



**Evaluering af sundhedsmodellen
– samarbejde med de
praktiserende læger**

Rapport den 22. december 2017

Indhold

1	Indledning	5
1.1	Sundhedsmodellen – samarbejde med de praktiserende læger	5
1.2	Evalueringsens analyseområder	7
1.3	Metode og datagrundlag for evalueringen	8
1.4	Læsevejledning	8
2	Resume	9
3	Rekvirering af lægeattesten hos praktiserende læge	15
3.1	Kvaliteten i kommunens anmodninger til praktiserende læge (LÆ261)	15
3.2	Praktiserende læges vurdering af behov for yderligere helbredsoplysninger	16
3.3	Kontakt mellem kommune og praktiserende læge i forbindelse med anmodningen	18
3.4	Delkonklusion	19
4	Lægeattest til rehabiliteringsteam (LÆ265)	20
4.1	Andel af lægeattester (LÆ265) der leveres indenfor 30 dage	20
4.2	Lægeattestens relevans	21
4.3	Kvaliteten i lægeattesten LÆ265	23
4.4	Samarbejde om kvaliteten i LÆ265 mellem praktiserende læge og kommune	24
4.5	Dialog mellem praktiserende læge og kommune	26
4.5.1	Digital understøttelse af samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunerne	26
4.5.2	Samarbejde og dialog mellem praktiserende læge og sundhedskordinator om LÆ265	27
4.6	Tilfælde hvor LÆ265 er mindre relevant	28
4.7	Delkonklusion	28
5	Opfølgning på møde i rehabiliterings-team overfor de praktiserende læger	31
5.1	Fremsendelse af indstilling fra rehabiliteringsteamet til praktiserende læge	31
5.2	Sammenhæng mellem orientering om rehabiliteringsteamets indstilling og lægernes tilfredshed med samarbejdet	34
5.3	Kontakt mellem sundhedskordinator og praktiserende læge efter mødet	35
5.4	Delkonklusion	37
6	Praktiserende lægers deltagelse på mødet i rehabiliterings-teamet	39

6.1	Udbredelse af og formål de praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet	39
6.2	Potentialer for de praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet	41
6.3	Delkonklusion	41
	Bilag 1. Datagrundlag og metode	43

Evaluering af sundhedsmodellen - samarbejde med de praktiserende læger

1 Indledning

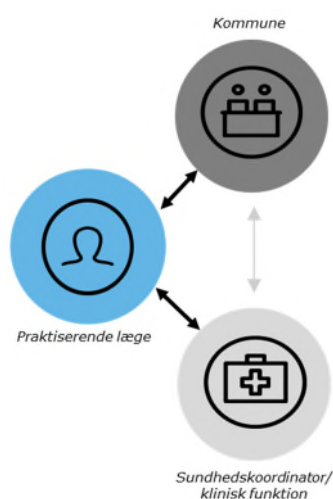
Som en central del af førtidspensions- og fleksjobreformen blev der etableret en samarbejdsmodel om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering af borgere i reformmålgruppen. Modellen fastlægger et struktureret samarbejde mellem kommuner, regioner (sundhedskordinator/klinisk funktion) og de praktiserende læger. I modellen fastholdes den praktiserende læge som indgang til sundhedsvæsenet.

Med de praktiserende læger som omdrejningspunkt for denne evaluering er formålet at afdække, hvordan sundhedsmodellen er udviklet og implementeret, herunder om intentionerne med sundhedsmodellen og samarbejdet med de praktiserende læger indfries.

1.1 Sundhedsmodellen – samarbejde med de praktiserende læger

Intentionen med sundhedsmodellen er at etablere et struktureret samarbejde med en klar rollefordeling mellem kommunen, sundhedskordinator og den praktiserende læge i forhold til den helbredsmæssige

vurdering af borgerens mulighed for at arbejde. Sundhedsmodellen indebærer bl.a., at den praktiserende læge, som en central fagperson i forhold til borgeren, i en lægeattest vurderer borgerens helbred og mulighed for at kunne arbejde inden borgerens sag behandles på møde i rehabiliteringsteamet. Det er endvidere vigtigt for et godt samarbejde med den praktiserende læge, at kommunen sikrer, at den praktiserende læge er velinformeret om kommunens beslutninger i borgerens sag, og at sundhedskordinator efter behov og med samtykke fra borger drøfter de sundhedsfaglige aspekter i en sag med den praktiserende læge.



Deloitte gennemførte i 2015 en evaluering af samarbejdsmodellen mellem kommuner og regioner om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering. Særligt relationen mellem kommune og sundhedskordinator/klinisk funktion var i fokus i evalueringen.

Det samlede billede i evalueringen fra 2015 var, jf. boksen nedenfor, at det er lykkedes at bygge den relevante og efterspurgte kapacitet op i de regionale kliniske funktioner, og at der blandt kommunerne er udpræget tilfredshed med de ydelser, som klinisk funktion leverer.

Vigtigste resultater fra evaluering af samarbejdsmodellen:

- Generelt er de regionale sundhedsenheder i stand til at dække behovet for deltagelse i rehabiliteringsteammøderne i kommunerne. Sundhedskoordinatorfunktionens kapacitet er baseret på kommunernes indmeldinger om forventet antal sager og møder. Kommunernes indmeldinger har, efter en opstart præget af usikkerhed, fået en høj kvalitet, som muliggør en fornuftig dimensionering af kapaciteten.
- Samlet set er der generelt stor tilfredshed med samarbejdet med sundhedskoordinatorerne blandt kommunerne. 81 procent af kommunerne vurderer, at samarbejdet mellem kommunerne og regionerne om den sundhedsfaglige rådgivning, der leveres af sundhedskoordinatorfunktionen, fungerer godt eller meget godt, og ingen kommune vurderer samarbejdet dårligt eller meget dårligt.
- Klinisk funktion har generelt kunnet levere den nødvendige kapacitet i forhold til udarbejdelse af lægeattester. Herudover er der blandt kommunerne et stort kendskab til de ydelser, som klinisk funktion tilbyder, og kommunerne vurderer, at de ydelser, som klinisk funktion stiller til rådighed, er relevante og bidrager til udredning af borgerne.

Samarbejdet med de praktiserende læger blev ikke belyst i samme omfang som relationen mellem kommune og sundhedskoordinator/klinisk funktion. De væsentligste resultater vedrørende samarbejdet med de praktiserende læger fremgår af boksen nedenfor.

Vigtigste resultater vedrørende de praktiserende læger:

- Opbakning til relevansen af kommunens anmodning om lægeattest (LÆ261) og selve lægeattesten til rehabiliteringsteamet (LÆ265).
- I en del anmodninger (LÆ261) er det ikke tilstrækkeligt tydeligt, hvad sagsbehandleren ønsker fokus på i LÆ265, hvilket har betydning for kvaliteten af LÆ265.
- Rimelig start på samarbejdet, men brug for mere systematisk opmærksomhed på relationen til de praktiserende læger og sikring af høj kvalitet i lægeattesterne. Selvom der er variation i lægeattesternes kvalitet, giver LÆ265 oftest et godt afsæt for behandling af sagen i rehabiliteringsteamet.
- Kun yderst sjældent tager sundhedskoordinatorerne kontakt til den praktiserende læge angående sundhedsfaglig information.

Med evalueringen af sundhedsmodellen gennemføres nu en mere grundig og dybdegående analyse med særskilt fokus på de praktiserende lægers samarbejde med kommuner og sundhedskoordinatorer. Evalueringen bygger på flere datakilder, og hvor sundhedsmodellen er blevet yderligere implementeret i forhold til evaluering af samarbejdsmodellen, hvor dataindsamling fandt sted i 2014.

Der henvises endvidere til "Evaluering af rehabiliteringsteam og tværfaglig indsats", der også behandler aspekter af den samlede sundhedsmodel.

Samarbejde med praktiserende læge før møde i rehabiliteringsteam

Samarbejdet med den praktiserende læge før mødet i rehabiliteringsteamet er centreret om kommunens anmodning om den lovpligtige lægeattest LÆ265 og den praktiserende læges vurdering i lægeattesten af borgerens helbredsmæssige situation i forhold til at kunne arbejde. Rammen omkring samarbejdet med den praktiserende læge inden mødet er mere konkret, at sagsbehandler i "Anmodning om lægeattest til rehabiliteringsteam" (LÆ261)

beder den praktiserende læge om at udarbejde "Lægeattest til rehabiliteringsteam" (LÆ265) med det formål at få den praktiserende læges aktuelle vurdering af, hvilken betydning helbredsforholdene har i forhold til borgerens muligheder for at komme i job eller uddannelse.

Som led i forberedelsen kan sundhedskoordinator efter behov, og med borgers skriftlige samtykke, drøfte de sundhedsfaglige aspekter i en sag med borgerens praktiserende læge, fx hvis der er uklarhed om de lægelige oplysninger i en sag, jf. "Vejledning om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager på Beskæftigelsesområdet" (Sundhedsvejledningen).

Samarbejde med praktiserende læge efter møde i rehabiliteringsteam

Det fremgår af Sundhedsvejledningen, at kommunerne efter mødet i rehabiliteringsteamet skal sikre, at den praktiserende læge får den nødvendige information, og er velinformeret om kommunens beslutning i borgerens sag, så praktiserende læge i videst muligt omfang kan støtte borgeren i det videre forløb.

Som led i samarbejdet i sundhedsmodellen fremgår det endvidere i Sundhedsvejledningen, at sundhedskoordinator efter behov skal drøfte de sundhedsfaglige aspekter i en sag med borgerens praktiserende læge. Det er det især væsentligt, at sundhedskoordinator informerer den praktiserende læge om baggrunden, hvis sundhedskoordinator anbefaler, at borgeren går til sin praktiserende læge med henblik på yderligere undersøgelse eller anden behandling, og/eller rehabiliteringsteamet vurderer, at den praktiserende læge eller borgeren er uenig i teamets indstilling.

1.2 Evalueringens analyseområder

Evalueringen er struktureret efter følgende analyseområder:

- Fokus på rekvirering af lægeattesten i form af anmodningen LÆ261 til praktiserende læge og den praktiserende læges informationsgrundlag i forbindelse med udarbejdelse af lægeattest LÆ265. Herudover dialog og samarbejde med praktiserende læge i denne forbindelse.
- Fokus på selve lægeattesten til rehabiliteringsteam (LÆ265), som er det væsentligste omdrejningspunkt for samarbejde og dialog inden mødet i rehabiliteringsteamet, herunder andelen af LÆ265 der udarbejdes til tiden, lægeattestens relevans og kvalitet mv.
- Opfølgning på mødet i rehabiliteringsteamet overfor praktiserende læger med fokus på, hvorvidt kommunen fremsender indstilling fra rehabiliteringsteamet til praktiserende læge. Herudover kontakt mellem sundhedskoordinator og praktiserende læge vedr. emner af helbredsmæssig karakter som opfølgning på mødet.
- Fokus på potentialer forbundet med de praktiserende lægers deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet, herunder udbredelse af lægernes deltagelse og formål med evt. yderligere deltagelse fra de praktiserende læger.

Mens anmodningen LÆ261, den praktiserende læges informationsgrundlag og selve lægeattesten LÆ265 udgør de væsentligste samarbejdsflader med den praktiserende læge inden mødet, gør det samme sig gældende for indstillingen fra rehabiliteringsteamet samt sundhedskoordinators opfølgning på emner af helbredsmæssige karakter efter mødet. Endelig sættes der med de praktiserende lægers deltagelse i mødet i

rehabiliteringsteamet fokus på fremadrettede potentialer i forhold til samarbejdet med de praktiserende læger.

1.3 Metode og datagrundlag for evalueringen

Evalueringens resultater er baseret på en kombination af følgende datakilder:

- Spørgeskemaundersøgelser blandt landets praktiserende læger (700 besvarelser dækkende næsten alle kommuner i landet, svarprocent på 20), sundhedskoordinatorer (svar fra 92 sundhedskoordinatorer, svarprocent på 72) samt jobcentre (svar fra 74 kommuner, svarprocent på 79)
- Interview med 14 praktiserende læger, 16 sundhedskoordinatorer fordelt på de fem regioner samt 4 sagsbehandlere, der har sager i reformmålgruppen i hver af 4 udvalgte jobcentre.
- Sagsgennemgang af 100 sager (fokus på LÆ261 og LÆ265) samt sagsgennemgang fra evalueringen af "Rehabiliteringsteams og tværfaglig indsats" i forbindelse med fokus på den generelle helbredsattest (LÆ145).
- Registerdata fra NetForvaltning Sundhed, som giver et billede af omfanget af digital kommunikation mellem kommune og praktiserende læge.

Datagrundlaget og indsamlingsmetoderne er uddybet i bilag 1.

1.4 Læsevejledning

Denne rapport består indledningsvis af et resume af evalueringens hovedresultater. I kapitel 3 evalueres rekvireringen af lægeattesten i form af anmodningen LÆ261 og informationsgrundlaget for lægens udarbejdelse af lægeattesten LÆ265. I kapitel 4 analyseres selve lægeattesten, hvorefter kapitel 5 fokuserer på opfølgningen med den praktiserende læge efter mødet. Potentialer forbundet med den praktiserende lægers deltagelse i møder i rehabiliteringsteamet evalueres i Kapitel 6. Hvert kapitel afsluttes med en delkonklusion.

2 Resume

Som en central del af førtidspensions- og fleksjobreformen blev der i sundhedsmodellen fastlagt et struktureret samarbejde mellem kommuner, sundhedskoordinator og praktiserende læger i forhold til den helbredsmæssige vurdering af borgerens mulighed for at arbejde. Modellen indebærer, at den praktiserende læge i lægeattesten LÆ265 vurderer borgerens helbred og mulighed for at arbejde, inden borgerens sag behandles på møde i rehabiliteringsteamet. Det er endvidere vigtigt for et godt samarbejde med den praktiserende læge i sundhedsmodellen, at kommunen sikrer, at den praktiserende læge er velinformeret om kommunens beslutninger i borgerens sag, og at sundhedskoordinator efter behov, og med samtykke fra borger, drøfter de sundhedsfaglige aspekter i en sag med den praktiserende læge.

Evalueringen af sundhedsmodellen er struktureret i fire analyseområder, der sikrer, at analysen kommer omkring de centrale elementer i evalueringen.

Rekvirering af lægeattesten hos praktiserende læge

Kommunens anmodning LÆ261 indgår som informationsgrundlag for den praktiserende læges udarbejdelse af lægeattesten LÆ265. Som det fremgår af Sundhedsvejledningen, er det væsentligt, at kommunen udarbejder en konkret og målrettet anmodning i forbindelse med, at kommunen rekvirerer en lægeattest. Dette af hensyn til den praktiserende læges mulighed for levere en lægeattest med de informationer, der er relevant for kommunen.

Analysen af rekvirering af lægeattesten hos den praktiserende læger viser følgende:

- At kommunernes anmodninger i de fleste tilfælde har tilstrækkelig kvalitet, idet 65 procent af de praktiserende læger vurderer, at anmodningen udgør et godt afsæt for praktiserende læges udarbejdelse af lægeattesten. 13 procent af de praktiserende læger vurderer, at anmodningen sjældent, aldrig eller næsten aldrig indeholder den nødvendige information.
- Analysen viser, at et opmærksomhedspunkt for kommunerne er at dele helbredsoplysninger, som kommunen indhenter som en del af

sagens oplysning, og som praktiserende læge ikke selv kan tilgå. En tredjedel af lægerne vurderer således, at de sjældent, næsten aldrig eller aldrig modtager alle relevante helbredsoplysninger.

