givet udtryk for, at gensidigt kendskab og opbygning af relation i forbindelse med plejehjemslægeordningen m.m. i deres lokalområde har ført til, at kvaliteten af korrespondancerne er højnet, og at der er ”ryddet ud” i de overflødige korrespondancer.

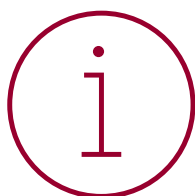
Som nævnt indledningsvist er der enkeltstående lægepraksis, hvor behandlersygeplejersker som udgangspunkt gennemgår, vurderer og besvarer korrespondancer og kun videresender de relevante til lægerne. Interview med lægerne i disse praksis har båret præg af, at de kun i begrænset omfang oplever uhensigtsmæssigt tidsforbrug vedr. korrespondancer.



5.1.6 Korrespondancer om ikke-lægeordnede præparater samt tidsangivelser for lægeordineret medicin

Hovedbudskaber:

- De praktiserende læger oplever, at mange af de u hensigtsmæssige korrespondancer omhandler ændring og godkendelse af detaljer vedr. lægeordineret medicin og andre præparater.
- Konkret finder lægerne, at der bør arbejdes for at reducere antal korrespondancer vedr. klokkeslæt for administration af lægeordineret medicin (i FMK).
- Lægerne ønsker at undgå korrespondancer om stillingtagen til ikke-lægeordnede præparater bl.a. i forhold til registrering heraf i FMK.



Præcisering i forhold til FMK (Fælles Medicinkort);

FMK er et centralt IT-system, hvori der på tværs af sektorer, herunder kommuner og almen praksis, deles information om ordineret medicin, herunder dens administration. FMK kan herudover, men skal ikke, anvendes i relation til lægelig stillingtagen til håndkøbsmedicin, naturlægemidler og kosttilskud. FMK er dermed alene et værktøj, mens regler for lægers ordination af medicin og kommunernes håndtering/administration af ordineret medicin og håndkøbsmedicin/naturlægemidler/kosttilskud følger af regler og vejledninger fra de centrale sundhedsmyndigheder. For såvel praktiserende læger som kommuner henvises der til værktøjet FMK i spørgeskemaer og interviews/korrespondancegennemgang. Dette er der taget højde for i fremstillingen nedenfor, så fokus er på den konkrete udfordring og ikke selve anvendelsen af værktøjet.

De korrespondancer, som mange praktiserende læger betragter som mindre relevante eller direkte spild af deres tid, omhandler typisk stillingtagen til og registrering af ikke-lægeordnede præparater såsom kosttilskud og brug af plejeprodukter. Hertil spørgsmål/ønske om klokkeslæt i FMK på lægeordineret medicin med henblik på administration, uden at lægen finder det sundhedsfagligt relevant eller nødvendigt.

I forhold til spørgeskemaundersøgelsen blandt praktiserende læger angav lægerne, at ud af de korrespondancer, som lægerne scorede til slet ikke at være relevante ift. deres rolle som praktiserende læge, vedrørte 55 % medicin/ændringer i FMK. Der blev ikke heri sondret mellem klokkeslæt hhv. stillingtagen til håndkøbsmedicin/kosttilskud.

Emne	Andel	Antal
Medicin / FMK	55 %	50
Behandling	18 %	16
Opfølgning	8 %	7
Udredning	4 %	4
Pleje	4 %	4
Andet (flere emner)	37 %	34

Tabel 5c fordeling af korrespondancer efter indhold for de korrespondancer, hvor almen praksis vurderer, at korrespondancen 'slet ikke' er hensigtsmæssig brug af lægens tid.

Note: Gennemgang af korrespondancer. N=91. Valg af for hver korrespondance er ikke gensidigt udelukkende, hvorfor svarene ikke summerer til 100.

Når det gælder andelen af de gennemgåede korrespondancer, som ifølge lægerne indeholdt udfordringer pga. unødige ønsker til tidsangivelser for ordineret medicin samt stillingtagen til håndkøbsmedicin, kosttilskud mv., udgjorde disse 9 %.

I følgende gennemgang har vi valgt at skelne mellem administration af hhv. lægeordineret medicin og stillingtagen til ikke-lægeordinerede præparater.

5.1.6A Korrespondancer om lægeordineret medicin

En relativt stor andel af korrespondancerne i nogle lægepraksis vedrører administration af lægeordineret medicin i FMK (fx ændre fra "aften" til "kl. 19" eller panodil fra "efter behov" til "max 4 gange i døgnet"). Det er lægernes oplevelse, at disse korrespondancer er begrundet i sundhedsfagligt tilsyn og kontrol. Det er klart lægernes ønske, at FMK alene anvendes til ordination af lægeordineret medicin og ikke til, hvad de anser for unødvendige registreringer i forhold til administration af medicin. De fleste praktiserende læger, vi har interviewet, er i tvivl om, hvad kommunale sygeplejersker selv kan, og hvordan der kan eller bør dokumenteres vedr. medicinadministration i kommunernes journalsystems medicinmodul (LMK).

Et andet tema, der optager lægerne, er korrespondancer i forbindelse med restordre på medicin. Har lægen ordineret 1 tablet á 100 mg, vil lægen kunne være indifferent over for, om patienten i stedet får udleveret 2 tabletter á 50 mg. Samarbejdspartnere på apoteker og i kommuner er imidlertid afhængige af, på grund af regler om patientsikkerhed, at lægen i sådanne tilfælde ændrer ordinationen i FMK. Denne type korrespondancer vurderes af nogle læger som uhensigtsmæssig brug af deres tid.

Et tredje eksempel vedrører korrespondancer med spørgsmål til medicin ordineret af en praktiserende speciallæge eller specialist på sygehuset, hvor den praktiserende læge ikke nødvendigvis ser sig selv som rette modtager og kan mene, at ansvaret for at ajourføre i FMK må ligge hos den læge, der har ordineret medicinen.

5.1.6B Korrespondancer om ikke-lægeordinerede præparater (håndkøb, kosttilskud mv.)

De praktiserende læger bestræber sig på at opretholde en klar skelnen mellem lægeordineret medicin og ikke-lægeordinerede lægemidler, naturlægemidler og kosttilskud, hvorfor mange også vægrer sig ved at tage stilling til administration af kosttilskud mv. i FMK.

Et særligt opmærksomhedsområde er korrespondancer, hvor kommunen anmoder lægen om at godkende brug af kosttilskud pga. mulige interaktioner og at registrere disse i FMK. Emnet er blevet nævnt i alle interviews, fordi lægerne klart og entydigt betragter denne opgave som unødvendig og spild af praktiserende lægers tid. Eksempler på naturlægemidler og kosttilskud, som de praktiserende læger kan blive bedt om at tage stilling til i korrespondancer, er fx fiskeolie, multivitaminpiller, tranebærkapsler, gingko biloba mv. Lægerne oplever, at de bliver klemmt mellem borgere, pårørende og kommunale medarbejdere, fordi kommunen kræver lægens stillingtagen, for at de kommunale medarbejdere administrerer disse. Nogle læger vælger at imødekomme anmodningen uanset deres forbehold, mens andre rutinemæssigt afviser.

Generelt er det dog lægernes holdning, at FMK alene skal anvendes til lægeordineret medicin, og at der må tages stilling til øvrige ikke-lægeordinerede lægemidler og kosttilskud på anden vis (fx via journal/korrespondance), og som så administreres i kommunens medicinmodul (LMK). Desuden påpeger flere læger, at kosttilskud efter deres opfattelse slet ikke hører hjemme i FMK.

I forhold til visse typer af håndkøbsmedicin som paracetamol, afføringsmiddel og lignende "behovsmedicin" (også kaldet PN medicin) anfører lægerne, at de bruger unødigt tid på at ordinere disse i FMK, da de skal ordinere disse præparater til hver enkelt specifik behandling (fx ondt i hovedet den ene uge, ondt i ryggen den næste mv.) Her ville det lette proceduren, hvis lægerne i højere grad kunne anvende rammeordination uden at risikere at give udfordringer i det sundhedsfaglige tilsyn hos kommunerne.

5.1.7 Kommunikation og relationer i samarbejdet

Hovedbudskaber:

- Et velfungerende kommunalt-lægeligt samarbejde præget af dialog og gensidig imødekommenhed synes at medvirke til en mere positiv tilgang til korrespondancer hos lægerne. I de kommuner, hvor situationen beskrives sådan, henviser lægerne bl.a. til, at der er indgået lokale aftaler om hensigtsmæssige arbejdsgange i regi af KLU.
- Plejehjemslægeordningen vurderes generelt at have resulteret i tættere relationer og færre uhensigtsmæssige korrespondancer.

Der kan ifølge almen praksis opstå visse uhensigtsmæssigheder i den kommunikation, der foregår mellem almen praksis og kommunen. Særligt, når lægerne gentagne gange modtager korrespondancer, som anses for at have en utilstrækkelig kvalitet, udfordres lægens tålmodighed, hvilket i visse situationer kan medføre et kontant sprogbrug overfor kommunens medarbejdere.

Lægernes vurdering af kvaliteten i de kommunale korrespondancer og kommunikationen med kommunen i det hele taget har sammenhæng med, hvorvidt de oplever, at der eksisterer et godt og tæt samarbejdsklima med gode relationer mellem kommunen og almen praksis. Dette kan fx være drevet af ildsjæle blandt de kommunale ledere. Samspillet og relationerne forekommer at være tættere og mere personbårne i mindre kommuner med et begrænset antal lægepraksis sammenlignet med større kommuner som Odense og København. Denne redegørelse er udtryk for en fortolkning af de kvalitative data, som ikke kan underbygges med tal.

Vigtigheden af gode relationer for at opretholde kvalitet i kommunikationen viser sig ved, at en del af de praktiserende læger beskriver, hvordan plejehjemslægeordningen har haft gunstig afsmittende virkning på kvaliteten og omfanget af skriftlige korrespondancer. Det forklares med, at medarbejderne har fået tillid til, at de kan få svar på deres ikke-hastende spørgsmål på næstkommende besøgsdag på plejehjemmet. Derudover giver plejehjemslægeordningen en anledning til at give medarbejderne faglig sparring og oplæring. Det tyder således på at tilgængelighed til almen praksis er afgørende for kvaliteten i korrespondancerne og omfanget af korrespondancer.

