



Fra lægehus til BEHANDLERTEAM

Erfaringer med og holdninger til brugen af praksispersonale
i almen praksis i Region Hovedstaden

Fra lægehus til behandlerteam

Erfaringer med og holdninger til brugen af praksispersonale
i almen praksis i Region Hovedstaden

Fra lægehus til behandlerteam

Erfaringer med og holdninger til brugen af praksispersonale i almen praksis i Region Hovedstaden

Karen Skjødt Hansen, Enheden for Brugerundersøgelser

Maj Jeppesen, Enheden for Brugerundersøgelser

Enhedschef: Marie Fuglsang, Enheden for Brugerundersøgelser

Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden på vegne af styregruppen for implementering af Plan for almen praksis

© Samarbejdsudvalget for almen praksis og Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, januar 2010

ISBN: 978-87-91520-47-1

Denne rapport citeres således:

Enheden for Brugerundersøgelser:

Fra lægehus til behandlerteam. København: 2010.

Uddrag er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Rapporten findes på Enheden for Brugerundersøgelsers hjemmeside:

www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen kan rettes til:

Enheden for Brugerundersøgelser

Frederiksberg Hospital

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Telefon: 3864 9966

E-mail: efb@regionh.dk

Indhold

Konklusion	5	4.2 Set fra praksispersonalets perspektiv	41
Råd og forslag fra praktiserende læger og praksispersonale	7	4.3 Set fra patientens perspektiv	44
1 Introduktion	11	5 Fremmende og hæmmende faktorer for ansættelse af praksispersonale	49
1.1 Baggrund	11	5.1 Hvad tilskynder til ansættelse af praksispersonale?	49
1.2 Formål	11	5.2 Barrierer for ansættelse af praksispersonale	50
1.3 Metode	11	6 Praksispersonale i almen praksis i fremtiden	55
2 Praksispersonalet – hvem er de og hvad laver de?	15	6.1 Hvilke opgaver kan varetages af praksispersonale i fremtiden?	55
2.1 Praksispersonalets baggrund	15	6.2 Hvilke personaletyper skal ansættes i fremtiden?	57
2.2 Lægernes præferencer ved ansættelse af praksispersonale	16	6.3 Hvad kan tilskynde til ansættelse af praksispersonale i fremtiden?	59
2.3 Praksispersonalets opgaver	18	6.4 Lægernes anbefalinger vedrørende effektiv anvendelse af praksispersonale	62
3 Samarbejde, ansvarsfordeling og vidensdeling	27	Bilag 1	
3.1 Samarbejde og ansvarsfordeling mellem læger og praksispersonale	27	Skema over faggrupper og deres opgaver	65
3.2 Samarbejde mellem praksispersonale	32	Bilag 2	
3.3 Vidensdeling i den enkelte praksis	33	Eksempel på faglig instruks – Hypertension	69
4 Fordele og ulemper ved praksispersonale i almen praksis	39		
4.1 Set fra lægernes perspektiv	39		

Konklusion

Denne rapport beskriver erfaringer med og holdninger til brugen af praksispersonale i almen praksis i Region Hovedstaden på baggrund af seks fokusgruppeinterview og et individuelt interview med praktiserende læger og praksispersonale fra almen praksis.

I de deltagende praksis er der en klar antalsmæssig overvægt af sekretærer og sygeplejersker blandt praksispersonalet. Disse faggrupper er lægernes foretrukne valg, når de skal ansætte praksispersonale i almen praksis. Der findes dog også praksispersonale, som er uddannet social- og sundhedsassistenter og bioanalytikere. Nogle få praksis har endvidere ansat en praksisadministrator, der primært varetager administrative opgaver.

Nogle læger foretrækker at arbejde sammen med sygeplejersker grundet deres selvstændighed, systematiske tilgang til arbejdet samt høje kompetencer. Andre læger vurderer, at social- og sundhedsassistenter er lige så kvalificerede som sygeplejersker og ikke er så fagligt afgrænsede. Mange af lægerne prioriterer personalets personlige kompetencer mindst lige så højt som deres uddannelsesmæssige kvalifikationer, hvilket blandt andet hænger sammen med, at de personlige kompetencer har stor betydning for samarbejdet mellem læger og personale.

Praksispersonalets erhvervsmæssige baggrund varierer betydeligt, men det er karakteristisk, at alle har erfaringer fra andre arbejdspladser inden ansættelsen i den nuværende praksis. Hovedparten af praksispersonalet har arbejdet på forskellige hospitalsafdelinger, og nogle har endvidere tidligere erfaring fra andre praksis eller hjemmeplejen. Ifølge lægerne har praksispersonalet behov for en bred faglig baggrund med kendskab til flere medicinske specialer for at kunne fungere i almen praksis. Den nye sygeplejerskeuddannelse kritiseres for at være

for snæver, og lægerne foreslår, at der etableres en formaliseret uddannelse rettet imod opgavevaretagelse i almen praksis. En sådan uddannelse vil formodentligt kunne mindske behovet for oplæring, som mange læger finder meget tidskrævende.

Ingen af de interviewede har på nuværende tidspunkt haft problemer med at rekruttere kvalificeret personale, men én af dem mener, at det måske kan blive problematisk i fremtiden. Nogle af de ting, som lægerne vil kunne slå på med henblik på at tiltrække personale, er, at arbejdet i praksis er udfordrende, lærerigt og indeholder gode muligheder for faglig sparring. Dette er ifølge praksispersonalet nogle af fordelene ved at være ansat i almen praksis. Endvidere fremhæver personalet, at der er mere sammenhæng i opgaverne, kontakt til "raske" patienter og en bedre arbejdstid. Desuden oplever praksispersonalet, at arbejdet i almen praksis er mere effektivt, og at der er kortere vej til ledelsen, hvilket gør det nemmere at ændre noget og gøre en forskel.

Ulemperne set fra personalets perspektiv er derimod, at der kan være en uklar ledelsesstruktur i praksis med flere læger. Nogle praksis imødekommer denne problematik ved en tydelig ansvarsfordeling mellem lægerne, hvor én læge er personaleansvarlig. Vigtigheden af en tydelig ledelse fremhæves af både læger og personale, og de anbefaler, at der er klare kommandoveje i den enkelte praksis, så praksispersonalet ved, hvem de skal henvende sig til.

Nogle læger finder rollen som arbejdsgiver og leder meget udfordrende, hvilket kan være en barriere for at ansætte praksispersonale. Derfor ønsker lægerne, at regionen udbyder lederkurser for lægerne og fælles temadage for hele klinikker med henblik på at sætte fokus på "den gode arbejdsplads". Herudover ønsker lægerne, at regionen finansierer kurser for praksispersonalet,

da det dels er en stor udgiftspost i almen praksis og dels kan være vanskeligt at udvælge de mest relevante kurser. Relevansen af dette understreges af, at noget af praksispersonalet, der er ansat i mindre praksis, oplever manglende muligheder for faglig sparring og udvikling.

Ifølge de interviewede varetager praksispersonalet adskillige og meget forskelligartede opgaver – både traditionelle sekretæropgaver, sygeplejeopgaver og administrative opgaver. I nogle praksis er der en klar opgavefordeling mellem praksispersonalet, således at personalet primært udfører fagspecifikke opgaver, mens det i andre praksis er kutyme, at personalet også varetager opgaver, der ligger uden for deres fagområder. Læger, der er fortalere for en klar opgavefordeling mellem faggrupperne, vurderer, at det er mest hensigtsmæssigt, både i forhold til medarbejdertilfredshed og til at opgaverne udføres på laveste omkostningsniveau. Det fremgår dog af undersøgelsen, at flertallet af personalet forholder sig positive i forhold til at varetage de mange varierende opgaver, og at det herudover giver god mening for personalet at have kendskab til hele patientforløbet.

De fleste af personalets arbejdsopgaver er opgaver, der tidligere er blevet varetaget af en praktiserende læge. Der findes dog også en række opgaver, der er nye i almen praksis' regi, og som altid er blevet udført af praksispersonalet. Det gælder fx samtaler om rygestop og kost. Størstedelen af læger og personale forholder sig positivt i forhold til uddelegering af opgaver, men omfanget af uddelegering varierer meget fra praksis til praksis. Hvilke opgaver, der uddelegeres, afhænger af lægernes ønske om uddelegering af udvalgte opgaver kombineret med praksispersonalets tidligere erfaringer og ønsker om at overtage opgaver, der matcher deres kvalifikationer. Lægerne i solopraksis oplever generelt flere barrierer for uddelegering af opgaver, og uddelegeringen sker generelt i mindre omfang i solopraksis. Barriererne er, at der ifølge lægerne knytter sig en række konsekvenser til megen uddelegering, heriblandt forringet patientkontinuitet og kendskab til den enkelte patient. Desuden fryg-

ter lægerne, at deres egen hverdag udelukkende vil bestå af "tunge" opgaver, fordi de ukomplicerede opgaver er uddelegeret til praksispersonalet. Ifølge læger og personale sker der dog en løbende udvikling i mængden og typerne af arbejdsopgaver, og flere forudser, at der vil blive uddelegeret flere opgaver i fremtiden.

Årsagerne til, at de praktiserende læger har oplevet et øget behov for ansættelse af praksispersonale, er et øget arbejdspress som følge af lægemangel, overdragelse af opgaver fra hospitalerne, samt øgede patientforventninger i kølvandet på de private sundhedsforsikringer. Praksispersonalet har aflastet lægerne, hvilket for flere lægers vedkommende har resulteret i en bedre balance mellem arbejds- og privatliv. Desuden har flere læger ansat praksispersonale som et led i en bevidst strategi om kvalitetsforbedring og øget tilgængelighed.

Dog beskriver lægerne også en række barrierer for ansættelse af personale, hvoraf de fysiske rammer og overvejelser omkring økonomi og organisering vejer tungest. Lægerne er ikke enige om, hvorvidt der er en økonomisk gevinst forbundet med ansættelsen af praksispersonale, og det bør overvejes, om klinikkerne kan få hjælp til at klarlægge de økonomiske konsekvenser for den enkelte praksis. Klinikernes lokaler er en barriere på flere måder. Dels har mange klinikker ikke plads til praksispersonalet, og dels ønsker nogle sololæger et samarbejde omkring praksispersonale, men har vanskeligt ved at finde lokaler, som er egnede til at rumme flere praksis. Lægerne vurderer, at økonomiske midler til etablering af større praksislokaler eller ny praksis andetsteds vil kunne virke som incitament for yderligere ansættelse af personale i fremtiden.

Herudover efterspørger lægerne midler til kvalitetsudvikling og vidensdeling mellem de enkelte praksis, så redskaber og gode erfaringer om eksempelvis organisering ikke skal opfindes på ny af alle praksis.

I forbindelse med uddelegeringen af opgaver anvender lægerne faglige instrukser, der beskriver arbejdsgangen for praksispersonalets opga-

ver i den enkelte praksis. Praksispersonalet er ifølge lægerne gode til at følge instrukserne, og det er med til at sikre, at opgaverne udføres med ensartet og høj kvalitet. Nogle interviewpersoner fremhæver vigtigheden af, at de faglige instrukser udarbejdes i fællesskab mellem læge og praksispersonale, fordi processen omkring udarbejdelse giver overensstemmelse med øvrige arbejdsgange i klinikken og højere grad af forpligtelse og engagement i forhold til instruksen. En række sololæger mener dog, at instrukserne er tidskrævende at udarbejde, implementere og vedligeholde, og de efterspørger en fælles database med instrukser, der alene kræver tilpasning til den enkelte praksis.

I interviewene beskriver samtlige læger og personale overordnet et godt samarbejde både mellem lægen og personalet og praksispersonalet imellem. Flere omtaler, at samarbejdet bygger på tillid og respekt. Én af de ting, der er med til at understøtte samarbejdet er vidensdeling mellem alle klinikkernes læger og ansatte. Mange steder afklares personalets akutte spørgsmål i pauserne mellem patientkonsultationer og i frokostpausen, og denne form for informationsudveksling kan være stressende for både praksispersonale og læger. I nogle praksis løses dette ved at forlænge frokostpausen, og i andre praksis anvender læger og personale e-mail til intern kommunikation. Den rette løsning afhænger af den enkelte praksis. De mindre-akutte problemstillinger afklares typisk ved diverse personalemøder, ved etablering af patientteams for kroniske patienter og ved hjælp af elektroniske informationssystemer.

Der er enighed blandt lægerne om, at der fortsat vil være brug for praksispersonalet i almen praksis i fremtiden, og at uddelegeringen af opgaver fortsat vil være under udvikling. Lægerne foreslår uddelegering af telefonpasning, administrative opgaver samt en række patientkonsultationer. Lægerne har endvidere forslag til relevante personaletyper for fremtidens almene praksis. Eksempelvis er flere læger interesserede i ansættelse af en praksisadministrator, fordi det kan fritage lægerne fra nogle af de administra-

tive opgaver i praksis. Nogle interviewpersoner foreslår endvidere, at der oprettes en uafhængig praksisudviklingskonsulentordning med fokus på effektiv ressourceudnyttelse i den enkelte praksis. De mener, at en person udefra i højere grad vil være i stand til at se uhensigtsmæssige arbejdsgange og muligheder for optimering.

Råd og forslag fra praktiserende læger og praksispersonale

De praktiserende læger og praksispersonalet giver i interviewene en række råd til praktiserende læger, der anvender eller har planer om at anvende praksispersonale i deres lægehus. Interviewpersonerne udtaler, at følgende er vigtigt:

- At der er klare kommandoveje i den enkelte praksis, så praksispersonalet ved, hvem de skal henvende sig til – især i flerlægepraksis.
- At praksispersonale med sammenfaldende opgaver har en klar prioritering af deres opgaver.
- At lægerne overvejer, om der skal være én eller flere faggrupper i deres lægehus.
- At lægerne overvejer, om der skal være en klar opgavefordeling mellem forskellige faggrupper.
- At der udarbejdes faglige instrukser for praksispersonalets opgaver med henblik på at sikre høj og ensartet kvalitet.
- At de faglige instrukser udarbejdes i fællesskab mellem læge og praksispersonale.
- At den enkelte praksis finder en fremgangsmåde for afklaring af akutte problemstillinger, der fungerer hensigtsmæssigt for både læger og praksispersonale.
- At den enkelte praksis afsætter tid til vidensdeling om ikke-akutte problemstillinger – om såvel patientrelaterede som ikke-patientrelaterede emner.

I interviewene foreslår lægerne flere initiativer, som kan medvirke til, at lægehusene i almen praksis får en mere effektiv udnyttelse af personaleressourcerne. Lægerne efterspørger følgende:

- En fælles database med skabeloner for faglige instrukser for praksispersonale, som kan tilpasses den enkelte praksis.
- Afklaring af de økonomiske konsekvenser af ansættelse af praksispersonale for den enkelte praksis.
- Etablering af fysiske rammer, der kan rumme praksispersonale.
- En formaliseret uddannelse for praksispersonale specielt rettet mod opgavevaretagelsen i almen praksis.
- Lederkurser for lægerne og fælles temadage for hele klinikker for at sætte fokus på “den gode arbejdsplads”.
- Kurser for praksispersonalet.
- Kvalitetsudvikling i almen praksis og vidensdeling mellem de enkelte praksis.
- En (uafhængig) praksisudviklingskonsulentordning med fokus på effektiv ressourceudnyttelse i den enkelte praksis.



1 Introduktion

1.1 Baggrund

Region Hovedstadens Plan for Almen praksis fra august 2008 anbefaler, at regionen i planperioden (2008 til 2011) afsætter ressourcer til en undersøgelse af anvendelsen af praksispersonale. Baggrunden for dette er et ønske om at fokusere på optimal udnyttelse af personaleressourcerne i almen praksis. Undersøgelsen skal afdække anvendelsen af praksispersonale både i solopraksis og i flerlægepraksis. I boks 1 ses de lovmæssige rammer for praktiserende lægers brug af praksispersonale.¹

1.2 Formål

Formålet med undersøgelsen er at belyse:

- hvilken uddannelsesmæssig baggrund praksispersonalet kan have
- hvilke opgaver, praksispersonale varetager
- hvilke opgaver, der i dag er delegeret fra lægerne til praksispersonale
- om der er nedskrevne aftaler om delegering af opgaver fra læger til praksispersonale eller om der på andre måder er strukturer, der understøtter opgavefordelingen
- hvilke muligheder såvel læger som praksispersonale ser for at udnytte personaleressourcerne mere effektivt
- eventuelle barrierer, der forhindrer mere effektiv udnyttelse af personaleressourcerne i praksis.

1.3 Metode

Undersøgelsen er baseret på seks fokusgruppeinterview og ét individuelt interview, der er afholdt i perioden september til november 2009.

Undersøgelsen er udført af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af styregruppen for implementeringen af Plan for almen praksis nedsat under samarbejdsudvalget i Region Hovedstaden. Enheden for Brugerundersøg-

Boks 1. Lovmæssige rammer om praktiserende lægers brug af praksispersonale

Bekendtgørelse nr. 1219 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) fastsætter blandt andet, at

- "Den autoriserede sundhedsperson skal sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret til og har modtaget instruktion i opgaven."
- "Den autoriserede sundhedsperson skal i fornødent omfang føre tilsyn med medhjælpens udførelse af virksomheden."

Bekendtgørelsen fastsætter endvidere, at en række former for sundhedsfaglig virksomhed ikke kan delegeres til en medhjælp, herunder udfærdigelse af recepter.

elser har udarbejdet interviewguides til interviewene. Enhed for Praksisplanlægning har stået for udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner. Endelig har Enheden for Brugerundersøgelser varetaget afholdelsen af de seks fokusgruppeinterview og et enkelt individuelt interview samt foretaget analysen og afrapporteringen af disse.

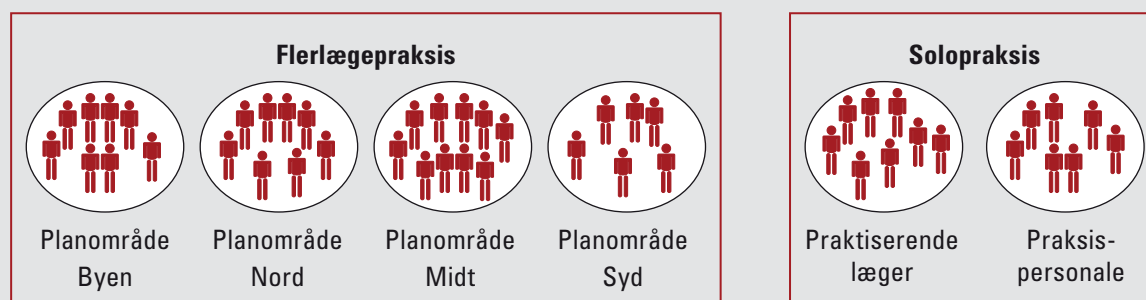
Fokusgruppeinterviewet med flerlægepraksis og det individuelle interview er afholdt i praksis' egne lokaler. Fokusgruppeinterviewene med læger og praksispersonale fra solopraksis er begge afholdt på Regionsgården i Hillerød. Både praktiserende læger og praksispersonale har modtaget et honorar som kompensation for tabt arbejdsfortjeneste og eventuelle transportudgifter.

1.3.1 Fokusgruppeinterview

Der er afholdt fire fokusgruppeinterview med læger og praksispersonale i flerlægepraksis, ét fokusgruppeinterview med læger fra solopraksis og ét fokusgruppeinterview med praksispersonale fra solopraksis. I alt har 47 personer deltaget

¹ Bekendtgørelse nr. 1219 af 12. december 2009.

Figur 1. Oversigt over fokusgruppeinterview



i undersøgelsen, heraf 21 praktiserende læger, 3 uddannelseslæger og 23 kvinder, der er ansat som praksispersonale. Alle seks fokusgruppeinterview var af ca. to timers varighed.

Fokusgruppeinterview er en kvalitativ evalueringss metode, hvor flere deltagere kan fortælle om egne oplevelser, erfaringer og vurderinger samtidig med, at de kan blive inspireret af hinandens input, spørge ind til hinandens udtalelser, supplere hinanden og diskutere de emner, der er bragt på banen.

Med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide er deltagerne blevet bedt om at fortælle, hvilke typer af praksispersonale, der er ansat i deres praksis, praksispersonalets baggrund og deres opgaver. Undersøgelsen har desuden fokuseret på lægernes og praksispersonalets oplevelser og erfaringer med organisering og samarbejde i almen praksis, samt hvilke faktorer der virker henholdsvis fremmende eller hæmmende for ansættelse af (mere) praksispersonale i almen praksis.

1.3.2 Individuelt interview

Der blev afholdt et individuelt interview med en praktiserende læge fra en flerlægepraksis. Interviewet varede 1½ time. Det individuelle interview skulle oprindeligt anvendes til pilottest af interviewguiden til fokusgruppeinterviewene. Det lod sig imidlertid ikke gøre at gennemføre interviewet før de første fokusgrupper. Derfor blev det individuelle interview i stedet en mu-

lighed for at få uddybet nogle af pointerne fra fokusgruppeinterviewene.

1.3.3 Udvalgelse af interviewpersoner

Ved udvælgelsen af deltagere er der lagt vægt på, at deltagerne skulle være både praktiserende læger og praksispersonale, således at undersøgelsen ville belyse både arbejdsgiver- og arbejdstager-vinklen. Endvidere skulle undersøgelsen gerne inkludere flest mulige typer af praksispersonale med henblik på at beskrive variationen i praksispersonalets baggrund og deres opgaver i almen praksis. Desuden skulle undersøgelsen både omfatte læger og personale fra henholdsvis solopraksis og flerlægepraksis, da der kunne være meget forskellige vilkår for ansættelse af personale i de to måder at tilrettelægge praksis på.

Herudover er der blevet lagt vægt på, at undersøgelsen inkluderer deltagere fra Region Hovedstadens fire planområder, da der kan være forskellige vilkår for praksis afhængig af geografisk placering blandt andet med hensyn til rekrutteringsmuligheder og de fysiske rammer for den enkelte praksis.

Deltagerne i interviewene udgør ikke et repræsentativt udsnit af alle praktiserende læger og praksispersonaler i Region Hovedstaden. Formålet med undersøgelsen er imidlertid heller ikke at tegne et repræsentativt billede af alle lægers brug af og holdninger til praksispersonale, men i stedet at vise diversiteten i oplevelser, erfaringer og holdninger. Derfor har det været

vigtigere at forsøge at få alle holdninger repræsenteret, uddybet og begrundet, end at beskrive udbredelsen af forskellige holdninger.

1.3.4 Etiske overvejelser

I tilrettelæggelsen af undersøgelsen er der løbende gjort en række etiske overvejelser. Deltagerne i interviewene blev først kontaktet af Enhed for Praksisplanlægning. Deltagelse i undersøgelsen har været frivillig.

Praktiserende læger og praksispersonale, der har indvilliget i at deltage i undersøgelsen, har forud for interviewet modtaget skriftlig information om formålet med fokusgruppeinterviewet, og hvilke emner interviewet vil dreje sig om.

Under selve fokusgruppeinterviewene har deltagerne givet deres samtykke til, at interviewet er blevet lyddoptaget for at muliggøre en korrekt citering af de givne udsagn. Endelig er interviewpersonerne sikret anonymitet i undersøgelsen, hvilket betyder, at navn og ansættelsessted ikke vil fremgå af denne rapport.

1.3.5 Analysemetode

Samtlige interview er blevet lyddoptaget og efterfølgende transskriberet ordret. Dernæst er der foretaget en meningskondenserende analyse, hvor de interviewedes meninger er blevet tematiseret og sammenfattet.

Den følgende præsentation af undersøgelsesresultater vil i høj grad bero på citater, der giver indblik i deltagernes oplevelser med og holdninger til anvendelsen af praksispersonale i almen praksis.

Ved hvert citat er angivet, om personen, der udtaler sig, er ansat i en solo- eller flerlægepraksis samt personens funktion/uddannelse. Af hensyn til deltagernes anonymitet, har vi valgt at anvende samlebetegnelsen "praksisadministrator" som dækkende for, de i interviewene omtalte faggrupper: "praksiskoordinator" og "praksismanager". Citaterne er uddrag af, hvad interviewpersonerne har sagt. Nogle steder er der indsat ord i citaterne med henblik på at fremme forståelsen. Disse ord er markeret med firkantede parenteser.



2 Praksispersonalet – hvem er de og hvad laver de?

Følgende kapitel belyser, hvilke faggrupper de interviewede læger har ansat som praksispersonale i almen praksis, herunder faggruppernes uddannelsesmæssige og erhvervmæssige baggrunde. Kapitlet beskriver ydermere lægernes præferencer i forhold til valg af faggruppe; praksispersonalets arbejdsopgaver i almen praksis; fordelingen af arbejdsopgaver blandt personalet og uddelegeringen af arbejdsopgaver fra praktiserende læge til praksispersonalet.