- Det er sjældent, at de praktiserende læger henviser kommunen til at rekvirere yderligere helbredsoplysninger i forbindelse med udarbejdelsen af LÆ265. 82 procent af de praktiserende læger vurderer, at det sjældent, næsten aldrig eller aldrig sker.
- Der er sjældent dialog mellem kommune og praktiserende læge udover selve anmodningen. Således vurderer 88 procent af lægerne, at der sjældent, næsten aldrig eller aldrig er kontakt. Udover de nævnte situationer, hvor de praktiserende læger mangler helbredsoplysninger om sin patient, er der sjældent behov for dialog.
- 98 procent af kommunerne vurderer, at de sjældent eller aldrig gør brug af rådgivning fra sundhedskordinator i forbindelse med anmodningen.

Lægeattest til rehabiliteringsteam (LÆ265)

”Lægeattest til rehabiliteringsteam” (LÆ265) er den lovpligtige lægeattest, som indeholder den praktiserende læges vurdering af borgerens helbredsmæssige situation i forhold til at kunne arbejde eller uddanne sig. Attesten udarbejdes på baggrund af konsultation med borgeren, og indgår i den samlede sag, der behandles på mødet i rehabiliteringsteamet.

Analysen af rettidigheden omkring den praktiserende læges returnering af LÆ265 til kommunen viser følgende:

- 64 procent af lægeattesterne blev i 2016 leveret indenfor 30 dage efter, at anmodningen LÆ261 er afsendt fra kommunen. Dette er på niveau med 2014 og 2015, hvor henholdsvis 64 og 68 procent af lægeattesterne blev leveret indenfor 30 dage. For en del af de attester, der ikke leveres indenfor 30 dage, kan forklaringen være, at borger har været længe om at bestille tid hos lægen.
- For så vidt angår 2016 er der en vis spredning mellem kommunerne i forhold til andelen af attester, som er returneret indenfor 30 dage. 38 procent af attesterne returneres rettidigt i den kommune, hvor færrest attester returneres indenfor 30 dage, mens 79 procent af attesterne leveres i den kommune, hvor flest attester er kommunen i hænde indenfor 30 dage.
- Den gennemsnitlige tidsperiode for returnering af lægeattesterne i 2016 var 29,1 dage i de 16 kommuner. Det vil sige under de 30 dage.

Analysen af selve lægeattestens relevans og kvalitet viser følgende:

- Relevansen af LÆ265 i forhold til at vurdere borgerens muligheder for at varetage et arbejde eller uddannelse vurderes generelt positivt. 84 procent af sundhedskordinatorerne vurderer, at LÆ265 i nogen eller høj grad er relevant, mens 65 procent har kommunerne har samme vurdering. Forskellen i vurderingen af lægeattestens relevans skyldes blandt andet, at de fleste sundhedskordinatorer anvender lægeattesten som det primære dokument til at skabe et overblik over borgerens helbredssituation, mens sagsbehandleren via sagens oplysning ofte allerede har et overblik over borgers helbredssituation.
- Vurderingen af kvaliteten i lægeattesterne er lidt mere delt. 77 procent af sundhedskordinatorerne vurderer, at halvdelen eller flere af attesterne udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering af borgerens mulighed for at arbejde, mens det samme er

tilfældet for 51 procent af kommunerne. Sundhedskoordinatorerne vurderer, at sagsbehandlerne i kommunerne søger en mere eksplicit kobling mellem det helbredsmæssige og funktionsevnen i attesterne, mens sundhedskoordinatorerne som læger har anderledes forudsætninger for at læse de lægelige oplysninger og koble dem til funktionsevnen.

Analysen af mulighederne for at forbedre kvaliteten i LÆ265 gennem samarbejde mellem praktiserende læge og kommune viser følgende:

- Kommunerne har selv mulighed for at påvirke kvaliteten i attesterne. Således ses der er en positiv sammenhæng mellem kommunens præcision i anmodningerne, det vil sige hvor sagsbehandleren konkretiserer, hvad praktiserende læges skal fokusere på i lægeattesten, og hvorvidt lægeattesten indeholder en uddybet beskrivelse af funktionsevnen. Når kommunen ikke angiver et konkret fokus, viser sagsgennemgangen, at halvdelen af lægeattesterne indeholder en uddybet beskrivelse af funktionsevnen, mens 64 procent af lægeattesterne indeholder en uddybet beskrivelse af funktionsevnen, hvis kommunen angiver et konkret fokus.
- Tilsvarende ses en positiv sammenhæng mellem iværksættelsen af kommunale tiltag til at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger, og kommunens vurdering af andelen af LÆ265, der udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamet. Kommunale tiltag kan fx være informationsaktiviteter, gå-hjem møder, dialogfora, tilknytning af praksiskonsulenter.
- Analysen viser således, at 52 procent af de kommuner, der har iværksat tiltag, vurderer, at ca. halvdelen eller flere af lægeattesterne udgør et godt grundlag, hvilket er på højde med den samlede besvarelse fra kommunerne, men væsentligt bedre end de kommuner, som ikke har iværksat tiltag (38 procent). Analysen viser imidlertid, at 26 procent af de kommuner, der har iværksat tiltag, vurderer, at alle eller over halvdelen af lægeattesterne udgør et godt grundlag, mens kun 10 procent af de kommuner, der ikke har iværksat tiltag, vurderer det samme. De 26 procent skal ses i forhold til den samlede kommunebesvarelse, hvor 19 procent af kommunerne vurderer, at alle eller over halvdelen af attesterne udgør et godt grundlag.

Analysen af dialogen med de praktiserende læger omkring lægeattesten viser følgende:

- Selvom kommunerne vurderer, at kvaliteten i nogle af lægeattesterne kunne være bedre, tager kommunerne sjældent kontakt til lægen for at uddybe LÆ265. 90 procent af kommunerne oplever sjældent, aldrig eller næsten aldrig at have været i dialog med praktiserende læge om lægeattesten, mens 88 procent af lægerne skønner sjældent, aldrig eller næsten aldrig at have været i dialog med kommunen om LÆ265.
- Kommunerne vurderer generelt den digitale understøttelse af samarbejdet med de praktiserende læger positivt. 82 procent af kommunerne finder den digitale understøttelse tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende.
- Analysen viser, at der meget sjældent er dialog mellem sundhedskoordinator og praktiserende læge inden mødet i rehabiliteringsteamet, idet henholdsvis 93 procent af sundhedskoordinatorerne og 88 procent af de praktiserende læger skønner, at der i ingen eller få sager er dialog mellem parterne om

attesten. Som årsag fremhæves især, at sundhedskordinator forbereder sagerne en til to dage før rehabiliteringsteammødet, og at sundhedskordinator sjældent er uenig med praktiserende læge om indholdet i lægeattesten.

- Samtlige kommuner og ca. halvdelen af de interviewede sundhedskordinatorer vurderer, at i de tilfælde, hvor der inden for 2-6 måneder er indhentet en generel helbredsattest, vurderes LÆ265 som mindre relevant, fordi den generelle helbredsattest i vidt omfang indeholder de samme oplysninger. Sagsgennemgang viser, at der kun i ca. 8 procent af sagerne foreligger en generel helbredsattest indenfor 6 måneder.

Opfølgning på møde i rehabiliteringsteam overfor de praktiserende læger

Rehabiliteringsteamets indstilling indeholder relevant information om kommunens beslutning i borgerens sag, og er således relevant i forhold til, at den praktiserende læge er velinformeret i forbindelse med lægens løbende dialog med borgeren. Endvidere har Sundhedskordinator en væsentlig rolle i at orientere den praktiserende læge om helbredsrelevante spørgsmål og indsatser, som måtte komme op på rehabiliteringsteammødet.

Analysen af opfølgningen på mødet i rehabiliteringsteamet i form af fremsendelse af indstillingen til de praktiserende læger viser følgende:

- Registerdata fra 16 kommuner viser, at kommunerne i 2017 kun i ca. en tredjedel af sagerne sender indstillingen fra rehabiliteringsteamet til den praktiserende læge via den digitale kanal i Mediconnect Proces. De 34 procent er imidlertid en fremgang siden 2015 og 2016, hvor henholdsvis 17 og 31 procent af lægeattesterne blev fulgt op i form af digital fremsendelse af rehabiliteringsteamets indstilling til praktiserende læge efter mødet.
- Der er stor spredning mellem kommunerne i forhold til, om de sender indstillingerne digitalt til den praktiserende læge. Andelen af indstillinger, der sendes i 2017, varierer mellem 0 procent (fire kommuner) og 94 procent (én kommune). Mens der er 4 kommuner, der slet ikke sender indstillinger digitalt til den praktiserende læge, sender 9 ud af 16 kommunerne indstillingen digitalt i over 70 procent af tilfældene.
- Der er blandt kommuner og praktiserende læger forskellige opfattelser af, om indstillingen bliver sendt til/modtaget af praktiserende læge. Således vurderer 57 procent af kommunerne, at de praktiserende læger altid eller næsten altid orienteres om rehabiliteringsteamets indstilling, mens 23 procent af de praktiserende læger skønner altid eller næsten altid at være blevet orienteret om indstillingen.
- Interview med kommuner og praktiserende læger afdækker, at der i mange kommuner ikke er en fast struktur omkring, hvordan de praktiserende læger orienteres om indstillingen. Udover Mediconnect Proces, sendes indstillingerne også til lægens e-boks eller som fysisk kopi. Kommunens opfattelse af, hvorvidt indstillingen fremsendes, kan skyldes, at der fra sagsbehandler til sagsbehandler eksisterer forskellige måder at sende indstillingen på og praksis for, om den overhovedet sendes, hvilket gør det svært at have et samlet overblik. Sammenligning mellem 11 kommuners spørgeskemabesvarelse og registerdata vedrørende selvsamme kommuner viser, at kommunerne generelt vurderer andelen af afsendte indstillinger optimistisk.

Analysen af sammenhængen mellem kommunens orientering om indstillingen og lægernes tilfredshed med samarbejdet viser følgende:

- Kommunernes orientering om rehabiliteringsteamets indstilling er væsentlig for at understøtte et godt samarbejde med de praktiserende læger. Kun 9 procent af de læger, som skønner aldrig eller sjældent at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, vurderer samarbejdet med kommunen som meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende. Dette skal ses i forhold til, at 37 procent de læger, der skønner altid eller ofte at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, oplever samarbejdet med kommunen som meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende.

Analysen af kontakten med de praktiserende læger efter mødet viser følgende:

- 90 procent af de praktiserende læger og 76 procent af sundhedskoordinatorerne vurderer aldrig eller næsten aldrig at have været i kontakt efter mødet i rehabiliteringsteamet. Det er således kun i ganske få tilfælde, at sundhedskoordinator efter mødet i rehabiliteringsteamet tager kontakt til praktiserende læge for at drøfte de sundhedsfaglige aspekter i en sag. Der er endvidere ikke faste procedurer for, hvornår sundhedskoordinatorerne efter mødet bør tage kontakt til den praktiserende læge, og kontakt til praktiserende læge varierer derfor mellem sundhedskoordinatorer.
- Analysen afdækker en række situationer, hvor sundhedskoordinator og praktiserende læge vurderer, at det vil være relevant at tage kontakt som opfølgning på mødet i rehabiliteringsteamet.
- Kontakt mellem praktiserende læge og sundhedskoordinator sker næsten udelukkende via telefon, hvilket fremhæves som en betydelig barriere, idet sundhedskoordinator som udgangspunkt ikke har en direkte linje til lægen, men skal ringe i den almindelige telefontid hos lægen. Der eksisterer således ikke i dag en digital kommunikationskanal, som i tilstrækkelig grad understøtter en professionel samarbejdsrelation.

Praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet

De praktiserende lægers deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet er ikke en del af samarbejdsmodellen, men der er blandt praktiserende læger, kommuner og sundhedskoordinatorer enighed om, at der potentialer forbundet med lægernes deltagelse og at samle de relevante aktører rundt om borgeren, så der kan skabes en fælles forståelse omkring borgerens helbredssituation i forhold til at kunne arbejde.

Analysen af de praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet viser følgende:

- Ca. hver femte praktiserende læge har erfaring med deltagelse på rehabiliteringsteammødet minimum én gang, mens fire ud af fem praktiserende læger aldrig har deltaget. Analysen viser samtidig, at de praktiserende læger generelt er motiveret for i højere grad at deltage på mødet i rehabiliteringsteamet. Ud af de læger, som aldrig har deltaget på mødet, har 40 procent et ønske om deltagelse på mødet, mens 64 procent af de praktiserende læger, der har prøvet at deltage mindst én gang, har et ønske om i højere grad at deltage.

Analysen af formålet og potentialerne ved de praktiserende lægers deltagelse viser følgende:

- 79 procent af sundhedskordinatorerne oplever sjældent, næsten aldrig eller aldrig at være uenige i praktiserende læges vurdering af borgerens mulighed for at arbejde. De praktiserende lægers deltagelse på mødet sker således ikke som udgangspunkt med fokus på at opnå enighed mellem praktiserende læge og sundhedskordinator, og ej heller for at uddybe den helbredsmæssige oplysning i sagen, som især sundhedskordinatorerne jf. tidligere finder tilfredsstillende.
- Analysen viser derimod, at praktiserende læges deltagelse på mødet især giver værdi i situationer, hvor praktiserende læge på mødet kan støtte op om borgerens deltagelse i virksomhedsrettede indsatser, fx i forbindelse med et ressourceforløb, og betrygge egen patient i, at vedkommende ikke vil lide skade ved deltagelse i en given virksomhedsrettet indsats. Sundhedskordinatorerne peger fx på patienter med smerteproblematikker, funktionelle lidelser med diffuse symptomer og sager, hvor borgerens opfattelse af funktionsevnen ikke matcher praktiserende læges og rehabiliteringstemaets vurdering.
- Analysen viser endvidere, at der er en positiv sammenhæng mellem at de læger, som har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, også er mere tilfredse med det generelle samarbejde med kommunen. I de tilfælde, hvor praktiserende læge har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, vurderer 30 procent af lægerne, at samarbejdet med kommunen er meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende, mens det kun gælder for 22 procent af de læger, som aldrig har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet.

