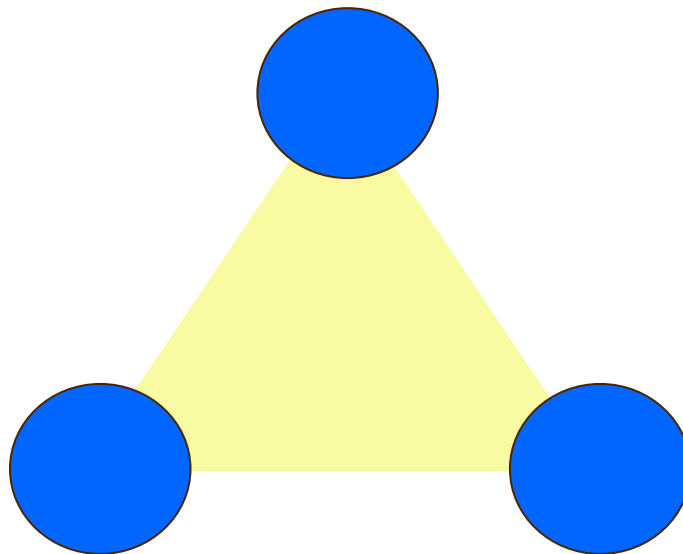


Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet

september 2003

En beskrivelse af almen praksis' kontaktmønster til kommuner og det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser vedrørende almen praksis' administrative tilhørsforhold



Af Kjeld Møller Pedersen, Anders Munck, Dorte Gilså Hansen, Flemming Bro og Jakob Kragstrup,
Sundhedsøkonomisk Forskningsenhed og Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Medicin
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet

Udgivet af: Audit Projekt Odense (APO)
Forskningsenheden for Almen Medicin
Winsløwparken 17, 5000 Odense C
December 2003

Forfattere: Kjeld Møller Pedersen, Anders Munck, Dorte Gilså Hansen,
Flemming Bro og Jakob Kragstrup

Tryk: Clausen Offset ApS

Oplag: 600

ISBN: 87-90923-44-8

Praktiserende lægers
kontakter med social- og sundhedsvæsenet
september 2003

***En beskrivelse af almen praksis' kontaktmønstre til kommuner
og det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser vedrørende
almen praksis' administrative tilhørsforhold***

Af Kjeld Møller Pedersen, Anders Munck, Dorte Gilså Hansen, Flemming Bro og Jakob Kragstrup,
Sundhedsøkonomisk Forskningsenhed og Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Medicin
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

Hovedkonklusioner

- **Almen praksis har langt flere kontakter med det øvrige sundhedsvæsen end med kommunerne**
- **Kontakter med det øvrige sundhedsvæsen kræver hyppigere lægefaglig ekspertise end kontakter med kommunerne**
- **Almen praksis skal administreres fra samme niveau som det øvrige sundhedsvæsen**
- **Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne bør styrkes**

Indholdsfortegnelse

Indledning	5
Baggrund	5
Undersøgelsens formål.....	7
Metode.....	7
Selvregistreringsundersøgelsen (auditundersøgelsen)	7
Data fra MedCom – Fyns Amt.....	8
Data fra Sygesikringen - Fyns Amt.....	8
Resultater	9
Logistisk regression.....	12
Diskussion og konklusioner	12
Metodediskussion	13
Faglig diskussion og perspektiv	14
Litteratur.....	17
Appendiks I: Tabeller	19
Appendiks II: Historisk perspektiv	25

Indledning

Som forberedelse til en påtænkt kommunalreform nedsatte regeringen i efteråret 2002 en Strukturkommission, der afleverer sin betænkning ved udgangen af 2003. I forbindelse med Strukturkommissionens arbejde er almen praksis' administrative indplacering blevet debatteret. Det mest vidtgående forslag har været at adskille administrationen af almen praksis fra det øvrige sundhedsvæsen ved at placere den i primærkommunerne. Der er ingen tvivl om, at dette i givet fald ville få stor betydning for almen praksis' udvikling og rolle.

Omfanget og karakteren af samarbejdet med kommunerne henholdsvis det øvrige sundhedsvæsen er imidlertid kun sparsomt belyst. En viden herom er en nødvendig, men langt fra tilstrækkelig forudsætning for en informeret debat om almen praksis' fremtidige administrative tilhørsforhold. For at belyse området blev der iværksat en undersøgelse om omfanget og indholdet af praktiserende lægers kontakter til og fra kommunerne og det øvrige sundhedsvæsen. Det er håbet, at resultaterne fra undersøgelsen bringer nyttig viden til debatten, således at almen praksis sikres det bedst mulige fundament for fortsat udvikling til gavn for samfundet, patienterne og de praktiserende læger.

Baggrund

I 1973 blev Sygekasserne nedlagt og Sygesikringen oprettet i amtsligt regi. Sygesikringen fik ansvaret for administrationen af almen praksis (afregning, regulering, planlægning m.m). Almen praksis' administrative tilknytning har siden været uændret, men arbejdet i regeringens Strukturkommission har sat spørgsmålstegn herved.

Strukturkommissionen skal vurdere fordele og ulemper ved alternative modeller for indretning af den offentlige sektor og skal komme med anbefalinger til ændringer, som er holdbare over en længere årrække.

Først på året 2003 afleverede Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet en rapport (1). Konklusionerne herfra skal indgå i Strukturkommissionens overvejelser. I Det Rådgivende Udvalgs rapport blev holdbarheden af den nuværende amtsstruktur analyseret. Var der sket afgørende ændringer siden kommunalreformen i 1970, fx vedrørende befolkningsunderlaget for et typisk amtssygehusvæsen lød et af spørgsmålene. Svaret var bekræftende. Det var vurderingen, at det hidtidige minimumsbefolkningstal på 200-250.000 burde ændres til 400-700.000 indbyggere. Det mere præcise tal afhænger af en række overvejelser om, hvilke specialistfunktioner, det forventes, at sygehusvæsenet i et typisk amt skal varetage. Det antages fx normalt, at størstedelen af karkirurgien, som kræver et befolkningsunderlag på 600-700.000 indbyggere, kan foregå uden for landsdelssygehusene.

Tre alternative modeller til den nuværende amtslige varetagelse af sundhedsopgaven blev præsenteret:

- 1) en regionsmodel med 6-8 "storamter"
- 2) en model, hvor primærkommunerne varetager opgaverne i sygehus- eller sundhedsfællesskaber med et befolkningsunderlag på 400-700.000 indbyggere
- 3) en "statslig" model med 3-4 store selvforsynende regioner hver med deres eget landsdelssygehus/universitetssygehus.

Udvalget anbefalede enstemmigt regionsmodellen, subsidiært kommunemodellen, hvis Folketinget skulle beslutte at fjerne det amtslige niveau.

I rapporten er der ikke en særskilt analyse af almen praksis. Det understreges, at praksissektorens rolle ikke må mindskes, og at det tæller til fordel for en model, hvis almen praksis' rolle styrkes. Det var underforstået, at almen praksis og sygehusvæsenet skulle administreres fra samme niveau, og en opdeling af sundhedsvæsenet på to administrative niveauer blev i realiteten ikke analyseret.



Det rådgivende Udvalgs observationer om almen praksis

- Det tæller positivt hvis en ny struktur styrker praksissektorens rolle.
- Praktiserende læger er fortsat ”gate-keeper” - krumtappen i sundhedsvæsenet
- Samarbejdet mellem sygehuse og praksissektor er fortsat meget vigtig – især hvis sygehuse som foreslået får større frihedsgrader.
- Planlægning af sygehuskapacitet (især ambulans) skal koordineres med praksissektoren.
- Der bør gennemføres en fremtidsrettet analyse af praksissektorens forhold, herunder arbejdsdelingen mellem sektorerne.

De forskellige ministerier blev af Strukturkommissionen bedt om at udarbejde såkaldte sektorredegørelser. Sektorredegørelsen fra Indenrigs- og Sundheds-

ministeriet (2), blev afleveret d. 1. april 2003 med to forslag, som begge ville medføre et delt sundhedsvæsen.

Bag disse forslag ligger et ønske om tættere samarbejde mellem praktiserende læger og sundhedsplejen, ældreplejen og forvaltningen, fx i forbindelse med sager vedrørende sygedagpenge og pensions-tildeling. De to modeller for et delt sundhedsvæsen skal utvivlsomt ses i sammenhæng med en anden ide i Sektoranalysen, nemlig etablering af sundhedscentre, hvori de praktiserende læger tænkes at indgå.

I Sektoranalysen redegøres ikke for, om samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne kan forventes at blive bedre i en model, hvor almen praksis administreres fra kommunerne, eller hvorledes en flytning af almen praksis vil påvirke samarbejdet mellem sygehus og almen praksis, og dermed ønsket om sammenhæng i patienternes undersøgelses- og behandlingsforløb. Der er med andre ord ikke tale om en systematisk analyse af forudsætninger, fordele og ulemper.

Konkret viden om det nuværende kontaktmønster mellem almen praksis og henholdsvis det øvrige sundhedsvæsen og kommunerne er en betingelse for en mere systematisk analyse af fordele og ulemper ved at ændre almen praksis' administrative tilhørsforhold.