2.1 Praksispersonalets baggrund

Hvem er ansat som praksispersonale i almen praksis? Praksispersonalet i denne undersøgelse udgøres af personer med varierende uddannelsesmæssige og erhvervmæssige baggrunde. De interviewede praksispersonale er alle kvinder i alderen 36-66 år. De har arbejdet mellem 1 og 20 år i deres respektive nuværende praksis, og flertallet er deltidsansatte med en ugentlig arbejdstid på mellem 15 og 32½ timer. Hovedparten af det interviewede personale er ansat som enten sekretær eller sygeplejerske – flere varetager dog arbejdsopgaver tilhørende begge fagområder.

Med baggrund i interviewene er praksispersonalet opdelt i fem faggrupper: Sekretær, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, bioanalytiker samt praksisadministrator. Faggrupperne er defineret ud fra personalets egen beskrivelse af deres stillingsbetegnelse og funktion i almen praksis. Dette afsnit vil afdække faggruppernes uddannelses- og erhvervmæssige baggrunde.

2.1.1 Sekretær

De interviewede sekretærer har varierende uddannelsesmæssige baggrunde. De fleste har en uddannelse som sekretær, lægesekretær, sundhedsservicesekretær eller receptionist, mens andre har en uddannelse som social- og sundhedsassistent, sygehjælper eller socialrådgiver. To sekretærer har endvidere en tidligere uddannelse som henholdsvis pædagog og lærer. Samtlige

sekretærer har erhvervmæssige erfaringer fra andre arbejdspladser inden ansættelsen i almen praksis, heriblandt som sekretær/lægesekretær på hospitalsafdelinger, eller som hotelreceptionist, køkkenleder eller pædagog.

2.1.2 Sygeplejerske og konsultationssygeplejerske

De interviewede sygeplejersker er alle uddannede sygeplejersker, og én har endvidere en uddannelse som sundhedsplejerske. En enkelt fungerer som ledende konsultationssygeplejerske i praksis. Flere har tidligere erfaringer som sygeplejersker på hospitalsafdelinger eller skadestuer, mens andre har arbejdet i hjemmeplejen eller sundhedsplejen. Tre af de interviewede sygeplejersker har erfaring med at arbejde i almen praksis fra tidligere ansættelser – to af disse har tidligere været ansat i mindre praksis (solo- eller tomandspraksis), men er nu ansat i flerlægepraksis.

2.1.3 Social- og sundhedsassistent

To af de interviewede er uddannede social- og sundhedsassistenter. De har tidligere erhvervmæssig erfaring fra hospitalsafdelinger samt fra solopraksis.

2.1.4 Bioanalytiker

I tre af de interviewede praksis er der ansat en bioanalytiker. De tre bioanalytikere er uddannede bioanalytiker/hospitalslaborant og har erhvervmæssige erfaringer fra hospitalsafdelinger og Steno Diabetes Center.

2.1.5 Praksisadministrator

I to praksis er der ansat en praksisadministrator. Den ene er uddannet farmakonom, mens den anden er uddannet sygeplejerske med erfaring som oversygeplejerske. Sidstnævnte har desuden erfaring med samarbejde med praktiserende læger grundet en chefstilling inden for det administrative område.

OPSAMLING

I de praksis, der har deltaget i undersøgelsen, findes der praksispersonale med uddannelsesmæssige baggrunde som sekretærer, sygeplejersker, bioanalytikere og social- og sundhedsassistenter. Desuden har to af klinikkerne ansat en praksisadministrator.

Praksispersonalet er alle kvinder i alderen 36-66 år. De er deltidsansatte med en ugentlig arbejdstid på 15-32,5 timer, og de har alle erhvervsmæssige erfaringer fra fx hjemmepleje, forskellige hospitalsafdelinger eller andre praksis.

I de deltagende praksis er der en klar antalsmæssig overvægt af sekretærer og sygeplejersker blandt praksispersonalet. Disse personalegrupper er typisk første valg ved ansættelse af praksispersonale i almen praksis.

2.2 Lægernes præferencer ved ansættelse af praksispersonale

2.2.1 Valg af faggruppe

Har de praktiserende læger bestemte præferencer i forhold til hvilke faggrupper, de vælger at ansætte? Hovedparten af de interviewede læger har gennem tiden haft forskellige faggrupper ansat i deres praksis, hvilket har givet flere af dem en holdning til, hvilke faggrupper de foretrækker at have ansat. De faggrupper, lægerne vejer op imod hinanden, er faggrupper, som varetager mange af de samme arbejdsopgaver i almen praksis. Det drejer sig primært om sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Flere læger er positive over for ansættelse af **sygeplejersker** i almen praksis, og lægerne mener, at sygeplejersker kan tilføre mange brugbare kvaliteter til almen praksis. Lægerne fremhæver, at sygeplejersker er systematiske i deres tilgang til arbejdet, hvilket gør dem velegnede til at varetage opgaver som fx blodtryksmåling og kronikerkontroller.

I én flerlægepraksis er der udelukkende ansat sygeplejersker som praksispersonale, idet lægerne oplever, at sygeplejersker har en "bredere autoriseret baggrund" end eksempelvis sekre-

tærer. Ifølge lægerne betyder dette, at sygeplejerskerne fx tilbyder telefonkontakt på et højere kvalitetsniveau. En praktiserende læge fra samme praksis begrundet valget af sygeplejersker som praksispersonale:

"... det er en veluddannet personalegruppe [sygeplejersker], som i virkeligheden kan løse mange af de opgaver, vi løser. Hvis vi havde taget lægesekretærer eller andre, ville de ikke kunne løse de opgaver ..."

Herudover mener lægerne, at sygeplejersker arbejder selvstændigt i udførelsen af arbejdsopgaver, og at de er gode til at opsøge ny viden.

To af de interviewede læger har erfaring med ansættelse af **social- og sundhedsassistenter**, og oplever at denne faggruppe har de rette kvalifikationer til at varetage arbejdet i almen praksis. Den ene læge fortæller, at social- og sundhedsassistenten har en systematisk arbejdsform, som er fordelagtig i forhold til almen praksis, og den anden læge fortæller, at social- og sundhedsassistenten er den bedste medhjælp, der har arbejdet i den pågældende praksis. Flere af de andre læger forholder sig endvidere positivt over for ansættelse af denne faggruppe. Én af lægerne fra en solopraksis vurderer, at social- og sundhedsassistenter er lige så godt eller måske endda bedre kvalificeret til almen praksis end sygeplejersker. Han forklarer:

"... jeg synes, at assistenten er lige så godt uddannet til almen praksis. De har sundheds-, praktisk-faglig baggrund uden at være så afgrænset, som sygeplejerskerne tit er."

Ifølge en anden læge i solopraksis er det i princippet underordnet hvilken faggruppe, der varetager praksispersonalets opgaver i lægehuset. Det vigtigste er, at personalet er fleksibelt og ønsker at gøre en indsats:

"Der er et stykke arbejde, der skal løftes i praksis, og så er det princippet næsten ligegyldigt, hvem der gør det, bare de ønsker at gøre det ... og så nytter det ikke noget, man løber ind i nogle kompetencegrænser, hvor man siger: 'Jamen det er jeg ikke uddannet til, og det kan jeg ikke', eller 'det har jeg ikke været på kursus i', og 'jeg har heller ikke fået mit eget skrivebord endnu'. De kol-

legaer jeg hører, der har problemer med deres personale, det er jo ikke med det ufaglærte personale, men det er med det faglærte personale, altså det sygeplejefaglige veluddannede personale, som så kommer med nogle krav, nogle fordringer og nogle begrænsninger.”

Han opfordrer til, at man laver en helt ny uddannelse for sundhedsfagligt personale, der ønsker at arbejde i almen praksis.

2.2.2 Én eller flere faggrupper?

Der er forskel på, om lægehusene har valgt at ansætte én eller flere faggrupper. I nogle klinikker med flere faggrupper er opgaverne opdelt mellem faggrupper fx i en sekretariats-/receptionsfunktion og en sygeplejefunktion. Andre klinikker har valgt en anden organisering, hvor alle praksispersonaler har samme uddannelsesmæssige baggrund. Et eksempel på dette er en flerlægepraksis, der udelukkende har sygeplejersker ansat, fordi lægerne mener, at det medfører større kvalitet i telefonkontakten, og at praksispersonalet har en uddannelsesmæssig baggrund, som gør dem i stand til at udføre ting på egen hånd. En praktiserende læge fra klinikken forklarer endvidere, at fordelene ved alene at have ansat én faggruppe er, at man undgår et

“ ... problem med flere personalegrupper, der skal pisse territorier af over for hinanden.”

I lægernes overvejelser omkring, hvorvidt der skal være én eller flere faggrupper i klinikken indgår ofte en afvejning af fleksibilitet og optimal ressourceudnyttelse. Det er et ønske blandt mange læger, at praksispersonalet kan varetage lidt af det hele og så vidt muligt dække hinandens opgaver ved sygdom. En læge fra en flerlægepraksis fortæller:

“Nu startede jeg med at sige, at vi ikke udnyttede vores sygeplejersker godt nok, hvis de kun passede telefon, men man kan sige, at det er mere komplekst end som så. For det første så har vi alle sammen en meget stor interesse i, at det hele fungerer meget fleksibelt. Så hvis der er nogle, der er syge, at man kan gå ind og dække for hinanden. Så det er også smart, kan man sige, men ikke optimal udnyttelse af ressourcerne, så det er sådan lidt

at få det til at glide fornuftigt ikke. Så der er mange ting i det, dels skal man have fleksibiliteten, og så skal man lære af hinanden, og sådan noget ... men selvfølgelig også udnytte ressourcerne mest muligt.”

På den ene side ønsker klinikkerne fleksibilitet, så praksispersonalet kan varetage hinandens opgaver. På den anden side ønsker klinikkerne, at sygeplejerskerne skal have en booket kalender med egne konsultationer, fordi det giver den bedste ressourceudnyttelse. En sygeplejerske i en flerlægepraksis forklarer det således:

“Ulempen ved at tage for mange faggrupper ind, det er, at det bliver meget sådan: “Det er hende, der er syg i dag, og det bliver vi nødt til at aflyse, for det kan hun ikke gå ind og tage”. Så hvis man vil have den mindste sårbarhed og den største fleksibilitet, så er det nok vigtigt at have faggrupper, der kan tage alt det, personalet laver.”

I flere praksis har sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og bioanalytikere overlappende arbejdsopgaver, så de i høj grad vil kunne dække hinandens funktioner i tilfælde af sygdom, ferie og andet, selvom de ikke har samme uddannelsesmæssige baggrund.

2.2.3 Uddannelsesmæssig baggrund eller personlige kompetencer?

Ifølge lægerne er det ikke alene uddannelse og faggruppe, der spiller en rolle i forbindelse med ansættelse af praksispersonale i almen praksis. **Personlige kompetencer** har for flere af lægerne en stor betydning for valg af personale. Flere af lægerne udtaler, at de vægter de rette personlige kompetencer højere end uddannelsesmæssig baggrund ved ansættelse af praksispersonale. De rette personlige kompetencer er for flere af lægerne en afgørende faktor for et godt samarbejde. En praktiserende læge fra en solopraksis forklarer:

“ ... første gang jeg ansatte en praksissygeplejerske, så kom hun fra en velrenommeret praksis, og hun kunne alt det, hun skulle med forløbsprogrammer og ting og sager og havde arbejdet selvstændigt. Hun var endda også uddannet lægesekretær, så hun kunne faktisk alt det, jeg kunne ønske mig. Men rent personligt fungerede det rig-

tigt skidt. Efter et år sagde hun op – det var jeg helt glad for, at hun gjorde, fordi jeg tænkte: ”Gud det her går bare ikke”. Og så fandt jeg hende der fra hjemmesygeplejen, som overhovedet ikke på papiret er kvalificeret, men hun er et utroligt dejligt menneske og har gåpåmod til det her, og i løbet af et år er hun faktisk oppe på niveau næsten som den anden. Så jeg tror mere, det er de personlige kvalifikationer, end hvad de kan på papiret.”

En af årsagerne til, at praksispersonalets uddannelsesmæssige baggrund ikke er altafgørende for de praktiserende læger, er måske, at lægerne giver udtryk for, at praksispersonalet som regel har behov for oplæring og videreuddannelse for at varetage opgaverne i almen praksis. Oplæringen har betydning for et godt fagligt udbytte, for samarbejdet mellem læge og personale samt for praksisøkonomien. En praktiserende læge fra en solopraksis forklarer:

“... hvis man skal have noget rentabelt ud af sine sygeplejersker, så skal man sørge for, at de bliver uddannet. En sygeplejerske kan ikke bare komme fra gaden og så gå ind i en klinik, og så fungere og så er det overskudsgivende.”

Flere af lægerne har gode erfaringer med enten selv at oplære praksispersonalet til at varetage bestemte funktioner eller at sende de enkelte faggrupper af sted på kursus. Nogle praksis prioriterer, at hele medarbejderstaben inklusiv de praktiserende læger kan tage sammen på kursus. Således undervises alle medarbejderne i samme viden, samtidigt med at fællesskabet styrkes i den enkelte praksis. At tage sammen på kursus giver desuden en sikkerhed for, at alle i praksis har den samme forståelse for, hvordan en bestemt opgave skal varetages.

OPSAMLING

Lægerne har forskellige præferencer og argumenter i forhold til valg af faggruppe. Flere af lægerne prioriterer personalets personlige kompetencer mindst lige så højt som deres uddannelsesmæssige baggrund ved ansættelse af nyt personale.

Nogle lægehuse foretrækker at have én faggruppe ansat for at undgå gnidninger mellem forskellige

faggrupper samt for at øge praksispersonalets mulighed for at dække hinandens opgaver. Andre klinikker foretrækker at ansætte flere faggrupper og lave en klar opgavefordeling med henblik på at få en optimal udnyttelse af personaleressourcerne.

2.3 Praksispersonalets opgaver

Interviewene med praktiserende læger og praksispersonale har blandt andet til formål at afdekke, hvilke opgaver praksispersonalet i almen praksis varetager i dag. Interviewene viser, at opgaverne er mange og varierende, og at der samtidigt er opgaver, som varetages af flere faggrupper. Dette kapitel vil give et overblik over, hvilke faggrupper der varetager hvilke arbejdsopgaver, forskellige måder at fordele opgaverne på og uddelegeringen af opgaver.

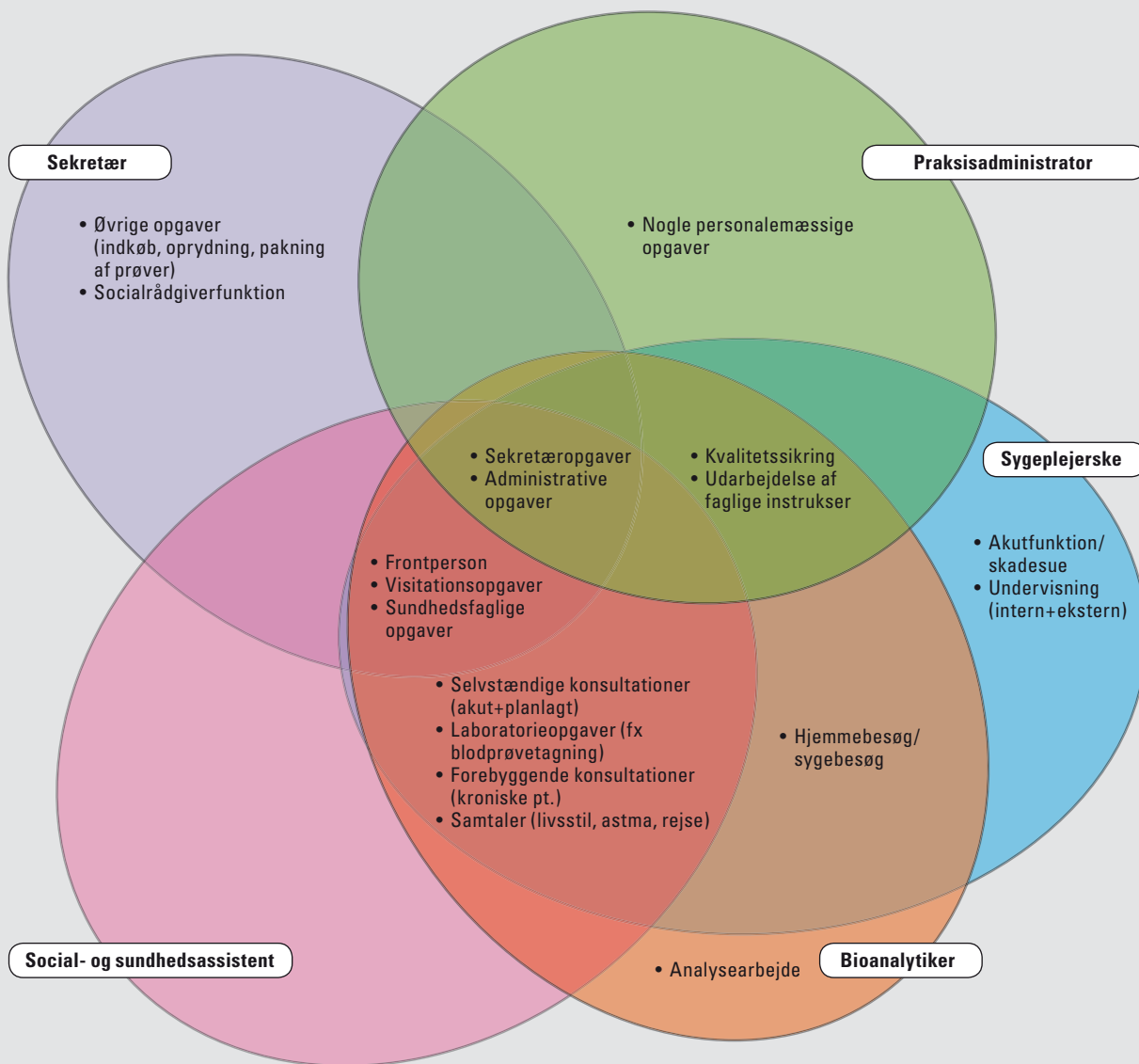
2.3.1 Opgavetyper

Bilag 1 viser et detaljeret oversigtskema over de forskellige faggrupper og deres arbejdsopgaver i almen praksis. Skemaet er udarbejdet på baggrund af de syv interview. Det er vigtigt at bemærke, at de respektive faggrupper *kan* varetage de opstillede arbejdsopgaver, men at de enkelte faggrupper ikke nødvendigvis varetager alle opgaverne.

Opgavefordelingen varierer meget fra praksis til praksis. For at give et overblik over de mange opgaver, har vi inddelt opgaverne i hovedgrupper. Faggrupperne og deres opgaver fordelt i hovedgrupper kan ses i figur 2 på næste side.

I bilag 1 og figur 2 ses det, at flere af arbejdsopgaverne kan varetages af mere end én faggruppe. Der er således flere opgaver, som både kan varetages af eksempelvis en sekretær og en sygeplejerske i almen praksis. Hvilken faggruppe, der varetager opgaverne i klinikken, afhænger af typerne og antallet af ansatte i klinikken. Har klinikken for eksempel alene ansat en sekretær, er det vedkommende, der varetager både sekretærarbejdet, de sundhedsfaglige og forefaldende opgaver, dog ofte i samarbejde med den praktiserende læge. Har klinikken ansat en sekretær, en sygeplejerske og en bioanalytiker er arbejdsopgaverne fordelt mellem de tre per-

Figur 2. Oversigt over faggrupper og deres arbejdsopgaver



sonalegrupper, oftest således at der er et overlap mellem nogle af faggruppernes opgaver. Flere praksis lader visse opgaver gå på skift mellem medarbejderne, således at fx telefonpasningen varetages af forskellige medarbejdere afhængigt af ugedagen. Af de syv interview fremgår det, at måden hvorpå arbejdsopgaverne er fordelt er meget forskellig fra praksis til praksis.

2.3.2 Opgavefordeling og grænseflader

Flere af lægerne fortæller, at der ved praksis' opstart var få eller slet ingen personale tilknyttet praksis. Dette betød, at den praktiserende læge varetog de fleste funktioner. Sidenhen er der for mange praksis' vedkommende, sket en gradvis

udvikling imod ansættelse af mere personale. En læge fra en flerlægepraksis fortæller:

“Vi startede i 1983, og vi var det hele, nærmest fra rengøring og telefonmand osv. – vi havde ikke noget personale ... Efter 5-6 år så tror jeg, vi fik den første sygeplejerske ... vi ansatte en sygeplejerske på 20 timer, og det var jo en stor fornøjelse at få én til at tage telefonen, mens vi havde konsultationer og sådan noget, det var virkelig et kvantespring i både effektivitet og også afslapning – det blev meget mindre stresset at være her.”

Den samme læge har gjort sig den erfaring, at det ikke er hensigtsmæssigt som læge både at skulle varetage telefonpasningen og have konsultationer samtidigt. Han oplever, at det kan

forringe klinikkens tilgængelighed og service og desuden have en negativ betydning for lægens stressniveau. Ifølge hovedparten af de interviewede læger er det årsager som ovenstående, der nødvendiggør ansættelse af personale og uddelegering af arbejdsopgaver.

Flere af lægerne er fortalere for, at der er en forholdsvis skarp opdeling mellem forskellige faggrupperes arbejdsopgaver. Ifølge disse læger skal en sygeplejerske udelukkende udføre sygeplejefagligt arbejde, ligesom en sekretær alene skal varetage telefonpasning og andet sekretærarbejde. En praktiserende læge fra en solopraksis fortæller om arbejdsfordelingen mellem den ansatte sekretær og sygeplejerske:

“... jeg har en sekretær, som tager sig af sekretærarbejde, tager sig af telefoner, pakning og alt det, som foregår uden for konsultationslokalet. Jeg har ansat en sygeplejerske ved siden af, som kun laver sygeplejearbejde og er konsultationssygeplejerske.”

Der er ifølge de praktiserende læger flere årsager til, at det er hensigtsmæssigt med en fagopdelt opgavefordeling. En række af lægerne vurderer eksempelvis, at det er en økonomisk fordel at lade sygeplejersken lave sygeplejefagligt arbejde, idet dette medfører en økonomisk ydelse. Dette er ikke tilfældet, hvis sygeplejersken eksempelvis varetager telefonpasning eller andet sekretærarbejde. En praktiserende læge fra en flerlægepraksis forklarer:

“... det er faktisk ret dyrt at have en højtuddannet hjælper, sygeplejerske eller andet stående i receptionen – det han sagde vores revisor, det var, at der er altså en økonomisk fordel ved at have ansat noget personale, som alene har konsultationer.”

Flere af lægerne har endvidere oplevet, at praksispersonalet selv ønsker en fagopdelt arbejdsfordeling. En praktiserende læge fra en solopraksis fortæller:

“... jeg tror, det er vigtigt, at man ikke tror, at sygeplejerskerne både kan tage telefoner og være sygeplejerske, for det gider de nemlig ikke. At man har et personale, som har interesse, og som synes, det er sjovt at have en blæk-

sprutterolle, og at man så sætter sygeplejerskerne til det, de synes er sjovt, nemlig at være konsultationssygeplejerske.”

En anden læge fra en flerlægepraksis har oplevet, at jobsøgende sygeplejersker fandt det tillokkende at være ansat i en praksis, hvor de udelukkende skulle udføre sygeplejearbejde og blandt andet have patientkonsultationer i eget konsultationsrum.

I nogle praksis ses ikke denne skarpe opdeling mellem forskellige faggrupperes opgaver, men derimod mere flydende grænser i forhold til, hvilke opgaver en faggruppe kan varetage. Eksempelvis laver en sygeplejerske fra en solopraksis alt forefaldende arbejde i lægehuset, hvilket omfatter sekretærarbejde, sygeplejefagligt arbejde samt “det løse”. En læge fra en solopraksis fortæller:

“Så sygeplejersken laver sådan set det hele, både sekretær og også sygepleje, og det betyder i min praksis, at hun ikke kommer til at have særligt mange selvstændige konsultationer.”

Ofte laver praksispersonalet sekretær- og sygeplejefaglige opgaver ind imellem hinanden.

I solopraksis er det mest udbredt, at praksispersonalet har en blækspruttefunktion, hvor de passer sekretariatet samtidig med andre opgaver. Én af soloklinikkerne har dog valgt en organisering, som minder om organiseringen i flere flerlægepraksis. Her afhænger opgaverne af tidspunktet på dagen. Lægen siger:

“Én af de ting, som er en fordel ved at have en stor klinik med så meget personale, som det jeg har, det er, at de har sådan nogle klart definerede arbejdsopgaver på et givent tidspunkt af dagen. Så jeg har ikke længere sygeplejersker, der er blæksprutter, det har jeg ikke. Og det giver en enorm ro på deres områder. Det tror jeg er ret vigtigt, og ret godt for dem [sygeplejerskerne] rent arbejdsmæssigt.”

Således er telefonpasningen fordelt mellem personalet, og sygeplejerskerne passer ikke telefon samtidig med, at de har konsultationer.