3 Rekvirering af lægeattesten hos praktiserende læge

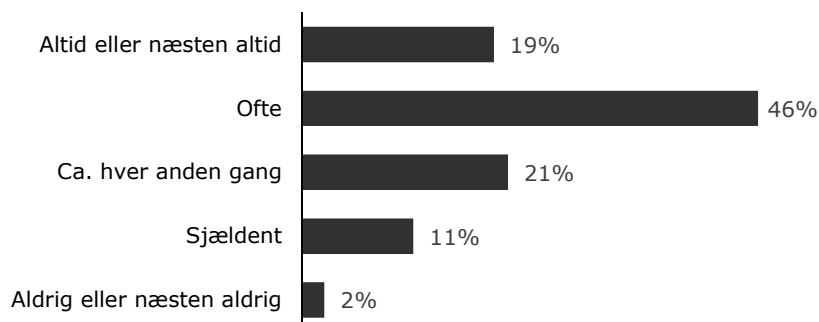
Rammen omkring samarbejdet med den praktiserende læge inden mødet er, at sagsbehandler i "Anmodning om lægeattest til rehabiliteringsteam" (LÆ261) beder den praktiserende læge om at udarbejde "Lægeattest til rehabiliteringsteam" (LÆ265) med det formål at få den praktiserende læges vurdering af, hvilken betydning helbredsforholdene har i forhold til borgerens muligheder for at komme i arbejde eller uddannelse. I LÆ261 begrundes sagsbehandler anmodningen samt beskriver borgerens sociale, helbredsmæssige og beskæftigelsesmæssige situation. Anmodningen skal indeholde en beskrivelse af sagsbehandlerens og borgerens egen vurdering af borgerens ressourcer i forhold til at kunne varetage et arbejde eller en uddannelse.

3.1 Kvaliteten i kommunens anmodninger til praktiserende læge (LÆ261)

Kommunens anmodning LÆ261 indgår som informationsgrundlag for den praktiserende læges udarbejdelse af lægeattesten LÆ265. Som det fremgår af Sundhedsvejledningen, er det væsentligt, at kommunen, af hensyn til den praktiserende læges mulighed for levere en lægeattest med de informationer, der er relevant for kommunen i den enkelte sag, udarbejder en konkret og målrettet anmodning i forbindelse med, at kommunen rekvirerer en lægeattest.

65 procent af de praktiserende læger vurderer, at LÆ261 ofte, altid eller næsten altid indeholder den nødvendige information for udarbejdelsen af LÆ265. Kun 13 procent af de praktiserende læger vurderer, at anmodningen sjældent, aldrig eller næsten aldrig indeholder den nødvendige information, jf. figuren nedenfor. Der ses ikke regionale eller land/by forskelle i de praktiserende læges vurdering af kommunens anmodninger.

Figur 1. Praktiserende læges vurdering af andelen af attester, hvor anmodningen (LÆ261) fra kommunen indeholder den nødvendige information.



Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger N: 700.

Interview med de praktiserende læger understøtter billedet af, at anmodningerne i de fleste tilfælde indeholder den nødvendige information, idet 12 ud af 14 praktiserende læger giver udtryk for, at anmodningen giver dem et godt afsæt for at udarbejde LÆ265.

De praktiserende læger peger på følgende kendetegn for en god anmodning:

- At anmodningerne er præcise, afgrænsede og prioriteret i forhold til, hvad sagsbehandler vurderer er vigtigst for sagens oplysning. Fx om praktiserende læge vurderer det realistisk helbredsmæssigt, at patienten trapper x antal timer op pr. uge op over det kommende år.
- At sagsbehandleren beskriver, hvad kommunen ved om borgeren, eksempelvis i forhold til hvad borgeren har afprøvet af beskæftigelsesrettede og sociale indsatser, vurdering af relevante skånebehov samt borgeres opfattelse af eget helbred.
- At det igennem hele anmodningen er tydeligt, at spørgsmålene er formuleret med afsæt i den enkelte borger, og ikke indeholder for generelle og standardiserede formuleringer om baggrunden for anmodningen og i beskrivelsen af borgeren.

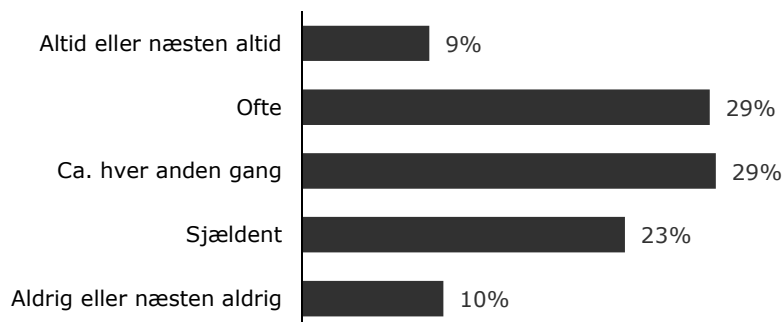
I forhold til præcisionen i anmodningerne viser sagsgennemgangen, at sagsbehandleren i 36 procent af de gennemgåede sager med formulering af konkrete spørgsmål i LÆ261, præciserer, hvad den praktiserende læge skal fokusere på i udfyldelsen af LÆ265. Det vil sige, at spørgsmålene er formuleret specifikt og retningsgivende i forhold til borgerens helbredsmæssige problemstillinger og ofte koblet til funktionsevnen og relevante skånehensyn for patientens specifikke diagnose.

3.2 Praktiserende læges vurdering af behov for yderligere helbredsoplysninger

Et opmærksomhedspunkt i forbindelse med anmodningen er, at kommunen fremsender helbredsoplysninger til de praktiserende læger, som kommunen har indhentet som en del af sagens oplysning, fx fra speciallæger og psykologer, som den praktiserende læge ikke automatisk kan tilgå.

Det fremgår af figuren nedenfor, at 38 procent af lægerne vurderer, at de altid eller ofte modtager alle relevante helbredsoplysninger fra kommunen i forbindelse med, at de udarbejder lægeattesten LÆ265. Imidlertid vurderer knap en tredjedel, at det kun sker hver anden gang, mens yderligere hver tredje praktiserende læge vurderer, at de aldrig eller sjældent modtager alle relevante helbredsoplysninger.

Figur 2. Praktiserende læges vurdering af andelen af attesterne, hvor lægen har modtaget alle relevante helbredsoplysninger fra kommunen om deres patient.



Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700.

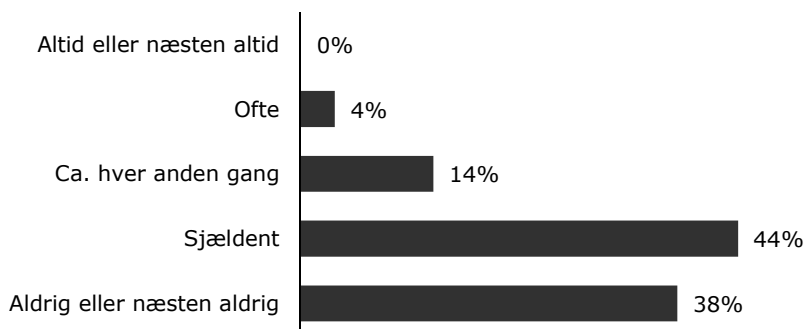
Samtlige praktiserende læger efterspørger i interview systematisk at blive orienteret om relevante helbredsoplysninger (fx speciellægeerklæringer fra psykiatere og neuropsykologiske undersøgelser), som kommunen har rekvireret. Formålet er, at lægen kan fokusere på at supplere speciallægens/psykologens vurdering af borgerens funktionsniveau med egen viden om borger.

I forlængelse heraf peger de praktiserende læger på, at sagsbehandler i forbindelse med anmodningen som minimum oplyser om, at helbredsoplysninger foreligger, og hvor borger er blevet udredt/behandlet. I så fald har den praktiserende læge mulighed for, efter indhentelse af borgers samtykke, at tage kontakt til behandlende læge med henblik på at indhente relevante helbredsoplysninger. Det er således ikke altid, at borger selv kan huske, præcis hvor vedkommende er blevet tilset.

Interview med kommunerne viser, at det ikke er fast praksis, at sagsbehandler i forbindelse med anmodningen sender helbredsoplysninger til borgerens praktiserende læge, hvis sådanne helbredsoplysninger er rekvireret i rehabiliteringsplanens forberedende del. Konkret peges i interviewene på, at det er en barriere, at sagsbehandleren ikke digitalt kan vedhæfte helbredsoplysninger på selve anmodningen i NetForvaltning Sundhed, når anmodningen sendes til praktiserende læge. Når helbredsoplysninger ikke deles med praktiserende læge, bliver det derfor ofte borger, der overlades ansvaret for at medbringe oplysninger til konsultation hos praktiserende læge eller i sjældnere tilfælde, at helbredsoplysninger fremsendes med fysisk post eller via e-boks til lægen.

I forlængelse af, at ca. en tredjedel af de praktiserende læger vurderer sjældent eller aldrig at modtage alle relevante helbredsoplysninger fra kommunen sker det imidlertid ikke ret ofte, at praktiserende læge i forbindelse med udarbejdelsen af LÆ265 henviser kommunen til at rekvirere yderligere helbredsoplysninger som supplement til LÆ265. Som det fremgår af figuren nedenfor, vurderer 82 procent af de praktiserende læger, at dette sker sjældent, næsten aldrig eller aldrig for de attester, som de udarbejder, mens 14 procent af lægerne skønner, at det sker hver anden gang, mens kun 4 procent skønner, at det sker ofte.

Figur 3. Andel af LÆ265-attester, hvor praktiserende læge skønner at have henvist kommunen til at rekvirere yderligere helbredsoplysninger.



Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700.

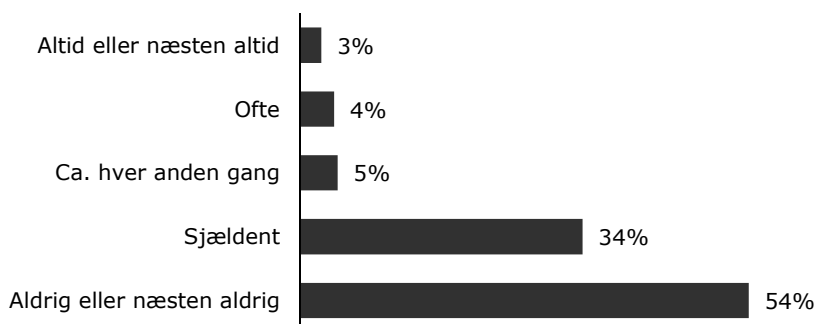
Interview med de praktiserende læger viser, at når kommunen bedes indhente yderligere helbredsoplysninger, drejer det sig om de tilfælde, hvor der foregår aktuel behandling af patienten i andet regi, fx på hospital eller hos speciallæge. Her kan være relevant, evt. som supplement til LÆ265, at indhente en statusattest hos speciallægen eller journaloplysninger hos behandlende læge på hospitalet.

3.3 Kontakt mellem kommune og praktiserende læge i forbindelse med anmodningen

Spørgeskemaundersøgelsen blandt de praktiserende læger og kommunerne viser, at sagsbehandleren sjældent tager kontakt til praktiserende læge og/eller gør brug af sundhedsfaglig rådgivning fra sundhedskordinator i forhold til anmodning og lægeattesten.

Figuren nedenfor viser, at 88 procent af de praktiserende læger skønner, at de aldrig, næsten aldrig eller sjældent har dialog med patientens sagsbehandler i kommunen. Kun 7 procent skønner, at de ofte, altid eller næsten altid har dialog med sagsbehandler.

Figur 4. Andelen af attester hvor praktiserende læge skønner at have været i dialog med patientens sagsbehandler i kommunen.

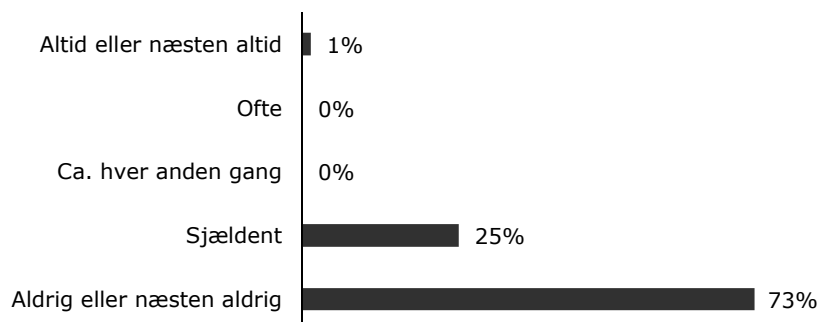


Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700.

Interview med både kommuner og praktiserende læger viser, at der næsten aldrig er direkte dialog om anmodningen, fx telefonisk eller via korrespondancemodulet, og at dette skal ses i sammenhæng med, at anmodningen generelt udgør et godt grundlag for udarbejdelsen af LÆ265, og at sagerne af lægerne generelt vurderes som godt oplyste. Udover situationer, hvor kommunen er i besiddelse af relevante helbredsoplysninger, som praktiserende læge ikke kan tilgå, er der som udgangspunkt ikke behov for dialog om anmodningen.

Sagsbehandlerens brug af rådgivning fra sundhedskordinator i forbindelse med anmodningen vurderes også meget begrænset af kommunerne. Således vurderer 98 procent af kommunerne, at de sjældent eller aldrig gør brug heraf.

Figur 5. Kommunens vurdering af i hvilket omfang kommunen har gjort brug af sundhedsfaglig rådgivning fra sundhedskoordinator i forbindelse med udarbejdelse af anmodningen (LÆ261)



Kilde: Spørgeskema. Kommuner N: 71.

3.4 Delkonklusion

Evalueringen af anmodningen LÆ261 og information om helbredsoplysninger til praktiserende læge viser følgende:

- At kommunernes anmodninger i de fleste tilfælde har tilstrækkelig kvalitet, idet 65 procent af de praktiserende læger vurderer, at anmodningen udgør et godt afsæt for praktiserende læges udarbejdelse af lægeattesten. 13 procent af de praktiserende læger vurderer, at anmodningen sjældent, aldrig eller næsten aldrig indeholder den nødvendige information.
- Analysen viser dog, at et opmærksomhedspunkt for kommunerne er at dele helbredsoplysninger, som kommunen indhenter som en del af sagens oplysning, og som praktiserende læge ikke kan tilgå. En tredjedel af lægerne vurderer således, at de sjældent, næsten aldrig eller aldrig modtager alle relevante helbredsoplysninger. De praktiserende læge efterspørger særligt speciallægeerklæringer fra psykiatere og neuropsykologiske undersøgelser.
- I sammenhæng med, at anmodningen indeholder tilstrækkelig information, og sagerne generelt af lægerne vurderes som godt oplyste, er det sjældent, at de praktiserende læger henviser kommunen til at rekvirere yderligere helbredsoplysninger i forbindelse med udarbejdelsen af LÆ265. 82 procent af de praktiserende læger vurderer, at det sjældent, næsten aldrig eller aldrig sker.
- Der er sjældent dialog mellem kommune og praktiserende læge udover selve anmodningen. Således vurderer 88 procent af lægerne, at der sjældent, næsten aldrig eller aldrig er kontakt. Udover situationer, hvor de praktiserende læger mangler helbredsoplysninger, er der sjældent behov.
- 98 procent af kommunerne vurderer, at de sjældent eller aldrig gør brug af rådgivning fra sundhedskoordinator i forbindelse med anmodningen.

4 Lægeattest til rehabiliteringsteam (LÆ265)

Lægeattesten LÆ265 er den attest, som sagsbehandleren modtager som svar på anmodningen LÆ261. LÆ265 indeholder den praktiserende læges vurdering af borgers helbred i forhold til at kunne arbejde. Attesten udarbejdes på baggrund af konsultation med borgeren, og indgår i den samlede sag, der behandles på mødet i rehabiliteringsteamet.

4.1 Andel af lægeattester (LÆ265) der leveres indenfor 30 dage

Fristen for levering af LÆ265 er aftalt i det socialt lægelige samarbejde mellem KL og Lægeforeningen og fastsat til 30 dage efter, at borger har anmodet praktiserende læge om en tid til konsultation.

