

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

REGION

Praksisplan for almen praksis 2015-2018

HØRINGSUDKAST, 22. JUNI 2015

RESUME	4
DEL 1	5
1. INDLEDNING	5
1.1 Rammer for praksisplanen	6
1.2 Sammenhæng mellem praksisplanen og sundhedsaftalen	6
1.3 Nationale visioner for almen praksis	7
1.4 Mål i praksisplanen	8
1.4.1 Overordnede målsætninger for praksisplanen	9
1.5 Læsevejledning	10
DEL 2	11
2. PATIENTEN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART	11
2.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	11
2.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	12
2.2.1 Patientevalueringer som patientinddragelse	13
2.2.2 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser	13
2.2.3 Patientinddragelsesudvalget	14
3. NYE SAMARBEJDSFORMER	15
3.1 Tværsektoriel ledelse	16
4. LIGHED I SUNDHED	17
4.1 Tidlig opsporing og differentiering af indsatser	17
4.1.1 Tidlig opsporing af sårbare og udsatte borgere	18
4.1.2 Differentierede indsatser ud fra patienternes behov	19
DEL 3	20
5. KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED	20
5.1 Lægedækning og praksisstruktur	20
5.1.1 Nye muligheder i Sundhedsloven	20
5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning	21
5.1.3 Planområder	22
5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer	23
5.2 Rekruttering og fastholdelse	25
5.2.1 Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter	26
5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder	26
5.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg	27
5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer	28
5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud	30
5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening	31
5.3.4 Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg	32
5.4 Tilgængelighed	33
5.4.1 Definition på tilgængelighed	34
5.4.2 Fysisk tilgængelighed	34
5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning	34
5.4.4 Telefonisk tilgængelighed	36
5.4.5 Elektronisk tilgængelighed	37

DEL 4	39
--------------	-----------

6. UDVIKLING AF DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN **39**

6.1 Samarbejde om bestemte målgrupper	39
6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	39
6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet	42
6.1.3 Samarbejde på kræftområdet	45
6.1.4 Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	46
6.1.5 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	50
6.1.6 Samtaleterapi	54
6.1.7 Samarbejde på misbrugsområdet	55
6.2 Samarbejde om medicin	57
6.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicinhåndtering	57
6.2.2 Det Fælles Medicin Kort (FMK)	58
6.2.3 Medicingennemgang	59
6.2.4 Dosisdispensering	60
6.2.5 Polyfarmarci	60
6.3 Digital kommunikation	62
6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange	62
6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper	67
6.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	69
6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	69
6.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne	71
6.4.3 Samarbejde mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren	75

DEL 5	78
--------------	-----------

7. KVALITET **78**

7.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i almen praksis	78
7.1.1 KAP-H - Regional kvalitetsorganisation	79
7.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis	79
7.2.1 Akkrediteringsprocessen	80
7.3 Den organisatoriske kvalitet	81
7.3.1 Ledelse og praksisudvikling	82
7.4 Den sundhedsfaglige kvalitet	82
7.4.1 Patientsikkerhed	82
7.4.2 Efteruddannelse	84
7.5 Den patientoplevede kvalitet	85
7.5.1 Læring ved patienttilfredshedsundersøgelser og patientevalueringer	85
7.6 Datadrevet kvalitetsudvikling	86

BILAG	87
--------------	-----------

GRUNDBESKRIVELSE FOR ALMEN PRAKSIS	87
---	-----------

Resume

Under udarbejdelse

Høringsudkast

DEL 1

1. Indledning

Parterne bag praksisplanen er enige om, at den praktiserende læges nøglefunktion er at være patientens første, frie og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet og varetage rollen som generalist, gatekeeper og tovholder.

Langt de fleste problemstillinger håndteres i almen praksis, uden at det øvrige sundhedsvæsen involveres. Men når problemstillinger involverer andre end almen praksis, skal samarbejdet med hospitaler, kommuner og øvrige praksissektorer være velfungerende.

Almen praksis er til stede i patienternes nærmiljø med et attraktivt og differentieret sundhedstilbud.

Almen praksis' kerneopgave rummer både sygdomsspecifikke og ikke-sygdomsspecifikke elementer. Det ikke-sygdomsspecifikke er en væsentlig del af tilbuddet i almen praksis, eksempelvis håndtering af patienternes bekymringer samt styrkelse af patienternes mestringsevne og tiltro til egen formåen. Konsultationer sker i langt de fleste tilfælde efter patienternes anmodning. Patienterne henvender sig, når de har et sundhedsrelateret problem, de ønsker almen praksis hjælper med. Dette giver en unik mulighed for at finde løsninger, som patienterne føler sig medinddraget i.

Med den kontinuerlige og brede kontakt opbygges kendskab til patientens livserfaringer, familierelationer og ressourcer. Den personlige relation mellem lægepraksis og patient gør det muligt at skabe den tillid og åbenhed, der er forudsætningen for at patienterne henvender sig, når der kan være tegn på alvorlig sygdom, og gør lægen i stand til at opdage faresignaler som ikke nødvendigvis beskrives i kliniske retningslinjer. Dette er forudsætningen for opsporing, udredning og behandling af det sygdomsspecifikke, samt varetagelse af rollen som gatekeeper og tovholder.

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt større krav om effektiviseringer og kvalitetsudvikling. Praksisplanen skal være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Det er et fælles ansvar at sikre, at almen praksis fortsat kan varetage sine kerneopgaver og samtidig følge med udviklingen som en velfungerende og integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten oplever høj kvalitet og tryk i forløbet. Praksisplanen forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle almen praksis i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Parterne ønsker dels at styrke kvaliteten, kapaciteten og rammerne om almen praksis. Dels at værne om almen praksis som en attraktiv arbejdsplads - og ikke mindst styrke tilliden mellem samarbejdsparterne på tværs af faggrupper

og sektorer. Endelig handler det om at flytte fokus fra samarbejdsaftaler hen mod nye organisatoriske samarbejdsformer, der passer til de opgaver, der skal løses og med mennesket i centrum for løsningen.

1.1 Rammer for praksisplanen

Folketinget vedtog d. 27. juni 2013 ændringer til Sundhedsloven, som justerer planlægningsbestemmelserne for almen praksis. Ændringerne betyder bl.a., at der er nedsat et Praksisplanudvalg mellem region, kommuner og almen praksis med ansvar for i samarbejde at udarbejde en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen.

Hvor det før var overenskomsten, der satte rammerne for praksisplanen for almen praksis, er det nu sundhedsloven og den tilhørende vejledning¹, der skitserer principperne for udarbejdelsen og indholdet i praksisplanen.

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplan for almen praksis, skal praksisplanen beskrive *"... de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet"*. I vejledningen fremgår det endvidere, at praksisplanen skal medvirke til at:

"styrke almen praksis' samarbejde med kommunen og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse

styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet

sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, således at alle borgere kan få et almenmedicinsk tilbud."

Kommunerne får med lovændringen større indflydelse på planlægningen af almen praksis, herunder også decentrale aftaler om udmøntning af såvel sundhedsaftaler som praksisplan.

1.2 Sammenhæng mellem praksisplanen og sundhedsaftalen

Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen har udarbejdet en sundhedsaftale for 2015-2018. PLO-Hovedstaden har deltaget i og bidraget til udarbejdelsen af aftalen.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57B stk. 2 forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen, såfremt de opgaver,

¹ Link til bekendtgørelse og vejledning om praksisplanudvalg for almen praksis: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=162217> og <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/praksisomraadet/alment-praktiserende-laeger/~media/CB46099C74AD4610B70E8C1B81D539C1.ashx>

som ønskes løst af almen praksis beskrives i praksisplanen. Udførelsen af opgaverne forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller indgår i en underliggende aftale om vilkårene for opgavernes udførelse².

Med ændringerne i sundhedsloven er det hensigten at styrke sammenhængen mellem praksisplanen for almen praksis og sundhedsaftalen, den regionale sundhedsplan og det øvrige koordinerende arbejde på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

I praksisplanen er relevante opgaver fra sundhedsaftalen beskrevet med fokus på almen praksis' rolle i opgaveløsningen. Der vil blive udarbejdet en implementeringsplan, der konkretiserer indsatserne i praksisplanen og efterfølgende en underliggende aftale, der beskriver vilkårene for løsning af de opgaver som måtte ligge uden for overenskomstens rammer. Implementeringsplanen vil således også være et nødvendigt prioriteringsredskab i forhold til beslutninger om, hvad der indenfor de økonomiske rammer er mulighed for at løfte i fællesskab.

Implementeringen af praksisplanen, herunder organiseringen af arbejdet, skal derfor også koordineres tæt med arbejdet med implementeringen af sundhedsaftalen. Dette skal sikre, at almen praksis inddrages i arbejdet, hvor det er relevant, samtidig med, at organiseringen ikke medfører dobbeltarbejde.

1.3 Nationale visioner for almen praksis

I forlængelse af ændringerne i sundhedsloven er der i forbindelse med regeringens sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre”³, ønsket en styrkelse af almen praksis og afsat ressourcer til dette.

² Underliggende aftaler indgås for de opgaver, som ligger ud over almen praksis' forpligtelser jf. overenskomsten for almen praksis.

³ ”Jo før jo bedre – Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle” (Regeringen, august 2014).

Regeringens sundhedsstrategi "Jo før jo bedre"

- 1. Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve (1,1 mia. kr.)**
Bedre redskaber til praktiserende læger, direkte henvisning til udredning, øget kapacitet på sygehuse og diagnostiske centre til udredning og bedre kræftkirurgi samt styrket palliativ indsats for kræftramte børn.
- 2. Kroniske sygdomme skal opdages tidligere og svage patienter skal have ekstra hjælp (1,5 mia. kr.)**
Klar plan for behandlingsforløb, målrettede sundhedstjek efter vurdering af patientens risiko baseret på bedre beslutningsstøtteværktøjer, national satsning ift. lungesygdomme, tilknytning af fast tilknyttet sygeplejerske til de svageste patienter (aktiv patientstøtte).
- 3. Styrkelse af den praktiserende læge (1,0 mia. kr.)**
Investeringer i moderne lægehuse der understøtter lægedækning i alle dele af landet og styrket samarbejde på tværs af faggrupper, finansieringsforsøg der nedbringer genindlæggelser, fast tilknyttet læge til plejecentre og bosteder.
- 4. Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende (0,3 mia. kr.)**
Sundhedspersonalet skal klædes på til at inddrage patienter, patienters viden om egen sygdom skal bruges bedre, behandling i eget hjem via telemedicin og bedre adgang til egen journal.
- 5. Bedre kvalitet via synlighed og åbenhed om resultater (1,1 mia. kr.)**
Nationalt kvalitetsprogram med vægt på resultater og som motiverer personalet. Delelementer er bl.a. synlighed om resultater, udbredelse af viden om bedste praksis, eksperter skal støtte kvalitetsudviklingen på sygehusafdelinger, pulje til belønning af kvalitet og fokus på forbedret rengøring og hygiejne.

Der vil løbende blive taget stilling til, hvilken betydning konkretiseringen af de enkelte indsatser i sundhedsstrategien har for arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen.

1.4 Mål i praksisplanen

Da det er et centralt mål for praksisplanen at være med til at sikre gennemførslen af Sundhedsaftalen 2015-2018, bliver de politiske mål og visioner herfor også centrale i praksisplanen. Visionerne for Praksisplan 2015-2018 omfatter derfor:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Med dette udgangspunkt, udfoldes de politiske visioner for praksisplanen i et målhierarki, som foruden visionerne omfatter overordnede mål- og delmålsætninger samt anbefalinger for udviklingen i perioden 2015-2018 (figur 1).

Figur 1: Målhierarki for planlægning og udvikling af almen praksis 2015-2018 i Region Hovedstaden



1.4.1 Overordnede målsætninger for praksisplanen

På baggrund af de fire visioner og de nationale krav til praksisplaner for almen praksis foreslås følgende overordnede målsætninger for Praksisplanen 2015-18:

Figur 2: Overordnede målsætninger for Praksisplanen for almen praksis 2015-18



*Almen praksis' forpligtelser konkretiseres i den underliggende aftale i det omfang, det ikke er en del af de overenskomstmæssige forpligtelser.

1.5 Læsevejledning

Praksisplanen beskriver indledningsvist perspektiver og anbefalinger knyttet til praksisplanens målsætninger om patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed.

Derefter præsenteres målsætninger og anbefalinger om kapacitet og tilgængelighed, efterfulgt af et større afsnit om samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis om en række specifikke målgrupper under overskriften ”Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen”. Afslutningsvist fremstilles målsætninger og anbefalinger omhandlende kvalitet i almen praksis.

Afsnittene under hvert emne er opbygget således, at delmålsætninger for emnet oplistes først, derefter beskrives, hvilke udfordringer og muligheder, der er i forhold til almen praksis’ rolle, og de anbefalinger, parterne ønsker at arbejde med i planperioden for at nå målsætningerne.

Praksisplanen omfatter både det somatiske som det psykiatriske område. Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og mistrivsel behandles imidlertid i et særskilt afsnit i planen.

Patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed er generelle fokusområder i hele praksisplanen og nævnes derfor flere steder i planen. Emnerne behandles derudover i hvert deres særskilte afsnit.

I praksisplanen anvendes ordene ”patient” og ”borgere” afhængigt af, hvilken kontekst ordene indgår i.

I bilag 1 ses grundbeskrivelsen for almen praksis i perioden 2015-2018. Sundhedsstyrelsens ”Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner” anbefaler, at praksisplanen beskriver bl.a. eksisterende lægekapacitet, demografi og organiseringen. Grundbeskrivelsen har til formål at give et overblik over fordelingen af lægekapaciteten, praksisformer, demografi og forventet befolkningsudvikling samt aktivitet og økonomi. Data er opgjort på regionsniveau, fordelt på planområder, og hvor det er skønnet relevant også på kommuneniveau (planlægningsområder).

Del 2

2. Patienten som aktiv samarbejdspart

Delmålsætninger

- at almen praksis bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- at patienter og pårørende deltager, når vi træffer beslutninger om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. Dels bidrager de med vigtig viden om eget forløb. Dels kan et aktivt samarbejde med patient og pårørende medvirke til at styrke patienternes mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb. Endelig vil inddragelse af patienternes viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Parterne er derfor enige om at betragte patienter og pårørende som aktive samarbejdsparter i eget forløb i det omfang, de ønsker det, og under hensyntagen til deres samlede ressourcer. Men sundhedsvæsenet skal også være åbent og lydhør overfor patientens perspektiv, når sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres generelt. Som tidligere beskrevet vil almen praksis typisk have kendskab til patientens samlede livsbetingelser, behov og ressourcer, og kan tage hensyn til dette i planlægningen af patientforløbet.

2.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Ifølge sundhedsaftalen handler aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb.

Involvering af patienter og pårørende i forebyggelse, udredning, behandling, pleje og sygdomshåndtering kan dels medvirke til at forbedre de kliniske resultater og patientsikkerheden samt øge patienternes livskvalitet. Dels kan øget patient- og pårørendeinddragelse medvirke til, at der samlet set opnås mere sundhed for pengene. Det hænger bl.a. sammen med, at patienter, der er godt informerede og involverede i behandlingsforløbet i højere omfang følger den sundhedsprofessionelles rådgivning. De er desuden mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl⁴.

⁴ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser vedr. aktivt samarbejde med den enkelte patient om eget behandlingsforløb:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. aktivt samarbejde med den enkelte patient om eget behandlingsforløb

- Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.
- Understøtte borgernes indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.

I almen praksis handler individuel patientinddragelse bl.a. om, at lægen og klinikpersonale i dialogen med patienten er i stand til at tage udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning.

Det skal i planperioden undersøges, hvordan almen praksis kan bidrage til at understøtte øget patient- og pårørendeinddragelse.

Som det ses ovenfor, peges der i sundhedsaftalen desuden på mulighederne for anvendelse af telemedicin/telesundhed som redskab til at styrke patienternes rolle som aktiv samarbejdspart i eget behandlingsforløb. Desuden giver datafangstprogrammet⁵ mulighed for, at patienten og lægen i forbindelse med konsultationen kan have en dialog om behandlingen af f.eks. diabetes. I øjeblikket afventes dog en afklaring af det lovgivningsmæssige og tekniske grundlag for brugen af datafangst.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende*
- *at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes bl.a. gennem brugen af telemedicinske løsninger og om muligt datafangst.*

2.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden inddragelse af patienter og pårørende i eget forløb, kan patientinddragelse også ske på et 'organisatorisk' plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, hvorpå sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres generelt.

⁵ Link: <http://www.dak-e.dk/flx/dk/almen-praksis/datafangst/>.

Dette er også et centralt perspektiv i det aktive samarbejde med patienten i sundhedsaftalen:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. aktivt samarbejde om udviklingen af sundhedsvæsenet

- *Arbejde for en styrkelse af den systematiske involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.*

På den baggrund anbefales følgende vedr. samarbejdet med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet:

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet, med at styrke systematisk involvering af patienter og pårørende ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.*

I Region Hovedstaden er der allerede nogle eksempler på inddragelse af patienter og pårørende, når der træffes beslutning om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Disse former for patientinddragelse er beskrevet nedenfor.

2.2.1 Patientevalueringer som patientinddragelse

I henhold til gældende overenskomst skal almen praksis gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Ifølge den Danske Kvalitets Model (DDKM) for almen praksis, skal klinikken desuden anvende tilbagemeldinger fra patienter til at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser.

I forbindelse med indikatorerne for standarden i DDKM om patientevalueringer, skal praksis ved interviews kunne redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldingerne/resultaterne af patientevalueringerne.

Derved kommer patientens erfaringer og oplevelser til at indgå i den organisatoriske udvikling af praksis.

2.2.2 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser via Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), som anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker stadig, dog indtil videre i beskedent omfang. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og sendes til den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne.

Det er vigtigt, at patienter og pårørende får øget kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet de er med i hele forløbet og har mulighed for at være opmærksom på utilsigtede hændelser også på tværs af sektorer. Det er derfor en målsætning, at patienterne får information om muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser.

Anbefaling

- *at der i planperioden fokuseres på, hvordan almen praksis kan medvirke til at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.*

2.2.3 Patientinddragelsesudvalget

Med ændringerne i sundhedsloven er der nedsat et Patientinddragelsesudvalg (PIU), som skal involveres i arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen. Udvalget har bl.a. deltaget i dialog- og høringsaktiviteter og i relevante arbejdsgrupper under udarbejdelsen af praksisplanen.

Høringsudkast

3. Nye samarbejdsformer

Delmålsætning

- at styrke sammenhæng i tværsektorielle patientforløb ved at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Patienter, der modtager behandling og pleje fra både hospital, almen praksis og kommune, har et særligt behov for, at social- og sundhedsvæsenets samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper fungerer optimalt.

Med nye samarbejdsformer er ønsket, at fokus flyttes fra samarbejdsaftaler og stafetmodeller hen mod partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder.

Nye samarbejdsformer på tværs af sektorer handler om, at der indgås forpligtende aftaler om et nyt eller styrket samarbejde, dér hvor den almindelige koordinering og det traditionelle samarbejde ikke er tilstrækkeligt til, at patienten oplever den ønskede kvalitet og sammenhæng.