Sektoranalysen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1. april 2003, input til Strukturkommissionen)

- **2 'nye' modeller:** begge baseret på, at sygehusene bør være på et regionalt niveau m. direkte valg og **almen praksis** i primærkommunerne
→ **ET DELT SUNDHEDSVÆSEN**
- **Model 1 (delt myndighedsansvar)**
 - Kommunerne **driver og finansierer** de primære sundhedsopgaver (almen praksis og forebyggelse)
 - Direkte valgte amter/regioner har fortsat ansvaret for **drift og finansiering** af sygehusvæsenet og de praktiserende speciallæger
- **Model 2 (delt myndighedsansvar og delt finansieringsansvar)**
 - * Kommunerne **driver og finansierer** de primære sundhedsopgaver (almen praksis og forebyggelse) – dvs. som model 1
 - * Kommunerne finansierer også sygehusbehandlingen
 - * Direkte valgte amts-/regionsråd har ansvaret for **drift** af sygehus
 - * Kan muliggøre en køber-sælger-model

Undersøgelsens formål

- 1) at belyse omfanget af og behovet for lægefaglig viden i forbindelse med kontakter mellem almen praksis og kommunerne henholdsvis det øvrige sundhedsvæsen
- 2) at sammenligne almen praksis' kontakter til/fra kommunerne med kontakterne til/fra det øvrige sundhedsvæsen

Metode

Data til undersøgelsen er indsamlet via en selvregistreringsundersøgelse i fem amter samt fra MedCom og Sygesikringsregistret i Fyns Amt.

Selvregistreringsundersøgelsen (auditundersøgelsen)

Registreringen blev foretaget efter APO-metoden, som er kendt og accepteret af almen praksis i Danmark (3-5). Alle i læger i Københavns, Roskilde, Fyns, Ringkjøbing og Nordjyllands Amter blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Det samlede befolkningstal i disse amter er over 2 mio. indbyggere. Mere end 20% af lægerne valgte at deltage (i alt 295). De registrerede konsekutivt i én arbejdsuge i september 2003 en udvalgt del af deres kontakter til kommunerne og det øvrige sundhedsvæsen.

Alle kontakter i dagtiden mellem læge og kommune blev inkluderet (bortset fra recept-fornyelse og kommunens kontakter med praksispersonalet), dvs. både henvendelser fra og til almen praksis blev registreret.

Alle henvendelser fra lægen til det øvrige sundhedsvæsen vedrørende sygehus-indlæggelse, ambulatorium, røntgen og fysioterapi indgik. Brevkontakter og telefoniske forespørgsler til lægen fra det øvrige sundhedsvæsen indgik også, mens epikriser, laboratorie- og røntgensvar samt tilbagemeldinger fra speciallæge ikke blev registreret. Som omtalt nedenfor kunne oplysninger om denne del af kontakterne tilvejebringes på anden vis for Fyns Amts vedkommende.

I alt 7565 kontakter blev registreret.

Registreringen foregik umiddelbart efter hver kontakt ved simpel afkrydsning på et APO-skema (figur 1). I alt 7 dimensioner blev belyst:

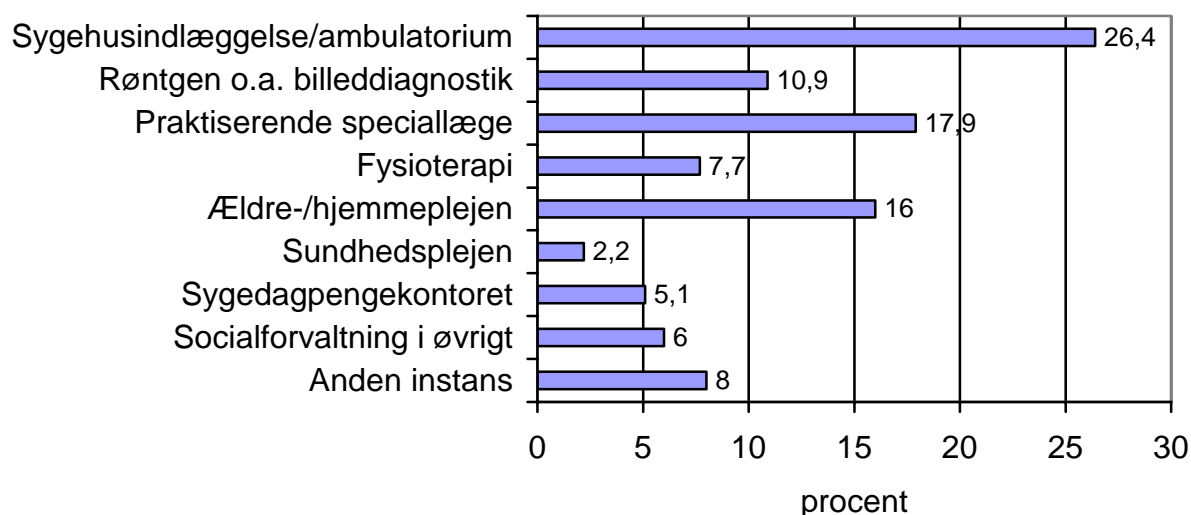
- 1) kommunikationsvej (til/fra almen praksis),
- 2) instans, der blev kommunikeret med (sygehus, speciallæge, fysioterapi, kommunal partner),
- 3) grad af hast (haster/haster ikke),
- 4) kommunikationsform (møde, telefon, mail/edifact, telefax og post),
- 5) emnet for kommunikation (sygdomsproblem, medicinering, plejeproblem, socialt problem, attest, andet),
- 6) tidsforbrug (0-5, 6-15, > 15 minutter),
- 7) vigtigheden af lægefaglig viden (meget vigtig, vigtig, mindre vigtig, slet ikke vigtig).

Resultater

I det følgende præsenteres resultaterne primært ved hjælp af søjlediagrammer. I appendiks findes et omfattende tabelmateriale, dels tabeller som ligger bag diagrammerne, dels tabeller der vil blive henvist til i teksten. Endelig er der en række tabeller, som ikke kommenteres direkte, men er medtaget som yderligere dokumentation. Fokus er primært på forskellige kendetegn ved kontakter til sygehusene, speciallæger/fysioterapeuter og kommunerne. Der er i alt 11 kontaktinstanser, jvf. figur 1, men af hensyn til overskueligheden vil de normalt i det følgende være opdelt i de nævnte tre kategorier.

295 læger i fem amter registrerede 7565 kontakter. Af figur 2 fremgår det, at 37% vedrørte kommunerne og 63% det øvrige sundhedsvæsen. Af de fire instanser med højest kontakthypighed var de tre placeret i sundhedsvæsenet: sygehusvæsenet med 26%, praktiserende speciallæger med 18%, ældreområdet/hjemmeplejen med 16% og røntgen med 11%.

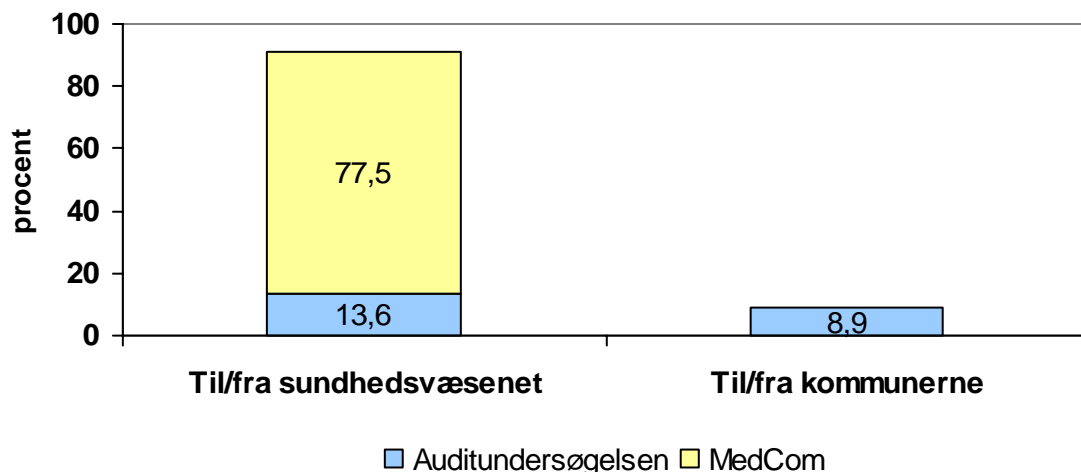
Figur 2: Kontakthypighed fordelt på kontaktinstans (auditundersøgelsen, n = 7528)



Som nævnt i metodeafsnittet undervurderer auditundersøgelsen antallet af kontakter mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. MedCom data for deltagerne i Fyns Amt supplerer imidlertid audittallene, således at det er muligt at give et retvisende billede af almen praksis' samlede kontakter.