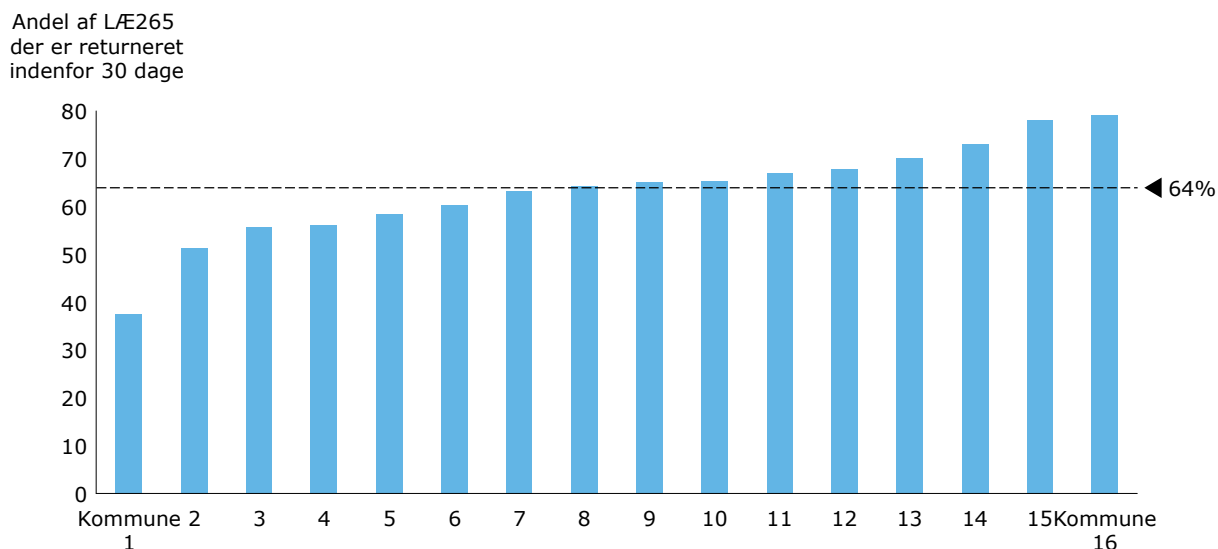
Analyse af registerdata fra EG Kommuneinformation, baseret på data fra 16 udvalgte kommuner (dækkende 23 procent af befolkningen), viser, at 64 procent af attesterne i 2016 er leveret indenfor 30 dage efter, at anmodningen LÆ261 er afsendt fra kommunen, jf. nedenstående figur¹. Dette er på niveau med 2014 og 2015, hvor henholdsvis 64 og 68 procent af lægeattesterne blev leveret indenfor 30 dage. For en del af de attester, der ikke leveres indenfor 30 dage, kan forklaringen være, at borger har været længe om at bestille tid hos lægen, jf. fodnote.

Det ses endvidere af figuren, at der, for så vidt angår 2016, er en vis spredning mellem kommunerne i forhold til andelen af attester, som er returneret indenfor 30 dage, idet 38 procent af attesterne returneres indenfor 30 dage i kommune 1, mens 79 procent af attesterne i kommune 16 leveres indenfor 30 dage efter, at kommunen har afsendt LÆ261².

¹ Da LÆ261 fremsendes fra kommunen til praktiserende læge omtrent samtidigt, som borger bliver bedt om at bestille tid hos praktiserende læge (ved blanketten LÆ262), og da borger først kan anmode praktiserende læge om tid til konsultation efter at have modtaget LÆ262, må det med rimelighed antages, at den gennemsnitlige varighed fra borger har anmodet praktiserende læge om en tid til konsultation, til attesten foreligger, er yderligere gennemsnitligt et par dage lavere. Dette medfører, at en højere andel end de 64 procent af attesterne er leveret indenfor tidsfristen.

² Der ses ikke nogen udkantsproblematik i fordelingen af kommuner i figur 6.

Figur 6. Andelen af lægeattester, som er returneret indenfor 30 dage fra kommunen har afsendt LÆ261 i 2016.



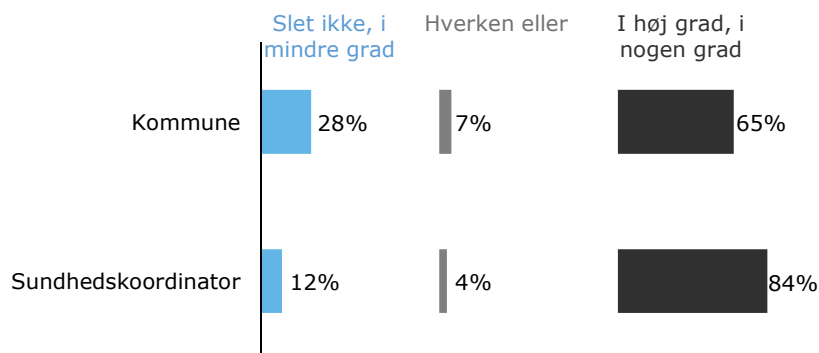
Kilde: Registerdata. EG Kommuneinformation. Attester **N:** 8142. **Note:** Vægtet gennemsnit. Sorteret efter gennemsnit 2016.

Analysen viser endvidere, at den gennemsnitlige tidsperiode for returnering af LÆ265 i 2016 var 29,1 dage efter, at kommunen har afsendt LÆ261 i de 16 kommuner. Dette er stort set det samme som i 2015, hvor de praktiserende læger gennemsnittet var 28,0 dage, og 2014, hvor det i snit tog 29,5 dage fra anmodning til levering af LÆ265.

4.2 Lægeattestens relevans

Lægeattesten LÆ265 danner helbredsmæssigt grundlag for behandlingen af borgers sag i rehabiliteringsteamet. Når kommuner og sundhedskoordinatorer bliver bedt om at vurdere, om LÆ265 er relevant i forhold til at belyse borgerens mulighed for at varetage et arbejde eller uddannelse, er bedømmelsen generelt positiv. Sundhedskoordinatorerne er mest positive, idet 84 procent vurderer, at LÆ265 i høj eller nogen grad er relevant, mens 65 procent af kommunerne i høj eller nogen grad finder lægeattesten relevant. Kun 12 procent af sundhedskoordinatorerne finder, at LÆ265 slet ikke eller i mindre grad er relevant, mens dette er tilfældet for 28 procent af kommunerne jf. nedenstående figur.

Figur 7. Kommuners og sundhedskoordinatørs vurdering af relevansen af LÆ265 i forhold til at vurdere borgerens muligheder for at varetage et arbejde eller uddannelse.



Kilde: Spørgeskema. Kommuner **N:** 74. Sundhedskoordinatorer **N:** 92.

I forhold til forskellen i vurderingen af lægeattestens relevans fremgår det af interviews, at de fleste sundhedskoordinatorer bruger lægeattesten som det primære dokument til at skabe et overblik over borgerens helbreds-situation, mens sagsbehandleren i kommunen som udgangspunkt har et overblik over borgers helbredssituation som en del af sagens oplysning, og derfor ikke i samme omfang har behov for LÆ265 som et overbliksdokument for borgerens helbredssituation.

Selve skabelonen for LÆ265 indeholder følgende felter:

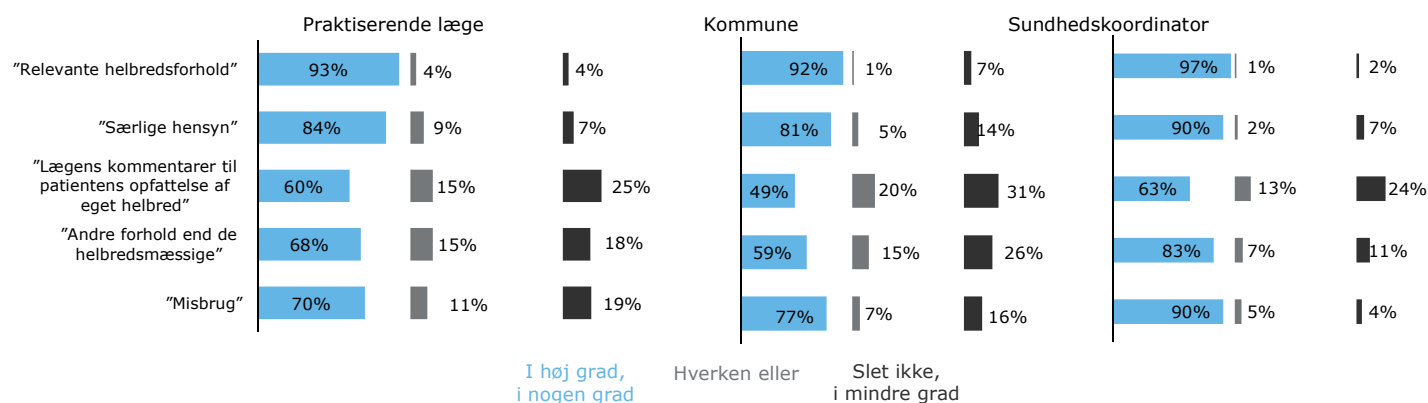
- Relevante helbredsforhold
- Særlige hensyn
- Lægens kommentarer til patientens opfattelse af eget helbred
- Andre forhold end de helbredsmæssige
- Misbrug

Når LÆ265-skabelonens felter undersøges nærmere, jf. figur 8 nedenfor, er det generelle billede også positivt. Især sundhedskoordinatorernes vurdering af, hvorvidt de enkelte felter i høj eller nogen grad er relevante i forhold til at belyse en borgers mulighed for at varetage et arbejde eller tage en uddannelse, er god. Også de praktiserende læger og kommunerne vurderer generelt felterne positivt - kommunerne dog i lidt mindre grad end lægerne. Der er således hos lægerne (henholdsvis de praktiserende læger og sundhedskoordinatorer³) generelt en mere positiv vurdering af felternes relevans.

Endvidere er der på tværs af praktiserende læger, kommuner og sundhedskoordinatorer enighed om relevansen af de enkelte felter. De to første felter i skabelonen "Relevante helbredsforhold" og "Særlige hensyn" vurderes således højest, mens feltet vedr. "Lægens kommentarer til patientens opfattelse af eget helbred" vurderes lavest.

³ Enkelte sundhedskordinator er ikke læger, men fx psykologer

Figur 8. Praktiserende læger, kommuner og sundhedskoordinatorers vurdering af, i hvor høj grad de enkelte felter i LÆ265 er relevante ift. at belyse en borgers mulighed for at arbejde/tage uddannelse.



Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 684. Kommuner **N:** 74. Sundhedskoordinatorer **N:** 92.

Som det fremgår af figuren ovenfor, er "Lægens kommentarer til patientens opfattelse af eget helbred" det felt, som flest praktiserende læger, kommuner og sundhedskoordinatorer vurderer slet ikke eller i mindre grad er relevant. Sagsgennemgangen viser i denne sammenhæng, at praktiserende læge i 24 ud af de 100 gennemgåede sager ikke forholder sig direkte til, hvorvidt patientens opfattelse af eget helbred er realistisk/urealistisk. Det vil sige, hvor attesten udfyldes med udgangspunkt i borgerens egen vurdering af sin tilstand, men uden en tilstrækkelig angivelse af lægens vurdering af borgerens opfattelse af eget helbred.

Ca. halvdelen af de interviewede praktiserende læger forholder sig endvidere kritisk til feltet, og fremhæver:

- At feltet giver en oplevelse af at skulle udspørge patienterne med fare for at udfordre tillidsrelationen mellem læge og patient, når patienten efterfølgende kan læse i attesten, at praktiserende læge ikke er enig i patientens opfattelse af sit helbred.
- At sagsbehandler ikke tilstrækkeligt understøtter lægen ved i anmodningen at angive, hvad sagsbehandlers egen opfattelse er.
- At formålet med feltet ikke er klart beskrevet, hvorfor lægen vil være tilbøjelig til at være enig med patienten og dermed vurdere patientens opfattelse af eget helbred som værende realistisk.

I forhold til hvordan skabelonen kan udbygges for at skabe yderligere værdi, handler det især om behovet for et medicinoverblik i form af både aktuelt medicinforbrug, og hvad der (mere overordnet) tidligere har været afprøvet af medicin, fx antidepressiv medicin. Samtlige interviewede kommuner og halvdelen af sundhedskoordinatorerne finder et sådan felt relevant at tilføje til skabelonen for LÆ265.

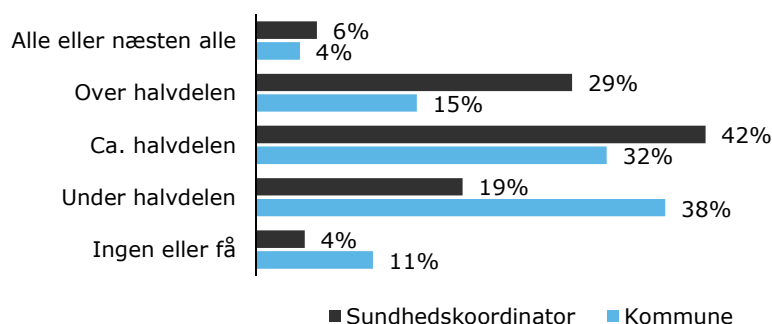
4.3 Kvaliteten i lægeattesten LÆ265

Mens relevansen af lægeattesten LÆ265 og de enkelte felter i skabelonen generelt vurderes positivt, er billedet ikke helt så entydigt, når det kommer til kvaliteten i udarbejdede lægeattester.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer 35 procent af sundhedskoordinatorerne, at over halvdelen eller flere af lægeattesterne udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering af borgerens mulighed for at varetage at arbejde, mens 42 procent vurderer, at ca. halvdelen

udgør et godt grundlag. Kun 19 procent af kommunerne vurderer, at over halvdelen eller flere af attesterne danner et godt grundlag, mens 32 procent af ca. halvdelen gør, jf. nedenstående figur. 77 procent af sundhedskordinatorerne vurderer således, at ca. halvdelen eller flere udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamet, mens kun 51 procent af kommunerne vurderer det samme.

Figur 9. Kommuners og sundhedskordinatorers vurdering af i hvor stor en andel af sagerne, at den praktiserende læges udfyldelse af lægeattesten LÆ265 udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering af borgerens mulighed for at varetage et job eller uddannelse.



Kilde: Spørgeskema. Kommuner **N:** 74. Sundhedskordinatorer **N:** 89.

Sundhedskordinatorerne fremhæver i interviews som årsag til forskellen i vurderingen af kvaliteten i lægeattesterne, at der er forskel på, hvordan de lægelige oplysninger i attesterne omsættes og kobles til borgers funktionsevne og arbejdsmarkedsrettede tiltag. Sundhedskordinatorerne vurderer, at sagsbehandlere i kommunerne søger en mere eksplicit kobling mellem det helbredsmæssige og funktionsevnen i attesterne, mens sundhedskordinatorerne som læger har anderledes forudsætninger for at læse de lægelige oplysninger og koble dem til funktionsevnen.