Nye samarbejdsformer på tværs af sektorer har i praksisplanen dels et overordnet perspektiv, hvor principperne for udviklingen af nye organisatoriske løsninger aftales, og dels et borgernært perspektiv, hvor der skabes rammer for en bedre og tættere koordinering om og med den enkelte patient.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. nye samarbejdsformer

- Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
- Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren.

Med sundhedsaftalen for 2015-2018 er det en politisk ambition at reducere udfordringerne ved sektorovergange ved at afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning, herunder f.eks. nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, fælles sundhedshuse og tilbud til mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom.

I arbejdet med at udvikle nye samarbejdsformer, skal der aftales principper for integrerede organisatoriske modeller med f.eks. fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, region og praksissektor. Det er afgørende for dannelsen af gode tværsektorielle samarbejdsprojekter, at almen praksis indgår i arbejdet med kommuner og region i formuleringen af disse principper.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med udvikling af principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller.*

Med afsæt i ovennævnte aftale om principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller, skal der iflg. sundhedsaftalen udvælges og afprøves to til tre større modelprojekter. Almen praksis er den centrale aktør om patientens samlede forløb og derfor er ambitionen for nye samarbejdsformer, at også almen praksis indgår i udviklingen og afprøvningen af mere integrerede løsninger.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og afprøve modelprojekter.*

3.1 Tværsektoriel ledelse

Der, hvor samarbejdet om og med patienten, trænger til et kvalitetsløft, kunne en model være at styrke relationer og ledelse på tværs af sektorgrænserne. Formålet med en styrket tværsektoriel ledelse *'er at styrke dialogen om, hvad det kræver at få det nødvendige men ofte vanskelige samarbejde over sektorgrænserne i sundhedsvæsenet til at lykkes.'*⁶

⁶ 'Ledelse over grænser, erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet'; Væksthus for ledelse, 2014. 'Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet'; KORA, 2014

4. Lighed i sundhed

Delmålsætning

- at samarbejde om at skabe mere lighed i sundhed.

Region Hovedstaden oplever, som resten af Danmark, store udfordringer i forhold til at skabe lighed i sundhed. Uligheden ses i forhold til befolkningens sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre. Uligheden kan aflæses både som en gradient, hvor der i hele befolkningen er en sammenhæng mellem social position og sundhed, og som en dårlig sundhedstilstand hos mange socialt udsatte og sårbare borgere.

At fremme lighed i sundhed er imidlertid en kompleks udfordring, der kræver et helhedsorienteret blik og indsatser, der rækker ud over sundhedsvæsenet. Eksempelvis kan sunde rammer for borgerne via strukturelle indsatser som rygelovgivning, sund skolemad, let adgang til rekreative områder, cykelstier og offentlig transport understøtte faktorer, der fremmer en bedre sundhedstilstand i befolkningen. Men sundhedsvæsenet kan bidrage med at sikre, at alle borgere – uanset social baggrund og situation – får størst muligt udbytte af den behandling, der tilbydes.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser vedr. lighed i sundhed:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. lighed i sundhed

- I sundhedsaftalen er der aftalt konkrete indsatser for en række specifikke målgrupper bl.a. gravide, nyfødte og børn, borgere med psykisk sygdom og borgere med misbrug. Derudover, er der aftalt indsatser, der handler om tidlig opsporing af sårbarhed og risikofaktorer for udvikling af sygdom, og at udvikle og afprøve differentierede indsatser tilpasset den enkeltes behov og ressourcer.

Praksisplanens arbejde for at virkeliggøre indsatserne for disse målgrupper er et element i at øge ligheden i sundhed i regionen.

4.1 Tidlig opsporing og differentiering af indsatser

Et centralt bidrag til at øge lighed i sundhed er at kunne tilbyde indsatser, der tager udgangspunkt i patientens ressourcer, barrierer og egne ønsker. Tidlig opsporing af sårbarhed og udvikling af differentierede indsatser i det tværsektorielle samarbejde er en fælles opgave og derfor også vigtige indsatsområder i praksisplanen.

4.1.1 Tidlig opsporing af sårbare og udsatte borgere⁷

Almen praksis har løbende og ofte langvarig kontakt med mange patienter, hvilket giver en særlig mulighed for at identificere sårbare og særligt udsatte borgere, som i kortere eller længere perioder af livet kan have behov for særlig støtte og målrettede indsatser. Almen praksis kan desuden være med til at identificere patienter, der har behov for mere individuelt tilpassede løsninger indenfor f.eks. forløbsprogrammer, rehabiliteringsforløb m.v. Almen praksis' opgave er herunder også at være opmærksom på relevante tilbud i den øvrige praksissektor, i kommunerne eller på hospitalerne og henvise, når patienten er indforstået hermed.

Kommunerne har, som almen praksis, en funktion tæt på borgernes hverdag, der giver dem mulighed for at være opmærksom på sårbare og særligt udsatte borgere. Hospitalet har tilsvarende mulighed for at være opmærksom på særlige behov i forbindelse med, at de møder patienten i ambulatorium, akutmodtagelse eller under indlæggelse. Dermed kan et godt samarbejde med hospitalerne og især kommunernes hjemmepleje, sundhedspleje, socialrådgivere, arbejdsforvaltningen, rehabiliteringstilbud, forebyggelsestilbud og andre støttetilbud være afgørende for at bidrage til at skabe mere lighed i sundhed.

Dette samarbejde forudsætter, at der er en god forståelse af hinandens opgaver og vilkår, og at der er relevante tilbud at henvise til. På det organisatoriske plan er det derfor centralt, at der arbejdes for at skabe hensigtsmæssige rammer for samarbejdet mellem de forskellige sundhedsaktører, herunder gensidigt kendskab til de forskellige tilbud i de enkelte sektorer.

Der eksisterer allerede i dag en del erfaringer med det gode samarbejde om sårbare og særligt udsatte patienter. For at understøtte samarbejdet er der f.eks. etableret mulighed for at holde koordinerende fællesmøder omkring en enkelt patient⁸. Der er desuden gode erfaringer at bygge videre på fra Vestegnsprojektet og Shared Care-projektet⁹ om, hvordan det er muligt at nå ud til sårbare patienter ved individuelle eller subgruppespecificerede tilbud.

Anbefaling

- *at udvælge og implementere samarbejdsmodeller, der imødekommer det øgede behov for tværsektoriel koordinering og fleksibilitet for sårbare og særligt udsatte borgere på baggrund af eksisterende viden og erfaringer.*

⁷ Det bemærkes, at der som en del af sundhedsaftalen 2015-2018 fokuseres på en præcisering af målgrupperne i forhold til visionsområdet om lighed i sundhed

⁸ Denne mulighed anvendes imidlertid ikke i særlig udstrakt grad.

⁹ <https://www.psykiatri-regionh.dk/Vestegnsprojektet/Vestegnsprojektet/Rapporter-og-evaluering/Sider/default.aspx>

4.1.2 Differentierede indsatser ud fra patienternes behov

Patienterne har ikke alle de samme ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage ligeværdigt i beslutninger om eget behandlingsforløb. For at øge ligheden i sundhed er det derfor vigtigt, at almen praksis har mulighed for at tage hånd om de mindre ressourcestærke patienter.

Det er derfor centralt, at almen praksis fortsat er opmærksom på patientens samlede situation, dvs. de fysiske, psykiske og sociale aspekter af helbredet og andre personlige vilkår og muligheder. Forebyggelse og behandling af helbredsproblemer skal derfor tage afsæt i patientens ressourcer og forståelse af egen situation, hvilket kræver særlig opmærksomhed overfor de mindre ressourcestærke patienter. Herved sikres at de mål, der opstilles, er realistiske i forhold til de ressourcer, patienten har, herunder også at der sker en prioritering af, hvad der er vigtigst på et givent tidspunkt.

Anbefalinger

- *at det i planperioden vurderes, hvordan der kan arbejdes med differentierede tilbud til patienter i almen praksis, ud fra patienternes personlige ressourcer og muligheder*
- *at almen praksis deltager i relevante arbejdsgrupper, forskningsprojekter og udviklingsarbejde om udvikling af metoder til identificering af sårbare borgere og differentierede indsatser.*

Del 3

5. Kapacitet og tilgængelighed

5.1 Lægedækning og praksisstruktur

Delmålsætninger

- at lægekapaciteterne som udgangspunkt er fordelt ligeligt geografisk, dog under hensyn til ønske om styrkelse af områder med sårbare borgere og til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen
- at modellen for lægedækning bygger på parametre, der tager højde for lighed i sundhed og sårbare områder
- at praktiserende læger praktiserer i bæredygtige praksis, hvor organisering understøtter høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- at der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre den ønskede kapacitet i almen praksis
- at der sikres velfungerende løsninger for lægebetjening af de kommunale midlertidige tilbud, akutfunktioner, botilbud og plejecentre.

Dette afsnit beskriver målsætninger og udfordringer i forhold til lægedækning samt fremtidig praksisstruktur. Antal og placering af kapaciteter kan have betydning for samspil med kommunernes, hospitalernes og den øvrige praksissektors sundhedstilbud og dermed muligheden for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne. Praktiserende lægers antal og geografisk placering har også betydning for kvalitet og service i forhold til afstanden til den nærmeste praksis og praksis med åbent for tilgang.

5.1.1 Nye muligheder i Sundhedsloven

Med ændringerne i Sundhedsloven blev der åbnet for nye muligheder til at sikre lægedækningen i regionerne.

Uddrag af Sundhedsloven om nye muligheder efter lovændring i 2013

§ 227

Stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

Stk. 3. Regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedr. nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Stk. 4. Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

Stk. 5. Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Stk. 6. Et regionsråd kan i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt alment medicinsk lægetilbud.⁷

Det fremgår endvidere af Overenskomst om almen praksis 2014, § 24, at regionen i særlige tilfælde begrundet i praksisplanen og/eller hensynet til lægedækningen i et lokalområde kan gøre tildeling af et ydernummer betinget af, at praksis er geografisk bundet i en periode på op til 10 år.

Endelig kan regionen tildele satellitpraksis, hvor lægen driver virksomhed fra to matrikler.

5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning

Der foretages en årlig fastsættelse af lægedækningen. Formålet er at sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens borgere kan tilmeldes en praktiserende læge. Vurderingen af behovet for kapaciteter tager primært udgangspunkt i en høring af almen praksis om, hvor mange patienter de kan varetage¹⁰.

¹⁰ Resultatet af høringen af de praktiserende læger i 2014 er vedlagt i grundbeskrivelsen.

Der er i Overenskomst om almen praksis 2014 nævnt muligheden for dispensation fra normtallet på 1600, § 7 stk. 3. En sådan tilladelse skal behandles af Samarbejdsudvalget. Spørgsmålet om, hvorvidt lægerne har ønsker til et lavere antal patienter, vil fremover indgå i høringen af lægerne.

Boks 3: Overenskomsten om antal patienter tilmeldt praksis.

Uddrag af overenskomstens § 7, stk. 3

'Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538. Ansøgninger fra læger, der er fyldt 60 år, yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes.'

I forbindelse med praksisplanens udarbejdelse er der gennemført en lægedækningsundersøgelse i henhold til overenskomstens bestemmelser. Undersøgelsen viser, at lægerne samlet set ønsker flere tilmeldte, end de har, men også at der en tilstrækkelig kapacitet i Region Hovedstaden.

Den årlige lægedækningsundersøgelse vil fremover blive udvidet med et spørgsmål, hvor de praktiserende læger, som ønsker et lavere antal patienter, kan angive 'antal ønskede patienter'. Spørgsmålet suppleres med en bemærkning om, at svaret ikke er bindende for parterne og ikke har konsekvenser for kapacitetsberegningen.

5.1.3 Planområder

Regionen er inddelt i fire planområder: Nord, Midt, Byen og Syd. Bornholm er placeret under planområde Byen.

Figur 3: Planområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Kommuner	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Høje-Taastrup
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Albertslund
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Ishøj
	Fredensborg	Lyngby-	Indre By	Vallensbæk
	Hørsholm	Taarbæk	Østerbro	Brøndby
		Rudersdal	Bornholm	Glostrup
		Gentofte		Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

En hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved:

- bestemmelse af hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres
- godkendelse af praksisflytninger og andre praksis- og patientrelaterede hensyn
- sammenligning ved udarbejdelse af statistik og oversigter over lægekapacitet.

Endvidere bør inddelingen i plan- og planlægningsområder svare til samarbejdsfladen med øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Regionen fastsætter i henhold til sundhedsloven retningslinjer for sags- og beslutningsgange i forhold til flytning af praksis, som skal basere sig på målsætninger beskrevet i praksisplanen.

Overenskomsten beskriver i § 87, at hver region skal ses som et samlet sammenligningsområde i forhold til arbejdet med kontrolstatistikker. I Region Hovedstaden afspejler sammenligningsområderne fortsat historiske områder, der ikke er i overensstemmelse med udviklingen i hospitalsstrukturen og regionens fokus på ensartede tilbud til både borgere og praktiserende læger. For at følge overenskomstens beskrivelse skal der etableres et sammenligningsområde i regionen, idet Bornholm dog af geografiske grunde indtager en særstilling.

5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer

I Finansloven for 2015 ønskes almen praksis styrket ved at investere i moderne læge- og sundhedshuse. Dette ligger i tråd med hovedstadsregionens ønske om at arbejde for udvikling af det nære sundhedsvæsen og udbredelsen af nye samarbejdsformer, herunder også etableringen af fælles sundhedshuse.

Nye samarbejdsformer inden for praksissektoren

Et mere specialiseret hospitalsvæsen og et øget behov for en tættere koordinering med de kommunale tilbud forudsætter, at almen praksis fortsætter den igangværende organisatoriske udvikling. Nye samarbejdsformer i et snævert perspektiv ser på; udviklingen i praksisformer, samarbejdet mellem praksis og andre praksisydere, samt på hvordan dette samarbejde kan understøttes af region og kommuner.

Udviklingen i praksisformer

Almen praksis er kendetegnet ved, at lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, og at praksis i stort omfang er organiseret i små enheder. Fordelingen af klinikker på praksisformer viser en tendens til et øget antal kompagniskabspraksis og en reduktion i antallet og andelen af enkeltmandspraksis inden for de seneste år jf. grundbeskrivelsen (se bilag 1).

Samarbejde mellem praksis

Samarbejde mellem praksis, såvel på tværs af solopraksis som i udbredelsen af større lægehuse og etableringen af praksisfællesskaber, ønskes fortsat understøttet og styrket. Målsætningen er et styrket fagligt samarbejde inden for praksissektoren generelt. En målsætning, der kan opnås, dels ved at læger i enkeltmandspraksis fortsat organiserer sig i netværks- eller samarbejdspraksis og dels ved en fortsat udbredelse af praksisfællesskaber og større lægehuse¹¹, hvor f.eks. også andre praksisydere og sundhedsaktører indgår som en del af fællesskabet.

Med finanslovsaftalen for 2015 er der fra de centrale myndigheder sendt et klart signal om, at udviklingen af praksisfællesskaber og udbredelsen af større og moderne lægehuse skal fremmes.

Praksisfællesskaber defineres i hovedstadsregionen, som et bredt og åbent begreb, der kan rumme eksisterende praksisformer, dvs. kompagniskabspraksis, samarbejdspraksis, netværkspraksis, sundhedshuse¹² eller helt nye konstruktioner¹³. Praksisfællesskaber kan etableres med eller uden lokalefællesskab. Det afgørende for, at det kan defineres som et praksisfællesskab er, at to eller flere ydere er gået sammen i et organisatorisk fællesskab¹⁴. Et praksisfællesskab kan således bestå af to eller flere praksis, med eller uden fælles personale, ledelse eller økonomi.

Praksisfællesskaber kan bidrage til, at styrke den faglige udvikling og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Et større fællesskab kan øge fleksibiliteten i arbejdstilrettelæggelsen og kapaciteten i praksis. Samtidig forventes praksisfællesskaber at kunne imødekomme sårbare områders og udkantsområders udfordringer i forhold til at rekruttere læger.

En rapport om praksisfællesskaber¹⁵ anbefaler, at kommuner, region og de faglige organisationer gør en særlig indsats for at etablere praksisfællesskaber i sårbare områder, se i øvrigt afsnittet 'Lighed i sundhed'.

Det er som tidligere nævnt vigtigt, at der i arbejdet med nye samarbejdsmodeller indtænkes samarbejde og mulig udbredelse af lokalefællesskaber med andre praksisydere samt hospitalsfunktioner og kommuner.

¹¹ De muligheder, der knytter sig til overenskomsten og sundhedsloven, er beskrevet i kapacitetsafsnittet.

¹² Sundhedshuse kan tage mange forskellige former, men der udestår en national afklaring af definitionen på sundhedshuse.

¹³ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012, Side 3.

¹⁴ Praksisfællesskaber kan opdeles i tre typer af fællesskaber: monofaglige praksisfællesskaber (på tværs af eksisterende klinikker inden for almen praksis), tværfaglige praksisfællesskaber (på tværs af ydergrupper inden for praksissektoren) og tværsektorielle praksisfællesskaber (på tværs af ydergrupper og sektorer).

¹⁵ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012

Erfaringerne fra praksisfællesskabsprojektet¹⁶ viser, at der i udbredelsen af praksisfællesskaber kan være udfordringer med:

- at matche kommuner og praktiserende læger,
- at finde lokaler, der har tilstrækkelig størrelse, og kan opfylde kriterier vedr. handicapadgang og en god infrastruktur,
- en ligelig geografisk fordeling af praktiserende læger.

Anbefaling

- *at almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme*
 - *udbredelsen af praksisfællesskaber*
 - *udbredelsen af større lægehuse.*

Vision for fælles sundhedshuse

Fælles sundhedshuse er ét eksempel på en ny samarbejdsform. Fælles sundhedshuse er tilbud, der kan rumme såvel regionale som kommunale tilbud, tilpasset de lokale behov, muligheder og økonomiske ressourcer. Der pågår et arbejde med at udvikle en regionsdækkende vision for - sundhedshuse, der indeholder såvel kommunale som regionale sundhedstilbud, herunder også sundhedstilbud fra praksissektoren.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i udviklingen af en regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse.*

5.2 Rekruttering og fastholdelse

På trods af, at der i regionen ikke samlet set er lægemangel, har der gennem en årrække været områder i regionen, hvor det er svært at rekruttere og fastholde læger. På baggrund af lægedækningssvarene samt en konkret vurdering af bl.a. lægernes alder kan der forudses vanskeligheder med at fastholde tilstrækkelig lægedækning i en række kommuner på Vestegnen, i Halsnæs, på Bornholm og enkelte steder i planområde Byen.

En medvirkende årsag kunne bl.a. være en øget arbejdsbelastning i områder med mange sårbare borgere og bl.a. et stort behov for tolkeydelser. Der skal derfor udarbejdes en ny model for lægedækning, som tager højde for dette. Desuden skal også andre årsager til rekrutteringsudfordringer undersøges.

I regi af Overenskomst om almen praksis 2014 er der nedsat et landsdækkende udvalg for rekruttering og fastholdelse i almen praksis, som skal se nærmere på udfordringerne på nationalt plan. I planperioden kan dette arbejde med fordel følges.

¹⁶ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012

Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste udbudsprognoser forventes der ikke på landsplan speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser i almen praksis. Dog kan efterspørgslen stige i fremtiden, afhængigt af bl.a. opgaveomlægninger i sundhedsvæsenet, til- og afgang af læger og demografisk udvikling. Derfor er det afgørende, at vi hele tiden sikrer lægedækningen med udgangspunkt i den aktuelle situation.