Figur 3 (tabel 2 appendiks) viser, at 91% af kontakterne til og fra almen praksis vedrører det øvrige sundhedsvæsen (sygehuse, praktiserende læger, fysioterapeuter), medens 9% er relateret til kommunerne. Da MedCom-dataene vedrører kommunikation fra sygehusene illustrerer det samtidig intensiteten af kommunikationen, som bl.a. hænger sammen med familielægeprincippet, hvor den praktiserende læge holdes orienteret om aktiviteter andre steder i sundhedsvæsenet. Det er naturligvis også en funktion af, at diagnostiske undersøgelser udføres på sygehusene for almen praksis, bl.a. laboratorieanalyser. Der er imidlertid fortsat tale om en undervurdering, bl.a. fordi apotekerne ikke er medtaget, ligesom tilbagemeldinger fra praktiserende speciallæger heller ikke indgår.

Figur 3: Kontakthypighed, Fyns Amt (audit- og MedComdata, n= 8852)

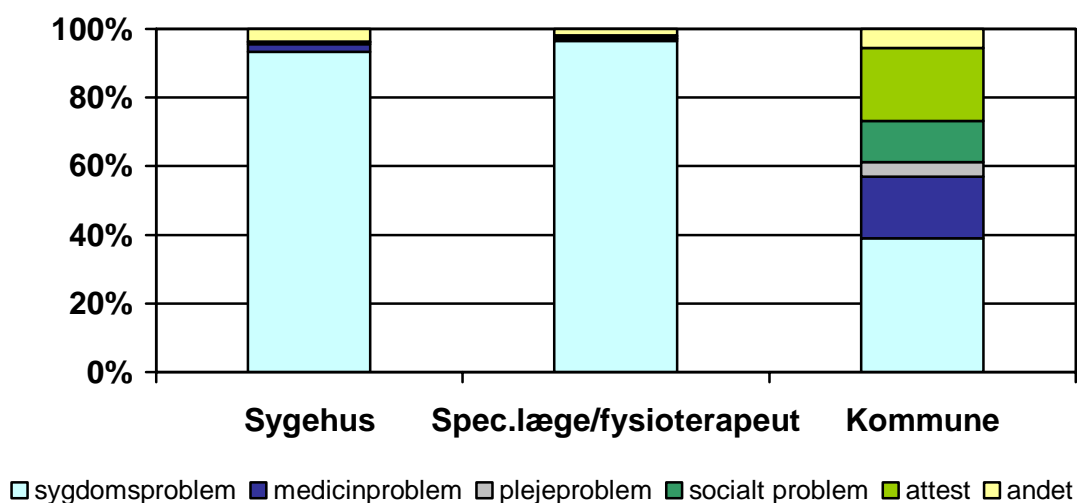


Tabel 3 (appendiks) viser, at mellem 60–65% af kontakterne vedrører kvinder. Aldersgenomsnittet er højere for kontakterne til/fra kommunerne end kontakterne til/fra speciallæger/fysioterapeuter (61 versus 46 år).

Tabellerne 4–10 (appendiks) er bivariate tabeller fra auditundersøgelsen, hvor det systematisk undersøges, om der er forskel mellem kontakterne til/fra sygehus, speciallæge/fysioterapeut og kommunen med hensyn til kontaktens kommunikationsvej (til/fra), hast, kommunikationsform, emne for kommunikation, tidsforbrug og vigtigheden af lægefaglig viden. For alle tabellerne gælder, at der er signifikant forskel vurderet ud fra χ^2 -test på 5%-niveauet.

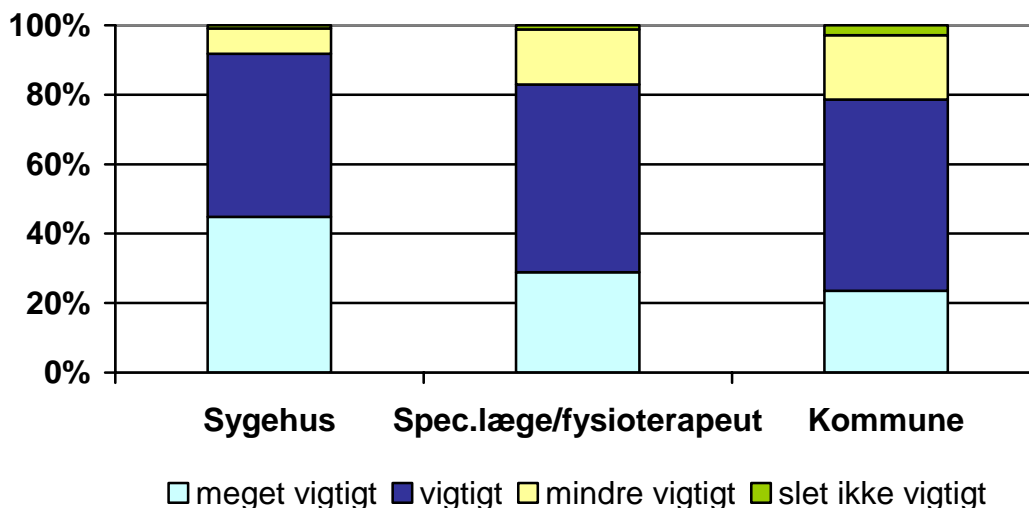
I figur 4 ses fordelingen af emner for kontakterne med de forskellige instanser. Kontakterne til sygehusvæsenet og speciallæger/fysioterapeuter vedrører næsten udelukkende sygdomsproblemer, medens kontakterne til kommunerne er langt mere heterogene, fx udgør medicinproblemer og attester næsten 40% af alle kontakter.

Figur 4: Emne for kontakt opdelt efter hovedinstans (auditundersøgelsen, n=7437)



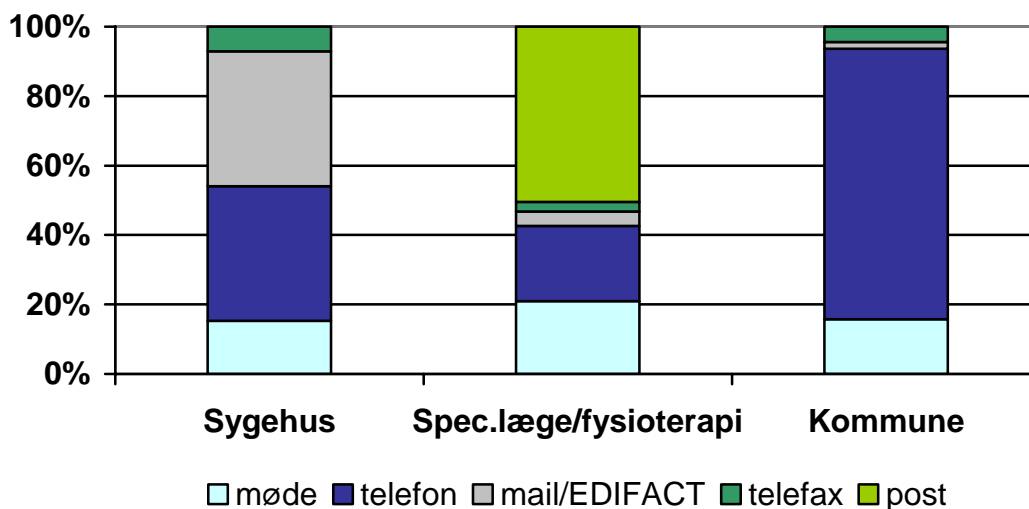
Figur 5 illustrerer lægernes vurdering af behovet for lægefaglig viden i kontakterne i forhold til de forskellige instanser. Lægerne vurderer, at der relativt hyppigere er behov for lægefaglig viden i kontakterne med det øvrige sundhedsvæsen sammenlignet med de kommunale instanser. I 22% af kontakterne med kommunerne blev det vurderet, at der ikke var behov for egentlig lægefaglig viden.

Figur 5: Behovet for lægefaglig viden opdelt efter hovedinstans (auditundersøgelsen, n= 7357)



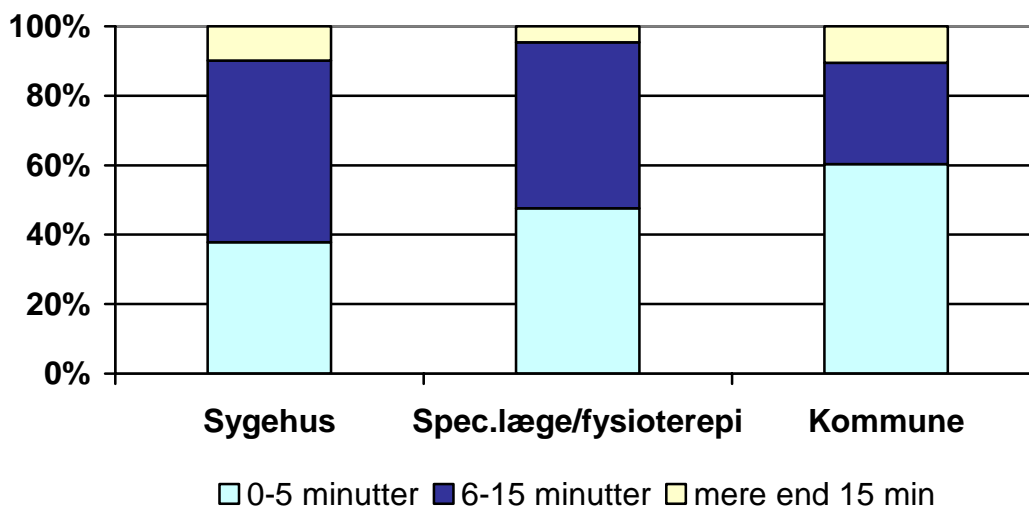
Kommunikationsformen med de forskellige instanser er illustreret i figur 6. Kontaktformen afspejler dels de tekniske muligheder, dels karakteren af kontakten. Elektronisk kommunikation er stort set kun mulig mellem sygehusene og almen praksis, svarende til at 25% af al kommunikation sker på denne måde. Papirpost er imidlertid fortsat meget almindelig, fordi henvisninger normalt postbesørges, hvis elektronisk kommunikation ikke er mulig. Det samme gælder for attester. Især i forhold til kommuner er telefonen meget brugt. Årsagen er utvivlsomt, at mange af kontakterne vedrørende medicinerings- og plejeproblemer diskuteres per telefon (tabel 11, appendiks).