5.1.8 Andre former for indgående elektroniske meddelelser

5.1.8A Epikriser

En stor andel af de praktiserende læger prioriterede i afslutningen af interviewet at gøre opmærksom på, at ud over, at der er forbedringsmuligheder inden for kommunale korrespondancer, så oplever de relativt store udfordringer med epikriser fra hospitalsektoren, som resulterer i uhensigtsmæssig brug af deres tid. Særligt set i lyset af den store mængde epikriser, almen praksis modtager. Udfordringerne, der primært omhandler struktur og indhold, varierer mellem de forskellige afsendere. I den henseende bør bemærkes, at struktureringen af epikriser kan skyldes systemmæssige forhold i EPJ, hvilket de udskrivende enheder/funktioner ikke kan gøre noget ved.

For epikrisernes vedkommende beskrev lægerne i almen praksis følgende udfordringer:

- Lange og ufokuserede epikriser, der ikke er tilpasset modtager og formål.
- Ikke relevant indhold fra journalen kopieres ind i epikrisen, hvilket forstyrrer helhedsbilledet.
- Manglende resume og plan for opfølgning.
- Det er nødvendigt at nærlæse hele epikrisen for at finde væsentlige oplysninger, blandt andet fordi rød-gul-grøn markering ofte mangler.

Nogle læger fremhævede også manglende epikriser som en udfordring, særligt fra praktiserende speciallæger inden for udvalgte specialer. Problemstillingen bunder i, at en kort, præcis og handlingsorienteret epikrise har stor værdi i almen praksis, når patienten ses i klinikken efter at have modtaget specialiseret behandling. Fx fremhævede de praktiserende læger relativt entydigt, at epikriser fra øjenlæger er indforståede med mange uforståelige forkortelser, og at psykologerne ikke altid får sendt en epikrise til egen læge - og når de gør det, så har de ofte mere karakter af at beskrive proces fremfor resultat/output.

Ovenstående skal læses med det forbehold, at det ensidigt er almen praksis' syn på epikriser, der fremføres uden supplerende perspektiver og modsvar fra de regionale hospitaler.

5.1.8B Afviste henvisninger

Spørgeskemaundersøgelsen gav anledning til at give de praktiserende læger mulighed for at kommentere de indrapporterede udfordringer med afviste henvisninger. Ligesom for epikrisernes vedkommende beskriver lægerne, at afviste henvisninger indebærer uhensigtsmæssig brug af deres tid. I modsætning til epikriser vedrører udfordringen primært uklarhed om rolle- og ansvarsfordeling samt oplevelse af manglende anerkendelse af deres almenmedicinske faglighed. En løsning, som kan afhjælpe problemet, er, hvis speciallægen på hospitalet giver mere handlingsanvisende vejledning i forbindelse med afvisningen. Der efterspørges, at sygehusene har en generel respekt for, at almen praksis kun anvender henvisninger, når der vurderes et reelt behov herfor - og alene når det vurderes at være den eneste rigtige løsning for patientens videre behandlingsforløb.

5.1.9 Overordnede resultater fra interview og gennemgang af korrespondancer ifm. praksisbesøg

Ovenstående temaopdelte gennemgang underbygger fundene fra spørgeskemaundersøgelsen med visse nuancer. Den vigtigste nuancering er, at korrespondancer fra kommunale afsendere som udgangspunkt er en effektiv og hensigtsmæssig kommunikationsform, hvis anvendt korrekt. Der er imidlertid også forbedringsmuligheder både for at opnå større klarhed over indhold og formål, og fordi en væsentlig andel af korrespondancerne set fra almen praksis perspektiv ikke er fagligt relevante for dem i rollen som borgerens praktiserende læge. Det drejer sig særligt om korrespondancer vedrørende medicinadministration og kosttilskud samt plejeopgaver. Lægerne har forskellige holdninger til, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at modtage korrespondancer om emner, der er til orientering, og som lægen ikke behøver besvare eller agere på.

5.2 Kommunernes perspektiv

Ovenstående afsnit beskrev, hvordan almen praksis oplever og vurderer udfordringer og potentialer i korrespondancer mellem kommunerne og almen praksis. For at sikre kommunernes perspektiver og oplevelser af korrespondancer til og fra almen praksis er der ligeledes blevet afholdt kvalitative gruppeinterviews med syv kommuner. Dette med henblik på at få balancerede perspektiver på de kommunale korrespondancer.

Dette afsnit opsummerer resultaterne fra disse gruppeinterviews med ledere og medarbejdere fra sundheds-/ældreområdet fra syv kommuner, der tilsammen repræsenterer spredning i geografi, rammevilkår og antal afsendte korrespondancer pr. +80-årig. Nogle af kommunerne har suppleret datamaterialet med eksempler på aftaler, skabeloner, interne retningslinjer mv.

Beskrivelser og delkonklusioner fra såvel praksisbesøg som de kommunale gruppeinterviews er efterfølgende kvalificeret på to virtuelle mini-workshops med blandet deltagelse fra 3 kommuner og 3 praktiserende læger.

5.2.1 Generelt om korrespondancer

Hovedbudskaber:

- Kommunerne beskriver, at korrespondancer til egen læge er en hurtig, praktisk og nødvendig kommunikationskanal.
- Korrespondancer anvendes forskelligt i de kommunale funktioner. Hjemmeplejen sender ofte korrespondancer i forlængelse af kontakt med borgere, hvor der er sket en ændring i behovet. På plejecentre med plejhjemslæge tilknyttet anvendes de til at aftale og følge op på behandling, mens akutfunktioner ofte har en tættere og mere gensidig dialog med lægen, hvor korrespondancer supplerer telefonsamtaler.

Sygeplejersker og assistenter i den kommunale ældre- og plejesektor har ofte brug for at kunne involvere borgerens praktiserende læge og få svar på konkrete spørgsmål om udredning, behandling og pleje. Det gælder både på plejecentre, i akutfunktioner og i hjemme- eller sygeplejen. Emner for henvendelsen er typisk medicin eller ændringer i borgerens tilstand. Der nævnes også andre henvendelsesårsager, fx indhentning af lægefaglig vurdering til brug for bevilling af støttestrømper eller behandlingsplan. Korrespondancer til egen læge sendes både til besvarelse og til orientering.

Uden for sygehusene er det som udgangspunkt den praktiserende læge, der er behandlingsansvarlig - også for behandling, der udføres af kommunale sundhedspersoner. Derfor er medarbejderne formelt set afhængige af lægens ordination og godkendelse af en række spørgsmål. Den skriftlige korrespondance til lægen indgår sammen med svaret som dokumentation i kommunens borgerjournal.

Kommunale enheder, hvor der er tilknyttet en plejhjemslæge, anvender korrespondancerne anderledes end i hjemme- og sygeplejen. På plejecentre anvendes korrespondancerne mere målrettet til forberedelse af eller opfølgning på plejhjemslægens besøg, mens de egentlige faglige spørgsmål besvares i forbindelse med lægens konsultationer, hvor der er bedre mulighed for dialog og gensidig afklaring.

Sygeplejersker i kommunale akutfunktioner og på midlertidige pladser har typisk en hyppigere og mere presserende kontakt med de praktiserende læger, fordi de især arbejder med de sårbare, syge og potentielt døende ældre borgere. Dette gælder både skriftlig og mundtlig kontakt.

Uagtet hvem den kommunale henvendelse kommer fra, er korrespondance til egen læge ofte en hurtig, praktisk og tilgængelig mulighed for at involvere lægen og udgør et relevant alternativ til sygebesøg, der ellers vil kræve både tid og yderligere koordinering. Derudover gives flere eksempler på andre løsninger og kontaktformer, som enten vil kunne erstatte eller supplere en elektronisk korrespondance, og som indebærer et potentiale for endnu mere hensigtsmæssigt tidsforbrug for begge parter. Særligt den direkte adgang til epikriser for hjemmesygeplejen vurderes at kunne reducere behovet samt mulighed for videoopkald, hvor både læge og medarbejder kan se og tale med borgeren.

Ud over de korrespondancer, der sendes ud fra et behov for lægefaglig vurdering eller godkendelse, hvor lægen skal tage aktivt stilling, sender kommunerne også korrespondancer til orientering af lægen i rollen som tovholder for patienten. Det kan fx dreje sig om en borger, der er blevet udskrevet fra en midlertidig plads til eget hjem, eller hvor kommunen har truffet en afgørelse om en ydelse, hjælpemiddel mv.

5.2.2 Interne arbejdsgange og tidsforbrug

Hovedbudskaber:

- Medarbejderne i hjemmeplejen arbejder ofte alene i borger-/patientkontakten, og det er derfor forskelligt, i hvor høj grad medarbejderne konfererer med kollegaer, før de skriver til egen læge.
- En del korrespondancer er motiveret af, at kommunale hjemmesygeplejersker normalt ikke har adgang til epikriser og derfor er nødt til at spørge egen læge.
- Kommunale enheder i hjemmeplejen og midlertidige pladser efterspørger ensartede procedurer i almen praksis.

Sædvanligvis afsendes en korrespondance på kommunens initiativ i forbindelse med en kontakt med den pågældende borger. Den kan dog også være igangsat af lægen - fx som opfølgning på tidligere kontakt eller som svar på lægens bestilling af hjemmeblodtryksmåling o.l. Medarbejderne i ældreplejen arbejder ofte selvstændigt, hvor opgaven med at dokumentere i borgerjournalen, sende beskeder mv. løses i løbet af vagten i forlængelse af hver borgerkontakt eller ved afslutningen af vagten. Flere kommuner fremhæver, at medarbejderne konfererer internt, før de involverer den praktiserende læge. Blandt interviewkommunerne er der flere eksempler på, at kommunen - typisk foranlediget af praksiskonsulenten - har indført som princip, at korrespondancer, der ikke sendes direkte af en sygeplejerske eller erfaren assistent, skal konfereres internt før afsendelse. Dog bemærkes, at der særligt i aften- og nattevagten kan være begrænset adgang til sygeplejefaglig sparring.

Af de gennemgåede korrespondancer kom 55 % fra en sygeplejerske og 31 % fra en social- og sundhedsassistent. Det bekræfter billedet af, at langt den største del af de kommunale korrespondancer er afsendt af en sundhedsfaglig medarbejder. De resterende 14 % stammer fra fx jobkonsulenter og terapeuter.

For de kommunale akutteams er der ofte tale om, at lægen beder akutteamet køre ud og tilse patienten og derefter vende retur. Derved sparer lægen et sygebesøg. I dialogen med akutteamet kan der gå flere korrespondancer frem og tilbage suppleret med opringning. Sammenlignet med plejecentre samt hjemme- og sygeplejen kan samarbejdet for akutteams og midlertidige pladser være mere udfordrende for medarbejderne, idet man ofte er afhængig af den praktiserende læges bistand, fordi epikrisen fra hospitalet netop går til egen læge og ikke til kommunen.