I Region Hovedstaden vurderes hvert år i forbindelse med den årlige fastlæggelse af lægedækningen, om der er områder, hvor lægeressourcer er knappe.

5.2.1 Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter

Pr. 1.10.2014 var 10 kapaciteter, som var tildelt praksis, ubesatte. Der har været en faldende andel af ubesat kapacitet siden 2011.

Antallet af ubesatte kapaciteter kan skyldes:

- a) at det er vanskeligt at tiltrække nye praktiserende læger
- b) at praktiserende læger ikke har eller har forberedt en konkret plan for anvendelsen af en tildelt kapacitet
- c) at nye læger ønsker et 0-ydernummer frem for at købe en kapacitet
- d) at konflikten mellem overenskomstens parter og ændringen af sundhedsloven har haft en negativ indflydelse på lægers lyst til at investere i en praksis.

Følgende forslag blev realiseret ved godkendelse af den tidligere version af praksisplan 2012-2015:

- at læger, som ikke allerede praktiserer, ansøger om opslåede kapaciteter på lige fod med eksisterende praksis
- at den periode, som en praksis kan bevare retten til en tildelt kapacitet tidsbegrænses
- at ansøgere, som kan oplyse en konkret navngiven praktiserende læge som medansøger, foretrækkes.

I kvalitetsorganisationen mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden, KAP-H¹⁷, er nynedsatte læger og seniorlæger særlige målgrupper for ordningens indsatser.

5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder

Med henblik på at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer skal der arbejdes for at gøre det attraktivt at praktisere i sårbare områder. Områder kan både være sårbare såvel på grund af deres geografiske placering som en høj andel af sårbare borgere.

¹⁷ KAP-H er Kvalitetsorganisation for Almen Praksis i Region Hovedstaden, se i øvrigt kapitel 7 om kvalitet.

For at understøtte klinikkerne generelt i forhold til fastholdelse samt rekruttering er det væsentligt fortsat at have fokus på, hvordan almen praksis i områder med mange sårbare borgere kan aflastes, og understøttes bl.a. via indsatser i regi af KAP-H, Regionen, PLO-Hovedstaden og kommunerne.

I sårbare områder kan almen praksis bl.a. understøttes ved at skabe:

- velfungerende samarbejde med hospital og særligt kommunen om sårbare patienter og udsatte børn
- velfungerende henvisningsmuligheder for komplekse og sårbare patienter, eksempelvis misbrugere og mennesker med sindslidelser
- samarbejde med psykiatriske centre og praktiserende speciallæger om psykiatriske patienter¹⁸
- praksisfællesskaber med gode muligheder for fælles praksispersonale og faglig sparring
- mulighed for videotolkning (se s. 65) og adgang til kvalificeret tolkebistand
- en god og hensigtsmæssig kommunikationsform mellem samarbejdende parter i praksis, kommuner og region
- mulighed for kapacitetstilpasning og øget fleksibilitet i patientantal.

Anbefaling

- *at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som samler viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i områder med mange sårbare borgere og kommer med konkrete forslag til tiltag.*

I Plan for almen praksis 2008-2011 blev sårbare områder defineret med udgangspunkt i udvalgte indikatorer. En fastlæggelse af sårbare områder er et redskab, som kan anvendes som retningsgivende, når der foretages ændringer i kapacitetsfordelingen.

Anbefaling

- *at der i planperiodens første år udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data.*

5.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg

Lægerne er i henhold til overenskomsten forpligtet til at aflægge sygebesøg hos egne patienter fra mandag til fredag i dagtiden, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør det. Med mindre andet er aftalt, gælder sygebesøgsforpligtelsen ikke patienter, der har fast bopæl mere end 15 km fra lægens klinik (5 km i København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby Kommuner). Kilometergrænsen for sygebesøg på 5/15 km fra lægepraksis kan være en udfordring i de tilfælde, hvor akuttilbud eller andre midlertidige pladser er placeret et eller få steder i en kommune.

Med indgåelsen af Overenskomst om almen praksis 2014 åbnes op for decentralisering af ydelsen for sygebesøg. Parterne er enige om, at der skal ses på den samlede ydelse for sygebesøg, herunder lægebetjening af patienter, der har midlertidigt ophold uden for hjemmet.

5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer

Liggetiderne på hospitalerne bliver kortere og samtidig med, at antallet af genoptræningsplaner fra hospitaler til kommunerne er stigende. Det betyder, at der er behov for en tilpasning af kommunernes tilbud, særligt i hjemmesygeplejen, genoptræning og midlertidige pladser, så de kompetencemæssigt kan imødekomme de mere komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kan være forbundet med en tidligere udskrivelse.

Derudover er kommunerne i stigende grad fokuserede på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, herunder akutte indlæggelser hos borgere, der oplever funktionstab eller sygdom. I de senere år er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udvidet i det nære sundhedsvæsen. Akutte indsatser fra den kommunale sygepleje i form af pleje, observation og behandling tæt på borgeren kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

De nye kommunale tilbud kræver et højere kompetenceniveau end tidligere og forudsætter en udbygget lægefaglig betjening. Særligt de sygeplejefaglige opgaver, kræver udvidede kompetencer hos de involverede sundhedspersoner.

En stor del af de sundhedsfaglige indsatser i akutfunktionen bliver udført på ordination og dermed på delegation af en læge i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (medhjælpsvejledning)¹⁹. Når en læge ordinerer en behandling til en borger, som i henhold til autorisationslovens regler er forbeholdt lægen at udføre, og f.eks. hjemmesygeplejen skal varetage udførelsen af opgaven, er der tale om, at hjemmesygeplejen udfører en delegeret opgave. Men lægen har ikke ansvar for udvælgelse, instruktion og tilsyn med personalet. Det har den kommunale ledelse af hjemmesygeplejen i henhold til Sundhedsstyrelsens medhjælpsvejledning. Det er således ledelsens ansvar, at personalet er kvalificeret til og instrueret i at udføre den delegerede opgave og at føre tilsyn med den udførte opgave.

Afhængig af patientens sygdom vil hjemmesygeplejen således forudsætte et samarbejde med patientens praktiserende læge eller andre læger, herunder hospitalslæger.

¹⁹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064>.

I Sundhedsaftalen er følgende aftalt vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud

- Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring opgaverne, det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation herunder samarbejde om understøttelse samt oplæring af kommunale medarbejdere. Oversigt over kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud skal være tilgængelige på [Www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Den Tværsektorielle Forskningsenhed i Region Hovedstaden har afdækket det kommunale landskab på akutområdet. Det fremgår af undersøgelsen, at der er tale om meget forskellige ordninger, forskellig anvendelse af sprogbrug og forskellige funktioner. Fælles for kommunerne er, at området er nyt, og at der endnu ikke foreligger evidens på området. Resultatet af undersøgelsen skal derfor anvendes til projekter og forskning på området, og bør følges og eventuelt anvendes i planperioden. Der bør også ses på læring fra andre regioner samt i udlandet.

Anbefaling

- *at følge og anvende resultaterne af læring og forskning vedr. betjening på akutområdet.*

Definition af tilbud:

Plejeboliger

Plejeboliger og sociale botilbud er varige botilbud. Plejeboliger er ifølge serviceloven at betragte som borgerens eget hjem, og borgerne har samme rettigheder som alle andre borgere.

Aflastningspladser

Kommunen kan efter servicelovens § 84 tilbyde personer med behov et midlertidigt ophold i en almen plejebolig. Det kan f.eks. være til ældre, der er udskrevet fra hospitalet efter et hoftebrud og som har behov for ekstra opsyn de første uger efter udskrivelsen.²⁰

Rehabiliteringspladser/midlertidige pladser

Rehabiliteringspladser/midlertidige pladser til hjemtagning er et relativt nyt tilbud i kommunerne, som primært etableres indenfor rammerne af serviceloven om midlertidige ophold. Her vil den sociale indsats efter serviceloven dog oftest være suppleret med sygepleje og/eller genoptræning efter sundhedsloven, fordi borgerne er mere svækkede, end der er

²⁰ Se <http://sm.dk/arbejdsomrader/aeldre/hjemmehjaelp/aflastning-og-aflosning> (det er blot aflastning, der er relevant her)

kompetencer til at kunne håndtere i eget hjem, på en almindelig aflastningsplads eller i en almindelig plejebolig.

Kommunale akutfunktioner

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen. Dette gælder uanset om akutfunktionen er organiseret som midlertidige døgnpladser eller som et akutteam. Et akutteam er et udkørende team, der leverer særlig sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig. I beskrivelsen af disse funktioner tages udgangspunkt i de af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening udarbejdede definitioner på akutte og subakutte indsatser: ”Akut indsats” defineres her som ”indsats leveret inden for få timer”; ”Subakut indsats” defineres som ”indsats leveret næste dag”.²¹

Formålet med akutfunktionerne kan dels være at forebygge forværring af sygdom med en proaktiv indsats, dels at følge op på hospitalets pleje- og behandlingsindsats efter udskrivelsen.

De kommunale akuttilbud og rehabiliteringspladser kan have forskellige navne og være organiseret forskelligt, men de kan overordnet inddeles i tre former for tilbud: akutpladser, akutteams og midlertidige døgnpladser. Kommunernes tilbud kan være ”rene” udgaver af disse tre former eller kombinationer af samme. Der er flere eksempler på at kommuner har organiseret akutteams og akutpladser sammen for at udnytte den mere specialiserede personalesammensætning bedst muligt. Der er desuden kommuner, der har akutpladser og rehabiliteringspladser liggende side om side for at sikre en effektiv døgnbemanding.

5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud

Kommunerne har behov for lægefaglig betjening på de midlertidige pladser til hjemtagning og akuttilbud for at sikre en høj kvalitet i indsatsen.

En løsning til at sikre den relevante lægedækning kunne være, at kommunerne får fast tilknyttede læger på de midlertidige pladser og akuttilbud, f.eks. efter model fra Københavns Kommune. I modellen indgås aftale med en eller flere læger på konsulentbasis - med borgerens samtykke - at yde lægefaglig bistand vedr. den tilstand, borgeren er i under det midlertidige ophold samt løbende at yde supervision og instruktion af det kommunale personale. En anden model er at have fastansatte læger, f.eks. praktiserende læger, der har ansvar for løbende behandling samt instruktion og supervision af kommunens personale.

²¹ ’Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje’, Sundhedsstyrelsen 2014

I forhold til akutteams anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der indgås samarbejdsaftale med de praktiserende læger og/eller andre læger om de lægeordnede opgaver, der skal løses af de kommunale medarbejdere. Det kan være generelle aftaler med alle praktiserende læger eller med et færre antal læger, der ønsker at deltage i en sådan samarbejdsaftale.

Fast tilknyttede læger på plejecentre er en måde at sikre et mere formaliseret, systematisk og overskueligt samarbejde med almen praksis, ligesom det sikrer en bedre tilgængelighed i hverdagen. Naturligvis med borgerens samtykke, da borgerne har ret til frit valg af læge. Det understreges, at der her tales om en model med flere end én læge tilknyttet, men dog et mindre antal. Samme model kunne benyttes i forhold til kommunale sociale bosteder for handicappede og psykisk syge, hvor der også er behov for et mere formaliseret, systematisk og overskueligt samarbejde med almen praksis, f.eks. omkring forebyggende sundhedsundersøgelser, som er en indsats i Sundhedsaftalen 2015-2018.

5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening

Der er flere mulige modeller for betjening af patienter i de forskellige kommunale tilbud.

1. Akutteams:

En eller flere fast tilknyttede læger påtager sig tilsyn af patienterne.

2. Akuttilbud og andre midlertidige pladser:

- a. En eller flere praktiserende læger fra lokalområdet påtager sig tilsyn af patienterne, hvis det er uden for egen læges kilometergrænse.

- b. Fast tilknyttede læger som - med borgerens samtykke - påtager sig tilsyn af patienterne vedr. den tilstand, patienterne er i under opholdet samt at yde supervision og instruktion af det kommunale personale.

3. Plejecenter-modellen (herunder bosteder):

Beboerne får mulighed for at overgå til en fast tilknyttet læge, som udover at udføre almen medicinsk behandling også forpligter sig til at være til stede på plejecentret i et fast aftalt tidsrum ugentligt. Lægen yder lægelig rådgivning til plejepersonalet. Aftalen kan omfatte en eller flere læger.

Modellerne med fast tilknyttede læger (1, 2b og 3) kan sikre kontinuitet i samarbejdet samt kvalitet i behandling samt en forbedret kommunikation og instruktion af det kommunale personale. Modeller med fast tilknyttede læger er endvidere afhængige af, at det er muligt at rekruttere læger til

funktionerne. Derfor kunne man med fordel arbejde med modeller, hvor flere læger er fast tilknyttet.

I det omfang det ikke er muligt at indgå aftale mellem kommune, region og almen praksis i en konkret kommune, behandles patienten, for så vidt angår almen medicinske problemstillinger, af egen læge i henhold til sundhedsloven.

Anbefaling

- *at der indgås rammeaftale om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af akuttilbud, plejecentre, m.m.*

5.3.4 Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg

Udover behovet for lægefaglig betjening på de kommunale tilbud er der behov for at arbejde med forebyggelse af indlæggelser generelt. Dette kan bl.a. gøres via to typer af hjemmebesøg:

Opsøgende hjemmebesøg

Opsøgende hjemmebesøg er en ydelse, hvor almen praksis undersøger begyndende sygdomsudvikling og nedsat funktionsevne hos skrøbelige ældre. Besøget kan aflægges en gang årligt hos skrøbelige ældre, normalt over 75 år²².

Optimalt er der tale om fælles besøg med den praktiserende læge, den ansvarlige kommunale sundhedsfaglige medarbejder og gerne pårørende. Besøget skal aftales på forhånd.

Anbefaling

- *at almen praksis og kommunen styrker samarbejdet om opsøgende hjemmebesøg.*

Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg skal sikre god opfølgning på en indlæggelse og kan initieres både af hospital, kommune og almen praksis. Efter udskrivning mødes den praktiserende læge og den ansvarlige kommunale hjemmesygeplejerske til et hjemmebesøg, alternativt en fælles konsultation med deltagelse af patienten samt evt. pårørende, og følger op på udskrivelsen herunder medicinændringer og andre opfølgingsbehov. Implementering af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner er en del af 'den Nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient'. Der er indgået en lokalaftale om opfølgende hjemmebesøg, som benyttes i varieret omfang lokalt. I efteråret 2014 og foråret 2015 gennemfører KAP-H undervisning for praktiserende læger i hele regionen, der understøtter implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

²² Overenskomst for almen praksis, honorartabel

Anbefaling

- *at almen praksis fortsat indgår i samarbejde omkring implementering og understøttelse af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner.*

5.4 Tilgængelighed

Delmålsætninger

- at patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden
- at praksis tilstræbes at være tilgængelige for personer med funktionsnedsættelse
- at patienterne har kendskab til tilgængeligheden i praksis for personer med funktionsnedsættelse.

Almen praksis er gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen og dermed ansvarlig for både behandling og henvisning af patienten til relevante sundheds-, behandlings- og rehabiliteringstilbud. Samtidig skal patienterne ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos deres praktiserende læge. Dette stiller særlige krav til både fysisk, telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen lægepraksis. Det er derfor en væsentlig overordnet målsætning fortsat at prioritere tilgængeligheden i almen praksis, så der tilstræbes lige adgang for alle patienter.

Der har generelt været fokus på tilgængelighed i perioden 2012-2015. I forskelligt regi gennemføres allerede tiltag dels rettet mod dokumentation²³ og dels mod forbedring af den faktiske tilgængelighed. Parterne er enige om at bygge videre på det arbejde, som allerede pågår. Fysisk tilgængelighed i almen praksis er reguleret af overenskomsten § 47. Derudover er tilgængeligheden reguleret af byggelovgivningen samt FN's handicapkonvention²⁴.

Almen praksis er i henhold til overenskomsten ikke forpligtet til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med funktionsnedsættelser. I henhold til FN's handicapkonvention, som Danmark har tiltrådt, har Danmark dog pligt til at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelser til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden. Personer med funktionsnedsættelse omfatter bl.a. personer med bevægelsehandicap, hørehandicap og synshandicap.

²³ Analyse af tilgængeligheden i almen praksis, herunder særskilt ved akut opståede behov for hjælp, 2012, herefter benævnt akutanalysen

²⁴ FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

5.4.1 Definition på tilgængelighed

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for patienter, herunder for personer med funktionsnedsættelse.²⁵

Overenskomstens definitioner på henholdsvis telefonisk, fysisk og elektronisk tilgængelighed fremgår nedenfor:

1. *Telefonisk tilgængelighed* – at klinikken kan træffes telefonisk i det af overenskomsten definerede tidsrum. Eksempelvis at praksisdeklarationen indeholder oplysninger om telefonkonsultation.
2. *Fysisk tilgængelighed* – Alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicappede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af praksis.
3. *Elektronisk tilgængelighed* – kontaktmuligheder ved henvendelse f.eks. via e-mail, elektronisk tidsbestilling og praksis' hjemmeside, som også omtalt i overenskomsten.

5.4.2 Fysisk tilgængelighed

I henhold til overenskomsten skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede (§ 47). Parterne er enige om, at det tilstræbes at fremme tilgængeligheden til almen praksis for personer med funktionsnedsættelse.

Anbefaling

- *at den fysiske tilgængelighed løbende forbedres, bl.a. i forbindelse med flytning.*

5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning

I Overenskomst for almen praksis 2014 nævnes, at en god service og tilgængelighed vises ved, at der gennem praksisdeklarationen skabes gennemsigtighed overfor omverdenen omkring, hvilken service den enkelte praksis tilbyder. Ligeledes angives det i overenskomstens note til § 47, at: *”Parterne finder det vigtigt, at bevægelseshæmmede i forbindelse med lægevalg får et bedre grundlag for at vurdere handicapvenligheden i de enkelte lægepraksis. Parterne vil derfor udbygge de oplysninger om handicapvenlighed, som findes på www.sundhed.dk, og etablere en søgemulighed hvor borgerne kan søge på læger ud fra kriterier om handicapvenlighed.”*

På baggrund af overenskomsten og FN's handicapkonvention er det derfor et mål at udbygge oplysninger om adgang for mennesker med

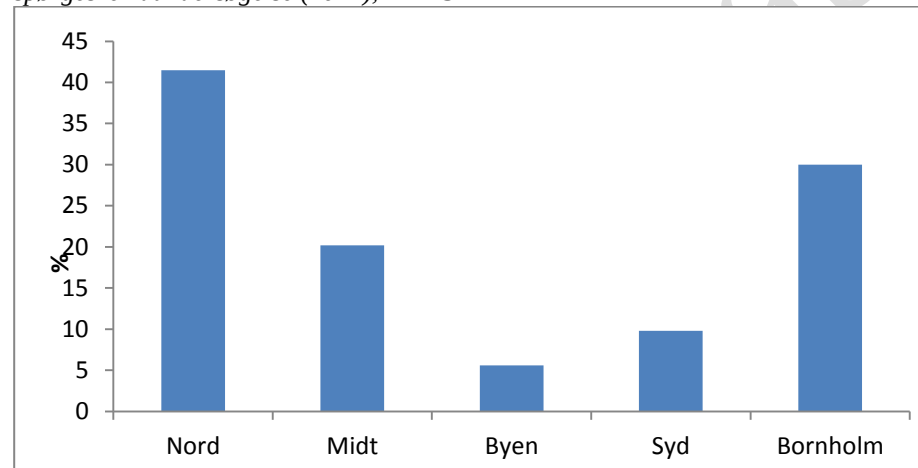
²⁵ Definition fra Center for Ligebehandling af Handicappede, <http://www.clh.dk/?id=813>

funktionsnedsættelse på www.sundhed.dk. Med det formål tilbydes den enkelte praksis at deltage i en tilgængelighedsmærkning, hvor den enkelte praksis kan blive opmålt og få udleveret en statusrapport med forslag om bl.a. mindre og enkle tiltag til at forbedre tilgængeligheden i den enkelte praksis. Dette tilbud gives af regionen til alle praksissektorens ydere i Region Hovedstaden i perioden 2014-2017. Vi ønsker løbende forbedring af den fysiske tilgængelighed i almen praksis samt sikring af, at oplysninger om tilgængeligheden gøres tilgængelig for borgerne på www.sundhed.dk.