Figur 6: Kommunikationsform opdelt efter hovedinstans (auditundersøgelsen, n=7352)



Figur 7 viser tidsforbruget ved kontakterne til hovedinstanserne. Kontakter på under 5 minutter er dominerende i forhold til kommunerne, mens kontakter til sygehusene generelt varer længere. Omkring 10% af alle kontakter varede mere end 15 minutter eller mere.

Figur 7: Tidsforbrug ved kontakter opdelt på hovedinstans (auditundersøgelsen, n= 7383)



Logistisk regression

De foregående analyser har været baseret på bivariate tabeller. Der kan være bagvedliggende faktorer, der forklarer de observerede forskelle. Hvis fx patientalder "forklarer" forskelle i emner for kommunikation mellem sygehusvæsen, praktiserende speciallæge/fysioterapeut og kommune, betyder det, at tolkningen af figur 4 kan være ufuldstændig/misvisende, hvis der er betydelige aldersforskelle i kontakterne til henholdsvis kommuner, sygehus og speciallæger/fysioterapeuter. I tabel 1 i appendiks præsenteres derfor resultat og tolkning af en logistisk regressionsanalyse. Denne giver et mere nuanceret billede af sammenhængene, men ændrer imidlertid ikke afgørende ved resultaterne af de simple analyser bag figureerne.

Diskussion

Der findes kun én tidligere undersøgelse, der har fokuseret på kontakterne mellem almen praksis og kommunerne. I en undersøgelse fra Rødovre Kommune (6-7), blev dele af samarbejdet mellem almen praksis og ældreplejen beskrevet. I forbindelse med et auditforløb blev kommunikationen mellem parterne forbedret, målt på tidsforbrug, kontaktens kvalitet og parternes tilfredshed (6-7).

Nærværende undersøgelse er således den første mere systematiske undersøgelse af kontaktmønsteret mellem almen praksis, det øvrige sundhedsvæsen og kommunerne.

Undersøgelsen viser, at hovedsamarbejdsaksen er mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, ikke mellem almen praksis og kommunerne. Lægefaglig viden er hyppigere nødvendig i forbindelse med kontakter med det øvrige sundhedsvæsen end i kontakter med kommunerne.

Sygdomsproblemer er altdominerende ved kontakterne med det øvrige sundhedsvæsen, medens billedet er langt mere blandet ved kontakten med kommunerne.

Metodediskussion

Auditundersøgelsen alene er ikke en fuldstændig kortlægning af alle kontakter til og fra almen praksis. Udelukkende kontakter vedrørende konkrete patienter er inkluderet. Kontakter med fx apoteker og kiropraktorer er ikke medtaget, ligesom en del af almen praksis' kontakter til det øvrige sundhedsvæsen er udeladt, fx tilbagemeldinger fra praktiserende speciallæger. Auditundersøgelsen alene giver et godt billede af kontakthypigheden med kommunen, medens der foreligger en betydelig undervurdering af antallet af kontakterne med det øvrige sundhedsvæsen.

Der er ikke noget, der tyder på systematiske fejlregistreringer, men enkelte registreringsfejl kan dog ikke udelukkes. Vi skønner, at de 5 amter er repræsentative for alle landets amter.

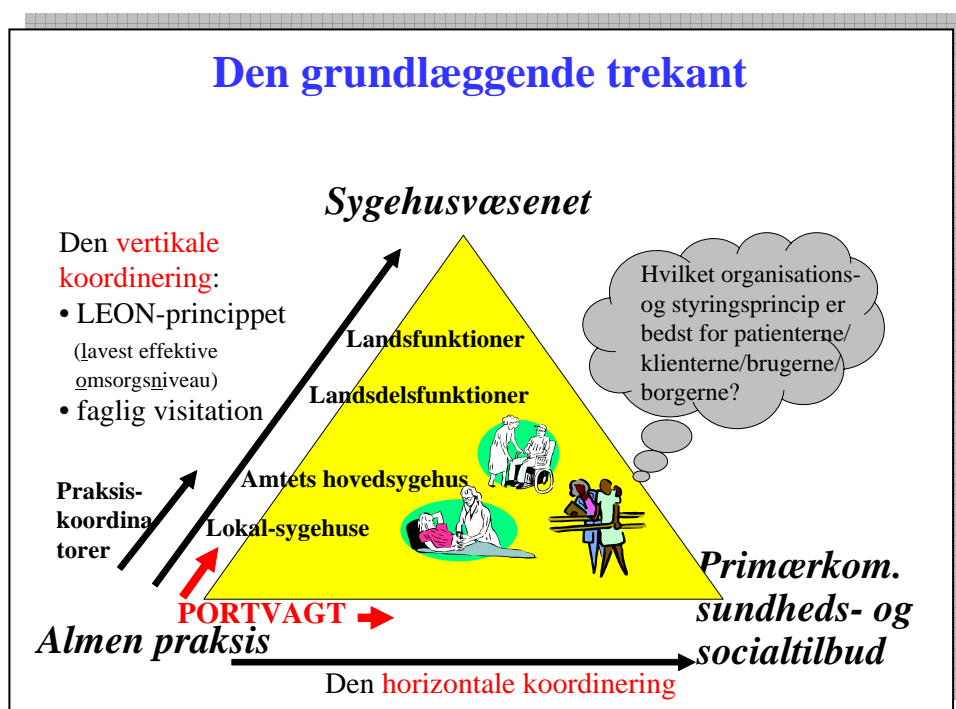
For Fyns Amt var det muligt at supplere auditdata med data fra MedCom vedrørende elektroniske kontakter til det øvrige sundhedsvæsen i samme periode. Derved kan der opnås et mere retvisende billede af forholdet mellem almen praksis' kontakter til kommuner henholdsvis det øvrige sundhedsvæsen. MedCom-data foreligger på ydernummerniveau, hvilket der imidlertid er taget højde for i analyserne, (tabel 2 i appendix). Antal auditdeltagende læger per ydernummer kendes, ligesom det tilmeldte antal læger per ydernummer kendes fra Sygesikringsoplysninger. Derfor kan der beregnes en deltagelsesbrøk. MedCom-tallene er efterfølgende vægtet med deltagelsesbrøken. Det skal bemærkes, at tre læger, som deltog i auditundersøgelsen, hører til blandt de meget få fynske praktiserende læger, som ikke er med i MedCom.

Faglig diskussion og perspektiv

Forslaget om at ændre almen praksis' myndighedsmæssige tilhørsforhold rejser flere mere principielle spørgsmål vedrørende opbygningen af det danske sundhedsvæsen.

Figur 8 sammenfatter en række problemstillinger. Udgangspunktet er den trekant, som er kernen i diskussionen: almen praksis, sygehusvæsen/øvrige sundhedsvæsen og kommunerne og de principper, der hidtil har været gældende.

Figur 8: Den grundlæggende trekant i sundhedsvæsenet



Den alment praktiserende læge er gate-keeper (portvagt) til det øvrige sundhedsvæsen – en funktion, der ikke har været eller bliver sat spørgsmålstejn ved i debatten, men betydningen heraf for det administrative tilhørsforhold har nok været undervurderet. Almen praksis' forbindelse til og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen er en væsentlig forudsætning for varetagelsen af portvagtfunktionen, hvorfor man forvaltningsmæssigt bør anskue sundhedsvæsenet som en helhed. En deling af sundhedsvæsenet vil utvivlsomt svække denne helt centrale funktion i det danske sundhedsvæsen. Portvagtfunktionen kunne naturligvis fortsat varetages af de praktiserende læger, hvis de blev administreret af primærkommunerne, men det ville blive mere besværligt og kunne på sigt svække funktionen, fordi der nu ville være en administrativ 'barriere' i forhold til den helt centrale samarbejdspartner. Hertil kommer, at de elementer, der tidligere var af en beskeden portvagtfunktion i forhold til kommunerne, i dag for praktiske formål er væk, bl.a. fordi logikken i sociallovgivningen, som bestemmer ydelsestildeling i kommunerne, er en fundamental anden end den, der ligger bag sundhedsvæsenet. Det har bl.a. ført til meget klare signaler om, at læger ikke skal forholde sig til tildeling af ydelser efter sociallovgivningen, fx i forbindelse med attestskrivning i forbindelse med sygedagpengesager eller i forbindelse med behandling af sager vedrørende førtidspension. På denne måde udelukker man effektivt portvagtfunktionen, som den findes i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Sammenfat-

tende må man konstatere, at portvagtfunktionen entydigt peger på et sammenhængende, ikke et delt sundhedsvæsen.