Medarbejderne på midlertidige pladser og akutteams samarbejder med mange forskellige lægepraksis på tværs af kommunen, der har forskellig "praksis", kombineret med, at kompleksiteten omkring borgerens behandling er meget høj. I modsætning hertil er plejecentrene, som typisk har deres primære kontakt med plejehjemslægen. Kommunale enheder i hjemmeplejen og midlertidige pladser efterspørger ensartede procedurer i almen praksis, som kunne lette deres arbejde og begrænse tidsforbrug på koordinering.

Når medarbejderen har sendt korrespondancebrevet afsted, kan de se, at den er hentet/nået frem, men ikke, om den er læst. Typisk sætter medarbejderne pris på at modtage en kvittering for modtagelse fra almen praksis, hvilket nogle gange sker. Andre gange er man i tvivl om korrespondancen er modtaget, og om manglende svar skyldes forsinkelse fra lægens side eller fravær/ferie, som medarbejderen ikke er orienteret om. Der er et udbredt ønske om at kunne modtage autosvar fra de læger, der ikke er til stede i klinikken.

Som følge af ovenstående forhold, systemtekniske udfordringer, uklar historik og manglende udfyldning af emnefeltet, kan det være svært for den enkelte medarbejder at danne overblik over og søge i de afsendte korrespondancer - både igangværende og tidligere besvarede. Det kan sandsynligvis forklare fremsendelse af flere korrespondancer om samme emne/samme borger.

5.2.3 Korrespondance ved behov for hurtig afklaring (haste)

Hovedbudskaber:

- Kommunerne oplever, at svar indenfor 3 hverdage ofte er tilstrækkeligt.
- Manglende telefonisk tilgængelighed og adgang til bagom-numre udgør i nogle kommuner en væsentlig barriere for at indhente rådgivning via opringning til egen læge i hastesituationer.
- Nogle kommuner og praktiserende læger har udviklet en uformel hasteprocedure, hvor kontakten indledes med opringning, der følges op af en korrespondance.
- Kommunerne efterspørger nye kontaktformer, særligt videokonsultation.

Når kommunens medarbejdere har brug for at involvere borgerens læge, skal de først tage stilling til, om den rette henvendelsesform er opringning, tidsbestilling eller skriftlig korrespondance. I mange tilfælde er det tilstrækkeligt for kommunen, hvis lægen svarer inden 3 hverdage, hvilket jf. nedenstående tekstboks er den aftalte maksimale svartid for korrespondancer. Det gælder bl.a. de fleste henvendelser om medicin samt opfølgning på udredning og behandling. I nogle tilfælde har de kommunale medarbejdere brug for et hurtigere svar, fx samme dag. MedCom-standarden giver da også kommunerne - via deres IT-system - mulighed for at tildele en korrespondance markeringen "høj prioritet", når de sender den til lægen. Kommunerne oplyser enstemmigt, at det i situationer, hvor et svar fra lægen haster, vil være en afvejning hos den enkelte medarbejder, om det kræver telefonisk kontakt, eller om spørgsmålet bedst kan besvares gennem en korrespondance med "haster"-markering.

De praktiserende lægers forpligtelse efter overenskomstens § 101



Den enkelte læge skal tilbyde e-konsultation med kommunalt plejepersonale, fx hjemmepleje, plejehjem, sundhedspleje eller sociale og social-psykiatriske tilbud, som en del af praksis' tilbud.

E-konsultation omfatter enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter om konkrete helbredsrelevante problemstillinger hos en patient, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. Svartiden tilstræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.

BDO har ikke kunnet identificere en officiel definition eller kommunal retningslinje for, hvad der berettiger en hastemarkering ved afsendelse af korrespondance til egen læge. Vurderingen foretages af den individuelle sundhedsperson. Brugen af hastemarkering er heller ikke understøttet i overenskomsten, hvor de praktiserende læger ikke har en egentlig forpligtelse til at svare kommunen på skriftlige henvendelser samme dag, selvom det kan dreje sig om et problem, der ud fra en faglig betragtning haster og bør besvares samme dag. I så fald er kommunen henvist til at ringe til den praktiserende læge.

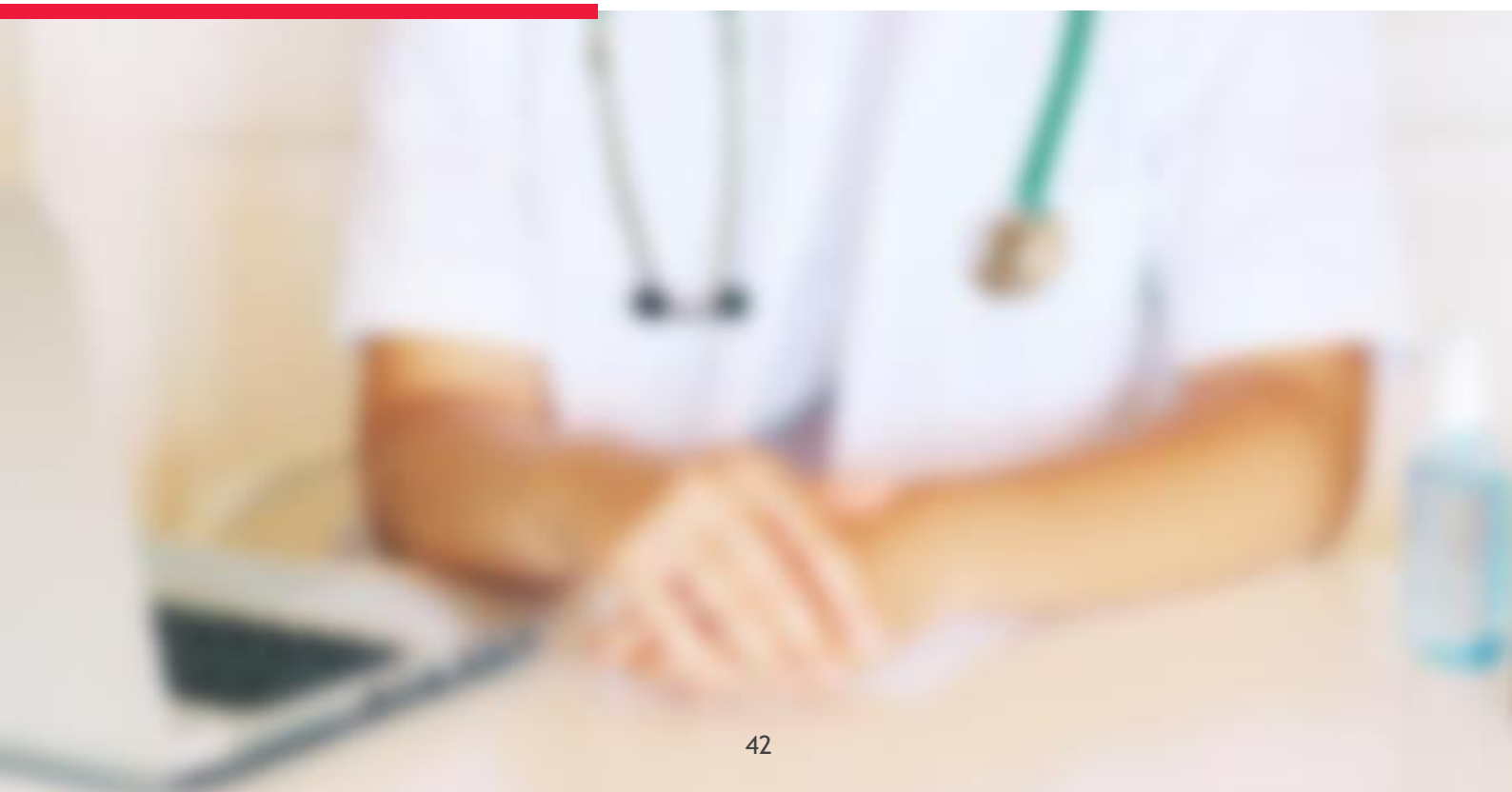
Kommunerne har meget forskellige vurderinger af, hvordan det fungerer, når medarbejderen har behov for et svar fra almen praksis samme dag. Forskellen ses både på tværs af kommuner og imellem lægepraksis inden for samme kommune. Nogle kommuner har således direkte numre til deres lægepraksis og oplever, at det i reglen er muligt at få kontakt med lægen samme dag, mens andre kommuner beskriver, at medarbejderne ofte må vente lang tid i den almindelige telefonkø, og at de generelt har store udfordringer med at få fat på borgerens læge eller en fra lægens vagtring - især om eftermiddagen og op til weekenden.

Nogle kommuner har gode erfaringer med en procedure, hvor kommunen ringer op på det direkte nummer og lægger besked hos sekretær eller sygeplejerske og enten stilles direkte videre til lægen eller sender en korrespondance med supplerende oplysninger, hvorefter lægen ringer tilbage. Disse kommuner oplever, at lægen altid ringer tilbage.

Derudover har mange gode erfaringer med videokonsultation. De supplerende kontaktformer, der også efterspørges i hastende situationer, er taget i brug udvalgte steder, men er endnu ikke slået bredt igennem. Det kan både skyldes tekniske udfordringer og det forhold, at videokontakt med kommunen som mellemmand stiller yderligere krav til tilgængelighed og tværsektoriel koordinering og ikke lige så let som skriftlige beskeder kan indpasses i de eksisterende arbejdsgange.

Kommunerne beskriver samtidig, at der er enkeltstående eksempler på lægepraksis, som besvarer korrespondancerne for sent, ikke ringer tilbage og i det hele taget ikke er tilgængelige for kommunale samarbejdspartnere. Dette opleves som meget problematisk, fordi kommunen er afhængig af lægens involvering.

Generelt beskriver kommunerne et udækket behov for at kunne kontakte lægen skriftligt om henvendelser, der kræver svar samme dag, uden at medarbejderen behøver vente i telefonkø. Når lægen vender tilbage senere samme dag, kunne dialogen om vurderingen af borgerens tilstand og næste skridt forbedres yderligere ved at åbne mulighed for videokonsultation.



5.2.4 Korrespondancens struktur og indhold

Hovedbudskaber:

- Kommunerne ser flere fordele i en mere struktureret form på korrespondancer med flere obligatoriske felter og mindre fritekst.
- Nogle læger svarer ikke på alle spørgsmål, hvilket giver anledning til yderligere korrespondancer.
- Kommunerne vurderer, at det kunne styrke muligheden for at afklare spørgsmål via korrespondance, hvis det var muligt at vedhæfte billeder.