I flere praksis varetager sygeplejerskerne telefonpasning i morgentimerne, hvorefter deres

arbejdsopgaver skifter karakter til det sygeplejefaglige område. Dette gør sig endvidere gældende for sekretærer, der eksempelvis tager blodprøver i formiddagstimerne, og herefter udfører sekretæropgaver resten af arbejdsdagen. En sekretær fra en flerlægepraksis fortæller:

“Jeg har jo mange forskellige opgaver. Jeg tager blodprøver om morgenen. Udover det tager jeg også EKG², fjerner suturer³ og sådan nogle andre småting, og så har jeg AK-patienterne⁴ primært her i huset, så jeg styrer de patienter, der er i blodfortyndende medicin sammen med [sygeplejersken] – fordi [sygeplejersken] tager ligesom over, når jeg stopper kl. 9. Så går jeg ned og er sekretær bagefter. Hvor jeg så har nogle andre opgaver som sekretær med at tage telefoner og give tider til patienterne og genudskrive medicin og sådan noget.”

Det er dog væsentligt, at der ikke er så travlt i den enkelte praksis, at det ansatte praksispersonale ikke kan håndtere de mange opgaver. En social- og sundhedsassistent fra en solopraksis fortæller, at hun har så travlt, at hun ofte må udføre flere arbejdsopgaver på samme tid:

“... jeg har så mange opgaver, at jeg nærmest tager telefon samtidigt med, at jeg tager blodtryk og tager INR⁵, og det, synes jeg ikke, er tilfredsstillende, at man skal være to steder på én gang.”

Hun mener selv, at problemet kan løses ved ansættelse af mere personale, eksempelvis personale til at varetage telefonpasningen.

En læge i solopraksis fremhæver i denne forbindelse, at det er vigtigt, at lægerne udstikker rammer for i hvilken rækkefølge opgaver skal løses, når personalet har flere opgaver, som kan løses samtidigt.

I boks 2 beskrives, hvor forskelligt en konkret opgave som telefonpasning varetages i de forskellige praksis.

2 EKG (Elektrokardiografi) = Anvendes til undersøgelse af hjertets elektriske aktivitet.

3 Suture = Tråd, der anvendes til sammensyning af sår.

4 AK-patienter = Patienter, der er i blodfortyndende behandling.

5 INR (International Normalized Ratio) = Måling af graden af blodfortynding ved en blodprøve.

Boks 2: Hvem varetager telefonpasningen?

I hovedparten af praksis går telefonpasningen på skift mellem sekretærer og sygeplejersker, og eventuelt også social- og sundhedsassistenter samt bioanalytikere. I nogle praksis varetages denne funktion dog udelukkende af sekretærer. Flere af sekretærerne har mange års erfaring med telefonpasning, og i nogle praksis deltager de i kurser i telefonvisitation og problemstillinger, der omhandler kontakten til patienten. Desuden ønsker lægerne i nogle praksis ikke at “spilde gode arbejdsevner” ved at lade sygeplejersken passe telefonen.

En række af de praktiserende læger lægger dog vægt på, at telefonpasningen skal varetages af en sygeplejerske. Ifølge lægerne har sygeplejerskerne nemmere ved at vurdere en given patients problematik end en sekretær. Sygeplejerskerne formår derfor at “få sorteret lidt fra” i telefonen, så færre patienter skal tilses ved en konsultation i klinikken.

I en enkelt praksis varetages telefonpasningen mellem klokken 8 og 9 af alle medarbejdere, hvilket betyder, at flere patienter kan komme igennem.

2.3.3 Uddelegering af opgaver

Flere af praksispersonalets nuværende arbejdsopgaver er opgaver, som tidligere er blevet varetaget af den praktiserende læge. Dog findes der også nye opgaver i almen praksis, som altid er blevet udført af praksispersonale. En praktiserende læge fra en flerlægepraksis fortæller:

“Da jeg startede, lavede sekretærerne jo sekretærarbejde, og det var laboranten, der lavede laborantarbejde. Men sygeplejen er jo alt sammen udsprunget fra os. Arbejdsopgaverne er uddelegeret fra praksis. Så er der så kommet nogle ting på, som er helt nye. Rygestop er helt oplagt en nyskabelse, som faktisk hele sin lægetid har ligget i jeres [praksispersonalets] hænder.”

En sygeplejerske fra samme praksis supplerer og fortæller, at de specifikke kostsamtaler også altid er blevet varetaget af praksispersonale.

Af interviewene fremgår det, at omfanget af uddelegeringen af opgaver varierer betydeligt fra

praksis til praksis. Således har nogle praksis uddelegeret adskillige opgaver til praksispersonalet, mens andre praksis i mindre grad har uddelegeret opgaver. Flere læger begrundet omfanget af uddelegeringen ud fra et cost-benefit princip – de ønsker at anvende praksispersonalets kvalifikationer bedst muligt, for dermed at drage mest arbejdsmæssig og økonomisk nytte ud af ansættelsen.

Lægerne oplever, at praksispersonalet er i stand til at håndtere de mange opgaver og er bevidste om egne kompetencers begrænsninger. En læge fra en flerlægepraksis fortæller:

“ ... når vi overlader så meget, som vi synes, vi gør, til vores hjælpepersonale, så er det jo fordi, at de også er pligtopfyldende over for deres grænser for, hvad de kan.”

Der fremtræder ikke et éntydigt mønster i forhold til praksistype og omfanget af uddelegerede opgaver. Der ses både blandt læger i solopraksis og flerlægepraksis en velvillighed i forhold til uddelegering, og hovedparten af praksis har enten uddelegeret adskillige arbejdsopgaver til personalet eller befinder sig midt i en uddelegeringsproces.

Uddelegeringen af opgaver kræver dog oplæring af praksispersonalet. Et par sololæger oplever, at de mangler rammerne for og tiden til instruktion af personalet til eksempelvis at varetage sygeplejefaglige opgaver, hvormed uddelegeringen er blevet en langsommelig proces – til stor frustration for både læger og praksispersonale. En sygeplejerske i en solopraksis mener, at en af årsagerne til, at lægen ikke uddelegerer flere opgaver til hende, er netop mangel på tid til at implementere uddelegeringen af opgaver. En anden læge i solopraksis har dog erfaret, at tid investeret i udvikling hurtigt er tjent ind igen:

“Det der med, at der ikke er tid til det ... den har jeg også på fornemmelsen, hver gang jeg sætter en dag af. Men det er jo et spørgsmål om, at hvis man sætter dagen af i god tid, og så sørger for at man kun tager akuttiderne omkring det, så er det i virkeligheden bare de almindelige kontroller, der bare bliver skubbet lidt ud. Og det sker der ikke noget ved. Jeg synes, det er meget vigtigt, at man også bruger tid på at lave sådan nogle fraser, så man ikke

sidder og skriver de samme ting hver gang. Det kan godt betale sig at bruge en halv time på at lave en ordentlig frase – allerede i løbet af få dage har du sparet ind i forhold til at skrive det hele hver gang.”

Hvad er afgørende for, om en opgave uddelegeres?

Som det fremgår af ovenstående afsnit og bilag 1 er der gode muligheder for uddelegering af opgaver fra den praktiserende læge til praksispersonalet. Ifølge en læge er der i princippet kun få lovmæssige begrænsninger for omfanget af uddelegeringen til sygeplejersker – alt kan uddelegeres undtagen underskrivelse af recepter og attester. De lovmæssige rammer for uddelegeringen er beskrevet i boks 1 i kapitel 1.

Det er ofte lægen, der tager det indledende initiativ til uddelegering af en opgave. Flere læger fortæller, at de løbende overvejer, om nogle af deres mere rutineprægede opgaver kan varetages af praksispersonalet med henblik på fx aflastning af lægerne og udvikling af personalet. Dernæst starter en drøftelse mellem læge og personale, hvor det vurderes, hvorvidt uddelegeringen kan finde sted.

Ifølge flere interviewpersoner har personalet indflydelse på hvilke opgaver, der bliver uddelegeret. Uddelegeringen kan således afhænge af personalets vurdering af egne arbejdsmæssige kvalifikationer i forhold til varetagelsen af opgaven, eller hvorvidt de har lyst til at varetage denne.

En række praksispersonaler omtaler i den forbindelse, at kendskab til egne kompetencer kan bevirke, at de takker nej til at varetage en bestemt opgave. En sygeplejerske fra en flerlægepraksis forklarer:

“ ... den bremse, vi har for at skulle lave celleprøver og børneundersøgelser, er vores idé om, at det ville sænke kvaliteten af undersøgelsen, fordi rent praktisk ville man godt kunne gøre det. Men det er vores bekymring om at: “Er vi gode nok til det?”, og ikke bare at vi ikke gider det.”

En sygeplejerske fra samme flerlægepraksis begrundet hendes manglende ønske om at varetage celleprøver:

”... det er jeg slet ikke uddannet til. Det kan godt være, at jeg kunne lære noget af det, men altså jeg har ikke været på gynækologisk afdeling, jeg har ikke set, hvordan kvinder er skruet op, jeg ved ikke, hvordan det sådan sidder, jeg ved ikke, hvad jeg skulle mærke efter, og jeg ville være dødræd for at overse eller ikke mærke noget.”

Der er dog også et eksempel på en sekretær, der mener, at hun har de faglige kompetencer til at varetage andre typer af opgaver, end dem hun varetager på nuværende tidspunkt. Hun er af den opfattelse, at hendes erfaringer og kompetencer fra tidligere stillinger på hospitalsafdelinger med fordel vil kunne anvendes til at varetage visse sygeplejefaglige opgaver i almen praksis. Indtil videre har lægesekretærens respektive praksis dog ikke haft et behov for at udvide lægesekretærens arbejdsområde.

En anden mulig årsag til, at opgaver ikke uddelegeres, er, at lægerne ønsker at varetage opgaven selv. For nogle sololægers vedkommende skyldes det blandt andet, at de er kritiske i forhold til praksispersonalets kvalifikationer. Én læge har oplevet, at der er blevet begået fejl ved praksispersonalets varetagelse af en bestemt opgave, og han ønsker derfor at varetage denne opgave selv. Andre læger ønsker at beholde bestemte opgaver, fordi de ønsker en vekslende arbejdsdag med både tunge og lette opgaver. Herudover oplever flere af lægerne vanskeligheder med at slippe bestemte opgaver, da de gerne selv vil følge deres patienter gennem hele deres forløb.

Ifølge lægerne har lægerne imidlertid stadig et godt indblik i patienternes forløb, selvom de har uddelegeret opgaver og ikke fysisk er til stede ved praksispersonalets konsultationer. Dette opnås via praksispersonalets spørgsmål til den praktiserende læge, eller når patienterne tilses af lægen. Således er den praktiserende læge med på sidelinjen ved ethvert behandlingsforløb.

For lægen kan uddelegeringen af opgaver betyde afgivelse af kontrol. En læge i en flerlægepraksis siger:

”Vi har jo afgivet noget indflydelse og sådan. Når man ansætter personale, og man uddelegerer, så afgiver man jo noget af sin egen kontrol – man giver den jo til nogle

andre, som man så antager passer rigtigt godt på, hvad det nu er.”

Et par af lægerne nævner endvidere, at der er en grænse for uddelegeringens omfang. En læge fra en flerlægepraksis mener, at det er væsentligt at holde lægearbejde og sygeplejearbejde nogenlunde adskilt, men han erkender samtidig, at grænserne for, hvad der defineres som henholdsvis læge- og sygeplejearbejde løbende rykker sig. Han vurderer også, at udviklingen vil vende, således at nogle af de opgaver, som i mange praksis defineres som sygeplejearbejde i dag, med tiden vil vende tilbage til lægens opgaveportefølje. Han fortæller:

”Der findes en ren formel grænse, og så findes der en reel grænse. Den reelle grænse ligger og flyder hele tiden. Den er dikteret af to ting. Den er dikteret af nødvendighed, dvs. mangel på arbejdskraft i øjeblikket som læge. Derfor definerer man i stigende grad lægearbejde som sygeplejearbejde, indtil der er læger nok igen. Så bliver det redefineret, tro mig ... det er måske meget godt at holde sig til den gamle definition et stykke af vejen – hvis man vil være læge, så lader man sig uddanne som læge, hvis man vil være sygeplejerske, så bliver man sygeplejerske. Og en sygeplejerske er pr. definition én, der observerer og plejer. Og en læge er én, der pr. definition diagnosticerer og teraperer.”

En sygeplejerske fra samme flerlægepraksis siger i forlængelse af dette, at:

”For at beholde den høje kvalitet vi har i praksis, der tror jeg, vi er meget bevidste om, at der er noget som læger er bedst til, og der er noget sygeplejersker er bedst til, og det skal vi ikke prøve at gå ind over. Vi [sygeplejerskerne] skal ikke have lægearbejde ... ”

Ifølge ovenstående er bevidsthed omkring henholdsvis lægers og sygeplejerskers faglige forcer og svagheder med til at sikre, at uddelegering af opgaver ikke går ud over kvaliteten.

En praktiserende læge fra en flerlægepraksis beskriver, at det tager tid for hende at overveje om en specifik arbejdsopgave kan uddelegeres til personalet. Hun fortæller:

”... det skal altså lige modnes også, vi skal lige overveje og tænke: ”Nå ja, hvorfor kan hun [sygeplejersken] egentligt ikke det? Og hvad er det lige, der er hindringen?”, altså det er jo også en proces, der skal modnes i os.”

En af lægerne fra solopraksis udtrykker ligeledes, at det er en træningssag for ham at skulle uddelegere opgaver, fordi det tager længere tid, end hvis han selv udfører opgaven her og nu.

En sygeplejerske fra en solopraksis fortæller, hvad hun mener, der skal til for at uddelegeringen bliver vellykket:

”Det handler jo så meget om at give tid til undervisning og give luft til at udvikle dine medarbejdere, have nogle gode MUS-samtaler, hvor man laver en udviklingsplan, der går nogle måneder – man følger op på den, hvor er vi kommet til?”

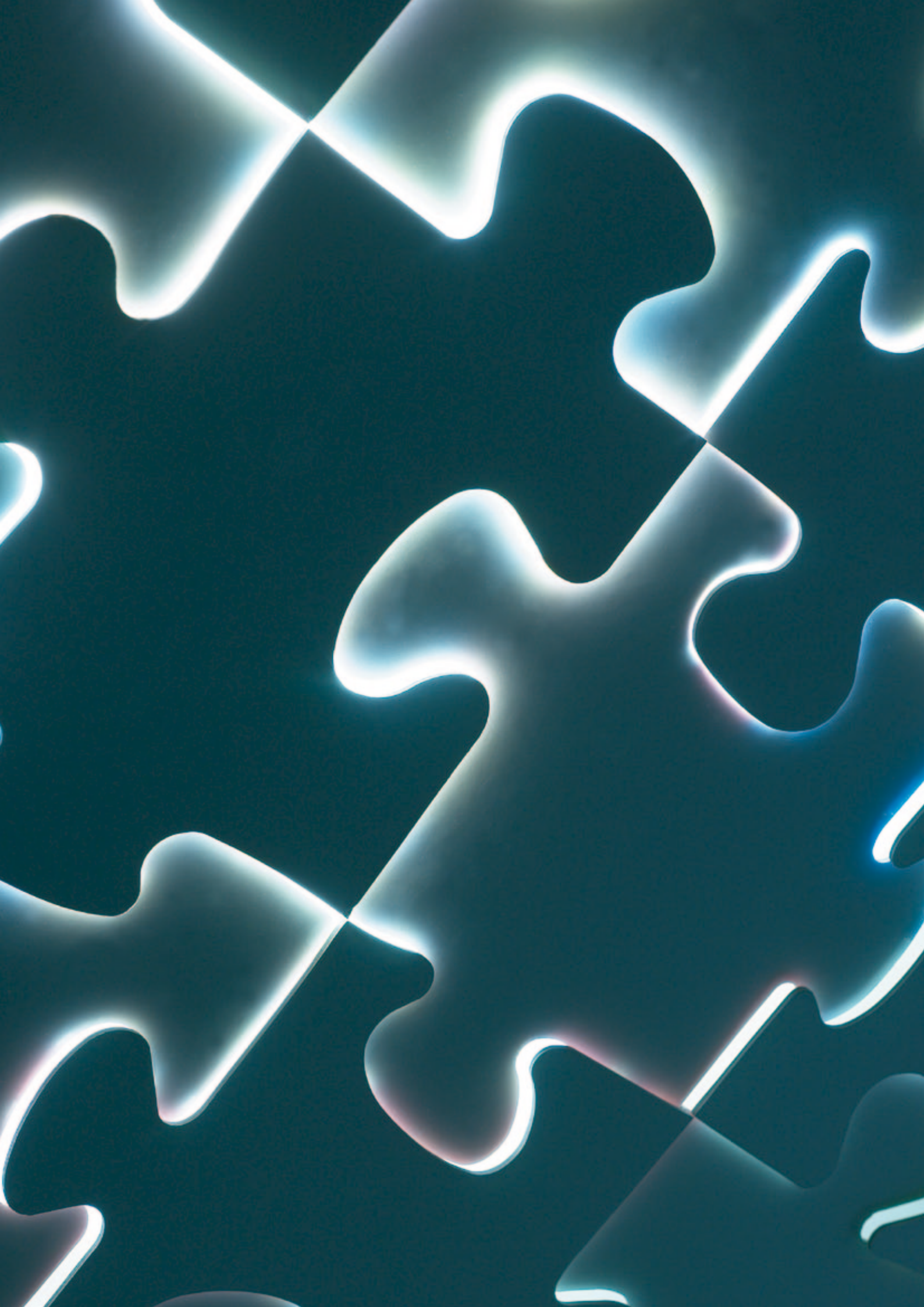
Det er dog ikke alle læger, der mener, at det er vanskeligt at uddelegere opgaver til praksispersonalet. En læge i en solopraksis siger fx, at han har erfaring med uddelegering af opgaver fra en tidligere ansættelse på et hospital.

OPSAMLING

Praksispersonalet varetager adskillige og forskelligartede opgaver. I nogle praksis er der en klar opgavefordeling mellem forskellige faggrupper, mens det i andre praksis er kutyme, at personalet også varetager opgaver, der ligger uden for deres primære fagområde. De fleste af personalets arbejdsopgaver er opgaver, der tidligere blev varetaget af den praktiserende læge.

Størstedelen af både læger og personale forholder sig positivt i forhold til uddelegering af opgaver. Lægerne i solopraksis oplever dog generelt flere barrierer for uddelegering af opgaver, og uddelegeringen sker derfor i et mindre omfang i solopraksis.

Hvilke opgaver, der uddelegeres, afhænger af lægernes ønske om uddelegering af udvalgte opgaver og praksispersonalets ønske om at overtage opgaver, der matcher deres kvalifikationer. Ifølge læger og personale sker der dog en løbende udvikling i mængden og typerne af arbejdsopgaver, og flere forudser, at der vil blive uddelegeret flere opgaver i fremtiden.



3 Samarbejde, ansvarsfordeling og vidensdeling

Dette kapitel beskriver samarbejdet mellem læger og ansatte i almen praksis, samt samarbejdet mellem praksispersonalet i almen praksis. Hvordan oplever de det? Hvad fungerer godt, og hvad fungerer mindre godt? Desuden beskriver kapitlet, hvad læger og praksispersonale gør for at dele viden i de enkelte praksis.

3.1 Samarbejde og ansvarsfordeling mellem læger og praksispersonale

Både praktiserende læger og praksispersonalet i solo- og flerlægepraksis oplever generelt, at samarbejdet mellem lægerne og praksispersonalet fungerer godt, og det skyldes blandt andet, at det bygger på gensidig respekt og tillid. En praksisadministrator i en flerlægepraksis siger følgende om, hvad der har betydning for et godt samarbejde:

“Dét, der gør samarbejdet godt, det er jo den gensidige respekt for hinanden, uanset hvor man er placeret. Så den gensidige respekt for hinanden og dermed også den gensidige tillid til hinanden. Og så vel også det aspekt, at man er indstillet på kommunikation, og man er indstillet på, at man skal dele viden. Det er tilladt at fejle, hvis man bare lærer af sine fejl. Så det er det, der gør et samarbejde godt.”

Samarbejdet og ansvarsfordelingen ændrer sig i takt med udviklingen i lægehuset. Blandt andet fortæller en læge fra en flerlægepraksis, at samarbejdet mellem læger og praksispersonale har ændret karakter i deres praksis, fordi sygeplejerskernes opgaver har udviklet sig fra telefonpasning og blodprøvetagning til et samarbejde, hvor både læger og sygeplejersker håndterer patienter og sygehistorier. De beskriver det som en udvikling fra at være et lægehusteam til at være et behandlerteam. Både læger og sygeplejersker mener, at det giver bedre plads til at udfolde sig, og at det er inspirerende at sætte et fælles mål

for den enkelte patient og arbejde sammen om at nå dette. Samtidig fremhæver en sygeplejerske, at de forskellige faggrupper har forskellige fokus på patienten, hvilket betyder, at det samlede behandlerteam får flere vinkler på patienten, som kan anvendes ved undersøgelse og behandling.

3.1.1 Lægen som arbejdsgiver og leder

Relationen mellem praktiserende læge og praksispersonale er anderledes end eksempelvis på et hospital, fordi lægen er både arbejdsgiver, chef og kollega i én og samme person. Flere af de interviewede læger fremhæver, at det er en ny rolle at skulle være arbejdsgiver og chef – en rolle som de ikke bliver undervist i på lægestudiet. En læge fra solopraksis vurderer dog, at arbejdsgiver- og lederopgaven ikke er en ny opgave for de praktiserende læger, men at opgaven er blevet mere synlig, i takt med at antallet af praksispersonale og uddelegerede opgaver er steget i almen praksis.

Nogle læger er glade for rollen som leder. En læge fra en flerlægepraksis siger fx, at det er et privilegium at være beslutningstager, og at man selv kan tilrettelægge sin dag. Andre læger giver udtryk for, at det er en stor udfordring at skulle varetage rollen som leder og arbejdsgiver. Som arbejdsgiver er der mange regler, som lægerne skal have kendskab til, og rollen som leder indebærer opgaver, som de ikke er uddannede i. En praktiserende læge fra en flerlægepraksis fortæller, at det er en udfordring at være leder og arbejdsgiver – uanset om man er det for én eller flere ansatte:

“Dét der er svært ved at blive praktiserende læge, det er, at man pludselig bliver boss. Og jeg tror, at det er fuldstændigt ligegyldigt i virkeligheden, om man er arbejdsgiver for en sekretær, eller om man er det for tre sygeplejersker og en sekretær, fordi det er opgaver, man ikke er blevet uddannet i, og der er ikke særligt mange at spørge til råds om noget som helst.”

En læge fra solopraksis mener desuden, at de praktiserende lægers overenskomst ikke er bygget op til, at lægerne skal være “bedriftsledere”:

“Altså personligt har jeg det fint med det [at være leder]. Men pointen er, at der har ikke været tradition for at sætte tid af til det, og det tager faktisk tid. I princippet skulle man jo have en halv dag om ugen eller et eller andet – tid sat af – og vores overenskomst er jo ikke bygget op til, at vi bruger tiden til noget andet end at tjene penge eller at tage os af patienter.”

Endvidere kan det være krævende at skulle være arbejdsgiver samtidig med alle lægens øvrige opgaver. En læge fra en solopraksis fortæller:

“Det med at løfte arbejdsgiverrollen sammen med alle de andre opgaver, som vi også har som solopraktiserende læger – det synes jeg egentligt er tungt. Der drømmer jeg med jævne mellemrum om at have nogle kollegaer, som man kunne sige: Den der kollega tager sig af at huske gaver og nusser lidt omkring personalet, og en anden tager sig måske af noget bogføring og vareindkøb osv. Jeg synes, det er tungt. Jeg synes, det er enormt fedt på en måde, men det er også tungt. Jeg synes, det er svært at have en dag, hvor man egentligt er lidt sur.”

Det sidste blev sagt med et smil på læben.

En læge i en flerlægepraksis ser et behov for, at der i større lægehuse er en af lægerne i lægehuset, der udelukkende fungerer som “tutor” for uddannelseslæger og praksispersonale. Han fremhæver dog, at lægerne ikke nødvendigvis har lyst til at påtage sig denne rolle, fordi de ikke ønsker at miste den direkte patientkontakt.

Under interviewene med flerlægepraksis deltog to læger, der er under uddannelse. Deres syn på den kommende rolle som arbejdsgiver og leder er vidt forskellig. Den ene synes, det virker skræmmende at skulle ud og være arbejdsgiver, fordi hun ikke ved, hvordan hun skal gribe det an. Hun siger, at hun som nyuddannet læge vil forsøge at opsøge en praksis, hvor det i forvejen fungerer godt.

Den anden uddannelseslæge ser derimod rollen som arbejdsgiver som en positiv udfordring, som han ser frem til. Holdningen til rol-

len som arbejdsgiver blandt “fremtidens” praktiserende læger er således lige så forskellig, som den er blandt de nuværende praktiserende læger i denne undersøgelse.