Begreberne vertikal og horisontal koordinering benyttes for koordinering mellem almen praksis og sygehusvæsenet henholdsvis mellem almen praksis og kommunerne. Der er ikke tvivl om, at der i de sidste 20 år er sket en styrkelse af den vertikale koordinering – med betydelig succes. Behovet for vertikal koordinering skyldes

- forsøget på at efterleve LEON-princippet
 - hvor portvagtfunktionen og den dertil hørende faglige visitation spiller en vigtig rolle sammen med spørgsmålet om, hvor forskellige opgaver skal varetages (almen praksis, speciallægepraksis, sygehuse)
- familielægeprincippet, dvs. den praktiserende læge som koordinator/tovholder for den enkelte patient. Det giver sig bl.a. udslag i en betydelig kommunikation til og fra det øvrige sundhedsvæsen (udskrivningsbreve, ambulantnoter osv. for at sikre opdateret information hos den alment praktiserende læge, og dermed grundlaget for et samarbejdende sundhedsvæsen). Nærværende undersøgelse demonstrerer klart den kommunikationsstrøm.
- ønsket om mere sammenhængede patientforløb

Den vertikale koordinering er siden begyndelsen af halvfemserne systematisk blevet styrket ved indførelse af praksiskonsulentordningen. I dag findes godt 300 praksiskonsulenter på landsplan (8). Deres væsentligste opgave er netop at sikre koordinering mellem sygehusafdelingerne og almen praksis og tage del i udformning af behandlingsretningslinjer og opgavefordeling mellem disse to centrale dele af sundhedsvæsenet.

Den aktuelle undersøgelse peger på, at den horisontale koordinering har været noget forsømt. KLs forslag om en flytning af myndighedsansvaret for almen praksis skal nok ses som et stærkt signal om at styrke denne koordinering. Af det foregående er det imidlertid åbenbart, at løsningen af dette problem ikke består i at flytte myndighedsansvaret. En flytning vil muligvis kunne styrke den horisontale koordinering, men det vil utvivlsomt samtidig svække den vertikale koordinering, idet der jo ikke kommer hverken nye praktiserende læger eller øgede ressourcer ved en ændring af myndighedstilhørsforholdet, og ressourcer til en styrkelse af den horisontale dimension skal logisk set komme et sted fra – og mest sandsynligt ved at svække indsatsen et andet sted. Nærværende undersøgelse har imidlertid tydeligt demonstreret, hvor hovedaksen er i den grundlæggende trekant. Derfor bør der i stedet for fremadrettet ses på mulighederne for at forbedre denne koordinering, fx ved at udvide ideen med praksiskoordinatorer til at omfatte 'kommune-koordinatorer'. Der er gode muligheder for lokale paragraf 2-aftaler, som giver mulighed for at styrke dette samarbejde. Arbejdet i de kommunale koordineringsudvalg (omkring det rummelige arbejdsmarked) har ligeledes sat fokus på øget samarbejde mellem almen praksis og primærkommunerne.

Det er en udfordring at få udviklet den horisontale koordinering. Det centrale bliver dels en diskussion af, hvorfor en styrkelse er vigtig, dels hvordan det skal gribes an. Overordnet er der to hovedformål: bedre patientforløb (som dog ikke kan ses uafhængigt af samarbejdet mellem kommune og sygehus) og en øget involvering af almen praksis i forbindelse med løsningen af en række primærkommunale social- og sundhedsopgaver. Som eksempel på det sidste kan nævnes demensudredning (9), og opgaver i relation til akutstuer på plejehjemmene. Kontaktmønsteret mellem almen praksis og kommunerne vedrører personer med en gennemsnitsalder på over 60 år, hvilket uden tvivl vil stille krav om en øget indsats på ældreområdet. Et andet samarbejdsområde vedrører attester, primært vedrørende

sygedagepenge og førtidspension. Vedrørende det første viser en nylig rapport fra Den Sociale Ankestyrelse (10) en betydelig grad af involvering, jf. også hyppigheden af denne slags kontakter i aktuelle undersøgelser, men rapporten nævner også mangelfulde lægeerklæringer. Kommunernes vurdering af effekten af samarbejde med de praktiserende læger blev altovervejende vurderet som tilfredsstillende.

Man skal også erindre den gruppe af læger, der under ét kaldes kommunallæger, dvs. P.L.O.- og FAS-læger, der arbejder et vist antal timer i kommunerne. Organisatorisk er læger med en 15 timers ansættelse organiseret i FAS. P.L.O.-læger er ansat 3-14 timer (lægekonsulenter). Ifølge en opgørelse fra P.L.O. (personlig kommunikation) var der i februar 2003 315 P.L.O.-læger, der var ansat på aftaler på 3-14 timer, svarende til ca. 64 fuldtidsansatte. Endvidere var der ansat 119 under FAS-overenskomsten. Sagt på en anden måde: kommunerne er ikke uden 'egne' læger. Det er imidlertid et spørgsmål, om de udnyttes rigtigt. For eksempel er der et forvaltningsretsligt problem bestående i, at en P.L.O.-lægekonsulent ikke i denne egenskab kan medvirke ved behandlingen af sager vedrørende egne patienter, fordi det støder mod en habilitetsbarriere forvaltningsmæssigt. Det er omvendt præcis i forhold til egne patienter, at værdien ville være størst. Ligeledes er der udstukket klare retningslinjer vedrørende lægerollen i forhold til attester, dvs. man skal holde sig strengt til det lægefaglige og ikke (i sagens natur) tage stilling til tildeling af sociale ydelser. Dette peger mod et forhold, som spiller en betydelig rolle for samarbejdet: forskelligt lovmæssigt grundlag, hhv. sygesikrings- og sygehus loven og den sociale lovgivning, der er baseret på helt forskellige principper. Hvortil kommer åbenbare – og utvivlsomt dertilhørende – kulturforskelle.

Socialmedicinske ydelser 2001

- 1 Kan rekvireres af kommunerne**
 - telefonisk
 - eller møder á 10 min. per modul
- 2 Telefonkonsultationer**
 - 225.000 vedr. socialmed. ydelser
 - sammenlignet med i alt 13,3 mio. i almen praksis
- 3 Møder (i forvaltning eller i praksis)**
 - 28.500 ydelser á 10 min.
 - sammenlignet med i alt 17,6 mio. konsultationer

Omfanget af samarbejde omkring konkrete patienter/klienter kan i et vist omfang aflæses af ydelsesstatistikken for det socialmedicinske samarbejde, jf. tekststrømmen. Omfanget heraf er beskedent set i forhold til den samlede aktivitet i almen praksis. Disse ydelser har været i overenskomsten i en række år og viser, at der tidligt var opmærksomhed på at få defineret ydelser, som var relevante i forhold til kommunesamarbejdet.

Afslutningsvis en mere generel observation. Det er velkendt, at man ikke kan slutte fra 'er' til 'bør'. Derfor kan man selvsagt heller ikke ud fra den foreliggende undersøgelse konkludere.

dere, at almen praksis *bør* være på samme myndighedsniveau som sygehusvæsenet. Hvis man derfor siger, at det mønster, som er observeret, burde være anderledes, dvs. mere fokus på bl.a. det socialmedicinske og ældregruppen, bliver spørgsmålet, hvad der ville være konsekvensen, hvis man ud fra et rent 'bør' argument placerer almen praksis på et andet myndighedsniveau end sygehusene, dvs. almen praksis i primærkommunerne og sygehusene på et regionalt niveau. For at dette skal give mening, må det betyde, at man ønsker, at almen praksis skal reorientere sin funktion – primært i socialmedicinsk og forebyggende/sundhedsfremmende retning. Det kan ikke være hensynet til koordination m.m., der er drivende, idet mulighederne herfor allerede er tilstede uden dog altid at være udnyttet lige godt af kommunerne. Da der ikke er flere praktiserende læger, betyder det nødvendigvis, at fokus tages væk fra dele af sygdomsbehandlingen og portvagtfunktionen. Den logiske konsekvens er, at Leon-princippet (lavest effektive omsorgsniveau) svækkes med risiko for ressourcospild og uhensigtsmæssig visitation.

I appendiks II sættes ovenstående aktuelle gennemgang ind i et lidt større historisk sammenhæng, idet der tages udgangspunkt i nedlæggelsen af sygekasserne i 1973.

Tak til de 295 praktiserende læger, som foretog auditregistreringen og tak til MedCom og Sygesikringen i Fyns Amt, som velvilligt har stillet data til rådighed. Endvidere tak til kvalitetsudviklingsudvalgene i Københavns, Roskilde, Fyns, Ringkjøbing og Nordjyllands Amter, som har finansieret auditundersøgelsen.