Ligesom de praktiserende læger vurderer kommunerne, at præcist udfyldt emnefelt er væsentligt for hurtig afkodning af indhold og formål. Det kan være svært for kommunale medarbejdere at fremsøge tidligere kommunikationsstrenger, bl.a. fordi emnefelt ofte ikke udfyldes. Manglende overskrifter fra kommunens side kan derfor være medvirkende årsag til flere korrespondancer om samme borger eller emne. En overvejelse hos kommunerne går på, om det er en ulempe, at afsendelse af korrespondancer i dag systemmæssigt ligner en almindelig e-mail bestående af fritekst, og hvor emnefeltet i borgerjournalen og i lægens indbakke automatisk blot er "korrespondance", hvis man ikke selv skriver, hvad meddelelsen handler om. I stedet kunne journalsystemet lægge op til en mere struktureret form, hvor afsenderen "tvinges" til at forholde sig til overskrift, formål, resume, svarfrist, kontaktoplysninger mv., og hvor det klart fremgår, om beskeden sendes til orientering eller i forventning om svar eller handling. En løsning som den beskrevne kunne samtidig gøre det lettere for medarbejderens kolleger at genfinde den rette meddelelsestråd, fremfor at starte forfra på en ny korrespondance om samme emne.

Indholdsmæssigt indeholder nogle korrespondancer ifølge kommunerne flere spørgsmål om samme borger/emne. Det varierer, i hvilken udstrækning lægerne accepterer at besvare flere spørgsmål. Hvis lægen kun besvarer et af kommunens spørgsmål, kan det give anledning til yderligere opfølgende korrespondancer.

En gennemgående observation på tværs af kommunerne er ønsket om at kunne supplere telefonopringning og skriftlig korrespondance med andre og mere visuelle kontaktformer. Der er bred enighed om det ønskelige i at kunne vedhæfte billeder til korrespondancer - en løsning, der kendes fra telemedicinsk sårvurdering via "plejenet". Kommunerne vurderer, at billeder er relevant indhold, og at mulighed for at sende billeder til egen læge vil kunne understøtte besvarelsen af spørgsmål via korrespondance.

5.2.5 Kompetencer og arbejdsdeling ifm. afsendelse og modtagelse af korrespondancer

Hovedbudskaber:

- Kommunerne deler grundlæggende almen praksis' målsætning om intern sparring i kommunen førend afsendelse af korrespondance til egen læge.
- Almen praksis' ønske om intern sparring og faglighed er ikke altid praktisk muligt i kommunerne grundet jobskifter, vikarer og rekrutteringsudfordringer, hvorfor kommunerne påpeger, at almen praksis må have realistiske forventninger til medarbejdernes kompetenceniveau mv.
- Kommunerne vurderer, at der kan være potentiale i bedre understøttelse af medarbejderne med forskellige værktøjer/guides.

Opgaven med at sikre ensartet høj kvalitet i korrespondancer til praktiserende læger, herunder involvering af kompetencer i kommunen, er ikke ny for kommunerne. Udfordringen med at rydde ud i uhensigtsmæssige korrespondancer har i mange tilfælde har været drøftet lokalt med praksiskonsulenter og repræsentanter for de praktiserende læger, og hvor kommunerne grundlæggende er enige med lægerne i de beskrevne uhensigtsmæssigheder, men hvor forudsætningerne for at ændre situationen ikke altid er til stede. Dette bl.a. som følge af begrænsede ressourcer og mangel på kommunale sygeplejersker.

Nogle kommuner tilstræber gennem interne procedurer, at medarbejdere indhenter sparring på et højere kompetenceniveau, før korrespondancen til egen læge afsendes.

Set fra kommunernes perspektiv kan det være relevant at arbejde med kompetenceudvikling, fx i form af lomme- eller kompetencekort, samt understøttende værktøjer, såsom skabeloner og fraser eller ”stop op-spørgsmål”. I nogle kommuner har der været taget initiativer i retning af, at systematiske metoder, såsom ISBAR og TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom), også anvendes til at strukturere og kvalitetssikre indholdet i korrespondancer til borgerens egen læge. Der er imidlertid en række generelle udfordringer med at implementere systematiske faglige metoder i praksis, og da korrespondancer anvendes i mange forskellige situationer, er det ikke altid lige relevant.

Kompetenceudvikling kan også vedrøre anvendelse af borgerjournalen, idet medarbejderne ikke altid er klar over, hvordan de skal danne et overblik over borgerens situation og historikken.

Kommunerne og særligt lederne i den kommunale ældrepleje påpeger, at det er nødvendigt at have realistiske forventninger til medarbejdernes kompetencer. Der er generelt rekrutteringsproblemer i mange kommuner og problemer med høj personaleomsætning samt brug af vikarer.

Ud over mangel på uddannede sundhedsfaglige medarbejdere kan intern organisering og rammebetingelser i den kommunale ældrepleje have betydning for, i hvilken grad medarbejderne oplever, at de har adgang til faglig sparring fra en sygeplejerske eller erfaren assistent. Det kan dreje sig om forhold som central vs. decentral placering af sygeplejersker ift. plejegrupper, og om behovet opstår i dag- eller aftenvagten.

5.2.6 Administration af lægeordineret medicin og ikke-lægeordnede præparater

Hovedbudskaber:

- Kommunerne beskriver, at de har behov for et godkendt grundlag for medicinadministration fra egen læge ud fra kravene fra de statslige myndigheders sundhedsfaglige tilsyn, og at de risikerer at få kritik, hvis der ikke foreligger en klar ordination/godkendelse.
- Mange kommuner foretrækker - eller finder det nødvendigt - at al medicin og øvrige præparater - både lægeordineret og ikke-lægeordineret - fremgår af FMK.

Som beskrevet i afsnit 5.1 omhandler en væsentlig andel af korrespondancer i den kommunale ældrepleje medicinordination, medicinændringer, medicinadministration og stillingtagen til håndkøbsmedicin/kosttilskud, fordi kommunerne er afhængige af lægernes ordination og stillingtagen. I de kvalitative interviews med kommuner har der ikke været en klar skelnen mellem lægeordineret medicin og stillingtagen til ikke-lægeordnede præparater, såsom kosttilskud, fiskeolie mv. Efter aftale med styregruppen skelnes i det følgende mellem de to områder.

5.2.5A Korrespondancer om lægeordineret medicin

Medicinadministration i den kommunale hjemme(syge)pleje sker på grundlag af oplysninger om lægeordineret medicin i FMK. Korrespondancerne kan fx omhandle:

- Receptfornyelse
- Dosering af medicin
- Ændring i behov
- Præcisering af oplysninger om grundlag for ordination af medicin.
- Tvivl om interaktioner mv.

Kommunens hjemme(syge)pleje er underlagt fagligt tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS). Medicinadministration og dokumentation heraf er og har været et vedvarende fokusområde i det faglige tilsyn og er derfor højt på ledelsens dagsorden mhp. at undgå kritik og anmærkninger. Interviewene efterlader et klart indtryk af, at kommunerne har stor opmærksomhed på at minimere risiko, idet "en enkelt fejl ét sted i processen kan få alvorlige konsekvenser, især for ældre, svækkede patienter, som er særligt sårbare over for fx over- eller underdosering". (STPS, Hjemmepleje og hjemmesygepleje - Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2018, side 9).

Et særligt tema for kommunerne er, når ordinerende læge fx i hospitalssektoren har indskrevet et konkret tidspunkt i ordinationen i FMK. Kommunerne har behov for størst mulig fleksibilitet i forhold til tidspunkt for medicinadministration for at kunne imødekomme borgernes døgnrytme og i forhold til planlægning mv., men kan dog også blive i tvivl om, hvorvidt det uden lægens medvirken vil være ok at ændre tidspunktet fra fx kl. 20 til kl. 22.

Et andet tema er medicinfejl. I praksis ses af og til fejl og manglende opdateringer, særligt i forbindelse med udskrivelse fra hospital. Korrespondancer kan skyldes, at en kommunal sygeplejerske eller farmakonom bliver opmærksom på fejl eller uklarheder, som den praktiserende læge anmodes om at rette, uanset at medicinen ikke er ordineret af pågældende selv, men af en speciallæge eller af en hospitalsansat læge.

Et tredje tema er ordineret af dosispakket medicin. Dosispakket medicin til "stabile borgere" vinder udbredelse i kommunerne, fordi den anses for praktisk, omkostningseffektiv og patientsikker. Overgangen fra manuel medicinadministration til maskinel dosispakning fra apotek forudsætter imidlertid ordination. Det giver nogle gange anledning til uhensigtsmæssigheder i kommunens perspektiv. Nogle kommuner har arbejdet særskilt med at udbrede dette via dialog og information med praktiserende læger omkring arbejdsgange, udfordringer og fordele heri. Det lykkes i forskellig udstrækning, og der er ikke altid enighed mellem kommunen og almen praksis om, hvilke borgere der er stabile nok til at overgå til dosispakket medicin.

Kommunale sygeplejersker oplyser, at de har mulighed for at administrere lægeordineret medicin efter behov, men kun midlertidigt. Efterfølgende skal ændringen godkendes af den praktiserende læge i FMK, for at behandlingen kan fortsætte.

Gennemgående er kommunernes perspektiv, at alle korrespondancer om lægeordineret medicin er relevante, nødvendige og ofte hastende, henset til arbejdet i kommunen.

5.2.5B Korrespondancer om ikke-lægeordinerede præparater

Mens de praktiserende læger bestræber sig på at opretholde en klar skelnen mellem lægeordineret medicin og ikke-lægeordinerede præparater, har borgere og kommunale medarbejdere ikke nødvendigvis den samme skelnen. Sundhedsfaglige medarbejdere især i kommunerne kan være bekymrede for interaktion mellem ordinerede lægemidler og ikke-lægeordinerede præparater som kosttilskud, som borger eller pårørende ønsker.

En række kommuner har således indført et princip om, at de alene administrerer håndkøbsmedicin og kosttilskud, som en læge har taget stilling til ved registrering i FMK og ikke alene har godkendt pr. korrespondance.

Dette begrundes bl.a. med, at det kun er oplysninger i FMK, der vil være synlige for hospitalet, hvis borgeren indlægges, hvorfor alle præparater, som borgeren tager, bør fremgå af FMK. Dette for at undgå, at behandlingen på sygehuset planlægges og gennemføres på et ufuldstændigt grundlag (fx vurderes det i kommunerne vigtigt, at sygehuset ved, at en given borger tager fiskeolie).

Andre kommuner accepterer lægens stillingtagen til ikke-lægeordnede præparater (fx kosttilskud mv.) i en korrespondance, hvorefter de selv skriver præparaterne ind det kommunale journalsystem/medicinmodul (LMK).

5.2.7 Kommunikation og relationer i samarbejdet

Hovedbudskaber:

- Kommunerne oplever, at tonen i korrespondancemeddelelser fra udvalgte læger kan være uhensigtsmæssig for samarbejdet, og at sproget af samme grund ikke altid har den nødvendige professionalisme i forhold til at indgå som skriftlig dokumentation i borgerjournalen.
- Plejehjemslægefunktionen har vist, at opbygning af relationer og gensidigt kendskab kan styrke grundlaget for og kvaliteten af den skriftlige kommunikation med almen praksis.