4.4 Samarbejde om kvaliteten i LÆ265 mellem praktiserende læge og kommune

Sagsgennemgangen viser, at den praktiserende læge i 93 procent af de gennemgåede sager tager overordnet stilling til, hvordan patientens helbredsforhold påvirker funktionsevnen. I de resterende 7 procent af sagerne beskrives alene helbredsforhold og ikke disses påvirkning på funktionsevnen. Gennemgangen viser endvidere, at praktiserende læge i 55 procent af sagerne konkret uddyber, hvordan borgerens helbredsforhold påvirker funktionsevnen og muligheden for at arbejde. Det vil sige, hvor praktiserende læge beskriver forudsætninger/betingelser, der skal være opfyldt for, at patienten fremadrettet kan komme i gang med en virksomhedsrettet indsats.

Analyse af data fra sagsgennemgangen peger på, at de kommunale sagsbehandlere selv kan være med til at påvirke kvaliteten af de lægeattester, som de anmoder om, ved at angive en specifik retning i anmodningen til den praktiserende læge. Således viser nedenstående tabel, at i de tilfælde, hvor sagsbehandler ikke i LÆ261 konkretiserer, hvad praktiserende læges skal fokusere på i lægeattesten, indeholder halvdelen af lægeattesterne en uddybet beskrivelse af funktionsevnen, mens den resterende halvdel ikke gør. Hvis sagsbehandleren til gengæld angiver et

konkret fokus for den praktiserende læge i LÆ261, indeholder 64 procent af lægeattesterne en uddybet beskrivelse af funktionsevnen.

Tabel 1. Sammenhæng mellem at forberedende sagsbehandler anlægger et konkret fokus i LÆ261 og praktiserende læge giver en uddybet beskrivelse af funktionsevne i LÆ265

	Ikke uddybet beskrivelse af funktionsevne	Uddybet beskrivelse af funktionsevne	Total (N)
Ej konkret fokus i LÆ261	50%	50%	100% (64)
Konkret fokus i LÆ261	36%	64%	100% (36)

Kilde: Sagsgennemgang. **N:** 100.

Et andet område, som analysen indikerer kan have en positiv indvirkning på kvaliteten i lægeattesterne, er, når kommunerne iværksætter tiltag, som har til formål at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger. Fx gennem informationsaktiviteter, dialogfora, gå-hjem møder, tilknytning af praksiskonsulent mv.

Således viser analysen, at de kommuner, som iværksætter tiltag, i højere grad vurderer, at lægeattesterne udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering.

Det fremgår af nedenstående tabel, at 52 procent af kommuner, der har iværksat tiltag, vurderer, at ca. halvdelen eller flere af lægeattesterne udgør et godt grundlag, mens det samme kun er tilfældet for 38 procent af de kommuner, der ikke har iværksat tiltag. Der er altså tale om en vis forskel. De 52 procent af kommunerne, der vurderer, at ca. halvdelen eller flere af lægeattesterne udgør et godt grundlag, er dog på højde med den samlede besvarelse fra kommunerne, hvor 51 procent vurderer, at ca. halvdelen eller flere udgør et godt grundlag, jf. ovenfor.

Hvis der derimod ses på kategorien "alle eller over halvdelen", så vurderer 26 procent af de kommuner, der har iværksat tiltag, at alle eller over halvdelen af lægeattesterne udgør et godt grundlag. Omvendt vurderer kun 10 procent af de kommuner, der ikke har iværksat tiltag, at alle eller over halvdelen af lægeattesterne udgør et godt grundlag, hvilket udgør en forskel på 16 procent point. De 26 procent skal ses i forhold til den samlede kommunebesvarelse, hvor 19 procent af kommunerne vurderer, at alle eller over halvdelen af LÆ265 udgør et godt grundlag.

Tabel 2. Sammenhæng mellem når kommunen iværksætter tiltag til at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger og kommunens vurdering af andelen af LÆ265, der udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering.

	Ingen eller under halvdelen	Ca. halvdelen	Alle eller over halvdelen	Total (N)
Ikke kommunale tiltag	62%	28%	10%	100% (21)
Kommunale tiltag	48%	26%	26%	100% (46)

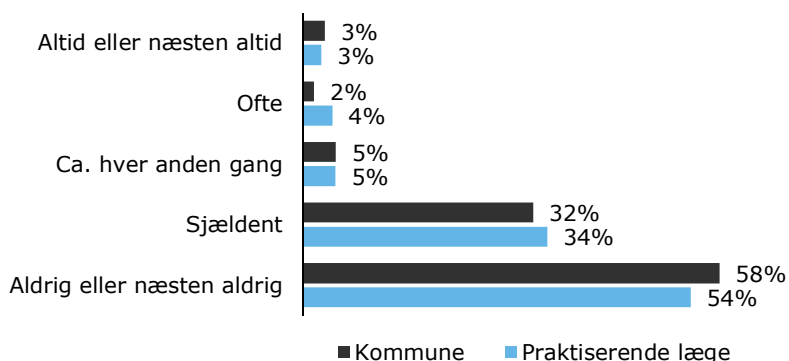
Kilde: Spørgeskema. Kommuner **N:** 67.

Flere kommuner har i interview givet udtryk for, at det er en udfordring for brugbarheden af LÆ265, hvis praktiserende læge nævner en specifik ydelse som fx førtidspension i lægeattesten. Sagsgennemgangen viser, at praktiserende læge i 12 procent af sagerne angiver, hvilken indstilling rehabiliteringsteamet bør komme frem til i forbindelse med behandlingen af patientens sag (typisk fleksjob eller førtidspension).

4.5 Dialog mellem praktiserende læge og kommune

Selvom 11 procent kommunerne, jf. figur 9 ovenfor, vurderer, at lægeattesterne i ingen eller få tilfælde udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering af borgerens mulighed for at arbejde, tager kommunerne sjældent kontakt til lægen for at uddybe LÆ265. Dette fremgår i nedenstående figur, hvor kommune og praktiserende læge forholder sig til, hvor ofte de skønner at være i dialog. Der er tale om en ret ensartet opfattelse af omfanget, idet 90 procent af kommuner oplever sjældent, aldrig eller næsten aldrig at have været i dialog om lægeattesten, mens det samme er tilfældet for 88 procent af lægerne.

Figur 10. Andel af de LÆ265-attester, hvor henholdsvis kommune og praktiserende læger skønner, at der har været dialog.



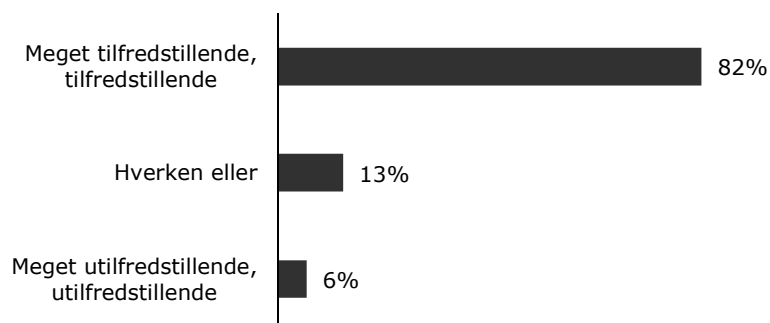
Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700. Kommuner **N:** 74.

De kommunale sagsbehandlere giver i interview udtryk for, at der især tages kontakt, hvis lægeattesten indeholder direkte modstridende oplysninger i forhold til sagens øvrige oplysning, således at der er en risiko for, at rehabiliteringsteamet ikke kan afgive en indstilling på mødet på det foreliggende grundlag.

4.5.1 Digital understøttelse af samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunerne

Generelt er der i kommunerne stor tilfredshed med den digitale understøttelse af attest-samarbejdet med de praktiserende læger omkring LÆ261/LÆ265 i NetForvaltning Sundhed, som er det system, hvor anmodningen modtages og lægeattesten returneres. Nedenstående figur viser, at 82 procent af kommunerne finder den digitale understøttelse af kommunikationen med de praktiserende læger tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende. I forhold til at støtte samarbejdet yderligere digitalt er der som nævnt tidligere et ønske om også at kunne vedhæfte helbredsoplysninger til anmodningen i NetForvaltning Sundhed.

Figur 11. Kommunens tilfredshed med den digitale understøttelse af kommunikationen i NetForvaltning Sundhed.



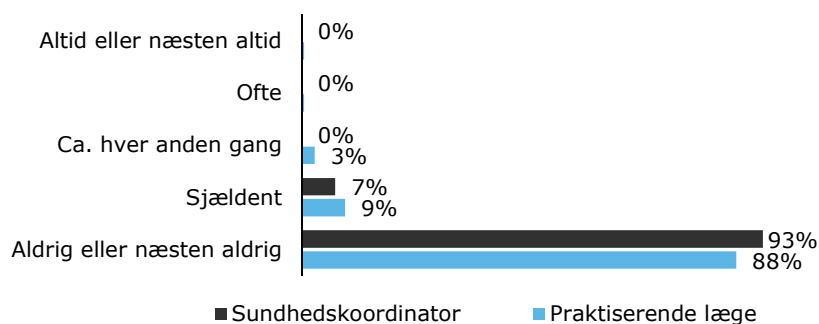
Kilde: Spørgeskema. Kommuner N: 71.

Interview med kommuner og praktiserende læger har endvidere afdækket, at mange kommuner anvender korrespondancemodulet i Netforvaltning Sundhed til afklarende spørgsmål i forbindelse med LÆ265. Der er generelt tilfredshed med denne mulighed. Dog er de praktiserende læger meget opmærksomme på, at dialogen kun knytter sig til korte, konkrete og afklarende spørgsmål til den enkelte attest. Hvis spørgsmålene går ud over dette peger lægerne på, at der i stedet skal bestilles en statusattest. EG Kommuneinformation har oplyst, at ca. 20 kommuner ikke har købt adgang til korrespondancemodulet, hvorfor disse kommuner formentligt udelukkende anvender telefonisk kontakt i tilfælde af behov for dialog med de praktiserende læger.

4.5.2 Samarbejde og dialog mellem praktiserende læge og sundhedskordinator om LÆ265

Der er meget sjældent kontakt mellem sundhedskordinator og praktiserende læge om LÆ265 inden rehabiliteringsteammødet. Det fremgår således af spørgeskemaundersøgelsen, at henholdsvis 93 procent af sundhedskordinatorerne og 88 procent af de praktiserende læger skønner, at der i ingen eller få sager er dialog mellem parterne om attesten.

Figur 12. Andel af sager hvor hhv. sundhedskordinator og praktiserende læge skønner der har været dialog mellem hinanden om LÆ265.



Kilde: Spørgeskema. Sundhedskordinatorer N: 89. Praktiserende læger N: 700.

Sundhedskordinatorerne angiver i interviews en række årsager til/barrierer for den manglende kontakt:

- Sundhedskoordinator læser og forbereder som udgangspunkt sagerne en til to dage før rehabiliteringsteammødet, så sagen står i frisk erindring til selve mødet. Dette medfører, at det er vanskeligt at nå at få telefonisk kontakt til praktiserende læge.
- Sundhedskoordinator er sjældent uenig med praktiserende læge om indholdet i lægeattesten, jf. kapitel 5.
- Sundhedskoordinator har ikke mulighed for at kommunikere digitalt med praktiserende læge, som kommunen har i korrespondance-modulet.
- Der er forskellige tolkninger af Sundhedsloven, så der i nogen regioner skal foreligge et specifikt samtykke fra borger for præcis hvilken type oplysning, der videregives til hvem og til hvilket formål. Et sådan samtykke indhentes meget sjældent inden mødet.

Det fremgår af interviews med sundhedskoordinatorerne, at det særligt er i to situationer, hvor der er behov for at tage kontakt. Den ene situation er, hvis der er nævnt diagnoser i LÆ265, hvor der mangler en beskrivelse af diagnosens indflydelse på funktionsevnen, og dels hvis der kunne ønskes en epikrise fra sygehus eller speciallæge.

4.6 Tilfælde hvor LÆ265 er mindre relevant

Samtlige interviewede kommunale sagsbehandlere vurderer LÆ265 som mindre relevant i de tilfælde, hvor der inden for kort tid (fx inden for måneder), som led i vurderingen af, om en sag skal forelægges rehabiliteringsteamet, er indhentet en generel helbredsattest (LÆ145). LÆ145 vurderes således i vidt omfang at indeholde de samme oplysninger i forhold til borgers helbred og mulighed for at arbejde og udarbejdes på baggrund af en konsultation, hvorfor LÆ265 er mindre relevant og kan undværes, når LÆ145 er indhentet kort tid forinden. Ca. halvdelen af sundhedskoordinatorerne deler denne vurdering. Endvidere oplever de fleste praktiserende læger det som en gentagelse og mindre hensigtsmæssig brug af egne ressourcer, når de skal udarbejde LÆ265 kort tid efter, at de har udarbejdet en LÆ145. Dette skal også ses i lyset af, at der ofte ikke er sket noget med patientens helbredssituation i denne målgruppe. Konkret vil praktiserende læge derfor som oftest henvise til tidligere udarbejdet LÆ145 i selve LÆ265, hvilket kan have betydning for kommunernes vurdering af kvaliteten i LÆ265.

I sagsgennemgangen af i alt 284 sager viser analysen, at der i ca. 8 procent af sagerne indenfor 6 måneder før anmodning om LÆ265 er indhentet en generel helbredsattest. Det ses altså i relativt få sager, at der foreligger en LÆ145 inden for et halvt år før der anmodes om LÆ265.

4.7 Delkonklusion

Evalueringen af lægeattesten LÆ265 viser følgende:

- Analysen viser, at 64 procent af lægeattesterne i 2016 blev leveret indenfor 30 dage efter, at anmodningen LÆ261 er afsendt fra kommunen. Dette er på niveau med 2014 og 2015, hvor henholdsvis 64 og 68 procent af lægeattesterne blev leveret indenfor 30 dage. For en del af de attester, der ikke leveres indenfor 30 dage, kan forklaringen være, at borger har været længe om at bestille tid hos lægen.
- For så vidt angår 2016 er der en vis spredning mellem kommunerne i forhold til andelen af attester, som er returneret indenfor 30 dage. 38 procent af attesterne returneres i den kommune, hvor færrest attester returneres indenfor 30 dage, mens 79 procent af attesterne

leveres i den kommune, hvor flest attester er kommunen i hænde efter 30 dage.

