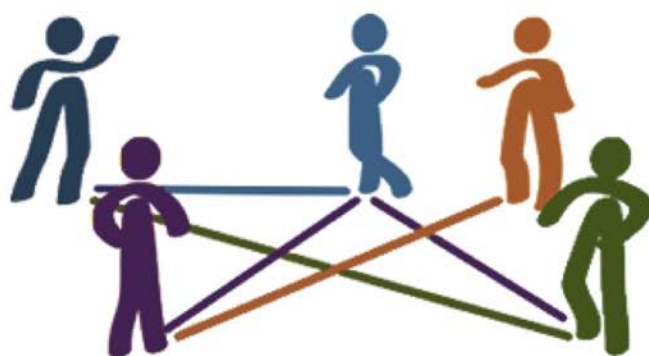


# Perspektiver på samarbejdet mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse: *en kvalitativ undersøgelse*



## Forskningsenheden for Almen Praksis

J.B. Winsløws Vej 9A  
5000 Odense C

Af Elisabeth Assing Hvidt, Gabrielle Isidora Søgaard,  
Jens Søndergaard, Lars Bruun Larsen & Trine Thilsing

## Indhold

<b>Forord</b> .....	1
<b>1. Baggrund</b> .....	3
1.1 De sundhedspolitiske rammer om det tværsektorielle samarbejde i Danmark .....	3
1.2. Formål .....	4
1.3. Læsevejledning.....	4
<b>2. Design og metode</b> .....	5
2.1. Projekt­mæssig forankring: Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF) .....	5
2.2. Design .....	5
2.3. Rekruttering .....	6
2.3.1. Kommunale sundhedsprofessionelle .....	6
2.3.2. Læger .....	6
2.4. Deltagere .....	7
2.5. Datagenerering.....	8
2.6. Analyse.....	8
<b>3. Resultater</b> .....	9
3.1. Lægernes konkrete erfaringer med samarbejdet.....	9
3.1.1. Samarbejds­møder.....	9
3.1.2. Praksiskonsulent­funktionen.....	9
3.1.3. Kendskab til kommunens tilbud .....	10
3.1.4. Henvisnings­procedure.....	11
3.2. Lægernes opfattelse af relevans.....	12
3.2.1. Sundheds­fremme og forebyggelse i egen praksis .....	12
3.2.2. Prioritering .....	13
3.3. Lægernes perspektiver på fremmende og hindrende faktorer .....	14
3.3.1. Ressourcer og kapacitet.....	14
3.3.2. IT som samarbejds­værktøj.....	16
3.3.3. Fysiske møder og relations­dannelse .....	18
3.3.4. Tidlig inddragelse af lægernes perspektiv og dialog om meningsfuldhed .....	18
3.4. De kommunale sundheds­professionelles erfaringer med samarbejdet.....	19
3.4.1. Svært at komme ”i mål” med samarbejdet? .....	19
3.4.2. Afhængighed af lægerne.....	20
3.4.3. Store forskelle i samarbejds­villighed .....	21
3.5. De kommunale sundheds­professionelles opfattelse af relevansen af samarbejdet.....	22
3.5.1. ”Det fylder bare så lidt hos lægerne” .....	22
3.6. De kommunale sundheds­professionelles perspektiver på fremmende og hindrende faktorer.....	24
3.6.1. Manglende tid og honorering.....	24
3.6.2. IT som samarbejds­værktøj.....	25
3.6.3. Fysiske møder og relations­dannelse .....	27
3.7. Kommunikations­strategier .....	28
3.7.1. Tidlig inddragelse og afdækning af behov .....	28
3.7.2. ”Gøre det så nemt for lægerne som muligt” .....	29
3.7.3. Ikke stille lægens faglighed i tvivl .....	30

<b>4. Emner og strategier i det videre samarbejde</b> .....	32
4.1. Ressourcer og kapacitet.....	32
4.2. Holdning til samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse.....	32
4.3. Tidlig inddragelse, sam-arbejde, relevans og ligestilling.....	33
4.4. Kommunikationsform – hvilken og hvornår? .....	34
4.6. Relationel koordinering.....	35
<b>5. Sammenfatning af resultater</b> .....	37
5.1. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles <i>erfaringer</i> med samarbejdet omkring forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens borgere? .....	37
5.2. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles <i>holdninger</i> til det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?.....	38
5.3. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles <i>perspektiver</i> på hæmmende og fremmende faktorer i forhold til implementering af tværsektorielle forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer? .....	39
<b>Referencer</b> .....	41
<b>Bilag</b> .....	42
Interviewguide (kommune) for projektet: Samarbejde mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse.....	42
Interviewguide (almen praksis) for projektet: Samarbejde mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse.....	45

## Forord

Samarbejdet mellem almen praksis og kommuner om sundhedsfremme og forebyggelse blev aktualiseret med strukturreformen i 2007, hvor kommunerne og almen praksis fik tildelt et nyt, *fælles* ansvarsområde: *at fremme borgernes sundhed og forebygge, at sygdom opstår og udvikler sig yderligere.*

Ti år senere forekommer det relevant at undersøge og evaluere samarbejdet mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse med henblik på at opnå ny viden, der kan bruges i arbejdet med at kvalitetsoptimere samarbejdet.

Formålet med dette projekt har derfor været at undersøge samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse mellem almen praksis og kommune med særligt fokus på erfaringer med, holdninger til og perspektiver på samarbejdet blandt praktiserende læger og kommunale sundhedsprofessionelle.

Undersøgelsen, der ligger til grund for rapporten, er finansieret af *Region Syddanmark, Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde*. Undersøgelse og rapport er blevet til i en projektgruppe bestående af: Post Doc Elisabeth Assing Hvidt, videnskabelig medarbejder Gabrielle Isidora Søgaard, forskningsleder Jens Søndergaard, ph.d. studerende Lars Bruun Larsen og seniorforsker Trine Thilsing.

Projektgruppen ønsker at takke de personer, der har taget sig tid til at deltage i undersøgelsens kvalitative interview: praktiserende læger og kommunale sundhedsprofessionelle fra syv kommuner i Region Syddanmark.

*Odense, oktober 2017*

Elisabeth Assing Hvidt,  
Post Doc, ph.d., mag.art.  
Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense  
Syddansk Universitet

Gabrielle Isidora Søgaard,  
Videnskabelig medarbejder,  
cand.scient.san.publ.  
Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense  
Syddansk Universitet

Jens Søndergaard,  
Forskningsleder, professor, praktiserende læge,  
ph.d., klin.farm.  
Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense  
Syddansk Universitet

Lars Bruun Larsen,  
Ph.d. studerende, cand.scient.san.publ.  
Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense  
Syddansk Universitet

Trine Thilsing,  
Seniorforsker, Ph.d., DVM  
Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense  
Syddansk Universitet

# 1. Baggrund

## 1.1 De sundhedspolitiske rammer om det tværsektorielle samarbejde i Danmark

Som en central del af Regeringens vision om ét sammenhængende sundhedsvæsen understreges vigtigheden af et effektivt samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse mellem kommuner, almen praksis og sygehuse (1).

Samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om sundhedsfremme og forebyggelse blev aktualiseret med strukturreformen i 2007, hvor kommunerne fik nye ansvarsområder i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering og almen praksis fik tildelt en central rolle med hensyn til at identificere og henvise relevante borgere til de kommunale sundhedstilbud (2, 3).

Med overenskomsten for almen lægegerning af 1. april 2011, blev det fastsat, at der i alle kommuner skal etableres kommunalt-lægelige udvalg (KLU) med henblik på at bidrage til, at lægerne og kommunerne fik en styrket dialog og et mere integreret samarbejde om den brede vifte af emner, der blev opfattet som værende fælles for kommunernes og lægernes indsats på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet (4). Ligeledes var anbefalingen, at der i hver kommune skulle ansættes én eller flere praksiskonsulenter - praktiserende læger ansat af kommunen til at facilitere samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger (5).

Lovgivningsmæssigt lægges der således op til, at både kommuner og almen praksis har som kerneopgave at fremme borgernes sundhed og forebygge, at sygdom opstår og udvikler sig yderligere. En nødvendig forudsætning for at sikre sammenhængende forløb på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet er et velfungerende samarbejde mellem kommuner og almen praksis med udveksling af information om borgernes behov og aktuelle sundhedstilbud (2, 6).

I 2014 præsenterer Sundhedsstyrelsen deres pjece ”Samarbejde om forebyggelse. Anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner” som et dialogværktøj (7). I pjecen bliver der sat fokus på udviklingspotentialer i samarbejdet og i afsnittet *Veje til det gode samarbejde*, præsenteres en række aftaler, planer, fora og funktioner, som kan danne fundamentet for det gode samarbejde mellem almen praksis og kommunen, hvilket munder ud i de følgende fire anbefalinger:

- Almen praksis og kommunen bruger sundhedsaftale, praksisplan og det kommunalt-lægelige udvalg til at sikre gode rammer og aftaler for forebyggelsessamarbejdet.
- Almen praksis og kommunen sikrer, at det kommunalt-lægelige udvalg drøfter forebyggelsesopgaver og samarbejdet om forebyggelse.
- Almen praksis og kommunen gør brug af kommunale praksiskonsulenter i forebyggelsessamarbejdet mellem almen praksis og kommunen

- Almen praksis og kommunen overvejer at lave et netværk for kommunale praksiskonsulenter i samarbejde med regionen og sætter forebyggelse på netværkets dagsorden (7).

Ovenstående anbefalinger følges op med et afsnit om *Kendetegn ved det gode samarbejde*, hvor temaer som kommunikation, relationer, tillid og gensidig respekt for hinandens faglighed, tid og arbejdsmåder præsenteres som en vigtig forudsætning for samarbejdet. Desuden lægges der vægt på at ”Det er en god idé med jævne mellemrum at reflektere over og evaluere det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse for at undersøge mulighederne for forbedring... så parterne kan opnå ny viden og højne kvaliteten” (7).

## 1.2. Formål

Formålet med indeværende kvalitative projekt er at undersøge samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse mellem almen praksis og kommune med særligt fokus på erfaringer med, holdninger til og perspektiver på samarbejdet blandt praktiserende læger og kommunale sundhedsprofessionelle. Undersøgelsen søger at besvare følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles *erfaringer* med samarbejdet omkring forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens borgere?
2. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles *holdninger* til det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?
3. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles *perspektiver* på hæmmende og fremmende faktorer i forhold til implementering af tværsektorielle forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer?

## 1.3. Læsevejledning

Denne rapport består af fire kapitler. Første kapitel er en introduktion til rapporten med en beskrivelse af baggrund, formål samt forskningsspørgsmål. I kapitel to beskriver vi undersøgelsens design, herunder datagenereringsmetode, deltagerne i interviewundersøgelsen og måden, hvorpå de er blevet rekrutteret, samt den anvendte analysemetode. I kapitel tre præsenteres resultaterne fra de kvalitative interview med deltagerne. I kapitel fire følger vi op på resultaterne ved at præsentere specifikke anbefalinger for det fremtidige arbejde med at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommuner på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. I kapitel fem rundes rapporten af med en sammenfatning af resultaterne.

## 2. Design og metode

### 2.1. Projekt­mæssig forankring: Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF)

Nærværende kvalitative undersøgelser informeres af og udføres parallelt med et større forsknings- og samarbejdsprojekt ”Tidlig Opsporing og Forebyggelse” (TOF), der har til formål at foretage en tidlig og systematisk opsporing af borgere med usund livsstil og risiko for livsstilssygdomme samt tilbyde målrettede og sammenhængende forebyggelsesforløb for disse borgere i almen praksis og kommunen (6). Bag TOF projektet står Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark, ti syddanske kommuner, praktiserende læger i projektkommunerne, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed og Region Syddanmark. I efteråret 2016 blev TOF gennemført som pilotprojekt i to af de ti deltagerkommuner: Varde og Haderslev kommuner. Nærværende kvalitative undersøgelser har med dets fokus på praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles subjektive erfaringer med, holdninger til og perspektiver på det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme mulighed for at generere en dybdegående forståelse af de bagvedliggende mekanismer, der betinger det tværsektorielle samarbejdes karakter. Det er således et håb, at viden herom vil kunne anvendes bredt i arbejdet med at kvalitetsoptimere samarbejdet mellem almen praksis og kommune på forebyggelse- og sundhedsfremmeområdet.

### 2.2. Design

Undersøgelsens metodedesign er forankret i en kvalitativ forskningstilgang (8). Data er genereret gennem semistrukturerede, kvalitative individuelle- og fokusgruppeinterview med praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale fra syv kommuner i Region Syddanmark. Fokusgruppemetodologien blev vurderet relevant, idet den kan give anledning til en gruppedynamik, der fremmer en dynamisk udveksling af deltagernes meninger og erfaringer og kan anvendes specifikt til at afdække nuancer og variationer i det kommunale sundhedspersonales og lægers opfattelse af faktorer, der fremmer og faktorer, der forhindrer implementering af tværsektorielle forebyggelsesinitiativer (f.eks. holdning til forebyggelse, økonomi, arbejdsbyrde, tværsektorielt samarbejde og kommunikation mv.). De individuelle interview blev anvendt i de tilfælde, hvor det ikke var muligt at samle flere medarbejdere til et gruppe-interview.



## 2.3. Rekruttering

### 2.3.1. Kommunale sundhedsprofessionelle

Invitation til deltagelse med detaljeret information om projektet blev sendt ud til sundhedscheferne i otte kommuner. Repræsentanter fra Kommunegruppen i TOF hjalp til med at skabe opmærksomhed om deltagelse i TOF-projektets egne deltagerkommuner. Som opfølgning på informationsmaterialet blev der taget telefonisk kontakt til de kommunale sundhedschefer, som kunne udpege mulige deltagere med relevant indsigt og arbejdsansvar i forhold til projektet. Efterfølgende var der mailkorrespondancer og telefonkontakt med de udpegede kommunale medarbejdere med henblik på yderligere information om deltagelse samt aftale om interviewtidspunkt. Nogle af deltagerne ønskede at få interview-guide tilsendt inden interviewet således, at de kunne forberede sig på interviewet. Det blev tilstræbt at rekruttere minimum 16 deltagere fordelt over fire grupper: to grupper med hver fem deltagere og to blandede grupper med hver tre deltagere fra kommunen og tre praktiserende læger.