3.1.2 Flere ledere/arbejdsgivere i samme praksis

I praksis, hvor der er flere læger, er der yderligere den problemstilling, at der er flere ledere/arbejdsgivere i forhold til praksispersonalet. En sygeplejerske i en flerlægepraksis fortæller:

“Her har man ligesom tre chefer, og det er en udfordring. ... Jeg ved godt, at grunden til, at de måske ikke siger noget, det er måske, fordi de lige skal sparre med hinanden. De kan faktisk være afventende, hvilket jeg godt forstår, men det kan gøre nogle gange, at man ligesom tænker: “Jamen hvor er vi henne?”. Og det skal jeg helt klart også lære at være i. Og hvem er egentligt leder for dem, som er ansat ikke?”

I de fleste flerlægepraksis oplever praksispersonalet dog, at det fungerer fint at have flere chefer. Eksempelvis siger en sygeplejerske i en flerlægepraksis:

“I har været rimelig gode til at afhandle det på jeres interne møder, så det vi stort set altid møder, det er en samlet flok, der siger det samme.”

I alle de interviewede flerlægepraksis har lægerne fordelt ansvarsområderne mellem sig, og i nogle er personaleledelse ét af disse ansvarsområder, således at praksispersonalet har en primær kontaktperson blandt lægerne i praksis. Der kan dog stadig være spørgsmål, som den personaleansvarlige læge er nødt til at vende med sine kolleger.

En praksisadministrator i en flerlægepraksis fremhæver, at det er vigtigt, at der er tydelig ledelse og klare kommandoveje i den enkelte flerlægepraksis. Dette opnås eksempelvis ved fordeling af ansvarsområder mellem lægerne, så personalet har kendskab til hvem, der er ansvarlig for hvad, og ved hvem de skal henvende sig til. Hun mener, at uklare strukturer giver anledning til uklarhed og problemer.

Boks 3. Eksempler på måder lægerne skaber tydelig ledelse i flerlægepraksis

- Lægerne har fordelt ledelsesopgaver mellem sig.
- Fordelingen af ledelsesopgaver er kendt af hele klinikken.
- Den daglige ledelse af klinikken går på skift mellem lægerne ("ansvarshavende læge").
- Hele klinikken informeres om, hvem der er dagens "ansvarshavende læge" via et månedsskema og via e-mail samme morgen.
- Lægehuset har udarbejdet en praksisvejledning, der beskriver, hvordan huset overordnet fungerer.

Behovet for en tydelig ledelse genfindes hos andre flerlægepraksis. Fx fortæller en læge, at det er vigtigt, at personalet ved, hvem de skal gå til; at lægerne skal melde ud, hvis de har behov for at drøfte en sag med deres kompagnoner; og at man skal turde at italesætte problemer, i stedet for at tro, at de går væk af sig selv. I denne praksis har de desuden en praksisvejledning, der beskrives som en slags bibel, der detaljeret skildrer, hvordan klinikken generelt fungerer. Praksisvejledningen beskriver eksempelvis, hvem der tænder computerne om morgenen og specifikke fagligt relaterede ting som, at en læge vil have 20 minutter til at lægge spiral, mens en anden vil have 15 minutter. Praksisvejledningen revideres løbende i takt med, at nye arbejdsgange og "regler" vedtages i praksis. Ifølge lægen er dette:

"... måden vi forsøger at holde styr på så mange mennesker, vi er, og så mange forskellige aftaler, der er, og stadig have plads til individuelle aftaler, så længe det er skrevet ned."

Ud over, at lægerne har fordelt ansvarsområderne imellem sig, er der også en praksis, hvor lægerne har valgt at have en ordning, hvor rollen som daglig leder – ansvarshavende læge – går på tur mellem klinikkens læger. Hvem der er dagens ansvarshavende læge fremgår af et

månedsskema, som én af klinikkens læger udarbejder for hver måned. Desuden sender den ansvarshavende læge hver morgen en intern mail til klinikkens medarbejdere, hvor "banen kridtes op". Dette betyder, at praksispersonalet ved, hvem de skal henvende sig til med spørgsmål, og ifølge en af klinikkens læger giver det også lægerne en god ro:

"Det giver en utrolig stor ro for alle parter, fordi hvis man møder kl. tre minutter i otte, og telefonen ringer, og der er én eller flere, der melder sig syge, eller hvad det nu måtte være, så ved man pr. automatik, hvem der har ansvaret for at håndtere problemstillingen. Så det vil sige, at det skaber lidt adrenalin hos den, der har [tjansen], men alle de andre slapper et eller andet sted lidt af, fordi man siger: Nå, men det er der en løsningsmodel for."

Ligeledes har denne praksis hver dag en fast møderutine, hvor en fra sekretariatet mødes med den ansvarshavende læge kl. 8.50 for at få et overblik over dagen, ti minutter inden sekretariatet åbner for telefonerne. Herefter stikker klinikkens læger hovederne sammen til en hurtig status for dagen.

I solopraksis er der som regel én leder og arbejdsgiver, og interviewpersonerne giver ikke udtryk for, at der i solopraksis på samme måde er brug for ansvarsfordeling og systemer til fordeling af lederrollen.

3.1.3 Praksispersonalet arbejder under lægens ansvar

De praktiserende læger har arbejdsgiver- og lederfunktionen i forhold til praksispersonalet – men lægerne har også det sundhedsfaglige ansvar for patienterne. Flere af interviewpersonerne fremhæver, at praksispersonalet ved udførelsen af arbejdsopgaver handler under lægens ansvar, og at de altid kan spørge lægerne til råds, fordi de aldrig arbejder alene i lægehuset. Eksempelvis siger en læge fra en flerlægepraksis:

"Det, der fungerer godt, det er, at de er der sammen med os, og de varetager en stor del af vores opgaver, men de gør det altså under vores ansvar, og vi er hele tiden til rådighed, til at de kan afbryde os i vores konsultationer

og fange os ... De kan hele tiden hive fat i os, hvis der er noget som helst, de er i tvivl om."

Samme læge fremhæver, at praksispersonalet sagtens kan udføre selvstændige opgaver, hvis de får den rette oplæring og deltager i relevante kurser.

En læge i solopraksis fortæller, hvordan han håndterer, at praksispersonalet arbejder under hans ansvar:

"I min klinik er det sådan, at jeg kontrollerer meget i starten, og så delegerer jeg ansvar ud, når jeg begynder at stole på folk. Og jeg ved i hvert fald, at jeg selv er vokset med ansvar, og jeg tror virkelig, at det, at man får lov til at tage et ansvar, det er meget vigtigt for at give arbejdsglæde og for at udvikle folk. Selvfølgelig ikke et ansvar der overstiger, hvad man kan."

Hans pointe med, at ansvaret skal svare til praksispersonalets kompetencer, genfindes i et interview med en flerlægepraksis, hvor praksispersonalet har sagt nej til at varetage bestemte undersøgelser på grund af deres kendskab til egne kompetencer og begrænsninger. Der er således også en bremse i praksispersonalet i forhold til uddelegeringen af opgaver. Dette beskrives nærmere i kapitel 2.3.3.

En praktiserende læge i solopraksis beskriver vigtigheden af at kende til kvaliteten af personalets arbejde. Han siger om social- og sundhedsassistenten, han har ansat i sin klinik:

"Hun har selvstændige konsultationer med patienter, hvor jeg så ser alle hendes notater, og jeg signerer dem. Jeg signerer også alle receptfornyelser. I det hele taget har jeg meget styr på, hvad hun rent praktisk laver – ikke fordi jeg ikke har tillid til det, hun laver, hun laver det faktisk rigtigt godt, men jeg mener, at jeg er forpligtet som praktiserende læge til ligesom at lave den kontrastsignering."

Lægerne vurderer generelt, at de har et godt overblik over kvaliteten af det arbejde praksispersonalet udfører. Dels kan lægerne via patientjournalen løbende holde øje med, hvilke undersøgelser, deres patienter får lavet, og dels snakker de

selv med patienterne, bl.a. ved årlige kontroller som de fleste læger selv varetager. Desuden har de løbende erfaringsudveksling og sparring med praksispersonalet, som ydermere er med til at sikre kvaliteten af patienternes behandling. Lægerne er således meget bevidste om, at de står med det endelige ansvar for patienterne, selvom de har praksispersonale til at udføre nogle af opgaverne.

Ifølge en læge i en flerlægepraksis er praksispersonalet også deres ansvar bevidst, hvilket fremgår, da hun siger:

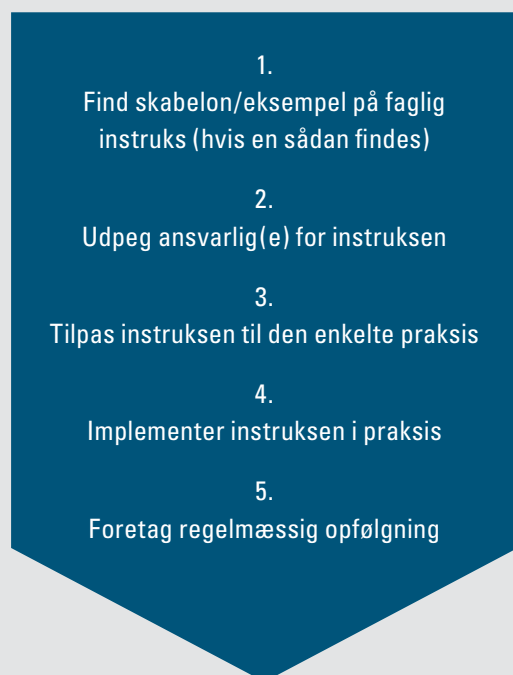
"Man siger jo altid det der med, at man kan jo ikke dele ansvaret mellem to. Og jeg synes faktisk, vi har fået på forunderlig vis en konstruktion med to faggrupper, hvor vi kan dele ansvaret og have 100 % hver begge to, det er meget mærkeligt, hvordan det egentligt går godt."

3.1.4 Brug af faglige instrukser

Et redskab, som flere af de praktiserende læger anvender til uddelegeringen af opgaver, er de såkaldte faglige instrukser eller flow charts, der beskriver procedurer for hver enkelt undersøgelse/behandling i praksis. De faglige instrukser er ikke kopier fra en lærebog, men en overenskomst omkring hvordan undersøgelser og behandlinger udføres i den enkelte klinik. Nogle klinikker tager udgangspunkt i vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Flere af interviewpersonerne lægger vægt på, at både læger og personale skal indgå i udarbejdelsen af instrukserne, fordi processen omkring udarbejdelsen sikrer, at de er tilpasset arbejdsgangen i den enkelte klinik. Selve processen kan desuden sætte gang i en diskussion af procedurerne, som kan være gavnlige. Bilag 2 er et eksempel på en instruks for blodtryksbehandling. Instruksen er vedlagt for dels at illustrere, hvordan en faglig instruks kan udformes, og dels for at give inspiration til andre lægehuse. Klinikken, der har udarbejdet instruksen, lægger vægt på, at den bør tilpasses arbejdsgangen i den enkelte klinik.

En læge i en flerlægepraksis fortæller, at brug af faglige instrukser gør arbejdsgangen væsentligt nemmere i et stort lægehus, fordi alle ansatte

Boks 4. Proces for udarbejdelse og vedligeholdelse af faglige instrukser



Punkt 3.-5. varetages af praktiserende læge og praksispersonale i fællesskab.

i huset ved, hvad de enkelte undersøgelser indebærer, og det gør det også nemmere at introducere nyt personale til arbejdsgangen i klinikken. Hendes erfaring er, at personalet sagtens kan overholde instrukserne. Hun siger:

“Det er vores erfaring, at det kan vores personale sagtens finde ud af at gøre. Dem der i virkeligheden har sværest ved det, det er os [lægerne i klinikken]. Men altså generelt så fungerer det, men det er da klart os, der hver gang har vanskelighederne i, at vi lige gør tingene lidt anderledes, fordi vi lige har den, “aj den situation er en lille smule anderledes, så der vil jeg hellere gøre sådan”, så det er os, der trækker imod at køre skemaet sådan fuldstændigt regelret, men det er super godt at have.”

Hendes oplevelse af, at lægerne har vanskeligst ved at overholde instrukserne genfindes i interviewene med andre klinikker. De praktiserende læger fremhæver, at praksispersonalets systematiske tilgang til arbejdet bevirker, at eksempelvis behandling af og opfølgning på kroniske patien-

ter foregår mere regelmæssigt og ensartet end tidligere.

Udarbejdelsen af instrukserne varetages ofte af både læger og praksispersonale. En læge fra en flerlægepraksis forklarer:

“Det kan nogle gange være os, der laver de faglige instrukser, men man kunne jo også uddelegere dem til sygeplejersker eller til andet personale, hvis det er procedurer, de er mere inde i. Så diskuterer vi det sammen, og så står der hvem, der er ansvarlig for den her faglige instruks, og så skal der selvfølgelig være en principallæge, som er ansvarlig. Det er også et rigtig godt eksempel på en måde, man sådan ligesom får alle inddraget i, hvordan det er, man gør procedurerne.”

Flere af de praktiserende læger i solopraksis mener imidlertid, at det er et stort arbejde at udarbejde de faglige instrukser, og vedligeholde dem, så de hele tiden er opdaterede. En læge fra en solopraksis fortæller:

“Det at lave guidelines er noget, man virkelig skal tage tilløb til, og man føler, man sidder og opfinder den dybe tallerken, og at alle praktiserende læger sidder og laver det samme stykke arbejde.”

Han efterspørger udvikling af en fælles database med skabeloner til instrukser, som læger og personale kan tage udgangspunkt i ved udarbejdelsen af instrukser – i første omgang for de store kronikergrupper som KOL, astma og diabetes. Han mener, at DSAM's vejledninger primært er til praktiserende læger og derfor ikke direkte kan anvendes af praksispersonalet. Han foreslår, at Dansk Sygeplejeråd (DSR) i stedet involveres i udarbejdelsen af instrukser til praksispersonalet. Det er dog ikke gjort med dét, da der også skal være tid til at implementere og vedligeholde instrukserne:

“Hvis man har sådan en skabelon, så skal den implementeres i praksis, dvs. man skal have et eller andet samarbejde, og den proces skal gøres ene sammen med den ansatte. Så det er jeres produkt, så der bliver et fælles ejerskab, og det er nr. 2 trin i det. Det 3. trin er, at man så regelmæssigt følger op på det.”

Sådan udtaler en praktiserende læge i solopraksis. Han mener desuden, at manglende tid er årsagen til, at det er vanskeligt at uddelegere opgaver og udarbejde faglige instrukser.

OPSAMLING

I interviewene beskriver samtliga læger og personale, at der overordnet er et godt samarbejde mellem lægen og praksispersonalet. Flere omtaler, at samarbejdet bygger på tillid og respekt. De praktiserende lægers rolle som leder og arbejdsgiver er blevet mere synlig i takt med, at antallet af ansatte er steget i de fleste klinikker. I praksis, hvor flere læger varetager leder-/arbejdsgiverfunktionen, er det vigtigt, at der er tydelige kommandoveje i forhold til praksispersonalet.

Både læger og praksispersonale er opmærksomme på, at praksispersonalet handler under lægens ansvar, og lægerne anvender faglige instrukser til at sikre ensartet kvalitet af praksispersonalets arbejde. De faglige instrukser er en detaljeret beskrivelse af, hvordan opgaverne udføres i lægehuset. Lægerne fremhæver, at instrukserne fungerer godt, og at praksispersonalet er gode til at overholde dem. Især sololægerne siger dog samtidig, at det er et stort arbejde at udarbejde, implementere og vedligeholde de faglige instrukser, og de ønsker en fælles database med instrukser, som kan revideres og tilpasses den enkelte praksis.

3.2 Samarbejde mellem praksispersonale

De interviewede udtaler, at samarbejdet mellem klinikkernes praksispersonale generelt fungerer godt. De giver dog også eksempler på situationer, hvor samarbejdet ikke har fungeret hensigtsmæssigt – primært på grund af personalets forskellige personligheder og tilgange til opgaveløsningen. Fx fortæller en læge fra en solopraksis, at han har været nødt til at agere konfliktløser mellem to ansatte og gøre praksispersonalet opmærksom på begge parter gode egenskaber med henblik på at flytte fokus fra det negative til det positive.

I en anden klinik blev oplæringen af en ny medarbejder vanskeliggjort af dårlig kemi mel-

lem den nye og den "gamle" medarbejder. Det mundede ud i, at den "gamle" medarbejder op-sagde sin stilling efter flere mæglingsforsøg fra lægernes side.

En social- og sundhedsassistent fra en tredje klinik beskriver en lignende situation og mener, at der er behov for nogle procedurer for arbejdsgange og samarbejde i en klinik for at forhindre en sådan konflikt:

"... hvis man har nogle fælles holdninger, at sådan gør vi her på klinikken, så opstår det jo ikke. Så derfor er det vigtigt, at man i hvert fald har en procedure, som siger, sådan er det her, og lige meget hvad du mener og har af meninger om det, så er det det her, vi taler om."

Dét hun efterlyser, kan minde om den føromtalt "praksisbibel", som beskrives i kapitel 3.1.2.

Der er som tidligere nævnt i kapitel 2.2.3 forskel på, hvordan praksispersonalets opgaver er fordelt, og det spiller ind på mulighederne for samarbejde. I nogle klinikker er opgaverne adskilt og opdelt mellem faggrupper i fx en sekretariats-/receptionsfunktion og en sygeplejefunktion.

Den skarpe opdeling af opgaver imellem forskellige faggrupper giver en klar arbejdsfordeling, men i nogle tilfælde kan den reducere mulighederne for intern faglig sparring mellem praksispersonalet. Fx fortæller en sygeplejerske fra en flerlægepraksis, at fordi hun er den eneste sygeplejerske, der er ansat i klinikken, har hun et større behov for sparring fra klinikkens læger.

I de praksis, hvor der er flere af samme faggruppe ansat, er der bedre mulighed for faglig sparring. En sygeplejerske i en flerlægepraksis, hvor der er flere sygeplejersker ansat, fortæller:

"Og det er jo en af fordelene ved at være i så stor en praksis ikke, at vi er fire sygeplejersker og kan sparre med hinanden ikke. Der er mange steder, de sidder alene eller sammen med en sekretær måske."

Mulighed for faglig sparring praksispersonalet imellem findes også i de klinikker, hvor forskellige faggrupper varetager de samme opgaver.

En sygeplejerske i en flerlægepraksis fortæller desuden, at sygeplejerskerne bruger hinanden

meget ved oplæring i nye opgaver. Nogle gange oplæres en sygeplejerske i en opgave af en læge og/eller ved deltagelse i et kursus, så hun bliver rigtig god til opgaven, inden hun efterfølgende oplærer de øvrige sygeplejersker i klinikken i at udføre den samme opgave. Andre gange tager alle på kursus samtidigt, så de kan bruge hinandens viden til at implementere nye ting efterfølgende.

OPSAMLING

Samarbejdet mellem praksispersonalet fungerer som hovedregel godt, men der er også eksempler på konflikter mellem praksispersonale, som blandt andet skyldes forskellige personligheder og tilgange til opgaveløsningen. I klinikker med flere personer, der løser den samme type opgaver, bruger praksispersonalet ofte hinanden til intern sparring og oplæring i nye opgaver.

3.3 Vidensdeling i den enkelte praksis

Udveksling af viden er afgørende for samarbejdet i almen praksis. De praktiserende læger og praksispersonalet fortæller om flere former for viden, der bliver udvekslet på forskellig vis i praksis.

3.3.1 Akutte problemstillinger og spørgsmål

Afklaringen af akutte spørgsmål finder sted på forskellig vis i de enkelte lægehuse. I nogle praksis – specielt solopraksis – er det op til praksispersonalet at afklare eventuelle akutte spørgsmål **imellem lægens konsultationer**. I en del praksis er det almindeligt, at frokostpausen også anvendes til vidensdeling og besvarelse af akutte spørgsmål.

I nogle praksis fungerer dette godt, men der er også eksempler på, at det kan være vanskeligt for praksispersonalet at skulle afklare en masse spørgsmål med lægen i frokostpausen. Fx fortæller en sekretær fra solopraksis:

“Hvis lægen har været stresset, og der har været knald på om formiddagen, så kan man godt trække sig lidt, altså hvis du kommer til frokost og mærker en stresset chef, som har brug for sin frokost, og man kan nok lige

Boks 5. Eksempler på måder at håndtere akutte problemstillinger

- Interne e-mails mellem klinikens medarbejdere.
- Forlængede frokostpauser med plads til spørgsmål.
- Fælles gennemgang af patienter på klinikens storskærm i frokostpausen.

forstå, at det har været en travl formiddag, så trækker man sig automatisk.”

Det kan være stressende for praksispersonalet at skulle “presse” sig ind mellem konsultationer, og en af sygeplejerskerne udtrykker endda bekymring i forhold til, om de svar, hun får af lægen, er grundige nok:

“Jeg er nogle gange bange for den tilbagemelding, jeg får til de her spørgsmål. Jeg ved ikke, om jeg synes, de er grundige nok, han har jo immervæk ikke haft en ærlig chance, med alt det han også har i hovedet, for at svare mig ... så jeg mener ikke, det er en kritik af lægen. Jeg mener, det er en kritik af, at de ikke har fundet ud af at få et forum, hvor vi kan snakke om tingene. Jeg synes bare, det er urimelige forhold både for ham og for mig.”

En flerlægepraksis har løst dette problem ved at udnytte **e-mailens** praktiske og tidsmæssige fleksibilitet. Således foregår megen intern kommunikation via e-mail, og lægen kan besvare sygeplejerskens beskeder mellem patientkonsultationer uden at have direkte kontakt til sygeplejersken. En af lægerne i klinikken siger i den forbindelse:

“Det der med 30 gule sedler kl. 12, det har vi ikke haft i mange år.”

I de fleste klinikker er det desuden kutyme, at **frokosten** bruges til afklaring af akutte spørgsmål. Klinikernes frokostpauser varierer fra en halv til en hel time. Nogle klinikker lægger meget vægt på, at hele medarbejderstaben spiser frokost sammen på samme tid hver dag, mens

andre spiser, når det passer ind i den enkeltes program. I nogle klinikker fungerer det fint, at frokosten bruges til afklaring af akutte problemstillinger, mens andre føler, at tiden er presset. Praksispersonalet i klinikker med en halv times frokostpause er mest pressede.

I en solopraksis med flere ansatte er vidensdelingen i frokostpausen sat fuldstændig i system. En sygeplejerske fra klinikken siger:

“Vi spiser fra 12-13 hver dag. Så vi starter med at spise, og når vi ligesom er færdige med det alle sammen, så har vi købt sådan en storskærmprojektor, så vi kan få vores patienter op på lærredet, så vi alle sammen kan sidde og følge med.”

Hun fortæller videre:

“Computersystemet er koblet til ... Æskulap hedder det, det kan simpelthen komme ind på ... så man kan sidde og slå alle patienterne op, og “hvad har du haft af problemer i dag?”. Så løser vi det sammen, og alle ved, hvad vi snakker om. Og alle kan følge med.”

Hun fremhæver, at gennemgangen af konkrete patienter giver god læring for alle klinikens ansatte, og at det samtidig er en sjov måde at tilegne sig ny viden. Både denne klinik og en anden soloklinik anvender desuden kamera i forbindelse med hjemmebesøg, således at de har mulighed for at tage et foto af patientens symptomer med henblik på senere drøftelse hjemme i klinikken.

3.3.2 Ikke-akutte problemstillinger og spørgsmål

En ting er de akutte problemstillinger – noget andet er afklaringen af spørgsmål, som ikke kræver et svar nu og her. Alle de interviewede klinikker anvender **elektroniske patientjournaler** til at dele viden om den enkelte patient. Dette sikrer, at alle faggrupper er orienterede om patienternes undersøgelser og behandlinger.

En læge fra en flerlægepraksis fortæller endvidere, at hans klinik har skabt en mere systematiseret ramme i forhold til vidensdeling om de kroniske patienter eller patienter, der med jævne

mellemrum befinder sig i klinikken. I patientens journal defineres et team bestående af en sygeplejerske og en læge, som kan dele viden om hinandens konsultationer i forhold til den givne patient. Ifølge lægen giver det en god anledning til at tage en snak om patienten:

“Det bedste ved det er, at det giver én en dårlig undskyldning til, at man kan gå ind og snakke sammen, og det er egentligt noget vrøvl, jamen det er det jo, men man får mulighed for at bruge hinanden lidt ikke. Ellers så fiser dagen bare derudaf tit og ofte.”

Oplevelsen af, at dagen flyver af sted med patientkonsultationer, genkendes af andre læger og praksispersonale i både flerlæge- og solopraksis. En sygeplejerske i en flerlægepraksis udtaler, at både hun selv og lægerne dagligt er fuldt bookede med patientkonsultationer, så det kan være en udfordring at finde et tidspunkt at tale sammen i fred og ro. Hun løser dette ved, at hun booker en tid i lægens kalender, således at hun kan få sparring vedrørende en konkret patient.

Flere lægehuse udnytter desuden de muligheder, der ligger i forskellige former for **elektronisk kommunikation**. En flerlægeklinik fortæller, at klinikken i sit elektroniske system har en meddelelsesmulighed, som dukker op, hvis personalet vil forny en recept. Dette anvendes fx i forhold til kroniske patienter, der skal komme til kontrol inden næste receptfornyelse.