Litteratur

- (1) Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- (2) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sektoranalyse på sundhedsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- (3) Munck A, Olesen F, Larsen B, Ladefoged I. Validity of medical audit registration. Scand J Prim Health Care 1993; 2: 291-292.
- (4) Munck A, Bentzen N. Medicinsk kvalitetsudvikling efter APO-metoden. Medicinsk Årbog 1998 , 157-164. København: Munksgaards Forlag, 1998.
- (5) Munck A, Damsgaard J, Hansen DG, Bjerrum L, Søndergaard J. The Nordic method for quality improvement in general practice. Quality in Primary Care 2003; 11: 73-78.
- (6) Moltke H, Jensen GS. Kommunikation mellem almen praksis og ældreplejen - analyse ved tværfaglig parallel medical audit. Månedsskr Prakt Lægegern 2000; 78:845-53.

- (7) Moltke H, Jensen GS, Pedersen A, Henriques H, Skafte-Holm P, Munck A. Kommunikation mellem almen praksis og ældreplejen. Tværfaglig medical audit. Månedsskr Prakt Lægegern 2002; 80: 433-40.
- (8) Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering. Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (9) Ærthøj J, Bernard F, Ottesen A. Demensudredning Aalborg Kommune. Aalborg: Aalborg Kommune, 2003.
- (10) Den Sociale Ankestyrelse. Kommunernes opfølgning på sygedagpengeområdet. København: Den Sociale Ankestyrelse, 2003.
- (11) Socialreformkommissionen. Det sociale trykkesystem. Struktur og dagpenge. Socialreformkommissionens 1. betænkning. Betænkning nr. 543. København: Statens Trykningskontor, 1969.
- (12) Socialministeriet. Bemærkninger til forslag til lov om offentlig sygesikring. Folketingstidende, Tillæg A, 1970/71, sp.2451 ff. 1971.
- (13) Rasmussen O. Sygesikringsloven. 2. udgave. Kommenteret af Ole Rasmussen. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, 1988.
- (14) Socialreformkommissionen. Det sociale trykkesystem. Struktur og dagpenge. Socialreformkommissionens 1. betænkning. Betænkning nr. 543. København: Statens Trykningskontor, 1969.
- (15) Bemærkninger til forslag til lov om offentlig sygesikring. Folketingstidende, Tillæg A, 1970/71, sp.2451 ff.
- (16) Kommunernes Landsforening. Kommunerne for alle borgerne. KL's anbefalinger til opgaveflytninger. København: KL, 2003.
- (17) Rasmussen L, Tang K. Fremtidens sundhedsplanlægning - vision 2012. København: DSI Institut for Sundhedsvæsenet, 2003.
- (18) Fyns Amt. Evaluering efter 10 år med praksiskonsulenter. Praksiskonsulentordningen i Fyns Amt 1991-2001. Odense: Fyns Amt, 2001.
- (19) Indenrigsministeriets udvalg vedrørende praksissektorens organisation. Praksissektorens Organisation. Betænkning nr. 1080. København: Indenrigsministeriet, 1986.

Appendiks I: Tabeller

Tabel 1: Kontakthyppighed til forskellige instanser (audit)

Instans	Antal	Procent
Sygehusindlæggelse eller ambulatorium	1985	26,3
Røntgen og anden billeddiagnostik	817	10,9
Praktiserende speciallæge	1344	17,8
Fysioterapi	576	7,7
- Sundhedsvæsenet i alt	4722	62,7
Ældre-/hjemmepleje	1201	16,0
Sundhedsplejen	169	2,2
Sygedagpengekontor	381	5,1
Socialforv. I øvrigt	451	6,0
Anden primærkommunal instans	604	8,0
- Primærkommunerne i alt	2806	37,3
Total	7528	100

Tabel 2: Kontaktmønsteret for Fyns Amt (audit + MedCom)

	Antal	Procent
Sygehusindlæggelse/ambulatorium	552	6,2
Røntgen og anden billeddiagnostik	203	2,3
Praktiserende speciallæge	318	3,6
Fysioterapi	130	1,5
- Fra sundhedsvæsenet iflg. auditundersøgelsen	1203	13,6
Laboratoriesvar	2913	33,1
Ambulantnoter	1764	19,9
Epikriser	579	6,5
Røntgensvar	233	2,6
Andet (mikrobiologi, skadestue m.m.)	1360	15,4
- Til almen praksis via MedCom	6849	77,5
I alt – til og fra almen praksis	8052	91,1
Ældre-/hjemmepleje	361	4,1
Sundhedsplejen	49	0,5
Sygedagpengekontor	103	1,1
Socialforvaltning i øvrigt	138	1,6
Anden instans	146	1,6
- Til og fra kommunen iflg. auditundersøgelsen	797	8,9
Total: audit plus MedCom	8849	100,0

Tabel 3: Køns-og aldersfordeling (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
mand (%)	37,8	35,3	39,6	37,8	
kvinde (%)	62,2	64,8	60,4	62,2	
Total, n	2786	1909	277	7465	
					P=0,010
Alder	52	46	61	54	

Tabel 4: Kommunikationsvej (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
til mig (%)	7,2	8,7	56,4	25,9	
fra mig (%)	92,8	91,3	43,6	74,2	
Total, n	2761	1901	2743	7405	
					P=0,000

Tabel 5: Hast (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
akut (%)	28,3	10,6	26,0	22,9	
haster ikke (%)	71,8	89,4	74,0	77,1	
Total, n	2726	187	2678	7274	
					P=0,000

Tabel 6: Kommunikationsform (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
møde (%)	10,1	14,1	10,4	11,2	
telefon (%)	25,5	14,6	51,2	32,4	
e-mail/EDIFACT (%)	25,6	2,8	1,3	10,7	
telefax (%)	4,7	2,0	2,9	3,4	
post (%)	34,0	66,6	34,1	42,3	
Total, n	2741	1849	2762	7352	
					P=0,000

Tabel 7: Tidsforbrug (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
0-5 min (%)	37,8	47,6	60,3	48,7	
6-15 min (%)	52,3	47,8	29,2	42,5	
mere end 15 min (%)	9,9	4,6	10,5	8,8	
Total, n	2755	1873	2755	7383	
					P=0,000

Tabel 8: Emne for kommunikation (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
sygdomsproblem (%)	93,4	96,5	39,0	73,9	
medicinproblem (%)	2,1	0,6	17,8	7,6	
plejeproblem (%)	0,1	0,3	4,3	1,7	
socialt problem (%)	0,5	0,5	12,1	4,8	
attest (%)	0,2	0,4	21,1	8,0	
andet (%)	3,7	1,8	5,6	3,9	
Total, n	2781	1887	2769	7437	
					P=0,000

Tabel 9: Vigtighed af lægefaglig viden (audit)

	Sygehus	Spec.læge/ fysioterap.	Kommune	Total	p-værdi, chi ²
meget vigtigt (%)	44,9	28,9	23,5	32,8	
vigtigt (%)	47,0	54,0	55,1	51,8	
mindre vigtigt (%)	7,3	15,9	18,5	13,6	
slet ikke vigtigt (%)	0,9	1,2	2,9	1,7	
Total, n	2744	1882	2731	7357	
					P=0,000

Tabel 10 : Tidsforbrug opdelt på emne for kontakt (audit)

	0-5 min	6-15 min	> 15 min	Total	p-værdi, chi ²
sygdomsproblem (%)	70,32	80,53	62,76	73,95	
medicinproblem (%)	13,21	2,57	1,63	7,70	
plejeproblem (%)	2,09	1,06	1,95	1,64	
socialt problem (%)	4,41	4,62	9,43	4,94	
attest (%)	5,97	8,11	17,40	7,89	
andet (%)	4,00	3,11	6,83	3,88	
Total, n	3400	2922	615	6937	
					p=0,000

Tabel 11: Kontaktform opdelt på kontaktemne (audit)

	Sygdoms- problemer	Medicin- problemer	Pleje- problemer	socialt	attest	andet	Total
møde (%)	12,3	5,6	12,5	17,5	7,6	10,3	11,6
telefon (%)	28,4	75,1	71,4	49,6	9,2	29,8	32,3
mail/EDIFACT(%)	13,4	2,4	1,8	1,8	0,4	5,5	10,4
telefax (%)	3,2	7,7	3,6	1,2	0,5	5,2	
post (%)	42,7	9,2	10,7	30,0	82,3	49,3	
Total, n	5106	534	112	343	555	272	6922

Tabel 12: Kontaktinstans og kommunikationsform (audit)

	Møde	Telefon	Mail/ EDIFACT	Telefax	Post	Total
sygehusindlæggelse/ ambulatorium (%)	23,22	25,50	52,97	34,63	20,72	26,37
røntgen og anden billeddiagnostik (%)	10,44	3,81	36,24	17,32	9,34	10,74
praktiserende speciallæge (%)	23,34	6,74	5,12	12,55	28,50	17,90
fysioterapi (%)	8,48	4,75	1,11	3,03	11,21	7,48
ældre-/hjemmepleje (%)	14,74	39,07	1,94	24,68	1,73	16,12
sundhedspleje (%)	2,33	5,28	0,14	3,03	0,48	2,30
sygedagpengekontor (%)	6,76	1,91	0,00	0,43	9,04	5,24
socialforvaltning i øvrigt (%)	4,55	6,52	0,97	0,43	7,78	6,04
anden instans (%)	6,14	6,43	1,52	3,90	11,21	7,82
Total, n	814	2,255	723	231	2,944	6,967

Logistisk regressionsanalyse

Her sammenlignes systematisk i forhold til den nul-kodede kategori, både for afhængige variabel (øvrige sundhedsvæsen – kommune) og de uafhængige (forklarende) variable.

