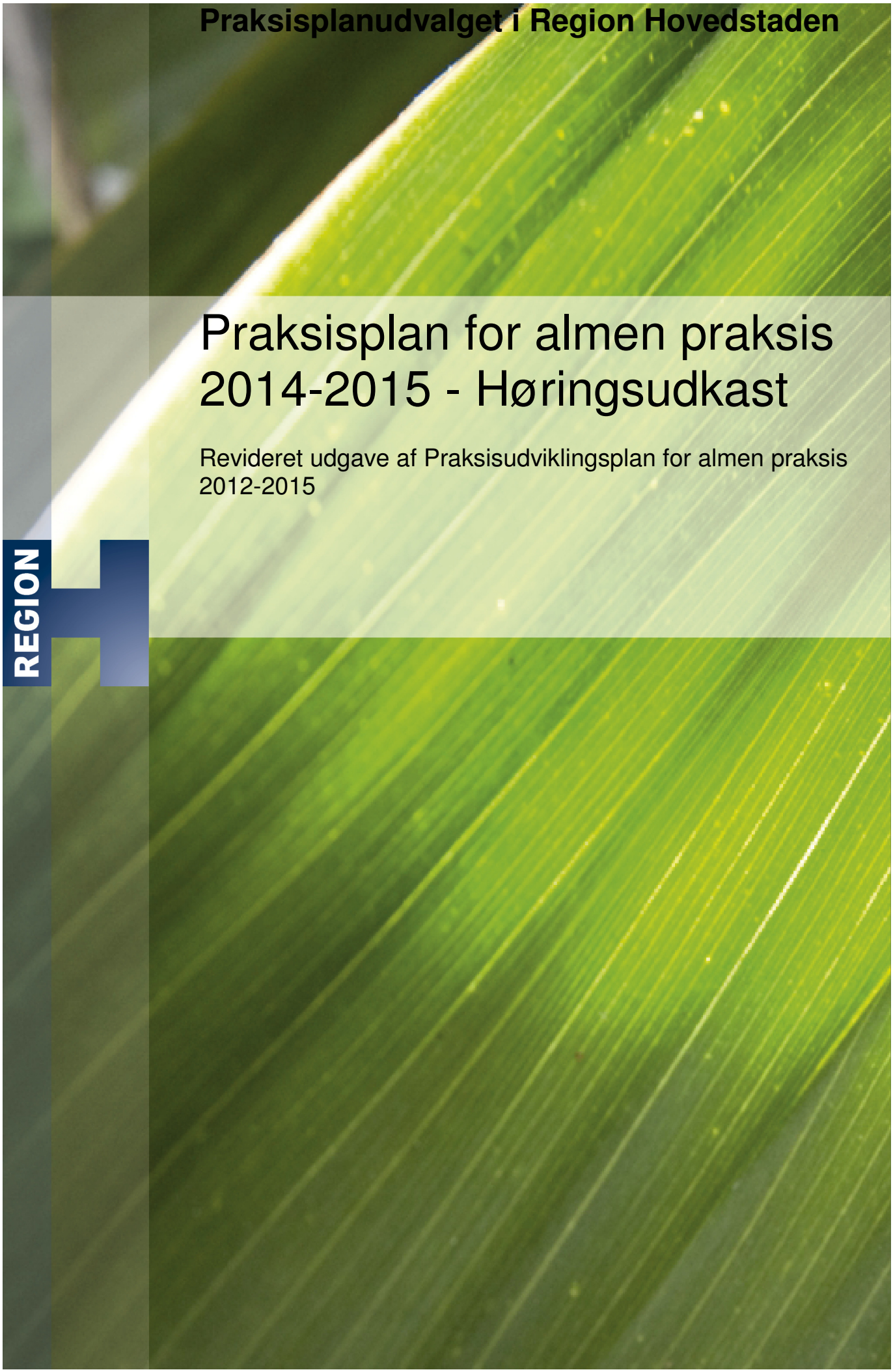
Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden

Praksisplan for almen praksis 2014-2015 - Høringsudkast

Revideret udgave af Praksisudviklingsplan for almen praksis 2012-2015



Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden

PRÆAMBEL 4

RESUMÉ OG MÅL 5

Kapacitet og tilgængelighed 5

Faglig udvikling tværsektorielt 7

Faglig udvikling i almen praksis 11

BAGGRUND 13

1. Formål 13

2. Rammer for praksisplanlægningen 14
2.1 Sundhedsloven 14
2.2 Øvrig sundhedsplanlægning i regionen 15

3. Høring 16
3.1 Spørgeskemaundersøgelse 16
3.2 Høringsmøder med kommuner 16
3.3 Høringsmøder med PLO-Kommunal 16

4. Grundbeskrivelse 17

5. Praksisplanens opbygning 17
5.1 Målhierarki 17

KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED 19

1. Målsætninger 19

2. Lægedækning og praksisstruktur 20
2.1 Overenskomstens (2011) bestemmelser om lægedækning 20
2.2 Planlægningsområder 21
2.3 Praksisstruktur 21
2.4 Rekruttering og fastholdelse 24

3. Tilgængelighed 27
3.1 Akutanalysen 2012 27
3.2 Fysisk tilgængelighed 28
3.3 Telefonisk tilgængelighed 30
3.4 Elektronisk tilgængelighed 32

FAGLIG UDVIKLING - TVÆRSEKTORIELT 34

1. Målsætninger 34

2. Model for tværsektorielt samarbejde 35
2.1 Formål 36

3. Visitation 36
3.1 Faglige visitationsretningslinjer 36
3.2 Central visitation (CVI) 37

4. Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren 38

5. Samarbejde om kroniske patienter 38
5.1 Kronikerprogrammet 39

5.2 Forløbsprogrammer 40

6. Samarbejde om socialmedicinske patienter 41

7. Samarbejde om medicinanvendelse 42
7.1 Økonomisk effektiv medicinordination 43
7.2 Utilsigtede hændelser i sektorovergangen 43
7.3 Fælles Medicin Kort (FMK) 44
7.4 Medicingennemgang 44

8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb 46

9. Kræftpakkeforløb 48
9.1 Regional kræftplan 49
9.3 Efteruddannelsesindsats for praktiserende læger 50
9.4 Palliation og rehabilitering 50
9.5 Lymfødem behandling 51

10. Udredning af mennesker med sindslidelser 51
10.1 Shared care 52
10.2 Samarbejdsmodel i forhold til behandling af udsatte grupper 52
10.3 Samarbejde ved akut syge mennesker med sindslidelser 53

11. Samarbejde om diagnostik 53

12. Samarbejde om akutberedskab 56

13. Samarbejde på svangreområdet 60

FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS 62

1. Målsætninger 62

2. Rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis 63

3. Den organisatoriske kvalitet 64
3.1 Ledelse og praksisudvikling 64
3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus 66
3.3 Telemedicin 67

4. Den sundhedsfaglige kvalitet 68
4.1 Styrket dokumentation ved ICPC-kodning og datafangst 69
4.2 Patientsikkerhed 70
4.3 Børnevaccinationer 72

5. Den patientoplevede kvalitet 75
5.1 Patient- og brugerinddragelse 75
5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser. 76
5.3 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser 76

Præambel

Folketinget vedtog d. 29. juni 2013 ændringer til Sundhedsloven, som justerer planlægningsbestemmelserne for almen praksis.
Ændringerne betyder bl.a., at der skal nedsættes et Praksisplanudvalg, hvor region, kommuner og almen praksis i samarbejde udarbejder en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen.

Sundhedsloven fastlægger desuden, at den første praksisplan skal foreligge senest 1. maj 2014. Bekendtgørelsen om ikrafttræden af ændringer til Sundhedsloven fastslår, at Praksisplanudvalget skal træde i kraft fra 25. marts 2014.

Sundhedsstyrelsen har i tillæg hertil udarbejdet vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner.

Kommunerne får med lovændringen større indflydelse på planlægningen af almen praksis, herunder også decentrale aftaler om udmøntning af såvel sundhedsaftaler som praksisplan.
Almen praksis bliver med lovændringen forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen, og der bliver i den forbindelse tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen skal medvirke til sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet. De opgaver som i sundhedsaftalen ønskes løst af almen praksis skal indgå i arbejdet med udarbejdelsen af praksisplanen. Udførelsen af disse opgaver forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der er indgået en underliggende aftale med PLO-H om vilkårene for opgavernes udførelse.

På grund af kravet om, at der skal foreligge en ny praksisplan senest d. 1. maj 2014 har Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden besluttet at gennemføre den nye praksisplanlægning i to trin.

- Første trin består af en revision af den senest godkendte praksisplan.
- Andet trin består af udarbejdelse af en ny plan samt en underliggende udmøntningsaftale, som nærmere skal fastlægge vilkårene for praksisplanens og sundhedsaftalens gennemførelse.

Andet trin vil bestå af en række temadrøftelser i Praksisplanudvalget og gennemførelse af relevante høringsaktiviteter forbundet med planlægningen.

Praksisplanudvalget ser i forbindelse med den kommende planlægning frem til at styrke udviklingen af almen praksis og almen praksis' snitflade til det øvrige sundhedsvæsen i et lokalt forankret samarbejde mellem kommune, region og almen praksis.

Resumé og mål

I dette afsnit sammenfattes Praksisplanens mål

Praksisplanen fastlægger målsætninger for planperioden 2012-2015 i forhold til, hvordan tilbuddet om almen lægehjælp skal udvikles på tre områder:

- Kapacitet og tilgængelighed
- Faglig udvikling tværsektorielt
- Faglig udvikling i almen praksis

I de tre afsnit nedenfor sammenfattes Praksisplanens indhold og mål.

Kapacitet og tilgængelighed

Lægedækning
Kapaciteten i almen praksis skal tilrettelægges, så en ligelig fordeling af lægepraksis i regionen sikres af hensyn til patienten, og så en rimelig fordeling af arbejdsbyrde og driftsunderlag sikres af hensyn til den enkelte praktiserende læge.
Planlægning af kapaciteten kan sætte rammerne for den fremtidige praksisstruktur, dvs. størrelse og placering af tilbuddet om almen lægehjælp. Ifølge undersøgelser kan størrelse og indretning af de fysiske lokaliteter have betydning for kronikerbehandlingen, idet egnede kliniklokaler er en forudsætning for den nødvendige organisatoriske udvikling af almen praksis. I Praksisplanen fastlægges ikke et fast patientunderlag for den mest effektive organisering, eller en enkelt praksisform som den mest ideelle, men det er en målsætning, at praktiserende læger fortrinsvist praktiserer i fællesskab med andre praktiserende læger.

Region Hovedstaden har ikke generelle problemer med rekruttering og fastholdelse. Der opleves dog problemer med rekruttering og fastholdelse på Bornholm og i visse socialt belastede lokalområder.
Bornholm er et yderområde i Region Hovedstaden, hvor rekrutteringsproblemer og lægemangel er mere alvorlig end tilsvarende rekrutteringsproblemer i andre dele af regionen pga.særlige geografiske

forhold. Praksisplanen anbefaler at følge lægedækningen på Bornholm i perioden.
Med henblik på at sikre lægedækningen i områder med rekrutteringsproblemer er det væsentligt, at det gøres attraktivt at praktisere i området. Praksisplanen giver flere bud på, hvordan dette kan lade sig gøre.

Mål – Lægedækning og praksisstruktur

- ✓ Lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk
- ✓ Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskab med andre praktiserende læger
- ✓ Tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen.
- ✓ Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet i almen praksis
- ✓ Lægedækningen i socialt udsatte områder matcher lægedækningen i områder, som ikke er socialt udsatte

Tilgængelighed – fysisk og telefonisk
Akutanalysen fra 2012 har sat fokus på tilgængeligheden i blandt andet almen praksis, ligesom det også har været et indsatsområde i sidste planperiode.
Tilgængeligheden for personer med handicap er stadig utilstrækkelig i henhold til afrapporteringerne af akutanalysen. 16 % af lægepraksis i regionen opfylder fire kriterier for handicapadgang (niveaufri adgang, tilstrækkeligt brede døre, handicaptoilet og handicap p-plads).

Praktiserende læger er ikke forpligtet i henhold til overenskomsten eller lovgivning til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med handicap.
PLO-Hovedstaden ønsker aftaler og krav om tilgængelighed for personer med handicap løst via centrale overenskomstforhandlinger.
Region Hovedstaden ønsker, at tilgængelighed for personer med handicap skal være en forudsætning for godkendelse af flytning og etablering af nye praksis, samt at tilgængelighed for personer med handicap defineres, så der opnås en ensartet forståelse af, hvad tilgængelighed er.
Parterne er enige om at fortsætte drøftelserne om tilgængelighed for personer med handicap i Samarbejdsudvalget for almen praksis.

Mål – Tilgængelighed

- ✓ Almen praksis er tilgængelig for personer med handicap
- ✓ Patienterne har kendskab til den fysiske tilgængelighed i praksis
- ✓ Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres praktiserende læge

Skal almen praksis varetage sin akutforpligtelse effektivt, er det afgørende med en god telefonisk tilgængelighed.

Ifølge stikprøveundersøgelse udført i relation til akutanalysen (2012) er 18 % af lægepraksis ikke tilgængelig for telefonisk henvendelse indenfor ti minutter i praksis med køfunktion eller på fire opkald inden for seks minutter.
Tilgængeligheden kan forbedres ved at etablere moderne telefonsystemer eller ved tilrettelæggelse af arbejdsgange i praksis. I planperioden skal der arbejdes for at implementere tekniske og organisatoriske løsninger, som vil forbedre den telefoniske tilgængelighed. Der er udarbejdet et idékatalog herfor.
Der bør i slutningen af perioden følges op på den telefoniske tilgængelighed via en stikprøveundersøgelse, tilsvarende den som er gennemført i 2012.