### 2.3.2. Læger

Der blev sendt informationsmateriale ud med posten til 67 læger i 26 forskellige klinikker i projektkommunerne. Efterfølgende blev der fulgt op telefonisk til lægesekretærene. Flere sekretærer afviste på forhånd lægernes deltagelse med den begrundelse, at lægerne ikke ønskede at deltage i ”den slags projekter”. Med nogle sekretærer, der ikke kunne lokalisere informationsmaterialet, blev det aftalt, at vi eftersendte materialet elektronisk til klinikkens e-mail adresse, hvorefter sekretærene ville videresende det til lægernes mail eller printe det ud og lægge det i frokoststuen. Denne rekrutteringsstrategi resulterede i tre positive tilkendegivelser om deltagelse i interview fra lægerne selv.

Da første rekrutteringsstrategi viste sig at være vanskelig, blev der dernæst taget kontakt til PLO-K-formændene i hver kommune med henblik på, at de kunne anbefale projektet til kolleger. To læger blev rekrutteret ad denne vej. Der havde været kontakt til to andre læger, som havde tilkendegivet deres interesse, men som af tidsmæssige årsager alligevel ikke kunne deltage. Derudover blev der rekrutteret seks deltagere ved kontakt til en praktiserende læge, som tidligere havde været behjælpelig med rekruttering af lægekolleger i forbindelse med andre forskningsprojekter.

Det blev tilstræbt at rekruttere minimum 16 deltagere fordelt over fire grupper: to grupper med hver fem deltagere og to blandede grupper med hver tre praktiserende læger og tre kommunale sundhedsprofessionelle. I forhold til ambitionen om at sammensætte grupper med både

læger og sundhedsprofessionelle, viste det sig at være urealiserbart, idet hverken læger eller kommunale sundhedsprofessionelle ønskede at bruge tid på transport på trods af tilbud om transportrefusion. Vi var derfor nødsagede til at foretage interviews med grupper bestående af enten kommunale sundhedsprofessionelle eller praktiserende læger.

## 2.4. Deltagere

I alt deltog 22 kommunale sundhedsprofessionelle og læger fra syv kommuner i interviewene. Deltagerne var fordelt på fem fokusgrupper (à 2-6 deltagere) og to individuelle interviews. Se Tabel 1 for oversigt over deltagere.

**Tabel 1:** Oversigt over deltagere

	<b>Kommunale sundhedsprofessionelle (KSP)</b>	<b>Praktiserende læger (PL)</b>
Gruppe 1+2 Kommune 1	N=3, kvinder, alle <50 år Sundhedspilot, 2 forløbskoordinatorer	N=6, 3 kvinder, 1 <50 år, 2 >50 år (1 praksiskonsulent). 3 mænd, 2 <40 år, 1 >50 år
Gruppe 3 Kommune 2	N=3, kvinder, 1 <50 år, 2 >50 år 1 teamleder, 1, sundhedsplanlægger og 1 sundhedsfaglig medarbejder	
Gruppe 4 Kommune 3 + 4	N=4, 2 kvinder fra kom. 3 og 2 kvinder fra kom. 4 1 Sundhedskonsulent, 2 forløbskoordinatorer og 1 projektmedarbejder	
Gruppe 5 Kommune 5		N=2, 1 mand, >50 år 1 kvinde, <50 år (praksiskonsulent)
Individuelt interview 1 + 2 Kommune 6	N=1, 1 Kvinde, >50 år udviklingskonsulent	N=1, 1 Mand, <50 år
Gruppe 6 Kommune 7		N=2, 2 mænd, >50 år
<b>I alt</b>	11	11

De sundhedsprofessionelle deltagere fra kommunerne besad forskellige jobfunktioner. Nogle var sundheds- eller udviklingskonsulenter med ansvar for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, andre var medarbejdere med en koordinerende rolle i forhold til arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme (forløbs- eller sundhedskoordinatorer), og atter andre var projektansatte medarbejdere. Det er således vigtigt for den videre læsning af rapporten, at man tager i betragtning, at de sundhedsprofessionelle har forskellige positioner i kommunen og varetager forskellige funktioner i forhold til arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme, da dette kan afspejle sig i deres udtalelser og holdninger til det tværsektorielle samarbejde Lægerne

repræsenterede både solo- og kompagniskabspraksisser. Blandt deltagerne var der variation i alder fra <35 - >60 år.

## 2.5. Datagenerering

Interviewene blev foretaget i kommunernes sundhedscentre (gruppe 1-4 samt interview 1). Interviewene med lægerne foregik i deltagernes klinikker (gruppe 1, 2 og 5 samt interview 2). Interviewene havde en varighed på 40 minutter til halvanden time, blev optaget digitalt og transskriberet. Den semistrukturerede interviewguide, der blev anvendt under gruppediskussionerne, blev udarbejdet på basis af eksisterende viden på området. Interviewguiden indeholdt spørgsmål med relation til ovenstående forskningsspørgsmål og var opbygget efter følgende overordnede temaer og spørgsmål:

- Erfaring: Hvilke erfaringer har læger og kommunale sundhedsprofessionelle med samarbejdet om forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens borgere?
- Holdning: Hvad er holdningen til forebyggelsesarbejdet og den nuværende organisering/ansvarsfordeling mellem almen praksis og kommune?
- Opfattelse af relevans og aktuel prioritering: Hvor meget fylder forebyggelsesarbejdet i hverdagen, og hvor vigtigt er det i forhold til andre arbejdsopgaver?
- Fremmende og hindrende faktorer: Hvilke faktorer har betydning for om det tværsektorielle samarbejde på forebyggelsesområdet fungerer/ikke fungerer?

## 2.6. Analyse

Dataanalysen fulgte almindelige kriterier for kvalitativ analyse med åben kodning og tematisering af materialet, men var som udgangspunkt guidet af forskningsspørgsmålene (8, 9). Efter gentagne læsninger af interviewmaterialet blev der udført en tematisk analyse med afsæt i dels interviewguiden dels i de emner, som interviewpersonerne selv havde bragt op. Herefter bestod det analytiske arbejde i at opdele og strukturere gentagende temaer og identificere mere overordnede temaer på tværs af interviewmaterialet. Der blev i analysearbejdet taget hensyn til, hvilke temaer, der er fremkommet som resultat af en gruppedynamisk proces og hvilke, der repræsenterer individuelle gruppedeltageres positioner og betragtninger. I det følgende præsenteres temaerne sammen med en række citater, der illustrerer analysens fund.

### 3. Resultater

#### 3.1. Lægernes konkrete erfaringer med samarbejdet

##### 3.1.1. Samarbejds møder

En af de første ting, som lægerne nævner, når der spørges ind til, om de kan beskrive nogle faste samarbejdsstrukturer, er møderne i det kommunalt-lægelige udvalg (KLU), som finder sted med forskellig hyppighed i kommunerne fra én gang årligt til hver tredje måned. Det er dog kun de to af lægerne, der selv besidder praksiskonsulentfunktionen i deres kommune, der kan fortælle mere detaljeret om, hvad der foregår til disse møder, idet praksiskonsulenterne forventes at deltage i møderne. De fortæller, at andre praktiserende læger også er inviteret til møderne, men at det typisk er den samme, faste skare, der deltager i møderne, således at deltagerne til møderne oftest er dem selv (i rollen som praksiskonsulent), PLO-K-formanden, nogle kommunale sundhedsprofessionelle og sundhedschefen i kommunen. En af praksiskonsulenterne fortæller, at intentionen med møderne blandt andet er, at der tages særlige temaer op til drøftelse, men at møderne fortrinsvis handler om, at lægerne skal informeres om kommunens brede vifte af tilbud. Dermed har møderne, ifølge denne deltager, mere karakter af ”orienterings- eller informationsmøde” end ”dialog- og samarbejds møde”. I en af grupperne taler deltagerne om, hvordan de har erfaret, at de bliver inddraget for sent i samarbejdsprocessen, og at møderne ikke lever op til deres forventning om at ”arbejde sammen”:

*PL2: Så tingene bliver sat i gang, uden at vi egentlig lige har været helt med. Og det er sådan lidt derfor, jeg siger, ja, vi kommer ind til de møder der, men det er gensidig orientering. Det er ikke en proces, vi arbejder sammen i. Det er deres projektleder, der laver deres projekter, og så bliver vi informeret.*

*PL1: Nej, og samarbejdet med kommunen, det ligger jo lige præcis her! De vil gerne høre, hvad vi mener, men vi har åbenbart ikke så meget indflydelse på det...(gr. 5, kom. 5).*

##### 3.1.2. Praksiskonsulentfunktionen

I forbindelse med deltagernes beskrivelse af samarbejdet med kommunen om sundhedsfremme og forebyggelse, nævner nogle af lægerne deres praksiskonsulent. De forklarer, hvordan praksiskonsulenten fungerer som brobygger mellem kommune og almen praksis, blandt andet i og med, at han eller hun formidler information videre til almen praksis om kommunen.

Praksiskonsulenten i en af grupperne fortæller om, hvordan hun har et møde hver måned med sundhedschefen, hvor aktuelle emner tages op, såsom den nye ordning med plejehjemslæger eller spørgsmålet om, hvordan man bedre kan håndtere kommunikations- og e-mailstrømmen fra

kommune til almen praksis. En af kommunerne kan dog ikke referere til deres praksiskonsulent, da denne funktion er blevet sparret væk. De fortæller, at hvor de før i tiden henvendte sig til deres praksiskonsulent for at få mere at vide vedrørende kommunens tilbud, *sker der nu ikke rigtigt så meget (gr. 6, kom. 7)* på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

### 3.1.3. Kendskab til kommunens tilbud

På tværs af alle deltagende praktiserende læger er der enighed om, at det kan være udfordrende at være opdateret på de tilbud, som kommunerne har:

*PL3: Der findes rigtig mange tilbud, det er en god kommune, de har mange sundhedsfremmende tiltag! Så mange, at jeg i hvert fald ikke har overblik over dem (griner).*

*PL2: Nej, det var det jeg lige skulle til at sige. For jeg ved ikke, om det kun er min lille hjerne, der ikke helt kan... klare det der, men jeg tror, det drukner nogle gange lidt... Men vi kan selvfølgelig slå dem op (gr. 2, kom. 1).*

I citatet ovenfor refererer lægen til, at kommunen skal omtale relevante og opdaterede sundheds tilbud på internetportalen sundhed.dk (2). De fleste af lægerne ved, at de kan orientere sig på sundhed.dk vedrørende aktuelle kurser og tilbud, som udbydes til borgerne på kommuneplan. Der er dog ingen af lægerne, der nævner, at de aktivt eller systematisk bruger denne informationskilde i det daglige arbejde, og fra de kommunale sundhedsprofessionelle, får vi at vide, at det på grund af manglende ressourcer kan være en udfordring at holde siden opdateret.

Nogle læger fortæller, at de for at holde sig opdateret om kommunens tilbud bruger en fremgangsmåde med at invitere PLO-K-formanden, som også er fast medlem af KLU-udvalget, til at komme og fortælle om kommunens tilbud på deres såkaldte lægekredsforeningsmøder. En af lægerne siger om motivationen bag denne strategi:

*PL2: Kommunen er stor og har mange ressourcer og folk, der kan sidde og lave et 'projekt et eller andet' og 'projekt et eller andet' og et 'projekt et eller andet', og så bliver de sat i søen for kortere tid, øhm... så vi har egentlig aftalt, at vores, PLO-K-formand formidler informationen, som er på de her møder to gange om året til vores lægekredsforeningsmøder. Og øh, det er fordi vi får så mange informationer altid, øh, det ene og det andet sted. Så har vi simpelthen valgt at, at det bliver samlet der. Hun er en af dem, der er med også fast i udvalget (gr. 5, kom. 5).*

Udfordringen ved denne strategi er, at deltagelsen i disse møder kan være meget begrænset, og at det typisk er de samme, få læger, der møder op til møderne. Således er det ikke majoriteten af lægerne i kommunerne, der får et grundigt kendskab til kommunens aktuelle tilbud.

Andre af lægerne fortæller om, hvordan de et par gange har haft kommunale sundhedsprofessionelle på besøg i deres klinik til ”frokostpausemøder” med henblik på at få mere viden om kommunens projekter. Ud fra lægernes udsagn at dømme, har det været en god metode i en ellers travl hverdag til hurtigt og effektivt at blive opdateret på, hvad kommunen kan tilbyde borgeren:

*Vi har et par gange haft nogen fra kommunen hernede i praksis og fortælle om, hvad det er, hvad for nogle projekter, det er, de lige er i gang med, og hvad det indebærer. Og hvis de så tager rundt til samtlige praksisser i kommunen, så er det jo en god måde at formidle deres tilbud på. Sådan så vi lige bliver vågne overfor ”Nå, Gud kan man det!” For i en travl hverdag, så kan det være svært at huske at ’Nå ja, jeg har jo den her mulighed, jeg kan lige sende patienten af sted til det og det’ (gr. 2, kom. 1).*

Som supplement til lægen som formidler af kommunens sundheds- og forebyggelsesbud, har en af kommunerne forsøgt at facilitere, at patienten selv kan indhente information via den ”reklame”, klinikken leverer, f.eks. i form af brochurer, plakater og infoskærme i venteværelset. Dette er kun relevant i forhold til de tilbud, der ikke kræver henvisning fra egen læge, såsom de diagnosespecifikke tilbud, fx i forhold til KOL og diabetes. Lægerne i klinikken fortæller om, hvordan de har opnået gode resultater som følge af denne praksis: *Vi leverer halvdelen af dem, der kommer til de kommunale tilbud. De kommer herfra (gr. 2, kom. 1).*

#### **3.1.4. Henvisningsprocedure**

Selvom det kan knibe for lægerne at skabe sig et overblik over kommunens sundhedstilbud, så giver de generelt set udtryk for, at den elektroniske henvisningsprocedure i forhold til de kommunale, diagnose-specifikke tilbud fungerer udmærket:

*PL1: Det foregår ved, at de har en øh, ja nu er den endda blevet elektronisk, ikke, en henvisningsformular, hvor de gerne vil have nogen få oplysninger, det er: hvor længe har han haft diabetes, øh, hvad er den sidste laboratorieværdi og, hvor stor er manden, ikke. Og så øh, jamen, så henviser man så til det, og det går hurtigt, og det går smidigt. Og de kontakter folk, og så kører det*

ligesom. Og så melder de gerne tilbage, når et forløb er afsluttet. Så, det er sat i rimelig system (Int. 2, kom. 6).