Anbefalinger

- at forbedre oplysningerne om tilgængelighed for borgerne på www.sundhed.dk
- at dette sker via en frivillig, uvildig tilgængelighedsmærkning, som regionen tilbyder.

Figur 4: Adgangsforhold i almen praksis fordelt på hovedområder i henhold til spørgeskemaundersøgelse (2012), n=425



*Figuren afspejler praksis, der har svaret bekræftende til følgende spørgsmål om fysisk tilgængelighed: niveaufri adgang, dørens passagebredde, handicaptoilet og handicap p-plads.

Med henblik på at få et retvisende billede af de praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev almen praksis i forbindelse med akutanalysen bl.a. spurgt, om praksis har niveaufri adgang (figur 4).

Det fremgår af figuren, at u hensigtsmæssige adgangsforhold for personer med funktionsnedsættelse er et udbredt fænomen i regionen på trods af, at det i sidste planperiode var et væsentligt indsatsområde.

Det er en udfordring for både læger og kommuner at sikre tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser. Flere kommuner har således i sidste planperiode ikke haft held med at tiltrække praktiserende læger til lokaler med forhold, der er velegnede til personer med funktionsnedsættelser, f.eks. sundhedshuse, i andre tilfælde har lokalplaner været en barriere for lægernes ønsker.

Det fremgår af figur 4, at der er en særlig udfordring i planområde Byen i forhold til tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse. Det skyldes

Byens bygningsmasse, der i stor udstrækning består af ældre etageejendomme samt lokalplaner for områderne og manglende dispensation fra boligreguleringsloven.

Der er behov for at skabe øget opmærksomhed på problemstillingen i relation til nye boligområder og byfornyelse. Kommunerne kan indtænke egnede lokaler til lægepraksis i både lokalplaner og i forbindelse med opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud.

Parterne er enige om, at det kræver en fælles indsats at forbedre fysisk tilgængelighed.

Anbefalinger:

- at kommunerne tænker egnede lokaler til almen praksis ind i lokalplaner og ved opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud
- at almen praksis, region og kommune i områder med ringe fysisk tilgængelighed indgår dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes.

5.4.4 Telefonisk tilgængelighed

Boks 5: Overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed

Overenskomstens § 45, stk. 2, Telefoniske henvendelser

- a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.
- b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.
- c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.
- d. Læger, der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.'

Det fremgår af udviklingskontrakten i overenskomsten (afsnit 4, Service), at *"Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med almen praksis. Det gælder også i de situationer, hvor en pårørende eller en kommune henvender sig på vegne af en borger, der ikke*

selv er i stand til at henvende sig til lægen. Det bliver en opgave for praksisplanudvalgene at medvirke til en fortsat god tilgængelighed”.

Det er afgørende, at almen praksis løbende har fokus på at opretholde og prioritere god telefonisk tilgængelighed, herunder også for at varetage akutforpligtelsen effektivt.

Hvordan telefonen besvares, afhænger ofte af tidspunkt for opkaldet. For de fleste praksis' vedkommende besvarer praksispersonalet telefonen udenfor lægens telefontid, og varetager dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen. Telefonsystemer med f.eks. køfunktion giver bedre service for patienten.

Anbefaling:

- *at der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed i almen praksis.*

I 2012 blev der gennemført en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis.

Det blev efterfølgende besluttet at gentage undersøgelsen. Parterne er enige om, at der i samarbejde mellem regionen og PLO-Hovedstaden gennemføres en stikprøveundersøgelse med henblik på at evaluere indsatsen og få en indikation af, om der er sket en forbedring af den telefoniske tilgængelighed. Det er desuden aftalt, at der følges op overfor praksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser.

Anbefalinger:

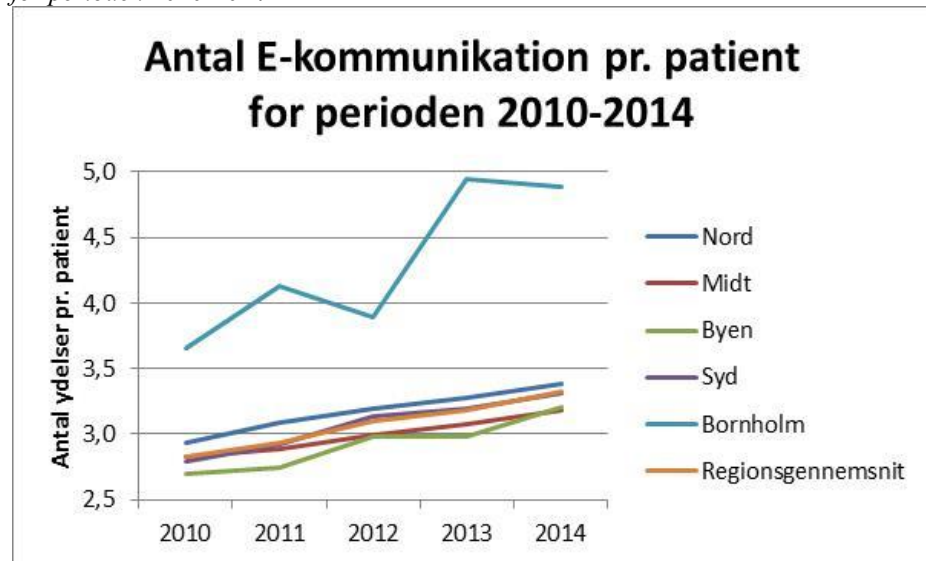
- *at der følges op med en stikprøveundersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis*
- *at der følges op på lægepraksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.*

5.4.5 Elektronisk tilgængelighed

Allerede i overenskomsten fra 2006 blev det aftalt, at lægen skal tilbyde e-konsultation. Der er siden sket en vækst i antallet af e-konsultationer udført af praksis.

E-konsultationstilbuddet er én dimension i tilgængelighedsbegrebet og medfører, at patienten på en nem og hurtig måde kan komme i kontakt med lægen. En stigning i denne form for konsultation, hvor patienten kan få et kort svar på et kort spørgsmål, er medvirkende til at øge tilgængeligheden i almen praksis for enkle, konkrete forespørgsler.

Figur 5: Antal producerede E-kommunikation pr. patient, fordelt på planområder, for perioden 2010-2014



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, ydelseskoder '0105". Det skal bemærkes, at Bornholm deltog i et projekt om fast honorering, hvilket forklarer afvigelsen i 2012.

Udover den beskrevne e-konsultation er der også i almen praksis mulighed for elektronisk at bestille tid og forny recepter.

E-boks

Det er et lovkrav, at alle aktører i sundhedsvæsenet anvender (og tømmer) den digitale dokumentboks (e-boks). Boksen kan ikke benyttes til kommunikation i forbindelse med konkret patientbehandling eller attestarbejde. Sådan kommunikation sker via MedCom standarder.

Del 4

6. Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen

Delmålsætninger

- at tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen
- at almen praksis understøtter et sammenhængende patientforløb

Praksisplanen skal som tidligere nævnt understøtte og beskrive betingelserne for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for patienterne. Derfor fokuseres der i det følgende på almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde med særligt fokus på det gensidigt forpligtende samarbejde om medicin og kommunikation, herunder digitalt. Desuden beskrives hvordan region og kommuner understøtter almen praksis' opgavevaretagelse i det samlede sundhedsvæsen, såvel på det somatiske som det psykiatriske område. Det er et særligt mål at tilrettelægge det samlede sundhedstilbud, så der sikres sammenhæng for de patienter, der har mest brug for en fokuseret indsats.

6.1 Samarbejde om bestemte målgrupper

Praksisplanen omfatter som sundhedsaftalen alle patienter, der har behov for en sammenhængende indsats fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Nogle målgrupper har imidlertid behov for en særlig fokuseret indsats. Dette gælder især for patienter med samtidige forløb i flere sektorer, patienter med kronisk eller psykisk sygdom og ældre medicinske patienter. Men også andre målgrupper har et særligt behov for koordinering og fokuserede indsatser. Nedenfor udfoldes indsatserne fra sundhedsaftalen vedr. disse målgrupper med vægt på almen praksis' rolle i forhold til at sikre patienterne et sammenhængende forløb af høj kvalitet.

6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient

Forløbsprogrammer

De sidste fem år er der udviklet forløbsprogrammer i Region Hovedstaden for borgere med KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme og lænderyg-lidelser. Fuld implementering af indholdet i disse programmer er en afgørende forudsætning for at opnå effekt af forløbsprogrammerne.

Ud over de regionale forløbsprogrammer er der udarbejdet nationale forløbsprogrammer inden for kræftrehabilitering og palliation samt erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børn. Der pågår et regionalt arbejde med udmøntning af disse. Der vil nationalt blive initieret nye forløbsprogrammer, bl.a. som følge af udarbejdelsen af en generisk model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser (2015), som siden skal udmøntes lokalt.

De seneste års erfaringer har vist, at der er behov for at udvikle forløbsprogrammerne yderligere, så de også kan tilgodesee behov hos borgere med flere samtidige sygdomme. Der er ligeledes behov for at udvikle eller styrke indsatser for borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er omfattet af et forløbsprogram eller falder uden for den mere standardiserede behandling og rehabilitering, som aktuelt tilbydes. I forløbsprogrammet for demens er almen praksis' proaktive opfølgning særlig vigtig.

I Sundhedsaftalen er der fokus på monitorering af forløbsprogrammerne.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. implementering af forløbsprogrammer

- Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås.

I forløbsprogrammerne har almen praksis en særlig rolle som tovholder for patienten. Konkret har den praktiserende læge en vigtig rolle i forhold til at følge forløbsprogrammets anbefalinger og herunder henvise til de relevante tilbud samt at drøfte den enkelte patients forudsætninger for - og ønsker om - at deltage i de aktuelle forløb. Henvisning til de rette tilbud forudsætter kendskab til de tilbud, som kan tilbydes den enkelte patient. Samtidig er det nødvendigt, at almen praksis især kender forløbsprogrammets sundhedsfaglige indhold, anbefalinger og tilbud til den enkelte patient.

Anbefalinger

- *at der arbejdes for at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere, specielt tovholderrollen i almen praksis*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering, samt indikatorer som skal gøre det muligt at følge og monitorere dette.*

Tidlig opsporing af kronisk sygdom

Målet med tidlig opsporing af kronisk sygdom er at nedsætte forekomsten af sygdomskomplikationer og dødelighed samt at opnå forbedret livskvalitet for patienten gennem en tidlig og rettidig indsats. Indsatsen er målrettet patienter, som allerede har udviklet sygdom eller tidlige stadier af sygdom, så de hurtigst muligt kan komme i relevant behandling. Det omfatter dels tidlig opsporing af en specifik sygdom. Men det omfatter også opsporing af flere

samtidige sygdomme, dvs. risikofaktorer og tidlige sygdomsstadier, der hyppigt forekommer samtidig.

Almen praksis har en nøgelfunktion i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer og egentlig sygdom opdages. Den praktiserende læge har pga. sin kontinuerlige kontakt med patienterne mulighed for opsporing og intervention – ikke mindst blandt patienter tilhørende risikogrupper. Ved udarbejdelse af kommende forløbsprogrammer for kronisk sygdom og ved revisioner af de eksisterende forløbsprogrammer, vil indsatser, der foreslås igangsat, blive beskrevet.

Differentierede indsatser

Det er en fælles udfordring i sundhedsvæsenet at sikre, at den særligt sårbare borger opnår et godt behandlings- og/eller rehabiliteringsresultat for at opnå det bedst mulige funktionsniveau og efterfølgende at mestre sin sygdom bedst muligt.

De indsatser, der igangsættes som en del af forløbsprogrammerne, skal kunne rumme de fleste patienters behov, herunder også støtte den enkelte patient fastholdes i indsatsen. Det betyder, at der skal arbejdes på at skabe rammer for fleksible og differentierede indsatser, der kan tilpasses patienter med særlige behov. Der skal være fokus på den opfølgende indsats og effekten af de indsatser, patienterne modtager. Endelig skal der være fokus på at sikre lette henvisningsveje til differentierede tilbud.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. styrkelse af den differentierede indsats for borgere med kroniske sygdomme og/eller flere samtidige sygdomme

- For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/flere samtidige sygdomme
- For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.

Almen praksis har en betydningsfuld rolle i forhold til at differentiere indsatser, så de tilpasses patienter med særlige behov. Den praktiserende læge vil være en af de første til at erfare, hvis patientens behov ikke imødekommes, f.eks. på grund af en særlig sårbarhed, sproglige eller kulturelle barrierer eller, at de ikke ønsker eller evner at deltage i de standardiserede tilbud.

Det er centralt, at almen praksis i samarbejde med de øvrige sundhedsaktører arbejder på at identificere patienter med særlige behov, herunder motivere flere patienter til at indgå i og gennemføre behandlings- og rehabiliteringsforløb. Hjælp til fastholdelse af livsstilsændringer, samt at

finde nye eller mere fleksible løsninger for patienter med særlige behov er en vigtig del af denne opgave. Her kan de pårørende også med fordel inddrages.

Anbefalinger

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom og/eller flere samtidige sygdomme*
- *at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til praktisk identificering af sårbarhed.*

6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet

Regeringen har i sin sundhedsstrategi ”Jo før jo bedre” afsat midler til en styrket indsats for patienter med lungesygdomme som KOL og astma hos børn. Fokus er tidlig opsporing, diagnostik og udredning for at sikre ensartede behandlingstilbud.

En væsentlig del af denne indsats handler om, at der skal foretages de relevante lungefunktionsundersøgelser (spirometri) i almen praksis blandt de patienter, som har størst risiko for at udvikle sygdommene. Der lægges op til at øge antallet af lungefunktionsundersøgelser i almen praksis og gennemføre kompetenceudvikling blandt praksispersonalet.

Initiativet skal ses i sammenhæng med udvikling af målrettet sundhedstjek i almen praksis, udarbejdelse af en forløbsplan²⁶ for KOL samt et undersøgelsesprogram for børneastma (se s. 51).

Rammerne for at styrke den tidlige opsporing og øge antallet af lungefunktionsundersøgelser i almen praksis fastlægges centralt, men ansvaret for den konkrete implementering af indsatsen sker i Praksisplanudvalget.

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. KOL og astma hos børn

- For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing i almen praksis af patienter med KOL og astma hos børn.*

²⁶ Forløbsplanerne har til formål at give patienter, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom som fx KOL og diabetes, et bedre overblik over deres behandlingsforløb.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Indlæggelser kan være en belastning for ældre borgere, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Derfor vil det gavne de pågældende borgere, hvis indlæggelser kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Praksisplanen understøtter indsatser i 'Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient', Region Hovedstadens Plan for den ældre medicinske patient samt regeringens sundhedsstrategi "Jo før – jo bedre" med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver nogle gange særlige indsatser, men ofte er der tale om et fokus, der skal integreres i de indsatser, som borgerne allerede modtager.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom

- Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.

Målgruppen for indsatsområdet er sårbare borgere, der f.eks. gennem tilknytning til kommunale tilbud, hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis, er i kontakt med sundhedsfaglige medarbejdere. Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter og borgere med somatisk eller psykisk kronisk sygdom. Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom.

Kommunerne og almen praksis har en væsentlig rolle i forhold til denne tidlige opsporing. En systematisk forebyggende indsats i kommunerne er de forebyggende besøg hos +75 årige.

Der skal følges op på almen praksis' rolle i arbejdet med implementering af redskaber til tidlig opsporing af sygdom eller forværring af eksisterende sygdom. Det skal afklares, hvordan samarbejdet mellem kommuner og almen praksis skal tilrettelægges, herunder hvordan de praktiserende læger sikres adgang til faglig rådgivning fra specialer på hospitalerne.

Anbefalinger

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom*
- *at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til tidlig opsporing*
- *at understøtte, at oplysninger om relevante nye fund fra kommunernes forebyggende besøg hos +75 årige kommunikeres videre til den praktiserende læge.*

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kan desuden understøttes ved brug af opfølgende og opsøgende hjemmebesøg, se side 31s.

Lette henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud

Der er udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT-portalen) på www.sundhed.dk, som kan anvendes til information om eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i henholdsvis kommunerne og på hospitalerne (somatik og psykiatri).

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. information om og anvendelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

- Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på www.sundhed.dk.
- Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

Almen praksis' rolle ved henvisning til sundheds- og forebyggelsestilbud

Det er særligt vigtigt, at almen praksis har kendskab til, og bruger SOFT-portalen, da det i høj grad kan medvirke til, at flere borgere henvises til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud, såfremt de ønsker det.

En høring af almen praksis i september-oktober 2014 viste, at der er stort potentiale for at øge anvendelsen af SOFT-portalen i almen praksis.

Anbefalinger

- *at sikre at alle læger anvender SOFT-portalen til informationssøgning i forbindelse med henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at styrke samarbejdet om anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer, herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, der sikrer, at borgere med behov herfor, tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.*

Kommunerne har pligt til at sørge for at SOFT-portalen er opdateret og let tilgængelig med en simpel søgefunktion. Desuden skal der arbejdes hen imod, at der for hver kommune udelukkende findes et lokationsnummer.

6.1.3 Samarbejde på kræftområdet

Kræftudredning og behandling

Mistanken om kræft opstår ofte i konsultationen hos den praktiserende læge. Det er derfor vigtigt, at der er fokus på, at symptomer på kræft identificeres tidligt. Det er desuden vigtigt, at der fokuseres på samarbejde om at sikre en god og hurtig visitation fra praksis til hospitalerne, og omvendt at sikre opfølgning og understøtte gode overgange fra hospitalerne til praksis efter endt behandling i hospitalsregi.

Der er oprettet henholdsvis pakkeforløb for forskellige kræftformer og diagnostiske enheder på akuthospitalerne med henblik på at understøtte og rådgive almen praksis om patientgrupper, hvor der er:

- mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft, eller
- begrundet mistanke om kræft.

Opfølgningsforløb

Der har hidtil været faglig tradition og guidelines for, at patienter efter endt kræftbehandling har mødt til kontrol på et hospital. Her er patienten blevet undersøgt for symptomer, recidiv og komplikationer efter endt behandling. For mange kræftformer er der imidlertid ikke evidens for at dette har effekt på overlevelsen.