Sammenlignet med interviewene med de praktiserende læger havde temaet ”kommunikation og relationer i samarbejdet” relativt stor vægt i gruppeinterview med kommunale ledere og medarbejdere.

Kommunerne fremhæver, at aktiviteter, der styrker relationerne og kendskabet til hinandens virkelighed, opleves at have en positiv afsmittende virkning på blandt andet den skriftlige korrespondance. Her fremhæves særligt:

- Årlige eller halvårlige gå-hjem-møder
- Praksiskonsulentens rolle
- Plejehjemslægeordningen

Uddannelsen ”borgernær sygepleje” har givet nogle kommunale sygeplejersker et nyt indblik i flow, arbejdsgange og rammer for opgaveløsning i almen praksis. Et eksempel, der kom op i et kommuneinterview, var det nyttige i at opleve, at det strukturerede indhold, som man troede man sendte til den praktiserende læge, så helt anderledes ud, når det var kommet over i Lægepraksissystemet.

Kommunerne finder det væsentligt at opretholde gode relationer og styrke samarbejdet om kvalitet og sammenhæng i patientforløbene. Generelt foregår kommunikationen i en god tone. Dog opleves de skriftlige korrespondancer at kunne udgøre en udfordring. Den frustration, som lægerne beskriver over manglende kvalitet og utilstrækkelige kompetencer, oplever kommunerne i form af uvenligt og hårdt sprogbrug, egentlige reprimander og i nogle tilfælde nedladende kommentarer fra nogle af de praktiserende læger. Sådanne korrespondancer påvirker i høj grad medarbejderne i ældreplejen, og resultatet er, at der er individuelle praktiserende læger i kommunen, de så vidt muligt undgår at kommunikere med.

Kommunale ledere tager i nogle tilfælde direkte kontakt til en praktiserende læge om anvendt sprogbrug i en korrespondance. Ikke sjældent bliver lægen overrasket over - og ked af - at høre, hvordan korrespondancen har påvirket modtageren.



5.2.8 Overordnede resultater fra gruppeinterview med kommuner

Overordnet set er medarbejderne i det kommunale sundhedsvæsen og ikke mindst i ældreplejen afhængige af muligheden for at kommunikere elektronisk med borgerens egen læge via en korrespondance. Som regel er en svartid på 3 hverdage tilstrækkelig, men i nogle situationer er der behov for hurtigt svar, evt. samme dag. I så fald er kommunerne enige i, at det er hensigtsmæssigt at ringe. Imidlertid oplever nogle kommuner den telefoniske tilgængelighed som en væsentlig udfordring. Kommunerne vurderer ligesom de praktiserende læger, at der er eksempler på korrespondancer, som kommunen kunne have håndteret internt. Nogle kommuner har derfor indført interne procedurer for at sikre adgang til sparring og kvalitetssikring før afsendelse. En væsentlig problemstilling for de praktiserende lægers kommunale samarbejdspartnere er individuelle lægers uhenigtsmæssige sprogbrug, særligt over for social- og sundhedsassistenter, der opleves at forringe samarbejdet og kommunikationen til ulempe for borgerne.

5.3 Øvrige samarbejdspartnere

Ud over de primære interessenter - almen praksis og kommuner - har BDO efter aftale med Danske Regioner og PLO belyst oplevelser med og perspektiver på den elektroniske kommunikation med almene praksis hos øvrige væsentlige samarbejdspartnere. Dette gennem kvalitative interviews med udvalgte repræsentanter fra regionale hospitalsafdelinger samt apoteker.

5.3.1 Regionale hospitalsafdelinger

Læger på hospitalsafdelinger i regionerne er generelt tilfredse med den elektroniske kommunikation med almen praksis. Langt hovedparten af den elektroniske kommunikation består ifølge personale på hospitalsafdelinger af epikriser. Til sammenligning anvendes korrespondancer kun i relativt begrænset omfang.

Korrespondancer fra hospitalsafdelinger er i udgangspunktet ustrukturerede, da de er møntet på en konkret problemstilling. Dog arbejder hospitalsafdelinger med skabeloner for nogle hyppigt forekommende korrespondancer. Det kan fx være i forbindelse med, at afdelingen beder almen praksis opdatere FMK, før patienten kommer på ambulant besøg.

Ifølge personale på hospitalsafdelinger består den hyppigste anvendelse af korrespondancer til almen praksis af afvisninger af henvisninger. Afvisninger sendes typisk via en korrespondance, som følger en skabelon. Afviste henvisninger kan ifølge læger på hospitalsafsnit være kilde til splid i samarbejdet med almen praksis, da nogle praktiserende læger opfatter afvisninger som udtryk for manglende anerkendelse af deres faglige vurdering. Den største udfordring for kommunikationen med almen praksis er ifølge personale på hospitalsafdelinger, hvordan kommunikation opfattes hos modtageren. Læger på hospitalsafdelinger gør derfor meget ud af kommunikationen og samarbejdet om henvisninger med faglig argumentation, referencer til aftaler på området og/eller forslag til alternative fremgangsmåder. Flere læger på hospitalsafdelinger tager telefonisk kontakt til almen praksis, når de afviser en henvisning. Oplevelsen er, at telefonisk kontakt er mere personligt og gavner samarbejdet, men det er ikke altid muligt eller hensigtsmæssigt, eksempelvis hvis almen praksis ikke er tilgængelig.

Korrespondancer anvendes herudover ofte i forbindelse med epikriser, i tilfælde af at hospitalslæger gerne vil tilbyde dialog om en patient, da korrespondancer lægger mere op til dialog end epikriser, som typisk er envejskommunikation. Forventningen blandt læger på hospitalsafdelinger var, at man for fremtiden vil opleve et stigende antal korrespondancer til almen praksis. Dette opleves dog ikke negativt, da flere korrespondancer kan give bedre patientforløb og samarbejde.

Personalet på hospitalsafdelinger oplevede generelt, at samarbejdet om epikriser fungerer godt. Flere roste især muligheden for farvekodning af epikriser - rød, gul eller grøn - da det sikrer korrekte arbejdsgange om patientforløb. Farvekodningen fungerer særligt godt, da den gør, at almen praksis kan være opmærksomme på patienter, som er særligt kritiske eller kræver opfølgning.

5.3.2 Apotekere

Apotekerne giver udtryk for tilfredshed med den elektroniske kommunikation med de praktiserende læger. Elektronisk korrespondance anses som en smidig og hensigtsmæssig kommunikationsform, som kan passes ind i arbejdsgangene både på apoteket og i almen praksis. Ligesom de praktiserende læger giver apotekerne udtryk for, at et generelt velfungerende og dialogbaseret kommunesamarbejde ofte vil have en positiv afsmitning på kvaliteten af de skriftlige korrespondancer.

Det er primært apotekerne, der tager initiativet til elektronisk korrespondance, hvorefter lægerne i nogle tilfælde svarer retur. En større andel korrespondancer sendes alene til orientering. Emner for korrespondancer er typisk dosisdispensering, udløb af recepter og restordreproblematikker, som kræver justering af lægens ordination.

I forhold til interne arbejdsgange og tidsforbrug, så foretrækker apotekerne skriftlig korrespondance og ringer kun til lægepraksis i hastesituationer, fx hvor patienten står på apoteket for at hente nødvendig medicin, og apotekeren undrer sig over ordinationen og har behov for at dobbelttjekke for at sikre imod fejl og misforståelser.

Apotekerne ser det som en stor fordel, at skriftlige korrespondancer kan gemmes som dokumentation for den kommunikation, der har fundet sted. Hvis patienten efterspørger en forklaring på den udleverede medicin, kan apotekeren hurtigt fremsøge korrespondancen fra den ordinerende læge. Derigennem opleves skriftlige korrespondancer at bidrage til kvalitet og patientsikkerhed.

Selvom apotekerne understreger, at den skriftlige korrespondance generelt er velfungerende, opleves også ind imellem udfordringer. En typisk udfordring er tilgængelighed i situationer, hvor lægen ikke svarer hurtigt nok ift. apotekets behov, og der samtidig er ventetid i telefonen. Dette skal ses i sammenhæng med, at der ikke er mulighed for at sende en hastekorrespondance fra apoteket til egen læge, og at apoteket af samme grund er henvist til at ringe til klinikken. Begge de apotekere, vi har talt med, ser et behov for en mellemløsning i form af en hurtig, skriftlig korrespondance til besvarelse inden for få timer eller samme dag. Problemet afbødes ved, at nogle apotekere har et bagom-nummer til lægepraksis.

En anden udfordring for apotekerne er, at det ikke er muligt at sende en korrespondance direkte til den individuelle læge, som har foretaget ordinationen. Korrespondancen går til den almene lægepraksis som helhed, og det kan i nogle tilfælde være svært og tidskrævende at opspore fx en uddannelseslæge eller vikar.

Vedrørende håndtering af håndkøbsmedicin, kosttilskud mv., så kunne apotekerne godt forestille sig i fremtiden at varetage en større rolle i patientforløbet i samarbejde med de kommunale medarbejdere. Blandt andet vurderer de selv, at de som behandlerfarmaceuter har gode forudsætninger for at ordinere dosispakning og vurdere interaktion mellem lægeordineret medicin og kosttilskud.



6. Forbedringsforslag og gode eksempler



I dette afsnit sammenfattes ”veje at gå”/løsninger, som er blevet identificeret undervejs i analysen. Disse forbedringsforslag, hvoraf nogle har karakter af anbefalinger, er blevet identificeret, drøftet og verificeret på praksisbesøg, interviews med samarbejdspartnere, på kvalificeringsworkshops med repræsentanter fra almen praksis og kommuner samt med styregruppen.

Oplistningen af forslag og mulige løsninger har til formål at understøtte følgende:

- At synliggøre, hvilke forbedringsmuligheder og greb de involverede parter anser for væsentlige at få adresseret for at forbedre den sundhedsprofessionelle elektroniske kommunikation.
- At skabe et kvalificeret grundlag for og input til temaer og indhold for vejledninger og aftaler, der skal medvirke til gode patientforløb og bidrage til effektive og hensigtsmæssige arbejdsgange, hvor de relevante oplysninger udveksles rettidigt, og hvor de fagprofessionelles tid bruges på relevante problemstillinger og følger LEON-princippet.
- At medvirke til at sætte retningen for, at der i regi af RLTN og PLO igangsættes løsningsorienterede tiltag - herunder evt. behov for supplerende analyser.