En sygeplejerske i solopraksis fortæller endvidere, hvordan hun har udviklet sit eget “pop-up system”. Hun sætter farvekoder på de ting, hun skal drøfte med lægen, således at hun ved, at alle spørgsmål markeret med gult skal være besvaret, inden hun går hjem.

Ud over den elektroniske kommunikation deler læger og praksispersonale også viden i forbindelse med forskellige typer af **møder**. De fleste klinikker har et fast møde mellem en eller flere praktiserende læger og praksispersonalet i klinikken. Mødet afholdes hver eller hver anden uge og bruges til støtte, supervision og oplæring. Her drøftes både ikke-akutte problemstillinger

Boks 6. Eksempler på måder at håndtere ikke-akutte problemstillinger

- Elektroniske patientjournaler (med definerede behandlerteams om kroniske patienter).
- Pop-up vindue til alle klinikens medarbejdere ved receptfornyelse.
- Praksispersonalet booker tid i lægens kalender til drøftelser.
- Faste møder hver eller hver anden uge til sparring mellem læger og praksispersonale.
- Personalemøder.
- Nyhedsbog der indeholder referater fra møder.
- Temadage/konferencer
- Fælles kurser for praktiserende læger og praksispersonale.

vedrørende patienter og generelle problemstillinger som eksempelvis udarbejdelsen af faglige instrukser. Mødernes varighed varierer fra 10 til 30 minutter. I tre af de interviewede flerlægepraksis afholder praksispersonalet desuden møder uden læger. Disse møder anvendes blandt andet til at skabe ensartet kvalitet i praksispersonalets arbejde. Eksempelvis siger en sygeplejerske i en flerlægepraksis:

“Vi vil gerne have samme høje kvalitet, uanset hvilket rum man kommer ind i, og da vores uddannelser er anderledes, og vi er forskelligt uddannet i forhold til lægerne, så er det vigtigt lige at få afhandlet nogle ting en gang imellem.”

I flerlægeklinikkerne mødes de læger, der ejer klinikken, herudover til leder- eller lægemøder, hvor de orienterer hinanden om nyt fra de ansvarsområder, de hver især har, og afklarer problemstillinger, hvor de skal have fælles fodslag.

Flere af flerlægepraksisserne afholder også personalemøder for hele klinikken ca. hver anden måned, og en enkelt flerlægeklinik har været på en to-dages konference, hvor fokus var på “den gode arbejdsplads” og trivsel i klinikken.

I solopraksis afholdes der generelt færre møder, hvor læger og praksispersonale deler viden

på tværs. Det kan blandt andet hænge sammen med, at lægerne udtaler, at det er problematisk af lukke klinikken, og at lægernes overenskomst ikke honorerer møder til vidensdeling og udvikling. Der er dog en enkelt soloklinik med flere sygeplejersker ansat, som har valgt at lukke klinikken en dag om måneden for at holde et møde med fokus på udvikling af klinikken. En sygeplejerske fra klinikken fortæller:

“Så lukker vi klinikken en gang om måneden og holder møde om, hvordan vi kan gøre det bedre, og hvordan vi udvikler os, og hvad vi har lyst til. Det giver så meget ... også hvordan vi har det og trivsel, og det er super.”

Den praktiserende læge, der ejer klinikken, vurderer, at den mistede indtjening på udviklingsdagen hurtigt er tjent ind igen.

At der i nogle solopraksis er behov for mere systematiseret vidensdeling understreges af følgende citat fra en sekretær i en solopraksis:

“Jeg troede, at når man var ansat et lille sted, at informationsniveauet var enormt højt. Det tænkte jeg, at hvor svært kan det være et lille sted? Altså når det kan lade sig gøre et stort sted med 22 piger i en gruppe, eller det kan være svært nok, men jeg synes faktisk, at informationsniveauet er dårligere på et lille sted.”

I den pågældende praksis er der nu indført en nyhedsbog, hvor informationerne deles mellem alle klinikens ansatte.

En sygeplejerske i solopraksis fortæller, at hun er blevet opmærksom på et andet forum, hvor praksispersonale og praktiserende læger kan snakke udvikling i klinikken. Hun var sammen med den praktiserende læge på et kursus vedrørende diabetesbehandling, hvor der var afsat tid til, at de kunne snakke sammen. Hun siger:

“Det var lagt ind i de der kurser, at man skulle gå sammen – lægerne og plejepersonalet skulle gå sammen, nu var vi jo kun os to fra vores [praksis], så vi gik lange ture og snakkede om, hvordan det var, vi ville have det, og hvad man forventede. Meget givtigt.”

Hun vurderer, at uddelegeringen af diabetesbehandling ikke var blevet implementeret, hvis ikke de havde været på kursus sammen, fordi det er vanskeligt at finde tid til at tale sammen i hverdagen.

OPSAMLING

Vidensdeling og -udveksling fylder meget i klinikkerne i almen praksis. Akutte problemstillinger afklares ofte mellem lægens konsultationer eller i frokostpausen. Nogle klinikker har sat den akutte vidensdeling mere i system, enten ved en længere frokostpause, hvor vidensdeling er på dagsordenen, eller ved tekniske løsninger i form af interne e-mails.

Den ikke-akutte vidensdeling om patienter foretages i de fleste klinikker på et fast møde hver eller hver anden uge med deltagelse af en eller flere læger og praksispersonale med patientkontakt. Desuden bruger alle de interviewede klinikker elektroniske patientjournaler til udveksling af informationer. Ud over den patientrelaterede vidensdeling afholdes der personalemøder og ledermøder til drøftelse af mere generelle problemstillinger. Nogle af flerlægeklinikkerne og en enkelt solopraksis vælger at investere tid og ressourcer i vidensdeling og udvikling af praksis, fordi de mener, det kan betale sig på længere sigt.



4 Fordele og ulemper ved praksispersonale i almen praksis

Dette kapitel gengiver fordele og ulemper ved at ansætte praksispersonale. Kapitlet er opdelt i afsnit med forskellige perspektiver på praksispersonale. Hvilke styrker og svagheder ser de praktiserende læger ved at ansætte praksispersonale? Hvordan er det at være ansat i almen praksis? Og hvilken betydning har ansættelsen af praksispersonale for patienterne? Kapitlet rundes af med et skema, der opsummerer alle fordele og ulemper.

4.1 Set fra lægernes perspektiv

De praktiserende læger ser både fordele og ulemper ved at ansætte praksispersonale i almen praksis.

4.1.1 Fordele ved at ansætte praksispersonale i almen praksis

Helt overordnet har ansættelse af praksispersonale betydet flere hænder til varetagelse af opgaver i almen praksis. På det personlige plan fremhæver lægerne, at ansættelsen af praksispersonale og uddelegeringen af opgaver har **aflastet lægerne**, således at de har fået en kortere arbejdsdag og fri i weekenden. En læge fra en flerlægepraksis siger:

“Ansættelsen af [en praksisadministrator] betød, at jeg begyndte at få fri i weekenden. Det er helt konkret. For alt det administrative tog rigtigt lang tid, og der er ikke andre tidspunkter at lave det på, fordi jeg kom hjem kl. 18, og jeg havde simpelthen ikke overskud til at fortsætte. Og i øvrigt så var der kommet alle mulige skrivelser fra de offentlige instanser, der ville have, at jeg skulle sætte mig ind i alle mulige retningslinjer. Det skulle så læses om aftenene, og så weekendene til det administrative. Så ansættelse af én til at varetage de tunge administrative opgaver, det betyder rigtigt meget.”

Den kortere arbejdstid kan medvirke til at give de praktiserende læger en **bedre balance mellem arbejdsliv og privatliv**, og som en sekretær

i solopraksis siger, kan man måske undgå, at de praktiserende læger bliver udrændte i en tid, hvor der er mangel på læger.

Uddelegeringen af opgaver kan desuden være med til at forkorte ventetiden til lægen, fordi praksispersonalet tager nogle af de konsultationer, som lægen ellers skulle have taget. Flere af lægerne mener, at dette også **frigiver tid**, så lægen kan koncentrere sig om lægerelaterede opgaver:

“De [sygeplejerskerne] aflaster mig og giver mig mere tid til at lave mere reelt lægearbejde, og jeg føler, jeg har fået mere tid til at dykke ned i problemerne, og også tage mig af alle de akutte ting, som jeg måske tidligere var mere indstillet på i telefonen at sige: “Ved du hvad, se det lige an i en 3-4 dage her ikke og tag et par Panodiler” – dem har jeg tid til at tage ind i en akuttid nu, og tage mig af og undersøge. Jeg yder en bedre service.”

Sådan udtaler en læge i en solopraksis. Han siger senere i interviewet:

“Jamen for mig er der ikke spor tvivl om, på trods af alle de udfordringer der er i at have praksispersonale, sygeplejersker, så er det det, der har gjort, at livet er blevet værd at leve igen som praktiserende læge, fordi nu er det jo lægearbejde. Det er meget hyggeligt at være på skiferier og sidde og tage blodtryk og sådan noget, men nu bruges mine ressourcer til det, jeg er bedst til.”

Desuden fremhæver flere af lægerne, at ansættelsen af praksispersonale i almen praksis på flere måder er med til at **hæve kvaliteten** af ydelserne til patienterne. Fx udtaler en læge i en flerlægepraksis:

“Det har på mange måder været et meget stort løft. Når man har personale til at gøre tingene for sig, så bliver tingene fulgt efter en meget skarp plan, der er ikke så meget kreativitet ind over.”

Således er praksispersonalets systematiske fremgangsmåde med til at hæve kvaliteten. Flere interviewpersoner mener herudover, at patienterne drøfter forskellige problemstillinger, afhængigt af om de er hos lægen eller praksispersonalet. Endvidere er de tværfaglige teams omkring de kroniske patienter med til at hæve kvaliteten, fordi det tværfaglige samarbejde giver forskellige synsvinkler og fokus på patienten. Desuden har lægerne i samarbejdet om patienterne en sparringspartner at drøfte behandlingsplanen med, hvilket virker fagligt udviklende. Fx siger en læge i en flerlægepraksis:

“... at man så er et diabetesteam, der tager sig af denne her patient, og man diskuterer for eksempel, hvis man har en lidt “uefterrettelig” patient, som ikke gør, som man siger, så er det rart at have en bagperson, som man kan diskutere med, om hvordan kommer man nu videre med det her, for ellers var man alene med det. Så teamfunktionen er vigtig, at man får det faglige fællesskab.”

I en anden praksis fortæller lægerne, at praksispersonale forud for patientens konsultation med lægen udfører en række forundersøgelser fx hjertekardiogram eller lungefunktionstest. Således er lægen bedre forberedt til den egentlige konsultation, fordi lægen kan koncentrere sig om resultaterne uden at skulle foretage det praktiske forarbejde.

Flere læger fremhæver endvidere, at praksispersonalet arbejder mere systematisk end de praktiserende læger, så kvaliteten af ydelserne bliver mere ensartet. En læge fra en flerlægepraksis siger i den forbindelse:

“Vi tror, at kvaliteten er ligeså god, og at ydelserne er mere ens, end de har været før. Altså forstået på den måde, at der bliver ikke skåret så mange hjørner, hvis man har rigtigt travlt. Altså det er jo det, man kan flekse med, hvis det vælter ind med akutte patienter, så kan man skære lidt af ikke. Det gør I [sygeplejerskerne] ikke så meget, fordi I har den tid, I har. Jeg tror, at ydelsesmønsteret eller det produkt, der bliver ydet, er mere ens fra gang til gang, end hvis de kommer hos os læger.”

Ensartetheden hænger blandt andet sammen med, at praksispersonalet i højere grad følger de faglige instrukser.

Ud over at medarbejderne i en klinik mener, at ansættelsen af en sygeplejerske i klinikken har medført, at der er blevet mere **ryddeligt og ordentligt** i klinikken, har ansættelse af praksispersonale også medført, at der er flere personer til at varetage nye og/eller akutte opgaver. En læge i en flerlægepraksis siger, at ansættelsen af praksispersonale giver den enkelte klinik en **større buffer**, når det fx bliver besluttet, at patienterne skal tilbydes influenza-vaccine.

Nogle læger fremhæver, at ansættelsen af praksispersonale har givet mere **dynamik og større trivsel**. Som nævnt i kapitel 3.1.1 ser de fleste af lægerne rollen som arbejdsgiver som en udfordring – nogle synes, den er sjov og spændende, mens andre hellere var den foruden.

De praktiserende læger er ikke enige om, hvorvidt der er en **økonomisk gevinst** ved ansættelsen af praksispersonale. En læge i en solo-praksis siger:

“... og så er det alt andet lige en kendt sag, at jo mere personale, man ansætter, jo mere genererer man i form af ydelser, og jo mere stiger omsætningen. Det kan vi jo næsten se, det har alle §100-undersøgelserne vist.”

En læge fra en flerlægepraksis tror ikke, at ansættelsen af sygeplejersker er en økonomisk fordel. Hun udtaler i den forbindelse:

“Der er ikke sådan ekstra økonomi i det, altså det er ikke sådan, at hvis vi ansætter tre sygeplejersker, og de tjener x antal kroner, går de x antal kroner direkte over på vores overskudskonto. Det ville de gøre i det øjeblik, at vi satte sygeplejerskerne til at komme, når vi andre gik hjem, hvor lokalerne ellers står tomme [sygeplejerskerne ser ikke ud til at være tiltalt af tanken, og der grines]. Det er ikke en tanke, vi har oppe i ledelsen, men det er bare for at illustrere, at det er en lidt kompleks problemstilling, og der vil være nogle kollegaer, som synes, at hvis der ikke umiddelbart er noget at hente ved det, så hvorfor skal man så have hele besværet med at stille sådan hele det her komplicerede apparat op. Man sætter jo ikke folk ud i et rum, og så begynder de at arbejde og synes, at det er skønt. Det kræver jo helt anderledes organisation, men

der må man så sige, at det kan man også selv profitere af fagligt og menneskeligt og alt sådan noget, selv om der måske ikke er den store økonomiske profit af det.”

Hun mener således, at ansættelsen af praksispersonale kræver en helt anden organisering og udvikling af klinikken, som er omkostningsfyldt, men at de praktiserende læger til gengæld kan vinde noget fagligt og menneskeligt.

4.1.2 Ulemper ved at ansætte praksispersonale i almen praksis

Flere af lægerne udtaler, at uddelegeringen af opgaver til praksispersonale kan være en ulempe i forhold til **lægenes egen arbejdsbelastning**, fordi de selv bliver nødt til at tage sig af “tunge” sager som sorg, krise og depression. Fx siger en læge i en flerlægepraksis:

“Hvis nu vi skulle sige, om jeg var blevet aflastet arbejdsmæssigt, ved at sygeplejerskerne overtager flere funktioner, så tror jeg, at jeg vil sige, at det er jeg nok ikke, fordi at jeg har måske uddelegeret noget af det, der var lidt lettere for mig at lave, så jeg sidder med en masse tunge patienter tilbage. Så i det daglige arbejde bliver jeg måske ikke aflastet på den måde.”

Dette nævnes også af læger i andre flerlægepraksis som en ulempe ved uddelegeringen af opgaver til praksispersonale. En læge fra flerlægepraksis afkræfter dog dette:

“Jeg syntes egentligt på sin vis, at det var så rart, at der lige kom en fodvorte en gang imellem, fordi så kunne man lige køre hjernen på tomgang ikke, altså indtil at næste større problem kom. Så mit skrækscenarium det var, at så sad jeg med alene tunge konsultationer, som krævede rigtigt meget hjernemæssigt, hvor det var så rart en gang imellem at få den der, hvor man lige kunne koble fra i hovedet. Men i virkeligheden virkede det jo oftest ikke sådan, netop fordi når man nu var til lægen med det her, så kunne de jo lige høre om det og det og det, nu hvor de alligevel var der.”

Hun siger blandt andet, at de “lette” konsultationer ofte ikke var så lette for hende, fordi patienterne gerne ville drøfte flere problemstillinger, nu hvor de alligevel var hos lægen.

En anden ulempe, som nævnes af flere læger, er, at **lægens kontinuitet i forhold til patienten** mindskes. En læge i solopraksis udtaler:

“... hvis vi kører alt over – sådan maskinelt ambulatorieagtigt – over til sygeplejerskerne, så tror jeg faktisk, vi ender med en noget anden praksis end i dag, og almen praksis’ styrke som er den personlige lægekontakt. Et eksempel, altså jeg har i dag haft en patient siddende i mit kontor, og pludselig så kigger jeg på ham og siger: “Sig mig, har du været skæv i ansigtet tidligere?”, og så havde han altså haft en lille apopleksi uden selv at mærke noget. Det har I sikkert alle sammen oplevet. Den der kontakt, hvor du har set ham i rask fase, og hvor han har været inde og få målt sit blodtryk, den mister du, hvis du delegerer det hele ud.”

Desuden fortæller en læge, at det kan være vanskeligt at give patienten videre til sygeplejersken, hvis lægen har fornemmelsen af, at lægen og patienten har en god kontakt og er på bølgelængde. Dette bliver ikke bedre af, at nogle patienter også giver udtryk for, at de aldrig ser lægen mere, eller at de føler sig “degraderede”, fordi de “kun” skal ind til sygeplejersken.

Den sidste ulempe er knyttet til rollen som arbejdsgiver, idet en læge i solopraksis fortæller, at der kan være store problemer forbundet med ansættelsen af specielt **uddannet personale** som sygeplejersker, fordi de **stiller mange krav til arbejdspladsen og opgaverne**.

4.2 Set fra praksispersonalets perspektiv

I interviewene giver praktikpersonalet udtryk for både fordele og ulemper ved at være ansat i almenpraksis.

4.2.1 Fordele ved at være ansat i almen praksis

Praksispersonalet nævner en del fordele ved at være ansat i almen praksis. De siger blandt andet, at de har **mange forskellige opgaver**, hvilket er udfordrende, spændende, sjovt og lærerigt. En af sygeplejerskerne i en flerlægepraksis fremhæver endvidere, at det er rart, at **opgaverne varierer** mellem at være lette og hurtige, og mere komplicerede og tidskrævende, så man ikke sidder med eksempelvis kostvejledninger og rygestopkurser dagen lang, men også har mere rutineprægede

opgaver som blodprøvetagning. Fx udtaler en sygeplejerske i en fler-lægepraksis:

“Jeg synes, på hospitalet der har man en rolle på en afdeling, hvor man har en funktion, og så er det den, man påtager sig. Mens i en praksis der kan du bare bruge dig selv fuldstændigt aldeles, og der er opgaver i hele spektret, og det hører ikke bare ind under at være sygeplejerske, men også en masse andre ting. Og det, synes jeg, er det, der gør det sjovt, at det bliver meget mere personligt, og det er tilfredsstillende.”

Ifølge en sygeplejerske fra en solopraksis er det meningsfuldt at udføre opgaver inden for flere fagområder og eksempelvis indskrive lægens patientnotater eller udføre andre sekretæropgaver. Dette skyldes, at der er mere **sammenhæng i hendes opgaver** i almen praksis, fordi hun følger de samme patienter hele vejen i behandlingsforløbet:

“Selvom der er noget af det, hvor man sidder og tænker: “Ja ja nu sidder jeg lige og skriver en hel masse”, hvor man synes, det er langt væk fra sygeplejen, så synes jeg, det giver mening. Det hænger sammen, fordi det er en epikrise for en patient, som jeg selv kender, og det er også en måde at følge med i, hvad der sker på klinikken ikke, og hvor de er henne. Så det synes jeg, det er det, der er så enormt rart ved at være der i forhold til afdelinger eller hjemmesygeplejen, hvor det stritter alt for meget, synes jeg, man har ikke rigtigt helt fornemmelse af, hvor det her endte henne.”

En bioanalytiker fra en flerlægepraksis mener desuden, at hun i almen praksis har **bedre kontakt til patienterne** sammenlignet med arbejdet på hospitalet, hvor den enkelte patient ikke følges af samme sundhedspersonale gennem hele forløbet.

Herudover er der flere blandt praksispersonalet, som sætter pris på, at der i almen praksis i højere grad end i hospitalsregi er “**raske**” **patienter**, hvilket gør, at stemningen kan være lettere og mindre sygdomsfikseret.

Ligesom de praktiserende læger, sætter praksispersonalet også pris på muligheden for **faglig sparring** i almen praksis – både med lægerne og med andet praksispersonale. En sygeplejerske i en flerlægepraksis siger således:

“Nu har jeg været monofaglig ... eller ikke helt monofaglig, men som sundhedsplejerske er man jo sundhedsplejerske i gruppen, og jeg synes, det er godt det der med at få den faglige sparring med lægerne også. Altså jeg lærer også noget nyt, men også ud fra en anden faglig baggrund. Plus at jeg synes, at det er rigtigt rart at være fire sygeplejersker, fordi man også fagligt kan sparre med hinanden.”

Praksispersonalet fremhæver ligesom lægerne, at det tværfaglige samarbejde om den enkelte patient giver et mere fuldkomment billede af patienterne.

Nogle blandt praksispersonalet mener desuden, at de **arbejder mere effektivt** i almen praksis, og at der er mindre spildtid. En sygeplejerske i en solopraksis fortæller:

“Det er mine skuffer og mine hylder, og der er ikke nogen, der kommer og flytter rundt på noget. Så næste gang jeg ser en eller anden patient, så ved jeg lige præcis, hvor jeg skal finde det. Jeg føler ikke, der er noget spildtid ... jeg tror også, det var noget af det, der slog mig lige i starten, det var, at jeg følte, at jeg var meget mere effektiv.”

En anden fordel ved at være ansat i almen praksis er ifølge praksispersonalet **arbejdstiden**, fordi praksispersonalet ikke skal have aften- og nattevagter eller arbejde i weekenden.

Herudover fremhæver praksispersonalet, at det er en fordel ved almen praksis, at der er **kort vej til ledelsen**. En sygeplejerske i en flerlægepraksis siger fx:

“Jamen det er meget meget positivt at være i praksis. Der er frihed og medbestemmelse. Det er ikke et eller andet stort bureaukrati, der skal sættes i gang, man kan nærmest snakke om en lille ændring, og så bliver det ændret, hvis det er det, man er enige om, og det er jo fantastisk.”

Praksispersonalet oplever, at det i almen praksis er **nemmere at gøre en forskel og se resultaterne** af det, man gør.

Praksispersonalets frihedsfølelse forstærkes af, at den enkelte praksis er en privat virksomhed, der ikke er underlagt fx en kommune eller et hospital:

”Jeg tænker også lidt i forhold til, at det her er en privat praksis – I er jo selvfølgelig i gåseøjne underlagt noget højere oppe fra et eller andet sted, men I har også en stor selvbestemmelse, hvor I sådan rimeligt kan vælge nogle arbejdsgange, hvor jeg oplever, hvis man er det kommunale regi eller hospital – man er meget underlagt, hvad der bliver besluttet allerøverst, og så skal du rette ind til højre med de arbejdsgange. Og det nyder jeg da i hvert fald ved at være sådan et sted her, at selvfølgelig ville I da kunne beslutte noget, som, jeg ikke ville synes, var rart, men stadigvæk er det nogle andre arbejdsbetingelser ikke.”

Sådan udtaler en sygeplejerske i en flerlægepraksis.

Endvidere fremhæver en sygeplejerske i en flerlægepraksis, at i almen praksis gør det en forskel, om hun er på arbejde eller ej:

”Og det kan jeg i hvert fald huske, jeg tænkte, da jeg startede her, at den allerstørste forskel på hospitalet og her, det var, at det gjorde en forskel, om jeg kom eller ej. Og der var faktisk nogle, der bemærkede, om man var her eller ej, og der var nogle, der godt kunne sige en gang imellem: ”Det er sgu gået godt i dag” – hold da op ... det betyder faktisk rigtig meget for arbejdsglæden, at man gør en forskel.”

4.2.2 Ulemper ved at være ansat i almen praksis

De ulemper, som praksispersonalet fremhæver ved at være ansat i almen praksis, er hovedsageligt knyttet til ledelse og arbejdstilrettelæggelse. Det er problematikken omkring at have **flere chefer**, som er beskrevet i kapitel 3 afsnit 3.1.2. Desuden har flere blandt praksispersonalet skullet vænne sig til, at **leder og arbejdsgiver** er en og **samme person/gruppe af personer**. En sygeplejerske i en flerlægepraksis konstaterer i den forbindelse, at hun selv skulle vænne sig til at være både arbejdstager og kollega i forhold til de samme personer:

”Vi har også to kasketter, vi tager på, altså nu er jeg arbejdstageren, der siger: ”Det har jeg ikke lyst til den opgave”, eller ”jeg vil gerne op i tid eller ned i tid” eller lønforhandling eller MUS-samtale, til at vi sidder og snakker kanoture i weekenden og sådan noget. Det er også to ka-

sketter for os, som vi heller ikke har nogen uddannelse i. Jeg er vant til at være gode venner med min afdelingssygeplejerske og min oversygeplejerske, og vi kan sidde og snakke om alt. Det falder mig let. Men at arbejdsgiveren samtidig er min arbejdsgiver og min leder og har vetoet, det er meget nyt for mig, selvom jeg har arbejdet i det i mange år. Og jeg har svært med de der kasketter, må jeg indrømme, når jeg skal tage min arbejdstager-kasket på, det er nok den rolle, jeg har det sværest med ... det er så få gange, jeg har skullet have den op af tasken – den er svær at få til at sidde.”