Nationalt er der derfor udarbejdet 19 opfølgningsprogrammer, som understøtter en ændret tilrettelæggelse af kræftpatienters opfølgningsforløb efter endt primær behandling på hospital. Opfølgningsprogrammerne rummer anbefalinger for den kliniske kontrol, rehabilitering og genoptræning, palliation og psykosociale perspektiver. Programmerne er udarbejdet ud fra en generisk model.

Almen praksis inviteres med i arbejdet med at konkretisere opfølgningsprogrammer regionalt og efterfølgende implementere dem i regionen. Arbejdet påbegyndes i 1. halvår af 2015, hvor der indledningsvist vil være fokus på udarbejdelse af en regional vejledning for implementering af opfølgningsprogrammerne.

I regeringens sundhedsstrategi ”Jo før – jo bedre” planlægges initiativer på kræftområdet, som beskrives, når den nationale konkretisering af initiativerne er kendt.

Anbefalinger

- *at almen praksis fortsat bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet*
- *at almen praksis bidrager til at sikre gode individuelle opfølgningsforløb efter endt primær behandling for kræftsygdom, herunder implementere de 19 nationale opfølgningsforløb for kræftpatienter*
- *at almen praksis bidrager til at implementere initiativerne i regeringens sundhedsstrategi på kræftområdet.*

Almen praksis varetager uændret patienternes behandling af flere samtidige sygdomme gennem hele det ambulante kræftforløb.

Rehabilitering og palliation

Implementeringsplanen for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft beskriver opgavedelingen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

I forløbsprogrammet er der fokus på, at det er patientens individuelle behov, der skal være styrende for den rehabiliterende og palliative indsats. Almen praksis har i den forbindelse et ansvar for at henvise patienten til rehabilitering eller palliation i kommunalt og regionalt regi. Henvisning kan ske på ethvert tidspunkt i kræftforløbet, og almen praksis skal derfor kende til kommunale og regionale tilbud. I forbindelse med forløbsprogrammet er der udviklet et forberedelsesskema om "Støtte til livet med kræft". Skemaet er tænkt som en hjælp til patienten i samtalen med lægen, hvorfor det kan være en fordel for den praktiserende læge at kende til det.

Den praktiserende læge har ofte tæt kontakt med kræftramte familier, og har derfor mulighed for at have et særligt fokus på behov hos børn og unge, der er pårørende til en kræftpatient og inddrage de relevante instanser.

Det er den praktiserende læges opgave at sørge for terminalerklæring til kommunen og ansøgning om terminaltilskud fra Sundhedsstyrelsen, når borgeren er mest i hjemmet, således at kommunen så tidligt som muligt kan planlægge og iværksætte et team omkring den terminale patient. Når der er søgt terminalerklæring, kan den praktiserende læge tage initiativ til et koordinationsmøde. Et koordinationsmøde kan afholdes i den sene palliative fase for den uhelbredeligt syge kræftpatient, hvor sygdomskontrollerende medicinsk behandling hverken er relevant eller mulig, men hvor anden livsforlængende behandling kan være relevant. Til mødet deltager hjemmepleje og almen praksis, pårørende og patienten.

Anbefalinger

- *at almen praksis medvirker til, at flere patienter med behov henvises til kommunens tilbud om rehabilitering og palliation*
- *at almen praksis fortsat har fokus på børn og unge som pårørende*
- *at den praktiserende læge afholder koordinationsmøder, hvor det er relevant.*

6.1.4 Samarbejde om gravide, nyfødte og børn

Sårbare gravide, nyfødte og børn er særlige målgrupper, der kan opleve mange interagerende problemstillinger, hvor der er behov for, at flere sektorer yder en koordineret indsats. Det er derfor essentielt, at samarbejdet på tværs af hospital, kommuner og almen praksis har fokus på at tilrettelægge indsatsen, så der er en klar arbejdsdeling og tilstrækkelig information mellem sektorer og i det løbende samspil generelt. Almen praksis har under og efter graviditeten og i barnets første leveår mange kontakter med mor og barn, og

har en særlig rolle betinget af et bredt kendskab til familien. Almen praksis har således mulighed for at være opmærksom på forhold, som kræver en indsats fra en eller flere sektorer samtidig.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser i aftaleperioden:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. gravide, nyfødte og børn

- For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle aktiviteter.
- Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen.
- Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af, om der er behov for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.
- Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom.
- For at styrke behandlingen af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.
- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsproblemer (se afsnit om Kommunikation og sundheds-it).
- For at styrke den tidlige opsporing af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.

Styrket samarbejde på svangreområdet

For at sikre en sammenhængende indsats er der behov for bedre kommunikation mellem de involverede sundhedsfaglige aktører på svangreområdet, ikke mindst i forhold til den generelle udvikling med et stigende antal ambulante fødsler og hurtig udskrivning efter fødsel. Derfor blev der allerede i den foregående sundhedsaftale arbejdet på at sikre en klar arbejdsdeling mellem fødestedet, den kommunale sundhedspleje og almen praksis. Overenskomst om almen praksis beskriver i profylakseaftalen almen praksis' rolle i svangreomsorgen med fokus på forebyggende helbredsundersøgelser.

I sundhedsaftalen for 2015-2018 er det aftalt at følge op på aftalen om arbejdsfordeling omkring fødslen og vurdere, om der er behov for at justere denne. Det er desuden aftalt at evaluere tidligere og igangværende

tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide med henblik på at anbefale hvilke tiltag, der vil kunne udbredes.

Anbefaling

- *at almen praksis fortsat deltager i arbejdet med at udvikle samarbejdet på svangreområdet herunder samarbejdet om sårbare gravide.*

Styrket samarbejde om sårbare børn

Det er vigtigt for børns udvikling, at der handles tidligt ved tegn på psykisk og fysisk mistrivsel. I sundhedsaftalen er der aftalt indsatser for tre grupper af sårbare børn: Således skal der udarbejdes en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn, der skal indgås aftaler om tidlig opsporing og varsling mellem sektorerne for børn i familier med misbrug og børn som er pårørende til alvorligt syge.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke samarbejdet om sårbare børn.*

Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, vaccinationer og HPV-vaccine

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der er en dækning på mindst 95 procent for alle børnevaccinationer. De seneste år har vist, at tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser og børnevaccinationsprogrammet er faldende. Sideløbende med børnevaccinationsprogrammet kan 12-årige piger vaccineres mod livmoderhalskræft (HPV-vaccination).

Boks 6: Indhold i profylakse aftalen

Profylakseaftalens kapitel II side 163 om Børneundersøgelser, børnevaccinationsprogrammet og andre vaccinationer

- indeholder aftale om honorar for børneundersøgelser og børnevaccinationer
- indeholder aftale om elementer i en forstærket indsats for at øge tilslutningen til børnevaccinationer, herunder:
 - lister fra regionerne til de praktiserende læger
 - påmindelser til forældre, når børnene er 2, 6½ og 14 år
 - tiltag i lægepraksis (administrative procedurer til at højne vaccinationsdækning, herunder at læger telefonisk kontakter forældre).

Opfølgningsindsatsen

Med henblik på at forbedre tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet, skal der etableres velfungerende systemer til indkaldelse og opfølgning. Opfølgning på MFR 1 og 2 er præciseret i overenskomstens profylakseaftale.

I forlængelse af Profylakseaftalen har regionerne udarbejdet forslag til, hvordan tilslutningen kan styrkes.

Boks 7: Anbefalinger vedr. tilslutning til børnevaccinationsprogrammet.

Danske Regioners anbefalinger i forhold til at øge tilslutningsprocenten til børnevaccinationsprogrammet (2011):

- Opfølgning på børneundersøgelser og vaccinationer er en naturlig del af almen praksis' populationsansvar. En forpligtelse til opfølgning bør indgå i overenskomsten.
- Opfølgning på HPV-vaccination bør indgå i overenskomsten.
- Anvendelse af datafangst til opfølgning på vaccinationer bør indgå i overenskomsten.
- Regionerne følger tilslutningsprocenterne til vaccination ved at lave udtræk over tilslutningsprocenterne på regionsniveau og evt. på praksisniveau.
- Samarbejdsudvalgene gør status over vaccinationstilslutningen i regionen én gang årligt, og kan evt. iværksætte tiltag.
- Praktiserende læger opfordres til systematisk at følge op på vaccinationsstatus, når barnet er fyldt 5 og 12 år.
- Forslag om yderligere undersøgelser vedr. årsager til manglende vaccination.
- Indtil Datafangst er fuldt implementeret, bør regionerne fortsat stå for at sende lister og standardinvitationer ud til de praktiserende læger.

Der er behov for at vurdere, hvilke af disse forslag fra 2011, der fortsat er relevante samt vurdere behov for yderligere tiltag med fokus på almen praksis' rolle i børnevaccinationsprogrammet.

Statens Seruminstitut (SSI) har siden maj 2014 udsendt påmindelsesbreve til forældre med børn, der fylder 2, 6½ og 14 år, hvis der er vaccinationer, som barnet mangler ifølge Det Danske Vaccinationsregister (se nedenfor). Brevene har ifølge SSI en positiv virkning på antallet af børnevaccinationer.

På www.sundhed.dk kan almen praksis se lister over børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis. Det er uvist i hvilket omfang, lægerne anvender disse lister.

Anbefalinger

- *at der følges op på regionernes anbefalinger fra 2011, herunder vurderes, hvorvidt der skal iværksættes flere tiltag med fokus på at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet*
- *at øge almen praksis' kendskab til, at der på www.sundhed.dk findes lister over de børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis*
- *at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier.*

Det Danske Vaccinationsregister og datafangst

Det Danske Vaccinationsregister muliggør en forbedret opfølgningsindsats via elektronisk adgang til oplysninger om alle danskeres vaccinationer. Statens Serum Institut er ansvarlig for registret, som forventes implementeret i almen praksis.

Datafangstsystemet tilbyder endnu en mulighed for den praktiserende læge til at følge op på tilslutningen af egne patienter til børnevaccinationsprogrammet. Der afventes imidlertid i øjeblikket afklaring af det lovgivningsmæssige og tekniske grundlag for Datafangst.

Tidlig opsporing af børneastma

Det er aftalt i sundhedsaftalen, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler om tidlig opsporing af børn med astma i almen praksis. Aftalen følger op på regionernes økonomiaftale for 2014, hvor almen praksis fremhæves som en særlig aktør, der kan medvirke til et øget fokus på tidlig opsporing og diagnostik af astma hos børn.

Nationalt pågår en række initiativer på området. Der arbejdes på en national retningslinje for børneastma og en DSAM vejledning for diagnostik og behandling af børneastma i almen praksis er under udarbejdelse. Endvidere har Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) i regi af Danske Regioner udarbejdet en vejledning om medicinering af børneastma.

Regeringen har i sin sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre” planlagt at iværksætte et nationalt undersøgelsesprogram for børneastma. Formålet med programmet er målrettet tidlig diagnose og udredning af astma hos børn og unge (0 – 18 år). Der skal ske en styrkelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis, så kompetencerne hos den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge i højere grad kan understøtte hinanden. Programmet forventes færdigt i første kvartal 2016.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing og udredning af astma hos børn i almen praksis.*

6.1.5 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel

Ligesom for de somatiske sygdomme fungerer almen praksis som generalist, gatekeeper og tovholder for borgere, som henvender sig til almen praksis med psykisk sygdom eller tegn på psykisk mistrivsel. Almen praksis har en særlig rolle sammen med kommunerne i forhold til at opspore psykisk sygdom eller psykisk mistrivsel samt medvirke til en tidlig koordineret indsats. For patienter, som er i psykiatrisk behandling uden for almen praksis, er almen praksis fortsat tovholder i forhold til udredning, behandling og medicinering af andre sygdomme.

Sundhedsaftalen indeholder en række indsatser, der fokuserer på at forbedre det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og psykisk mistrivsel:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. mennesker med psykisk sygdom og psykisk mistrivsel:

- For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner
- Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne og Ungdomspsykiatrisk Center
- Udvalgte og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis
- Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri
- Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren
- Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge
- Revidere og omdanne samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatrisk center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.

For at sikre lighed i sundhed, er det en politisk målsætning, at der arbejdes for, at mennesker med psykisk sygdom får flere gode leveår, samt at der sikres sammenhæng i behandlingen af mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom eller misbrug. Af særlig relevans for samarbejdet med almen praksis er entydig kommunikation, hvilket bl.a. kan understøttes gennem brug af klare retningslinjer for udrednings- og behandlingsansvaret og sikring af lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og den øvrige praksissektor samt relevante redskaber til tidlig opsporing i almen praksis. De konkrete indsatser i forhold til mennesker med psykisk sygdom eller psykisk mistrivsel er indarbejdet i de enkelte afsnit nedenfor.

Tidlig opsporing og indsats ved psykisk sygdom og mistrivsel

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Et tværsektorielt samarbejde om tidlig opsporing og en koordineret indsats til børn, unge og voksne, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom, er derfor central. Almen praksis kan bidrage til en tidlig opsporing og indsats ved at tænke muligheden ind i de øvrige kontakter med patienten.

Børn er en særlig målgruppe, og man har i almen praksis et særligt fokus på børns psykiske trivsel i forbindelse med børneundersøgelserne. Når børnene bliver ældre, kan almen praksis sætte fokus på psykisk trivsel, når børn og unge kommer med somatiske lidelser. Tilsvarende er der særligt mulighed for opsporing af psykisk sygdom eller mistrivsel i sundhedsplejen.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal sikres retningslinjer for systematisk kommunikation mellem kommunerne og praksissektoren om samarbejde omkring børn og unge med psykisk mistrivsel (jf. i øvrigt afsnit om samarbejdet om børn s. 48), og der skal udvælges og udbredes værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn.

Anbefalinger

- *at almen praksis bidrager aktivt i planlægningen af nye indsatser til børn og unge med psykisk sygdom*
- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn og unge i forskellige aldersgrupper.*

Henvi sning til videre behandling

Afhængigt af patientens behov udredes og behandles patienten enten i almen praksis eller henvises til relevant videre udredning og behandling i kommunen, hos privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende speciallæge i psykiatri eller i hospitalspsykiatrien.

For at understøtte henvisningen til videre behandling, skal det være tydeligt for både patienter og sundhedsprofessionelle, hvilke tilbud hospitaler, kommuner og praksissektoren har på området. I Sundhedsaftalen er det aftalt, at der for både børn, unge og voksne er behov for at sikre synlig og lettilgængelig information om henvisning til de forskellige behandlingstilbud. På børneområdet skal der ske en afklaring af, hvornår der er brug for pædagogisk/psykologisk vurdering af barnet/den unge i kommunalt regi, før almen praksis henviser til børne- og ungespsykiatrien

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle entydige og let tilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatri og praksissektoren*
- *at der aftales retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om børn og unge, der ønskes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.*

Nye samarbejdsmodeller for specifikke patientgrupper

Der arbejdes aktuelt på at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og hospitalspsykiatrien, således at almen praksis i højere grad deltager i diagnosticering og behandling af en række patienter med ikke-psykotiske lidelser. For en række patienter, som er i en stabil psykofarmakologisk behandling, kan den fortsatte vedligeholdende psykiatriske behandling overgå til almen praksis efter aftale herom, såfremt de faglige og organisatoriske forhold tillader det.

Gennem integration af hospital, almen praksis, speciallægepraksis og kommunale indsatser er det visionen, at shared care muliggør behandling på lavest effektive omsorgsniveau, sammenhængende patientforløb og et generelt styrket samarbejde mellem sundhedsaktørerne. Der er behov for at afklare opgave- og ansvarsfordelingen i forhold til behandlingen af ADHD og deraf udvikle shared care modeller om ADHD behandlingen af hhv. børn, unge og voksne. Men også andre patientgrupper er relevante at se nærmere på i forhold til shared care.

Collaborative care

I Region Hovedstadens Psykiatri arbejdes der med udvikling og afprøvning af collaborative care som specifik samarbejdsmodel. Formålet er at udvikle nye samarbejdsformer i sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende patientforløb, og resulterer i et forbedret behandlingstilbud i almen praksis til disse patienter. Aktuelt er der igangsat et forskningsprojekt, Collabri, der fokuserer på samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og almen praksis om behandlingen af patienter med depression og angst. Modelprojektet afsluttes i maj 2016, hvorefter det evalueres.

Anbefalinger

- at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer på det psykiatriske område
- at almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede.

Opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. En væsentlig årsag hertil er, at somatisk sygdom ofte ikke opspores eller behandles i tide. Det er en fælles opgave at iværksætte indsatser, der kan mindske risikoen for udvikling af kronisk og alvorlig somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom. I sundhedsaftalen er det derfor også en målsætning, at borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

I sundhedsaftalen er det besluttet at fastlægge principper for, hvordan hospitaler, kommuner og almen praksis kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale

forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Desuden er det en indsats i sundhedsaftalen, at det skal aftales, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres for at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge. Denne indsats er tilsvarende relevant for patienter i hospitalspsykiatrien, herunder særligt patienter i distriktspsykiatrien.

Anbefalinger

- *at almen praksis inddrages i tilrettelæggelsen af samarbejdet om at informere borgere med psykisk sygdom om muligheden for at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud*
- *at der i dialog med almen praksis drøftes, hvordan forebyggende sundhedsundersøgelser kan tilrettelægges for borgere med psykisk sygdom, herunder borgere tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud samt hospitalspsykiatrien.*

Samtidig psykisk sygdom og misbrug

Mange borgere med et skadeligt forbrug af rusmidler har samtidig psykisk sygdom. Den psykiske sygdom behandles i hospitalspsykiatrien eller hos praktiserende speciallæge i psykiatri, mens kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen. For patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug er der ofte manglende sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske sygdom. For patienten og almen praksis vanskeliggør det henvisningen til relevant behandling. Det er derfor også en målsætning i Sundhedsaftalen, at borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats.

Herunder er det et konkret indsatsområde i Sundhedsaftalen at udvikle og udbrede nye modeller for samarbejdet om mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Med afsæt i kendte erfaringer afprøves en ny organisatorisk model for samarbejdet med fokus på fælles tværsektorielle teams, der arbejder med integreret udredning og behandling af patientgruppen. Der skal som del af projektevalueringen tages stilling til generel udbredelse af modellerne.

Anbefalinger

- *at almen praksis inddrages i udviklingen af nye modeller for samarbejdet om mennesker med samtidigt forekommende psykisk sygdom og misbrug*
- *at parterne arbejder for sammenhæng i behandlingstilbud for patienter med både misbrug og psykisk sygdom*
- *at almen praksis understøtter patientens egen motivation for at tage imod relevante behandlingstilbud.*

6.1.6 Samtaleterapi

Lægerne kan i henhold til overenskomsten yde samtaleterapi. Med indgåelsen af Overenskomst om almen praksis 2014 åbnes mulighed for decentralisering af ydelserne til samtaler og sygebesøg. Parterne er enige om, at der skal arbejdes videre med en konkretisering af ydelsen samtaleterapi. I

dette arbejde skal ses på sammenhæng mellem forskellige tilbud om samtaleterapi i forskellige dele af praksissektoren samt kommunerne, og det skal afdækkes hvilke patientgrupper, der følger behandling hvor.