I en anden af kommunerne, hvor der også henvises via én central visiteringslinje, fortæller lægerne, at grundet denne praksis, bliver det ikke længere så vigtigt for lægerne at være opdaterede på aktuelle, kommunale sundhedstilbud. Under den ene deltagers omtale af denne ordning, bliver den anden deltager i gruppen opmærksom på, at den ordning, som han selv har efterspurgt, eksisterer:

*PL2: Vi har én indgang, øh, elektronisk, hvor vi bare kan skrive til dem, og så øh, kontakter den visitator, der sidder der, så patienten og aftaler, hvad der er af tilbud.*

*PL1: Har vi det? Det var da fantastisk! Det vidste jeg ikke. Det illustrerer jo bare, hvor svært det er. Helt hernede hvor vi bare sidder og snakker sammen, finder jeg ud af noget, på grund af, at I kommer og interviewer os! (gr. 6, kom. 7)*

## **3.2. Lægernes opfattelse af relevans**

### **3.2.1. Sundhedsfremme og forebyggelse i egen praksis**

Lægerne anerkender generelt relevansen i, at almen praksis ifølge Sundhedsloven har fået tildelt et betydeligt ansvar i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. De argumenterer med, at almen praksis er ”første indgang” i sundhedsvæsenet og, at de praktiserende læger som oftest har en kontinuerlig kontakt til patienterne og kender livssituationen hos mange af deres patienter. I den forbindelse udtaler alle lægerne, at sundhedsfremme og forebyggelse allerede udgør en væsentlig del af deres daglige arbejde:

*PL1: Vi laver det hele tiden – det er indeholdt i næsten alle konsultationer. Ja, vi laver det hele tiden, også selvom det ikke er bundet op på en af kommunens tilbud, som vi i en travl hverdag ikke har tid til at huske.*

*PL2: Jeg tænker også, det er det vi sidder og laver hver eneste dag... Men det er jo rigtigt, vi har en masse ting fra kommunerne, som vi næsten ikke har tid til at huske (gr. 2, kom. 1).*

Selvom lægerne har daglig opmærksomhed på forebyggelse og sundhedsfremme, understreger de, at deres virke i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse som oftest ikke involverer et samarbejde med kommunen, men at de i de fleste af tilfældene har deres egen arbejdsgang:

*PL2: Jeg tror, vi ser masser af patienter, hvor vi forestiller os, at vi er nødt til at sige noget til dem. Vi har nogle mennesker, der ikke er syge endnu, men som er for fede, og vi gør dem opmærksom på, og tager en snak om, at I er nødt til at gøre noget ved det her, ellers risikerer I at blive syge. Vi har nogen, der kommer med noget hjertesygdom, hvor vi er nødt til at tale om kolesterol og kost og alt muligt andet for fremtiden. Det gør vi hver dag. Det er en del af vores hverdag. Og det har ikke rigtig noget med kommunen at gøre! De kommer ikke rigtig ind i spillet. Det er noget vi gør selv (gr. 5, kom. 5).*

At ”gøre det selv” indebærer for de fleste af lægerne også at involvere eget praksispersonale i forebyggelses- og sundhedsfremmeforløb: *Vi har et rigtigt godt hjælpepersonale, som vi kan køre nogle forløb hos. For eksempel med vægttab, eller rygestop eller, hvad det måtte være (gr. 2, kom. 1).*

### **3.2.2. Prioritering**

På spørgsmålet om i hvilken grad samarbejdet med kommunen bliver prioriteret af lægerne selv, er det en generel tilbagemelding fra lægerne, at de oplever, at det ikke er noget, der bliver prioriteret særlig højt hos flertallet af læger, inklusive dem selv. En af lægerne udtaler: *”Det er ikke noget, der fylder voldsomt meget, sådan noget med samarbejdet med kommunen... Det er ikke noget, jeg sådan går og tænker over. Hvordan vi kan forbedre det og sådan noget...det er ikke sådan til refleksion (PL2, gr. 6, kom. 7).* Lægen fortsætter med at sige, at det er hans indtryk, at samarbejdet med kommunen om sundhedsfremme og forebyggelse generelt set er en type arbejde ”der vægter lavt” blandt praktiserende læger.

Selvom lægerne viser manglende interesse, erkender de fleste af lægerne dog samtidig behovet for og vigtigheden af samarbejde i tider, hvor flytning af opgaver resulterer i, at stadig flere opgaver bliver afhændet til almen praksis - opgaver, der ifølge lægerne fylder uhensigtsmæssigt meget, som f.eks. at udfylde attester til kommunerne.

I forhold til prioritering af tidlig opsporing og henvisning af raske til kommunale tilbud er det flere af lægernes opfattelse, at det ikke er lægernes ansvarsområde. Andre arbejdsopgaver er mere presserende, og de føler primært ansvar i forhold til den patientrettede forebyggelse. Lægerne udtrykker i den forbindelse, at hvis de også skulle varetage tidlig opsporing af raske borgere kunne de lige så godt ”dreje nøglen om”, da de slet ikke ville vide, hvorfra de skulle hente ressourcerne til dette arbejde. En af lægerne beskriver her specifikt, hvordan hun ser ansvarsfordelingen mellem kommune og almen praksis i forhold til forskellige borgergrupper:



*PL2: Hvis man deler dem op i 1. Ikke syge, 2. ikke-så-syge og 3. syge. Og nogen der har egenomsorg og dem uden egenomsorg. Så tænker jeg, at dér hvor kommunen kan hjælpe, det er dem, der ikke har egenomsorg, og som kun er lidt syge, altså de syge, dem skal jeg tage mig af, dem skal ambulatoriet tage sig af – sygehuset (gr. 5, kom. 5).*

Flere af lægerne udtrykker den holdning, at der generelt set er en øget tendens til en ulige fordeling af sundhed i samfundet, og at et fokus på sundhedsfremmende indsatser, herunder tidlig opsporing, kan bidrage til at øge denne ulighed.

*PL1: Altså der er jo nogle, som kommer, selvom de er helt raske. Nu vil de lige have et halvtredstusinde kilometers eftersyn... og se om de fejler noget, ikke... Vi ser utroligt mange raske. ... Og måske også for mange! Der er jo en stigende polarisering i samfundet, med sundheden. Der kommer mange raske, der gerne vil bekræftes i, at de er raske og tjekkes for både det ene og det andet. Men mange af de alvorligt syge, som vi har sværere ved at få fat i, de kommer ikke (gr. 6, kom. 7).*

### **3.3. Lægernes perspektiver på fremmende og hindrende faktorer**

Ud over at udtale sig holdningsmæssigt til samarbejdet mellem almen praksis og kommune om forebyggelse og sundhedsfremme fremhævede lægerne en række fremmende eller hindrende faktorer, de vurderede havde indvirkning på samarbejdet.

#### **3.3.1. Ressourcer og kapacitet**

I interviewene blev det tydeligt, at kommunernes forskellige vilkår (for eksempel hvad angår størrelse, ressourcer og kapacitet) har stor betydning for, hvordan arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme prioriteres, herunder samarbejdet med kommunen. Samtlige læger nævner, at grundet begrænsede tidsressourcer og decideret dagligt tidspres sker der en skarp prioritering af arbejdsopgaverne i hverdagen, og at samarbejdet med kommunen om forebyggelse og sundhedsfremme som følge heraf bliver nedprioriteret.

*PL1: Tid er måske den vigtigste faktor. Og det er noget, der hindrer én, det er jeg sikker på. Også selvom det er vigtigt. Det er jo sådan en indbygget fejl, fordi vi ved behovet for samarbejde bliver større, med sikkerhed. Men hvornår skal det være, skal det være om aftenen eller, hvornår skal det være, at vi skal arbejde med kommunen? (gr. 6, kom. 7)*

Herunder fremhæves manglende tilførsel af midler til at løfte ansvaret på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet som en af barriererne for samarbejdet på udviklings- og implementeringsniveau:

*PL2: Altså hvis man havde så meget tid og så meget kapacitet så man, fx havde en ugedag til sådan noget arbejde ... så dét var dagens arbejde, ikke, så kunne det jo blive på en helt anden måde. Fordi det er altid noget ekstra ... udover det program der allerede er MERE end fyldt. "Tag lige den dér også" (griner sarkastisk) (gr. 6, kom. 7)*

Relateret til manglende tidsressourcer, nævner lægerne lægemanglen som en del af årsagen til, at de ikke kan prioritere at indgå mere proaktivt i samarbejdet med kommunen. I nogle kommuner er lægemangel mere udtalt end i andre:

*PL2: Problemet er at vi har arbejde hertil, ikke også, vi har lange dage.*

*Int: Ville det ikke bare være et spørgsmål om at ansætte flere læger, så?*

*PL2: Jo, men hvor er de? De er ikke her. Vi har lægemangel i hele kommunen. Vi har lukket praksisser ned. Der er adskillige plejehjemslægestillinger slået op, der er ingen, der magter de opgaver (gr. 5, kom. 5)*

Ligesom lægen ovenfor, hævder flere af de andre læger, at begrænsede ressourcer i form af et lille økonomisk råderum forhindrer engagementet på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet. En af lægerne, fortæller om, hvordan de i klinikken har forsøgt at løfte opgaven omkring sundhedsfremme og forebyggelse i det daglige arbejde. Dog har de ikke haft held med det på grund af det såkaldte "økonomiloft". Lægen argumenterer ud fra denne erfaring for, at det at give lægerne et større økonomisk råderum, ville gøre, at de ville kunne ansætte mere personale til at varetage forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver, herunder samarbejdet med kommunen. I stedet er arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme "ekstra" eller "gratis" arbejde:

*PL4: ..Men, hvis nu det var muligt for praksis at rent faktisk have det personale, der skulle til for at løfte den opgave uden et økonomiloft. Altså, det er jo unfair, at man fra systemet har sagt, at det der, det skal bare ud til praksis, skraldespandslægerne, de ordner det hele, de tager sig af alle dem der, der bliver sendt hjem fra sygehusene, de skal tage sig af opsporing, de skal tage sig af alt muligt hø, men de skal ikke have en krone for det, de skal bare arbejde ekstra (gr. 2, kom. 1).*

Som fremhævet ovenfor kan det fremme samarbejdet med kommunen om forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter, hvis lægerne honoreres for deres arbejde. Nogle andre af lægerne udtaler, at det ville være ”fair nok” at blive honoreret for at deltage i samarbejds møder med kommunen, men at det ikke kun er den manglende honorering ”som afgør det”. Her er tidsfaktoren en endnu større barriere for deltagelse i samarbejdet.

Andre af lægerne fortæller, at de i deres kommune er blevet enige om at give ”gratis” ud af deres tid til samarbejde med kommunen, fordi de vurderer, at det er ”godt givet ud”, da ”det kan få rigtig meget andet til at glide lettere, hvis man har et godt samarbejde”. De fortæller dog, at for mange af deres kolleger er ”gratis arbejde” en barriere for samarbejdet:

*PL1: ”Når jeg snakker med nogen af dem fra andre kommuner, så får jeg at vide, at det kan de simpelthen ikke få deres kollegaer til. Måske er det også derfor, at vi ikke alle sammen kommer til møderne. Eller, der er i hvert fald nogen, som konsekvent ikke kommer, og det kan de jo godt, de er jo i deres ret til at sige: ”Vi vil ikke lave et gratis stykke arbejde’ (gr. 1, kom. 1).*

### **3.3.2. IT som samarbejdsværktøj**

Størstedelen af lægerne udtaler sig kritisk over for de gældende IT-strukturer, der jo, grundlæggende set, er blevet udviklet med henblik på at forenkle samarbejdsprocesserne mellem almen praksis og kommune. Grundene til de kritiske perspektiver blandt lægerne er forskelligartede. I en af kommunerne fremhæver lægerne deres gamle ”Sentinel”-system (der muliggjorde datafangst) fremfor deres nye IT-system, og fortæller om, hvordan det var fremmede for systematiske og kvalitetsoptimerende indsatser i forhold til patienterne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Systemet muliggjorde, at man kunne søge på flere laboratorieværdier ad gangen og opfange patienter med skæve, røde tal eller patienter, som ikke havde været til kontrol i længere tid. Ifølge lægerne giver det nye IT-system slet ikke de samme muligheder for systematisk forebyggelse og sundhedsfremme:

*PL1: ...Ja, vi har lidt svært ved det nye system, det giver ikke de samme muligheder som før, hvor vi bedre kunne køre systematik i det. Det er den evige svanesang med Sentinel. Hvor der faktisk også var sådan noget med: ”Har du husket det kommunale tilbud?” til den her patient, ik? Fordi sådan i skyndingen, så glemmer man det jo...*

*R4: Ja, og hvis de glider ud af systemet, så har vi ikke rigtig mulighed for at have snor i dem, som vi havde før, hvor vi gik de der lister igennem en gang om måneden og fandt ud af at – hov, Peter, har ikke været her et helt år, jeg ringer lige til ham. Det blev patienterne jo enormt glade for, den*

*omsorg man viser på den måde. Det er jo også en form for sundhedsfremmende aktion. Men den mulighed har vi ikke mere... (gr. 2, kom. 2).*

I en anden kommune udviser en af lægerne en helt modsatrettet holdning til Sentinel og fortæller om, hvordan erfaringerne med datafangst efterfølgende har fået ham til at undlade at kode systematisk for de forebyggelses- og sundhedsfremme indsatser, han gør:

*PL1: Efter at øh, regionerne systematisk stjæl vores journalmaterialer, så er jeg holdt op med øh, at turde kode elektronisk øh, systematisk for, hvad jeg gør. Og det vil sige, jeg kan ikke bare lige gå ind og kigge på, hvad jeg tager af diabeteskontroller og alt mulig andet kontrol (Int. 2, kom. 6)*

Ud over at nogle af lægerne udtrykker en oplevelse af, at det kan være problematisk at sende patient- og lægefølsomme oplysninger ud i ”cyberspace”, er der en opfattelse af, at man med indførelsen af IT-strukturer- og kommunikation har mistet nogle af kvaliteterne ved at mødes fysisk og være i dialog:

*PL2: Det gamle sammenhold man havde i øh, mindre enheder, så ville de komme derover fra (det nuværende sundhedscenter), ind imellem, ned i vores kaffepause og sige ”vi er startet med noget andet” og sådan noget... det sker ikke af den simple grund, at de ved ikke, hvornår de kan gøre hvad, eller om det så er aflyst to sekunder efter. Og derfor ytrer de at have det centralt, ligesom alt muligt andet går i cyberspace, hvor vi gør det centralt, og vi sender vores henvisninger på cyberspace, og andre hiver dem ned. Så det er adfærdsformen, der er den vej rundt. Vi ved ikke, hvad der er af tilbud over på sundhedscenteret derover. Vi aner det ikke. Og der er ingen derover fra, der kommer forbi og fortæller os det! (gr. 5, kom. 5).*

Flere af lægerne kobler tillige brug af IT- underbyggede kommunikationsstrukturer sammen med en overdreven e-mailkommunikation samt unødige krav til dokumentation:

*PL 1: Jeg synes ind imellem, der bliver ret meget kommunikation. Men man kan sige i virkeligheden også rigtig meget dokumentation, i den her verden, hvor alt skal dokumenteres.*

*PL 3: Altså, der kan godt komme flere henvendelser på samme patient på samme dag*

*PL 1: Ja lige præcis, så det bliver sådan en lille smule*

*PL 2: Man bliver en lille smule træt, når man har 20 korrespondancer med kommunen mandag*

*morgen. (gr. 2. kom. 2).*

### **3.3.3. Fysiske møder og relationsdannelse**

Størstedelen af lægerne nævner, at det er fremmede for samarbejdet at mødes fysisk med de kommunale sundhedsprofessionelle og ”få ansigter på hinanden”. Som beskrevet ovenfor nævner lægerne, at de mangler overskuelighed og et overblik over, hvem der sidder med hvad i kommunen. Behovet for øget overskuelighed og overblik gør sig især gældende blandt de læger, der arbejder i store kommuner (bl.a. som følge af kommunesammenlægningerne) eller hvor praksiskonsulenten er blevet sparret væk.

Flere af lægerne fortæller, at de har været glade for de gange, hvor medarbejdere fra kommunen har besøgt dem og informeret om, hvilke tilbud, der aktuelt foregår i kommunen, fordi det tillige har givet dem hver især en øget indsigt i og forståelse for hinandens forskellige arbejdsgange, hensyn og perspektiver. For eksempel fortæller en af lægerne, hvordan han har oplevet, at mødet mellem forskellige aktører (f.eks. mellem læger, socialrådgivere og ansatte på jobcentret) er med til at ”nedbryde fordomme” om hinanden og hinandens agendaer. En anden læge ytrer, at det at have mødt hinanden forud for telefonisk eller elektronisk kommunikation gør, at *der ligesom er nogle ting, der glider nemmere* (gr. 6, kom. 7). Relateret til dette bliver de fysiske møder også koblet til, at kommunikationen mellem lægerne og de kommunale sundhedsprofessionelle efterfølgende bliver mere målrettet og velovervejet, det vil sige, at man tænker sig en ekstra gang om i forhold til, om det nu også er nødvendigt at kontakte hinanden eller, om man godt kan løse problemet selv.

### **3.3.4. Tidlig inddragelse af lægernes perspektiv og dialog om meningsfuldhed**

En af de ting, som ærgrer og frustrerer lægerne, og som udfordrer viljen til samarbejde, er en oplevelse af, at kommunerne ofte har en idé og en agenda, som de ønsker ført ud i livet uden, at de inddrager lægerne i den arbejdsfase, hvor projekterne og ideerne stadig er plastiske:

*PL1: Altså, der kommer masser af projekter op, som så pludselig ikke er der igen, og der er masser af kloge hoveder, der gerne vil gøre sig kloge på, hvad vi skal gøre på det ene og det andet område (gr. 5, kom. 5).*

En anden af lægerne eksemplificerer, hvordan kommunen *ikke* skal gøre og fortæller konkret om et projekt om forebyggelse af risikogravide, hvor han blev bedt om at udfylde flere siders spørgeskema uden at være blevet inkluderet i projektets idé på forhånd. En konstruktiv dialog på et tidligt

projektstadiet mellem kommune og almen praksis, fremhæves især som præmis for etablering af et godt samarbejde:

*Ja, men hvis en kommune frygtelig gerne vil noget et-eller-andet, at øh, de så ligesom ret hurtigt tager kontakt til os, så vi sådan kan få, øhm, snakket om mulighedernes kunst, fordi så er der stor vilje begge veje til, at man egentlig godt vil gøre noget fornuftigt. Men, men nogen gange så kommer der altså de der knaldperleprojekter, hvor man tænker "de havde altså forestillet sig, vi skulle gøre sådan og sådan, ja" øhm, "det var så ikke lige så godt, de havde forestillet sig det". Og det, det er ærgerligt, ikke? Så tal lige med os om, hvad I forventer af os, inden vi, vi ligesom skal få besked om, at vi bare skal gå på vandet. Og, og det sker altså nogen gange, altså sådan noget. Det, det, det er for dumt. For så er vi jo negative, usamarbejdsvillige og bruger en masse penge på ingenting, og det er jo smadder ærgerligt, ikke. Så sådan noget må helst ikke ske. Altså. (Int. 2, kom. 6).*

Ovenfor beskrives det, hvordan det tværsektorielle samarbejde fungerer bedst, hvis kommunen formår at skabe ejerskab hos lægerne, og hvis der tages udgangspunkt i deres interesse og konteksten (*det muliges kunst*). Ydermere beskrives det, at samarbejdet fungerer bedst, hvis lægerne også kan se meningen med det konkrete projekt, som kommunen ønsker implementeret og at lignende projekter har haft dokumenteret effekt. Beskrivelsen "knaldperleprojekter" antyder, at lægerne har oplevet at skulle engagere sig i nogle projekter, der, set retrospektivt, kun har haft en kortvarig effekt, og dermed i deres øjne været omkostningsfulde.

### **3.4. De kommunale sundhedsprofessionelles erfaringer med samarbejdet**

#### **3.4.1. Svært at komme "i mål" med samarbejdet?**

Alle de kommunale sundhedsprofessionelle udtrykker, at et godt samarbejde med almen praksis om sundhedsfremme og forebyggelse er en afgørende betingelse for en vellykket implementering af kommunens sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. De er dermed også enige i, at almen praksis har fået tildelt en central rolle i samarbejdet omkring sundhedsfremme og forebyggelse. De fleste oplever dog, at det er udfordrende både at etablere og opretholde samarbejdsrelationer til lægerne. En kommunal sundhedsprofessionel udtaler sig her mere generelt i forhold til udfordringerne ved det tværsektorielle samarbejde:

*Jamen, det er jo rigtig nok, at de har en central rolle på papiret i hvert fald... øh, og øh, og det er, det har de jo også qua forløbsprogrammerne. Øh, og de skal være tovholdere og sådan noget. Og det er også en god intention, og det tænker jeg også, det er det rigtige. Øhm, men øh, men, hvordan*

*kommer vi så i mål med det? Det ved jeg ikke... For man kan sidde og lave nok så mange programmer og gøre sig fine overvejelser og sådan noget, men hvis ikke det virker i praksis. Og der er bare nogen udfordringer i forhold til, at det er på tværs af sektorer øhm, der er forskellige forståelser af sundhedsmæssige perspektiver, altså afhængig af, hvor man kigger fra, ikke? Om man kigger fra sygehusperspektiv eller et kommunalt perspektiv eller et lægeperspektiv eller ude i praksis. Og der er også nogen forskellige øh, strukturer eller incitamentsstrukturer i regionen og i kommunerne. Altså, som bare er en udfordring... øh, i forhold til samarbejde. Og der er forskellige systemer og det ene og det andet (Int. 1, kom. 6).*

Mere konkret fortæller de kommunale sundhedsprofessionelle om, hvordan samarbejdsudfordringer hænger sammen med, at lægerne er ”svære at få fat i” og dermed svære at få i tale. Nogle af de kommunale sundhedsprofessionelle, der har erfaringer med kontakt til lægerne fra jobs i andre funktioner, for eksempel i hjemmeplejen eller på sygehuset, oplever, at *vi er meget langt væk fra lægerne i de funktioner, vi har her på sundhedscentret, tit så taler vi jo ikke med lægen...* (gr. 3, kom. 2). For at få fat på lægerne, har nogle af de kommunale sundhedsprofessionelle ringet i telefontiden om morgenen og indtastet patientens Cpr nummer eller, de har inviteret sig selv på besøg i lægernes klinikker og tilbudt at komme og fortælle mere om, hvad de kan tilbyde på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet. De omtaler denne strategi som at få *foretræde i frokostpausen* eller være rundt på *charmeoffensiv*. Selvom de oplever, at lægerne viser interesse for deres arbejde ved disse møder, nævner nogle, at udbyttet er meget lille, og at de efterfølgende ikke mærker en stigning i antal henvisninger til de tilbud, de har været ude at informere om.

### **3.4.2. Afhængighed af lægerne**

Vedrørende den eksisterende tværgående organisering af samarbejdet nævner nogle af de kommunale sundhedsprofessionelle det kommunalt lægelige udvalg (KLU), hvor der afholdes faste møder, og hvor der blandt andet orienteres om kommunens aktuelle tiltag, men hvor lægerepræsentativiteten siges at være meget begrænset. Derudover taler en del af de kommunale sundhedsprofessionelle om et par årlige temamøder, hvor alle læger er inviterede, men kun få af dem kommer.

Flere af de kommunale sundhedsprofessionelle understreger i den forbindelse, at eftersom mange af de borgere, der udgør målgruppen for kommunernes sundhedstilbud kommer i almen praksis, er de som sundhedsprofessionelle i kommunerne afhængige af at de praktiserende læger henviser patienterne til kommunens tilbud, for at de kan udføre deres arbejde. De nævner i den forbindelse, at det har afgørende betydning, at lægerne har viden om de diagnosespecifikke tilbud i



kommunen (for eksempel målrettet KOL og diabetes), og af deres vilje til at henvise patienterne til kommunens tilbud – eller til at anbefale borgerne selv at henvende sig til kommunen for at få en sundhedssamtale eller lignende.

*KSP1: Jamen, altså, øh, jo bedre samarbejde vi har, jo, øh, jo bedre er det for borgeren i sidste ende, ikke også, fordi vi ser en eller anden gevinst ved, at borgeren kommer, øh, og får en indsats her i huset, og vi er afhængig af, at det er den praktiserende læge, som, som laver en henvisning til borgeren. Så, så samarbejdet, det øh, det skal vi hele tiden pleje og dyrke, for øh, for i sidste ende selvfølgelig, at de kommer her til huset, og at de får den kommunale indsats. Så øh, så det skal der lægges - hvad skal man sige? – mange kræfter i, øh...(gr. 3 kom. 2).*

### **3.4.3. Store forskelle i samarbejdsvillighed**

De kommunale sundhedsprofessionelle er enige i, at der stadig hersker store forskelle blandt lægerne i forhold til viljen til at indgå i samarbejdet med kommunen. De fremhæver, at samarbejdet afhænger af de enkelte lægehuses og individuelle lægers indstilling og holdning til samarbejdet. De kommunale sundhedsprofessionelle nævner i den forbindelse en gruppe af usamarbejdsvillige læger, som *bare ikke har set lyset i, at vi kan give deres patienter et tilbud (gr. 1., kom. 1)*. En sundhedsprofessional fortæller her om gruppen:

*De har ikke interessen, de kommer heller ikke på de der lægemøder, og de kommer ikke på vores samarbejds møder, de vil ikke tage imod besøg, de vil i det hele taget slet ikke have vi ringer dem op, og nogle fravælger direkte vores område, sundhedsfremme og forebyggelse (gr. 1., kom. 1).*

Flere nævner, at det samarbejde, der foregår, er centreret omkring henvisninger og korte, skriftlige udvekslinger, hvilket får nogle af interviewpersonerne til at ytre, at deres samarbejde ikke opleves som særligt ”tæt” og i virkeligheden nok egentlig ikke kan karakteriseres som samarbejde:

*KSP3: Jeg tænker ikke, at mit samarbejde er så tæt. Øh, jeg får primært henvisninger, og når borgeren så har fået et tilbud, jamen så får de en status på, hvordan det er, så det er mere sådan... informationsudveksling. Ville jeg nærmere kalde det.*

*KSP2: Det er faktisk et meget godt spørgsmål. Jeg synes faktisk, at det er meget spændende med den der - hvad skal man sige? - præcisering du laver dér med, at det nærmere er informationsudveksling, vi har med lægerne. Fordi det oplever jeg egentlig også, altså jeg bruger samme procedure, som jer i forhold til at melde tilbage til dem. Hvis jeg så får en tilbagemelding fra lægerne, så er det i stil*



*med "det var dejligt, tak skal du have". Så mere end det får jeg heller ikke, altså, det vil jeg faktisk heller ikke kalde for samarbejde, det er nærmere informationsudveksling (gr. 4, kom. 4).*

Selvom det beskrives som udfordrende at få den type af samarbejde etableret, som de kommunale sundhedsprofessionelle ønsker og drømmer om - og da særligt i forhold til gruppen, de benævner som usamarbejdsvillige læger - deler flere af de kommunale sundhedsprofessionelle dog den generelle opfattelse, at lægerne med tiden er blevet bedre til at henvise til kommunens tilbud. Især får kommunerne i større omfang end tidligere henvisninger til de diagnosespecifikke tilbud, der er målrettede diabetes og KOL-patienter. Ifølge de kommunale sundhedsprofessionelle hænger en stigning i antallet af henvisninger sammen med, at der i mange lægehuse er sket et generationsskifte. De mener, at de yngre læger har en større opmærksomhed omkring tilbuddene i kommunerne end de ældre læger har, hvilket de blandt andet uddyber med, at de yngre læger fra deres tid på sygehusene har oplevet en større grad af samarbejde med kommunen end det er tilfældet med de ældre generationer af læger:

*KSP1: Der er kommet mange yngre læger til, og man kan i hvert fald se, at øh, at de yngre læger, de vil os faktisk rigtig gerne, synes vi. Vi får mange henvisninger fra de yngre læger. Øhm, så der synes jeg i hvert fald, at man kan se en tendens til at øh, at henvisningerne, de vokser.*

*KDP2: Ja, de yngre de er bare rigtig gode til at bruge det kommunale tilbud. Altså, øh... det er en helt anden, øh, tilgang til det.*

*KSP1: hvor de ældre læger, vi har, har jo ikke været vant til, altså den der store kommune og de der tilbud. Så jeg tror, det er meget svært for dem at tænke den vej rundt. De ved det ikke. De er uvidende om de tilbud, vi har. Og det, det er dem, der har været praktiserende læger længe (gr. 1, kom. 1) .*

### **3.5. De kommunale sundhedsprofessionelles opfattelse af relevansen af samarbejdet**

#### **3.5.1. "Det fylder bare så lidt hos lægerne"**

De kommunale sundhedsprofessionelle er enige i, at sammenlignet med dem selv, er samarbejdet vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse områder, der for størstedelen af lægerne ikke opleves som særligt relevante:

*KSP4: Den her problematik fylder bare så lidt hos lægerne. Og den fylder meget mere hos os, altså jeg snakkede med en læge her for nogle ganske få dage siden, og han sagde: "der er bare nogle ting,*

*der er sværere at forholde sig til, når man kommer fra tre konsultationer, hvor de to var terminale, og den tredje stod med benet i graven, ikke?” (gr. 4, kom. 3)*

Flere af dem nævner i den forbindelse, at lægernes oplevelse af manglende relevans af samarbejdet med kommunen i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse kan hænge sammen med, at lægerne ser deres funktion som fortrinsvis behandlende:

*KSP1: De har jo fokus på at behandle en sygdom på en eller anden måde, hvor vi som forebyggende jo gerne vil, ændre - altså sørge for at borgeren har et godt liv med den sygdom, de så har, eller, eller tager hånd om den sygdom de har - eller ikke bliver syge, ikke. Hvor man kan sige, de... de behandler jo sygdom ikke? (gr. 4, kom. 4)*

Enstemmigt udtrykker de kommunale sundhedsprofessionelle et ønske om, at de praktiserende læger i højere grad kommer til at se relevansen af at tænke sundhedsfremme og forebyggelse ind i enhver patientkontakt. Således efterspørger de en mere proaktiv attitude hos lægerne i forhold til samarbejdet med kommunen, der konkret kan komme til udtryk ved, at lægerne begynder at efterspørge mere information om kommunens tilbud, at de henviser hyppigere til tilbuddene og samtidig også øger deres deltagelse i samarbejds møder.

På tværs af de deltagende kommuner har de kommunale sundhedsprofessionelle en følelse af, at lægerne endnu ikke har fået øjnene op for relevansen af at samarbejde med kommunen eller, hvad kommunen kan byde ind med i et sådant samarbejde:

*KSP3: de tænker, at de har deres tid og deres viden, men de bør også kunne se, at her hos os, der kan vi noget andet. Vi har mere tid, og vi ved noget om motivation og en masse omkring sundhed, ja...Der er jo f.eks. mange, der kommer fra lægen og har fået at vide: ”nu skal du stoppe med at ryge, og nu skal du lige tabe dig!” Men mange af de sårbare, altså, de har ikke ressourcerne til at skulle gøre de her ting. Og det er jo dér, at vi kunne gøre noget og være en stor støtte (gr. 1, kom. 1).*

Relevansen ved et samarbejde ses også i forbindelse med det som de kommunale sundhedsprofessionelle beskriver som vanskelighederne ved at fastholde borgeren i en ændret livsstil. De nævner, at et øget samarbejde med lægerne ville være gavnligt, i det lægen kan gøre brug af kontinuiteten i relationen til borgeren og følge op på tidligere forløb i kommunalt regi:

*KSP2: lægen har også et ansvar i forhold til at følge op efterfølgende, for vi slipper dem jo, men lægen er der jo altid. Sådan at når borgeren kommer til lægen næste gang og siger 'Ej, jeg har simpelthen så ondt, så kunne det jo være relevant, at lægen kan sige: 'Hvad fik du egentlig ud af det kursus, du var på ved kommunen?' Eller: 'Var der nogle redskaber du skulle gribe fat i igen?' Lægen er jo tovholder på deres helbred, så de får også muligheden for at følge op, altså, og det er i hvert fald ønsketænkning, at det kunne være sådan (gr. 1., kom. 1).*

En anden kommunal sundhedsprofessionel beskriver, hvad hun ser som forskelle i, hvad almen praksis og kommune kan tilbyde til borgeren med henblik på forebyggelse og sundhedsfremme:

*KSP1: Jamen jeg tænker specifikt på, at den praktiserende læge har meget kort tid til den enkelte patient, og så er der selvfølgelig jo også tilknyttet sygeplejersker i de fleste lægehuse i hvert fald, der, som regel har nogle opgaver også i forbindelse med de her kronikere for eksempel, eller noget, noget års- eller halvårs kontroller og, hvor de måske også laver noget, der er på grænsen i forhold til noget af det, vi laver. Men, vi har en anden måde at arbejde med borgerne på, og vi har nogen andre muligheder for at tilbyde noget andet, som de ikke har mulighed for, altså... Altså, f.eks. alle de lidt mere altså, praktiske indsatser, dem har de jo selvfølgelig ikke mulighed for: at give træning eller, at gå med dem i køkkenet eller... Vores tid er nok også en lidt anden, og vi har mulighed for at kombinere tilbuddene og være mere specifikke (Int. 2, kom. 6).*

### **3.6. De kommunale sundhedsprofessionelles perspektiver på fremmende og hindrende faktorer**

#### **3.6.1. Manglende tid og honorering**

Ligesom lægerne mener de sundhedsprofessionelle, at tid udgør en central hindrende faktor for samarbejdet. Ifølge de kommunale sundhedsprofessionelle er manglende tidsressourcer hos lægerne et vilkår, der ligger implicit i alle henvendelser til lægerne, og som derved har indflydelse på, hvordan de kommunale sundhedsprofessionelle henvender sig til dem, samt hvor ofte:

*KSP3: Altså, tiden har jeg hele tiden liggende i baghovedet, tror jeg. Det skal være kort og relevant, for det er jo det, vi kan mærke hele tiden, at lægen har meget travlt. Og skal man ringe eller noget, så skal man være klar i spyttet omkring, hvad det er man vil sige, for man ved godt, at tiden er kort. Og det tror jeg også ligger meget implicit egentlig i mig omkring, hvad det er, jeg skal henvende mig omkring (gr. 3, kom 2).*

Nogle af de kommunale sundhedsprofessionelle nævner, at lægerne selv eksplicit refererer til manglende tid som årsag til deres begrænsede engagement:

*KSP1: De hænger det hele tiden op på, at de ikke har tiden. For dem er tid den altafgørende faktor, fordi hvis de havde tiden, ville de gerne. Men de siger hele tiden: jamen vi har ikke tid til det, vi har ikke tid til det. Så det er hele tiden det, de vender tilbage til. Og det kan vi jo ikke sige imod vel, fordi vi ved jo ikke, hvad de har af tid og ikke tid! (gr. 3, kom 2).*

De fleste accepterer, at tid er en væsentlig faktor i samarbejdet og udviser forståelse over for, at lægerne er presset på tid, og at de derfor må prioritere i opgaverne. Andre lader skinne igennem, at manglende tid også er lig med manglende interesse – for ikke at tale om manglende honorering:

*KSP1: Jeg tænker da, når man spørger om tiden, så kan jeg jo ikke lade være med at tænke penge. For hvis man får penge for det, så skal man måske nok finde tiden. For så er det jo en ydelse ligesom alt muligt andet, og så ansætter man jo bare en læge mere. Ej, jeg ved ikke, hvordan det nu fungerer. Men det handler selvfølgelig om økonomi (gr. 2, kom. 1) .*

I en af kommunerne har de oplevet, hvordan der har været en entydig sammenhæng mellem lægernes opbakning og honorering, da de har haft mulighed for at honorere lægerne for deres deltagelse i et sundhedsfremmeprojekt. Projektet gik hen og blev en succes, fortæller de.

Der er blandt de kommunale sundhedsprofessionelle en entydig forståelse af, at lægerne ikke kan arbejde ”gratis” eller lægge ”interessetimer”, og at det er naturligt, at de sætter en fod ned der. De forklarer, at til forskel fra lægernes arbejdstider, giver deres fleksible arbejdstider dem muligheden for at deltage i møder efter arbejdstid. Økonomiløftet, som også nævnes af lægerne som en faktor, der bremser samarbejdsaktiviteterne, bliver også nævnt af de kommunale sundhedsprofessionelle som en af grundene til, at lægerne ikke engagerer sig mere i det tværsektorielle samarbejde.

### **3.6.2. IT som samarbejdsværktøj**

Generelt er der blandt kommunens medarbejdere en oplevelse af, at de elektroniske systemer i kommune og almen praksis ikke ”snakker sammen”, og at IT i den sammenhæng ikke er fremmende for samarbejdet. Ifølge kommunerne udgør den elektroniske henvisningsprocedure en barriere for nogle af lægerne og kan decideret resultere i, at henvisninger ikke kommer rigtigt frem eller ender blindt:

*KSP4: Jeg oplever, at lægerne synes, 'Åh, hvordan er det nu lige vi sender?'. Det er måske nogle gange det, der er en barriere. Så sender de en henvisning, som ryger blindt, eller de sender den forkert, og det gør jo, for den enkelte læge, tror jeg, at han lige tænker: 'Åh nej, det er altså bøvlet' (gr. 4, kom. 4).*

I et forsøg på at reducere antallet af fejl i henvisningsprocessen har en af kommunerne taget initiativ til at tage rundt til lægerne og spørge dem til deres henvisningspraksis, hvorefter de konkret har guidet lægerne i, hvordan en henvisning kommer frem til det rette sted. Flere af de kommunale sundhedsprofessionelle bemærker, at det ikke burde være hverken deres eller lægernes opgave at bruge tid på at få IT-kommunikationen til at fungere bedre:

*KSP2: Når vi har været ude, så har vi kunnet sige til dem: Hvis I bare skriver det her ord, så kommer den lige til mig. Så det bliver sådan noget face to face vejledning...*

*KSP1: Ja og jeg tænker, det er jo egentlig ikke noget, der bør ligge hos os, og egentlig heller ikke ved dem. Det burde jo være nogle systemer, der kører sammen. Det ville da være smart, hvis der var en eller anden løsning, som fungerede (gr. 2, kom. 1).*

En anden grund til, at den elektroniske kommunikation ikke fungerer er, ifølge nogle af informanterne, at *der er for mange kokke, der fordærver maden*, det vil sige, at der er for mange forskellige visitatorer, der skal sende forskellige henvisninger videre forskellige steder i systemet (henvisninger til sygehusene, sygeplejen, til en anden kommune, til medicin, til visitatorer, etc.), og at henvisningerne ind imellem forsvinder helt. En af de kommunale sundhedsprofessionelle fortæller om, hvordan de som del af et projektarbejde fik undersøgt IT-fladerne hos henholdsvis kommune og almen praksis. Resultatet var, at man fandt ud af, at det var meget forskelligt, hvad kommunerne troede de sendte til lægerne og, hvad lægerne modtog fra dem og vice versa. Hun fortæller endvidere:

*KSP4: Det er i hvert fald sådan, at vi er meget bevidste omkring, at der virkelig er baggrund for at lave utilsigtede hændelser i den der overgang. Ja. Det er f.eks. noget med, at hvis man får en korrespondance, og så svarer med OK, så kommer hele den første del af korrespondancen ikke med, det vil sige, så ved vi ikke, hvad det er, der bliver svaret OK til. Det vil så sige, at man jo slet ikke har noget budskab. Så der er rigtig store udfordringer. Og leverandørerne ved det faktisk godt, men de vil ikke rette til, før der er penge på bordet. Så der er mange barrierer for det her (gr. 4, kom. 4).*

De kommunale sundhedsprofessionelle ønsker sig en fælles platform, således at kommune og almen praksis kan manøvrere nemt og have adgang til de samme oplysninger omkring borgeren.

De ønsker sig også, at de kan få lægernes e-mailadresser.