Tabel 13: Logistisk regressionsanalyse af forskelle mellem kontakter til "øvrige sundhedsvæsen" og kommune ("øvrige sundhedsvæsen"=0)

	Odds ratio	Standard fejl	z	P>z	95% konfidensinterval	
AMT (Fyn=0)						
Kbh. Amt	0,5795569	0,072049	-4,39	0,000	0,4542312	0,7394609
Roskilde Amt	0,4474412	0,0760069	-4,73	0,000	0,3207319	0,6242086
Ringkjøbing Amt	0,8158564	0,1039122	-1,60	0,110	,6356233	1,047195
Nordjyllands Amt	0,8595932	0,1096432	-1,19	0,236	0,6694531	1,103737
Køn (kvinde=0)						
Mand	0,9631891	0,0853051	-0,42	0,672	0,809701	1,145773
Alder	1,024698	0,0019892	12,57	0,000	1,020806	1,028604
Kom.-vej, (Fra alm praksis=0)						
Til alm. Prak	13,20945	1,366194	24,95	0,000	10,78572	16,17785
Hast (haster ikke=0)						
Akut	1,199607	0,1323714	1,65	0,099	0,9663017	1,489243
Kom.-form (post=0)						
Møde	0,8028108	0,1178138	-1,50	0,134	0,6021407	1,070356
Telefon	1,350379	0,1550484	2,62	0,009	1,078256	1,691178
Mail	0,1307166	0,0321726	-8,27	0,000	0,0806917	0,2117545
Fax	0,8306355	0,2065884	-0,75	0,456	0,5101608	1,352427
Emne for komm. (Sygdom=0)						
Medicinproblem	9,765142	1,697767	13,11	0,000	6,945263	13,72993
Plejeproblem	25,07371	10,62633	7,60	0,000	10,92638	57,53883
Socialt problem	96,37322	24,15791	18,22	0,000	58,96378	157,517
Attest	451,8547	150,0147	18,41	0,000	235,723	866,1553
Andet	7,811517	1,317632	12,19	0,000	5,6125	10,87212
Tidsforbrug (0-5 min.=0)						
5-15 min	0,6674298	0,0654979	-4,12	0,000	0,5506471	0,8089802
> 15 min	1,028819	0,1687364	0,17	0,862	0,7459908	1,418876
Lægefaglig viden (Vigtig=0)						
Meget vigtigt	0,6131829	0,0620306	-4,83	0,000	0,5028994	0,7476512
Mindre vigtigt	0,9316579	0,1244213	-0,53	0,596	0,7171004	1,210411
Slet ikke vigtigt	1,341348	0,4087844	0,96	0,34	0,7381287	2,437533

Som eksempel kan amts-variablen betragtes. For at støtte ved tolkningen er den simple bivariate tabel for amtsfordelingen af kontakter til det øvrige sundhedsvæsen og kommuner medtaget som tabel 14.

Tabel 14 viser, at Fyns Amt skiller sig ud ved, at have relativt flere henvendelser til/fra kommunerne.

Tabel 14: Fordeling af kontakter til øvrige sundhedsvæsen og kommuner fordelt på amter

	Fyns Amt	København Amt	Roskilde Amt	Ringkjøbing Amt	Nordjyllands Amt	Total
øvrige sundhedsvæsen (%)	59,9	70,8	70,7	58,1	56,7	62,8
kommuner (%)	40,1	29,2	29,3	41,9	43,3	37,2
Total, n	1812	1783	737	1397	1384	7113

Set i forhold til odds-ratioerne i den logistiske regressionsanalyse i tabel 1 fører det til, at odds-ratioerne systematisk er mindre end 1 for de fire øvrige amter, dvs. sammenlignet med Fyns Amt er der en mindre hyppighed af kontakter til kommunerne (den nul-kodede afhængige variabel) i de øvrige fire amter. Forskellene mellem Københavns og Roskilde Amter og Ringkjøbing og Nordjyllands Amter i forhold til Fyn i tabel 2 fremgår tydeligt af størrelsen af odds-ratios i tabel 1, der alle er mindre end én, hvilket betyder, at hyppigheden af kommunekontakter er lavere end for Fyns Amt. Af signifikanstestene i tabel 1 ses endvidere, at der er en signifikant forskel sammenlignet med Fyn for Københavns og Roskilde Amter, medens forskellen mellem Ringkjøbing og Nordjyllands Amter og Fyns Amt ikke er signifikant. Chi²-testen af tabel 2 er signifikant, men man kan ikke uden nærmere analyse umiddelbart afgøre, hvad der især 'bidrager' til den signifikante forskel. Det kan man imidlertid umiddelbart gøre ud fra den logistiske regressionsanalyse.

En væsentlig egenskab ved den logistiske regressionsanalyse sammenlignet med den simple bivariate sammenhæng i tabel 2 er, at der ved beregningen af odds ratios kontrolleres for forskelle i de øvrige uafhængige (forklarende) variable, fx hvis der er forskelle i køns- og aldersfordelingen imellem amterne. For eksempel viser en særskilt analyse, at gennemsnitsalderen i Nordjylland er 56 år, 55 år for Fyn og 52 år i de øvrige tre amter. Kønsfordelingen er heller ikke ens. Således er der kun 33% mænd i materialet fra Københavns Amt sammenlignet med 39% for Fyns Amt.

Odds ratioer, som er mindre end 1, betyder således, at der sammenlignet med den nul-kodede kategori er en lavere hyppighed. Der er således en svag tendens til, at kommunekontakterne for mænd er lavere end for kvinder (odds ratio = 0,96), men forskellen er dog ikke signifikant. Tilsvarende betyder en odds-ratio, der større end 1, at den givne parameter optræder med større hyppighed. For eksempel ses, at odds-ratioen for medicinproblemer er 9,77. Der er således en meget klar tendens til, at kommunekontakter er karakteriseret ved en større hyppighed af kontakter vedrørende medicineringsproblemer end sygdomsproblemer (den nul-kodede kategori i variabelen for 'emne for kommunikation') – en forskel, der er signifikant. Mere præcis er hyppigheden 9,77 større for medicineringsproblemer sammenlignet med sygdomsproblemer.

Det samlede indtryk af tabel 13 ændrer imidlertid ikke afgørende ved resultaterne i de simple analyser bag figurerne foran.

Appendiks II: Historisk perspektiv

Resultatet fra nærværende undersøgelse viser overbevisende, at hovedaksen kontaktmæssigt er mellem almen praksis og sygehusvæsenet, hvilket bl.a. er en følge af almen praksis' portvagtfunction og brug af sygehusenes faciliteter, fx laboratorier. Meget peger derfor på, at almen praksis og speciallægepraksis normalt skal være på samme myndighedsniveau som sygehusene, vurderet ud fra hensyn til samarbejdet og samarbejdets karakter.

Det er imidlertid af betydelig interesse at se, hvorledes dette harmonerer med antagelserne bag sygesikringens placering hos amterne i 1973 samt relationen til det aktuelle forslag om at dele myndighedsansvaret.

Nedlæggelsen af sygekasserne i 1973 rejste naturligt spørgsmålet om almen praksis' tilhørsforhold, (11). Når man følger dagens debat, får man let en fornemmelse af déjà vu, men desværre kender eller genkalder de fleste sig ikke denne debat. En stor del af dagens diskussion ville i givet fald kunne kortes ned og fokuseres.

Op til socialreformen, der fulgte i kølvandet på kommunalreformen, var der forslag om alt fra ét socialt supermarked med én (primær)kommunal indgang over helsecentre til kommunal ansættelse af praktiserende læger. Der blev talt meget om de socialmedicinske aspekter – svarende til tidsånden sidst i 60'erne og først i 70'erne. Dette skyldtes, at de daværende sygekasser varetog en række funktioner, som i dag er henlagt til primærkommunerne, fx administrationen af sygedagpenge, og som derfor medførte, at sygekasserne også håndterede en række problemstillinger af ren social karakter. Derfor førte debatten om, hvad der skulle sættes i stedet for sygekasserne, naturligt til en fokusering også på det sociale område. I debatten var der stort set enighed om, at kommunerne havde behov for socialmedicinsk bistand, og at det kunne ordnes via tilknytning af (almen)lægelige konsulenter.

Med betænkning 543 fra 1969 og den efterfølgende lov om offentlig sygesikring (12), sluttede debatten, omend den konkrete udformning af især samarbejdet mellem social- og sundhedstjenesten blev analyseret i den såkaldte Wechseltmann-betænkning fra 1973 (12-13). I betænkningen findes en redegørelse for praksisplanlægning, de praktiserende lægers bistand til socialforvaltninger samt mere generelt samarbejdet mellem de praktiserende læger, den sociale forvaltning og kommunernes sundhedspersonale.

Det er værd at rekapitulere argumenterne for den løsning, der kendes i dag, og som nu i nogle forslag foreslås ændret, jf. indledningen.