- Den gennemsnitlige tidsperiode for returnering af lægeattesterne i 2016 var 29,1 dage i de 16 kommuner.
- Relevansen af LÆ265 i forhold til at vurdere borgerens muligheder for at varetage et arbejde eller uddannelse vurderes generelt positivt. 84 procent af sundhedskordinatorerne vurderer, at LÆ265 i nogen eller høj grad er relevant, mens 65 procent har kommunerne har samme vurdering. Forskellen i vurderingen af lægeattestens relevans kan bl.a. tilskrives, at sundhedskordinator anvender lægeattesten som det primære dokument til at skabe et overblik over borgerens helbredssituation, mens sagsbehandleren som en del af sagens oplysning har et overblik over borgers helbredssituation.
- Vurderingen af kvaliteten i lægeattesterne er lidt mere delt. 77 procent af sundhedskordinatorerne vurderer, at halvdelen eller flere af attesterne udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering af borgerens mulighed for at arbejde, mens det samme er tilfældet for 51 procent af kommunerne. Sundhedskordinatorerne vurderer, at sagsbehandlerne i kommunerne søger en mere eksplicit kobling mellem det helbredsmæssige og funktionsevnen i attesterne, mens sundhedskordinatorerne som læger har anderledes forudsætninger for at læse de lægelige oplysninger og koble dem til funktionsevnen.
- Analysen viser, at kommunerne selv kan påvirke kvaliteten i attesterne. Således ses der er en positiv sammenhæng mellem kommunens præcision i anmodningerne, det vil sige hvor sagsbehandleren konkretiserer, hvad praktiserende læges skal fokusere på i lægeattesten, og hvorvidt lægeattesten indeholder en uddybet beskrivelse af funktionsevnen. Når kommunen ikke angiver et konkret fokus, viser sagsgennemgangen, at halvdelen af lægeattesterne indeholder en uddybet beskrivelse af funktionsevnen, mens hele 64 procent gør, hvis kommunen angiver et konkret fokus.
- Tilsvarende ses en positiv sammenhæng mellem iværksættelsen af kommunale tiltag til at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger, såsom informationsaktiviteter, gå-hjem møder, tilknytning af praksiskonsulenter mv., og kommunens vurdering af andelen af LÆ265, der udgør et godt grundlag for rehabiliteringsteamets vurdering af sagen. 52 procent af kommunerne, der har iværksat tiltag, vurderer, at ca. halvdelen eller flere af lægeattesterne udgør et godt grundlag, hvilket er på højde med den samlede besvarelse fra kommunerne, der udgør 51 procent, men væsentligt bedre end de kommuner, som ikke har iværksat tiltag (38 procent). Analysen viser imidlertid, at 26 procent af de kommuner, der har iværksat tiltag, vurderer, at alle eller over halvdelen af lægeattesterne udgør et godt grundlag, mens kun 10 procent af de kommuner, der ikke har iværksat tiltag, vurderer det samme. De 26 procent skal ses i forhold til den samlede kommunebesvarelse, hvor 19 procent af kommunerne vurderer, at alle eller over halvdelen af attesterne udgør et godt grundlag.
- Selvom kommunerne vurderer, at kvaliteten i lægeattesterne kunne være bedre, tager kommunerne sjældent kontakt til lægen for at uddybe LÆ265. 90 procent af kommuner oplever sjældent, aldrig eller næsten aldrig at have været i dialog med praktiserende læge om lægeattesten, mens 88 procent af lægerne skønner sjældent,

aldrig eller næsten aldrig at have været i dialog med kommunen om LÆ265.

- Kommunerne vurderer generelt den digitale understøttelse af samarbejdet med de praktiserende læger positivt. 82 procent af kommunerne finder den digitale understøttelsen tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende.
- Analysen viser, at der meget sjældent er dialog mellem sundhedskordinator og praktiserende læge inden mødet i rehabiliteringsteamet, idet henholdsvis 93 procent af sundhedskordinatorerne og 88 procent af de praktiserende læger skønner, at der i ingen eller få sager er dialog mellem parterne om attesten. Som årsag fremhæves især, at sundhedskordinator forbereder sagerne en til to dage før rehabiliteringsteammødet, og at sundhedskordinator sjældent er uenig med praktiserende læge om indholdet i lægeattesten.
- Samtlige kommuner og ca. halvdelen af de interviewede sundhedskordinatorer vurderer, at i de tilfælde, hvor der inden for 2-6 måneder er indhentet en generel helbredsattest, vurderes LÆ265 som mindre relevant. Sagsgennemgang viser, at der kun i ca. 8 procent af sagerne foreligger en generel helbredsattest indenfor 6 måneder.

5 Opfølgning på møde i rehabiliterings-team overfor de praktiserende læger

Samarbejdet med de praktiserende læger efter mødet i rehabiliteringsteamet er fokuseret omkring tilbagemeldingen fra kommunen i form af rehabiliteringsteamets indstilling og sundhedskoordinatorernes opfølgning på helbredsmæssige spørgsmål og indsatser, som måtte komme op på mødet.

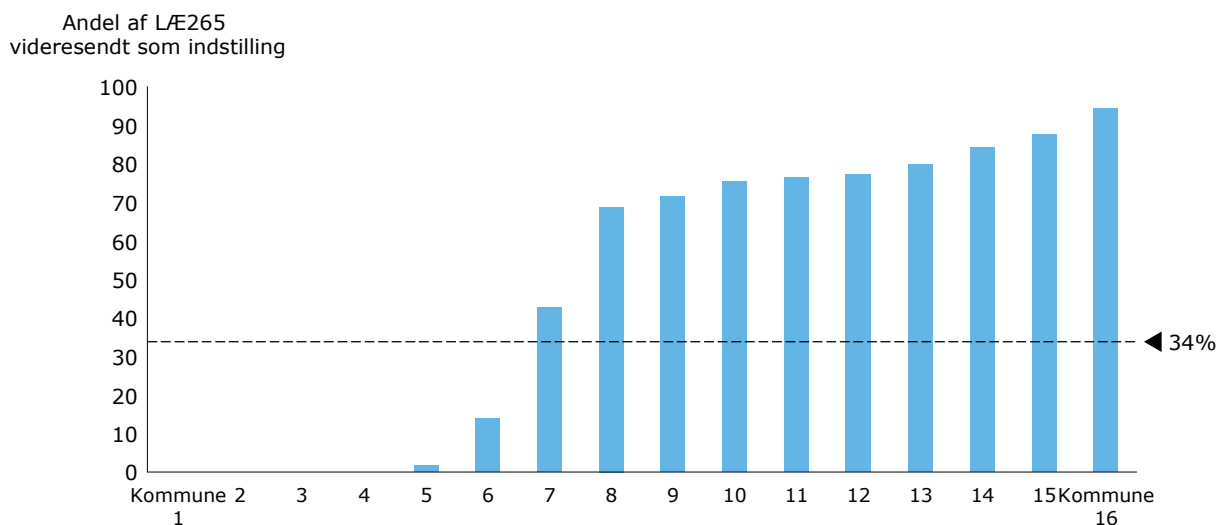
5.1 Fremsendelse af indstilling fra rehabiliteringsteamet til praktiserende læge

Rehabiliteringsteamets indstilling indeholder relevant information om kommunens beslutning i borgerens sag, og er således relevant i forhold til, at den praktiserende læge er velinformeret om borgers sag og for lægens løbende dialog med borgeren.

Analyse af registerdata, baseret på data fra 16 kommuner, viser, at kommunerne kun i ca. en tredjedel af sagerne sender indstillingen fra rehabiliteringsteamet til den praktiserende læge digitalt. Således udgør andelen af indstillinger, der er videresendt til praktiserende læge via den digitale kanal i Mediconnect Proces, 34 procent af de lægeattester (LÆ265), der samlet set er udarbejdet i 2017 i disse kommuner, jf. nedenstående figur. De 34 procent er imidlertid en fremgang siden 2015 og 2016, hvor henholdsvis 17 og 31 procent af de udarbejdede lægeattester blev fulgt op i form af digital fremsendelse af rehabiliteringsteamets indstilling til praktiserende læge efter mødet.

Det ses yderligere af figuren, at der er en stor spredning mellem kommunerne. Eksempelvis varierer andelen af indstillinger, der sendes i 2017, mellem 0 procent (kommune 1-4) og 94 procent (kommune 16). Der er således stor kommunal variation i kommunernes praksis med hensyn til at videresende indstillingen digitalt via Mediconnect Proces efter mødet i rehabiliteringsteamet. Mens der er 4 kommuner, der slet ikke sender indstillinger digitalt til den praktiserende læge, sender 9 ud af 16 kommunerne indstillingen digitalt i over 70 procent af tilfældene.

Figur 13. Andel af udarbejdede lægeattester (LÆ265), hvor indstillingen er videresendt digitalt til praktiserende læge efter rehabiliteringsteam møde i 2017.

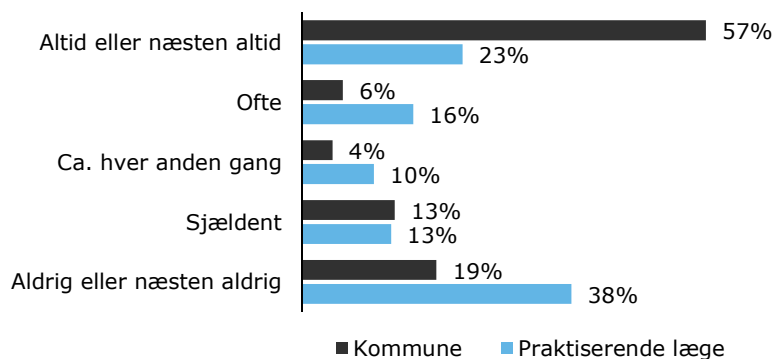


Kilde: EG Kommuneinformation. **N**=6916 attester. **Note:** Sorteret efter gennemsnit 2017.

Interview med kommunerne afdækker, at sagsbehandlerne i nogle kommuner slet ikke er opmærksomme på at videresende indstillingen, mens det i andre kommuner kan variere fra sagsbehandler til sagsbehandler. Endvidere viser interview, at en barriere for fremsendelse af rehabiliteringsteamets indstilling i Mediconnect Proces er, at indstillingen på selve mødet i rehabiliteringsteamet udarbejdes i en anden skabelon, og derfor skal "klippes over" i Mediconnect Proces, inden indstillingen kan fremsendes digitalt til praktiserende læge. Dette er ikke en arbejdsgang, der er understøttet i alle kommuner.

Når de praktiserende læger i spørgeskemaundersøgelsen vurderer andelen af sager, hvor de er blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, viser besvarelserne, at 23 procent af lægerne skønner altid eller næsten altid at være blevet orienteret om indstillingen. Dette skal ses i forhold til, at 57 procent af kommunerne vurderer, at de praktiserende læger altid eller næsten altid orienteres om rehabiliteringsteamets indstilling. Omvendt vurderer 38 procent af lægerne, at de aldrig eller næsten aldrig er blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, mens 19 procent af kommunernes vurderer, at de aldrig eller næsten aldrig sender indstillingen jf. nedenstående figur.

Figur 14. Andel af sager hvor kommunerne skønner at orientere praktiserende læge om indstillingen og praktiserende læges vurdering af andelen af sager, hvor de modtager indstillingen fra rehabiliteringsteamet.



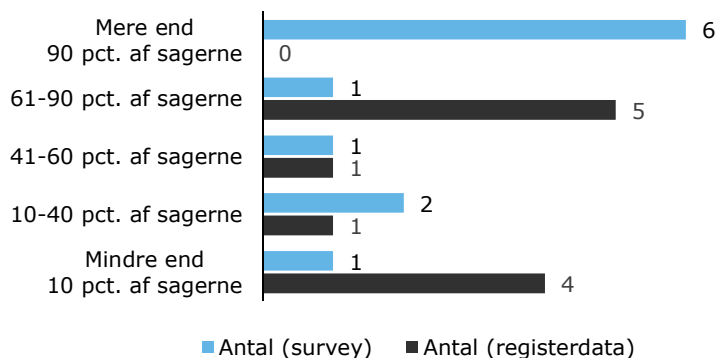
Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700, kommuner **N:** 68.

Der er altså blandt kommuner og praktiserende læger forskellige opfattelser af, om indstillingen bliver sendt til/modtaget af praktiserende læge. Interview med kommuner og praktiserende læger afdækker, at der i mange kommuner ikke er en fast struktur omkring, hvordan de praktiserende læger orienteres om indstillingen. Udover Mediconnect Proces, som altså ikke anvendes til dette formål i alle kommuner, sendes indstillingerne også til lægens e-boks (via lægens cvr-nummer) eller som fysisk kopi, enten leveret af borgeren til den praktiserende læge eller med fysisk post. Kommunens opfattelse af, hvorvidt indstillingen fremsendes, kan således skyldes, at der fra sagsbehandler til sagsbehandler eksisterer forskellige måder at sende indstillingen på og praksis for, om den sendes, hvilket gør det svært at bevare et samlet overblik. Endvidere afdækker interviews med praktiserende læger, at det kan være svært at håndtere indstillinger, der modtages fx fysisk og via e-boks. Samlet set er der altså mange faktorer, der kan påvirke kommunens opfattelse af, om indstillingen er afsendt, og også om de praktiserende læger oplever at modtage indstillingen.

Kommunernes opfattelse af, hvorvidt indstillingen fremsendes, kan endvidere ses ved sammenligning af registerdata og spørgeskema-besvarelser for de 11 kommuner, som både har besvaret spørgeskemaet, og hvor der foreligger registerdata.

Billedet er, at kommunerne generelt vurderer andelen af afsendte indstillinger optimistisk. Således vurderer 6 kommuner i spørgeskemaet, at mere end 90 procent af sagerne sendes til den praktiserende læge, mens registerdata viser ingen af de selvsamme kommuner har sendt mere end 90 procent af indstillingerne via den digitale kanal. Samtidig vurderer 1 kommune i spørgeskemaet, at mindre end 10 procent af sagerne sendes til den praktiserende læge, mens registerdata viser, at 4 kommuner har sendt mindre end 10 procent af sagerne. En del af forklaringen er formentligt, at indstillingen fremsendes ad andre veje, men også at flere kommuner ikke har et tilstrækkeligt overblik, jf. ovenfor.

Figur 15: Sammenligning af andelen af udarbejdede lægeattester (LÆ265), hvor indstillingen er videresendt elektronisk til praktiserende læge (registerdata) og andel af sager, hvor kommunerne skønner at orientere praktiserende læge om indstillingen (spørgeskema) efter mødet i rehabiliteringsteamet i 11 kommuner.



Kilde: EG Kommuneinformation og spørgeskema. Kommuner N: 11.

5.2 Sammenhæng mellem orientering om rehabiliteringsteamets indstilling og lægernes tilfredshed med samarbejdet

At kommunernes orientering om rehabiliteringsteamets indstilling er væsentlig for at understøtte et godt samarbejde med de praktiserende læger afdækkes i analyse af data fra spørgeskemaundersøgelsen. Således viser nedenstående tabel, at kun 9 procent af de læger, som skønner aldrig eller sjældent at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, vurderer samarbejdet med kommunen som meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende. Dette skal ses i forhold til, at 37 procent af de læger, der skønner altid eller ofte at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, oplever samarbejdet med kommunen meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende.

Tabel 3. Sammenhæng mellem praktiserende læges tilfredshed med samarbejdet med kommunen og andelen af attester, hvor praktiserende læge skønner at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling.

	Meget utilfredsstillende, utilfredsstillende	Hverken eller	Meget tilfredsstillende, tilfredsstillende	Total (N)
Indstilling				
Aldrig eller sjældent	52%	39%	9%	100% (220)
Ca. hver anden gang	26%	42%	32%	100% (65)
Altid eller ofte	17%	46%	37%	100% (236)

Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger N: 521.