### 3.6.3. Fysiske møder og relationsdannelse

Ligesom hos lægerne er der på tværs af kommunerne en klar opfattelse af, at det at mødes fysisk og etablere relationer fremmer samarbejdet. En af de sundhedsprofessionelle fortæller, at hun har oplevet, at det har betydning for lægerne, at de ved, at de trygt kan overdrage deres patienter til nogle mennesker, der i mødet har gjort et godt og tillidsvækkende indtryk på dem:

*KSP2: Det der med, at de har set: okay, det er et rigtigt menneske, der står der, og mennesket forstår at tale og virker venligt og imødekommende. Der var på et tidspunkt en af dem, der sagde til mig, at det var vigtigt for dem, at de vidste, at de sendte videre til en, der faktisk kunne tage hånd om dem, om patienten. At det ikke bare...*

*KSP4: At det var godt nok.*

*KSP2: ...ja, at tilbuddet var godt nok. Og at underviseren var god nok. At det ikke var noget... jamen det ved jeg ikke...noget de ikke kunne stole på. Ja. Så tillid og tryghed i, altså i forhold til relationen, det er rigtig vigtigt (gr. 4, kom. 3 og 4).*

I en af kommunerne, hvor der har været en stor grad af udskiftning blandt lægerne, og hvor yngre læger hovedsageligt er kommet til, fortæller de kommunale sundhedsprofessionelle om, hvordan det har været et fælles mål at øge kendskabet til hinanden, og at de har oplevet, at det har gjort samarbejdet lettere. De sundhedsprofessionelle i denne kommune oplever, at det *at være nye sammen* har positiv betydning for samarbejdet og for ligeværdigheden i relationen:

*KSP4: Vi har jo, med flere af lægerne, der har vi jo set hinanden i øjnene lige fra starten, faktisk fra de startede i praksis, Øhm... Så måske har det haft betydning, at de selv har været nye i alting...nye i deres praksis, nye i byen, nye i kommunen, nye alle vegne. Det kan måske have gjort noget ved deres attitude, eller hvad man skal kalde det... (gr. 4, kom. 4).*

I flere af kommunerne nævner de sundhedsprofessionelle den gavnlige effekt, det har haft på samarbejdet, at være i kontakt med praksispersonalet. Nogle af de sundhedsprofessionelle nævner, at de selv og praksispersonalet er en del af ”det samme netværk”, og at de kender hinanden fra tidligere jobs og kurser, de har været på sammen. De nævner også, at de oplever kommunikationen med

praksispersonalet som ”ligeværdig”, og at praksispersonalet på en anden måde end lægerne ved, hvad der rører sig hos borgeren, qua en mere uformel kontakt, for eksempel i forbindelse med blodprøvetagning eller andre ydelser, der varetages af sygeplejersken. Der er dog en indbygget begrænsning i kontakten til praksispersonalet, da praksispersonalet, ifølge de kommunale sundhedsprofessionelle, er underlagt en skemalagt struktur og skal bede om lederens tilladelse til at varetage opgaver, der relaterer sig til forebyggelse og sundhedsfremme:

*KSP3: Altså de skal jo have grønt lys fra deres leder, ikke også, som er læge.*

*KSP2: Der er de også strikse, altså, de er virkelig strikse i forhold til, hvor meget tid deres praksispersonale må bruge på sådan nogle ting. De har jo fuldstændig skemalagt, hvad de må bruge tid på, og hvad de ikke må (gr. 2, kom. 3).*

### **3.7. Kommunikationsstrategier**

#### **3.7.1. Tidlig inddragelse og afdækning af behov**

Ligesom de deltagende læger har udtrykt ønske om at blive inddraget tidligt i planlægning af et tilbud eller samarbejdsinitiativ, fortæller de kommunale sundhedsprofessionelle også om vigtigheden af at lægerne tidligt i processen bliver præsenteret for ideer til projekter og nye initiativer. En af de kommunale sundhedsprofessionelle fortæller om, hvordan de på de kommunalt lægelige udvalgmøder (KLU) spørger ind til lægernes interesse i at samarbejde med kommunen om nye projektidéer og samtidig har fokus på mulige barrierer for realiseringen af dem:

*KSP4: Hvis vi kommer i tanke om, at vi vil starte noget op og gerne vil have samarbejde med almen praksis, så vender vi det i KLU, og snakker om de barrierer, der kan være i det, og hvor stor interesse, der kan være i det, og hvordan de tænker, at det vil ramme deres målgruppe. Ja.*

*KSP2: ja, så tager de det tilbage i deres bagland for at finde ud af, jamen, er det noget, der interesserer os at samarbejde omkring? (gr. 4, kom. 3 og 4).*

I en af de andre kommuner taler de også om, hvordan det har betydning for samarbejdet at spørge åbent til, hvilke behov lægerne har for særlige indsatser, for således, så vidt muligt, at arbejde ud fra lægernes præmisser:

*KSP1: Eller hvad er det egentlig de har behov for? Altså, så det er stadigvæk meget på deres præmisser, selvfølgelig i det omfang, som vi nu kan... kan formå det, men, men jeg tænker ligesom at*



*spørge åbent til: Hvad har de behov for, og ser de nogen muligheder, eller er der nogle barrierer eller, hvad er det lige det handler om? (Int. 2, kom. 6).*

Til dette hører også, at det har betydning for samarbejdet, at de sundhedsprofessionelle strategisk fortæller om, hvordan deres eller lignende initiativer har vist sig at have evidens, samt at de har fokus på at fortælle, hvor stort et potentiale tilbuddet kan tænkes at have i forhold til andelen af lægernes patienter.

### **3.7.2. ”Gøre det så nemt for lægerne som muligt”**

Blandt alle kommunale sundhedsprofessionelle er der en oplevelse af *at lægerne bliver bombarderet fra højre og venstre* og nærmest ”drukner” i information, hvorfor det opleves at være af stor betydning for samarbejdet, at kommunikationen foregår så faciliterende og velovervejet som muligt. I den forbindelse nævner de kommunale sundhedsprofessionelle nogle bevidste strategier:

*KSP1: Altså det handler altid om: hvordan bliver det nemmest for lægerne? Øh, altså hvis man på forhånd kan tænke, altså hvem og hvordan og hvornår skal de gøre, altså, sådan at det er så nemt som muligt i deres dagligdag, fordi det er, det er det, der skubber nogle borgere videre (Int. 2, kom. 6).*

Helt centralt for kommunikationen er det, ifølge de kommunale sundhedsprofessionelle, at formulere sig kort, præcist og koncist:

*KSP2: Det skal være kort og godt!*

*KSP1: ja, kort og godt. Halvanden linje. Det er det, vi snakker. Ikke noget med lange tekster, prosatekster. Og også lige præcis, det der med kort og præcist og også det med resuméet, hvis man endelig skriver lidt mere, så skal man have det vigtigste først (gr. 3, kom. 2).*

I en af kommunerne har de valgt at samle alle informationer til lægerne til udsendelse fire gange om året. Derudover har de valgt, at det kun er én person fra kommunens sundhedscenter, der varetager den skriftlige kontakt til lægerne, sådan så lægerne kun skal forholde sig til én person blandt kommunens mange medarbejdere og aktører.

I en anden af kommunerne fortæller en kommunal sundhedsprofessionel detaljeret om, hvordan de som en del af det, som hun kalder for deres ”kundepleje” eller ”servicering” af lægerne har lavet laminerede oversigtsark, som lægerne kan have liggende på deres skriveborde med information om, hvilke forebyggelsestilbud sundhedscenteret har. Der står information om



grupeforløb eller enkeltforløb samt, hvilket lokationsnummer, der skal refereres til på henvisningen. Ydermere har kommunen stillet postkort-stativer op i klinikkerne, hvorpå alle tilbuddene står beskrevet, og som ”ekstra service” kommer de ud én gang i kvartalet og opdaterer materialet. Denne strategi har vist sig at være indbringende i forhold til antallet af henvisninger fra lægerne til kommunale sundhedstilbud.

### 3.7.3. Ikke stille lægens faglighed i tvivl

I to af kommunerne taler de sundhedsprofessionelle om, hvordan de i kommunikationen med lægerne skal undgå at skabe en situation, hvor lægens faglighed stilles i tvivl, for eksempel i forbindelse med at stille en bestemt diagnose eller rådgive om medicinsk behandling af en patient, da det kan udfordre samarbejdet. Relateret til dette bliver der talt om, hvordan kommunikationen med de praktiserende læger til tider opleves som ”uligeværdig”. En af de kommunale sundhedsprofessionelle fortæller om, hvordan hun erfarer, at kommunikationen med de praktiserende læger adskiller sig fra den kommunikation, hun har haft med lægerne på sygehusene, hvor hun følte, at de var mere ”lige”. Hun fortæller videre:

*KSP2: Altså her, der er det jo noget helt andet. Man skal virkelig tænke sig om, før man kontakter en læge eller, øh, skriver til en læge eller sådan nogen ting, ikke også. At man hele tiden skal bevare det gode samarbejde. Så det tænker jeg rigtig meget over. Ja, man skal ikke gøre sig klogere end dem, og man kan sige, man har jo ikke drøftelse på samme måde, som man har på sygehusene. Her er det jo via skrift. Det kan jo godt være lægen tænker: 'Hun skal sgu ikke tro, hun er noget derinde fra.' Så, så det er en helt anden måde at samarbejde med læger på, synes jeg (gr. 3, kom. 2).*

For ikke at sætte det gode samarbejde med de praktiserende læger over styr, fortæller de kommunale sundhedsprofessionelle om, hvordan de strategisk i deres kommunikation med lægerne gør sig umage for, at lægen føler, at hans/hendes position som beslutningstagere bibeholdes:

*KSP3: Så er der den der kunst, når det drejer sig om læger, man skal få det sagt som om, at det er lægens egen idé. Det er sådan meget vigtigt.*

*KSP2: Der er noget med, også når man formulerer sig på skrift, at det er noget med ikke at gå ind over deres domæne og tro, at man skal fortælle dem, hvad de skal gøre (de øvrige griner). Det er noget med at være lidt ydmyge i forhold til deres faggruppe, ikke også, og det gælder jo også mange andre steder. At man kan have nogle idéer eller tanker, men det er lægens vurdering, ikke også (gr. 2, kom. 1).*

I en af de andre kommuner foregår der ligeledes en dialog om det samme tema som ovenfor vedrørende måden, hvorpå man strategisk bør lade lægen bibeholde sin faglige position i samarbejdet og dermed understøtte en hierarkisk tankegang:

*KSP2: og sådan har jeg det også på diabetesområdet, hvis det er, man stiller spørgsmålstejn ved deres blodsuktermålinger eller deres medicin eller et eller andet, ikke. Så er det vigtigt, hvordan det bliver gjort, så det i hvert fald er en undren eller en tanke, så det i hvert fald stadigvæk er lægens ansvar at træffe beslutningen.*

*KSP2: Ja, at det ikke er noget, der kommer herfra, at blodtrykket ligger for højt eller, at han skal have noget andet medicin, ik!*

*Int: Og hvorfor er det vigtigt? Fordi lægen ligesom stadigvæk skal have ejerskabsfølelsen?*

*KSP2: Ja, men også for det gode samarbejdes skyld, ikke også. At det ikke bliver sådan at: 'Vi sender ikke de der ud i kommunen, fordi de tror, at de skal bestemme behandlingen også.'*

*(gr. 2, kom. 1)*

## **4. Emner og strategier i det videre samarbejde**

Denne undersøgelse har genereret viden om praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles erfaringer med, perspektiver på og holdninger til det tværsektorielle samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse. Mange af disse fra henholdsvis læger og kommunale sundhedsprofessionelle peger i samme retning og kan bidrage til formulering af en række emner og strategier, der er vigtige at adressere i det videre arbejde med at forbedre samarbejdet mellem almen praksis og kommune om forebyggelse og sundhedsfremme.

### **4.1. Ressourcer og kapacitet**

Både læger og kommunale sundhedsprofessionelle rejser i nærværende undersøgelse det grundlæggende spørgsmål om, hvordan man kan skabe bedre overensstemmelse mellem ønskede mål for det tværsektorielle samarbejde (som formuleret ”på papiret”) og de faktiske vilkår, som lægerne og de kommunale sundhedsprofessionelle er underlagt, og som aktuelt kun understøtter det tværsektorielle samarbejde i begrænset omfang. Helt grundlæggende drejer det sig for lægerne om manglende tid, manglende personale (lægemangel samt praksiskonsulentfunktioner, der er blevet sparret væk), samt økonomiløft, der gør, at lægerne, hvis de overskrider dette, selv skal betale for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse. Grundet disse begrænsede vilkår er samarbejdsvilligheden lav både i forhold til det konkrete samarbejde om forebyggelsesforløb for den enkelte borger og i forhold til det overordnede organisatoriske samarbejde om forebyggelse mellem almen praksis og kommune. Grundet manglende tid og honorering møder et fåtal af lægerne op til samarbejds møder, både fast organiserede KLU-møder, men også ad hoc temamøder. Andre, ”mere presserende”, honorerede opgaver i praksis prioriteres derfor højere af læger og praksispersonale.

Det anbefales derfor, at samarbejdspartnerne tager initiativ til en åben drøftelse af, hvad de hver især kan magte (i forhold til ressourcer og kapacitet), at der afstemmes forventninger og behov, og at der på dette grundlag opstilles nogle samlede, realistiske mål med borgerens tarv som fælles omdrejningspunkt. Det anbefales tillige, i det omfang, det er muligt, at udfordringerne omkring ressourcer og kapacitet adresseres over for politikere således, at der kan fastlægges nogle rammer for samarbejdet, der kan sikre, at den ansvarsfordeling og de indsatser, der anbefales politisk, også er i overensstemmelse med samarbejdsvilkårene i ”det virkelige liv”.

### **4.2. Holdning til samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse**

I interviewene med både læger og kommunale sundhedsprofessionelle har det vist sig, at der hersker nogle stærke holdninger til samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse, blandt nogle af lægerne grænsende til fordomme, der er påvirket af en række forhold, herunder strukturelle og

organisatoriske (tid, kapacitet), samt forskelligartede opfattelser af identitet og fagligt værd. Resultaterne ovenfor peger på, hvordan dominante holdninger hos nogle af lægerne bremser et proaktivt samarbejde med kommunen. En central forudsætning for en forbedring af samarbejdet mellem praktiserende læger og kommunale sundhedsprofessionelle er derfor at arbejde med holdninger til sundhedsfremme og forebyggelse samt til faglige roller og fordeling af ansvarsområder hos begge samarbejdspartnere.

Det er værd at bemærke, at selvom strukturelle og organisatoriske forhold bremser lægernes villighed til at mødes og til at engagere sig proaktivt i samarbejdet, fremstår det tydeligt for både læger og kommunale sundhedsprofessionelle, at vejen til et bedre samarbejde inkluderer at mødes fysisk og få et øget kendskab til hinanden. Begge parter fortæller om, hvordan man ved at holde samarbejds møder opnår en større bevidsthed om at sundhedsfremme og forebyggelse er et fælles ansvarsområde, samtidig med, at man får afmonteret gensidige fordomme. Det anbefales derfor, at man overkommer strukturelle barrierer, og at man ved honorerede møder og fælles aktiviteter, arbejder målrettet med refleksiviteten i forhold til egne holdninger til samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse.

#### **4.3. Tidlig inddragelse, sam-arbejde, relevans og ligestilling**

Holdningen til samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse har tillige vist sig at være påvirket af konkrete erfaringer hos lægerne med manglende eller utilstrækkelig *inddragelse* i udviklingen af sundhedstilbud- og interventioner. Lægerne giver udtryk for, at samarbejdet med kommunen for dem ikke opfattes som *sam-arbejde*, men blot som information om projekter, der ønskes påbegyndt, samt orientering om, hvilke roller kommunen ønsker at tildele lægerne. I arbejdet med at forbedre det tværsektorielle samarbejde, bør der derfor være et øget fokus på, hvilke strategier, man kan benytte sig af, således at lægerne føler, at de bliver ”hørt” og inddraget tidligt nok i samarbejdet.