Nogle ulemper knytter sig hovedsageligt til ansættelse i solopraksis. En sygeplejerske i en flerlægepraksis, der tidligere har arbejdet i en solopraksis, kalder relationen mellem praksispersonalet og sololægen for et ægteskab på godt og ondt, fordi forholdet er tæt, men ikke ligeværdigt, fordi den ene part er lederen. Til gengæld kan det i solopraksis være nemmere at komme igennem med sine synspunkter og være med til at træffe beslutninger.

I solopraksis med få ansatte oplever flere praksispersonaler, at det er **vanskeligt at få privatliv og arbejdsliv til at hænge sammen**, fordi der ikke er mulighed for at bytte vagter, og ferier skal planlægges, så de afholdes, når klinikken holder lukket. Desuden har nogle af interviewpersonerne dårlig samvittighed over at melde sig syge, fordi der ikke er andre til at overtage deres opgaver i klinikken.

I klinikker med få ansatte er der endvidere eksempler på praksispersonale, der savner **faglig sparring**; dels fra praksispersonale med samme baggrund, og dels fra den praktiserende læge, som er travlt beskæftiget med patientkonsultationer.

I forhold til opgaverne i almen praksis er der en enkelt interviewperson, som oplever, at hun ikke **udvikler sig fagligt**, fordi hun primært passer telefonen og tager imod patienterne. Dette skal ses i sammenhæng med, at hun er ansat med en ugentlig arbejdstid på 15 timer.

Desuden fortæller personalet i en flerlægepraksis, at opgaverne i almen praksis ikke egner sig til personale, som godt kan lide håndteringen af akutte situationer, da disse forekommer uhyre sjældent i almen praksis.

4.3 Set fra patientens perspektiv

Undersøgelsen er baseret på interview med læger og praksispersonale ansat i almen praksis. Dette kapitel om fordele og ulemper set fra patientens perspektiv bygger derfor ikke på patienters udsagn, men på lægernes og praksispersonalets vurdering af patienternes oplevelser.

4.3.1 Fordele ved at der er ansat praksispersonale i almen praksis

Både læger og praksispersonale giver udtryk for, at patienterne oplever en **bedre service** som følge af ansættelsen af praksispersonale i almen praksis. Dels ansætter nogle klinikker praksispersonale med henblik på at skabe bedre tilgængelighed på telefonen, så patienterne ikke skal ringe forgæves. Dels tilbyder nogle klinikker ydelser, som patienterne ellers skulle have været andre steder hen for at få. Fx siger en sekretær i en flerlægepraksis:

“Vi har mange patienter, der kommer i huset som siger, det er en fantastisk service, vi har her i huset, at man kan komme her og få taget prøverne, frem for at de skal på laboratorium og sidde og vente osv. Men at de har en fast tid, hvor de ved, at her skal de op og have taget EKG og blodprøver eller vaccineres.”

Nogle interviewpersoner udtaler endvidere, at praksispersonalet har mulighed for at give sig **bedre tid til patienterne**, fordi der er afsat mere tid til hver konsultation i praksispersonalets kalender sammenlignet med lægernes. I visse klinikker yder praksispersonalet også generel omsorg for patienterne og taler med dem om andre ting end deres sygdom, fx familierelationer eller ferie – denne funktion varetages både af frontpersonalet, der tager imod patienten i telefonen og klinikken, og i konsultationer med praksispersonalet. Eksempelvis fortæller en sekretær i en solopraksis:

“Jeg tror måske også, at andet personale end lægen ser mere rundt om det hele menneske ikke. Lægen fokuserer på: “Jamen jeg har ondt i min arm” ikke, eller mit ben eller hvad patienten kommer med, hvor sygeplejersken, eller hvem der nu taler med patienten, får måske ... lidt mere at vide. Så der er nogle gange også en lidt anden historie,

end det man fortæller lægen, fordi “han har så travlt, og doktoren skal jo ikke belemres med mine problemer”.”

Nogle praksispersonaler mener, at patienterne tør være mere ærlige over for praksispersonalet, fordi lægerne er en større autoritet for patienterne. Andre praksispersonaler fremhæver, at patienterne bruger praksispersonalet, når patienterne skal have “oversat” eller forklaret, hvad lægen har sagt til dem. Desuden er der en sygeplejerske, der mener, at **patientsikkerheden øges**, når der bliver ansat praksispersonale i en solopraksis, fordi det giver flere øjne til at opdage eventuelle fejl.

Både læger og praksispersonale konstaterer, at **behandling af og opfølgning på kroniske patienter er blevet bedre og mere systematiseret**, efter at praksispersonale har overtaget en større del af denne opgave. I de fleste klinikker indkalder de kroniske patienter til regelmæssige kontroller flere gange om året, og interviewpersonerne fortæller, at patienterne er blevet positivt overraskede over, at klinikken har så godt styr på deres behandling. Teamet af læge og sygeplejerske, der samarbejder om behandlingen af kroniske patienter, betyder desuden, at patienten kan få input fra forskellige faggrupper til behandlingen af deres sygdom.

4.3.2 Ulemper ved at der er ansat praksispersonale i almen praksis

Det er dog ikke altid, at ovenstående fordele er lige åbenlyse for patienterne. Både læger og praksispersonale har oplevet modstand hos patienterne, når de pludselig skal til en konsultation hos en sygeplejerske i stedet for en læge. De fortæller, at nogle patienter føler sig “degraderede” eller mindre vigtige, fordi de ikke skal ind til lægen.

Nogle mener, at denne **skepsis** hovedsageligt findes hos ældre patienter, mens andre ikke ser denne forskel. Eksempelvis fortæller en læge i en flerlægepraksis, hvordan patienternes skepsis kommer til udtryk:

“Vi [har] også et problem med, at patienterne i nogen grad føler, at de bliver afvist af lægen, det er ikke fordi, de ikke er glade for at komme ind til sygeplejersken, men

det har jeg da hørt flere, der kommer tilbage og siger: "Jeg ser jo aldrig dig" eller "kan man ikke komme herind længere?" – det var jo ikke lige sådan, det var tænkt, men det må man jo bare tage til efterretning, at sådan bliver det også oplevet."

En anden læge i en flerlægepraksis udtrykker bekymring for, om de kroniske patienter oplever tilstrækkelig grad af **sammenhæng** i deres forløb, når kontrollerne følges op henholdsvis kvartalsvis af en sygeplejerske og årligt af lægen. Samme læge mener dog, at lægernes egen tro på, at systemet fungerer, smitter af på patienterne:

"Jo mere vi tror på os selv, jo mere smitter det af på patienterne. Det kan godt være, at de lige skal overtales første gang for "hov hvad er det for noget, jeg er jo vant til at komme kun hos dig", men hvis man siger: "Jamen det her og den del du skal have lavet der, det foregår meget bedre inde hos sygeplejersken, fordi det er hendes job, det er sådan set ikke mit" ... og den har været ret effektiv at bruge den vending ..."

Flere af interviewpersonerne har også oplevelsen af, at patienterne får mere tillid til praksispersonalet i takt med, at de lærer personalet og deres kompetencer at kende.

Nogle af interviewpersonerne ser også **praktiske ulemper** for patienten ved ansættelsen af praksispersonalet. De nævner blandt andet, at det kan forekomme, at patienten skal tage sit tøj af og på flere gange, hvis vedkommende skal tilses af både sygeplejersken og lægen. Desuden oplever praksispersonalet patienter, der kommer til klinikken med flere problematikker eller symptomer, hvor praksispersonalet er nødt til at bede patienten bestille en ny tid hos lægen, fordi det ligger uden for praksispersonalets ekspertise. Patienten kan derfor være nødt til at besøge klinikken ad flere omgange.

En ulempe, som læger og praksispersonale i både solopraksis og flerlægepraksis frygter, er, at **kontakten mellem patienten og klinikken** kan blive forringet, hvis lægeklinikkerne bliver for store. I store lægehuse med meget personale kan det være vanskeligt for læger og personale at have et indgående kendskab til alle husets pa-

tienter, hvilket ifølge flere læger er af stor betydning for mange patienter. Dette kan medføre, at patienten ønsker at skifte praksis, og eksempelvis være tilknyttet en sololæge i stedet for et større lægehus. En læge i en flerlægepraksis siger i den forbindelse:

"Der er en smertegrænse for, hvor stor en biks, man skal lave i forhold til, hvornår er det en god service, og hvornår bliver det sådan en upersonlig ting, for jeg tror også, at det betyder meget for patienterne, at de føler, at "her kommer de, og her kender man dem". Og man kender deres historie, og deres baggrund og deres sygdom og deres behandling ikke. Det er ikke politisk korrekt at sige det i disse tider, men det tror jeg faktisk. Og jeg tror, at rigtigt mange er glade for at have en sololæge, fordi nu ved de sgu, at nu skal de ind til Doktor Petersen, og ham har de kendt i 25 år du ... Det skal man nok ikke forklejne."

Samme problematik rejses i en anden flerlægepraksis, der fremhæver, at fordelene ved som patient at være tilknyttet en stor klinik er, at den stort set aldrig er lukket. Til gengæld vil patienterne oftere opleve at komme til forskellige læger eller sygeplejersker fra gang til gang, med mindre de bestiller tid lang tid i forvejen. Klinikken ser dog samtidig en vis størrelse som en forudsætning for udvikling af både nye tilbud og kvaliteten i klinikken, som kan gavne patienterne i sidste ende, så det er en kunst at finde den rette balance mellem patientkontinuitet og udvikling af praksis. Flere af interviewpersonerne fremfører, at patienterne skal "opdrages" til, at praksispersonalet tager sig af visse opgaver, og i flere flerlægeklinikker fortæller de ligeledes patienterne, at patienterne i deres klinik er tilknyttet et lægehus og ikke en enkelt medarbejder – og at de derfor ikke kan forvente at komme til den samme læge hver gang.

OPSAMLING

Nedenstående tabel sammenfatter de nævnte fordele og ulemper fra henholdsvis lægernes, praksispersonalets og patientens perspektiv. Fordele og ulemper set fra patienternes perspektiv bygger på lægernes og praksispersonalets vurdering heraf.

Tabel 1. Fordele og ulemper ved ansættelse af praksispersonale i almen praksis		
	Fordele	Ulemper
Fra praktiserende lægers perspektiv	• Aflastning • Bedre balance ml. arbejdsliv og privatliv • Frigørelse af tid til andet lægefagligt arbejde • Højere kvalitet • Orden og system i klinik • Større buffer • Dynamik og trivsel • Økonomisk gevinst?	• Arbejdsbelastning ("tunge" opgaver) • Mindsket patientkontinuitet • Uddannet personale stiller krav til arbejdsplads og opgaver
Fra praksispersonalets perspektiv	• Mange og varierende opgaver • Sammenhæng i opgaver • Bedre patientkontakt • "Raske" patienter • Faglig sparring • Effektivitet • Arbejdstid • Kort vej til ledelse • Nærmere at gøre en forskel og se resultaterne	• Flere chefer • Leder og arbejdsgiver er samme person • Balance ml. privat- og arbejdsliv • Manglende faglig sparring • Manglende mulighed for faglig udvikling
Fra patienternes perspektiv	• Bedre service • Bedre tid til patient • Øget patientsikkerhed • Systematisering i forhold til kroniske patienter	• Praktiske forhold i relation til flere konsultationer • Manglende sammenhæng i patientforløb • Forringet kendskab til patient pga. skiftende personer i klinik



5 Fremmende og hæmmende faktorer for ansættelse af praksispersonale

Dette kapitel beskriver, hvad der ifølge de praktiserende læger og praksispersonalet har virket og stadig virker henholdsvis fremmende og hæmmende for ansættelse af praksispersonale i almen praksis. Hvilke faktorer tilskynder lægerne til at ansætte praksispersonale i almen praksis? Og hvilke faktorer virker som en barriere for ansættelse af praksispersonale?

5.1 Hvad tilskynder til ansættelse af praksispersonale?

De årsager, som lægerne angiver til ansættelsen af deres nuværende personale, er dels at visse omstændigheder har "tvunget" dem til at ansætte personale, og dels at det var en del af en bevidst strategi for bedre service og kvalitetsudvikling.

De faktorer, som har lagt pres på klinikkerne i almen praksis, er blandt andet, at de har fået **flere og/eller nye opgaver**, fordi de har overtaget opgaver fra hospitalerne, og at der er et politisk ønske om, at almen praksis skal varetage løbende opfølgning på kroniske patienter. Læger i både flerlæge- og solopraksis giver udtryk for, at de har været nødt til at uddelegere nogle opgaver for ikke at drukne i mængden af opgaver. Ex siger en læge i en flerlægepraksis:

"Den primære start har været, at vi har tænkt aflastning. Altså at vi syntes, at vi var ved at drukne i alt muligt, som det var svært at se en ende på. Også fordi at vi blev pålagt en masse nye opgaver."

Endvidere fremhæver flere læger, at faggrupper som sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og bioanalytikere besidder kompetencer, der gør dem velegnede til at varetage de nye opgaver som eksempelvis opfølgning af de kroniske patienter.

En anden ting, som har øget arbejdsmængden i almen praksis er ifølge flere læger, at **patientkulturen** har **ændret** sig. Dels mener nogle

læger, at sygdomsfølelsen i befolkningen er steget, og dels mener andre, at der sket en stigning i antallet af ressourcestærke patienter, som blandt andet vil have lavet helbredsundersøgelser, selvom de ikke umiddelbart fejler noget. En læge i en flerlægepraksis fortæller:

"De kommer på 32 år, sportstrænede, veluddannede alt muligt. Og så tænker jeg: "Hvad er det, du vil?". Det er jo en pædagogisk opgave, og det er fint nok, men vi har et begrænset antal timer til vores rådighed ... "

Hun mener, at mange arbejdspladser har skabt et behov for denne monitorering af raske mennesker, og når arbejdspladserne ikke længere vil tilbyde undersøgelserne, går de til deres praktiserende læge i stedet. Samme læge er bekymret for, om dette sker på bekostning af andre patienter:

"Når man ser fremad, så tænker jeg, at der kommer flere og flere ressourcestærke patienter, som presser os mere og mere. Og det bliver på bekostning af dem, som faktisk har et meget større behov, men som ikke er så gode til at give udtryk for det. Og man kan sige, hvis vi skal varetage den opgave, så var det noget, jeg synes, der kunne være rart, at for eksempel en sygeplejerske tog vare på. Altså, så man ligesom sætter ressourcerne ind der, hvor vi synes, at her er der mest, vi kan være behjælpelige med i forhold til patientbehandling."

En mulig løsning er således uddelegering af helbredsundersøgelserne til praksispersonalet.

En anden del af den nye patientkultur, som øger lægernes arbejdsbyrde, er ifølge lægerne de private sundhedsforsikringer, der har medført høje forventninger hos patienterne og manglende tilbagemeldinger fra private hospitaler. En sololæge siger:

"... altså tilbagemeldinger fra hospitalerne, der førhen entydigt fungerede. Nu er der en masse oplysninger, som nogen gange ikke kommer frem til os, som vi så selv skal

opsøge, eller også skal vi sende nogle henvisninger, som vi synes er helt åndssvage. Og der er et pres og forventninger fra patienternes side, at vi skal selvfølgelig også være en del af det der private show. Og det er altså også en ekstra opgave, der bliver lagt ud til os, som egentligt ikke er særlig sjov.”

Den nye patientkultur er således med til at sætte yderligere pres på almen praksis.

En tredje faktor, som flere af lægerne oplever, kan presse til ansættelse af (mere) praksispersonale, er **manglen på praktiserende læger**. En af sololægerne har allerede oplevet, at en nærliggende klinik lukkede, så han var nødt til at overtage patienterne fra den pågældende klinik. Antallet af tilknyttede patienter steg fra 1800 til 2300, hvilket resulterede i stor travlhed blandt klinikkens medarbejdere. Den pågældende læge har ansat ekstra praksispersonale, men han håber på længere sigt at finde en kompagnon. Ifølge ham er det dog ikke nemt at finde kompagnoner.

Der er andre af de interviewede, der har haft problemer med at få besat lægestillinger, og andre praktiserende læger frygter, at det vil blive vanskeligt at finde en afløser, når én af deres kolleger går på pension. En læge i en flerlægepraksis siger:

“Hvis vi nu ikke finder en afløser, en lægelig afløser for [praktiserende læge i klinikken] ... den situation kan jo meget vel opstå. Så sidder vi her, og vi har sådan set det antal patienter, vi har. Og der går jo mange år, inden det ved en naturlig afgang kommer ned til et leje, hvor der kun er til to læger. Så bliver vi nødt til at gøre noget andet i den situation. Så ansætter vi en sygeplejerske, to sygeplejersker, tre sygeplejersker på deltid – hvad fanden ved jeg. Og så får man jo automatisk en mere administrativ rolle ikke. Så jeg tror, at det vil gå sådan mange steder.”

Hun mener således, at klinikken kan blive nødt til at ansætte flere sygeplejersker, hvis deres kollega går på pension, og de ikke umiddelbart kan finde en ny kompagnon.

For nogle klinikker har ansættelsen af praksispersonale været et led i en bevidst strategi om blandt andet **bedre service og øget tilgængelighed** for patienterne. Fx er der klinikker, hvor pa-

tienterne kan få taget blodprøver om morgenen, så deres tid ikke skal gå til transport og ventetid i et centralt laboratorium. Desuden siger flere af lægerne, at de har ansat mere praksispersonale, fordi de ønskede bedre tilgængelighed på telefonen.

Som det fremgår af kapitel 4.1.1 er der ikke enighed blandt lægerne om, hvorvidt der på nuværende tidspunkt er et **økonomisk incitament** for at ansætte praksispersonale.

5.2 Barrierer for ansættelse af praksispersonale

Når de praktiserende læger skal pege på de væsentligste barrierer for ansættelse af (mere) praksispersonale, nævner nogle klinikkernes fysiske rammer i almen praksis, mens andre peger på lægens overvejelser omkring økonomi og udarbejdelse af kliniske vejledninger. Sidstnævnte nævnes specielt som en barriere i forhold til solopraksis. Eksempelvis siger en læge i en flerlægepraksis:

“Jeg tror, der er nok flere kompagniskabspraksis, som har vejledninger, end der er sololægepraksis, der har. Så en sololæge ... der kunne man måske netop forestille sig, at det kunne virke uoverskueligt, hvordan i alverden man får ført ned på skrift, det man egentligt gør, for det gør man jo bare, og så skal man pludselig have en sygeplejerske til at gøre noget af det også. Så jeg kunne forestille mig, at det, der gør det vanskeligt, det er både skrækken for, at det økonomisk ikke kan betale sig, og så også det der med, hvordan i alverden får jeg videregivet hele min viden til hende ikke.”

I forhold til de **økonomiske overvejelser** er det specielt lægerne i solopraksis, der er i tvivl om, hvorvidt det kan betale sig at ansætte praksispersonale. I den forbindelse fortæller en læge fra en flerlægepraksis, at sygeplejerskerne skal have egne konsultationer, som udløser ydelser, hvis det skal kunne betale sig at have sygeplejersker i almen praksis. Som beskrevet i kapitel 2.2.3 fremhæver en læge i en solopraksis, at lægen skal investere tid i oplæringen af praksispersonalet, fordi det betaler sig på længere sigt.

Andre læger udtaler, at de gerne giver afkald på noget af deres indtjening i forbindelse med

ansættelsen af praksispersonale, fordi det aflaster dem i hverdagen og giver bedre sammenhæng mellem arbejds- og privatliv. Fælles for lægerne er dog, at de er "små købmænd", som en læge udtrykker det, og overvejelser omkring økonomi er derfor et væsentligt aspekt ved ansættelsen af mere praksispersonale; lægerne vil gerne have faktuel viden om, hvad det betyder for økonomien for netop deres praksis.

Desuden mener de fleste læger, at **mangel på egnede lokaler** er en væsentlig barriere for ansættelse af praksispersonale. Interviewpersonerne fortæller, at klinikkernes lokaler er fyldt til bristepunktet. Eksempelvis udtaler en læge i en solopraksis:

"Det, der er et problem for nogle, altså i hvert fald i Københavns-området, det er jo plads. Det er et problem for mig at tilrettelægge et ordentligt arbejde for sygeplejersken, fordi der ikke er lokaler til hende. Altså hun skal dele med en anden sygeplejerske, ellers skal hun sidde i køkkenet eller finde et eller andet lokale, og vi har ikke så mange andre lokaler. Så det er pladsproblemer, der virkelig sætter en barriere op, der hvor jeg er. Hvis man på nogen måde fra regionens side kunne hjælpe til at gøre det nemmere for os at få udvidet, så ville det være rigtig rart."

Udover, at det kan være vanskeligt at finde lokaler med den rigtige placering og ikke mindst husleje, omtaler lægerne, at det er en kæmpe logistisk udfordring at flytte lokaler – det er udfordringer som får mange læger til at konkludere, at det er nemmere at bevare status quo og blive, hvor de er.

Mangel på lokaler nævnes også som hæmsko for, at sololæger indgår i kompagniskabspraksis eller samarbejde med andre solopraksis og dermed får mulighed for at ansætte (mere) praksispersonale. En læge i en flerlægepraksis udtaler:

"Der sidder rigtig mange sololæger i Hovedstadsregionen, som i virkeligheden enormt gerne vil ind måske, ikke i en kompagniskabspraksis, men så ind i en eller anden form for samarbejde med nogle andre, hvor de netop kunne trække på noget hjælpepersonale, som de ikke selv har plads til at ansætte, fordi de bare har et lille bitte køkken, hvor der dårligt er plads til at skifte mening i. Så

hvis ikke vi får de rammer, så kan vi jo ikke stille noget op med det. Det er helt klart den største frustration, tror jeg."

En læge i solopraksis har selv prøvet situationen:

"Altså vi var i gang i området med at finde nogle lokaler på et tidspunkt, og der var da flere lokaler i spil, og det det faldt på, det var, at folk ikke kunne blive enige om, hvad det egentligt var, de gerne ville – var det samarbejds- eller kompagniskab? Og skulle en ægtefælle-medhjælper med? Og den slags problematikker som kan komme op ikke."

Problemet kan således både være at finde egnede lokaler og at blive enige om, hvordan samarbejdet skal foregå.

De praktiserende læger mener, at der er forskel på lokalesituationen i forskellige dele af regionen. Således er det vanskeligst at finde egnede lokaler i det indre København, mens situationen er nemmere i de øvrige dele af regionen. En anden del af lokaleproblematikken omhandler hvorvidt lægerne tør investere i lokaler. En læge i en flerlægepraksis i planområde Midt siger:

"Man skal jo turde at investere i, at bygge altså, eller investere i nogle nye lokaler, altså det sker jo mere og mere heroppe i den nordlige del af regionen i hvert fald. Det er jo ret meget sværere inde i byen, fordi der ikke findes lokaler at få."

Det er en satsning for lægerne at investere i byggeriet af en klinik, og læger, der går på pension inden for en overskuelig årrække, gør sig blandt andet overvejelser omkring, hvorvidt de kan få den investering tilbage, som de har gjort i bygningen af et nyt lægehus. En læge i en flerlægepraksis siger i den forbindelse:

"Hvis man skulle ønske sig noget, så var det, at der blev taget mere hensyn til de udgifter, vi påtager os. Vi står jo overfor, at vi inden for en eller anden overskuelig årrække skal holde op, og vi har jo bundet os for, at det her hus, det bliver betalt, og hvis man nu ikke kan finde nogen, der vil købe huset af os, så har vi et problem med, at vi ejer det. På den måde en eller anden form for offentlig garanti for, at de der investeringer ikke ødelægges vores pensionist-

tilværelse, fordi vi gerne har villet lave noget godt, mens vi har arbejdet, det, synes jeg, da ville være en rigtig god ting. At det der driftsherreansvar på en eller anden måde blev delt, eller i hvert fald risikoen ved det blev delt.”

Han nævner, at investeringen i lokaler også kan være problematisk, når nye læger skal købe sig ind i klinikken, hvis andelen af klinikken vurderes at være mindre værd, end den har kostet at etablere. Eller risikoen ved at stå med et lægehus, man ikke kan sælge, hvis der træffes beslutning om, at alle kommunens klinikker skal samles i ét stort hus.

Ud over de økonomiske og praktiske udfordringer i forhold til lokaler, kan **lægernes holdning** til, hvordan en optimal lægeklinik skal fungere, udgøre en barriere for ansættelse af personale. Således har flere af lægerne et billede af, at etableringen af store lægehuse ikke er den optimale udvikling for almen praksis. Der er dog forskel på, hvad de definerer som ”store” lægehuse. En læge i en flerlægepraksis nævner eksempelvis, at en klinik med 8-10 læger og 20 sygeplejersker vil være for stort, mens grænsen er langt lavere for lægerne i solopraksis. Fælles for lægerne er, at de ikke ønsker, at politikere, regionen eller andre skal bestemme, hvor stor deres klinik skal være. De ulemper, som de ser ved de store lægehuse er, at der bliver større afstand til både patienterne og de øvrige ansatte i klinikken, hvilket eventuelt kan resultere i **manglende patientkontinuitet og mindre overblik og viden om**, hvad der foregår i **klinikken som helhed**.