BDO ønsker med forslagskataloget at understøtte og inspirere styregruppens arbejde med at udarbejde en vejledning med anbefalinger. De beskrevne ideer, forslag og eksempler skal ses i lyset af, at der allerede er gjort store anstrengelser gennem længere tid for at forbedre det tværsektorielle samarbejde om gode patientforløb, og at der derfor også er udviklet lokale løsninger med aftaler og metoder, der kan bygges videre på og udbredes. Det bemærkes, at strukturelle og lokale forhold kan påvirke den fulde realiserbarhed af visse af forslagene. Optimering af elektronisk kommunikation på tværs af sundhedsvæsenet er en kompleks og vanskelig opgave, og det er nødvendigt at have realistiske forventninger til anbefalinger og løsninger. Imidlertid betyder store omfang af korrespondancer, at selv små forbedringer i form og indhold vil kunne give en mærkbar effekt på de sundhedsprofessionelles tidsforbrug og på oplevelsen i en travl hverdag af, at tiden bruges fagligt meningsfuldt i et respektfuldt samarbejde med patientens sundhedsfaglige behov som fælles omdrejningspunkt.

Vores forslag og anbefalinger er i de følgende afsnit grupperet i forhold til de temaer, som ligeledes er anvendt i gennemgangen af observationer fra den kvalitative analyse.

6.1 Korrespondancens struktur og indhold

Resume af hovedbudskaber fra kapitel 5



Almen praksis

Lægerne finder, at præcist udfyldt emnefelt er væsentligt for hurtig at afkode indhold og formål.

Korrespondancer bør indeholde de faglige oplysninger, der er relevante og nødvendige for at lægen kan vurdere situationen.

Kommune

Kommunerne ser flere fordele i en mere struktureret form på korrespondancer med flere obligatoriske felter og mindre fritekst.

Nogle læger svarer ikke på alle spørgsmål, hvilket giver anledning til yderligere korrespondancer. Kommunerne ønsker mulighed for at kunne vedhæfte billeder til korrespondancer.

Forslagene under det første tema har til formål at sikre en øget konsistent og ensartethed i korrespondancernes struktur og indhold - til og fra kommuner og almen praksis. Herunder sikre, at den nødvendige faglige information er let tilgængelig og på et tilstrækkeligt niveau, for at almen praksis kan vurdere og tage stilling til problemet, hvilket samtidig bør resultere i forståelige og fyldestgørende svar retur til de kommunale medarbejdere.

Dette med henblik på at sikre den mest effektive håndtering af korrespondancer, undgå unødige opfølgende afklarende korrespondancer og etablere større gennemsigtighed i forhold til at søge i og fremfinde eksisterende og tidligere korrespondancetråde, både for afsender og modtager.

Ideer og forslag:

1. Det foreslås, at der etableres fælles retningslinjer, som kan sikre, at formål og forventning om respons klart fremgår via fx emnefelt eller overskrift på alle korrespondancer, der sendes til almen praksis. Der bør således skelnes klart mellem "til orientering" og "til handling/forventet svar", da dette kan effektivisere håndteringen af korrespondancer i almen praksis, herunder fremme en mere effektiv arbejdsdeling mellem læger og praksispersonale.
2. Hensigtsmæssig struktur på korrespondancer kan understøttes via IT-systemer. Det bør ikke være muligt at kunne sende en korrespondance til almen praksis, uden der er påsat emne og overskrift. Via sigende overskrifter skabes grundlag for nemmere at kunne fremfinde og søge i korrespondance-historikken i såvel kommunen som almen praksis, hvormed risikoen for nye korrespondancetråde reduceres.
3. Det kunne overvejes at indføre skabeloner og standardfraser som hjælp til at udarbejde mere fyldestgørende korrespondancer, hvorved behovet for afklarende korrespondancer frem og tilbage kan reduceres. Fx kunne der arbejdes med drop-down menuer ift. indhold og overskrifter.
4. En overvejelse er at udarbejde fælles vejledningsmateriale til kommunale medarbejdere som kan bidrage til at udvikle den fælles forståelse af, hvordan en god og effektiv korrespondance kan struktureres samt krav til indhold. Dette vejledningsmateriale kunne anvendes i forbindelse med oplæring af nyansatte, ligesom overholdelsen heraf kunne være genstandsfelt for periodiske audits med henblik på kvalitetssikring og læring.
5. I forhold til almen praksis foreslås at det afklares og afstemmes, hvordan det kan sikres, at almen praksis besvarer flere relevante spørgsmål fremsendt i en fagligt relevant korrespondance i samme arbejdsgang, så antallet af unødige opfølgende korrespondancer reduceres. Herunder skal det afklares og afstemmes, hvor grænsen går, dvs. hvornår omfanget af spørgsmål og problemstillinger i en given korrespondance når et niveau, hvor en korrespondance ikke længere er rette kommunikationskanal.

6. Som et konkret forslag anbefales at undersøge, hvordan blodtryksmålinger fra kommunen rent teknisk kan overføres til i almen praksis i samme strukturerede form, som de kommer ind direkte fra patienter via app. Dette vil reducere det ressourcetræk, der anvendes i almen praksis i forhold til at bearbejde de ustrukturerede og uoverskuelige korrespondancer, der indeholder værdier af blodtryksmålinger.
7. Det kunne overvejes at gøre det muligt for kommunale medarbejdere at vedhæfte billeder til en korrespondance. Billeder vil i nogle situationer tilføre nyttig og relevant information som grundlag for, at almen praksis kan agere på korrespondancen, hvorved et evt. behov for opfølgende korrespondancer eller gentagne kontakter med borgeren om samme emne kunne minimeres. I forlængelse heraf aftales og vejledes om, hvornår og hvordan billeder mest hensigtsmæssigt kan anvendes.

Eksempel:

Viborg Kommune har udarbejdet nedenstående skabelon for korrespondance i forbindelse med anmodning om ordineret af dosisdispenseret medicin.

Prioritet	rutine
Emnefelt	Anmodning om dosispakket medicin

Korrespondance

Dosisdispensering - anmodning

"Vi har vurderet, at denne borger er egnet til dosisdispensering.
 Borgeren er informeret om kommunens ordning med dosisdispensering og har fået udleveret pjecen: Dosispakket medicin.
 Borger har givet informeret samtykke.
 Vil du foretage den endelige vurdering af, om borger er egnet til dosisdispensering og give en tilbagemelding?"

Ønsket apotek: Viborg Løve Apotek

Bemærkninger: Der er tilbage i marts sendt anmodning om dosispakket medicin, som blev afvist grundet ændringer i medicin.
 Kan denne vurdering genovervejes, da Kirsten selv formår at tage ekstra tbl. som skal tages ved siden af det dispenseret, og vi har tilf. kontakt med Kirsten x flere dagligt, og kan informere om evt. ændringer.

Med venlig hilsen

6.2 Korrespondance ved behov for hurtig afklaring (haste)

Resume af hovedbudskaber fra kapitel 5



Almen praksis

De praktiserende læger er alene forpligtet til at besvare korrespondancer inden for 3 dage, hvorfor korrespondancer ikke egner sig til spørgsmål, der skal besvares hurtigere/samme dag.

Lægerne finder, at kommunernes mulighed for "høj prioritet"-markering i korrespondancer bør fjernes, da de ikke anvendes fagligt korrekt - og da akutte og hastende problemstillinger bør afklares telefonisk, evt. fulgt op af skriftlig korrespondance.

Der er behov for en hasteprocedure, fx at kommunen ringer og lægger besked og samtidig sender en korrespondance.

Almen praksis efterspørger telefonisk tilgængelighed i kommunen, særligt vedrørende korrespondance om potentielt alvorlige sundhedsfaglige problemstillinger.

Kommune

Manglende telefonisk tilgængelighed og adgang til bagom-numre udgør i nogle kommuner en væsentlig barriere for at indhente rådgivning via opringning til egen læge i hastesituationer.

Nogle kommuner og praktiserende læger har udviklet en uformel hasteprocedure, hvor kontakten indledes med opringning, der følges op af en korrespondance.

Kommunerne efterspørger øget anvendelse af nye kontaktformer, særligt videokonsultation.

Forslagene i dette afsnit har til formål at forbedre brugen af elektronisk kommunikation i situationer, hvor kommunale medarbejdere står med en borgerrelateret udfordring, der kræver en hurtig lægefaglig vurdering og håndtering. Dette kaldes akutte eller hastesager. Forslagene involverer brugen af korrespondancer i sammenhæng med andre kontaktformer.

Den praktiske kommunikation mellem kommuner og almen praksis i disse hastesager er forskellig på tværs af såvel kommuner som lægepraksis. Forskellighederne omfatter brugen af hastemarkeringer, tilgængeligheden til almen praksis fx via akutknap eller bagom-telefonnumre - dvs. direkte forbindelse udenom telefonisk patient-kø - samt anvendte kommunikationskanaler.

Ideer og forslag:

1. Ensrette praksis, så der fra kommunens side altid ringes ved hastesager, fremfor at der sendes en korrespondance, med risiko for at den praktiserende læge ikke får reageret rettidigt.
2. Brugen af telefonopkald som alternativ til korrespondancer ved behov samme dag fordrer, at det sikres, at de kommunale medarbejdere i normal arbejdstid altid har adgang og kendskab til telefoniske bagom-numre, så de kommer udenom patientkøen i telefonen hos alle lægepraksis, hvilket også er en del af overenskomstaftalen. Derved styrkes tilgængeligheden for de kommunale medarbejdere, hvorved behovet for at sende korrespondancer med hastemarkeringer begrænses eller forsvinder.

3. At der tages stilling til, hvor lang tid der må gå, fra et hasteopkald registreres hos almen praksis (via bagom-nummer), og til almen praksis har svaret retur.
4. I relation til en ny hasteprocedure som alternativ til "høj prioritet-korrespondance" kan der trækkes på gode erfaringer fra lægepraksis, som har indført en prioriteret "akutvagt", der er let tilgængelig i dagtimerne og som også tilbyder at deltage i videoopkald.
5. I forlængelse af ovenstående at overveje muligheden for, hvorvidt der kan etableres og implementeres fælles kommunale definitioner af, hvornår en udfordring/situation kan karakteriseres som akut/hastesag, og at disse definitioner er afstemt med almen praksis.
6. Det foreslås i tilknytning til ovenstående forslag, at det overvejes teknisk at fjerne muligheden for at påsætte markeringen "høj prioritet" ved afsendelse af en kommunal korrespondance. Hastemarkeringer på korrespondancer har i dag ikke systematisk betydning for prioriteringen i almen praksis af indkomne korrespondancer, hvorfor dens berettigelse synes minimal.
7. For at øge sikkerheden for, at kommunerne kan få svar på korrespondancer inden for 3 hverdage foreslås at indføre automatisk retursvar på modtagne korrespondancer, hvis den praktiserende læge er fraværende. Herunder at den fremsendte korrespondance automatisk videresendes til anden kontakt i almen praksis - alternativt at retursvaret indeholder kontakinfo på den anden kontakt i almen praksis.