Resultaterne af nærværende undersøgelse peger desuden på, at lægernes holdning til det tværsektorielle samarbejde er påvirket af en oplevelse af, at kommunen sætter mange projekter i gang med korte tidshorisonter samt begrænset nytte og *relevans*. I det fremtidige tværsektorielle samarbejde er det derfor vigtigt, at der tages udgangspunkt i en drøftelse af, hvad der hos begge parter opleves som relevante sundhedsfaglige problemstillinger at arbejde projektmæssigt videre med samt, hvorledes man kan arbejde sammen om at optimere effekten af indsatserne. Det er desuden vigtigt at drøfte indbyrdes, hvordan samarbejdspartneres forskellige kompetencer og fagligheder kan bringes i spil på en måde, så indsatsen kan resultere i en effekt hos borgeren på længere sigt. I disse drøftelser kan evidens inden for lignende interventionsformer med fordel inddrages.

Det anbefales tillige, at der arbejdes på *ligeværdigheden* i samarbejdsrelationen. De kommunale sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at de ikke føler sig ”lige” i forhold til lægerne. De tænker meget over, at de i kommunikationen med lægerne ikke må komme til at stille lægernes faglighed i tvivl, og føler, at de skal præsentere ideer og forslag på en måde, så lægerne sidder tilbage med den fulde beslutningskraft. Som del i arbejdet hen imod større ligeværdighed og respekt i kommunikationen og relationen, anbefales det, at man forsøger at øge kendskabet til samt viden om samarbejdspartnerne kompetencer, styrker og svagheder i forhold til varetagelse af sundhedsfremme og forebyggelse hos den enkelte borger (for eksempel i forhold til viden om sundhed, fastholdelse af sundhed, kontinuiteten i relationen, samvær med andre borgere samt tid og kapacitet).

#### **4.4. Kommunikationsform – hvilken og hvornår?**

I nærværende undersøgelse efterspørger både læger og de kommunale sundhedsprofessionelle, at kommunikationen foregår ved flere fysiske møder. Denne efterspørgsel er en reaktion på, hvad der opleves som en overdreven, ineffektiv brug af e-kommunikation. Lægerne udtrykker tillige, at e-kommunikation vanskeliggør etableringen af tillid, tryghed og gennemsigtighed i samarbejdet, hvorfor de er tilbageholdende med at sende deres patienter videre i ”cyberspace”, fordi de ikke ved, hvem de sender patienterne videre til og dermed ikke kan stå inde for fagligheden. Der er desuden hos begge parter en oplevelse af, at den efterfølgende e-kommunikation glider lettere og mere effektivt, når man har fået ”sat ansigt på hinanden”.

I forhold til lægernes og de kommunale sundhedsprofessionelles erfaringer med e-kommunikationen dokumenterer nærværende undersøgelse tydeligt, at IT som kommunikationsværktøj i mange tilfælde opleves at udgøre en barriere for samarbejdet. Lægernes og kommunernes IT-systemer er ikke synkroniserede, hvilket kan resultere i, at henvisninger eller korrespondancehenvendelser går tabt eller ender blindt. Der kan sågar opstå utilsigtede hændelser, fordi lægerne kun modtager brudstykker af en henvisning eller meddelelse. Henvisningsprocedurer kan virke komplicerede og kræver instruktion. Sundhed.dk og SOFT-portalen anvendes ikke systematisk som informationskilde af lægerne, og i nogle af kommunerne mangler der tid til at holde sundhed.dk opdateret med information om kommunens mange tilbud.

De positive erfaringer med fysiske møder hos både læger og kommunale sundhedsprofessionelle samt udfordringerne med IT som samarbejdsværktøj peger på nødvendigheden af at adressere emnet om, hvilke kommunikationsformer samarbejdspartnerne oplever som ønskværdige samt hvornår. Det anbefales, at der afsættes ressourcer til, at parterne mødes fysisk og, at den indledende dialog, medinddragelse og relationsdannelse foregår under disse møder, da det er en vigtig forudsætning for at e-kommunikationen fremadrettet kan blive, som

parterne ønsker det. Ud over at arbejde på en stadig optimering af IT-strukturernes funktionalitet, anbefales det, at lægerne får hjælp til brug af IT som samarbejdsværktøj – både i forhold til indhentning af information om aktuelle sundhedstilbud samt konkrete henvisningsprocedurer. Generelt set anbefales det, at der sker en større vekselvirkning mellem fysiske møder og e-kommunikation. Dette kunne konkret planlægges ved at afholde regelmæssige informationsmøder i praksis (evt. frokostmøder eller andre, honorerede møder) suppleret med instruktioner i brug af e-kommunikation. Det anbefales også, at elektronisk information på sundhed.dk suppleres af ”fysiske” pjecer, foldere eller ”postkort-stativ” til venteværelset, da både læger og kommunale sundhedsprofessionelle fortæller om en stigning i antallet af henvisninger som et resultat af disse informations- og kommunikationsstrategier.

#### 4.6. Relationel koordinering

Som overordnet strategi kunne det være relevant at have fokus på relationel koordinering mellem almen praksis og kommune. Teorien om relationel koordinering er udviklet af den amerikanske professor Jody H. Gittel og er særlig relevant for tværgående arbejdsprocesser, der er præget af 1) gensidig afhængighed mellem de fagprofessionelles udførelse af opgaveløsningen, 2) en høj grad af uforudsigelighed og 3) tidspres (10). Relationel koordinering defineres i teorien som at kommunikere og handle med henblik på at integrere egen opgaveløsning ind i den store opgaveløsning. Det handler altså om at se sine opgavers betydning i forhold til den samlede ydelse til borgeren.

Som del af en konkret relationel koordineringsstrategi mellem almen praksis og kommune kunne det overvejes, om de tilbud, som lægerne har i ”eget hus” i højere grad kan koordineres med kommunens tilbud, således at opgaverne i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme ikke blot tænkes løst i egne siloer og organisationer, men at de tænkes ind i et overordnet fælles mål (borgerens tarv) på tværs af disse. I nærværende undersøgelse beskriver lægerne, hvordan de allerede henviser deres patienter til tilbud, såsom samtale hos sygeplejersken om rygestop, kostvejledning, etc., og nogle læger kan derfor ikke se, at der skulle være brug for samarbejde med kommunen. Som del af en relationel koordinering kunne det være relevant at drøfte og tydeliggøre, hvad de forskellige indsatser og tiltag rummer af styrker og svagheder samt drøfte kontekstens betydning for borgeren. Mere specifikt kunne man drøfte værdien af, at borgeren, som supplement til ydelserne i almen praksis, kan komme i kommunalt regi, deltage på kurser, møde andre ligesindede, få en eller flere helbredssamtaler med de kommunale sundhedsprofessionelle og få designet individuelle tilbud.

Det kunne også være relevant at udtænke nogle relationelle koordineringsstrategier, der kan føre til, at praksispersonalet kan inddrages yderligere i samarbejdet med kommunen. Flere af de

kommunale sundhedsprofessionelle giver udtryk for positive erfaringer med kontakten med praksispersonalet. De udtrykker, at de føler sig mere ”ligeværdige” med praksispersonalet, at de kender hinanden fra fælles netværk, og at de har opfattelsen af, at praksispersonalet har en god kontakt til borgeren i øjenhøjde qua deres mere uformelle møder med patienterne. Det anbefales, at der bliver tænkt i nogle løsninger med hvilke, der kan frigives tid til praksispersonalet med henblik på varetagelse af sundhedsfremmende og forebyggende opgaver samt kontakt til og samarbejde med kommunen.

## 5. Sammenfatning af resultater

### 5.1. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles *erfaringer* med samarbejdet omkring forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens borgere?

*De praktiserende lægers* erfaring med det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme kan bedst beskrives som *begrænset*. I funktionen som praksiskonsulent kan nogle af lægerne fortælle om deres erfaringer fra det Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU) og de obligatoriske KLU-møder, som har mere karakter af ”orienterings- eller informationsmøde” end ”dialog- og samarbejds møde”. Lægerne fortæller der ud over om erfaringer med for sen inddragelse i samarbejdsprocesser omkring konkrete projekter.

Generelt set opleves det som udfordrende for lægerne at være opdateret på de kommunale tilbud. Sundhed.dk, hvor der findes information om kommunens sundhedstilbud, bruges kun i begrænset omfang i den daglige hverdag, ligesom der er erfaringer med, at information om tilbud ikke er opdateret. Enkelte af lægerne fortæller om positive erfaringer med besøg fra kommunen, hvor aktuelle, kommunale tilbud er blevet gennemgået på effektiv vis.

Lægerne har generelt set positive erfaringer med de elektroniske henvisningsprocedurer i forhold til de kommunale, diagnose-specifikke tilbud og er positivt stemte over for ordningen med én central visiteringslinje, som dermed letter deres ansvar for at holde sig opdateret i forhold til aktuelle kommunale tilbud.

*De kommunale sundhedsprofessionelles* samarbejde med lægerne om forebyggelse og sundhedsfremme opleves ikke som tæt, og har mere karakter af ”informationsudveksling” end reelt ”sam-arbejde”. Der er en oplevelse af, at det er udfordrende at etablere og opretholde samarbejdsrelationer til lægerne. Samtidig oplever de kommunale sundhedsprofessionelle, at det er svært at komme i mål med de visioner og ambitioner omkring det tværsektorielle samarbejde, som de står formuleret på papiret. Lægerne bliver beskrevet som ”svære at få fat i” og som nogle, der ikke har ”set lyset” i et samarbejde med kommunen. Samarbejdet centrerer sig primært omkring henvisninger og kommunikationen foregår næsten udelukkende skriftligt i form af korte, præcise og koncise udvekslinger.

De kommunale sundhedsprofessionelle refererer til erfaringer med både usamarbejdsvillige, ældre læger og mere samarbejdsvillige, yngre læger, som også tilskrives en god opmærksomhed på



tilbuddene i kommunerne, og som menes at være den primære årsag til en generel stigning i henvisninger til de diagnose-specifikke tilbud.

Nogle af de kommunale sundhedsprofessionelle har en oplevelse af at indgå i uligeværdige samarbejdsrelationer med lægerne, som udspringer af konkrete erfaringer fra interaktioner, hvor en problematisering af lægens beslutning eller faglighed har sat samarbejdet over styr.

## **5.2. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles holdninger til det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme?**

*Lægerne* synes at have internaliseret samfundets og fagprofessionens holdning til forebyggelse og sundhedsfremme som et af almen praksis' centrale ansvarsområder. Således beskriver lægerne, at forebyggelsesarbejdet udgør en stor del af både deres og praksispersonalets daglige arbejde, men at dette arbejde kun sjældent involverer et samarbejde med kommunen. Lægerne erkender, at samarbejdet med kommunen ikke bliver prioriteret i det daglige arbejde, på trods af, at de anerkender vigtigheden af et velfungerende samarbejde i en tid med flytning af opgaver til almen praksis. I forhold til lægernes holdning til tidlig opsporing og henvisning af raske til kommunale tilbud er der flere af lægerne, der har den opfattelse, at det ikke er lægernes ansvarsområde, og at andre arbejdsopgaver er mere presserende. De ytrer, at de primært føler ansvar i forhold til den patientrettede forebyggelse. Samtidig har flere af lægerne den holdning, at et øget fokus på tidlig opsporing, kan bidrage til at øge den sociale ulighed i samfundet, da de tiltag, der har været på området hidtil sjældent når ud til de grupper i samfundet, der virkelig har brug for en sådan indsats.

*De kommunale sundhedsprofessionelle* er enige i, at sundhedsfremme og forebyggelse er områder, der for størstedelen af lægerne ikke opleves som særligt relevante, hvilket kan hænge sammen med, at lægerne, ifølge de kommunale sundhedsprofessionelle, ser deres funktion som fortrinsvis behandlende. De kommunale sundhedsprofessionelle er af den opfattelse, at lægerne endnu ikke har fået øjnene op for relevansen af et samarbejde med kommunen - eller ikke kan se den særlige viden, erfaringer og kompetencer som, kommunen kan byde ind med i et samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme.

### 5.3. Hvad er praktiserende lægers og kommunale sundhedsprofessionelles *perspektiver* på hæmmende og fremmende faktorer i forhold til implementering af tværsektorielle forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer?

#### *Tid, kapacitet og honorering*

Samtlige læger nævner, at grundet begrænsede tidsressourcer og dagligt tidspres sker der en skarp prioritering af arbejdsopgaverne i hverdagen. Manglende tilførsel af midler, herunder honorering til samarbejdsaktiviteter samt det såkaldte økonomiloft nævnes også som barrierer for at løfte ansvaret på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Ligesom lægerne, mener de kommunale sundhedsprofessionelle, at manglende tid hos lægerne udgør en central hindrende faktor for samarbejdet. De har i relation til honorerings-temaet oplevet en direkte positiv sammenhæng mellem lægernes engagement i samarbejdet og honorering for samarbejdsaktiviteter.

#### *IT-strukturer*

Ifølge nogle af lægerne giver de nuværende IT-systemer i en post-sentinel-tidsalder ikke længere de samme muligheder for systematisk forebyggelse og sundhedsfremme, hvilket er en barriere for samarbejdet. Andre læger udtrykker det modsatte perspektiv, og forklarer, hvordan en af barriererne for samarbejdet netop havde udgangspunkt i mulighederne for ”datafangst”.

På trods af, hvad der hos nogle læger opleves som velfungerende elektroniske henvisningsprocedurer og centrale visiteringsenheder, er der en generel opfattelse hos lægerne af, at man med en overdreven indførelse af centraliserede IT-strukturer- samt e-kommunikation har mistet en betydelig fremmer for samarbejdet, nemlig den menneskelige kontakt og dialog. Flere af lægerne omtaler således IT-samarbejdsstrukturerne med ord, der kan tolkes som fremmedgørende. Lægerne kobler tillige brug af IT- underbyggede kommunikationsstrukturer sammen med en overdreven e-mailkommunikation samt unødige krav til dokumentation.

Generelt er der blandt kommunens medarbejdere en oplevelse af, at de elektroniske systemer i kommune og almen praksis ikke ”snakker sammen”, og at IT i den sammenhæng ikke er fremmende for samarbejdet og kan resultere i utilsigtede hændelser. Ifølge kommunerne udgør den elektroniske henvisningsprocedure en barriere for nogle af lægerne og kan decideret resultere i, at henvisninger ikke kommer frem til den rette modtager eller ender blindt.