Faglig udvikling tværsektorielt

Almen praksis har en central funktion i det samlede sundhedsvæsen. Det er den naturlige primære kontakt for borgeren, og det sted hvor de fleste sundhedsmæssige problemer færdigbehandles.
Almen praksis har en snitflade til en række sundhedsfunktioner, hvor det er nødvendigt med et samarbejde, der kan sikre sammenhængende forløb for patienten, når en helbredsmæssig problemstilling skal løses på tværs af sektorer og faggrupper.
Af disse grunde omfatter Praksisplanen en række forskelligartede tværsektorielle indsatsområder, hvor det er nødvendigt at understøtte et samarbejde i tæt samordning med indsatser i andre regionale planarbejder.

Visitation

I henvisningssituationen skal henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt, med tilstrækkelig information og på en hurtig og let måde.
De praktiserende læger henviser i henhold til regionale forløbsprogrammer for kronikere samt andre diagnosespecifikke patientforløbsbeskrivelser og nationale faglige retningslinjer for at sikre patientforløb af samme høje faglige kvalitet.
Med henblik på at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og samtidigt bedre patientsikkerheden er centrale visitationsenheder etableret. CVI'erne evalueres i 2012, og der bør i planperioden følges op på de anbefalinger, som vedrører almen praksis.

Mål – Visitation

- ✓ Almen praksis anvender sundhedstilbuddene i det specialiserede sundhedsvæsen og i primærsektoren korrekt
- ✓ Det er overskueligt, sikkert og let at henvise
- ✓ Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis
- ✓ Tilbuddet om almindelig og vederlagsfri fysioterapi er anvendt korrekt

Samarbejde om kroniske patienter

Størstedelen af indsatsen for patienter med kronisk sygdom forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og regionen med almen praksis, som en væsentlig og forpligtet part. Der er allerede udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, diabetes, demens og hjerte-kar og lænderyglidelser.

Kronikerprogrammet har været etableret for at virkeliggøre forløbsprogrammerne, som beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats. Det er væsentligt at bygge videre på læring og resultater fra kronikerprogrammet.

I flere forløbsprogrammer for kroniske patienter beskrives den praktiserende læges funktion som tovholder. Der er dog stadig blandt kommuner og almen praksis uklarhed om, hvad tovholderbegrebet indeholder. På høringsmøder med almen praksis og kommunerne efterlyses en præcisering af, og en gensidig forventningsafstemning om, tovholderrollen.
Der skal i planperioden fortsat fokuseres på implementering af forløbsprogrammerne. Det indebærer, at involverede parter indgår i en dialog om samarbejde i forbindelse med behandling og opfølgning på kronisk sygdom. Det indebærer endvidere en indsats, der sikrer, at hver enkelt praktiserende læger har kendskab til programmernes indhold og føler sig forpligtet af dette.

Mål – Samarbejde om kroniske patienter

- ✓ Der er et højt fagligt niveau i behandlingen af kronisk syge
- ✓ Kommunikationen mellem sektorer om kronisk syge er velfungerende
- ✓ Forløbsprogrammerne er implementeret med almen praksis som forpligtet part

Samarbejde om socialmedicinske patienter
Det socialmedicinske område opleves som særligt ressourcekrævende i almen praksis. Både kommuner og almen praksis oplever et behov for at forbedre samarbejdet om attester og statuserklæringer f.eks. gennem tættere dialog eller beskrivelse af / aftaler om arbejdsdeling for konkrete patientgrupper/borgergrupper.

Mål – Samarbejde om socialmedicinske patienter

- ✓ Forløb for socialmedicinske patienter er optimeret

Samarbejde om medicinanvendelse
Det anbefales i den seneste analyse af medicinområdet (2011) at styrke ledelse, faglighed og samarbejde om medicin i det samlede sundhedsvæsen. Ud over at almen praksis har medansvar for at sikre rationel medicinanvendelse (økonomisk effektiv medicinordination), bør medicinområdet derfor tænkes mere bredt. Der skal i planperioden arbejdes for en mere sikker medicinanvendelse, f.eks. ved at fokusere på implementering af organisatoriske tiltag som dosisdispensering, medicingennemgang og Fælles Medicin Kort, som er anerkendte metoder til at kvalitetsudvikle medicinanvendelsen. Desuden skal der fokuseres yderligere på læring af utilsigtede hændelser, som involverer medicin.

Mål – Samarbejde om medicinanvendelse

- ✓ Patienter er medicineret økonomisk effektivt
- ✓ Medicininformation er opdateret og følger borgeren ved brug af FMK
- ✓ Patienter er medicineret sikkert
- ✓ Kun relevante patienter får medicin dosisdispenseret

Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Et forbedret sektorsamarbejde kan medvirke til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser især af ældre medicinske patienter.
Korrekt elektronisk kommunikation, diagnostisk bistand og regelmæssig afstemning af medicin er væsentligt med henblik på at sikre sammenhængende forløb og forebygge utilsigtede hændelse, som fører til indlæggelse eller genindlæggelse. Det er derfor på disse områder, der skal arbejdes systematisk med forbedringer

Implementering af opfølgende hjemmebesøg er en mulighed for at styrke indsatsen efter udskrivelse af bl.a. ældre medicinske patienter. Opfølgende hjemmebesøg, som blandt andet også omfatter en medicingennemgang, er blevet muliggjort i 2011, men benyttes ikke i tilstrækkeligt omfang. Årsagen hertil skal afdækkes.

Mål – Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

- ✓ Almen praksis medvirker aktivt til at forebygge indlæggelser af ældre medicinske patienter
- ✓ Der er alternativer til indlæggelse i forhold til ældre medicinske patienter
- ✓ Kommunikationen om ældre medicinske patienter mellem sektorer er sikker, rettidig og ensartet
- ✓ Der er sammenhæng og kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats i indlæggelses- og udskrivningsforløb

Kræftpakkeforløb

Almen praksis har en nøglefunktion i forhold til at identificere kræftsygdom tidligt, understøtte overgange mellem sektorer samt ved opgaver i efterforløbet, herunder at varetage behandling af terminale patienter, som ønsker at dø i eget hjem.
Der er afsat midler til tilrettelæggelse af en efteruddannelsesindsats målrettet praktiserende læger i forhold til den diagnostiske og prædiagnostiske fase. Efteruddannelsesindsatsen skal implementeres i planperioden.

Mål – Pakkeforløb for kræftpatienter

- ✓ Almen praksis bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet
- ✓ Almen praksis bidrager til rehabilitering og palliation af kræftpatienter

Udredning af mennesker med sindslidelser
Almen praksis har den første kontakt med mennesker med sindslidelser, som søger udredning og behandling.
Da arbejdet med disse patienter i almen praksis er omfattende og ressourcekrævende, er udviklingen af modeller, hvor almen praksis understøttes af specialister i udredning og behandling – såkaldt shared care, undervejs.

Der er behov for at styrke samarbejdsindsatsen mellem almen praksis og relevante parter (kommuner, praktiserende psykiatere, behandlingspsykiatri, psykiatrisk skadestue) omkring mennesker med sindslidelser, herunder mennesker med sindslidelser som samtidigt lider af en kronisk sygdom, har sociale problemer eller er smertepatienter. Det bør afdækkes i planperioden, hvilke former for sektorsamarbejde, som er mest hensigtsmæssigt med henblik på en eventuel implementering.

Mål – Udredning og behandling af mennesker med sindslidelser

- ✓ Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis er styrket
- ✓ Samarbejdsformer er udviklet til styrkelse af sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende forløb for mennesker med sindslidelser .

Samarbejde om diagnostik
Samarbejde om diagnostik omfatter blandt andet eksterne laboratorieundersøgelser f.eks. blodprøver, radiologiske og lunge- og hjerteundersøgelser.
Der er fortsat geografiske forskelle i muligheder for diagnostiske undersøgelser. Det er Praksisplanens målsætning, at den diagnostiske bistand er af en ensartet høj kvalitet. Realiseringen af dette indebærer ændringer af organisationen omkring opgavevaretagelsen blandt andet de aktører, som varetager laboratoriebetjeningen.
Som et nyt tilbud er der 2012 etableret diagnostiske enheder på akuthospitalerne, som skal sikre sub-akut ambulant udredning af patienter med alvorlig sygdom med uklare symptomer ved en hurtig udredning på tværs af specialer.

Mål – Samarbejde om diagnostik

- ✓ Almen praksis' adgang til diagnostiske bistand er af høj kvalitet
- ✓ Patienter og praktiserende læger tilbydes ensartet, diagnostisk service

Samarbejde om svangreområdet
Praktiserende læge og jordemoder er gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet og fødsel.
Med henblik på at udvikle en tilstrækkelig og sikker kommunikation igennem graviditet, fødsel og barsel skal der i planperioden udvikles en elektronisk løsning (som det beskrives i Fødeplanen, 2011) til at dele

oplysninger mellem sundhedspleje, jordemoder og praktiserende læge. Praktiserende lægers anvendelse af en elektronisk portalløsning eller journal bør understøttes i perioden.

Mål – Samarbejde om svangreområdet

- ✓ Fødende kvinder oplever sammenhængende forløb

Faglig udvikling i almen praksis

Det er visionen, at alle praktiserende læger arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling.

De tiltag, der beskrives i afsnittet om faglig udvikling i almen praksis, forventes at kunne implementeres via KAP-H og en aktiv efteruddannelsesindsats.

Den organisatoriske kvalitet

En forbedret organisatorisk kvalitet i almen praksis kan påvirke kliniske resultater, herunder optimere kronikerbehandlingen. Ved organisatorisk kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange og samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb.

På høringsmødet med formændene for PLO-Kommunal efterlyses fokus på efteruddannelse i ledelse og udvikling med henblik på at kunne arbejde mere målrettet med bl.a. kronikerbehandling.
Der skal i planperioden etableres et efteruddannelsestilbud, som understøtter udvikling af organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer.

Telemedicinsk teknologi giver nye muligheder til at optimere patientforløb. Telemedicin kan anvendes til konkret patientkontakt, men også ved overvågning af behandlingsforløb.
Det bør i planperioden afdækkes, hvilke telemedicinske løsninger, det er gavnligt at arbejde videre med.

Mål – Organisatorisk kvalitet

- ✓ Patientforløb er styrket via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i almen praksis

Den sundhedsfaglige kvalitet

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af ydelser, der har helbredelse og lindring som formål.

Styrket dokumentation

En forbedret sundhedsfaglig kvalitet indebærer blandt andet, at praktiserende læger forholder sig til egne data og på baggrund heraf udvikler kvaliteten i praksis. Anvendelse af ICPC, der er en forudsætning for optimal udnyttelse af datafangst, indgår i overenskomsten.

På sigt muliggør datafangst også dokumentation og opfølgning på kvalitet på et aggregeret niveau, så den regionale kvalitetsudviklingsindsats kan følges.

Patientsikkerhed
Almen praksis er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser. For at kunne behandle, analysere og lære af utilsigtede hændelser er der oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren.
Der udestår et arbejde med at skabe en organisatorisk ramme for håndtering af og læring af sektorovergangshændelser mellem almen praksis og kommune. Der skal i planperioden aftales en organisatorisk ramme for disse hændelser. Hændelser mellem almen praksis og hospital er indeholdt i den eksisterende patientsikkerhedsorganisation.

Mål – Sundhedsfaglig kvalitet

- ✓ Behandling følger de til enhver tid gældende faglige retningslinjer
- ✓ Praksis arbejder med databaseret kvalitetsudvikling via datafangst, ICPC-kodning, datafeedback samt kvalitetsopfølgning.
- ✓ Alle praktiserende læger vedligeholder og udvikler systematisk deres kompetencer
- ✓ Patientsikkerheden i almen praksis er styrket
- ✓ Børn er vaccineret mod børnesygdomme

Patientoplevet kvalitet

Patient- og brugerinddragelse
Patientinddragelse er blevet et led i behandlingen, i takt med at der er kommet fokus på patienter som aktive, informationssøgende borgere.
Der bør fokuseres på patientinddragelse i planperioden.

Patienttilfredshedsundersøgelser
Alle praksis skal i henhold til overenskomsten gennemføre en patienttilfredshedsundersøgelse i henhold til et relevant koncept. Resultaterne skal primært bruges til lægens egen læring.

Mål – Patientoplevet kvalitet

- ✓ Almen praksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed
- ✓ Patienters oplevelser i almen praksis er dokumenteret
- ✓ Patienter rapporteret utilsigtede hændelser

Baggrund

I dette afsnit beskrives formål, rammer, høring, grundbeskrivelse og planens opbygning.

Almen praksis har en central funktion i det samlede sundhedsvæsen. Det er den naturlige primære kontakt for borgeren, og det sted hvor de fleste sundhedsmæssige problemer færdigbehandles. Endvidere har almen praksis en rolle som visitator for patienter med behov for supplerende behandling og andre tilbud.

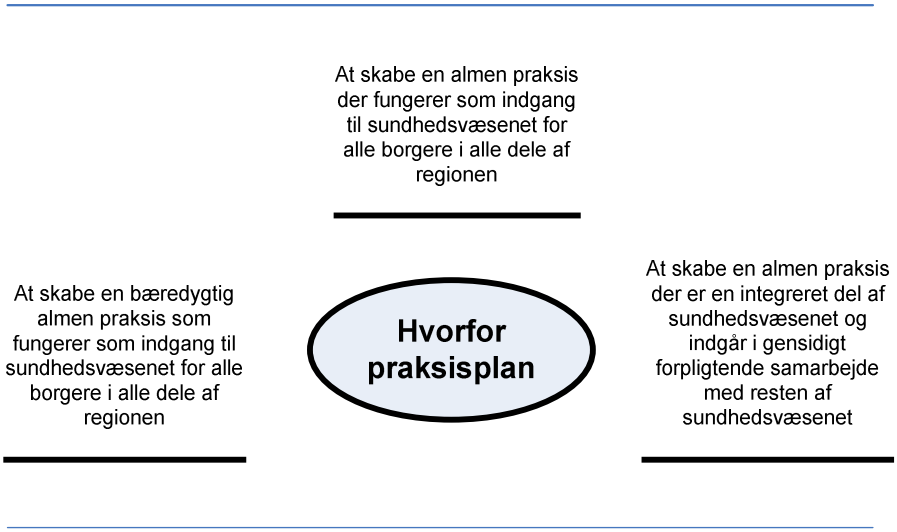
Samtidig står almen praksis overfor en række udfordringer. Risiko for lægemangel, flere patienter med kronisk sygdom, flere ældre, social ulighed i sundhed, omlægning af sundhedsopgaver såvel i hospitalsvæsenet som i kommunerne og øgede krav om kvalitet og specialisering i behandlingen. Udfordringer der medfører behov for et særligt fokus på at styrke opgavevaretagelsen i almen praksis.