6.1.7 Samarbejde på misbrugsområdet

Behandling af misbrug er en kommunal opgave. Behandling og medicinering foregår i kommunernes misbrugscentre, hvor der er mulighed for en samtidig sundhedsfaglig, medicinsk, terapeutisk og social indsats. Dertil kommer rådgivning og vejledning samt kort intervention overfor de borgere, som ikke har brug for behandling. Mange misbrugscentre har desuden tilbud til pårørende, herunder børn, som ofte kan være både berørte af og involverede i misbruget.

Almen praksis' rolle er at henvise patienter til behandling i kommunen, at behandle øvrige sygdomme hos patienten, og i visse tilfælde at varetage behandlingen af misbruget (samtaler, antabus og anden medicinsk behandling) for de patienter, der ikke ønsker henvisning til et kommunalt misbrugscenter.

I regi af sundhedsaftalen er det aftalt at arbejde med følgende indsatser på misbrugsområdet:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. misbrug

- Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge, med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes
- Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling
- Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer
- Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.

Der er behov for et systematisk, formaliseret samarbejde mellem læger og andre sundhedspersoner på misbrugscentrene og almen praksis i forhold til både tidlig opsporing, videndeling om rusmiddelområdet generelt og i forhold til behandlingen af konkrete patienter specifikt f.eks. i forbindelse med behandling af både stof- og alkoholmisbrug.

Særligt er der behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde omkring henvisning til misbrugsbehandling og øvrige relaterede tilbud i kommunerne. Det er vigtigt at sikre, at almen praksis har kendskab til lokale/kommunale behandlingstilbud bl.a. via SOFT-portalen, og at der er ensartethed i informationer om henvisningsprocedurer og visitationskriterier.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke en tidlig opsporing og indsats overfor borgere med misbrug og børn i familier med misbrugsproblemer*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at sikre entydige og lettilgængelige henvisningsprocedurer*
- *at der indgås gensidigt forpligtende aftaler om formaliseret samarbejde mellem kommuner og almen praksis om behandling af konkrete patienter med misbrug.*

Høringsudkast

6.2 Samarbejde om medicin

Delmålsætninger

- at patienter er medicineret rigtigt og sikkert og at utilsigtede hændelser undgås, herunder;
- at Fælles Medicin Kort (FMK) er fuldt ud implementeret og anvendes korrekt.
- at medicininformation i FMK er opdateret og afstemt.
- at medicingennemgang gennemføres ved væsentlige ændringer i medicinen i almen praksis og/eller på hospitalerne.

Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet. Målet er, at patienter, som overgår fra en sektor til en anden, får de ordinerede lægemidler i korrekt dosering og dermed undgår utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering. Arbejdet involverer både hospitaler, kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og apoteker.

Der er i sundhedsaftalen fokus på afklaring af, hvem der har ansvaret ved medicinering:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. medicin:

- Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Det skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.
- Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.

6.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicinhåndtering

Der kan opstå risiko for patienten i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Når patienten medicineres af flere sektorer samtidigt, kan det således medføre medicineringsfejl og i værste fald skade patienten.

Parterne i det tværsektorielle samarbejde har forskellige roller og ansvar i forhold til medicinhåndtering. I henhold til sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, har almen praksis, speciallæger og hospitaler ordinationsretten og ansvar for at ordinere den rigtige medicin, mens kommunerne har ansvar for sikker medicinering, dvs. at patienterne får den ordinerede medicin rettidigt og i korrekte doser. Den kommunale sygepleje varetager sin rolle på baggrund af egen autorisation og efter gældende retningslinjer (jf. side 28).

Sikker medicin: Hvor man sikrer at borgerne modtager den medicin, der er ordineret samt at den ordinerede medicin dispenseres og administreres i forhold til den gældende ordination.

Rigtig medicin: Hvor man sikrer, at borgerne får ordineret den medicin, der passer til sundhedstilstanden, dvs. *at borgerne får ordineret medicin i relevante doser, der er målrettet borgerens sygdom(me), symptomer, alder og øvrige helbredstilstand, som løbende tilpasses borgerens reaktioner herpå og forebygger utilsigtede interaktioner.*

For at opnå sikker og rigtig medicinering er det vigtigt med et godt samarbejde og en løbende dialog mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering. Parterne vil arbejde for, at der etableres et samarbejde, der understøtter rigtig og sikker medicinering for den enkelte patient. Eventuelle nationale retningslinjer vil være et væsentligt element i dette arbejde.

Anbefaling

- *at der udarbejdes rammer for det løbende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering.*

6.2.2 Det Fælles Medicin Kort (FMK)

En af de centrale målsætninger med FMK er, at løsningen øger det tværsektorielle og samlede overblik over patientens medicin.

Forudsætningen for, at FMK øger patientsikkerheden og kvaliteten er, at oplysningerne på medicinkortet afspejler den medicin, patienten reelt anvender, og at FMK er fuldt implementeret og anvendes korrekt.

I praksisplanregi ønskes det at understøtte arbejdet med at implementere FMK. PLO, KL og DR har forhandlet en oprydningssaftale om FMK. Aftalen er tilpasset parterne i Region Hovedstaden, således at der foreligger aftale om oprydning i forbindelse med igangsættelse af implementering af FMK i kommunerne.

Parterne bag praksisplanen vil arbejde for, at FMK er fuldt implementeret teknisk og organisatorisk i alle sektorer. FMK er taget i brug i almen praksis og på regionens hospitaler, og er implementeret i kommunerne medio 2015.

Ifølge Sundhedsstyrelsen medfører anvendelsen af FMK ikke ændrede regler eller ansvarsforhold i relation til lægens pligt ved ordination af lægemidler. Det er fortsat den ordinerende læges ansvar at vurdere medicinens relevans

²⁷ ”Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler”, 12. februar 2015.

samt eventuelle bivirkninger eller interaktioner med den medicin, som patienten allerede er i behandling med.

Anbefaling

- *at følge op på implementeringen af FMK, herunder også i almen praksis.*

Som en del af arbejdet med at implementere FMK i planperioden, fortsætter undervisnings- og efteruddannelsesaktiviteter i almen praksis bl.a. ved datakonsulenterne i Region Hovedstaden.

Implementering af FMK er i øvrigt en central indsats i sundhedsaftalen:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. medicin:

- For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.

I Region Hovedstaden er der nedsat en tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe. I praksisplanens planperiode understøttes arbejdet med implementering af FMK og de tværsektorielle snitflader i denne gruppe.

Anbefaling

- *at almen praksis gennem deltagelse i den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe bidrager til udarbejdelse og implementering af anvendelse af FMK i det tværsektorielle samarbejde.*

6.2.3 Medicingennemgang

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal udarbejdes og implementeres en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og -afstemning.

Boks 9: Sundhedsstyrelsens definition af medicingennemgang

Medicingennemgang (MGG)²⁸: En struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling. Der skal tages stilling til, om der skal ske ændringer – f.eks. om noget af medicinen skal seponeres - og ændringerne skal herefter gennemføres.

²⁸ Sundhedsstyrelsens begrebsbase, se link: <http://begrebsbasen.sst.dk>

Almen praksis har pligt til at foretage medicingennemgang ved:

- Aftalt specifik forebyggelsesindsats (herunder årskontrol af kronisk syge - også borgere under 75 år) – ydelse 0120
- Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre normalt over 75 år – ydelse 0121)

Almen praksis har mulighed for, men ikke pligt til, at foretage medicingennemgang ved:

- Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital
- Når en patient flytter på plejehjem.

Uanset FMK har kommunerne behov for, at der i visse situationer foretages en individuel medicingennemgang af en patients medicin.

For yderligere at understøtte implementering af medicingennemgang i almen praksis, findes der efteruddannelses tilbud i regi af KAP-H.

Anbefalinger

- *at der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis*

6.2.4 Dosisdispensering

Dosisdispensering (DD) betyder, at apoteket pakker medicin i dosispakker. Det er almen praksis, som skal vurdere, om en patient er egnet til dosisdispensering. Hvis der sker ændringer skal almen praksis give apoteket besked herom. I relation til indlæggelse er det dog hospitalernes ansvar at afmelde dosisdispenseringen.

I forbindelse med opstart på dosisdispensering skal der foretages medicingennemgang. Dosisdispensering er kun egnet til patienter, som får den samme medicin i samme dosis over længere tid²⁹. Det skal samtidig bemærkes, at der i FMK er udfordringer med dosisdispensering, som forventes forbedret i kommende opdateringer.

Anbefaling

- *at arbejde for at dosisdispensering kan anvendes sikkert.*

6.2.5 Polyfarmarci

I forhold til den polymedicinerede patient³⁰ er det en særlig tværsektoriel udfordring at sikre en relevant og rettidig kommunikation om patientens medicinering.

²⁹ Sundhedsstyrelsens notat ”Dokumentation i forbindelse med dosisdispensering.”, marts 2011.

³⁰ Polyfarmaci/polymedicinerede patienter defineres ofte som patienter, der er i fast behandling med mere end 6 forskellige lægemidler i døgnet.

Centralt er der afsat midler til regionale indsatser, der søger at udbrede medicingennemgang til patienter i fast behandling med mere end seks forskellige lægemidler i døgnet³¹. Bevillingen udløber ved udgangen af 2015, men forsøges overført til 2016.

Almen praksis kan få vejledning om bl.a. konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicin på MedicinInfo – se i øvrigt afsnit om diagnostik og rådgivning, s. 74.

Høringsudkast

³¹ Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, juni 2012.

6.3 Digital kommunikation

Delmålsætninger

- at almen praksis fortsat bidrager til at styrke den digitale kommunikation på tværs af sektorer med fokus på fuld implementering og fuld anvendelse af digitale løsninger
- at almen praksis fortsat bidrager til at sikre god kvalitet i digitale meddelelser på tværs af sektorer.

Sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenets indsatser kan ikke ske uden velfungerende og understøttende digitale løsninger. Hurtig adgang til relevante patientoplysninger og øget mulighed for at dele data på tværs af sektorer er afgørende for et godt og sikkert patientforløb. Data kan samtidig bruges til at involvere patienten i egen behandling, følge op på indsatser og pege på, hvor der er behov for forbedringer. Praksisplanen skal være med til at understøtte, at den digitale kommunikation om patienternes forløb sker koordineret, planlagt, rettidigt og sikkert.

6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange

De fulde gevinster ved digitale arbejdsgange og processer på tværs af sundhedsvæsenet høstes først, når alle er med. Derfor er fuld anvendelse og konsolidering på tværs af sundhedsvæsenet en stor opgave, der fortsat skal arbejdes med både i Sundhedsaftale og Praksisplan.

Almen praksis arbejder allerede digitalt og er med til at understøtte arbejdet nationalt og lokalt om digitalisering af det tværsektorielle samarbejde. Det drejer sig bl.a. om implementering af MedCom standarder og digitale meddelelser på tværs af sektorer og Det Fælles Medicinkort (FMK).

Der er imidlertid fortsat et stort behov for at styrke den digitale kommunikation med fokus på implementering og korrekt anvendelse på en række områder og særligt indenfor psykiatrien, det ambulante område, akutområdet og det præhospitale område.

På sigt er visionen også at kunne gå skridtet videre fra beskedbaseret digital kommunikation mod fuld digital understøttelse af det tværsektorielle patientforløb. Fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange er et nationalt udviklingsområde, som parterne i praksisplanen løbende vil følge op på og drøfte muligheder for og konsekvenser af.

Fra beskedbaseret digital kommunikation til deling af data

Sundheds-it og digitale arbejdsgange er et stort fokusområde i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Sundhedsaftalens indsatser på området omhandler følgende:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. sundheds-it og digitale arbejdsgange

- Følge anvisninger i den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* for udbredelsen af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående områder skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.
- For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet.
- Udarbejde og implementere kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.

Indsatsen i sundhedsaftalen om at følge den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet*³² betyder, at der i aftaleperioden vil blive indgået aftaler om anvendelse af og samarbejdet om beskedbaseret digital kommunikation på en række nye områder. Almen praksis vil blive inddraget i arbejdet med henblik på at afdække almen praksis' behov og anvendelsesmuligheder.

Anbefalinger

- at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde og implementere kommunikationsaftaler på det ambulante område, akutområdet, børneområdet, social- og psykiatriområdet, handicapområdet og jobcentre.
- at der indgås samarbejdsaftale med almen praksis om nye kommunikationsaftaler og implementering heraf, hvor det er relevant.

At følge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet handler også om, at der skal ske en bevægelse fra beskedbaseret digital kommunikation mod sikring af fuld digital understøttelse af udvalgte arbejdsgange. I sundhedsaftalen beskrives ydermere, at for at kunne optimere og koordinere sikre forløb på tværs af sektorer er det nødvendigt at have let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren, uanset hvor og i hvilket system informationerne fødes. Dette gælder for alle involverede parter i forløbet – herunder også borgeren.

I den nationale strategi fremgår, at der sigtes mod fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange i 2017.

³² <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Strategi%20og%20udvikling.aspx>.

Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017:

"Der skal være fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at de relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017. Medio 2014 skal der være færdiggjort en analyse af sundhedsoplysninger og kommunikationsmønstre i sundhedsvæsenet, samt være udarbejdet en fælles faseplan for at realisere 2017-målbilledet".

På nationalt plan arbejdes i øjeblikket med en analyse af, bl.a. hvilke sundhedsoplysninger, der er størst behov for at dele. Analysen vil indeholde en faseplan for realisering af målet i 2017. Parterne i praksisplanen vil løbende følge arbejdet og drøfte mulighederne og konsekvenserne heraf.

Sundhedsplatformen

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i gang med at forberede og implementere Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen er en ny elektronisk patientjournal til understøttelse af hospitalernes kliniske arbejdsgange, dokumentation og vidensdeling. I forhold til det tværsektorielle samarbejde indeholder sundhedsplatformen bl.a. mulighed for, at almen praksis og kommunerne kan se hospitalets data om borgeren, når der er behov for det. Under sundhedsplatformsarbejdet er der et tværsektorielt projektspor "Projekt for tværsektorielt samarbejde". Projektet har dels til formål at sikre at alle MedCom standarder kan benyttes i sundhedsplatformen, dels undersøges anvendeligheden af "Epic Care Link" i det tværsektorielle samarbejde. Kommunerne og almen praksis er repræsenteret i projektet.

Telemedicin

Telemedicin/telesundhed byder på nye kontakt-, kommunikations- og monitoreringsmåder, der via teknologi kan medvirke til at optimere behandlings- og patientforløb. Måder, som giver bedre udnyttelse af ressourcer, og som samtidig inddrager patienterne aktivt i egen behandling.

På nationalt plan er der iværksat en række telemedicinske storskalaprojekter, bl.a. udbredelse af telemedicin på KOL-området samt telemedicinsk sårvurdering. I disse projekter har almen praksis i udgangspunktet en henvisende rolle.

Af øvrige projekter på området har regionen været involveret i et nationalt projekt om videotolkning. Projektet omfattede afprøvning i tre almen lægepraksis i regionen. Evalueringen af projektet viste, at videotolkning i almen praksis har potentiale – både i forhold til kvaliteten af tolkningen og den lægefaglige samtale og i forhold til en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. At indføre ny teknologi og nye arbejdsgange er ikke uden udfordringer, men erfaringerne viser, at både patienter og praktiserende læger er positive overfor videotolkning.

Anbefalinger

- *at der i planperioden ses på muligheden for at anvende telemedicinske løsninger til at understøtte opgavevaretagelsen i almen praksis*
- *at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes gennem brugen af telemedicinske løsninger*
- *at der ses på muligheder for udbredelse af videotolkning.*

Henvisninger og epikriser

Når patienten henvises fra almen praksis til videre behandling i det øvrige sundhedsvæsen, er det vigtigt, at henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt, med tilstrækkelig information og via hurtige og tilgængelige henvisningsveje. For at sikre hurtige og tilgængelige henvisningsveje skal der være let adgang til kommunernes lokationsnumre, ligesom der generelt skal tilstræbes en entydig kommunikation og med så få lokationsnumre som muligt.

Der skal desuden arbejdes på at sikre mulighed for at vedhæfte bilag, når henvisninger sendes elektronisk.

Ved henvisning til kommunale tilbud skal kommunernes henvisningsprocedurer følges.

Når patienten udskrives fra hospitalet, videregives informationer i form af epikrise til almen praksis. Informationerne skal sikre, at almen praksis hurtigst muligt efter udskrivelsen har de nødvendige oplysninger med henblik på det videre forløb, herunder en liste over den medicin patienten har ved udskrivelsen, samt hvilke ændringer der er sket i medicinen og hvorfor.

I sundhedsaftalen 2015-2018 er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsats:

Indsats i Sundhedsaftalen vedr. epikriser

- Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, skal det sikres, at epikrisen fremsendes til egen læge samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren.

I implementeringsplan for sundhedsaftalen er det aftalt, at hospitalerne påbegynder arbejdet med omlægning af de nødvendige arbejdsgange fra 2015.

Almen praksis har endvidere peget på vigtigheden af, at epikriserne fremsendes således, at det vigtigste/det, der skal handles på, står først i epikrisen. Der arbejdes i øjeblikket på dette i regi af Sundhedsplatformen.

Anbefalinger:

- *At der fortsat arbejdes for at sikre tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis og epikriser tilsendt almen praksis.*
- *At der arbejdes for, at det vigtigste/det der kræver en handling, placeres først i epikrisen.*

Korrespondancemeddelelser

Korrespondancemeddelelsen er en sikker klinisk e-mail, hvori patienthenførbare informationer kan udveksles på tværs af sektorer i ikke-akutte situationer.

Korrespondancemeddelelsen kan anvendes til kommunikation mellem tværsektorielle aktører i sundhedsvæsenet, hvor der ikke findes andre "formaliserede" meddelelsetyper som f.eks. henvisninger, epikriser, ambulante notater og undersøgelsessvar.

I dag kan både kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og hospitaler sende og modtage korrespondancemeddelelser, men der er fortsat stort behov for at styrke anvendelsesgraden i alle sektorer.

Rammeaftale om e-kommunikation (jf. overenskomsten side 151 afsnit A) giver mulighed for, at kommuner og kommunens praktiserende læge kan indgå aftale om at tilstræbe en gensidig svartid på max 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt. 15 kommuner og almen praksis har indgået denne rammeaftale.

Parterne er enige om, at det er relevant at udbrede rammeaftalen til at omfatte alle praktiserende læger, alle kommuner samt alle hospitaler. Dvs. at rammeaftalen udbredes til også at dække korrespondancemeddelelser til og fra hospitalerne. Kommunikationsaftalen på det somatiske område mellem alle kommuner og regionen opererer med gensidig svartid på max 3 hverdage.

Det kan i aftaleperioden være hensigtsmæssigt at ændre på diverse svarfrister, hvorfor parterne er enige om, at det kan være muligt at indgå aftale herom.

Sikker ansvarsoverdragelse på tværs af sektorovergange

Det er afgørende i forhold til patientsikkerheden, at ansvaret er klart placeret i forbindelse med sektorovergange. I dag foregår ansvarsoverdragelse fra hospitalssektoren til almen praksis ofte via epikriser og/eller ved at patienten selv får ansvar for at viderebringe besked til egen læge, om hvilken videre behandling, undersøgelse, henvisning m.v. der evt. ønskes foretaget.

Sikker ansvarsoverdragelse indebærer en klar beskrivelse af opgaven, der ønskes udført af modtageren, ligesom modtageren skal acceptere og kvittere for opgaven, før afsenderen kan anse opgaven, som overleveret sikkert. Opgaver, der ønskes overdraget fra hospitaler til almen praksis, bør derfor

ikke formidles gennem epikriser, hvor kvittering for og accept af opgaven ikke kan finde sted. Telefonisk kontakt eller korrespondancemeddelelser (ved ikke akutte tilfælde) kan her være et redskab.