I bemærkningerne til lovforslaget hed det klart og præcist, altovervejende baseret på Socialreformkommissionens første betæknings kapitel (14):

”Administrationen af den offentlige sygesikring foreslås i hovedsagen henlagt til kommuner og amtskommuner. Ved fordelingen af opgaverne er der lagt vægt på, at opgaver, der forudsætter en let adgang for borgerne til personlig kontakt med myndighederne, henlægges til kommunerne. De opgaver, der vedrører ordningen økonomi, samordningen med sygehusvæsenet eller samarbejde med vedkommen lægekredsforening, foreslås henlagt til det amtskommunale plan. Når det foreslås at henlægge opgaver, der har forbindelse med sygesikringens økonomi, til amtskommunerne, står det i forbindelse med sammenhængen mellem sygesikringens ydelser på den ene side og det of-

fentlige sygehusvæsen på den anden. En udbygning af patientbehandlingen ved praktiserende læger og de øvrige ydelser inden for den offentlige sygesikring vil medvirke til at aflaste det offentlige sygehusvæsen, og en sådan udvikling forekommer samfundsmæssigt at være meget ønskeligt. Muligheden for at fremme en udbygning af den offentlige sygesikring synes bedst at blive tilgodeset, hvis den samme myndighed, der har indflydelse på udbygningen af sygehusvæsenet, også har mulighed for at øve indflydelse på omfanget af sygesikringens ydelser. Amtskommunerne, der i forvejen har ansvaret for sygehusvæsenet, vil ved gennemførelse af forslaget tillige få indflydelse på sygesikringens ydelser og omfang ...”, (15).

Næsten punkt for punkt vedrører disse udsagn dagens debat. Spørgsmålet er, om der siden 1970/71 er indtrådt så afgørende ændringer, at det giver anledning til at genoverveje placeringen af almen praksis. En ordning er jo ikke god, blot fordi man har haft den i mange år.

Der kan skelnes mellem

- Indgangsprincippet
- Koordinerings-/substitutions-/komplementaritetsprincippet

hvor det første vedrører visse administrative funktioner, som naturligt skal være tæt på borgerne, medens det sidste er et spørgsmål om faglig sammenhængskraft. Begge principper var i spil ved dannelsen af den nuværende sygesikring. I dagens debat er der desværre ikke en klar skelnen. Især anvendes den nutidige udformning af indgangsprincippet – 'borgernær kontakt' i en løs betydning, hvilket vanskeliggør en klar debat.

Kommunernes Landsforening fremfører i dag med rette, at den borgernære indgang bør være kommunerne (16), men denne tænkning fandtes allerede ved dannelsen af sygesikringen i 1973. Det førte fx til, at en borgernær administrativ procedure - administration af sygesikringsbeviserne, kørselsordning til almen praksis og lægevalg – blev henlagt til kommunerne. Det er der ingen, der ønsker at ændre.

I 2003-udgaven af indgangskriteriet er det nu blevet til, at kommuner skal løse opgaverne på de områder, hvor borgerkontakten er størst. Hvordan det skal tolkes er imidlertid uklart. For eksempel er den direkte borgerkontakt med sygehusvæsenet og praktiserende speciallæger også ganske høj – fx højere end på sygedagpenge og mange andre kommunale områder, men der er ikke ønske om, at dette gøres til primærkommunale opgaver. Det er derfor ikke indlysende at almen praksis ud fra dette kriterium skal være primærkommunal, om end kontakthypigheden med befolkningen ubestrideligt er høj – nok den højeste for nogen offentligt finansieret opgave.

Med hensyn til koordineringen i trekanten praksissektoren-sygehusvæsenet-kommunerne blev der i loven indført et §23.2-udvalg, det såkaldte samordningsudvalg, hvori skulle sidde en repræsentant fra kommuneforeningen i amtet. Medlemmerne af samordningsudvalget, dvs. også repræsentanten fra kommuneforeningen, indgik sammen med et lige så stort antal medlemmer udpeget af lægekredsforeningen i det såkaldte fællesudvalg (§23.4-udvalget), som bl.a. skulle forestå praksisbeskrivelser- og planlægning. Disse udvalg blev dog afskaffet, da sygesikringsloven i 1994 blev udvidet med en bestemmelse om sundhedsplanlægning (§27 i sygesikringsloven). Det hedder bl.a. i §27b, at amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtskommunen i fællesskab skal etablere et samarbejde om den amtskommunale og den kommunale indsats på sundhedsområdet samt mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Grundlæggende søger bestemmelserne i §27

således at sikre en bedre koordinering mellem det amtslige og primærkommunale niveau. Der er indtil nu gennemført to planrunder, og erfaringerne har været blandede (17).

Hertil kommer, at Frederiksberg og Københavns Kommune i alle årene har haft ét medlem af Sygesikringens ForhandlingsUdvalgs, SFU, syv medlemmer. Endvidere udpeger KL to repræsentanter, som deltager i SFUs møder, men det er i modsætning til statens tilsvarende to repræsentanter kommunalpolitikere. Der har således i alle årene været rig anledning til lokalt og centralt at påvirke samarbejdsmulighederne mellem kommunerne og almen praksis. Allerede i 1976 kom socialmedicinske ydelser med i overenskomsten mellem P.L.O. og SFU – ydelser som eksplicit var rettet mod kommunerne. Det er ydelser som initierer på kommunernes foranledning, dvs. når der opleves et behov. Udnyttelsen har været relativt beskedent, jf. tekstrammen.

Det fremgår, at man i 1970/71 fandt, at det tætteste faglige tilhørsforhold var mellem almen praksis og sygehusvæsenet. Det var tæt på at være så selvfølgelig, at det ikke blev diskuteret, men snarere konstateret. Der indgik naturligt nok ikke et spørgsmål om befolkningsunderlag, således som der misforstået gøres i sektoranalysen 2, men alene et spørgsmål om faglig sammenhængskraft: substituerende og komplementære ydelser. Dette blev kombineret med et myndighedsargument gående ud på, at hvis almen praksis og sygehusvæsenet er under samme myndighed med økonomisk ansvar vil det fremme substitutions- og komplementaritetstænkning. Der var også et erkendt koordinationsbehov med den kommunale indsats, jf. ovenstående.

Forsøget på at skabe bedre sammenhæng mellem almen praksis og sygehusvæsenet har givet sig flere udslag. På centralt niveau blev sygesikringsområdet i 1983 overført fra Socialministeriet til Indenrigsministeriet (det daværende 'Sundhedsministerium').

Sygesikringsloven blev derfor ændret. Én ændring i kølvandet af den ministerielle resortændring var, at amterne blev stillet frit med hensyn til, hvilket politisk udvalg sygesikringen var underlagt. Begrundelsen var bl.a., at man ønskede at forbedre muligheden for en bedre koordination mellem praksis- og sygehussektoren. Hidtil havde det været social- og sundhedsudvalget. På det politisk-administrative niveau indførte Ringkjøbing Amt og Vejle Amt i 1987 et fælles politisk udvalg for sygesikrings- og sygehusområdet – et sundhedsudvalg – og der blev dannet enhedsforvaltninger, sundhedsforvaltninger. Det har man i dag gjort i 12 af de 14 amter, senest Københavns Amt og Roskilde Amt per 1. januar 2003. Formålet med reorganiseringen var at sikre et helhedssyn på sundhedsvæsenet, fx en mere integreret sundhedsplanlægning og bedre samarbejdslinjer mellem sygehusene og almen praksis, når der var tale om samme politiske udvalg.

På det faglige plan begyndte man i 1991 i Fyns Amt at arbejde med praksiskoordinatorer (18).

I dag har denne konstruktion bredt sig til hele landet med mere end 300 praksiskoordinatorer (7). For et amt som Fyns Amt beløber de samlede udgifter sig til 2,5 mio. i 2001, hvoraf knap kr. 900.000 går til praksiskonsulenterne (18).

Praksiskoordinatorarbejdet har især rettet sig mod at forbedre koordinering og samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene. Sigtet er imidlertid bredere. Således står der i Håndbog for Praksiskonsulenter i Fyns Amt fra 1998, at det er ønsket, 'at opbygge det netværk, der er i stand til at bidrage positivt til samarbejdet mellem sygehusvæsenet, primærsektoren og den kommunale hjemmepleje'.

Det skal også bemærkes, at der i to kommuner, København og Frederiksberg, faktisk findes en ordning, hvor almen praksis myndighedsmæssigt er henlagt til primærkommunen, medens H:S varetager sygehusopgaven. Der findes desværre ikke nogen systematisk vurdering af, om det har ført til et bedre og mere integreret samarbejde mellem de alment praktiserende læger og de relevante dele af de pågældende kommuners socialtilbud, især på ældreområdet. Det umiddelbare indtryk er ikke, at det fungerer bedre de steder. Praksiskonsulentordningen blev indført tidligt, 1991/2, men en ny aftale, som formelt og reelt medinddrog H:S, blev først indgået i 2001.

Det har før været foreslået, at man kunne ændre almen praksis' myndighedsmæssige tilhørsforhold. I betænkningen om praksissektorens organisation fra 1986 (19) var der således et forslag om eventuel primærkommunal tilknytning af almen praksis, men betænkningen blev forbavsende hurtigt arkiveret lodret. Primærkommunerne viste den gang ingen interesse for forslaget.

Vigtighed af lægefaglig viden ved praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet.