Praksisplanen dæker en lang række indsatsområder. Det skyldes netop, at almen praksis har en central funktion i og bred snitflade til det øvrige sundhedsvæsen.
Endvidere bærer Praksisplanen præg af de ændringer, som fulgte af Overenskomst om almen praksis (2011) først og fremmest på kvalitetsområdet – f.eks. krav om begyndende akkreditering, patienttilfredshedsundersøgelser, datafangst og ICPC kodning.

1. Formål

Overenskomsten pr. 1. april 2011 formulerer en langsigtet vision for almen praksis. Det er Praksisplanens formål at udfolde visionerne i overenskomsten, se figur 1.

Figur 1 Formål med Praksisplanen



Det er afgørende for at kunne indfri formålet, at Praksisplanen har opbakning fra væsentlige interessenter.

Visionerne udfoldes i et målhierarki (se under "Planens opbygning"), som omfatter overordnede og underordnede målsætninger samt anbefalinger for udviklingen i perioden 2012-2015.

2. Rammer for praksisplanlægningen

2.1 Sundhedsloven

Samarbejds- og planlægningssystemet for almen praksis blev justeret i ændringer til Sundhedsloven vedtaget 27. juni 2013.
Det blev fastsat, at der skal udarbejdes en Praksisplan for almen praksis inden 1. maj 2014 og herefter én gang i hver valgperiode. Praksisplanen skal løbende justeres ved behov.
Herudover blev der med loven etableret et nyt udvalg, praksisplanudvalget, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplanen.
I bekendtgørelse om praksisplanudvalg fastlægges nærmere regler for funktion og ikrafttræden af praksisplanudvalget.

I Sundhedsstyrelsens vejledning om praksisplaner fastsættes principper for indhold og overordnede rammer for praksisplanlægningen (boks 1).

Boks 1 Indhold i praksisplanen i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om praksisplaner

- Sammenfatte de opgaver som almen praksis er forpligtede til at udføre i henhold til sundhedsaftalen 2011-2014.
- Indeholde forslag til implementeringen af sundhedsaftalens opgaver i almen praksis
- Beskrive eventuelle lokalaftaler mellem almen praksis og kommunerne
- Beskrive rammerne for almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til øvrige samarbejdsparter i sundhedsvæsenet vedr. det konkrete patientforløb.
- Beskrive almen praksis' roller og opgaver i det regionale sundhedsvæsen i forhold til relevante patientgrupper og/eller indsatser
- Beskrive hvordan regionen understøtter almen praksis i deres opgavevaretagelse
- Indeholde overvejelser om kvalitetssikring og/eller –udvikling af almen praksis, specielt omkring planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen.
- Beskrive lægedækningen
- Fastlægge og fordele lægekapaciteten
- Anvise krav i relation til størrelse, organisering og uddannelsesmæssige faciliteter, som forventes imødekommet i forbindelse med nye praksis og flytninger af praksis

2.2 Øvrig sundhedsplanlægning i regionen

Almen praksis er et selvstændigt erhverv, og adskiller sig derved fra det øvrige af regionens virksomhed ved at fungere i henhold til en overenskomst, som er aftalt i Regionernes Lønnings- og Takstnævn.
Det er dog en forudsætning for udvikling og tilrettelæggelse af tilbuddet om almen lægehjælp, at praksisplanen holder sig indenfor rammerne af regionens sundhedsplan.

Regionens sundhedsplan fra 2009 består bl.a. af følgende planer[1]:

- Patient- og pårørendepolitik
- Kvalitetspolitik og -strategi.
- Forskningspolitik og -strategi
- Forebyggelsespolitik
- Strategi for kronisk sygdom
- Hospitalsplan 2011-2020 (herefter benævnt HOPP 2020)
- Psykiatriplan
- Plan for den præhospitale indsats og sundhedsberedskab
- Sundhedsaftaler 2011-2013.
- Plan for den ældre medicinske patient.
- Godkendte forløbsprogrammer
- Øvrig praksisplanlægning

[1] Politikker, strategier og planer kan findes på:
http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Politikker+planer+og+strategier/Politikker+planer+og+strategier.htm

3. Høring

Den forudgående høring af praktiserende læger og kommuner har i 2011 været tilrettelagt ved:

- En spørgeskemaundersøgelse målrettet de praktiserende læger (klinikker)
- Fem høringsmøder med kommunerne i dialogform
- To høringsmøder med formændene for PLO-Kommunal i dialogform.

3.1 Spørgeskemaundersøgelse

I forbindelse med den årlige fastsættelse af lægedækningen blev et spørgeskema udsendt til alle praksisklinikker i september 2011. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om:

- Ønsket patientantal
- Ønsker til flytning og sammenlægning
- Ønsker til ekstern understøttelse af praksis via konsulentbistand
- Aktuel ansættelse af praksispersonale.

Undersøgelsen blev afsluttet med en besvarelsesprocent på 67 %. Spørgeskemaet er vedlagt i bilag 1 og en afrapportering fra undersøgelsen fremgår af grundbeskrivelsens afsnit 7.

3.2 Høringsmøder med kommuner

I løbet af efteråret 2011 blev der afholdt fem høringsmøder med kommunerne i hvert af regionens hovedområder: Nord, Midt, Byen, Syd og Bornholm. Formålet med møderne var:

- at indhente kommunernes input og holdninger til den kommende Praksisplan for almen praksis
- at synliggøre den sammenhæng, der er mellem regionens planarbejde og kommunernes planarbejde, så det fremtidigt bliver nemmere at koordinere indsatser i kommune og region indenfor de givne økonomiske og juridiske rammer.

17 ud af 29 kommuner deltog på høringsmøderne svarende til 59 %. Afrapportering fra møderne er vedlagt i bilag 2.

Da kommunerne ikke var en part i udarbejdelse af praksisplanen i 2012, har kommunerne ikke direkte været med til processen med at afklare og beskrive målsætninger og planindhold.

3.3 Høringsmøder med PLO-Kommunal

Tilsvarende blev der afholdt to høringsmøder med formændene for PLO-Kommunal.

Formålet med møderne var at indhente input og ønsker til:

- Indhold og proces for kvalitetsudvikling i almen praksis
- Samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

25 ud af 34 formænd for PLO-kommunal havde tilmeldt sig. Det er en deltagelsesprocent på 74 %.
Afrapportering fra møderne er vedlagt i bilag 3.

3.4 Høringer i forbindelse med revision af planen

Efter revisionen af praksisplanen har planen yderligere været sendt i høring i

- Sundhedsstyrelsen,
- Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden og
- Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden.

Desuden er der foretaget interne, administrative høringer i region, kommuner og PLO-Hovedstaden.

4. Grundbeskrivelse

En sektorbeskrivelse af almen praksis er samlet i en særskilt grundbeskrivelse. Den indeholder basisoplysninger om:

- Sikrede (prognose, antal, demografi).
- Ydere (antal, kapacitet, køn, alder).
- Klinikker (antal, praksisform).
- Økonomi (samlede udgifter).
- Ydelser (antal, udvikling over tid).
- Anvendelse af praksispersonale.
- Tilgængelighed (telefonisk og fysisk).
- Varetagelse af akutte skader og helbredsproblemer praksis.
- Kommuneopgørelser (samling af nøgletal i hver enkelt kommune).

5. Praksisplanens opbygning

Praksisplanen er opbygget i tre dele:

- DEL I: Kapacitet og tilgængelighed
- DEL II: Faglig udvikling tværsektorielt
- DEL III: Faglig udvikling i almen praksis

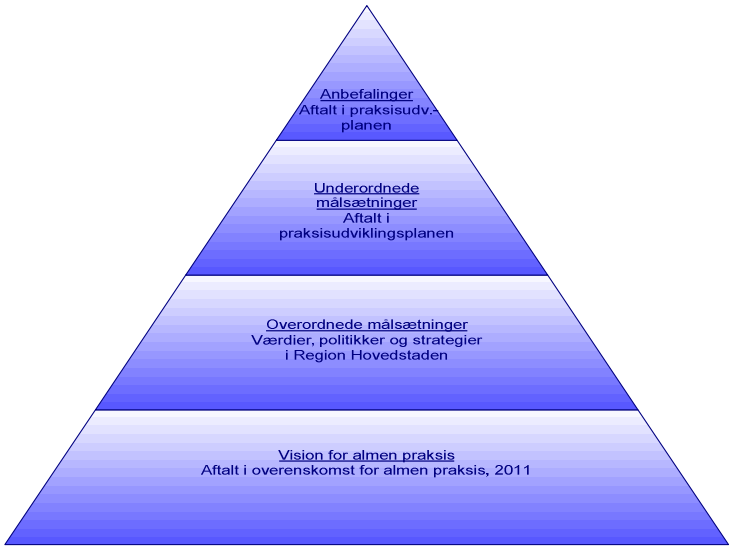
5.1 Målhierarki

Praksisplanen er opbygget omkring et målhierarki, som udviklingen i planperioden skal sigte efter, se figur 2.

Målhierarkiet består af:

- Visioner (som aftalt i udviklingskontrakten i overenskomst for almen praksis, 2011)
- Overordnede målsætninger (regionens værdier, strategier og politikgrundlag)
- Underordnede målsætninger (formuleret i Praksisplanen)
- Anbefalinger (formuleret i Praksisplanen - prioritering i forhold til at nå den underordnede målsætning).

Figur 2 Målhierarki for planlægning og udvikling af almen praksis 2012-2015 i Region Hovedstaden



Praksisplanens overordnede målsætninger er baseret på regionens strategier, politikker og værdigrundlag. Praksisplanen er et led, på linje med andet planarbejde i regionen, i at realisere de værdier, visioner og strategier, som ligger til grund for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden.
De overordnede målsætninger fremgår af boksen nedenfor. Målsætningerne er tilpasset de særlige forhold, som almen praksis er underlagt.

Praksisplanens bud på realisering af vision og overordnede målsætninger fremgår af en sammenfattende illustration før hvert af planens tre delafsnit.

Boks 2

Overordnede målsætninger for Praksisplan for almen praksis 2012-2015

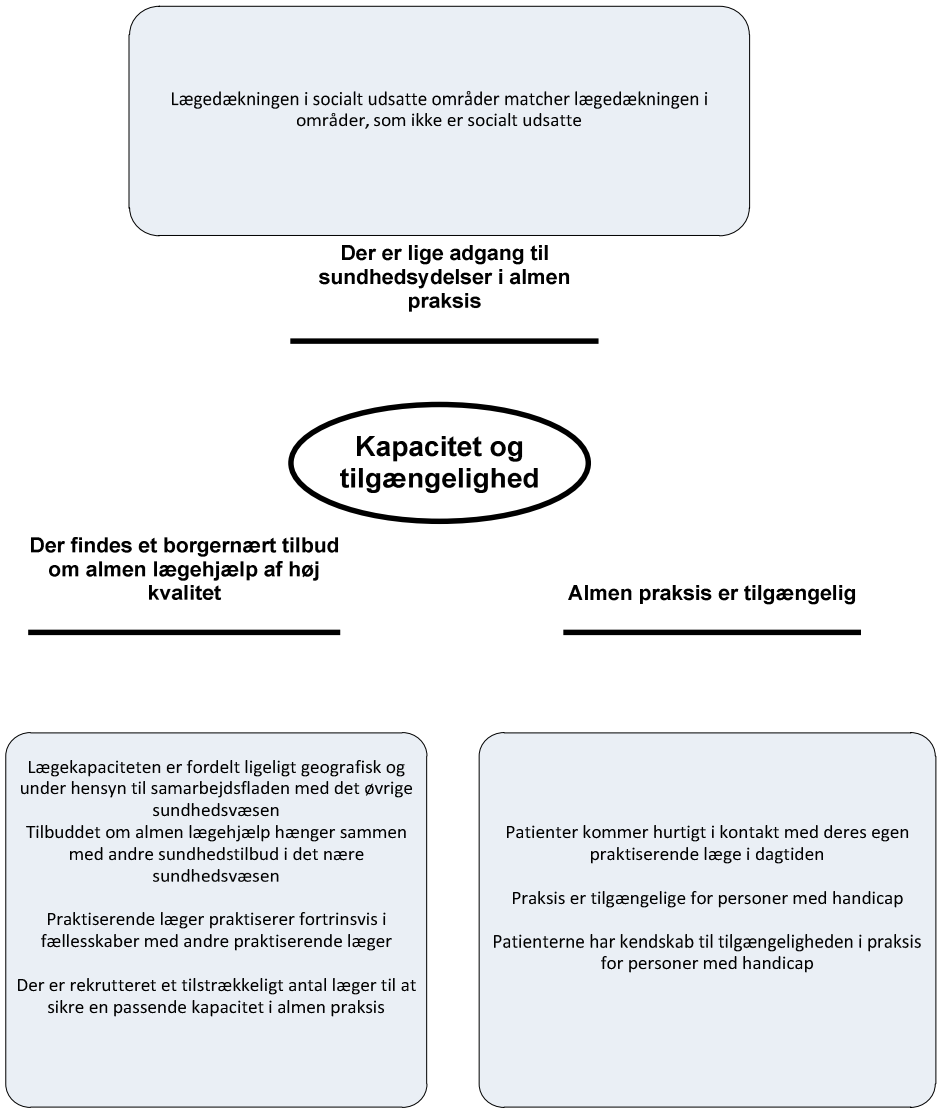
- Der findes et borgernært tilbud om almen lægehjælp.
- Almen praksis er tilgængelig.
- Der er lige adgang til regionens sundhedsydelser for borgeren.
- Behandlingen er sikker for patienten.
- Patienten er i centrum.
- Behandlingen er effektiv og på et ensartet niveau af høj faglig kvalitet
- Et udstrakt samarbejde mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og den øvrige praksissektor bidrager til gode patientforløb.
- Almen praksis er tovholder og bevarer kontinuiteten i forhold til den enkelte patient.
- Der eksisterer et nært tilbud om akut lægehjælp i almen praksis i dagtiden

Kapacitet og tilgængelighed

Beskrivelse af mål og anbefalinger vedrørende kapacitet og tilgængelighed

1. Målsætninger

Målsætninger: Kapacitet i almen praksis



2. Lægedækning og praksisstruktur

Målsætninger:

- Lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk og under hensyn til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen
- Tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen
- Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskab med andre praktiserende læger
- Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet i almen praksis
- Lægedækningen i socialt udsatte områder matcher lægedækningen i områder, som ikke er socialt udsatte.