Såfremt modtageren ikke ser sig i stand til at varetage og kvittere for opgaven, skal afsenderen sørge for opfølgning/behandling på anden vis.

I regi af KAP-H er der nedsat en arbejdsgruppe om sikker ansvarsoverdragelse, der skal udarbejde fælles retningslinjer for sikker kommunikation på tværs af sektorgrænser. Arbejdsgruppen er sammensat med repræsentanter fra såvel hospital, kommune og almen praksis.

Anbefaling

- *at der følges op på resultater fra arbejdsgruppen om sikker ansvarsoverdragelse.*

6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper

Digital kommunikation omkring sårbare borgere og særligt komplekse forløb

Når den digitale kommunikation vedrører sårbare borgere og særligt komplekse forløb, kan der opstå tilfælde, hvor der er særligt behov for at sikre hurtig og let adgang til kommunikation sektorerne imellem. Telefonen er fortsat et relevant redskab ved behov for hurtig kommunikation. Gerne med besked om, at samtalen følges op af en korrespondancemeddelelse. Dette kræver gensidig telefonisk tilgængelighed f.eks. via direkte telefonnumre. Hospitalerne har adgang til telefonnumre til almen praksis via OPUS, men det bør også sikres, at hospitalernes telefonnumre løbende opdateres og kan findes i opslag i lægernes systemer evt. via opdaterede SOR³³ oplysninger. Derudover bør principper for sikker mundtlig kommunikation anvendes³⁴.

Selv ved fuld organisatorisk implementering af korrespondancemeddelelsen som kommunikationsværktøj, kan der være en række barrierer, f.eks. fravær i almen praksis eller andre praktiske forhold hos læge eller patient, der gør, at den ønskede behandling/opfølgning ikke kan finde sted.

Anbefalinger

- *at korrespondancemeddelelser implementeres organisatorisk fuldt ud som kommunikationsredskab i det tværsektorielle samarbejde og efterfølgende indtænkes i sikker ansvarsoverdragelse*
- *at principperne for sikker mundtlig kommunikation anvendes*

³³ SOR er et register, der indeholder organisations- og adressedata om sundhedsvæsenet. Registeret anvendes af en række fagsystemer i sundhedsvæsenet.

³⁴ <http://patientsikkertsygehus.dk/forbedringsmodellen/sikker-mundtlig-kommunikation.aspx>.

- *at rammeaftalen om, at svartiden på korrespondancemeddelelsen tilstræbes at være max tre hverdage, udbredes til alle kommuner, hospitaler og almen praksis.*
- *at der i aftaleperioden er mulighed for at indgå aftaler om at ændre på svarfrister efter behov.*

Bedre digital kommunikation på svangre- og børneområdet

Praktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejen er gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet, fødsel og barnets første leveår. Hvad angår svangreområdet er der behov for en styrket kommunikation mellem fødestederne, almen praksis og sundhedsplejen. Særligt i forhold til sårbare gravide er der behov for aftaler om, hvordan der bedst kommunikeres gerne med digital understøttelse.

Hvad angår børneområdet foregår der i dag ikke en systematisk udveksling af oplysninger mellem almen praksis og sundhedsplejen. Dette kunne bidrage til en mere sammenhængende indsats særligt i forhold til sårbare familier. Almen praksis har udtrykt ønske om, at ”barnets bog”, der er et kommunikationsredskab for kommunernes sundhedspleje, gøres tilgængelig i alle lægesystemer og gøres til et fælles kommunikationsmiddel.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser i aftaleperioden:

Indsatser i sundhedsaftalen om styrkelse af den digitale kommunikation på svangre- og børneområdet:

- Vi vil i aftaleperioden arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.
- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger.

For begge indsatser er der aftalt nedsættelse af en arbejdsgruppe.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet om at sikre en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og børneområdet.*

6.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen

6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Almen praksis har sammen med kommunerne en central rolle i forhold til at sikre forebyggelse af sygdom og forværring af eksisterende sygdom, at sikre gode forløb for svækkede og syge patienter samt forebygge genindlæggelser. Kommunerne varetager bl.a. den forebyggende indsats og patientuddannelse og har i den forbindelse en lang række opgaver i relation til pleje og omsorg, rehabilitering, genoptræning og pleje. Almen praksis' ressourcer rettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud. Kommunerne har visiterede sociale tilbud, som kan støtte borgere i at modtage behandling i almen praksis, herunder bl.a. socialpædagogisk støtte og støtte-kontaktpersonordning.

Opgaveløsningen fordrer et tæt samarbejde mellem kommune og almen praksis, herunder også i relation til opgaver, som lægen giver instruks om til den kommunale sygepleje.

Organisatorisk styrkelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Etablering af Praksisplanudvalget, med praksisplanen som et centralt fælles planlægningsværktøj mellem regionen, kommunerne og almen praksis, er udtryk for det tiltagende behov for, at indsatsen koordineres mellem parterne. Almen praksis' samspil med kommunerne er styrket gennem de seneste år, bl.a. ved kommunalt-lægelige udvalg (KLU) i alle kommuner. Udvalgene sætter rammen for dialog og initiativer om de lokale sundhedsmæssige problemstillinger, som vedrører kommunerne og lægerne. Desuden er der etableret kommunale praksiskonsulenter i de fleste kommuner, som understøtter samarbejdet, dialogen og implementeringen af aftalte indsatsområder. KLU kan udarbejde vejledende retningslinjer inden for relevante samarbejdsområder, f.eks. på forebyggelsesområdet, med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte patient optimeres. KLU kan desuden lave udkast til lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne, som via Kommune Kontakt Rådet (KKR) sendes til Praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen og evt. den underliggende aftale³⁵.

Social-lægeligt samarbejde

Ved social-lægeligt samarbejde formidles relevante sociale og lægelige oplysninger mellem kommuner og læger med henblik på at opnå den optimale sagsbehandling for borgerne. Det social-lægelige samarbejde er særligt vigtigt på følgende områder:

³⁵ Lokale aftaler med alment praktiserende læger i Region Hovedstaden kan kun indgås af PLO-Hovedstaden.

Med reformen af førtidspension og fleksjob er der åbnet op for en ny type tværsektorielt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis. Loven indebærer bl.a., at der skal organiseres rehabiliteringsteams i kommunerne. Rehabiliteringsteamet behandler sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Almen praksis er forpligtet til at bidrage til arbejdet i rehabiliteringsteamene bl.a. ved udarbejdelse af "Lægeattest til Rehabiliteringsteam LÆ 265". I konkrete forløb vil der være behov for et tæt samarbejde mellem parterne i forhold til aftalen om behandlingsforløb parallelt med et rehabiliteringstilbud.

Med sygedagpengereformen, skal kommunerne indhente LÆ 285 på alle sygemeldte, som forventes at have et sygefravær på mere end 8 uger. Attesten skal foreligge, når kommunen indkalder den sygemeldte til opfølgningssamtale senest 8 uger efter første sygedag. Almen praksis har pligt til at udfylde attesten LÆ 285, når anmodningen med relevante forhåndsoplysninger er modtaget og patienten har bestilt tid og er set i konsultationen.

Kommunerne har fra den 1. juli 2013 desuden været forpligtet til at tilbyde alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte udlændinge en helbredsmæssig vurdering hos en læge.

Således formidles der i forbindelse med det social-lægelige samarbejde et stort antal attester mellem almen praksis og kommunerne, ofte ledsaget af stramme tidsfrister.

Anbefaling

- *at der arbejdes på at tilvejebringe et smidigt og velfungerende samarbejde omkring attester, særligt på beskæftigelsesområdet.*

Gensidig tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne

Den enkelte læge kan have patienter fra forskellige kommuner, hvilket øger kompleksiteten i samarbejdsfladerne for den enkelte praktiserende læge. Desuden øges kompleksiteten af, at den enkelte læge har behov for kontakt til forskellige dele af den kommunale forvaltning.

Der bør derfor i planperioden arbejdes på at forenkle almen praksis' adgang til kommunen. Kommunerne kan ligeledes have behov for at komme i kontakt med almen praksis i dagtiden. Det er derfor et gensidigt forpligtende ansvar, at begge parter kan komme i kontakt med hinanden.

Anbefaling

- *at kommunerne og almen praksis udvikler deres gensidige tilgængelighed, så der hurtigt og klart kan kommunikeres om patienter.*

Dette kan bl.a. ske gennem bedre information på www.sundhed.dk, hvor opdateret information om både telefonnumre og lokationsnumre skal være

tilgængelig. KLU kan med fordel samarbejde om bedre gensidig tilgængelighed.

En forudsætning for en vellykket kommunikation om patienten er, at man har fælles rammer for den kommunikation, der leveres, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes. Dertil kommer aftaler om at bruge sikker mundtlig kommunikation efter ISBAR-princippet³⁶ (se i øvrigt afsnit om sikker ansvarsoverdragelse s. 68).

Anbefaling

- *at der udarbejdes fælles rammer for den telefoniske/elektroniske kommunikation, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes og aftaler om at bruge sikker kommunikation (efter ISBAR-princippet).*

6.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne

I det følgende beskrives samarbejdet mellem almen praksis og regionens hospitaler. Der er fokus på, hvordan opgavevaretagelsen i almen praksis understøttes, så der sikres et fortsat fokus på udvikling af kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene.

Praksiskonsulentordning

Hospitalspraksiskonsulenter (HPK) og specialepraksiskonsulenter (SPK) på hospitaler og i psykiatrien er en del af den samlede konsulentordning for almen praksis under KAP-H. Ordningen arbejder for at styrke kommunikationen og samarbejdet primært mellem hospitaler og almen praksis, herunder at styrke kvaliteten i patientforløb på tværs af sektorgrænser.

Patientforløbsbeskrivelser

Der er udarbejdet en lang række patientforløbsbeskrivelser med fokus på henvisningsveje og opgave- og ansvarsfordelingen mellem hospitalerne, herunder Region Hovedstadens Psykiatri, og almen praksis. Disse er tilgængelige for almen praksis på www.sundhed.dk, sammen med øvrige vejledninger og retningslinjer, beskrivelser af pakkeforløb og information om forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Endvidere er de tilgængelige på hospitalernes Vejledninger, Instrukser og Politikker (VIP)-portal.

Central visitation (CVI)

Med henblik på at understøtte hurtig og korrekt visitation og styrke patientsikkerheden, er der etableret centrale visitationsenheder i hvert af de fire planlægningsområder i regionen. Samtidig er det mere enkelt for praksissektoren, når der kun henvises til ét lokationsnummer pr.

³⁶ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling. Står for **I**dentifikation, **S**ituation, **B**aggrund, **A**nalysse og **R**åd (www.patientsikkerhed.dk).

planlægningsområde. CVI'erne håndterer somatiske henvisninger fra almen praksis og speciallæger³⁷.

Almen praksis kan både kontakte den modtagende afdeling og få telefonisk rådgivning ved CVI i forbindelse med tvivlsspørgsmål om konkrete henvisninger.

En evaluering af den somatiske CVI viste i 2012, at der var behov for at styrke kendskabet til CVI'erne ligesom der var behov for at øge henvisningernes kvalitet. I samarbejde med praksiskonsulentordningen har der på den baggrund været gennemført en række tiltag i form af gå-hjem-møder, orientering via PraksisNyt, og der gennemføres en årlig audit af udvalgte dele af CVI'ernes håndtering af henvisningerne. Derudover kan praksiskonsulenterne inddrages mere konkret i arbejdet med opfølgning på henvisninger med ringe kvalitet.

Også inden for hospitalspsykiatrien er der etableret en central visitation (CVI) for at forenkle henvisningsvejene til behandling. Der er etableret særskilt CVI for hhv. børn og unge samt for voksne. For at understøtte en fortsat høj kvalitet i henvisningerne af disse patienter, der ofte har komplicerede og komplekse problemstillinger, er det nødvendigt med gensidig fleksibilitet og mulighed for rådgivning i henvisningssystemet. Der er som fælles baggrund udarbejdet specifikke henvisningsvejledninger til hhv. voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i samarbejde med almen praksis.

Diagnostik og rådgivning

Det vurderes at almen praksis i behandlingen af patienten kan få frigivet ressourcer ved en øget fleksibilitet i form af hurtig adgang til diagnostiske ydelser, adgang til sub-akutte ambulante tider, og øvrig rådgivning fra regionens hospitaler.

Diagnostiske enheder (DE)

Der er i 2012 etableret diagnostiske enheder på akuthospitalerne, som skal sikre sub-akut ambulant udredning af patienter med alvorlig sygdom med uklare symptomer (MAS) eller hvor kræft er konstateret, men primær tumor er ukendt (MUP). Almen praksis, speciallægepraksis og hospitalsafdelinger kan henvise til de diagnostiske enheder, når der er mistanke om, at en patient har alvorlig uafklaret sygdom, hvor diagnosticering ikke umiddelbart har været mulig. Forløbene omfatter ikke børn.

For patienter der henvises med mistanke om kræft, er det vigtigt, at almen praksis informerer patienterne om, at de starter i kræftpakkeforløb.

Foruden henvisning til de diagnostiske enheder, kan almen praksis søge rådgivning ved CVI'en eller på afdelingsniveau om konkrete patienter, hvor det er uklart, om der skal foregå en videre udredning i praksis, på en

³⁷ Bornholms Hospital er af geografiske grunde ikke omfattet af CVI

organspecifik afdeling eller om der skal henvises til en diagnostisk enhed. Denne rådgivningsfunktion medvirker til dialog og sparring sektorerne imellem, ligesom den skal sikre, at henvisninger er relevante og sker på et oplyst grundlag.

Anbefalinger

- *at der arbejdes videre med at udvikle og implementere almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet*
- *at optimere ressourceudnyttelsen og fleksibiliteten, så almen praksis aflastes af hospital, kommune og andre praksisydere, f.eks. ved at patienten på udvalgte ydelser ikke nødvendigvis skal henvises via egen læge.*

Rådgivning af almen praksis på det psykiatriske område

Som en del af CVI i Region Hovedstadens Psykiatri er der etableret en 'klinisk visitation', som foretager fremskudt visitation af de patienter, hvor det er vanskeligt for almen praksis og psykiatriens CVI at vurdere, om der er tale om hospitalsbehandlingskrævende psykisk sygdom, eller om patienten skal tilbydes anden behandling.

Foruden muligheden for at kontakte den centrale visitation eller de psykiatriske centre, er der etableret telefonrådgivningsordninger, som almen praksis, kommuner m.fl. kan rette henvendelse til vedr. ADHD-behandling, patienter med dobbeltdiagnoser, spiseforstyrrelser, gravide i antidepressiv behandling og gravide i behandling med antipsykotisk medicin.

Desuden kan almen praksis henvende sig samt henvise patienter og pårørende til Region Hovedstadens Psykiatri's rådgivningscenter Psyk-Info for vejledning og rådgivning om psykisk sygdom og behandling. Regionens hospitaler holder desuden jævnligt gå-hjem-møder for praksissektoren om faglige temaer og om henvisning og visitation.

Anbefalinger

- *at behovet for rådgivning vedr. psykiatri på tværs af sektorer afklares og udvikles i et samarbejde mellem parterne*
- *at kendskabet i almen praksis til rådgivningsordningerne på det psykiatriske område udbredes*
- *at der i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis fokuseres på relevant efteruddannelse.*

Rådgivning vedr. medicin

Almen praksis tilbydes telefonrådgivning fra Medicininfo fra Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler i forhold til konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicinering, samt om enkelte præparater.

Anbefaling

- *at fremme kendskab til muligheden for at kontakte og bruge Klinisk Farmakologisk Afdeling – Medicininfo.*

Diagnostisk bistand indenfor de parakliniske specialer

Almen praksis har foruden diagnostiske muligheder i egen klinik andre diagnostiske henvisningsmuligheder og undersøgelsessteder inden for de parakliniske specialer.

En organisatorisk og fysisk samordning af laboratoriebetjeningen indebærer, at Region Hovedstadens Elektive Laboratorium (RHEL) nedlægges med virkning fra 1. januar 2016, idet analysefunktionen overflyttes til fire hospitalslaboratorier. Der etableres samtidig en regional kvalitetsordning og en tilsvarende serviceordning, der skal sikre, at lægerne får samme service efter organisationsændringen.

Radiologi

Patienter fra hele regionen kan henvises til såvel regionens speciallægepraksis i radiologi som til tilbud på hospitalsafdelinger. Flere hospitaler og speciallæger har såkaldte walk-in-funktioner, hvor patienter med en henvisning fra almen praksis kan få taget røntgenbilleder uden forudgående tidsbestilling.

Almen praksis kan henvise patienter til CT og MR-scanning på specifikke indikationer. Det vurderes løbende i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd, om der er yderligere indikationer, hvor almen praksis fremadrettet skal kunne henvise direkte til CT og MR-scanning.

Akut sygdom og akutberedskab

Det er en overordnet målsætning i regionens præhospitale indsats, at regionens borgere skal have let og lige adgang til akut hjælp. Der skal være en sammenhæng i det akutte patientforløb fra telefonisk rådgivning, præhospital behandling, behandling i almen praksis og på hospital. Dette tilsiger en tættere sammenhæng, mellem praksisområdet, og de akutte funktioner og beredskab. Det præhospitale akutarbejde og beredskab koordineres af den Præhospitale Virksomhed.

Almen praksis er også en vigtig del af beredskabet i regionen, ved større hændelser. Det kan f.eks. være i forbindelse med epidemier med behov for massevaccination og ved behov for behandling af mange borgere ved katastrofer.

I dagtiden er almen praksis patienternes indgang til sundhedsvæsenet, også vedr. akut opstået sygdom og lettere skadestilfælde. I henhold til overenskomsten skal patienter ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos egen læge eller navngiven stedfortræder indtil kl. 16 samme dag. Finder lægen, at der er behov for behandling på en akutmodtagelse/akutklinik, henviser lægen patienten via CVI.

Hvis patienter i dagtiden henvender sig telefonisk med skader eller sygdom, som bør behandles i almen praksis, instrueres patienterne om at henvende sig hos egen læge. Uden for praktiserende lægers åbningstid er Akuttelefonen

1813 borgernes indgang til akutsystemet. Når en patient er blevet akut behandlet af 1813 eller på en akutmodtagelse/klinik, sendes en epikrise, der skal indeholde relevante oplysninger til almen praksis. Der arbejdes med at sikre, at alle relevante oplysninger fremgår tydeligt af epikriserne.

Akut psykisk sygdom

Den Psykiatriske Udrykningstjeneste er et supplement til de psykiatriske akutmodtagelser, der kan hjælpe og rådgive patienter, pårørende og samarbejdspartnere i akutte situationer, som involverer svær psykisk sygdom – herunder guide til relevant behandling. Der er tale om borgere, som kommer i en pludselig alvorlig krise med risiko for selvmord, og hvor der ikke er mulighed for henvendelse til en psykiatrisk akutmodtagelse og borgere med komplicerede psykiatriske tilstande, hvor en hurtig psykiatrisk indsats kan forhindre tvangsindlæggelse.