En anden barriere kan som nævnt være **rollen som leder og arbejdsgiver**. Nogle læger finder rollen som leder sjov og udfordrende, mens andre helst er den foruden. En af interviewpersonerne foreslår, at leder- og arbejdsgiverrollen lettes ved at adskille ledelse og administration, således at lægerne tager sig af ledelsen, men uddelegerer administrationen til andre. Endvidere betyder ansættelsen af praksispersonale, at lægen skal uddelegere nogle af sine opgaver. Uddelegeringen kræver, at lægen har tillid til perso-

nalet og har tid og overskud til at give personalet undervisning og sparring.

Desuden kan det være en barriere, at **patienten forventer** at skulle til **konsultation hos lægen**, og ikke praksispersonalet. Både læger og praksispersonale mener dog, at det bare er et spørgsmål om, at patienterne skal vænnes til, at det er sådan, det foregår i den pågældende lægeklinik. En sygeplejerske i en solopraksis fortæller, at tilvænnningen går nemmere, hvis lægen på forhånd har informeret patienten om, at det er proceduren, at patienten skal ind til sygeplejersken ved næste konsultation.

Det er i øvrigt værd at bemærke, at ingen af interviewpersonerne siger, at **rekruttering** af praksispersonale er en barriere for ansættelsen af (mere) praksispersonale på nuværende tidspunkt. En læge fra en flerlægepraksis siger:

”De [kvalificeret praksispersonale] hænger ikke på træerne, vil jeg sige. Men vi har været heldige med at have godt personale. Så jeg tror, det er et stort problem nogle steder, men jeg tror ikke, det er det i Københavns-området. Jeg ved ikke, hvordan det er i provinsen. Men altså for os har det ikke været et stort problem.”

Heller ikke lægerne uden for København oplever pt. rekruttering af personale som en barriere. Der er dog en sygeplejerske i en flerlægepraksis, der vurderer, at det kan blive et problem på sigt:

”Når man kommer i praksis skal man vide lidt fra det hele, og man skal i hvert fald have haft mindst fem års erfaring fra relevante afdelinger – det har vi sat som kriterium her. Og vores konsultationer bliver mere og mere specifikke og mere og mere vanskelige, og man skal tænke sig godt om. Så det er klart – at få praksispersonale der er kvalificeret nok, det må på sigt, med en praksis af vores størrelse, blive et problem.”

OPSAMLING

Tabel 2 viser en oversigt over de faktorer, som interviewpersonerne anser som fremmende og hæmmende for ansættelse af (mere) praksispersonale.

Tabel 2. Tilskyndelser til og barrierer for ansættelse af (mere) praksispersonale

Tilskyndelser	Barrierer
• Flere og/eller nye opgaver medfører behov for aflastning • Ændringer i patientkulturen • Mangel på praktiserende læger • Ønske om bedre service • Ønske om øget tilgængelighed • Økonomisk gevinst?	• Økonomisk gevinst? • Mangel på egnede lokaler • Lægers holdning vedrørende optimal størrelse på lægehus • Risiko for manglende patientkontinuitet • Risiko for manglende overblik over klinikken som helhed • Rollen som leder og arbejdsgiver • Patientforventninger • (Rekruttering)



6 Praksispersonale i almen praksis i fremtiden

Hvordan ser fremtiden ud for praksispersonalet i almen praksis? Blandt de interviewede læger er der enighed om, at praksispersonale er et aktiv for almen praksis, og at der fortsat vil være brug for praksispersonale i fremtiden. Flere læger forudser, at der kan blive tale om uddelegering af flere opgaver og ansættelse af andre faggrupper i fremtiden.

6.1 Hvilke opgaver kan varetages af praksispersonale i fremtiden?

Både praktiserende læger og praksispersonalet giver igennem de syv interview forslag til hvilke opgaver, der i fremtiden kan varetages af praksispersonale. Der er hovedsageligt tale om uddelegering af opgaver, som på nuværende tidspunkt udføres af de praktiserende læger, og i mindre grad tale om helt nye opgaver, som skal varetages i almen praksis.

Som beskrevet i boks 2, i kapitel 2 afsnit 2.3.2 er **tele-fonpasning** én af de arbejdsopgaver, som varetages af forskellige medarbejdere i de enkelte praksis. To praksispersonaler fortæller, at der i praksis er planer om en fremtidig uddelegering af telefonpasningen mellem klokken otte og ni. På nuværende tidspunkt varetages telefonpasningen af de praktiserende læger, men vil formodentligt kunne varetages ligeså effektivt og på samme høje niveau ved uddelegering til sygeplejersker og sekretærer. En sygeplejerske forklarer, at de overvejer muligheden for uddelegering ud fra et cost-benefit princip, som indebærer om lægernes fritagelse fra morgentelefonpasningen vil resultere i en mere effektiv udnyttelse af lægernes tid og ressourcer.

Ifølge en række af lægerne vil praksispersonalet kunne varetage telefonhenvendelserne uden problemer i de fleste tilfælde. I de tilfælde, hvor henvendelsen nødvendiggør et svar fra en læge, vil praksispersonalet kunne informere lægen om dette, hvorefter lægen selv kan henvende sig til den pågældende patient. Således vil den tid, læ-

gen bruger på telefonhenvendelser, blive mindsket, og lægen vil i stedet få mulighed for at varetage andre arbejdsopgaver, så som patientkonsultationer, i dette tidsinterval. En læge mener dog, at det er fordelagtigt, at han selv visiterer i telefonen, idet han er den, der tager de hurtigste beslutninger og får opgaverne hurtigst fordelt.

I en del praksis er det praksispersonalet, der varetager mange af de **administrative opgaver**, så som udarbejdelse af vagtplanen og praksisregnskabet samt indskrivning af lægens notater. Dog er der et par af de praktiserende læger, der ønsker en yderligere overdragelse af administrative opgaver til praksispersonalet. En af lægerne fra en flerlægepraksis fortæller:

“... jeg synes jo generelt, at man skal uddelegere nogle flere administrative opgaver. Det er virkeligt det, der trækker tænder ud ved at være praktiserende læge.”

Lægen anser de administrative opgaver som værende tunge opgaver, da de tager lang tid at udføre.

Udover uddelegering af telefonpasning og administrative opgaver planlægger et par af lægerne at overdrage en række patientkonsultationer til praksispersonalet. Det drejer sig om blodtryksbehandling, helbredsundersøgelser af ressourcestærke patienter samt børneundersøgelser. Overdragelse af blodtryksbehandling kan være en fordel ved et intensiveret forløb, hvor der kan drages nytte af, at praksispersonalet har tid til at se patienterne oftere, end de praktiserende læger har. En praktiserende læge fra en flerlægepraksis mener, at opgaven formodentligt vil være forholdsvis let at overdrage, idet man vil kunne skabe klarhed omkring: *“Hvad skal der gøres, og hvornår skal det gøres, og hvad skal man passe på.”*

To læger fra samme praksis oplever en øget tilgang af ressourcestærke patienter, som ønsker at få foretaget en **helbredsundersøgelse** hos de-

res læge. Disse undersøgelser kan ifølge lægerne uddelegeres til praksispersonale i fremtiden.

Et par læger og praksispersonaler har kendskab til andre praksis, som har uddelegeret bestemte arbejdsopgaver, som de interviewede endnu ikke selv har overdraget til praksispersonalet. Det drejer sig blandt andet om 1. graviditetsundersøgelse samt vaccinationer i forbindelse med børneundersøgelserne. De nævnte læger og praksispersonale giver udtryk for, at det er arbejdsopgaver, som på et tidspunkt måske vil kunne uddelegeres til praksispersonalet.

6.1.1 Udviklingen i praksispersonalets opgaver

Interviewpersonerne fortæller, at der sker en løbende udvikling i uddelegeringen af arbejdsopgaver, og at lægerne formodentligt vil overdrage flere opgaver til praksispersonalet med tiden. Flere af lægerne fortæller dog, at de pt. ikke har planer om yderligere uddelegering af specifikke opgaver. Ifølge interviewpersonerne skyldes det blandt andet, at de oplever, at opgavefordelingen allerede fungerer hensigtsmæssigt, eller at klinikken er travlt beskæftiget med en igangværende uddelegeringsproces.

Hovedparten af **praksispersonalet** oplever en løbende udvikling i mængden og typen af arbejdsopgaver. En praksisadministrator fra en flerlægepraksis oplever udviklingen således:

”Det er jo sådan, at hvis man har en dynamik i en afdeling, så giver det sig selv, at så udvikler tingene sig. Der er hele tiden tanker om nye ting. Så det er dynamikken, der gør, at udviklingen kommer, og den er der.”

Størstedelen af praksispersonalet er positive i forhold til den hidtidige udvikling i arbejdsopgaverne og er også positive i forhold til, at der i fremtiden kan ske yderligere ændringer. Ved et spørgsmål om den hidtidige udvikling i uddelegeringen af arbejdsopgaver fortæller en sygeplejerske fra en flerlægepraksis:

”... det har været lungefunktion og priktester og kvartalskontroller og kost- og rygevejledning. Jeg tror primært, at det, vi lavede, da jeg startede her, var at tage telefoner. Der vaccinerede vi – børnevaccinationer og rejsevaccinationer og laboratorie [-opgaver]. Det var det, vi

primært lavede dengang. Men så er de andre ting kommet til undervejs. Og det har været dejligt.”

Hovedparten af praksispersonalet er interesserede i at overtage yderligere opgaver fra lægerne. Flere har også mod på at overtage arbejdsopgaver, der ligger uden for deres nuværende kompetenceramme. En sygeplejerske fra en flerlægepraksis fortæller:

”... for nylig fik vi 1. kontrol efter p-pilleopstart, og med grundig vejledning og en instruks man kan bruge som et spørgeskema, så kan vi jo stadig og har også interesse i at blive oplært til nogle nye ting. Det er jo også det, der gør det spændende, at der kommer noget nyt ind.”

De praktiserende læger vurderer, at udviklingen i opgavefordelingen sker løbende afhængigt af egne og personalets ønsker til udvikling, regionens ønsker i forhold til varetagelse af opgaver samt de muligheder, der foreligger i praksis med det praksispersonale, der er ansat. Almen praksis tilpasser sig de behov og de krav, der er.

I en flerlægepraksis forsøger lægerne at afdekke, hvad personalet har lyst til af arbejdsopgaver ved en årlig MUS-samtale. De tilstræber, at praksispersonalets ønsker til arbejdsopgaver går op i en højere enhed med lægehusets behov. Opgavefordelingen er under konstant udvikling, og det revurderes løbende, hvorvidt en given arbejdsopgave varetages af den rette faggruppe, eller om opgavefordelingen skal ændres.

OPSAMLING

Der er enighed blandt lægerne om, at der fortsat vil være brug for praksispersonale i almen praksis i fremtiden, og at uddelegeringen af opgaver fortsat vil udvikle sig. Lægerne foreslår, at telefonpasning, administrative opgaver samt en række patientkonsultationer med fordel vil kunne uddelegeres i fremtiden. Udviklingen afhænger af personalets og lægernes ønsker til uddelegeringen, praksispersonalets kvalifikationer og eventuelle ønsker fra regionens side om overtagelse af bestemte opgaver.

6.2 Hvilke personaletyper skal ansættes i fremtiden?

En række sololæger udtrykker på interviewtidspunktet et ønske om at ansætte mere personale. De fleste læger i flerlægeklinikkerne udtaler dog, at der på nuværende tidspunkt er overensstemmelse mellem mængden af arbejdsopgaver og antallet af medarbejdere til at varetage disse opgaver i deres praksis. Ifølge en sygeplejerske fra en flerlægepraksis vil det være nærliggende at "øge i timer før man øger i hoveder", forstået på den måde at man udnytter de ressourcer, der findes i det nuværende personale, inden man ansætter nyt personale.

På trods af at lægerne generelt ikke oplever et behov for yderligere ansættelse af personale, er der flere læger, der udtrykker interesse for ansættelse af mere personale og andre personaletyper i fremtiden. Nogle læger har allerede erfaring med alternative personaletyper fra projektansættelser.

6.2.1 Kommende faggrupper i almen praksis

En praktiserende læge forudser, at der i fremtiden vil kunne blive et behov for ansættelse af **diætister** eller **socialrådgivere** i almen praksis. Ifølge lægen vil ansættelse af sidstnævnte formodentligt ikke blive aktuelt for den pågældende praksis, grundet dens beliggenhed i en kommune, hvor der er et godt samarbejde mellem kommunens socialrådgivere og almen praksis. Lægen vurderer, at det i højere grad vil være lægehuse i byen, der vil få behov for at ansætte en socialrådgiver, fordi de har en højere andel af sociale klienter tilknyttet deres praksis.

En flerlægepraksis har haft gode erfaringer med at ansætte en **praksisadministrator**, som har kunnet hjælpe med at organisere og udvikle klinikken, efter at der er blevet mange ansatte. Klinikken egen praksisadministrator har en sundhedsfaglig baggrund, men har også beskæftiget sig med ledelse, hvilket ifølge klinikken læger giver en god ballast til at kunne vejlede og hjælpe klinikken med ledelse. De foreslår, at man fra centralt hold definerer en stilling med et lignende indhold, og at en sådan medarbejder ville kunne deles mellem to eller tre klinikker.

Boks 7: Praksisadministrator – et eksempel på en ny faggruppe i almen praksis

Praksisadministratoren:

- Kan varetage administrative opgaver.
- Kan varetage kvalitetssikring og –udvikling i klinikken.
- Kan hjælpe med at udarbejde faglige instrukser.
- Kan opdage u hensigtsmæssige arbejdsgange i klinikken, fordi vedkommende kommer udefra.
- Kan eventuelt dele sin arbejdstid mellem flere klinikker.

To praktiserende læger tilkendegiver interesse for ansættelse af en praksisadministrator. En praktiserende læge fra en solopraksis forklarer, hvilke opgaver han gerne vil have en praksisadministrator til at varetage:

"... at gennemgå for eksempel hvordan vores udnyttelse af effektivitetsraten er i forhold til forskellige dele af vores overenskomst, at se hvordan vi kan lave forløbsprogrammer eller forløbsbeskrivelser til sygeplejersken, at få nogle tips om hvordan vi får en billigere drift af praksis."

Begge læger vurderer, at det vil være fordelagtigt at ansætte en praksisadministrator, da en udefrakommende person med erfaring fra andre steder end den givne praksis, i højere grad vil kunne optimere arbejdsgange end det personale, som allerede arbejder i praksis.

Ifølge én af lægerne er det væsentligt, at en praksisadministrator har gennemgået en uddannelse til praksisadministrator. Han mener ikke, at en tidligere sygeplejerske med en videreuddannelse nødvendigvis har de rette kompetencer til varetagelse af praksisadministratorfunktionen.

Samme læge er i øjeblikket, sammen med læger fra hans efteruddannelsesgruppe, i gang med at undersøge muligheden for ansættelse af en praksisadministrator. Lægerne undersøger mulighederne for at deles om praksisadministratorens arbejdstid og dermed også om lønomkostningerne. På denne måde vil ansættelsen være mindre omkostningsfuld for den enkelte prak-

sis. Ligeledes ser en læge fra en flerlægepraksis muligheder i at deles med nabopraksissen om ansættelse af en laborant. Lægen fortæller:

“ ... der kunne man jo godt arbejde sammen med en anden praksis og så sige, at vi havde en laborant om formiddagen, og så den anden havde den om eftermiddagen. Man kunne gøre masser af ting.”

To læger fra forskellige flerlægepraksis beskriver, at hvis deres praksis skulle ansætte mere personale, skulle det være et **personale med andre kvalifikationer**, end det nuværende personale har. Den ene læge forklarer:

“ ... vi er nok nået dertil, hvor vi får dækket vores basisbehov og lidt til. Så hvis vi skulle ansætte flere på nuværende tidspunkt, så tror jeg, at vi i givet fald skulle gå efter et eller andet bestemt – altså én, der havde nogle kvalifikationer, som der ikke var andre, der havde i huset, men som vi kunne se, at vi havde brug for.”

Der er kun én blandt praksispersonalet, som ønsker ansættelse af mere personale. Vedkommende ønsker ansættelse af mere personale grundet travlhed i praksis. Hun fortæller, at hun ofte udfører flere arbejdsopgaver samtidigt, hvilket opleves som utilfredsstillende. Ansættelse af en person til varetagelse af telefonpasningen i praksis vil betyde, at vedkommende i stedet vil kunne fokusere på de mange patientkonsultationer. Herudover vil det give hende mulighed for at overtage eksempelvis varetagelsen af børneundersøgelserne i praksis, som hun giver udtryk for, at hun er interesseret i at udføre.

6.2.2 Nye faggrupper på forsøgsbasis

To lægehuse har på nuværende eller et tidligere tidspunkt haft tilknyttet andre typer af personale til deres praksis på forsøgsbasis. En praksis har i dag en socialrådgiver tilknyttet praksis i forbindelse med et kommunalt projekt. Socialrådgiveren besøger praksis én gang ugentligt og hjælper de patienter, som har spørgsmål vedrørende dagpenge, bolig, pension mv. Ifølge en sygeplejerske fra lægehuset, får socialrådgiveren “... virkelig samlet trådene for nogle af de der patienter.”

En af de praktiserende læger fortæller desuden om en tidligere projektansættelse af en farmaceut, som tilbragte to år i den pågældende praksis. Farmaceuten tog sig af patienter, der var i forskellige former for medicinsk behandling og optimerede patienternes behandlinger. Herudover hjalp farmaceuten praksis med at få et overblik over de mange typer af medicin og udvalgte et begrænset antal præparater, som primært skulle anvendes i den pågældende praksis. Dette har betydet, at lægerne i den givne flerlægepraksis er blevet mere fortrolige med brug af de udvalgte typer af medicin.

Farmaceuten opstartede desuden udarbejdelsen af flow charts til brug ved undersøgelser og behandlinger så som forhøjet blodtryk, hvilket nu har resulteret i, at den pågældende praksis har flow charts for alle de undersøgelser og behandlinger, der udføres af personalet i praksis. Ifølge lægen var det fordelagtigt at have en farmaceut ansat i praksis, idet hun havde en systematisk tilgang til medicineringen af patienter og var god til at stille spørgsmålstejn ved bestemte arbejdsgange i praksis. Lægen fra en flerlægepraksis konstaterer med et smil: “... hende havde jeg sgu gerne beholdt ...”

6.2.3 Uddannelse af konsultations-sygeplejersker

De praktiserende læger giver udtryk for, at der også bliver behov for at ansætte sygeplejersker i almen praksis i fremtiden. Flere interviewpersoner kritiserer dog den nuværende sygeplejeuddannelse. Ifølge en række læger fra solo-praksis er uddannelsen for snæver og kvalificerer ikke sygeplejerskerne til arbejdet i almen praksis. En praktiserende læge fra en solopraksis forklarer:

“ ... jeg synes, det er svært med sygeplejersker, fordi specielt de unge sygeplejersker har en snæver uddannelse ... de har været på nogle få afdelinger – de har ikke det, vi andre ligesom har behov for, de skal faktisk have været over det hele. De skal meget gerne både have noget psykiatri, og de skal have noget børneafdeling, og de skal have noget ortopædi, og de skal have noget medicin osv. Så er de faktisk rigtig gode for os.”

En praktiserende læge fra en solopraksis påpeger, at arbejdet som konsultationssygeplejerske er anderledes og kræver andre kvalifikationer, end hvad den nuværende sygeplejeuddannelse kvalificerer sygeplejersker til i dag. Lægen fortæller:

“... det at være konsultationssygeplejerske med de krav, men også de muligheder, der ligger i det, er noget andet, end den grunduddannelse mange sygeplejersker har. Og det vil så sige, enten skal man selv uddanne dem, sådan én til én uddannelse, eller også skal man ud at finde nogle kurser ...”

Som en konsekvens af ovenstående ønsker tre af sololægerne udvikling af et egentligt uddannelsesprogram for konsultationssygeplejersker, som skal tilpasses behovet i almen praksis. Én af lægerne fortæller, at et sådant uddannelsesprogram vil kvalificere personalet til arbejdsopgaverne i praksis, og at lægerne dermed ikke selv behøver at uddanne sit personale eller sende dem på dyre kurser, hvis indhold og kvalitet kan være svære at gennemskue. Lægen foreslår, at uddannelsesforløbet rettes imod sundhedsfagligt personale fra eksempelvis hjemmeplejen eller hospitaler, og at disse skal gennemgå uddannelsens moduler og trin inden ansættelsen i almen praksis. Uddannelsesprogrammet vil eksempelvis kunne udvikles i et samarbejde med Dansk Sygeplejeråd (DSR) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Sololægerne er ikke de eneste, som kan se fordele ved udvikling af et uddannelsesprogram for konsultationssygeplejersker. En sygeplejerske fra en solopraksis er enig med lægerne i, at en uddannelse i basisopgaverne for almen praksis vil være fordelagtig, idet lægen dermed ikke skal bruge tid på at lære sygeplejerskerne op, og idet både sygeplejerske og læge vil have kendskab til de kvalifikationer, konsultationssygeplejersken kan tilbyde almen praksis. Sygeplejersken forklarer:

“... hvis man nu kunne få sådan en sygeplejerske, der havde været på et kursus, hvor hun havde lært en masse basis, så ville det jo være nemmere, for så skulle han (lægen) i hvert fald ikke lære os op. Så er der nogle klare forventninger, som burde være til at indfri.”

OPSAMLING

Selvom de fleste læger giver udtryk for, at de ikke umiddelbart har behov for at ansætte mere praksispersonale, gør de sig alligevel nogle overvejelser omkring hvilke faggrupper, de vil ansætte i fremtiden. Eksempelvis er flere læger interesserede i ansættelse af praksisadministratorer, diætister, socialrådgivere og bioanalytikere og i muligheden for at dele praksispersonale med andre lægehuse. Flere læger efterlyser en formaliseret uddannelse af konsultationssygeplejersker med henblik på at reducere behovet for oplæring og kurser til praksispersonalet.

6.3 Hvad kan tilskynde til ansættelse af praksispersonale i fremtiden?

Når lægerne skal give deres bud på, hvad der kunne få dem til at ansætte (mere) praksispersonale i fremtiden, er det en blanding af “pisk” og “gulerod”. Dét, der kunne tvinge dem til at ansætte mere personale, er **lægemangel og nye opgaver eller krav til almen praksis**. Fx siger lægerne i en flerlægepraksis, at hvis der bliver et politisk ønske om, at almen praksis skal varetage flere opgaver, eller at almen praksis skal have længere åbningstid, så ville klinikken være tvunget til at ansætte mere personale. På lignende vis siger lægerne i en anden flerlægepraksis, at de kunne ansætte en laborant og selv varetage laboratoriefunktionen, hvis regionen ønskede det, men at det ville kræve økonomisk kompensation.

De praktiserende læger nævner også faktorer, der kunne fungere som “gulerod”, hvis regionen ønskede at tilskynde klinikkerne til at ansætte mere praksispersonale. Klinikkerne i almen praksis er private virksomheder, hvor cost-benefit-analyser ofte kommer i betragtning, og en del af de forslag, som de praktiserende læger og praksispersonalet kommer med, handler om **økonomi**. En sololæge siger:

“Jeg vil gerne sige, at praktiserende læger lever af det, der bliver til overs, når de har skåret omkostningerne fra. Og det vil sige, at hvis man bruger for mange penge til at købe sygeplejersketimer for, skal lægen rende meget hurtigere for at tjene penge til sygeplejerskerne – og det

skulle jo helst være omvendt, sådan at sygeplejersken tjente penge til lægen.”

Det skal kunne betale sig at have praksispersonale ansat. Nogle af lægerne fremhæver dog, at de gerne giver noget af indtjeningen, hvis det betyder, at lægerne får mulighed for at få en **bedre balance mellem arbejds- og privatliv**.

6.3.1 Økonomisk og praktisk støtte til udvidelse af praksislokaler

De praktiserende læger ser et behov for, at regionen giver **økonomisk tilskud til udvidelse af klinikkernes lokaler**, fordi det som nævnt i kapitel 5.2 er et problem at finde egnede lokaler – især i Københavns-området. Det kan dels være et problem at finde lokaler, der kan rumme praksispersonalet, og dels er der læger i solo-praksis, som gerne vil have bedre muligheder for at slå sig sammen med andre læger i større lægehuse.

Både udvidelse af nuværende lokaler og flytning af praksis til lokaler andetsteds er store økonomiske investeringer for den praktiserende læge. To læger fortæller, at flere af deres kollegaer oplever det som en barriere for udvidelse af praksis at skulle investere i lokaler. De mener, at det er en hæmsko, at al økonomisk risiko i forbindelse med udvidelse af praksis pålægges lægerne alene.