Dette afsnit beskriver målsætninger og udfordringer i forhold til sikring af lægedækningen samt fremtidig praksisstruktur.

Lægedækning og praksisstruktur vedrører antal og placering af lægekapaciteter.

Det kan have betydning for samspil med kommunernes og hospitalernes sundhedstilbud og muligheder for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne i praksis.
I Dansk Sundhedsinstituts tværgående analyse af kronikerbehandlingen i otte lægehuse (note 54) beskrives fem veje til en forbedret kronikerbehandling, hvoraf "plads i de fysiske lokaliteter" udgør én.

Praktiserende lægers antal og geografisk placering har desuden betydning for service i forhold til patienten i form af afstanden til den nærmeste lægepraksis og udbuddet af lægepraksis med åbent for tilgang.

2.1 Overenskomstens (2011) bestemmelser om lægedækning

Antallet af lægekapaciteter vurderes årligt i samarbejdsudvalget.
Overenskomsten pr. 1. april 2011 medførte en ny metode til den årlige fastsættelse af kapaciteten. I henhold til overenskomsten vurderes kapaciteten årligt primært med udgangspunkt i en høring af regionens praktiserende læger, hvor der spørges: "hvor mange patienter kan praksis varetage det kommende år"?[2]
Skulle kapaciteter blive ubesatte i løbet af året efter praksisophør uden overdragelse af kapacitet, bortfalder de, og den ledigblevne kapacitet indgår i den samlede vurdering ved den årlige fastsættelse af lægedækningen pr. 1. oktober.

[2] Resultatet af høringen af de praktiserende læger i 2011 er vedlagt i grundbeskrivelsens afsnit 2.3.

2.2 Planlægningsområder

En hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved:

- bestemmelse af hvor eventuelle nynedsættelser, som udløses af den årlige justering af lægedækningen, skal placeres.
- godkendelse af praksisflytninger og andre praksisrelaterede hensyn
- at være sammenlignelig rettesnor ved udarbejdelse af statistik og oversigter over lægekapacitet og økonomiforhold.

Så vidt muligt bør inddelingen i planlægnings- og hovedområder svare til samarbejdsfladen med de vigtigste aktører i sundhedsvæsenet.

Opdelingen af regionen i planlægningsområder bør endvidere ikke stå i vejen for en realisering af Praksisplanens formål og målsætninger. Regionen fastsætter i henhold til sundhedsloven retningslinjer for sags- og beslutningsgange i forhold til flytning af praksis og praksisophør, som skal basere sig på målsætninger beskrevet i praksisplanen. Retningslinjerne skal indeholde en fleksibilitet, der muliggør, at afgørelser i flyttesager understøtter praksisplanens målsætninger.

Amager

I planperioden fra 2008-2011 har der vist sig større interesse end vanligt for at flytte til eller fra Amager Øst og Vest. Der er desuden et stort antal praksis, som er beliggende på Amagerbrogade. Denne gade er netop grænsen mellem de to områder, således at ulige gadenumre hører til øst og lige gadenumre til vest. Amager er desuden kendetegnet ved, at erhvervslokaler findes på Amagerbrogade i højere grad end på det øvrige Amager, som er domineret af beboelse. Det betyder, at byliv og samling af et større antal mennesker bl.a. koncentreres her.

Af disse årsager er en opdeling af Amager i øst og vest uhensigtsmæssig, da over 50 % af de praktiserende læger er placeret på eller nær Amagerbrogade. Det blev besluttet ved vedtagelsen af den tidligere version af praksisplanen at opretholde planlægningsområderne som beskrevet i Plan for almen praksis 2008-2011 med undtagelse af Amager Øst og Vest, som slås sammen til planlægningsområde benævnt Amager[3].

2.3 Praksisstruktur

Et mere specialiseret hospitalsvæsen forudsætter, at almen praksis, som en del af det hele sundhedsvæsen, gerne organiserer sig i større enheder, der via den rette arbejdstilrettelæggelse og ansættelse af praksispersonale fortsat vil være i stand til at varetage en bred palet af ydelser, herunder akutbehandling og en styrket kronikerindsats. En almen praksis som er i stand til at afslutte de fleste almindeligt forekommende lidelser.

Praksisplanudvalget ønsker ikke at lægge sig fast på et fast patientunderlag for en effektiv organisering af praksis eller en enkelt praksisform som den

[3] En oversigt og et kort over regionens planlægnings- og hovedområder er vedlagt i grundbeskrivelsens afsnit 1.

ideelle. Målsætningen for perioden er imidlertid at ændre praksisstrukturen, så praksis geografisk er ligeligt fordelt fortrinsvis bestående af praksisfællesskaber, hvor minimum to praktiserende læger indgår, og/eller at enkeltmandspraksis organiserer sig i netværks- eller samarbejdspraksis.

Praksisfællesskabsprojekt
Regionen har i 2011-2013 i en to-årig projektperiode ansat en konsulent til at fremme praksisfællesskaber, forstået som fællesskaber af praktiserende læger evt. i lokalefællesskab med andre praktiserende behandlere, som beskrevet i overenskomsten (2011)[4].

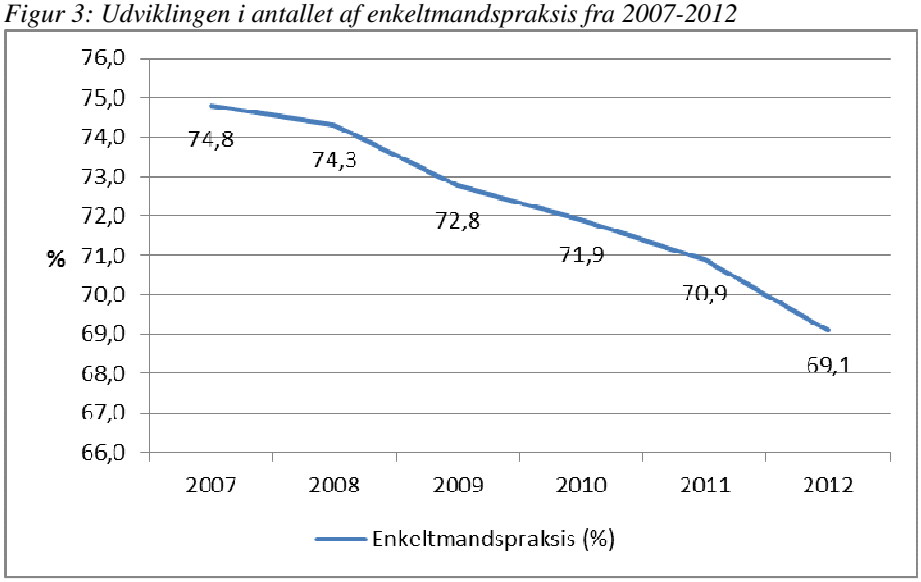
Projektet har bidraget til, at der findes en fast og systematisk ramme for rådgivning af praktiserende læger, der løbende henvender sig til regionsadministrationen med ønske om at ændre i deres nuværende ejerskabs- og/eller praksisform.
Udfordringerne i projektet har været:

- at finde praktiserende læger der kan og vil samarbejde
- at finde lokaler der har tilstrækkelig størrelse, og kan opfylde kriterier vedrørende handicapadgang og en beliggenhed med nærhed til transport og bymidte.
- at hensynet til en ligelig geografisk fordeling af praktiserende læger kan stå i vejen for praksissammenlægninger, idet praksisområdernes grænser kan forhindre praksisflytninger.

Praksisstruktur
Det fremgår af grundbeskrivelsen (afsnit 3.1), at der pr. 1.1.2012 var 744 praksis i regionen. 514 praksis, svarende til 69,1 %, er enkeltmandspraksis[5]. Det svarer til ca. halvdelen af den samlede kapacitet. Udviklingen i antallet af enkeltmandspraksis er faldet støt de seneste år, hvilket fremgår af figuren nedenfor.

[4] Overenskomsten for almen praksis (2011) Note til § 5 samt bilag 12.
[5] Tallene tager ikke højde for omfanget af netværksdannelser mellem praksis, hvor der ikke er økonomisk fællesskab, såkaldte netværks- og samarbejdspraksis.

Figur 3: Udviklingen i antallet af enkeltmandspraksis fra 2007-2012



Den kvalitet, som ønskes opnået ved større praksisenheder, kan i nogle tilfælde ske på bekostning af den umiddelbare nærhed til borgeren. Kommunerne i regionen blev spurgt[6] om denne problemstilling, og har givet udtryk for en accept af, at borgeren kan få længere til lægen, når der ændres i praksisstrukturen i retning af flere praksisfællesskaber.

Satellitpraksis er et redskab til at skabe nærhed til borgeren i områder, hvor der er langt til læge. Satellitpraksis indebærer, at samme praktiserende læge praktiserer på to eller flere praksisadresser. Etablering af denne form for praksis kan anvendes i særlige situationer, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger til et lokalområde, eller hvor det vurderes nødvendigt for at sikre kvaliteten af behandlingen af socialt udsatte borgere[7].

Det er væsentligt, at planlægningen af tilbuddet om almen lægehjælp sker i sammenhæng med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen, f.eks. kommunale sundhedstilbud eller udgående hospitalsfunktioner.

Anbefalinger:

- *at princippet om en geografisk jævn fordeling af praksis kan fraviges med henblik på at fremme praksisfællesskaber, f.eks. efter konkret vurdering ved flytning over en planlægningsområdegrænse eller ved tildeling af 0-ydernumre.*
- *at der tages hensyn til muligheder for at samarbejde med kommunale sundhedstilbud eller udgående hospitalsfunktioner ved kapacitetsplanlægning og løbende samarbejdsudvalgsafgørelser om kapacitetsforhold.*

[6] Rapportering fra kommunale høringsmøder afholdt forud for udarbejdelsen af praksisudviklingsplanen er vedlagt i bilag 2.

[7] Forskellig litteratur tyder på, at nærhed er vigtigt i forhold til at nå socialt udsatte, hvor der ikke er økonomi til transport, patienten er dårligt gående m.v.

- *at metoder og erfaringer fra det to-årige projekt om fremme af praksisfællesskaber anvendes med henblik på fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.*
- *at forankring af metode og erfaring fra facilitatorbesøg*[8] *understøttes med henblik på at skabe en forbedret organisering af flerlægepraksis.*
- *at retningslinjer udarbejdes for hvornår satellitpraksis kan anvendes til at sikre lægedækningen i et område, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger og/eller hvor befolkningsunderlaget medfører lang afstand til læge.*

2.4 Rekruttering og fastholdelse

Realisering af visioner om praksisstruktur afhænger af, at der rekrutteres nye læger og ældre læger fastholdes i faget.

Udbud og efterspørgsel af alment praktiserende læger

Sammenlignet med andre regioner i Danmark har Region Hovedstaden ikke generelle problemer med rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Der kan dog i yderområder i regionen, her tænkes særligt på Bornholm, og i socialt belastede lokalområder, f.eks. i sydvestlige dele af regionen, opleves problemer med rekruttering af læger.

Ifølge Sundhedsstyrelsen seneste udbudsprognoser forventes ikke på landsplan en speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser i almen praksis. I henhold til udbudsprognoserne stiger antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin med 8 % fra 2012-2025.
Befolkningstilvækst i Region Hovedstaden er i perioden på tilsvarende 8 % (se afsnit 4.2 i grundbeskrivelsen).
Om efterspørgslen efter alment praktiserende læger stiger i fremtiden, afhænger af netop befolkningstilvækst på landsplan, opgaveomlægninger i sundhedsvæsenet, til- og afgang af læger til udlandet og demografi. Et øget antal ældre i befolkningen kan muligvis nødvendiggøre en øget kapacitet i almen praksis.

I Region Hovedstaden vurderes hvert år i forbindelse med den årlige fastlæggelse af lægedækningen, om der er områder, hvor der forventes mangel på læger. Denne vurdering baseres blandt andet på den årlige høring[9] af eksisterende praksis i regionen om, hvor mange patienter, de højst ønsker tilmeldt.

Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter

Pr. 1.3.2014 var 20 kapaciteter, som var tildelt praksis, stadig ubesatte. Det er 1,8 % af den samlede lægekapacitet. Der har været en faldende andel af ubesat kapacitet siden 2011.

[8] Facilitatorordningen er et udviklingsprojekt under Region Hovedstadens Kronikerprogram, hvor almen praksis ved facilitatorbesøg bliver understøttet i at indarbejde ændringer i den daglige praksis med henblik på at styrke og optimere behandlingsforløbet for den kroniske patient.