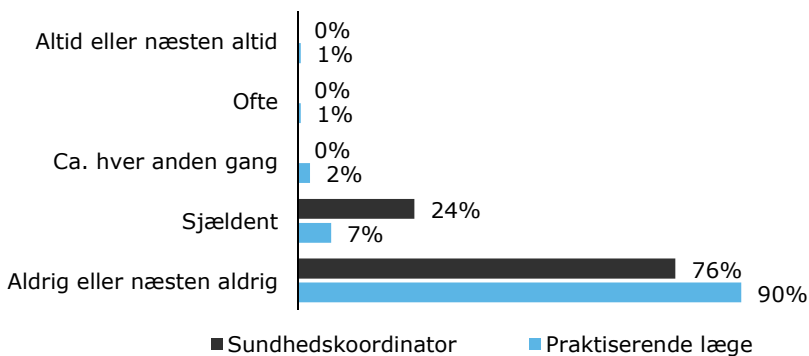
Analysen indikerer således en sammenhæng mellem, at praktiserende læge oplever at blive orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling og lægens tilfredshed med samarbejdet med kommunen. Samtlige praktiserende læger angiver endvidere i interview, at modtagelse af rehabiliteringsteamets indstilling er væsentlig for at kunne støtte op om borgeren, fx giver

det lægen mulighed for at være velforberedt til den næste konsultation med borgeren.

5.3 Kontakt mellem sundhedskordinator og praktiserende læge efter mødet

Sundhedskordinator har som tidligere nævnt en væsentlig rolle i at orientere den praktiserende læge om helbredsmæssige spørgsmål og indsatser, som måtte komme op på rehabiliteringsteam mødet. Nedenstående figur viser, at 90 procent af de praktiserende læger og 76 procent af sundhedskordinatorerne vurderer aldrig eller næsten aldrig at have været i kontakt efter mødet i rehabiliteringsteamet, mens henholdsvis 7 procent af de praktiserende læger og 24 procent af sundhedskordinatorerne vurderer sjældent at have haft kontakt efter mødet. Hverken praktiserende læger eller sundhedskordinatorer vurderer ofte eller altid at have kontakt efter mødet.

Figur 16. Andelen af sager hvor hhv. sundhedskordinator og praktiserende læge oplevet at have haft kontakt efter mødet i rehabiliteringsteamet.



Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700. Sundhedskordinatorer **N:** 89.

Analysen viser således, at det kun er i ganske få tilfælde, at sundhedskordinator efter mødet i rehabiliteringsteamet tager kontakt til praktiserende læge for at drøfte de sundhedsfaglige aspekter i en sag med borgerens praktiserende læge. Dette skal ses i lyset af, at det i mange tilfælde ikke er relevant, jf. nedenfor.

I forlængelse af, at der meget sjældent er kontakt mellem sundhedskordinator og praktiserende læge, har interviews med sundhedskordinatorerne afdækket, at der i alle fem regioner ikke er fastlagt faste procedurer for, hvornår sundhedskordinatorerne efter mødet forventes at tage kontakt til borgerens praktiserende læge, og kontakt til praktiserende læge varierer fra sundhedskordinator til sundhedskordinator. Kun i ét tilfælde tager alle 14 interviewede sundhedskordinatorer øjeblikkelig kontakt til praktiserende læge, nemlig når sundhedskordinator på mødet har en akut bekymring for borgerens helbred, eksempelvis hvis borger udviser selvmodstruende adfærd. Herudover er følgende eksempler på kontakt efter mødet afdækket:

- Ca. en femtedel af sundhedskordinatorerne tager i enkeltstående tilfælde kontakt til praktiserende læge, hvis der på mødet foreslås nye behandlingsmuligheder eller medicin.
- Ca. en femtedel af sundhedskordinatorerne tager i enkeltstående tilfælde kontakt til praktiserende læge, hvis der på mødet opstår uklarhed om borgerens helbredssituation, fx at borgerens helbred fremstår dårligere end beskrevet i lægeattesten.

- Det er meget sjældent, at sundhedskordinator tager kontakt til praktiserende læge, hvis der er uenighed i rehabiliteringsteamet på mødet, eller hvis borger har været åbenlyst utilfreds med rehabiliteringsteamets indstilling.

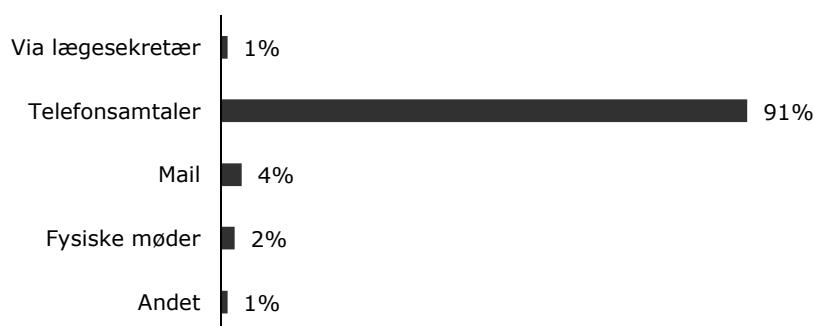
Herudover er det praksis for ca. en fjerdedel af sundhedskordinatorerne at notere nye behandlingsmuligheder skriftligt som notits i indstillingen til praktiserende læge, mens to sundhedskordinatorer har en praksis, hvor borger og/eller bisidder får besked om at viderebringe information om ny medicin eller behandlingsmuligheder til praktiserende læge.

Interview med sundhedskordinatorer og praktiserende læger har endvidere afdækket, at det vil være relevant, at sundhedskordinator tager kontakt borgers praktiserende læge i en række situationer. Udover at tage kontakt (jf. Sundhedsvejledningen) i de situationer, hvor rehabiliteringsteamet anbefaler en ny undersøgelse eller anden behandling, eller hvor det vurderes, at den praktiserende læge eller borgeren er uenig i rehabiliteringsteamets indstilling, er følgende situationer relevante:

- Rehabiliteringsteamet vil anmode praktiserende læge om at overveje en bestemt medicinsk behandling.
- Patienten fremkommer på mødet med helbredsoplysninger, hvor teamet er usikker på, om de er kendt af praktiserende læge.
- Patienten fremstår på mødet på en måde, som på klinisk grundlag vækker mistanke om væsentlige helbredsforhold, som ikke ses omtalt i den allerede foreliggende helbredsdocumentation, og hvor teamet derfor må antage, at de er ukendte for praktiserende læge. Der vil typisk være tale om psykiske helbredsforhold.
- Særligt i ressourceforløbsager vil det i enkelte sager være hensigtsmæssigt, at sundhedskordinator uddyber rehabiliteringsteamets indstilling i samtale med praktiserende læge.

Når sundhedskordinator er i kontakt med praktiserende læge viser spørgeskemaundersøgelsen, at det i 91% af tilfældene oftest sker via telefonsamtaler, jf. nedenstående figur.

Figur 17. Sundhedskordinatorers anvendelse af kommunikationskanaler i dialogen med den praktiserende læge (andele).



Kilde: Spørgeskema. Sundhedskordinatorer **N:** 83.

Samtlige af de interviewede sundhedskordinatorer benytter telefon, når praktiserende læge skal kontaktes, hvilket fremhæves som en betydelig barriere, idet sundhedskordinator som udgangspunkt ikke har en direkte

linje til lægen, men skal ringe i den almindelige telefontid hos lægen⁴. Der eksisterer således ikke i dag en digital kommunikationskanal, som i tilstrækkelig grad understøtter en professionel samarbejdsrelation mellem sundhedskordinator og praktiserende læge. Således ville en digital kommunikationskanal ifølge sundhedskordinatorerne kunne medvirke til, at sundhedskordinator i højere grad ville kunne få kontakt til den praktiserende læge, og fx med en kort besked om, hvad sagen handler om, lægge op til/aftale en mundtlig dialog om sagen.

5.4 Delkonklusion

Evalueringen af opfølgning på mødet i rehabiliteringsteamet med de praktiserende læger viser følgende:

- Analyse af registerdata, baseret på data fra 16 kommuner, viser, at kommunerne i 2017 kun i ca. en tredjedel af sagerne sender indstillingen fra rehabiliteringsteamet til den praktiserende læge via den digitale kanal i Mediconnect Proces. De 34 procent er imidlertid en fremgang siden 2015 og 2016, hvor henholdsvis 17 og 31 procent af de udarbejdede lægeattester blev fulgt op i form af digital fremsendelse af rehabiliteringsteamets indstilling til praktiserende læge efter mødet.
- Der er stor spredning mellem kommunerne i forhold til, om de sender indstillingerne digitalt til den praktiserende læge. Andelen af indstillinger, der sendes i 2017, varierer mellem 0 procent (fire kommuner) og 94 procent (én kommune). Mens der er 4 kommuner, der slet ikke sender indstillinger digitalt til den praktiserende læge, sender 9 ud af 16 kommunerne indstillingen digitalt i over 70 procent af tilfældene.
- Der er blandt kommuner og praktiserende læger forskellige opfattelser af, om indstillingen bliver sendt til/modtaget af praktiserende læge. Således vurderer 57 procent af kommunerne, at de praktiserende læger altid eller næsten altid orienteres om rehabiliteringsteamets indstilling, mens 23 procent af de praktiserende læger skønner altid eller næsten altid at være blevet orienteret om indstillingen.
- Interview med kommuner og praktiserede læger afdækker, at der i mange kommuner ikke er en fast struktur omkring, hvordan de praktiserende læger orienteres om indstillingen. Udover Mediconnect Proces, sendes indstillingerne også til lægens e-boks eller som fysisk kopi. Kommunens opfattelse af, hvorvidt indstillingen fremsendes, kan således skyldes, at der fra sagsbehandler til sagsbehandler eksisterer forskellige måder at sende indstillingen på og praksis for, om den sendes, hvilket gør det svært at bevare et samlet overblik. Sammenligning mellem 11 kommuners spørgeskemabesvarelse og registerdata vedrørende selvsamme kommuner viser, at kommunerne generelt vurderer andelen af afsendte indstillinger optimistisk.
- Analysen viser, at kommunernes orientering om rehabiliteringsteamets indstilling er væsentlig for at understøtte et godt samarbejde med de praktiserende læger. Kun 9 procent af de læger, som skønner aldrig eller sjældent at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling, vurderer samarbejdet med kommunen som meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende. Dette skal ses i forhold til, at 37 procent de læger, der skønner altid eller ofte at være blevet orienteret om rehabiliteringsteamets indstilling,

⁴ Region Nord har som udgangspunkt direkte telefonnumre til de praktiserende læger.

oplever samarbejdet med kommunen meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende.

- 90 procent af de praktiserende læger og 76 procent af sundhedskoordinatorerne vurderer aldrig eller næsten aldrig at have været i kontakt efter mødet i rehabiliteringsteamet. Det er således kun i ganske få tilfælde, at sundhedskoordinator efter mødet i rehabiliteringsteamet tager kontakt til praktiserende læge for at drøfte de sundhedsfaglige aspekter i en sag med borgerens praktiserende læge. Der er endvidere ikke fastlagt faste procedurer for, hvornår sundhedskoordinatorerne efter mødet bør tage kontakt til borgerens praktiserende læge, og kontakt til praktiserende læge varierer fra sundhedskoordinator til sundhedskoordinator.
- Analysen afdækker en række situationer, hvor sundhedskoordinator og praktiserende læge vurderer, at det vil være relevant at tage kontakt. Udover de to situationer, som er nævnt i sundhedsvejledningen (rehabiliteringsteamet anbefaler en ny undersøgelse eller anden behandling, eller hvor det vurderes, at den praktiserende læge eller borgeren er uenig i rehabiliteringsteamets indstilling), handler det om følgende:
 - Rehabiliteringsteamet vil anmode praktiserende læge om at overveje en bestemt medicinsk behandling.
 - Patienten fremkommer på mødet med helbredsoplysninger, hvor teamet er usikker på, om de er kendt af praktiserende læge.
 - Patienten fremstår på mødet på en måde, som på klinisk grundlag vækker mistanke om væsentlige helbredsforhold, som ikke ses omtalt i den allerede foreliggende helbredsdocumentation, og hvor teamet derfor må antage, at de er ukendte for praktiserende læge. Der vil typisk være tale om psykiske helbredsforhold.
 - Særligt i ressourceforløbssager vil det i enkelte sager være hensigtsmæssigt, at sundhedskoordinator uddyber rehabiliteringsteamets indstilling i samtale med praktiserende læge.
- Kontakt mellem praktiserende læge og sundhedskoordinator sker næsten udelukkende via telefon, hvilket fremhæves som en betydelig barriere, idet sundhedskoordinator som udgangspunkt ikke har en direkte linje til lægen, men skal ringe i den almindelige telefontid hos lægen. Der eksisterer således ikke i dag en digital kommunikationskanal, som i tilstrækkelig grad understøtter en professionel samarbejdsrelation.

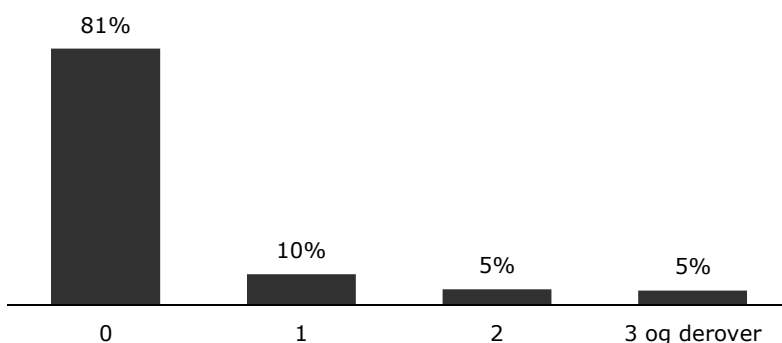
6 Praktiserende lægers deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet

De praktiserende lægers deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet er ikke en del af samarbejdsmodellen, men der er blandt praktiserende læger, kommuner og sundhedskoordinatorer enighed om, at der potentialer forbundet med lægernes deltagelse og at samle de relevante aktører rundt om borgeren, så der kan skabes en fælles forståelse omkring borgerens helbredssituation i forhold til at kunne arbejde.

6.1 Udbredelse af og formål de praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet

Selvom praktiserende læges deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet ikke indgår som en del af sundhedsmodellen, viser dataindsamlingen, at ca. hver femte praktiserende læge, der har medvirket i spørgeskemaundersøgelsen, har erfaring med at deltage. Det sker dog som udgangspunkt sjældent. Som det fremgår af figuren nedenfor, angiver 81 procent af de praktiserende læger i spørgeskemaet, at de aldrig har prøvet at deltage på et møde i rehabiliteringsteamet med deres patient, mens 10 procent har deltaget én gang, 5 procent har deltaget to gange og de resterende 5 procent har deltaget tre eller flere gange.

Figur 18. Antal gange hvor praktiserende læge har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet sammen med sin patient.

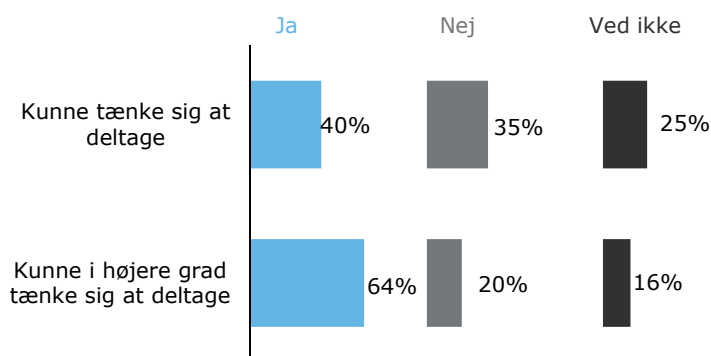


Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 700.