Det er væsentligt, at almen praksis kan henvise til en hurtig vurdering i hospitalspsykiatrien som et alternativ til akut indlæggelse. I tvivlstilfælde kan almen praksis søge rådgivning ved de psykiatriske akutmodtagelser og komme i kontakt med en bagvagt telefonisk.

Anbefaling

- *at der arbejdes for at udbrede kendskabet til mulighederne for akut psykiatrisk hjælp.*

6.4.3 Samarbejde mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren

Som gatekeeper til sundhedsvæsenet, er almen praksis i udgangspunktet patientens indgang til behandling i den øvrige praksissektor. Ved henvisninger er det vigtigt, at almen praksis tilvejebringer den relevante information for den behandler, der overtager behandlingsansvaret. For patienter henvist fra almen praksis til den øvrige praksissektor har almen praksis behov for en tilbagemelding om resultatet af behandlingen i form af en epikrise.

For alle behandlergrupperne i praksissektoren er der praksiskonsulentordninger eller lignende, som fokuserer på kvalitetsudvikling af det tværsektorelle og tværfaglige patientforløb, herunder kommunikation og samarbejde med bl.a. almen praksis.

Samarbejdet med praktiserende psykologer

Praktiserende psykologer modtager patienter efter henvisning fra almen praksis. Dansk Psykologforening og Danske Regioner drøfter og definerer i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation relevant information, der skal udveksles gennem henvisninger, startbreve fra psykolog til henvisende læge ved behandlingsstart og epikriser for at sikre sammenhæng i patientforløb.

Sideløbende hermed fokuseres der regionalt på udvikling af samarbejdet mellem psykologer og almen praksis i regionen, herunder:

- en ny og mere informativ vejledning til almen praksis om henvisning til psykolog
- epikriseskrivning, der skal medvirke til at øge antallet og kvalitetsudvikle indholdet af epikriser.

Samarbejdet med praktiserende kiropraktorer

Borgerne kan få behandling hos kiropraktor uden henvisning, men almen praksis kan også henvise til kiropraktor. Kiropraktorernes kompetenceområde har i et vist omfang overlap med andre faggrupper, der beskæftiger sig med lidelser i bevægeapparatet – herunder almen praksis, fysioterapi og visse speciallæger. Særligt i forhold til forløbsprogram for lænderyglidelser er der en samarbejdsflade til almen praksis.

Overenskomsten for kiropraktorer stiller ikke et generelt krav om afsendelse af epikriser til patientens læge eller til henvisende læge, men peger dog på, at kommunikationen med almen praksis særlig er vigtig, når patienten har et parallelt forløb, som gør en tværgående indsats påkrævet. I disse tilfælde er der krav om, at kommunikation følger gældende MedCom-standarder, herunder epikrise.

Samarbejdet med praktiserende fodterapeuter

Almen praksis kan henvise patienter med relevante diagnoser til behandling hos praktiserende fodterapeut. For alle patienter kommunikeres med praktiserende læge om symptomer og behandling. For patienter med diabetes, som udgør størstedelen af patienterne, er der særlige krav, der er nærmere beskrevet i diabetesforløbsprogrammet.

Samarbejdet med praktiserende fysioterapeuter

Patienterne i fysioterapeutpraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis. For at sikre det optimale tværfaglige samarbejde og et sammenhængende forløb for patienten, er der regionalt fokus på at styrke kvaliteten af kommunikationen mellem almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapipraksis. Det er endvidere vigtigt, at de relevante og nødvendige oplysninger er medtaget i såvel henvisninger som i notat til patientens praktiserende læge (epikriser).

Almen praksis kan ved visse diagnoser henvise patienter med svært fysisk handicap eller progressiv lidelse til vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter. I forbindelse med henvisning til vederlagsfri fysioterapi opleves dog flere problemstillinger omkring samarbejdet og henvisningsgrundlaget. Det foreslås derfor, at der gensidigt arbejdes med information til almen praksis om vederlagsfri fysioterapi.

Med henblik på at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse er det en indsats i sundhedsaftalen at sikre løbende dialog mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem kommunale tilbud om genoptræning og rehabilitering og den vederlagsfrie fysioterapi. I takt med at nærmere afklaring opnås, skal denne udbredes til almen praksis

Samarbejdet med praktiserende speciallæger

Langt de fleste patienter i speciallægepraksis er henvist fra almen praksis. For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb er der fokus på at understøtte og fremme kommunikation og samarbejde med speciallægerne. Speciallæger sender epikrise til henvisende læge, når en patient er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet i speciallægepraksis.

Høringsudkast

Del 5

7. Kvalitet

Almen praksis er – som patientens primære kontakt med sundhedsvæsenet – kendetegnet ved, at en væsentlig del af patientkontakterne ikke er sygdomsspecifikke. Kontinuiteten danner grundlaget for at varetage de mange funktioner: Forebyggelse af sygdom, understøttelse af patientens varetagelse af egen sundhed, opsporing af alvorlig sygdom, kontrol af patienter med kronisk sygdom, sygdomsspecifik behandling m.m. Det er væsentligt, at almen praksis fortsat arbejder med udgangspunkt i individet og relationen mellem patient og læge.

Kvalitetsudvikling beskrives her som udvikling af praksis i relation til patientoplevelen, faglig, organisatorisk samt datadrevet kvalitet.

I regi af Overenskomst om almen praksis er der afsat midler til regionalt kvalitetsudviklingsarbejde placeret i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget – KEU, som er et underudvalg til samarbejdsudvalget. Efter aftale i samarbejdsudvalget udmøntes midlerne bl.a. til KAP-H, herunder arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som er omdrejningspunktet for en del af det kvalitetsforbedrende arbejde, der skal fokuseres på i planperioden. Andre regionale kvalitetstiltag er forankret i Center for Sundhed.

Det er afgørende, at der ved påtænkte initiativer sikres fokus på udvikling af ikke blot den målbare kvalitet, men hele den samlede kvalitet af arbejdet i almen praksis.

7.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i almen praksis

Nationale kvalitetsinitiativer, Overenskomst om almen praksis samt regionale kvalitetsstrategier er beskrivende for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan.

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden: angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetsstrategien indeholder fem overordnede indsatsområder for sundhedsvæsenet:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket relevant dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Patientmedinddragende forløbsstyring og tværsektoriel sammenhæng.

7.1.1 KAP-H - Regional kvalitetsorganisation

I 2013 etablerede regionen i samarbejde med PLO-Hovedstaden en fælles konsulentordning for almen praksis, KAP-H.

Formålet med KAP-H er at understøtte kvalitet og sammenhæng i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Ordningen har en række praktiserende læger tilknyttet til at varetage undervisning og facilitere kvalitetsudvikling hos deres kolleger i almen praksis inden for udvalgte temaer; it, tværsektorielt samarbejde, medicin, patientsikkerhed og organisering og den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE).

Bla. har KAP-H af samarbejdsudvalget fået til opgave at understøtte almen praksis i forbindelse med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

7.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis

Delmålsætning

- at almen praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling.

Anbefaling

- at almen praksis bidrager til at skabe et meningsfuldt og relevant fælles grundlag for kvalitetsudviklingsarbejdet med fokus på følgende elementer:
 - Implementering af DDKM's akkrediteringsstandarder for almen praksis
 - Udvikling og implementering af værktøjer til understøttelse af klinikkernes arbejde med akkreditering.

DDKM er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet. Det er kendetegnende ved DDKM, at der ikke alene er fokus på kvaliteten af sundhedsydelserne - herunder både enkelttydelser og overgange - men også på processer og strukturer, der understøtter patientbehandling samt den patientoplevede kvalitet.

I henhold til Overenskomsten for almen praksis skal alle klinikker akkrediteres efter DDKM inden august 2018. Hensigten med akkreditering er at:

- fremme kvaliteten af patientforløb og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet³⁸.

Boks 13: Overenskomstens bestemmelser om Den Danske Kvalitetsmodel

Uddrag af overenskomstens § 92 om Kvalitetsmodel for almen praksis

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal være omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Modellen skal understøtte og fokusere på kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Kvalitetsudviklingen skal primært tage sit udgangspunkt i den dataopsamling, der sker via datafangst, samt resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelser. DDKM skal ligeledes sikre den organisatoriske kvalitet i praksis.

Implementeringen af DDKM understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyor-ordningen i IKAS.

Alle praksis skal være akkrediteret senest 31. august 2018 – undtagen dem, der ifølge overenskomsten kan bede om undtagelse i henhold til forventet ophør inden for 5 år.

7.2.1 Akkrediteringsprocessen

Der er udarbejdet 16 vejledende standarder for almen praksis³⁹. Standarderne omhandler det gode patientforløb, patientinddragelse, patientsikkerhed, ledelse og organisation samt sygdomsspecifikke standarder.

³⁹ Akkrediteringsstandarder for almen praksis, IKAS (November 2014).

Understøttelse af almen praksis i arbejdet med DDKM i Region Hovedstaden

DDKM skal introduceres i almen praksis som en del af den nye overenskomst for almen praksis. I den forbindelse skal KAP-H bistå almen praksis i processen. Der skal akkrediteres ca. 250 praksis pr. år i Region Hovedstaden i hhv. 2016, 2017 og 2018. Der afholdes fyraftensmøder for alle praksis i starten af 2015, og der iværksættes målrettede indsatser for klinikker, der skal akkrediteres i 2016. DAK-E understøtter i arbejdet med standarderne med skema til registrering og eksempler på dokumentation.

7.3 Den organisatoriske kvalitet

Delmålsætninger

- at almen praksis arbejder med ledelse og organisering med henblik på at opnå en bedre kvalitet og arbejdstilrettelæggelse
- at patientforløb søges optimeret via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Der er opmærksomhed på det vilkår, at almen praksis består af mange forskellige enheder, fra små enmandspraksis med få eller ingen ansatte til større kompagniskaber med flere læger og ansatte. Der vil således, afhængig af klinikstørrelse og patientunderlag, være forskellige krav og fokusområder for at opnå den bedste organisatoriske kvalitet.

Anbefalinger

- *at hver enkelt praksis optimerer patientforløb ved at arbejde fokuseret med ledelse og organisering*
- *at almen praksis styrker den organisatoriske tilrettelæggelse, herunder ved efteruddannelse i ledelse og organisationsudvikling.*

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange i almen praksis og samordningen med sundhedsvæsenets indsats i patientforløb⁴⁰.

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring (patientsikkerhed) og dokumentation.

Når der arbejdes målrettet med den organisatoriske kvalitet, er der fokus på, at der så vidt muligt foreligger forsøg, projekter og forskning til grund, der viser en effekt på definerede mål, før de implementeres generelt. Det anbefales særligt at understøtte forsøg, projekter og forskning, der har fokus på gøre en indsats, der allokerer ressourcer til de patientgrupper, der er mest syge, og hvor indsatsen har størst effekt. Herunder, at behandlingskvaliteten ikke påvirkes negativt af

⁴⁰ Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

organisatoriske forandringer. Sammenhæng i patientforløb, sårbare og udsatte patienter bør prioriteres.

7.3.1 Ledelse og praksisudvikling

Hensigtsmæssig anvendelse af praksispersonale, arbejdsorganisering og anvendelse af data kan have en positiv effekt på kliniske resultater. Det er naturligt, at de praktiserende læger, uanset praksisform, fortsat arbejder for en forbedret arbejdstilrettelæggelse og ledelse i praksis.

Arbejdet med ledelse og praksisudvikling understøttes af KAP-H I form af ledelses- og udviklingskurser samt bistand af organisationskonsulenter.

7.4 Den sundhedsfaglige kvalitet

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de ydelser, sundhedsprofessionelle tilbyder. Den grundlæggende ydelse i almen praksis er at stå til rådighed for patienternes henvendelser, levere en individualiseret almen medicinsk vurdering, diagnosticering, rådgivning (herunder eventuelt henvisning), opfølgning og behandling. Den almenmedicinske ydelse sikrer en patientcentreret tilgang ud fra patientens ønsker og behov.

Almen praksis såvel som samarbejdspartnere arbejder i overensstemmelse med gældende vejledninger og forløbsprogrammer, herunder med en fælles forståelse af arbejdsvilkår på tværs af sektorer.

Delmålsætninger

- at almen praksis er opdaterede i forhold til de gældende faglige retningslinjer og inddrager disse i behandlingen afhængig af den enkeltes ønsker og behov
- at almen praksis foretager relevant dokumentation af kvaliteten af behandling
- at patientsikkerhed i almen praksis styrkes
- at understøtte udviklingen af efteruddannelsestilbud i almen praksis, som løfter kvaliteten og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen
- at almen praksis vedligeholder og systematisk udvikler individuelle kompetencer.

Anbefalinger

- *at det kvalitetsforbedrende arbejde understøttes med udgangspunkt i evidensbaserede vejledninger*
- *at understøtte, at patienterne tilbydes relevant diagnosticering og korrekt behandling ud fra rammerne for den personcentrerede medinddragelse.*

7.4.1 Patientsikkerhed

Sundhedspersoner i praksissektoren, herunder almen praksis, er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Patientsikkerhed handler om at forebygge utilsigtede hændelser gennem læring og sikre løbende forbedringer af patientsikkerheden i det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Den regionale patientsikkerhedsorganisation

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, som skal tage sig af sagsbehandling, analyse, læring og formidling af rapporterede utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker og mellem sektorer:

- Tværsektorielle patientsikkerhedsfora, etableret under samordningsudvalgene
- Patientsikkerhedsråd med deltagelse af alle fagpolitiske organisationer i praksissektoren, praksiskonsulenter, kommunale repræsentanter, apotekerne og den regionale patientsikkerhedsorganisation.

Praksissektorens patientsikkerhedsorganisation understøtter den enkelte praksis i arbejdet med at øge patientsikkerheden.

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fra almen praksis har været stigende siden 2010. Det bør være en fortsat målsætning i planperioden at tilskynde til rapportering fra almen praksis om utilsigtede hændelser med henblik på læring og kvalitetsforbedring, idet der arbejdes på at gøre indberetningen mere smidig og mindre tidstung.

Oplysninger om patientsikkerhedsarbejdet med relevans for almen praksis i regionen er samlet på www.sundhed.dk⁴¹. Siden indeholder bl.a. beskrivelse af rapporteringspligt, baggrundsoplysninger, kontaktpersoner, informationsmateriale og en værktøjskasse, som understøtter arbejdet med patientsikkerhed i den enkelte praksis.

I regi af KAP-H er der ansat patientsikkerhedskonsulenter, som arbejder med at styrke læringsdelen og læring i almen praksisklinikkerne, ligesom patientsikkerhed så vidt muligt indtænkes i øvrige kvalitetsindsatser.

Patientsikkerhed og akkreditering

Det er vigtigt at indtænke patientsikkerhed i alle sammenhænge, og derfor også i kvalitetsmæssige tiltag.

Patientsikkerhed skal ligeledes indarbejdes i forhold til akkrediteringsprocessen. DDKM for almen praksis omfatter en standard om utilsigtede hændelser samt fem patientsikkerhedskritiske standarder.

⁴¹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser på samme måde som sundhedsfaglige personer. Det sker indtil videre kun i beskedent omfang.

Anbefaling

- *at understøtte udviklingen af patientsikkerhed, herunder fremme arbejdet med indrapportering af utilsigtede hændelser.*

7.4.2 Efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse er en del af den Overenskomsten for almen praksis. I Fonden for Almen Praksis arbejdes der i øjeblikket på, hvordan den systematiske efteruddannelse kan organiseres og tilrettelægges.

Boks 14: Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb inden for aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund og relevans i forhold til den enkelte læges faglige baggrund.

Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til, at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov, under stadig hensyntagen til sikring af den almenmedicinske lægefaglighed og til kapaciteten i almen praksis.

Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen praksis.

Systematisk efteruddannelse er forankret i Fonden for Almen Praksis og sekretariatsbetjenes af PLO.

Det forventes, at KAP-H og den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE) vil spille en rolle i udviklingen og implementeringen af den systematiske efteruddannelse. Såvel som Region Hovedstaden også vil bidrage med undervisningstilbud.

DGE er organiseret i regi af KAP-H med en DGE-koordinator og efteruddannelsesvejledere, der har til opgave at styrke den decentrale og selvvalgte efteruddannelse, herunder supervision.

Anbefalinger

- *at der i planperioden inddrages vidensformidling og udvikling i det kommunale sundhedsvæsen i efteruddannelsesaktiviteterne*

- *at der ud fra anbefalingerne i den samlede praksisplan udarbejdes relevante efteruddannelsesaktiviteter.*

7.5 Den patientoplevede kvalitet

Delmålsætning

- at dokumentere patientoplevelser i almen praksis og at almen praksis arbejder systematisk med udvikling med henblik på kvalitetsforbedringer samt bedre patientbehandling og øget patientsikkerhed.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet.

Det er i overenskomsten aftalt at sætte fokus på den patientoplevede kvalitet i almen praksis ved gentagne patienttilfredshedsundersøgelser som led i DDKM.

Patientinddragelse bør være et element i den løbende kvalitetsudvikling i almen praksis, f.eks.:

- I patienttilfredshedsundersøgelser.
- Ved gennemførelse af DDKM, hvori der også er en vejledende standard om patientinddragelse.
- Inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsanalyser.

I forhold til den enkelte praksis, sondres der mellem patientinddragelse vedr. egen behandling og inddragelse af patienternes vurdering i den organisatoriske tilrettelæggelse i klinikken.

Anbefaling

- *at der i planperioden fokuseres på udvikling og kvalitetsforbedringer på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.*

7.5.1 Læring ved patienttilfredshedsundersøgelser og patientevalueringer

Når almen praksis gennemfører patienttilfredshedsundersøgelser (jf. overenskomstens § 93) skal klinikken anvende tilbagemeldinger fra patienterne til at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser.

Standard 1.4: Patientevalueringer

- Klinikken anvender tilbagemeldinger fra patienter til at forbedre klinikkens ydelser. Formålet er at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.

Indikatorer:

- Ved interviews med læger og praksispersonale kan almen praksis redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldinger.
- Der er gennemført patientevaluering via DAK-E inden for de sidste tre år, og læger og praksispersonale kan redegøre for, at der er fulgt op på resultater.

Anbefaling

- *at følge arbejdet med at skabe læring ved inddragelsen af patienterne.*

7.6 Datadrevet kvalitetsudvikling

Regler og krav for de kliniske kvalitetsdatabaser er formuleret således, at det sikrer højest mulig validitet af data. At den enkelte læge kan reproducere diagnosen og inkludere patienter i databasen, som lever op til afgrænsningen.

Der bør sættes specifikt ind over for at øge validiteten af data i de kliniske kvalitetsdatabaser, og der bør jævnligt foretages undersøgelser af validiteten af de inkluderede patienter. Der bør sættes en nedre grænseværdi for, hvor stor en procentdel de inkluderede patienter skal udgøre for at kunne anvende data til meningsfulde konklusioner.

Patientens kliniske resultater kan ikke stå alene som mål for kvaliteten, idet individuelle forhold og medinddragelse af patienter nødvendigvis har en effekt på de kliniske indikatorer. Ensartethed i patienternes kliniske resultater er ikke i sig selv et mål og kan ikke i sig selv udgøre et mål for kvalitet.

Anbefaling

- *at der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser via efteruddannelsesaktiviteter.*

Derudover afventes der i planperioden nationale tiltag på området datadrevet kvalitet.

Bilag

Grundbeskrivelse for almen praksis

Høringsudkast