[9] Overenskomsten for almen praksis § 7, stk. 3.

Ubesat kapacitet medfører alt andet lige en øget arbejdsbyrde til øvrige praktiserende læger i området.

Antallet af ubesatte kapaciteter kan skyldes:

a) at det reelt er vanskeligt at tiltrække nye praktiserende læger til et område - Bornholm er et godt eksempel.
b) at nye læger ønsker et 0-ydernummer frem for at blive kompagnon i en eksisterende praksis.
c) at praktiserende læger ikke har konkrete aftaler med en eventuel ny kompagnon eller ikke har forberedt en konkret plan for anvendelsen af en tildelt kapacitet.

En del af problemet kan løses ved at gøre det muligt for læger, som ikke allerede praktiserer, at ansøge om opslåede kapaciteter på lige fod med eksisterende praksis. En opstramning af den periode, som en praksis kan bevare retten til en tildelt kapacitet, vil endvidere tilskynde til, at der er en reel plan for anvendelsen, inden der ansøges om tildeling.
Endelig bør en ansøger, som kan oplyse en konkret navngiven praktiserende læge, som medansøger foretrækkes ved tildelingen af kapaciteter.

Ovennævnte forslag blev realiseret ved godkendelse af den tidligere version af praksisplanen.

I KAP-H bør nynedsatte læger og seniorlæger være særlige målgrupper for ordningens indsatser, så lægemangelproblemer så vidt muligt forebygges.

Anbefalinger:

- *nynedsatte læger og seniorlæger indgår som særlig målgruppe i en ny konsulentorganisation for almen praksis.*

Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder
Med henblik på at afhjælp og forebygge rekrutteringsproblemer skal det være attraktivt at praktisere i socialt belastede områder og yderområder.
I socialt belastede områder kan almen praksis understøttes ved at skabe:

- velfungerende samarbejde med hospital og særligt med kommunen om socialmedicinske patienter og udsatte børn
- velfungerende henvisningsmuligheder for komplekse og sårbare patienter, eksempelvis ikke-dansktalende, misbrugere og mennesker med sindslidelser
- ”shared care” med de psykiatriske centre og praktiserende speciallæger i psykiatri om mennesker med sindslidelser
- praksisfællesskaber med gode muligheder for praksispersonale og faglig sparring.
- mulighed for videotolkning og professionel tolkebrug.

På forsøgsbasis gennemføres i samarbejde med relevante kommuner i 2012 et projekt om rekruttering og fastholdelse af almen medicinere i sårbare områder. Pilotprojektet bestod af:

- et praksisfællesskabsprojekt i Brøndby Strand
- en mentorordning for praktiserende læger i sårbare områder

- udvikling af dialogværktøj for praktiserende læger i sårbare områder.

Der bør i planperioden følges op på de erfaringer, som kan uddrages af projektet om rekruttering og fastholdelse i sårbare områder.

I Plan for almen praksis 2008-2011 blev sårbare områder defineret med udgangspunkt i udvalgte indikatorer, så det blev målbart. Hensigten med en kategorisering var at sætte fokus på områder i regionen, hvor

- det er vanskeligt at rekruttere læger
- arbejdsmængden hos lægerne er større begrundet af langvarige og komplekse konsultationer
- der skal gøres en særlig indsats for at sikre kvaliteten af sundhedsydelserne i forhold til den type patienter, som kommer i praksis.

En fastlæggelse af sårbare områder er et redskab, som kan anvendes som retningsgivende, når der foretages ændringer i fordelingen af eksisterende eller ny kapacitet. Et øget fokus på områder, hvor der er en udfordring mht. at sikre lægedækning, hjælper desuden til at fokusere en indsats de rigtige steder. Den tidligere opgørelse af sårbare områder skal derfor opdateres med udgangspunkt i den seneste udgave af sundhedsprofilerne, demografi og antallet af udførte tolkeydelser.

Anbefalinger:

- *sårbare områder redefineres med udgangspunkt i den seneste sundhedsprofil, demografi og antallet af tolkeydelser i området*
- *der tages hensyn til sårbare områder i samarbejdsudvalgsafgørelser ved placering af nye kapaciteter*
- *der tages hensyn til sårbare lokalområder indenfor planlægningsområdet ved placering af nye kapaciteter*
- *det gøres attraktivt at praktisere i sårbare områder, bl.a. ved at udbygge samarbejdsrelationerne mellem sundhedsvæsenets aktører i nærområdet og fremme etablering af praksisfællesskaber.*
- *at der følges op på erfaringer fra projekt om rekruttering og fastholdelse af læger i almen medicin i sårbare områder.*

Rekruttering og fastholdelse på Bornholm

Bornholms Regionskommune har udtrykt bekymring for en situation, hvor en stor andel af de praktiserende læger afgår på samme tid pga. alder[10]. Et rekrutteringsproblem på Bornholm er mere alvorligt end tilsvarende rekrutteringsproblemer i andre dele af regionen, da øens placering gør det vanskeligt for patienterne at benytte praktiserende læger i en nabokommune. I sidste planperiode er vagtforpligtelsen for praktiserende læger på Bornholm reduceret, hvilket frigør kapacitet til patienter i dagtiden. Praksisplanudvalget er i øvrigt opmærksomme på at holde antallet af tilmeldte sikrede pr. lægekapacitet lavt, idet almen praksis på Bornholm generelt varetager flere funktioner end almen praksis i resten af regionen.

[10] Kommunal høring forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

Med henblik på at fremme rekrutteringen af alment praktiserende læger på Bornholm er det væsentligt, at der fortsat er uddannelsespladser i såvel almen praksis som tidligere i uddannelsesforløbet på Bornholms Hospital.

Lægedækningen på Bornholm bør følges tæt i perioden for at undgå en potentiel alvorlig situation med lægemangel.

3. Tilgængelighed

Målsætninger:

- Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden
- Praksis er tilgængelige for personer med handicap
- Patienterne har kendskab til tilgængeligheden i praksis for personer med fysiske handicap

Tilgængelighed er væsentligt for, at almen praksis kan fungere som gatekeeper i det samlede sundhedsvæsen. Det er også væsentligt for at borgerne benytter sundhedstilbuddene rigtigt, herunder ved akut sygdom.

Tilgængelighed opdeles typisk i telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed. Tilgængeligheden har konsekvenser for både akutte og ikke-akutte henvendelser til almen praksis.

Det er en væsentlig overordnet målsætning at prioritere tilgængeligheden i almen praksis, så der er lige adgang for alle patientgrupper.

Derfor har der generelt været fokus på tilgængelighed i perioden 2008-2011. I forskelligt regi gennemføres allerede tiltag dels rettet mod dokumentation[11] og dels mod forbedring af den faktiske tilgængelighed[12].
Praksisplanen skal bygge videre på det arbejde, som allerede pågår, herunder bygge videre på implementeringen af den tidligere praksisplan (2008-11).

3.1 Akutanalysen 2012

I 2011 og 2012 har der været fokus på tilgængelighed i almen praksis, når patienter henvender sig med en akut problemstilling. Her er det ofte muligheden for hurtigt at få en konsultationstid eller for umiddelbart at kunne komme i telefonisk kontakt med lægen, som er afgørende.

Som del af en større udredning af det samlede akuttilbud i Region Hovedstaden er der i første halvår af 2012 gennemført tre analyser af akutberedskabet i almen praksis.

- En spørgeskemaundersøgelse med fokus på, hvordan lægerne tilrettelægger patienternes kontaktmuligheder til almen praksis.

[11] Analyse af tilgængeligheden i almen praksis, herunder særskilt ved akut opståede behov for hjælp, 2012, herefter benævnt akutanalysen
[12] Implementering af Plan for almen praksis 2008-2011

- En tilgængelighedsanalyse hvor samtlige lægepraksis i regionen er blevet kontaktet med henblik på at afdække telefonisk tilgængelighed.
- En patienttilfredsundersøgelse der belyser, hvordan patienter med akut opstået skader eller sygdom oplever tilgængelighed såvel som service, rådgivning og behandling, som modtages ved henvendelse til egen læge.

3.2 Fysisk tilgængelighed

Det er Region Hovedstadens målsætning, at alle almen praksis er tilgængelige for personer med handicap. Personer med handicap omfatter personer med bevægelighedshandicap, hørehandicap og synshandicap.
I henhold til overenskomsten skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede[13].

Praktiserende læger er således ikke forpligtet i henhold til lovgivning eller overenskomst til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med handicap.
I henhold til FN's handicapkonvention[14], som Danmark har tiltrådt, er der dog en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Praktiserende læger, der ønsker at flytte, skal i henhold til sundhedsloven indhente regionsrådets godkendelse.

Region Hovedstaden opfatter det som selvfølgeligt, at patienter uanset alder og sygelighed har fysisk mulighed for at konsultere den praktiserende læge, hvorfor der arbejdes på at sikre dette. Region Hovedstaden finder desuden, at tilgængelighed for personer med handicap skal være en forudsætning for godkendelse af flytning og etablering af nye praksis.

PLO-Hovedstaden ønsker aftaler og krav omkring tilgængelighed løst via centrale overenskomstforhandlinger.

De praktiserende læger skal opdatere oplysninger om praksis på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Der er tvivl om kvaliteten af denne information, da der ikke i overenskomsten er aftalt en tilstrækkelig ensartet forståelse af, hvad "handicaptilgængelighed" er.

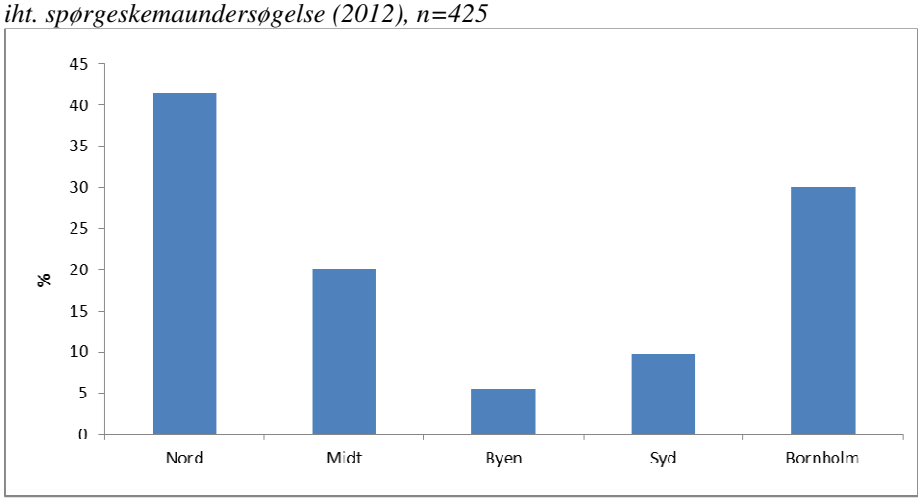
Det er regionens ønske, at tilgængelighed for personer med handicap forstås som defineret i bygningslovgivningen, således at såvel praktiserende læger som patienter har en ensartet forståelse af, hvad tilgængelighed indebærer.

Med henblik på at få et retvisende billede af de alment praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev de praktiserende læger i forbindelse med

[13] Overenskomst om almen praksis (2011), § 53.
[14] FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

akutanalyserne bl.a. spurgt, om praksis har niveaufri adgang til. Resultatet ses i figur 4[15].

Figur 4: Handicapegnede adgangsforhold i almen praksis fordelt på hovedområder iht. spørgeskemaundersøgelse (2012), n=425



16 % af lægepraksis i Region Hovedstaden oplyser ifølge undersøgelsen, at de opfylder de fire kriterier for handicapadgang (se fodnote 4). Det fremgår af figuren, at ringe adgangsforhold for bevægelseshæmmede er et udbredt fænomen i regionen på trods af, at det i sidste planperiode var et væsentligt indsatsområde. En yderligere beskrivelse af analyseresultaterne vedrørende tilgængelighed er vedlagt i bilag 5.

Det er en udfordring at sikre tilgængelighed for personer med handicap af flere årsager. Det kan medføre en merudgift for almen praksis at flytte til velegnede lokaler. Flere kommuner har således i sidste planperiode ikke haft held med at tiltrække praktiserende læger til projekter, hvor lokaliteter stilles til rådighed.
Det skyldes formentlig dels omkostningerne ved flytning, dels muligvis manglende medinddragelse af almen praksis tidligt i processen. Begge disse forhold kan medføre manglende mulighed for at opnå enighed mellem kommune og potentielle læger om et lokalefællesskab. Endelig er der en række praktiske forhold relateret til flytning, som kan være vanskelige og uoverskuelige at løfte for en mindre praksis.

Det fremgår desuden af figur 4 ovenfor, at der er en særlig udfordring i Byen i forhold til at sikre tilgængelighed for personer med handicap. Det skyldes bl.a. Byens bygningsmasse, der i stor udstrækning består af ældre etageejendomme. Bygningsmassens karakter påvirker udbuddet af lokaler, der er velegnede til almen praksis, med handicapegnede forhold og med den rette beliggenhed.

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

Også kommunernes lokalplaner kan påvirke muligheder, og der er behov for at skabe øget opmærksomhed for problemstillingen i relation til nye boligområder og byfornyelse.

Praksisplanudvalget er enigt om, at det kræver en fælles indsats at løfte en indsats for forbedret fysisk tilgængelighed.
I geografiske områder med ringe fysisk tilgængelighed pga. manglende mulighed for almen praksis til at erhverve velegnede lokaler bør almen praksis, region og relevante kommune indgå i en dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes enten ved eksisterende bygningsmasse eller ved fremtidig planlægning.