En praktiserende læge fra en flerlægepraksis anbefaler, at der gives **en offentlig garanti** for, at de investeringer, man foretager i forhold til etablering af en ny og større praksis, ikke bliver en økonomisk byrde ved et senere salg af praksis. Nogle af lægerne efterlyser endvidere hjælp til at finde lokaler, der opfylder de krav, almen praksis stiller i forhold til fysisk størrelse, lokalitet og husleje.

6.3.2 Økonomisk støtte til daglig drift af praksis

Ifølge lægerne fra planområde Byen er det yderst omkostningsfuldt at drive praksis i København, idet praksis i dette område har de højeste huslejeomkostninger og lønninger til personale. En af lægerne fra denne flerlægepraksis fortæller:

”Så vi betaler både de dyreste lønninger og de højeste huslejer, men vi får fuldstændigt de samme honorarer, som vores kollegaer.”

Lægen oplever, at der mangler en form for anerkendelse af, at det er dyrt at drive praksis i København. Anerkendelsen kunne tage form af en mindre økonomisk godtgørelse – et **”stedtillæg”**.

En praksisadministrator anbefaler, at der udarbejdes en generel aftale i regionen om, at praktiserende læger skal være uden for **parkeringsrestriktioner** i nærheden af deres praksis, samt i de områder de kører på sygebesøg.

En praktiserende læge foreslår, at Region Hovedstaden eller Københavns Kommune etablerer et **call-center** til dirigering af patienter via telefonen. Formålet med et sådant call-center skulle være at imødekomme den efterspørgsel, der er i forhold til telefontilgængeligheden i almen praksis. Flere af lægerne anser tilgængelighed, som én af almen praksis kerneværdier, men erkender at mange patienter oplever telefontilgængeligheden som uhensigtsmæssig. Ansættelse af mere personale til varetagelse af telefonpasningen er ikke umiddelbart en brugbar løsning, da efterspørgslen ifølge flere af lægerne er umættelig. En praktiserende læge fra en flerlægepraksis fortæller:

”... det er endeløst for os ... vi kunne ansætte, jeg ved ikke hvor mange, til at sidde og tale i telefon hele tiden, og årsagen til det er, at patienterne har svært ved at orientere sig om, hvor skal de ringe hen, hvornår og hvorfor. Og det er spild af tid, at vi skal blive ved med at ansætte en hel masse personale til at tage sig af det. Og vores kvalificerede personale kunne bruge tiden meget bedre på noget helt andet.”

Etablering af et regionalt/kommunalt call-center, hvor samtlige praksis i kommunen/regionen var tilknyttet, kunne hjælpe praksis med at dirigere patienterne til det rette personale og formentligt skabe større telefontilgængelighed. Ifølge én af lægerne anvendes denne løsning blandt andet i Spanien.

6.3.3 Kurser og temadage for almen praksis

Udover den daglige drift af praksis er en anden større udgiftspost: omkostninger til **kurser og uddannelse af personale**. Uddannelse af personalet er ifølge hovedparten af lægerne væsentligt i forhold til at kunne uddelegere arbejdsopgaver. Det tilstræbes i flere praksis, at hele faggrupper eller hele medarbejderstaben tager på kurser sammen, da det betyder, at de får den samme viden, samtidigt med at de får en fælles oplevelse. Imidlertid er det dyrt at deltage i mange af kurserne – specielt hvis hele medarbejderstaben deltager. En praktiserende læge anbefaler, at regionen tilbyder gratis kurser og undervisning for hele praksis, således at det bliver mindre omkostningsfuldt at afsætte en dag til uddannelse af personalet. En læge i en flerlægepraksis efterlyser også **fælles temadage**:

“Man kunne sagtens lave nogen temadage for hele klinikker, altså hvorfor er det medicinalindustrien, der skal det? – hvis hospitalerne vil ligge nogle af deres ambulante patienter ud til os, så synes jeg måske også, at regionen kunne diske op med noget af den undervisning, som medicinalfirmaerne ellers tilbyder os. Altså det er kostbart, fordi det giver helt utroligt meget, at vi alle sammen tager af sted på kursus. Og det vil vi rigtig gerne. Men vi skal lukke klinikken, dvs. der er ingen indtjening den dag.”

En læge i en solopraksis foreslår, at indholdet på de fælles kurser for læger og praksispersonale blandt andet kunne være, hvordan man får etableret og vedligeholder en god arbejdsplads i en lille eller mellemstor klinik.

Udover uddannelse af praksispersonale anbefaler et par af lægerne **uddannelse** af henholdsvis **patienter** og **læger**. En læge anbefaler, at patienterne uddannes til at kunne betjene sig via IT, således at de selv kan bestille tider til konsultationer samt rekvirere medicin på Internettet. Dette vil nedsætte antallet af telefonkontakter. Lægen foreslår et samarbejde med regionen om uddannelse af patienter.

En anden læge foreslår at regionen kunne afholde **kurser for lægerne** i, hvordan de bliver gode ledere, da størstedelen af lægerne oplever arbejdsgiverrollen som en udfordring.

6.3.4 Udvikling og vidensdeling

Desuden foreslår interviewpersonerne, at der laves en **udviklingspulje**, som kunne søges af klinikker, der bruger ressourcer på at udvikle deres praksis og deler deres erfaringer, så andre klinikker i almen praksis får gavn af dette.

I det hele taget efterspørger lægerne mere **vidensdeling** mellem klinikkerne, så de ikke skal bruge ressourcer på at udvikle de samme ting fra bunden. En læge fra en flerlægeklinik siger:

“Og man kan sige, at de fleste praksis, eller i hvert fald hovedparten af dem, de løber efter bolden med at behandle patienter hele tiden ... der er rigtig mange, der slet ikke har overskud til overhovedet at tænke: “Hvordan videreudvikler vi det her?”. Hvorfor skal det være den enkelte lille praksis, der skal opfinde den dybe tallerken? Altså der kunne sagtens være nogle strukturer, der gjorde, at man delte den viden, som er i nogle praksis – store og små praksis. Hvor man kunne sige: “Her kører det effektivt” og “hvorfor?” Så noget vejledning til og til at videreudvikle det vi leder efter, ville jo være godt givet ud.”

Et eksempel på en ting, som lægerne efterspørger, er **faglige instrukser**. Mange ønsker en skabelon til faglige instrukser, som de kan arbejde videre med i den enkelte klinik.

Nogle af lægerne er positive i forhold til et fremtidigt tilbud om en **praksisudviklingskonsulentordning**, som kan understøtte anvendelsen af praksispersonale i almen praksis. De mener, at en udefrakommende person i højere grad kan se u hensigtsmæssige arbejdsgange med videre, men lægger dog vægt på, at en sådan rådgi-ver skal være uafhængig af regionen. Flere læger fremhæver, at tilbuddet især henvender sig til praksis, der endnu ikke har implementeret brugen af praksispersonale, og som anser ansættelse af personale som en udfordring. Lægerne mener blandt andet, at en sådan konsulentordning ikke vil kunne bidrage med noget nyt, i forhold til hvad lægerne allerede ved og er blevet undervist i. En læge fra en flerlægepraksis er desuden skeptisk i forhold til omfanget af en sådant tilbud og mener ikke, at et par konsulenttimer vil kunne have betydning for anvendelsen af praksispersonale. Han vurderer, at udviklingen af klinik-

kerne i almen praksis er så kompleks, at det vil kræve:

“... en praksiskonsulent 20 timer om året pr. praksis, plus at det kræver 50.000 eller 100.000 kr. til at have en praksismanager eller en administrativ medarbejder, der kan hjælpe.”

OPSAMLING

Lægerne vurderer, at økonomiske midler til etablering af større praksislokaler eller ny praksis andetsteds vil kunne virke som incitament for ansættelse af yderligere personale i fremtiden. Herudover efterspørger lægerne midler til uddannelse, kvalitetsudvikling i praksis samt vidensdeling mellem de enkelte klinikker. Interviewpersonerne foreslår end-videre, at der oprettes en uafhængig praksisudviklingskonsulentordning, der kan sætte fokus på anvendelse af praksispersonale og effektiv resourceudnyttelse i almen praksis.

6.4 Lægernes anbefalinger vedrørende effektiv anvendelse af praksispersonale

Samtlige praktiserende læger har erfaring med anvendelse af praksispersonale. De fleste læger fra solopraksis og alle lægerne fra flerlægepraksis har mere end en ansat i deres respektive praksis. I dette afsnit vil lægernes anbefalinger i forhold til anvendelse af praksispersonale blive fremstillet.

Der er bred enighed blandt læger og personale om, at anvendelse af **faglige instrukser** er hensigtsmæssigt, fordi den er med til at sikre, at det udførte arbejde bliver af høj og ensartet faglig kvalitet. Flere klinikker har udarbejdet egne vejledninger, mens andre mangler tid og overskud til dette. Som tidligere nævnt efterlyser en del af lægerne hjælp til udarbejdelse af disse vejledninger, fx i form af skabeloner som kan tilpasses arbejdsgangen i den enkelte praksis.

En læge anbefaler, at man bevarer den **tværfaglige personalesammensætning** i praksis. Han mener, at de forskellige faggrupper bidrager med hver deres særlige kvaliteter, som hver især kan udnyttes i en tværfaglig personalesammensætning i den enkelte praksis. Andre læger

foretrækker dog en **monofaglig praksispersonalegruppe** bestående af sygeplejersker, fordi de mener, at det giver et bedre samarbejde og mindre gnidninger mellem praksispersonalet. Herudover løser denne faggruppe opgaverne mere kvalificeret ifølge lægerne.

Flere af de praktiserende læger anbefaler, at man ved anvendelse af praksispersonale lader dem **varetage opgaver på laveste omkostningsniveau**. Dette betyder, at en sygeplejerske varetager sygeplejearbejde, en sekretær udfører sekretærarbejde mv. Ifølge en læge fra en flerlægepraksis er flere af hendes kollegaer af den opfattelse, at omkostningerne til ansættelse og anvendelse af praksispersonale ikke svarer til udbyttet. Lægen har dog erfaret, at det er rentabelt at anvende praksispersonale, såfremt faggrupperne varetager fagspecifikke opgaver. Derfor anser lægen det for stor vigtighed, at læger oplyses om dette aspekt.

Det er ikke muligt på baggrund af interviewene at give et entydigt svar på, hvad der er den **optimale størrelse på en klinik** i almen praksis, og om der findes en grænse for, hvor mange praksispersonaler, der kan være tilknyttet praksis, uden at det får konsekvenser for ydelsernes kvalitet eller patienttilfredsheden. En læge fra en flerlægepraksis vurderer, at der næsten ingen grænser er for, hvor meget praksispersonale, man kan have ansat i praksis, så længe de er oplært i arbejdsopgaverne i praksis og er ansvarlige. Lægen mener dog samtidigt, at **antallet af personale skal følges med antallet af læger**, og at der ikke skal være en betydelig overvægt af personale – dette af hensyn til supervisionen.

En sygeplejerske nævner, at én af farerne ved at blive en stor praksis er, at læger og personalet mister den personlige kontinuitet med den enkelte patient, hvilket potentielt kan resultere i uhensigtsmæssig vejledning. En læge i en flerlægepraksis udtrykker det således:

“Nu er vi jo almen praksis, og nu er vi jo ikke et sygehus, og der er jo en balancegang mellem at være almen praksis og være folks egen læge og egen sygeplejerske, og dem man kender, og så på at være noget stort og fjernt. Og det tænker jeg, at det er den balancegang, vi ligesom

bevæger os imellem ikke, at være et eller andet sted, hvor folk har en fornemmelse af, at de kender os, og de har en tilknytning til os, og til at blive stort og fragmenteret. Det er ligesom det, der er kunsten.”

En læge fra en flerlægepraksis vurderer, at det ikke så meget handler om antallet af medarbejdere, men i højere grad handler om, hvorvidt der blandt klinikkens medarbejdere er enighed om, hvad der er formålet med, forestillingerne om og udbyttet af arbejdet.

OPSAMLING

De praktiserende læger har forskellige anbefalinger i forhold til, hvordan læger sikrer en effektiv anvendelse af praksispersonale. De er enige om, at faglige instrukser er en god måde at sikre høj og ensartet kvalitet, når opgaver uddelegeres til praksispersonale. Nogle læger foretrækker en monofaglig personalegruppe bestående af sygeplejersker, mens andre læger hellere vil have en tværfaglig personalegruppe. Lægerne er ikke enige om den optimale størrelse på et lægehus, og dermed om der findes en øvre grænse for, hvor mange ansatte der kan arbejde i en praksis.

BILAG

Bilag 1

Skema over faggrupper og deres opgaver

Skemaet er en oversigt over praksispersonalets samlede opgaveportefølge i almen praksis opgjort ud fra seks fokusgruppeinterview samt et enkelt individuelt interview. Faggrupperne i de

enkelte praksis varetager ikke nødvendigvis alle de opstillede opgaver. Faggrupperne er defineret ud fra personalets egen beskrivelse af deres funktion og stillingsbetegnelse.

FAGGRUPPE Sekretær/praksissekretær
Sekretæropgaver • Frontperson • Modtagelse af patienter • Telefonpasning • Giver tider • Laver henvisninger • Indskrivning/redigering af lægens notater • Sender breve til patienterne
Administrative opgaver • Regnskabsføring • Udarbejdelse af vagtplan
Sundhedsfaglige opgaver • Blodprøvetagning • Fornyelse af recepter • Måling af blodsukker • Måling af hæmoglobin • EKG • Suturfjernelse • Vaccinationer (børn-, rejse-) • Vortebehandling • Blodfortyndende behandling • Urindyrkning • Måling af INR • CAP • Observation af patienter i venteværelse (fx mor-barn forhold)
Socialrådgiverfunktion • Vejledning om pension, dagpenge, boligforhold mv.
Øvrige opgaver • Oprydning, holde orden • Opfyldning af materialer i konsultationsrum • Blomstervanding • Pakning af prøver • Varebestillinger og indkøb

FAGGRUPPE Lægesekretær
Sekretæropgaver • Frontperson • Telefonpasning • Udarbejdelse af journalnotater • Indskrivning af epikriser • Opfølgning på patienters undersøgelsessvar
Administrative opgaver • Står for økonomi og regnskabsføring

FAGGRUPPE Sundhedsservicesekretær
Sekretæropgaver • Frontperson • Modtagelse af patienter • Telefonpasning • Holder orden på journaler
Sundhedsfaglige opgaver • Instruktion i blodtryksmåling og brug af urinstiks
Øvrige opgaver • Oprydning • Instrumentpleje • Blomstervanding • Opfyldning af materialer i konsultationsrum • Valg af pjecer til venteværelse • Indkøb af materialer, rengøringsartikler • Kontakt til rengøringsfirma

FAGGRUPPE Sygeplejerske
Sekretæropgaver
• Frontperson • Telefonpasning • Visitationsfunktion i telefon og reception • Giver tider • Sender breve/e-mails til patienter • Indskrivning af epikriser
Administrative opgaver
• Regnskabsføring
Sundhedsfaglige opgaver
• Konsultationer (telefon-, email-) • Blodprøvetagning • Blodtryksmåling • Blodundersøgelse • Vortebehandling • Øreskylning • Svælgpodning og andre podninger • Sårbehandling • Suturfjernelse • Priktest • Vaccinationer (børn-, influenza-, livmoderhalskræft-, rejse-) • Allergi – opvaccinering (desensibilisering) • Diverse injektioner (D-vitamin, B-vitamin, binyrebarkhormon) • Børneundersøgelser (undtagen 5 ugers undersøgelsen) • Kolikbørn • Forebyggende konsultationer (KOL, diabetes, hypertension, hypercholesterolæmi) • Lungefunktionsundersøgelse • Urinundersøgelse • EKG • CAP-måling • INR-kontrol • Oral glukosebehandling • Pusteprobe med helicobaktortest • 1. graviditetsbesøg • Kontrol 3 måneder efter p-pillestart • Akupunktur • Antabus • Nogle psykomotoriske test (for at undersøge for demens) • Godkendelse af normale prøvesvar • Gennemgå blodprøvesvar



FAGGRUPPE Sygeplejerske (fortsat)
Samtaler
• Sund dialog (samtaleforløb) • Astmavejledning • Kost- og motionssamtale • Samtale om vægtproblematikker • Rygestopvejledning • Samtale med henblik på kolesterolsænkning • Information i forbindelse med rejse
Undervisning
• Undervisning af hjemmepleje
Øvrige opgaver
• Instrumentpleje • Laver frokost • Udarbejdelse af faglige instrukser (i samarbejde med læger) • Listeføring og overvågning over diabetes- og hypertensionskontroller • Varebestilling og indkøb af diverse • Opdatering af klinikkens hjemmeside

FAGGRUPPE Ledende konsultationssygeplejerske
Sekretæropgaver/Administrative opgaver • Regnskabsføring • Lønninger • Ferieregnskab • Styr på personalets afspadsering
Sundhedsfaglige opgaver • Konsultationer (telefon-, email-) • Blodprøvetagning • Forebyggende konsultationer (diabetes, astma, KOL) • Vacciner (rejse-, børn-, allergi-) • Lungefunktionsundersøgelser • Sårbehandling • Vortefrysning • Priktest • EKG • Antabus • Samtaler (kost, rygning, sovemedicin)
Kvalitetssikring
Øvrige opgaver • Udarbejdelse af faglige instrukser (i samarbejde med læger) • Instrumentpleje • Ansvarlig for al rengøring

FAGGRUPPE Social- og sundhedsassistent
Sekretæropgaver • Telefonpasning • Giver tider til patienterne • Vurderer om patienten skal tale med lægen • Styrer personalets kalendere • Indskrivning af papirer, der ikke er elektroniske
Administrative opgaver • Står for den daglige kasse (patienter der betaler kontant) • Sørger for at regningerne er sendt ud
Sundhedsfaglige opgaver • Blodprøvetagning • Blodtryksmåling • Vortefrysning • Sårbehandling • Lungefunktionsundersøgelse • Priktest • Forebyggende konsultationer (diabetes, hypertension) • Vaccinationer (rejse-) • INR-måling • Allergi – opvaccinering (desensibilisering) • Nogle psykemotoriske test (for at undersøge for demens) • Assisterer lægen ved behov • Sørger for receptmodtagelse og – fornyelse
Samtaler • "Sund dialog"-samtaler • Vejledning i forbindelse med rejse • Kostvejledning • Rygestopvejledning • Astmavejledning
Øvrige opgaver • Oprydning • Varebestilling • Instrumentpleje • Styrer rengøringshjælpen

FAGGRUPPE Bioanalytiker
Sekretæropgaver
• Frontperson • Telefonpasning • Visitationsfunktion i telefon og reception
Administrative opgaver
• Regnskabsføring
Sundhedsfaglige opgaver / bioanalytiske opgaver
• Konsultationer (telefon-, email-) • Blodprøvetagning (i praksis + i patientens hjem) • INR-måling • Urinprøver + urindyrkning • Forebyggende konsultationer (diabetes) • Vaccinationer (influenza-) • Kontrol af patienter der er i blodfortyndende behandling
Analysearbejde
Øvrige opgaver
• Indkøb • Laver frokost • Udarbejdelse af faglige instrukser (i samarbejde med læger) • Opdatering/kalibrering af maskiner • Bortskaffelse af risikoaffald

FAGGRUPPE Praksisadministrator
Sekretæropgaver
• Telefonpasning ml. klokken 8 og 9 • Brevskrivning til patienter og uddannelseslæger • Skrivning af mødereferater • Skrivning og indrykning af stillingsannoncer
Administrative opgaver
• Opsætning af faglige instrukser • Udvikling af administrative instrukser • Udvikling af projektbeskrivelser (i samarbejde med en læge) • Udarbejdelse af rapporter • Deltagelse i ledelsesmøder • Deltager i personalesamtaler med lægen • Medlem af diverse arbejdsgrupper i praksis • Regnskabsføring • Sørger for opsætning og trykning af pjecer, samt genoptryk
Personalemæssige opgaver
• Styr på medarbejdertimer • Laver ferieplaner
Kvalitetssikring
Øvrige opgaver
• Indkøb

FAGGRUPPE Socialrådgiver
Er tilknyttet flerlægepraksis som et forsøg
• Er i praksis en gang pr. uge. • Samler trådene for de patienter, som har brug for vejledning i forhold til dagpenge og egen læge.

FAGGRUPPE Farmaceut
Har været tilknyttet flerlægepraksis som et forsøg
• Tog sig af patienter der var i forskellig medicinsk behandling og hjalp dem til at få optimeret deres behandling • Hjalp praksis med at udvikle faglige instrukser. • Hjalp praksis med at begrænse antal præparater

Bilag 2

Eksempel på faglig instruks – Hypertension

1. Alle patienter, som vil/skal have målt deres BT, får tid hos sygeplejersken (10 min).
2. Ved forhøjet BT, sættes pt. til BT måling x 3 ifølge protokol hos sygeplejersken. Evt. præferencearm noteres i CAVE. Ved stadig forhøjelse, da laboratorieprøver (BT1) og hjemmeBT (10 min).
3. 2 uger efter laboratorieprøver 30 min. tid hos sygeplejersken:
 - Svar på blodprøve og hjemmeBT, samt ny BT måling.
 - A. Ved normalt BT/BTH: (0101)
 - Kontrol om ½ år.
 - B. Ved fortsat højt BT og BTH: (ydelse 0106)
 - Måling af højde, vægt, rygestatus, alkohol, taljemål, motionsstatus
 - Risikoanamnese
 - Henvi sning til øjenlæge
 - Efterfølgende risikovurdering sammen med læge ifølge protokol: inddeling i lav, middel, høj og meget høj risiko.
 - Risikovurdering skrives i resume ark og diagnoser for hypertension (K85), evt. tobaksrygning (P17) og evt. overvægt (BMI>30) (T82) noteres i diagnoseskema, diabetes (T90).
4. 1 uge efter telefonisk kontakt til sygeplejersken mht. videre plan:

Lav risiko:
Non-farmakologisk behandling, evt. diæt- og/eller rygestopvejledning ved sygeplejersken (0106)
BT måling hver ½ år ved sygeplejersken (0101)
Ved manglende effekt efter 12 mdr. overvejes farmakologisk behandling.

Middel risiko:
Non-farmakologisk beh. i 3 mdr., evt. diæt- og/eller rygestopvejledning ved sygeplejersken (0106)
BT hver 3. mdr. hos sygeplejersken, evt. hjemmeBT (0101)
Ved manglende effekt da påbegyndes farmakologisk behandling efter 3 mdr.

Høj eller meget høj risiko:
Non-farmakologisk behandling, evt. diæt- og/eller rygestopvejledning ved sygeplejersken (0106)
Farmakologisk beh.
BT hver 3. mdr., i begyndelsen hver mdr., hos sygeplejersken (0101)
Blodprøver i henhold til farmakologisk behandling.
5. Årligt (evt. omkring patientens fødselsdag):
 - Blodprøver (BTår)
 - BT, evt. hjemmeBT
6. 1 uge senere tid hos lægen, 20 min.: (0106 + 2304)
 - Svar på prøver
 - Ny risikovurdering, heartscore/precord (punkt 4-6 gentages)

Farmakologisk behandling

1. valgs præparat til hypertensionspatienter er tbl. Centyl mite m/ KCl x 1 dgl.

Obs podagra. Behandlingen kan indledes af sygeplejersken i henhold til ovenstående kontrolprogram og efter aftale med en af lægerne.

- 3 uger efter behandlingsstart: blodprøver (Na, K, Crea)
- 2 uger efter blodprøver: ny BT kontrol og svar på blodprøver ved sygeplejersken evt. hjemmeBT og puls
- Ved stadig forhøjet BT, da tid hos lægerne m.h.p. yderligere beh.

Ved **ACE-hæmmer** behandling:

- 2 uger efter behandlingsstart: blodprøver (Na, K, Crea)
- 2 uger efter blodprøver: BT måling og svar på blodprøver ved sygeplejerske
- 4 uger herefter: ny BT måling, hvis forhøjet da hjemmeBT
- Ved stadig forhøjet BT konfererer sygeplejersken med lægerne, og pt. ringer i sygeplejerskens telefontid m.h.p. videre plan. Ved øget ACE-hæmmer behandling gentages de 3 ovennævnte punkter.

Ved 3 stof behandling skal overvejes RENOGRAFI

Ved urinstix over 50 i mikroalbuminuri sendes urin til undersøgelse på sygehuset.

BT1:	BT år:
Hæmoglobin	Hæmoglobin
Na/K	Na/K
Creatinin	Creatinin
Urat	ALAT
ALAT	PfGlucose
TSH	Lipidprofil
PfGlucose	Urin
Lipidprofil • Urin • Protein incl. microalbuminuri • Glucose • Blod	Protein incl. microalbuminuri • Glucose • Blod • EKG
EKG	
Ydelse 0106: Hvis der er aftalt forebyggende vejledning med patienten.	
Ydelse 0101: Hvis vejledning ikke er aktuel.	