Eksempler:

En flerlægepraksis sikrer telefonisk tilgængelighed for samarbejdspartnere via bag-om nummer. Hver dag deles lægerne om akutvagten, så der altid er en læge, der har sat tid af til akutte henvendelser. Akutvagten står til rådighed for henvendelser fra hjemmeplejen og tilbyder også videokonsultation.

Flere kommuner har gode erfaringer med at ringe og lægge besked og samtidig sende en korrespondance. Herefter ringer lægen tilbage.

I nogle kommuner har kommunen adgang til bagom-numre i samtlige lægepraksis og oplever, at almen praksis med enkelte undtagelser er tilgængelig og reagerer rettidigt.

Note: BDO har forstået, at der i regi af projektet "Digital Telefon" arbejdes med tekniske løsninger, der skal understøtte automatisk retur-meddelelser ved lægens fravær samt lette koordineringen for kommunale medarbejdere ved at henvise til det rette bagom-nummer til almen praksis.

6.3 Kompetencer og arbejdsdeling ifm. med afsendelse og modtagelse af korrespondancer (LEON-princippet)

Resume af hovedbudskaber fra kapitel 5



Almen praksis

Opgaverne med at gennemgå, vurdere og besvare eller håndtere korrespondancer udføres overvejende af læger fremfor praksispersonale.

Lægerne vurderer, at det er en kilde til uhensigtsmæssig brug af korrespondancer, at kommunale medarbejdere ikke altid udnytter muligheden for at afklare eller besvare spørgsmål internt, før de skriver til lægen. Lægerne mener derfor, at kvaliteten af korrespondancer bør kvalitetssikres af en sygeplejerske og/eller erfaren kollega, før de sendes.

Kommune

Medarbejderne i hjemmeplejen arbejder ofte alene i borger-/patientkontakten, og det er derfor forskelligt, i hvor høj grad medarbejderne konfererer med kollegaer, før de skriver til egen læge.

Kommunerne vurderer, at der kan være potentiale i bedre understøttelse af medarbejderne med forskellige værktøjer/guides.

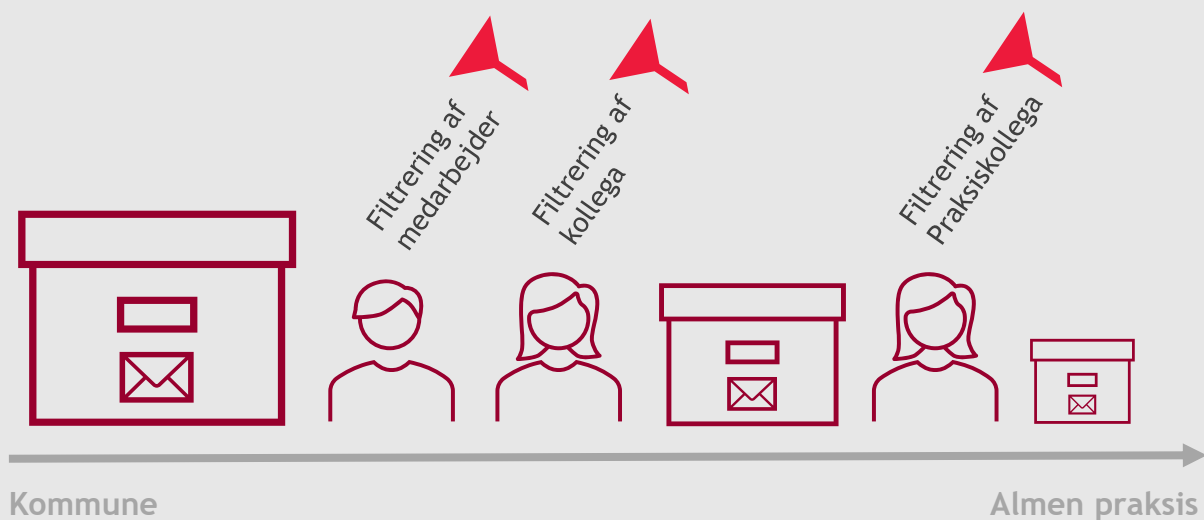
Følgende forslag og anbefalinger giver input til, hvilke indsatser, handlinger og procedurer før afsendelsen af en korrespondance som vil kunne bidrage til at løfte det faglige og kvalitative indhold. Formålet hermed er at styrke og effektivisere den efterfølgende dialog og ageren hos såvel almen praksis som kommunen. Øget kvalitet i korrespondancer vil ligeledes bidrage til at realisere målet om kvalitet og sammenhæng i patientforløbene, hvor borgeren hurtigere får den rette behandling.

Derudover omfatter temaet handlinger og procedurer i forbindelse med modtagelsen af korrespondancen i almen praksis, hvor sigtet især er hensigtsmæssig prioritering af de praktiserende lægers tid.

Ideer og forslag:

1. Kommunerne kan forstærke indsatsen for at sikre, at alle medarbejderne har den nødvendige viden og værktøjer til at kunne udarbejde korte og præcise korrespondancer til praktiserende læger. Dette kunne fx være ved brug af tjeklister, lomme-/kompetencekort eller adgang til sparring med mere erfarne kollegaer eller sygeplejerske inden afsendelse af korrespondancen.
2. Når der sendes kommunale korrespondancer om skrøbelige, ældre og/eller nye borgere vedrørende ændring i tilstanden, kan kommunerne i højere grad anvende faglige metoder såsom ISBAR (tjekliste til sikker mundtlig kommunikation om borgerens helbredstilstand og patientbehandling) og TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom). Implementering af faglige metoder kan fremmes gennem vejledninger i, hvordan disse skemaer mv. udfyldes korrekt i forbindelse med afsendelse. Dette med henblik på at øge chancen for, at almen praksis modtager de relevante faglige oplysninger med det samme, hvorved behovet for afklarende korrespondancer reduceres, og borgeren hurtigere får den rette behandling.

3. Der udarbejdes og implementeres interne procedurer i den kommunale pleje, som bidrager til, at det faglige og kvalitative niveau i korrespondancer kvalitetssikres sammen med en kollega, evt. en sygeplejerske, før afsendelse til almen praksis. Herunder at eksisterende korrespondance-historik og borgerjournalen på borgeren tjekkes, før ny korrespondancetråd initieres. Målet er at reducere afklarende og ressourcekrævende dialoger mellem almen praksis og kommunen og at forhindre ukoordineret afsendelse af flere korrespondancer til almen praksis vedrørende samme borger. Procedure for kvalitetssikring før afsendelse fra kommunen er illustreret i figur 6a nedenfor.
4. I forlængelse af ovenstående at implementere interne procedurer i kommunen, der understøtter, at afsendelse af korrespondancer med indhold, som reelt kunne afklares intent i kommunen, minimeres. Eksempelvis forhold, der kan løses via "lokal ordination" eller sparring med en, der kender borgeren.
5. Gode erfaringer fra udvalgte lægepraksis med udstrakt delegation til praksispersonale udbredes. Gevinsten ligger i en arbejdsdeling, hvor de indkomne korrespondancer bliver læst og vurderet af praksispersonale, før de besvares af lægen. Praksispersonalet indhenter selvstændigt supplerende oplysninger, og i nogle tilfælde kan de selv svare eller udarbejde forslag til svar, med henblik på at lægens tid anvendes hensigtsmæssigt på fagligt relevante spørgsmål. Procedure for screening og håndtering af indkomne korrespondancer i almen praksis er illustreret i figur 6a.



Figur 6a: Kvalitetssikring og screening af korrespondancer.

Eksempel:

I Ringkøbing-Skjern og i Hørsholm Kommune er det som udgangspunkt sygeplejersker, der sender korrespondancer. Det kan også være en social- og sundhedsassistent. Det tilstræbes, at medarbejderen indhenter sparring på et højere kompetenceniveau, før korrespondance til egen læge afsendes.

6.4 Korrespondance om lægeordineret medicin

Resume af hovedbudskaber fra kapitel 5



Almen praksis

Mange af de u hensigtsmæssige korrespondancer omhandler ændring og godkendelse af detaljer vedr. lægeordineret medicin og andre præparater.

Konkret bør arbejdes for at reducere antal korrespondancer vedr. klokkeslæt for administration af lægeordineret medicin (i FMK).

Kommune

Kommunerne beskriver, at de har behov for et godkendt grundlag for medicinadministration fra egen læge ud fra kravene fra de statslige myndigheders sundhedsfaglige tilsyn, og at de risikerer at få kritik, hvis der ikke foreligger en klar ordination/godkendelse fra en læge.

Forslagene i dette afsnit omfatter veje at gå for at nedbringe omfanget af tid, som almen praksis bruger på det, der opleves som mindre relevante henvendelser om detaljer i FMK mv. Som svar på de beskrevne udfordringer foreslås for det første indsatser, der kan bidrage til at skabe klarhed over reglerne på området og understøtte en mere ensartet fortolkning og administration mellem kommune og almen praksis. For det andet foreslås, at der etableres grundlag for en arbejdsdeling på medicinområdet, hvor de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere kan anvende hele deres kompetenceområde. Målet er at forbedre rammerne for et samarbejde med de praktiserende læger, hvor parterne samarbejder om effektive patientforløb, hvor alle faggrupper både i almen praksis og i den kommunale ældrepleje har mulighed for at bruge deres tid hensigtsmæssigt, eventuelt med øget involvering af eksterne ressourcer, fx på apotekerne.

De gældende regler indebærer blandt andet, at den praktiserende læge skal godkende uddelingen af håndkøbsmedicin (fx Pamol, Panodil mv.) i FMK til hver specifik anvendelse (fx ondt i knæ, ondt i hoved mv.) De praktiserende læger ser her et potentiale i øget delegation til kommunale sygeplejersker og assistenter.