Anbefalinger:

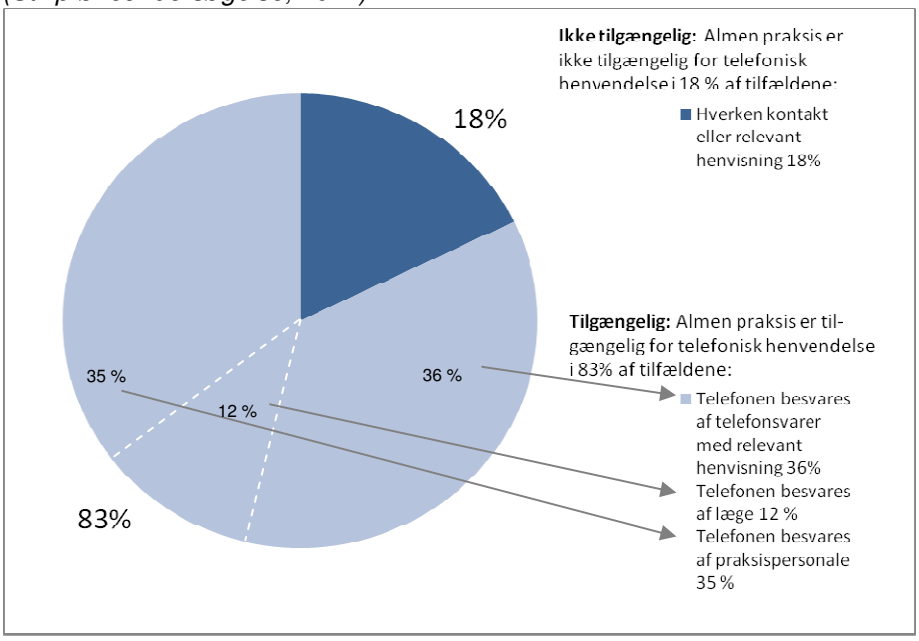
- *at der årligt følges op på tilgængelighed til praksis for personer med handicap med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed*
- *at almen praksis fortsat opfordres til at opdatere praksisdeklarationen med klinikinformation om toilet- og adgangsforhold for personer med handicap, så informationer bliver tydelige for patienterne*
- *at etablere et samarbejde mellem relevante aktører i forhold til at kortlægge og nedbryde praktiske barrierer for flytning til velegnede lokaler.*

3.3 Telefonisk tilgængelighed

Praksisplanudvalget er enigt om at lægen, dennes personale eller en navngiven stedfortræder skal kunne træffes telefonisk i dagtiden (8:00 til 16:00)[16]. Kan man ikke efter gentagne forsøg opnå kontakt til lægen på telefonen, er dette mål ikke nået.
Hvordan telefonen besvares, afhænger ofte af tidspunkt for opkald. For de fleste praksis' vedkommende besvarer personale telefonen udenfor lægens telefontid, og dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen.
I figur 5 ses resultaterne af en stikprøveundersøgelsen (2012) af praktiserende lægers telefoniske tilgængelighed. I 18 % af tilfældene er almen praksis ikke tilgængelig inden for 10 minutter i praksis med køfunktion eller på 4 opkald inden for 6 minutter.

[16] Overenskomsten om almen praksis (2011) beskriver vilkår for telefoniske henvendelser i § 51, stk. 2.

Figur 5 Telefonisk tilgængelighed i almen praksis i dagtiden (Stikprøveundersøgelse, 2012)



Skal almen praksis varetage sin akutforpligtelse effektivt, er det nødvendigt med en god telefonisk tilgængelighed. Derfor er det afgørende, at den telefoniske tilgængelighed i almen praksis undersøges og forbedres.

Telefonsystemer med f.eks. køfunktion kan afhjælpe frustrationen over ikke at komme i kontakt med egen læge.
Kan patienten ikke komme i kontakt med personale i praksis, kan et telefonsystem oplyse ventetid eller give anden relevant information f.eks. henvise til en navngiven stedfortræder.

I forbindelse med implementeringen af Plan for almen praksis 2008-2011 er der udarbejdet et idékatalog, som beskriver organisatoriske og tekniske løsninger til forbedring af den elektroniske og telefoniske tilgængelighed. Idekataloget er vedlagt i grundbeskrivelsens i bilag 4.

For at sikre patienter den bedst mulige tilgængelighed, skal den telefoniske tilgængelighed på den korte bane forbedres ved, at almen praksis etablerer moderne telefonsystemer i praksis, eller på anden måde sikrer, at lægen, dennes personale eller en navngiven stedfortræder kan træffes i dagtiden, f.eks. ved at ændre tilrettelæggelse af arbejdsgange.

På sigt vil tilgængeligheden muligvis forbedres med etableringen af større praksis, som har mere hjælpepersonale ansat.

Med henblik på at evaluere indsatsen og få en indikation af, om der er sket et løft af den telefoniske tilgængelighed i løbet af planperioden, skal der i et

samarbejde mellem Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden gennemføres en stikprøveundersøgelse identisk med undersøgelsen udført i relation til akutanalysen (2012).

Det er også væsentligt af hensyn til samarbejdet med hospital og i kommuner, at der en gensidig tilgængelighed. Drøftelser om en hensigtsmæssig kommunikation kan eventuelt foregå decentralt i f.eks. de kommunalt lægelige udvalg.

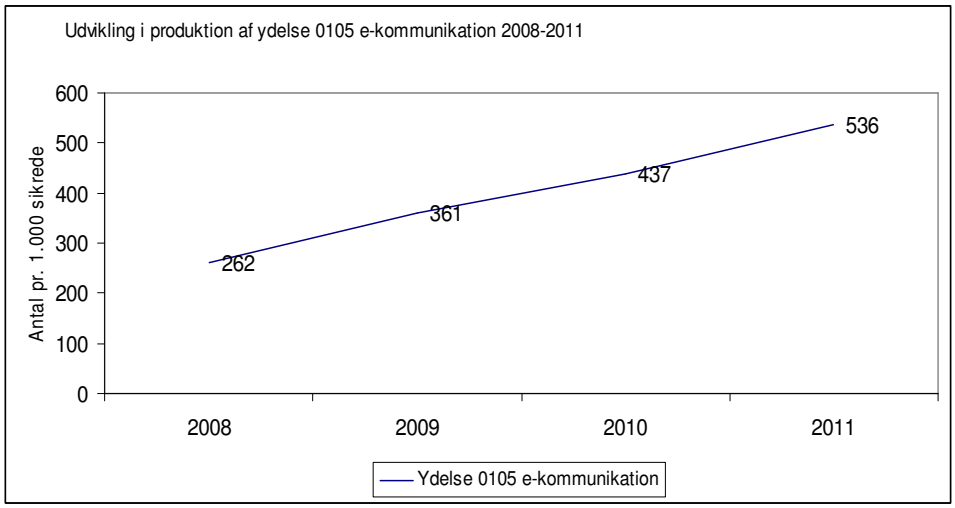
Anbefalinger:

- *at der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed[17],*
- *at der følges op på stikprøveundersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis ved at gennemføre en ny i planperiodens 4. år. Resultatet forelægges SU.*
- *at der følges op på lægepraksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.*

3.4 Elektronisk tilgængelighed

Allerede i overenskomsten fra 2006 blev det aftalt, at lægen bl.a. skal tilbyde e-konsultation. Der er siden sket en vækst i antallet af e-konsultationer udført af praksis i Region Hovedstaden. Fra 2008-2011 er antallet af udførte ydelser pr. 1.000 sikrede steget fra 262 til 536. Det er over en fordobling i perioden.

Figur 6 Udvikling i antallet af e-konsultationer 2008-2011 (ydelse 0105), produktion



E-konsultationstilbuddet er en ny 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 almen praksis gøres tilgængelig for enkle, konkrete forespørgsler.

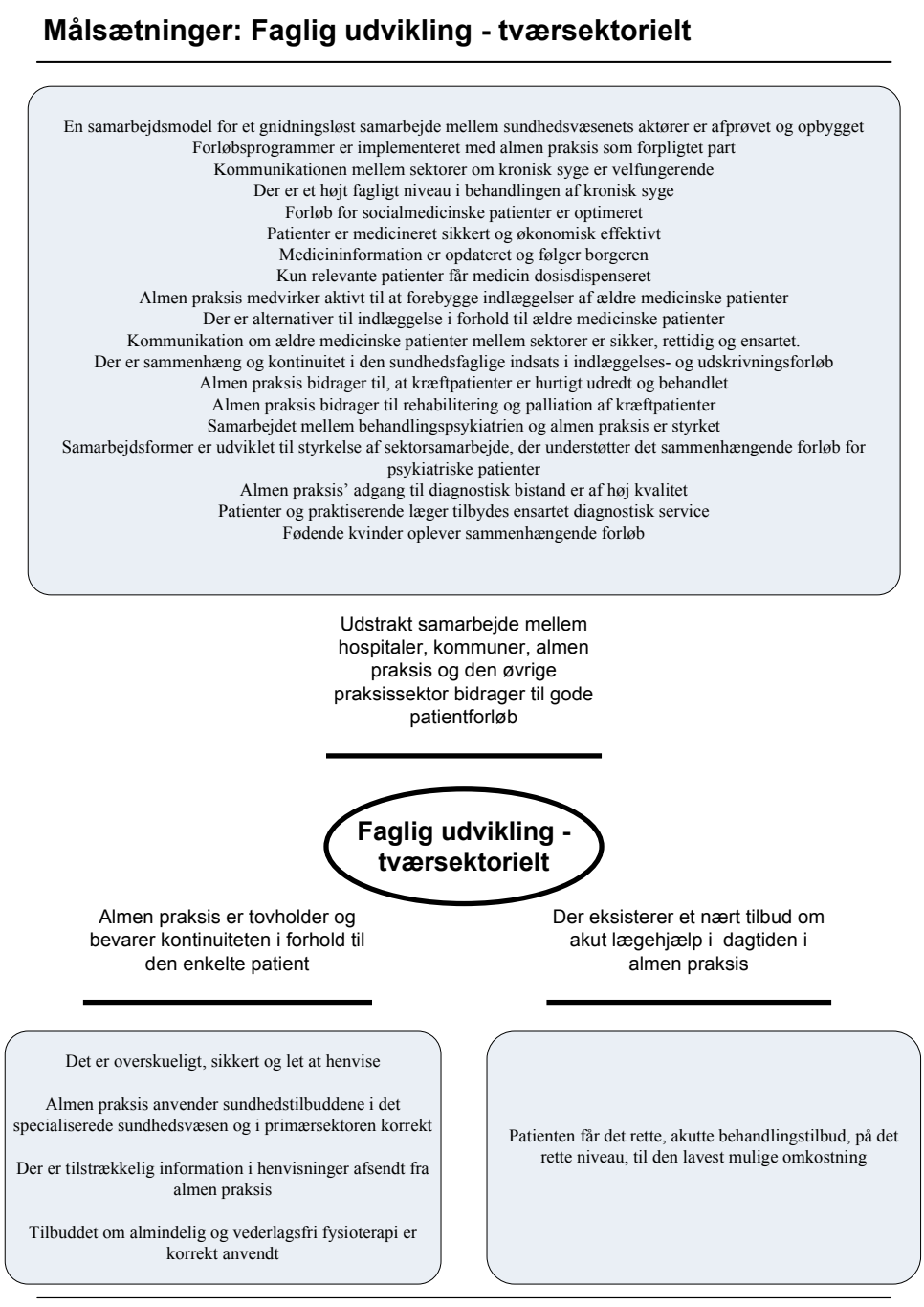
[17] *Jf. bl.a. idekataloget i afrapportering fra arbejdsgruppen om praktiske løsninger til forbedring af telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen praksis (Implementering af Plan for almen praksis 2008-2011), vedlagt i bilag 4.*

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

Faglig udvikling - tværsektorielt

Beskrivelse af mål og anbefalinger for faglig udvikling i almen praksis, når sektoren indgår i en tværsektoriel sammenhæng.

1. Målsætninger



Almen praksis samarbejder med det omkringliggende sundhedsvæsen. Dette afsnit sætter fokus på områder, hvor det er nødvendigt at prioritere en indsats for at forbedre samarbejdet med hospital, kommune og evt. andre praktiserende sundhedspersoner.

Samarbejde med andre sundhedsaktører fastlægges i f.eks. forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og hospitalsplan. Praksisplanen skal understøtte og supplere det planarbejde, som allerede er en del af Region Hovedstadens samlede sundhedsplan.

2. Model for tværsektorielt samarbejde

Målsætning:

- En samarbejdsmodel for et gnidningsløst samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører er afprøvet og opbygget.

Region Hovedstaden ønsker at skabe rammer for inddragelse af almen praksis i et samarbejde, der fremadrettet sikrer konstruktive processer om nye muligheder og nedbrydning af barrierer i forhold til det fælles mål: øget sundhed for patienterne.

I regionens budget for 2012 er der afsat midler til at udarbejde forslag til en model for samarbejde på tværs af sektorerne med udgangspunkt i patientens behov. Etablering af helhed i patientforløb er omdrejningspunkt for projektet. Ud over almen praksis og hospitaler skal også kommunernes kompetencer og sundhedsopgaver inddrages.
Da projektet har været og er midlertidigt afbrudt er den kommunale involvering stadig uafklaret. Kommunerne har ikke været involveret i beskrivelsen af projektet.

Baggrunden for arbejdet er erfaringerne fra f.eks. Kaiser Permanente, der bl.a. er kendt for integreret indsats over for kronisk sygdom og koordination mellem sundhedsvæsnets aktører. Erfaringerne viser, at en integreret patientjournal smidiggør samarbejdet, sætter struktur på undersøgelser, behandling og forebyggelse. Udstrakt brug af kvalitetsdata og den gensidige respekt mellem de involverede sundhedsfaglige personer understøtter arbejdet. Derudover lægges der vægt på en aktiv opfølgning af den enkelte patient, samt inddragelse af patientens egenomsorg. Konceptet er gældende for organisationernes funktioner på sundhedsområdet og anvendes således ikke alene i relation til kroniske sygdomme, men indenfor alle sygdomsgrupper. Konceptet sikrer også, at der arbejdes med elementet ulighed i sundhed, idet samarbejdet understøtter opfølgningen også for patientgrupper, der ellers vanskeligt nås.