### *Fysiske møder og relationsdannelse*

Fysiske møder og relationsdannelse udgør et enstemmigt perspektiv på en fremmede faktor blandt både læger og kommunale sundhedsprofessionelle. Etableringen af tillid og nedbrydelsen af fordomme fremtræder som en central mekanisme, der fremmer og effektiviserer samarbejdet. Blandt de kommunale sundhedsprofessionelle i kommuner, hvor der er sket store udskiftninger i lægestaben, har det *at være nye sammen* en positiv betydning for samarbejdet og for ligeværdigheden i relationen. I flere af kommunerne nævner de sundhedsprofessionelle, at det har haft en gavnlig effekt på samarbejdet, når de har haft held med at etablere relationer til det øvrige praksispersonale, da disse relationer opleves som mere ligeværdige end relationerne til lægerne.

### *Tidlig inddragelse og dialog om meningsfuldhed*

Ligesom lægerne har udtrykt ønske om at blive inddraget tidligt i planlægning af et tilbud eller samarbejdsinitiativ, fortæller de kommunale sundhedsprofessionelle også om vigtigheden af at lægerne tidligt bliver præsenteret for ideer til projekter og initiativer. Til dette hører, at det har betydning for samarbejdet, at de sundhedsprofessionelle strategisk fortæller om, hvordan deres eller lignende initiativer har vist sig at have evidens, og hvor stort et potentiale tilbuddet kan tænkes at have i forhold til andelen af lægernes patienter.

## Referencer

1. Regeringen. Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen. København: Regeringen; 2013.
2. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen - en vejledning til Sundhedslovens §119, stk. 1 og 2. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
3. Praktiserende Lægers Organisation. Oplæg om det kommunale samarbejde med almen praksis i en ny offentlig struktur. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2005.
4. Lægeforeningen. Kommunalt lægelige udvalg. [Tilgængelig fra: [http://www.selskaberne.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P\\_L\\_O/Samarbejde%20med%20kommuner/Kommunalt-laelige%20udvalg](http://www.selskaberne.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Samarbejde%20med%20kommuner/Kommunalt-laelige%20udvalg)].
5. Lægeforeningen. Kommunal praksiskonsulent. [Tilgængelig fra: [http://www.selskaberne.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P\\_L\\_O/Samarbejde med kommuner/Kommunal praksiskonsulent](http://www.selskaberne.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Samarbejde%20med%20kommuner/Kommunal%20praksiskonsulent)].
6. Region Syddanmark. Sundhedsaftalen 2015-2018. [Tilgængelig fra: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm277954>]
7. Sundhedsstyrelsen. Samarbejde om forebyggelse - anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
8. Maxwell JA. Qualitative research design: An interactive approach: Sage; 2004.
9. Denzin NK, Lincoln YS. The Sage handbook of qualitative research: Sage; 2005.
10. Gittell JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet: samarbejde, kvalitet og fleksibilitet: Forlaget Munksgaard; 2012.

## Bilag

### Interviewguide (kommune) for projektet: Samarbejde mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse

#### Introduktion:

Tusind tak fordi I har sagt ja til at deltage i dette fokusgruppeinterview – det er vi meget glade for!  
Tak til XX, fordi du har faciliteret dette møde!

Vi er i gang med et forskningsprojekt, der skal undersøge samarbejdet mellem almen praksis og kommune om varetagelse af arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme ift. kommunens borgere.

Lovgivningsmæssigt (Sundhedsloven) lægges der jo op til et tæt samspil mellem kommunen og de lokale praktiserende læger ift. forebyggelse og sundhedsfremme ud fra den betragtning, at almen praksis har den bredeste patientkontakt og et godt kendskab til den enkelte patients sundhedstilstand og livssituation. Der lægges også op til, at forebyggelsesindsatsen i almen praksis skal inkluderes systematisk i opgavevaretagelsen, og at almen praksis blandt andet skal opspore livsstilsproblemer og henvise til kommunale forebyggelsestilbud, hvis det skønnes relevant.

*I løbet af den næste times tid, vil jeg gerne tale med jer om jeres erfaringer med samarbejdet med almen praksis om forebyggelsesvaretagelse og hvordan I oplever jeres rolle. I relation til dette, vil jeg meget gerne høre mere om, hvilke faktorer I ser som fremmende for forebyggelsessamarbejdet og, hvilke I ser som mere hæmmende.*

Vi vil meget gerne have lov til at optage samtalen, så vi kan skrive det, vi taler om her, ud til tekst. Efterfølgende kommer vi til at kigge på forskelle og ligheder mellem de gruppeinterview vi får lavet inden for det her projekt for så at samle data og formidle dem. For god ordens skyld, skal jeg lige nævne, at I selvfølgelig er sikret fuld anonymitet, og at I også kan vælge at trække jer ud af projektet når som helst, hvis I skulle ønske det. I så fald vil alle jeres udtalelser blive slettet.

#### Begrebsafklaring:

*Allerførst – inden vi går over til at tale om, hvordan I arbejder sammen med almen praksis om sundhedsfremme og forebyggelse af kommunes borger kunne jeg godt tænke mig at høre lidt mere om, hvad I forstår under de to begreber forebyggelse og sundhedsfremme.*

- Kan I prøve at fortælle, hvordan I forstår begreberne forebyggelse og sundhedsfremme?

- I kender måske Sundhedsstyrelsens definition af begreberne (*læser højt*) - hvordan synes I, at disse definitioner stemmer overens med jeres forståelse af begreberne?

#### Erfaringsudveksling:

*Dernæst vil jeg gerne høre lidt mere om jeres arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme.*

- Hvordan arbejder I med forebyggelse og sundhedsfremme i jeres daglige arbejde?
- Hvordan rækker I ud til borgerne med kommunens forebyggelsestilbud?

#### Holdning:

*Dernæst vil jeg gerne høre lidt mere om jeres holdning til, hvordan man rent lovgivningsmæssigt har beskrevet almen praksis' ansvar ift. forebyggelse og sundhedsfremme.*

- Er I enige i, at almen praksis har en central rolle ift. forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvad er jeres holdning til den nuværende organisering/ansvarsfordeling mellem almen praksis og kommune i forhold til forebyggelsesarbejdet?

#### Fremmende og hindrende faktorer:

*Nu har vi talt om, hvad I gør for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme og om jeres holdninger til det. Nu vil jeg gerne høre mere om jeres perspektiver på, hvad der kan være af fremmende og hæmmende faktorer i samarbejdet med almen praksis om forebyggelse.*

- Hvordan vil I beskrive kommunikationen mellem almen praksis og jer? (Har I fx kontakt til en fast kontaktperson? Er der problemer ift. forskellige sygdomsklassifikationssystemer mellem sektorerne, forskellige nomenklaturer?)
- Er lægerne generelt motiverede for at tale med jer om forebyggelse og sundhedsfremme og samarbejdet herom?
- Hvordan foregår kommunikationen typisk? (er den systematiseret?)
- Hvilke faktorer har betydning for om det tværsektorielle samarbejde på forebyggelsesområdet fungerer/ikke fungerer?
- Mener I, at almen praksis har en god indsigt i og et godt overblik over de kommunale tilbud eller kunne det forbedres?
- Bliver varetagelsen af forebyggelsesopgaven hjulpet på vej af it-understøttelse? (*Nogle kommuner har valgt at udvikle en net baseret portal med omtale af relevante forebyggelsestilbud i kommunen.*)

*It-infrastrukturer: Sammenhængen i forebyggelsesforløb mellem almen praksis og kommunerne understøttes af henvisningshotellet og SOFT-portalen)*

- Er der en økonomisk faktor, der kan virke enten fremmende eller hæmmende for samarbejdet?
- Kunne arbejdsbyrden være en faktor, der var enten fremmende eller hæmmende ift forebyggelsesvaretagelsen?

Forandringsvillighed:

*Til allersidst vil jeg gerne høre mere om jeres perspektiver på, hvad man kunne gøre anderledes for at optimere samarbejdet og, hvad det eventuelt ville have af implikationer for jer, for lægerne og for borgerne.*

- Har I en mening om, hvad man kunne ændre for at forbedre det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse?
- Hvor stor er jeres villighed til ændring af arbejdsgang /indføring af nye procedurer for at forbedre det tværsektorielle samarbejde mellem kommune/almen praksis på forebyggelsesområdet?
- Hvad ville disse ændringer have af implikationer for jer i jeres daglige arbejde? For lægerne? Og for borgerne?

## Interviewguide (almen praksis) for projektet: Samarbejde mellem almen praksis og kommune om sundhedsfremme og forebyggelse

Introduktion:

Tusind tak fordi I har sagt ja til at deltage i dette fokusgruppeinterview – det er vi meget glade for!  
Tak til XX, fordi du har faciliteret dette møde!

Vi er i gang med et forskningsprojekt, der skal undersøge samarbejdet mellem almen praksis og kommune om varetagelse af arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme ift kommunens borgere.

Lovgivningsmæssigt (Sundhedsloven) lægges der jo op til et tæt samspil mellem kommunen og de lokale praktiserende læger ift. forebyggelse og sundhedsfremme ud fra den betragtning, at almen praksis har den bredeste patientkontakt og et godt kendskab til den enkelte patients sundhedstilstand og livssituation. Der lægges også op til, at forebyggelsesindsatsen i almen praksis skal inkluderes systematisk i opgavevaretagelsen, og at almen praksis blandt andet skal opspore livsstilsproblemer og henvise til kommunale forebyggelsestilbud, hvis det skønnes relevant.

*I løbet af den næste times tid, vil jeg gerne tale med jer om jeres erfaringer med forebyggelsesarbejde ift jeres patienter og ikke mindst om jeres erfaringer med samarbejdet med kommunen om forebyggelsesvaretagelse. I relation til dette, vil jeg meget gerne høre mere om, hvilke faktorer I ser som fremmende for forebyggelsessamarbejdet og, hvilke I ser som mere hæmmende.*

Vi vil meget gerne have lov til at optage samtalen, så vi kan skrive det, vi taler om her, ud til tekst. Efterfølgende kommer vi til at kigge på forskelle og ligheder mellem de gruppeinterview vi får lavet inden for det her projekt for så at samle data og formidle dem. For god ordens skyld, skal jeg lige nævne, at I selvfølgelig er sikret fuld anonymitet, og at I også kan vælge at trække jer ud af projektet når som helst, hvis I skulle ønske det. I så fald vil alle jeres udtalelser blive slettet.

Begrebsafklaring:

*Allerførst – inden vi går over til at tale om, hvordan I arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme i jeres praksis – kunne jeg godt tænke mig at høre lidt mere om, hvad I forstår under de to begreber forebyggelse og sundhedsfremme.*

- Kan I prøve at fortælle, hvordan I forstår begreberne forebyggelse og sundhedsfremme?



- I kender måske Sundhedsstyrelsens definition af begreberne (*læser højt*) - hvordan synes I, at disse definitioner passer overens med jeres forståelse af begreberne?

#### Erfaringsudveksling:

*Dernæst vil jeg gerne høre lidt mere om jeres erfaringer med forebyggelse og sundhedsfremme.*

- Hvordan arbejder I med forebyggelse og sundhedsfremme i jeres klinik?
- Kan I prøve at beskrive nogle af de forebyggelsesindsatser, I varetager i jeres daglige arbejde?
- Har I indarbejdet en form for systematik/systematisk praksis i varetagelsen af forebyggelsesindsatser?

#### Holdning:

*Dernæst vil jeg gerne høre lidt mere om jeres holdning til, hvordan man rent lovgivningsmæssigt har beskrevet almen praksis' ansvar ift forebyggelse og sundhedsfremme.*

- Er I enige i, at almen praksis har en central rolle ift forebyggelse og sundhedsfremme?
- Hvad er jeres holdning til den nuværende organisering/ansvarsfordeling mellem almen praksis og kommune i forhold til forebyggelsesarbejdet?

#### Opfattelse af relevans og aktuell prioritering:

*Jeg vil også gerne høre lidt mere til omfanget af jeres forebyggelsesarbejde og, hvordan I prioriterer det ift andre arbejdsopgaver.*

- Hvor meget fylder forebyggelsesarbejdet i hverdagen?
- Hvor vigtigt er det i forhold til andre arbejdsopgaver?
- Kunne I godt tænke jer, at det fyldte mere/mindre?

#### Fremmende og hindrende faktorer:

*Nu har vi talt om, hvad I gør for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme og om jeres holdninger til det. Nu vil jeg gerne høre mere om jeres perspektiver på, hvad der kan være af fremmende og hæmmende faktorer i samarbejdet med kommunen om forebyggelse.*

- Hvilke faktorer har betydning for om det tværsektorielle samarbejde på forebyggelsesområdet fungerer/ikke fungerer?
- Mener I, at I har en god indsigt i og et godt overblik over de kommunale tilbud eller kunne det forbedres?

- Hvordan vil I beskrive kommunikationen mellem kommunen og jer? (Har I fx kontakt til en fast kontaktperson? Er der problemer ift. forskellige sygdomsklassifikationssystemer mellem sektorerne, forskellige nomenklaturer?)
- Bliver varetagelsen af forebyggelsesopgaven hjulpet på vej af it-understøttelse? (*Nogle kommuner har valgt at udvikle en net baseret portal med omtale af relevante forebyggelsestilbud i kommunen*).  
*It-infrastruktur: Sammenhængen i forebyggelsesforløb mellem almen praksis og kommunerne understøttes af henvisningshotellet og SOFT-portal*)
- Er borgerne generelt motiverede for at tale forebyggelse?
- Er der en økonomisk faktor, der kan virke enten fremmende eller hæmmende for samarbejdet?
- Kunne arbejdsbyrden være en faktor, der var enten fremmende eller hæmmende ift forebyggelsesvaretagelsen?

Forandringsvillighed:

*Til allersidst vil jeg gerne høre mere om jeres perspektiver på, hvad man kunne gøre anderledes for at optimere samarbejdet og, hvad det eventuelt ville have af implikationer for jer i jeres daglige arbejde.*

- Har I en mening om, hvad man kunne ændre for at forbedre det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse?
- Hvor stor er jeres villighed til ændring af arbejdsgang /indføring af nye procedurer for at forbedre det tværsektorielle samarbejde mellem kommune/almen praksis på forebyggelsesområdet?
- Hvad ville disse ændringer have af implikationer for jeres daglige arbejde?