Ideer og forslag:

1. Det foreslås, at reglerne om lægefaglig ordination af særligt pamol/panodil og andre former for smertestillende medicin, som "almindelige patienter" selv kan anskaffe i håndkøb og anvende efter behov, registrering af disse i FMK samt muligheden for delegation via rammeordinationer præciseres og formidles til almen praksis og kommunerne.
2. Det foreslås, at RLTN og PLO tager initiativ til at få præciseret og afgrænset rolle og opgaver for praktiserende læger i forbindelse med spørgsmål til lægeordineret medicin, der er ordineret af en anden læge, fx praktiserende speciallæge eller hospitalsansat læge. Forslaget er begrundet i, at nogle læger uanset deres rolle som tovholder er usikre på, hvor ansvaret ligger.
3. Med henblik på at lette den lokale kommunikation om dosispakket medicin udarbejdes information til praktiserende læger om forudsætninger og arbejdsgange i forbindelse med dosisdispensering, herunder informering af patienter og muligt samarbejde med apoteker. Initiativet kan evt. følges op af central aftale mhp. at understøtte mere ensartet praksis på tværs af lægepraksis i forbindelse med ordination af dosispakket medicin.

4. Det kan overvejes at tage initiativ til en generel informationskampagne til læger på tværs af sundhedsvæsenet om så vidt muligt at undgå at indskrive tidspunkter for medicingivning i FMK og i stedet anvende formuleringer, der giver størst mulig fleksibilitet i det nære sundhedsvæsen, såsom ”morgen, middag og aften”. De konkrete tidspunkter bør alene vedligeholdes i kommunernes eget administrationsværktøj til medicin (LMK).
5. Inden for de gældende regler forekommer det hensigtsmæssigt, hvis kommunale sygeplejersker, farmakonomer og SSA’er i højere grad tager ansvar for behovsbestemt uddeling af panodil, afføringsmiddel og lignende håndkøbspræparater ud fra almen praksis’ rammeordination efter aftale med borgere og pårørende.
6. Det undersøges, om det fremadrettet er muligt gennem regelændringer at justere i og tydeliggøre roller og ansvar, så lægerne mere entydigt alene har ansvar for at godkende og ordinere medicin. Ansvar for håndtering og administration af den lægeordinerede medicin kunne i højere grad lægges over til sundhedspersoner i kommunerne i samarbejde med apoteker og med en større rolle for farmaceuter og farmakonomer. Forslaget kan ses i sammenhæng med overvejelserne om ændring af regler om selvstændigt virksomhedsområde for sygeplejersker.
7. Når lægen skal ordinere eller godkende udlevering af medicin mv., kunne det være hensigtsmæssigt at åbne mulighed for at vælge udvalgte produkter mere generisk i vareoversigten. Herefter kan apotekeren hjælpe med at anbefale det konkrete varemærke, mængde osv., afhængigt af hvad apoteket har i sit sortiment. Derved undgås fagligt set u hensigtsmæssige korrespondancer om substitution af præparater, der er udvalgt mere eller mindre vilkårligt af lægen.

6.5 Korrespondance om ikke-lægeordinerede præparater (fx. kosttilskud mv.)

Resume af hovedbudskaber fra kapitel 5



Almen praksis

Lægerne ønsker at undgå korrespondancer om stillingtagen til ikke-lægeordinerede præparater bl.a. i forhold til registrering heraf i FMK.

Kommune

Mange kommuner foretrækker eller finder det nødvendigt, at al medicin og øvrige præparater - både lægeordineret og ikke-lægeordineret - fremgår af FMK.

Anbefalingerne i dette afsnit har til formål at adressere de udfordringer, der i dag opleves i forhold til korrespondancer, hvor almen praksis bliver bedt om at godkende og registrere ikke-lægeordinerede præparater, såsom naturlægemidler, kosttilskud, fiskeolie mv. i FMK. Anbefalingerne adresserer blandt andet udfordringen med forskellig udmøntning af regler vedrørende, hvorvidt alle former for kost- og plejepreparater - uagtet om det er lægeordineret eller ej - skal være registreret i FMK, før plejepersonalet må assistere borgeren med at anvende/tage det. I den forbindelse bemærkes, at mange kommunale informanter har lagt vægt på, at det kun er medicin/præparater registreret i FMK, som fremgår af den automatiske indlæggelsesrapport på sygehuset.

Ideer og forslag:

1. Det anbefales, at definitionen af lægemidler præciseres og afgrænses i forhold til præparater som kosttilskud, fiskeolie mv.
2. Udarbejdelse og implementering af fælles og afstemt (mellem KL, PLO og Styrelsen for Patientsikkerhed) vejledning i forhold til, om almen praksis kan "nøjes" med at godkende administrationen af ikke læge-ordinerede præparater (fx kosttilskud mv.) i hjemmeplejen via en korrespondance, eller hvorvidt kommunen kan opretholde et krav om, at ikke-lægeordinerede præparater (fx kosttilskud, naturmedicin mv.) skal registreres i FMK, som en forudsætning for at kommunens medarbejdere kan uddele dem.
3. Undersøge behovet for og mulighederne i regelændringer fremadrettet med henblik på at understøtte øget anvendelse af kompetencer uden for almen praksis, herunder farmaceuter og farmakonomer, og derved aflaste de praktiserende læger for opgaver, såsom godkendelse af uddeling af ikke-lægeordinerede præparater i ældreplejen.
4. At beskrive muligheden for, at kosttilskud mv., som borger eller pårørende efterspørger, men som ikke er læge-ordineret, registreres og håndteres af kommunale medarbejdere via medicinlisten i kommunernes medicinsystem (LMK), uden at dette kompromitterer patientsikkerheden.

Eksempel:

Bornholms kommune har meldt klart ud, at kommunen kun udleverer medicin og kosttilskud mv., som fremgår af FMK. Det har de lokale praktiserende læger accepteret. I Gentofte kommune foreligger der ikke en klar retningslinje om, at medicingivning udelukkende baserer sig på oplysninger registreret af lægen i FMK. I gruppeinterview blev der givet udtryk for, at sygeplejersker og assistenter selv har mulighed for at registrere tidspunkt for medicingivning, godkendelse af kosttilskud mv. i medicinmodulet i LMK, og at det er tilstrækkeligt, at lægen har været inddraget gennem en korrespondance.

De involverede apotekere kunne godt forestille sig at hjælpe med at tjekke for evt. interaktion mellem medicin og kosttilskud, ligesom de gerne vejleder borgerne om valg mellem specifikke præparater i deres sortiment.

6.6 Kommunikation og relationer i samarbejdet

Resume af hovedbudskaber fra kapitel 5



Almen praksis

Et velfungerende kommunalt-lægeligt samarbejde præget af dialog og gensidig imødekommenhed synes at medvirke til en mere positiv tilgang til korrespondancer hos lægerne. I de kommuner, hvor situationen beskrives sådan, henviser lægerne bl.a. til, at der er indgået lokale aftaler om hensigtsmæssige arbejdsgange i regi af KLU.

Plejhjemslægeordningen vurderes generelt at have resulteret i tættere relationer og færre uhensigtsmæssige korrespondancer.



Kommune

Kommunerne oplever, at tonen i korrespondancemeddelelser fra udvalgte læger kan være uhensigtsmæssig for samarbejdet, og at sproget af samme grund ikke altid har den nødvendige professionalisme i forhold til at indgå som skriftlig dokumentation i borgerjournalen

Plejhjemslægefunktionen har vist, at opbygning af relationer og gensidigt kendskab kan styrke grundlaget for og kvaliteten af den skriftlige kommunikation med almen praksis.

Som det sidste tema har forslagene i dette afsnit til formål at vise "veje at gå", med henblik på at den elektroniske kommunikation i form af korrespondancer mellem almen praksis og kommuner foregår præcist, afstemt og i en god tone i gensidig respekt for rammebetingelser, roller og opgaver.

Gode lokale samarbejdsstrukturer og opbygning af relationer mellem almen praksis og kommuner har vist sig at skabe et fundament for en god og effektiv kommunikation, herunder sikring af en forståelse for hinandens arbejdsmæssige forhold og behov.

Ideer og forslag:

1. Den nuværende KLU-struktur kunne udvikles eller suppleres med henblik på flere lokale, relationskabende aktiviteter, hvor en udvidet kreds af lægepraksis deltager, såsom gå-hjem-møder, besøgsdage og lignende. På baggrund af analysen vurderes styrket kontakt at kunne medvirke til at reducere risikoen for uhensigtsmæssige korrespondancer og adressere øvrige forbedringsmuligheder i den daglig kommunikation - samt skabe en endnu bedre forståelse for hinandens vilkår og de rammer, henholdsvis kommunen og almen praksis skal agere i. Forslaget understøtter begge parter afsendelse og modtagelse af korrespondancer.
2. Det foreslås, at faglige miljøer såsom kvalitetsklynger og efteruddannelse prioriterer kommunikation og kommunesamarbejde som udviklingstema med henblik på at øge de praktiserende lægers bevidsthed om de anvendte metoder og styrke kompetencer ift. at give sparring og feedback til andre faggrupper.
3. Det bør overvejes, hvorvidt øget brug af video og billeder kan bidrage til en mere effektiv dialog. En øget visualisering inden for visse behandlingsområder, som supplement til korrespondancen, vil understøtte et bedre og mere målrettet behandlingsforløb til gavn for både borgere og de sundhedsprofessionelle aktører. Samtidig vil det kunne udgøre et alternativ til sygebesøg.
4. I regi af eksisterende samarbejdsorganer aftales og implementeres et fælles regelsæt for, hvad der kendetegner den gode og effektive professionelle kommunikation mellem almen praksis og kommunen. Herunder at der sikres et professionelt og sagligt sprogbrug, da korrespondanceteksten ender i borgerjournalen - og fokus på, at korrespondancer ikke anvendes som SMS eller "chat".

5. Overvej muligheden for at etablere fælles og afstemte procedurer for, hvordan gentagne eksempler på uhensigtsmæssig elektronisk kommunikation fra individer (fx i form af nedværdigende sprogbrug) mellem almen praksis og kommunale plejepersonaler håndteres. Herunder at der etableres tryghed på medarbejderniveau i forhold til at agere på oplevet stødende og uhensigtsmæssig kommunikation.

Eksempler:

Plejhjemslægeordningen har styrket relationerne mellem praktiserende læger og medarbejdere på plejecentre. Samarbejdet og arbejdsdelingen er ofte velfungerende. Der ses færre uhensigtsmæssige korrespondancer, og ”stuegang” på plejecentret opleves at have reduceret behovet for at kommunikere gennem korrespondancer.

I uddannelsen ”borgernær sygepleje” for kommunale sygeplejersker indgår ophold i almen praksis. Sygeplejerskerne oplever, at uddannelsen har givet dem en større forståelse for flow, arbejdsgange og rammer for opgaveløsning i almen praksis, hvilket afspejles i korrespondancer, der bedre understøtter lægens behov for information.





Rasmus Duus

Partner, BDO Advisory

Tlf.: +45 24 29 50 16

Mail: rad@bdo.dk



BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO-netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO-netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger mere end 1.300 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO-netværk har ca. 95.000 medarbejdere i mere end 164 lande.