Analysen viser imidlertid, at de praktiserende læger generelt er motiveret for i højere grad at deltage på mødet i rehabiliteringsteamet. Ud af de læger, som aldrig har deltaget på mødet, ses det af nedenstående figur, at 40 procent har et ønske om deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet, mens 64 procent af de praktiserende læger, der har prøvet at deltage mindst én gang, har et ønske om i højere grad at deltage. Det indikerer, at deltagelse

på mødet i rehabiliteringsteamet umiddelbart giver værdi for den praktiserende læge.

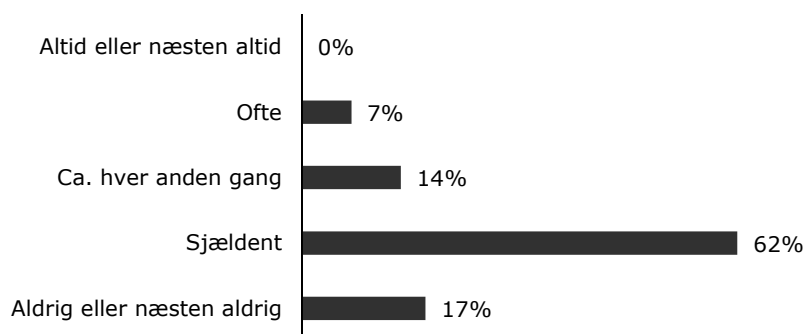
Figur 19. Hvorvidt praktiserende læges kunne tænke sig at deltage på mødet i rehabiliteringsteamet i tilfælde af aldrig at have deltaget samt hvorvidt lægen kunne tænke sig i endnu højere grad at deltage ved minimum en deltagelse.



Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N**: 565 (har ikke deltaget) og **N**: 135 (har deltaget mindst én gang).

I forhold til praktiserende læges deltagelse er det i sundhedsmodellen væsentligt at sikre, at der er opbakning og fælles forståelse omkring de anbefalede indsatser, og at identificere eventuelle uenigheder. Som det fremgår af figuren nedenfor, er der sjældent uenighed om borgerens mulighed for at arbejde mellem sundhedskordinator og praktiserende læge. Således oplever 79 procent af sundhedskordinatorerne sjældent, næsten aldrig eller aldrig at være uenige i praktiserende læges vurdering.

Figur 20. Andel af sager hvor sundhedskordinator oplever at være uenig i praktiserende læges vurdering af borgerens mulighed for at arbejde.



Kilde: Spørgeskema. Sundhedskordinatorer **N**: 89.

Den praktiserende læges deltagelse på mødet i rehabiliteringsteamet er altså som udgangspunkt ikke relevant i forhold til at løse uenigheder mellem sundhedspersoner, og i forlængelse af kapitel 4, hvor det fremgik, at LÆ265 (især af sundhedskordinatorerne) vurderes at udgøre et godt grundlag, heller ikke med fokus på at uddybe den helbredsmæssige oplysning. I stedet peger især sundhedskordinatorer og kommuner samt tillige størstedelen af de praktiserende læger i interviews på følgende:

- Værdien i praktiserende læges deltagelse på mødet fremkommer især i de sager, hvor praktiserende læge på mødet kan støtte op om borgerens deltagelse i virksomhedsrettede indsatser, fx i forbindelse med et ressourceforløb,

- Praktiserende læge kan betrygge sin patient i, at vedkommende ikke vil lide skade ved deltagelse i en given erhvervsrettet indsats. Sundhedskoordinatorerne peger fx på patienter med smerteproblematikker, funktionelle lidelser med diffuse symptomer og sager, hvor borgerens opfattelse af funktionsevnen ikke matcher praktiserende læge og rehabiliteringstemaets vurdering.

Sundhedskoordinatorer og kommuner peger i forlængelse heraf på, at tilstedeværelsen af de relevante aktører - kommune, praktiserende læge og sundhedskoordinator - kan:

- Medvirke til at skabe en fælles forståelse om retningen for borgeren (sammen med borger)
- Modvirke, at borgeren føler sig 'klemmt' mellem fagpersoner med forskellig holdning til sammenhængen mellem borgers helbred og mulighed for at arbejde.

6.2 Potentialer for de praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet

Analysen viser, at der er en sammenhæng mellem at de læger, som har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, også er mere tilfredse med det generelle samarbejde med kommunen om borgere i målgruppen for førtidspension, fleksjob og ressourceforløb, der skal have deres sag behandlet i rehabiliteringsteamet.

Således viser nedenstående tabel, at i de tilfælde, hvor praktiserende læge har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, vurderer 30 procent af lægerne, at samarbejdet med kommunen er meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende, mens det kun gælder for 22 procent af de læger, som aldrig har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet.

Tabel 4. Sammenhæng mellem at praktiserende læge har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet og praktiserende læges tilfredshed med samarbejdet.

	Meget utilfredsstillende, utilfredsstillende	Hverken eller	Meget tilfredsstillende, tilfredsstillende	Total (N)
Ikke deltaget i møde i rehabiliteringsteam	32%	46%	22%	100% (480)
Deltaget i møde i rehabiliteringsteam	31%	39%	30%	100% (123)

Kilde: Spørgeskema. Praktiserende læger **N:** 603.

Potentialet ved deltagelse i rehabiliteringsteammøderne understøttes i interviews, hvor et flertal af de praktiserende læger giver udtryk for, at der er potentiale for en bedre forståelse af rehabiliteringstemaets rolle, kommunens tilbud og rammebetingelser samt sundhedskoordinatoren rolle ved at deltagelse på rehabiliteringsteammødet. Ca. halvdelen af de interviewede praktiserende læger ved eksempelvis ikke, hvem sundhedskoordinator er, og at sundhedskoordinator som udgangspunkt er en læge.

6.3 Delkonklusion

Evalueringen af potentialerne ved de praktiserende lægers deltagelse på møde i rehabiliteringsteamet viser følgende:

- Ca. hver femte praktiserende læge har erfaring med deltagelse på rehabiliteringsteammødet minimum én gang, mens fire ud af fem praktiserende læger aldrig har deltaget. Analysen viser samtidig, at de praktiserende læger generelt er motiveret for i højere grad at

deltage på mødet i rehabiliteringsteamet. Ud af de læger, som aldrig har deltaget på mødet, har 40 procent et ønske om deltagelse på mødet, mens 64 procent af de praktiserende læger, der har prøvet at deltage mindst én gang, har et ønske om i højere grad at deltage.

- Analysen viser, at praktiserende læges deltagelse på mødet især giver værdi i situationer, hvor praktiserende læge på mødet kan støtte op om borgerens deltagelse i virksomhedsrettede indsatser, fx i forbindelse med et ressourceforløb, og betrygge egen patient i, at vedkommende ikke vil lide skade ved deltagelse i en given virksomhedsrettet indsats. Sundhedskoordinatorerne peger fx på patienter med smerteproblematikker, funktionelle lidelser med diffuse symptomer og sager, hvor borgerens opfattelse af funktionsevnen ikke matcher praktiserende læges og rehabiliteringsteamets vurdering.
- De praktiserende lægers deltagelse på mødet sker således ikke som udgangspunkt med fokus på at uddybe den helbredsmæssige oplysning i sagen, som især sundhedskoordinatorerne finder tilfredsstillende, og ej heller, fordi der er behov for at opnå enighed mellem praktiserende læge og sundhedskoordinator. Således viser analysen, at 79 procent af sundhedskoordinatorerne sjældent, næsten aldrig eller aldrig oplever at være uenige i praktiserende læges vurdering af borgerens mulighed for at arbejde.
- Analysen viser endvidere, at der er en positiv sammenhæng mellem at de læger, som har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, også er mere tilfredse med det generelle samarbejde med kommunen. I de tilfælde, hvor praktiserende læge har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet, vurderer 30 procent af lægerne, at samarbejdet med kommunen er meget tilfredsstillende eller tilfredsstillende, mens det kun gælder for 22 procent af de læger, som aldrig har deltaget på mødet i rehabiliteringsteamet.

Bilag 1. Datagrundlag og metode

For at tilvejebringe et solidt grundlag, der sikrer, at samtlige relevante aktørers perspektiver og erfaringer er blevet inddraget, er evalueringen af sundhedsmodellen baseret på en række forskellige datakilder og indsamlingsmetoder.

Datamodelen for evalueringen er vist i tabellen nedenfor.

Tabel 5. Datamodel for evalueringen af sundhedsmodellen

Datakilder	Volumen	Dataindsamlingsmetode	Udvælgelsesprincip
Praktiserende læger	Ca. 3.500	Spørgeskemaundersøgelse blandt alle praktiserende læger. Svar fra 700 praktiserende læger, svarende til en svarprocent på 20.	Populationsstudie.
		Interview med 14 praktiserende læger.	Udvalgt i samarbejde med PLO.
Kommunale jobcentre	94	Spørgeskemaundersøgelse blandt alle kommunale jobcentre (besvaret af en teamleder/koordinatorprofil). Svar fra 74 kommuner, svarende til en svarprocent på 79.	Populationsstudie.
		Besøg og interview med 2 forberedende og 2 koordinerende sagsbehandlere i 4 udvalgte kommuner.	Stratificering på regioner og kommunistørrelse. Interviewpersoner er udvalgt i samarbejde med de 4 jobcentre.
Sundheds-koordinatorer	127	Spørgeskemaundersøgelse blandt alle sundhedskoordinatorer. Svar fra 92 sundhedskoordinatorer svarende til en svarprocent på 72.	Populationsstudie.
		Besøg og interview med 3-4 sundhedskoordinatorer fra hver af de 5 regionale sundhedsenheder klinisk funktion.	Interviewpersoner udvalgt i samarbejde med de 5 kliniske funktioner.
Sager		Sagsgennemgang af i alt 100 sager *Der trækkes endvidere på sagsgennemgang fra evalueringen af "Rehabiliteringsteams og tværfaglig indsats" ifm. LÆ145.	Randomiseret udvælgelse af sager i 5 kommuner.
Registerdata		Registerdata fra EG. Kommuneinformation.	Randomiseret udvælgelse af 16 kommuner, hvorfra registerdata er trukket.

I det efterfølgende afsnit beskrives kort indsamlingsmetoden for de anvendte datakilder.

Spørgeskemaundersøgelse i jobcentre, praktiserende læger og sundhedskoordinatorer

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige praktiserende læger og sundhedskoordinatorer samt alle jobcentre. Spørgeskemaundersøgelserne omhandler aktørernes erfaring med lægeattesterne (LÆ261 og LÆ265), udveksling af helbredsoplysninger, deling af indstillinger, kontakt og samarbejde mv. med de praktiserende læger i sundhedsmodellen som omdrejningspunkt, og følger den overordnede struktur for evalueringsdesignet. Spørgeskemaundersøgelsen er sendt elektronisk til alle tre aktører. 700 læger ud af cirka 3.500 praktiserende læger har besvaret spørgeskemaet, svarende til en besvarelsesprocent på cirka 20 pct., hvilket vurderes tilfredsstillende, respondentgruppen taget i betragtning. 74 jobcentre har besvaret spørgeskemaet (én besvarelse), svarende til en besvarelsesprocent på 79 pct. 92 sundhedskoordinatorer har besvaret spørgeskemaet, svarende til en besvarelsesprocent på 72. Besvarelsesprocenten for hhv. sundhedskoordinatorer og kommunale jobcentre er tilfredsstillende.

Interview af praktiserende læger

Der er gennemført interview med 14 praktiserende læger udvalgt i samarbejde med Lægeforeningen og Praktiserende Lægers Organisation. Interviewene har haft fokus på at afdække de praktiserende lægers erfaringer med lægeattester (LÆ261 og LÆ265), udveksling af helbredsoplysninger, dialog og samarbejde med hhv. kommune og sundhedskoordinator før, under og efter mødet i rehabiliteringsteamet om borgere i målgruppen for førtidspension, fleksjob og ressourceforløb. Interviewene er gennemført via telefon og som semistrukturerede interview ud fra en fast spørgeguide.

Interview af sundhedskoordinatorer

Der er gennemført interview med 3-4 sundhedskoordinatorer fra alle 5 kliniske funktioner. Interviewene har haft fokus på at afdække sundhedskoordinatorernes erfaringer med dialogen og samarbejdet med praktiserende læge før, under og efter mødet i rehabiliteringsteamet om borgere i målgruppen for førtidspension, fleksjob og ressourceforløb. I to af de fem kliniske funktioner er der aflagt fysisk besøg, mens der for tre regioner er afholdt telefoninterview med sundhedskoordinatorerne. Alle interviewene er gennemført som semistrukturerede interview ud fra en fast spørgeguide

Besøg i udvalgte jobcentre

Der er gennemført besøg i 4 jobcentre i forbindelse med evalueringen. De 4 jobcentre er udvalgt ved en stratificering af jobcentrene på region og kommunestørrelse. De 4 besøgte jobcentre er Odder, Hvidovre, Kolding og Odsherred Kommune. I alle jobcentre er der gennemført interview med udvalgte forberedende og koordinerende sagsbehandlere. Interviewene har fokus på at afdække sagsbehandlingernes erfaringer med udveksling af

helbredsoplysninger, lægeattester (LÆ261 og LÆ265), dialog og samarbejdet med praktiserende læge før, under og efter mødet i rehabiliteringsteamet. Herudover sundhedskoordinators rolle i understøttelsen af kommunen. Samtlige interviews er gennemført som semistrukturerede interview med specifikke spørgeguides til de to respondentgrupper.

Sagsgennemgang

Der er foretaget en sagsgennemgang af i alt 100 sager med lægeattesterne (LÆ261 og LÆ265) som genstandsfelt. Sagerne er repræsentativt udvalgt i 5 kommuner, der hver har leveret ca. 20 sager. Sagerne er gennemgået efter en på forhånd udviklet skabelon, hvori der for hver sag er noteret en række faktiske forhold ved lægeattesterne, for eksempel kontaktoplysninger og angivelsen af konkret fokus i anmodningen (LÆ261), hvorvidt praktiserende læge i lægeattesten (LÆ265) har beskrevet funktionsevnen, særlige hensyn etc. Det skal bemærkes, at der ikke er foretaget vurdering af selve sagsbehandlingen i de gennemgåede sager.

Registerdata

Slutteligt er der gennemført analyser af registerdata for afsendte anmodninger (LÆ261) og modtagne lægeattester (LÆ265), samt digitalt videresendte indstillinger fra rehabiliteringsteamet. Registerdata er leveret af EG. Kommuneinformation fra 16 repræsentativt udvalgte kommuner dækkende 23 pct. af befolkningen. Databehandlingen er foretaget af Deloitte.

Deloitte.

Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, consulting, financial advisory, risikostyring, skat og dertil knyttede ydelser til både offentlige og private kunder i en lang række brancher. Deloitte betjener fire ud af fem virksomheder på listen over verdens største selskaber, Fortune Global 500®, gennem et globalt forbundet netværk af medlemsfirmaer i over 150 lande, der leverer kompetencer og viden i verdensklasse og service af høj kvalitet til at håndtere kundernes mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Vil du vide mere om, hvordan Deloitte omkring 245.000 medarbejdere gør en forskel, der betyder noget, så besøg os på Facebook, LinkedIn eller Twitter.

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til www.deloitte.com/about for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.