2.1 Formål
Projektet har til formål at opbygge og afprøve en samarbejdsmodel for et gnidningsløst samarbejde mellem sundhedsvæsnets aktører.

Samarbejdsmodellen skal skabe helhedsorienterede forløb for patienterne, herunder fremme en samarbejdskultur mellem sundhedsvæsnets aktører til gavn for patienten. Modellen skal tage udgangspunkt i patientens behov som et samlet hele omfattende opsøgende og forebyggende tiltag samt diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. Samarbejdsmodellen skal understøtte lighed i sundhed, og der skal bl.a. sættes fokus på elektronisk kommunikation og dokumentation, patienternes egenomsorg samt muligheder for anvendelse af telemedicin.

Det er projektets mål at:
- Fremme sammenhæng
- Øge professionalismen
- Imødekomme behandlingsbehov
- Patienterne bliver mere raske og forværringer i patienternes sygdomsudvikling mindskes
- Højne den patientoplevede kvalitet og patienternes livskvalitet

3. Visitation

Målsætninger:
- Det er overskueligt, sikkert og let at henvise
- Almen praksis anvender sundhedstilbuddene i det specialiserede sundhedsvæsen og i primærsektoren hensigtsmæssigt
- Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra og epikriser tilsendt almen praksis

Praktiserende læge er gatekeeper til både det specialiserede og dele af det kommunale sundhedsvæsen. Det indebærer, at det er almen praksis der i henhold til visitationskriterier og henvisningsvejledninger har mulighed for at sende patienten til videre forebyggelsestilbud, udredning, behandling eller rehabilitering.

I henvisningssituationen skal henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt (faglige visitationsretningslinjer), med tilstrækkelig information (indholdet i henvisning) og på en hurtig og let måde (henvisningslogistik).

3.1 Faglige visitationsretningslinjer
De praktiserende læger visiterer i henhold til forløbsprogrammer for kronikere samt andre diagnosespecifikke patientforløbsbeskrivelser og kliniske vejledninger.

Sundhedsstyrelsen arbejder løbende med at fremme kvaliteten på hospitalerne gennem nationale kliniske retningslinjer, som sikrer samme

behandling, uanset hvor i landet man behandles. Retningslinjerne skal også sikre prioritering og mest mulig sundhed for pengene[18].

Desuden blev det i økonomiaftalen for 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner aftalt, at der skal udarbejdes nye klinisk faglige visitationsretningslinjer på nationalt plan, hvis formål er at sikre, at det er de rigtige patienter, der henvises til operation. Retningslinjerne beskriver, hvilken type tilbud patienterne indenfor de respektive områder skal tilbydes givet deres tilstand.
Retningslinjerne beskriver det samlede udrednings- og behandlingsforløb – herunder henvisning til eventuel træning - for de enkelte områder, og dækker såvel praksissektor, hospitalssektor samt den eventuelle kommunale indsats. I udgangspunktet skal der udarbejdes mindst to retningslinjer om året.

Region Hovedstaden er forpligtet til at implementere retningslinjerne.

Der er indtil videre (pr. første kvartal 2012) udarbejdet retningslinjer for områderne fedme-kirurgi, ryg-kirurgi, knæ-artroser og skulder-behandling. Desuden er der igangsat et arbejde med at udarbejde retningslinjer for hængende øjenlåg.

KAP-H udarbejder løbende i samarbejde med hospitalerne og de sundhedsfaglige råd regionale forløbsbeskrivelser og kliniske vejledninger indeholdende visitationsretningslinjer til hospitalsbehandling, som formidles til de praktiserende læger i nyhedsbrevet Praksisnyt.
Fremadrettet bør en mere styret og prioriteret model for information til praktiserende læger overvejes. En mulighed er udarbejdelse af en implementeringsstrategi, i forhold til hvordan der følges op på nyhedsbreve og øvrig information til praktiserende læger på sundhed.dk.

Endelig er lægehåndbogen et tilbud til sundhedsfaglige, som skal understøtte bedre henvisning og udveksling mellem primær- og sekundærsektoren. Lægehåndbogen ejes af Danske Regioner og de fem regioner og er tilgængelig via Den fælles offentlige sundhedsportal – www.sundhed.dk

Anbefaling:

- *at implementere de enkelte nationale retningslinjer i regionalt regi, herunder udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser til brug for almen praksis.*

3.2 Central visitation (CVI)

Centrale visitationsenheder (CVI´er) i planområderne Byen, Midt og Syd blev etableret i maj 2011. I forvejen fandtes en CVI i Nord.
Formålet med central visitation er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og samtidigt bedre patientsikkerheden i sektorskiftet. Det sker ved, at læger i praksissektoren sender henvisning til den centrale

[18] På finansloven for 2012 er der afsat 80 mio. kr. til over de næste fire år at udarbejde disse nationale retningslinjer

visitationsenhed i patientens bopælsområde. CVI sender herefter henvisningen videre til den relevante hospitalsafdeling[19].
Ved henvisning til kommunale tilbud skal kommunernes henvisningsprocedurer følges.

Efter visse indkøringsvanskeligheder har de nye CVI´er fundet en fornuftig arbejdsform, og der er generelt stor tilfredshed med CVI'erne blandt deres brugere. Der er imidlertid fortsat plads til forbedringer, og blandt andet derfor bliver ordningen evalueret i løbet af første halvår 2012.

Anbefaling:

- *at følge op på anbefalinger i evalueringen af de centrale visitationsenheder.*

4. Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren

Målsætning:

- Tilbuddet om almindelig og vederlagsfri fysioterapi er korrekt anvendt

Der opleves et stigende antal henvendelser til regionsadministrationen fra praktiserende læger, som er i tvivl om korrekt anvendelse af henvisninger under ordningen om almindelig fysioterapi i praksissektoren.

Der er derfor udarbejdet en vejledning for området i samarbejde mellem regionsadministrationen, praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger. Vejledningen præciserer, hvilke ydelser der skitseres i fysioterapeutoverenskomsten, herunder at der er tale om behandlingsydelser frem for f.eks. vedligeholdende eller forebyggende træning, samt præmisserne for holdtræning på klinikkerne. Vejledningen berører desuden afgrænsningen til andre offentlige tilskudsordninger.
Et lignende arbejde forventes igangsat for den vederlagsfri fysioterapi, hvor kommunerne har myndighedsansvar for tilbuddet.

Anbefaling:

- *vejledningen for korrekt anvendelse af tilbuddet om almindelig fysioterapi formidles praktiserende læger.*

5. Samarbejde om kroniske patienter

Målsætninger:

- Forløbsprogrammer er implementeret med almen praksis som forpligtet part
- Kommunikationen mellem sektorer om kronisk syge er velfungerende.
- Der er et højt fagligt niveau i behandlingen af kronisk syge.

[19] Grundprincipper for brug af central visitation er beskrevet på sundhed.dk: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/visitation-hovedside/central-visitation-cvi/introduktion-brug-cvi/

Størstedelen af indsatsen for kronisk sygdom forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og regionen med almen praksis, som en væsentlig part, idet kun en mindre del varetages på hospitalerne.

Det fremgår af overenskomstens udviklingskontrakt, at almen praksis indgår i et forpligtende samspil og arbejdsdeling med det kommunale sundhedsvæsen, hospitalsvæsenet og den øvrige praksissektor. Hermed følger også en gensidig forpligtelse til at følge og implementere faglige vejledninger og forløbsprogrammer. Samtidig fremgår, at almen praksis skal inddrages i udarbejdelsen af programmerne.

Indsatsen for behandlingen af kronisk syge skal følge de hensigter, der er formuleret i regionens strategi for kronisk sygdom[20].

Strategien beskriver en model for kronisk sygdom med to hovedspor:

- forløbsprogrammer
- håndtering af patienten med kronisk sygdom (patient empowerment)

I henhold til strategien spiller almen praksis en rolle i forhold til kroniske patienter ved

- at skulle holde behandlingen så tæt på borgeren som muligt
- at indgå i et tæt samarbejde mellem behandlere i alle relevante sektorer
- at understøtte patienten til at leve med og håndtere sin kroniske sygdom.

I DSI rapporten om kronikerbehandling i proaktive lægehuse[21] peges der desuden på fem forandringstiltag i forhold til at udvikle almen praksis' kronikerbehandling. Disse uddybes i praksisplanens del III, da de ikke i særlig grad involverer tværsektorielle tiltag. I del III uddybes ligeledes, hvordan der systematisk skal arbejdes med kvalitet i kronikerbehandlingen i almen praksis.

5.1 Kronikerprogrammet

Kronikerprogrammet var etableret for at virkeliggøre forløbsprogrammerne i Region Hovedstaden finansieret igennem centrale midler tildelt Region Hovedstaden. Programmet omfattede 18 projekter og løb i perioden 2010 – 2012[22].

Kronikerprogrammet skulle forbedre behandling af og vilkår for kronisk syge ved at inddrage patienterne i behandlingen, bygge bro mellem sektorerne, løfte det faglige niveau og forbedre kommunikationsveje.

---

[20] Strategi for kronisk sygdom kan findes på webadressen: http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Politikker+planer+og+strategier/Strategi_for_kronisk_sygdom.htm

[21] Proaktive lægehuse anno 2010. Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling (Dansk Sundhedsinstitut, 2012)

[22] En oversigt over de 18 projekter fremgår på webadressen: http://www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Om+programmet/

Det var væsentligt ved programperiodens udløb ultimo 2012, at den viden som kronikerprogrammet afstedkom forankres, videreføres og videreudvikles i både region og kommuner.

Med henblik på at sikre det faglige niveau, patientens egenomsorg og kommunikationsveje ift. kronisk syge skal der i planperioden fokuseres på:

- *at bygge videre på læring, forandringstiltag og resultater fra kronikerprogrammet.*

5.2 Forløbsprogrammer

Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats overfor specifik sygdom. Indsatsen skal bygge i videst muligt omfang på evidens.
Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes, demens, hjerte-kar og lænde-ryg lidelser med almen praksis som forpligtet part. De to sidste programmer forventes implementeret fra 2012 og frem. Det fremgår af sundhedsaftalen, at region og kommuner er enige om, at den konkrete udmøntning af forløbsprogrammernes arbejdsdeling skal bygge på en stratificering mellem hospital, almen praksis og kommune, som beskrevet i forløbsprogrammernes minimumsindhold.
Overordnet er almen praksis' væsentligste rolle i udmøntningen af forløbsprogrammerne:

- at varetage tovholderfunktion,
- at diagnosekode,
- at stratificere,
- at følge op bl.a. gennem anvendelse af datafangst,
- at henvise til kommunale tilbud ved bruge af SOFT portalen,
- at bidrage til elektronisk kommunikation mellem involverede parter
- at henvise til hospitaler efter aftalte vejledninger.

Derudover skal almen praksis involveres i et forpligtende samarbejde om at implementere forløbsprogrammer, som udgår fra Sundhedsstyrelsen, herunder bl.a. det reviderede generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, forløbsprogrammer for rehabilitering og palliation ifm. kræft samt rehabilitering af henholdsvis voksne og børn med erhvervet hjerneskade.

Tovholderfunktionen
Alle patienter med en kronisk sygdom skal have en tovholder, og oftest er det den praktiserende læge eller dennes praksispersonale, der i henhold til de enkelte forløbsprogrammer, skal bestride rollen.

Kommunerne i regionen efterlyser samlet set en præcisering af betydningen af tovholderbegrebet og en forventningsafstemning mellem den enkelte kommune og de lokale praktiserende læger, om betydningen i et samarbejde om den enkelte patient[23].
Almen praksis efterlyser generelt klarhed hos kommunerne om rigtig anvendelse af tilbuddet om almen lægehjælp indenfor overenskomstens rammer, herunder at kommunalt personale er velforberedt og har rådighed

[23] Høring af kommuner forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

over nødvendige oplysninger inden der kommunikeres om kroniske patienter oftest ved opkald til almen praksis[24].

Hvilke funktioner almen praksis skal varetage, er formuleret i bilag til overenskomsten (2011 og 2014) og konkretiseret i det enkelte forløbsprogram. Det varierer desuden i henhold til det situationsbestemte samarbejde med de kommuner og hospitaler, hvor patienter tilmeldt i praksis har bopæl. Kommunerne, hospitaler og de praktiserende læger bør lokalt indgå i en dialog om implementering af forløbsprogrammer, herunder i udmøntningen af de praktiserende lægers tovholderrolle.

SOFT-portal
På baggrund af en national skabelon er der udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT) på sundhed.dk. Den giver de praktiserende læger samt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, i psykiatrien og i kommunerne nem adgang til et overblik over eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne og på hospitalerne og i psykiatrien.

SOFT portalen er således blevet til for at fremme almen praksis og regionens sundhedsfaglige personales kendskab til kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Det er særligt vigtigt, at de enkelte praktiserende læger har kendskab til, og bruger, forløbsprogrammerne og SOFT-portalen, hvilket givetvis vil føre til, at alle relevante patienter, der ønsker det, henvises til de sundhedstilbud, der er knyttet til programindholdet.

Anbefalinger:

- *programmernes indhold formidles til praktiserende læger*
- *gensidige forventninger til henholdsvis almen praksis, hospital og kommune om hinandens samarbejde i forbindelse med behandling og opfølgning på kronisk sygdom afstemmes*
- *ejerskab og forpligtelse hos praktiserende læger i forhold til forløbsprogrammerne sikres.*

6. Samarbejde om socialmedicinske patienter[25]

Målsætning:

- Forløb for socialmedicinske patienter er optimeret

Det socialmedicinske område omfatter det kliniske arbejde dels med egentlige socialmedicinske sager, f.eks. revaliderings- og førtidspensionssager, dels en del af det lægelige arbejde med patienter i

[24] Høring af praktiserende læger forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.
[25] Kommunale socialforvaltninger håndterer klienter, kommunale sundhedsforvaltninger borgere; almen praksis og hospitaler patienter. I dette afsnit anvendes først og fremmest udtrykket patienter, men det centrale er, at der kan være behov for en indsats på tværs, og den sundhedsfaglige indsats ikke nødvendigvis er det primære.

almindelighed, f.eks. ved at inddrage patientens funktion, velbefindende og fremtidsmuligheder i behandlingen af medicinske problemer.
Socialmedicinsk arbejde indebærer også støtte til marginaliserede og trængte befolkningsgrupper f.eks. svagtstillede ældre, dårligt fungerende familier, psykisk syge, udsatte børn, personer med handicap, langtidssygemeldte, særligt socialt belastede patientgrupper f.eks. socialhjælpsmodtagere, alkoholikere og stofmisbrugere.

Der er behov for at fremme samarbejdet mellem hospital, almen praksis og kommune omkring socialmedicinske patienter, og afdække hvordan disse patientforløb optimeres. En opgave bør indenfor dette område grundlæggende ikke varetages i almen praksis, hvis den mere effektivt kan varetages andre steder i sundhedsvæsenet.

Området opleves imidlertid som særligt ressourcekrævende i almen praksis. På høringsmøderne med almen praksis fremhæves bl.a. et behov for at forbedre samarbejdet om attestudskrivelser og statuserklæringer.
Nogle kommuner angiver et tilsvarende behov.
I forhold til socialt udsattes generelle sundhed peger kommuner desuden på behov for en tidlig indsats. Det kunne være en screeningindsats eller en indsats for at skabe opmærksom omkring og udnytte, at almen praksis har kontinuitet og patientkontakt.

Et samarbejde om socialmedicinske patienter kan blandt andet omfatte:

- En tættere dialog om gensidige behov og forventninger mellem kommuner og almen praksis. Nogle kommuner har gode erfaringer med såkaldt "socialrådgivere på hjul" (indebærer besøg i praksis), andre med rundbordssamtaler.
- En beskrivelse af en arbejdsdeling i forhold til specifikke socialmedicinske patientgrupper, f.eks. langtidssygemeldte eller ved sager om førtidspensioner – på langt sigt evt. udarbejdelse af forløbsbeskrivelser med inddragelse af relevante sektorer og faggrupper.

Anbefaling:

- *at afdække behov og initiere aftaler om socialmedicinske forløb mellem region, almen praksis og kommuner.*

7. Samarbejde om medicinanvendelse

Målsætninger:

- Patienter er medicineret sikkert og økonomisk effektivt.
- Medicininformation er opdateret og følger borgeren
- Kun patienter som er stabilt medicineret får medicin dosisdispenseret

Medicinområdet er i konstant udvikling. Der er to spor i denne udvikling:

- rationel anvendelse af medicin både i praksis og på hospitaler

- organisatorisk samarbejde om medicinhåndtering.

Med henblik på at justere og styrke medicinområdet og sikre en rationel anvendelse af medicin har Region Hovedstaden i 2011 foretaget en grundig gennemgang, jf. medicinanalysen[26].
Medicinanalysen anbefaler en styrkelse af ledelse, faglighed og samarbejde om medicin i det samlede sundhedsvæsen i regionen.

Der er behov for i planperioden at tænke medicinhåndtering mere bredt end blot rationel anvendelse, herunder realisering af besparelsespotentiale. Skal patienter medicineres rationelt og sikkert, er samarbejdet og kommunikationen mellem sektorer særligt vigtigt.
Der er derfor behov for organisatorisk at styrke det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet i forbindelse med sektorovergange, så patienten får de korrekte lægemidler, og så utilsigtede hændelser ved medicinering af patienter, som overgår fra én sektor til en anden, forebygges. Dette arbejde skal involvere både almen praksis, kommuner, hospitaler og apoteker.

7.1 Økonomisk effektiv medicinordination

I 2011 ordinerede almen praksis medicin for 2,97 mia. kr. Heraf har regionen via tilskud betalt 1,81 mia. kr. Region Hovedstadens udgifter til medicin omfatter herudover også omkostninger på hospitalerne, og er dermed samlet en væsentlig udgiftspost.
Almen praksis har et medansvar for at sikre rationel lægemiddelanvendelse, som indebærer, at patienten skal sikres den mest effektive medicin med de færreste mulige bivirkninger til den lavest mulige pris. Indsatsen for rationel farmakoterapi indgår i den samlede kvalitetsindsats for praksissektoren. Denne indsats suppleres med den overenskomstrelaterede opfølgning på afvigende ordinationsmønstre.

Anbefaling:

- *iværksætte analyser og undersøgelser af ordinationsmønstre i almen praksis med henblik på at iværksætte undersøgelser af læger med særligt afvigende ordinationsmønstre[27].*
- *støtte og information til de læger, som har et ordinationsmønster, der afviger særlig meget fra rationel medicinordination*

7.2 Utilsigtede hændelser i sektorovergangen

Når patienten medicineres af forskellige sundhedspersoner fra forskellige sektorer, kan der opstå forkerte eller mangelfulde oplysninger om medicineringen. Det kan medføre medicineringsfejl, der i værste fald kan skade patienten.
Problemerne er oftest utilsigtede hændelser, f.eks. som følge af:

[26] Analyse af medicinområdet (Region Hovedstaden, 2011). http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/sygdom_og_behandling/Medicin/Medicinanalyse.htm
[27] Jf. Overenskomstens (2011) § 95, stk. 2.

- kommunikation mellem almen praksis og apotek om medicinordination
- kommunikation mellem almen praksis og kommune om polyfarmacipatienter i dagtiden
- kommunikation mellem almen praksis og hospital, særligt når patienter udskrives fra indlæggelse.

Rapportering og analyse af utilsigtede hændelser på medicinområdet er med til at afdække årsager, og de bidrager dermed til læring, og forbedring af kvaliteten omkring medicinhåndtering.
Det er vigtigt, at der fortsat i planperioden arbejdes for at sikre kvalitetsudvikling tværsektorielt på medicinområdet via patientsikkerhedsarbejdet.

7.3 Fælles Medicin Kort (FMK)

Fælles Medicin Kort er en løsning, hvor alle borgere får et elektronisk medicinkort, der afspejler borgerens aktuelle medicinering og dermed sikrer læger og andre sundhedspersoner indblik i patientens medicinering.

FMK forventes at tages i anvendelse på hospitaler og i almen praksis i løbet af foråret 2014. Hvornår alle patienters medicinering er opdateret er dog uvist. Der er aktuelt en række udfordringer i brugen af FMK, der kan medføre en forsinkelse af ibrugtagningen i alle sektorer. Et velfungerende FMK bliver et redskab til at forebygge utilsigtede hændelser i medicinhåndteringen.

Praktiserende lægers overblik over medicinordination og rekommanderede præparater (basislisten) vil kunne styrkes, hvis basislisten bliver synlig i lægens ordinationsmodul.

Anbefaling:

- *at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats om anvendelse af FMK.*

7.4 Medicingennemgang

Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling[28].
En medicingennemgang skal øge sikkerheden for, at den enkelte borger får den relevante og nødvendige medicin i den rigtige dosis, og indebærer systematisk stillingtagen til medicinens effekt, bivirkninger m.v.

Der er evidens for, at medicingennemgang til patienter, der er i behandling med mange lægemidler samtidig, kan optimere medicineringen. Danske Regioner foreslår derfor i deres oplæg om sikker anvendelse af medicin i januar 2011, at der skal mere fokus på blandt andre polyfarmacipatienter. Dansk Selskab for Patientsikkerhed foreslår, at patienter, der får mindst seks typer medicin daglig, skal have tilbudt en medicingennemgang ved udskrivelse fra hospital eller én gang årligt ved praktiserende læge.

[28] Definitionen henholder sig til § 2-aftalen om medicingennemgang ved opfølgende hjemmebesøg.

Overenskomsten indeholder mulighed for, at lægen kan foretage opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre normalt over 75 år. Medicingennemgang kan være en integreret del af hjemmebesøget. Tilsvarende bør årskontroller i patientforløb for kroniske patienter indeholde en medicingennemgang, eftersom der ofte polyfarmacipatienter.

Medicingennemgang bør introduceres for almen praksis ved etablering af et efteruddannelsestilbud om:

- tilrettelæggelse af medicingennemgang i almen praksis
- systematisering af data i patientens medicinkort i FMK for at skabe overblik ved medicingennemgang

Anbefalinger:

- *at udbrede kendskab blandt praktiserende læger til opfølgende hjemmebesøg (herunder medicingennemgang), værktøjer for medicingennemgang[29] og elektroniske hjælpemidler vedrørende medicinhåndtering*
- *at etablere et efteruddannelsestilbud i medicingennemgang, hvis det i planperioden bliver relevant.*
- *at tilbyde almen praksis telefonrådgivning fra Medicininfo i forhold til konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicinering*
- *at datafangstrapporter i forhold til medicingennemgang[30] indgår i den løbende udvikling af praktiserende lægers anvendelse af datafangst.*

7.5 Dosisdispensering

Ved dosisdispensering forstås, at et apotek pakker den enkelte patients lægemidler til hvert enkelt doseringstidspunkt. Denne metode for dosering sikrer høj kvalitet, og øger samtidigt patientsikkerheden. Om det øger compliance[31] er stadig udokumenteret[32].
Når ændringer i medicinering foretages, skal et tæt samarbejde mellem almen praksis og apotek sikre, at patienten fortsat modtager korrekt, dosisdispenseret medicin.

Det kræver:

- at apoteker får korrekt og rettidig medicininformation ved ændringer i patienternes dosisdispenserede medicin.
- at ordinerende læge er opmærksom på specielle receptregler, der gælder for medicin, der skal dosisdispenseres, bl.a. kravet om seponeringsrecepter, når et lægemiddel ikke skal dosispakkes mere
- at ordinerende læge er opmærksom på særlige receptkrav, der skal markere, at lægen ønsker styrken eller doseringen ændret af dosisdispenseret lægemiddel.

---

[29] www.basislisten.dk/hovedstaden/medicingennemgang.
[30] Rapporterne om "storforbrugere af medicin": http://demo.dak-it.dk/medicin_storforbrugere/index.html og "Skrøbelige patienter": http://demo.dak-it.dk/skroebelige_patienter/index.html
[31] Compliance: Graden af overensstemmelse mellem patientens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling.
[32] Jan Sørensen m.fl. (2005). Maskinel dosisdispensering i primærsektoren: Elementer af en medicinsk teknologivurdering.

- at ordinerende læge er opmærksom på kun at ordinere dosisdispenseret medicin, såfremt medicinen også kan dosispakkes[33] [34].

Et forbedret samarbejde indebærer i øvrigt, at der kun dosisdispenseres medicin til patienter, som er stabilt medicineret – dvs. hvor det forventes samme dosering igennem længere tid. Det er i øvrigt hensigtsmæssigt at foretage medicingennemgang på patienten før opstart af dosisdispenseringsordningen, og derefter mindst én gang årligt f.eks. efter indlæggelser eller ved ændringer i medicinen.

Anbefaling:

- *at understøtte en oplysningsindsats rettet mod praktiserende læger i forhold til dosisdispensering, f.eks. indtænkt i en ny konsulentorganisation.*

8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Målsætninger:

- Almen praksis medvirker aktivt til at forebygge indlæggelser af ældre medicinske patienter
- Der er alternativer til indlæggelse i forhold til ældre medicinske patienter.
- Kommunikation om ældre medicinske patienter mellem sektorer er sikker, rettidig og ensartet.
- Der er sammenhæng og kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats i indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Hospitalsindlæggelser kan være en belastning for mange ældre patienter, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Det vil derfor gavne de pågældende, hvis indlæggelser kan forebygges via en tidlig og aktiv indsats i et samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Hvor indlæggelser kan forudses, bør de så vidt muligt gennemføres som planlagte indlæggelser.

Korrekt elektronisk kommunikation, elektroniske henvisninger til central visitation, diagnostisk bistand (beslutningsstøtte) og regelmæssig afstemning af medicin er væsentligt med henblik på at sikre sammenhængende forløb, og at forebygge utilsigtede hændelser, der kan føre til indlæggelse eller genindlæggelse.

Praksisplanen skal understøtte de indsatser, plantiltag og projekter som udspringer af Ældreplanen (2011) og de målsætninger og indsatsområder som er aftalt i Sundhedsaftalerne (2015), herunder også evt. forløbsprogram for ældre medicinske patienter.

Når en ældre borger er så syg, at der kan blive tale om indlæggelse, så kan der være behov for et alternativ, eksempelvis en akutplads, hvor borgeren vil

[33] Fx. ifølge www.medicinpriser.dk
[34] Der arbejdes på at ændre indretningen af de praktiserende lægers it-systemer, så de understøtter dette behov.

opleve et mere roligt behandlingsforløb end ved en indlæggelse på akutmodtagelsen på et hospital. Der er derfor ikke tale om en egentlig forebyggelse af indlæggelse (se mere i afsnit 12.6).
Derimod er den tidlige opsporing af forværring af borgerens almen tilstand den primære kilde til forebyggelse af indlæggelser, idet forværringen af almen tilstande, der ikke opdages, ofte fører til udvikling af sygdom, der til sidst bliver indlæggelseskrævende.
I den tidlige forebyggelse kan inddragelse af egen læge have stor forebyggende betydning, hvis lægen inddrages tidligt i planlægning af behandlings- eller handleplan for borgeren.

Der er i 2012 ingen aftale mellem parterne, som er målrettet forebyggelse af indlæggelser. Mulighederne for en tidlig indsats bør afklares i planperioden.

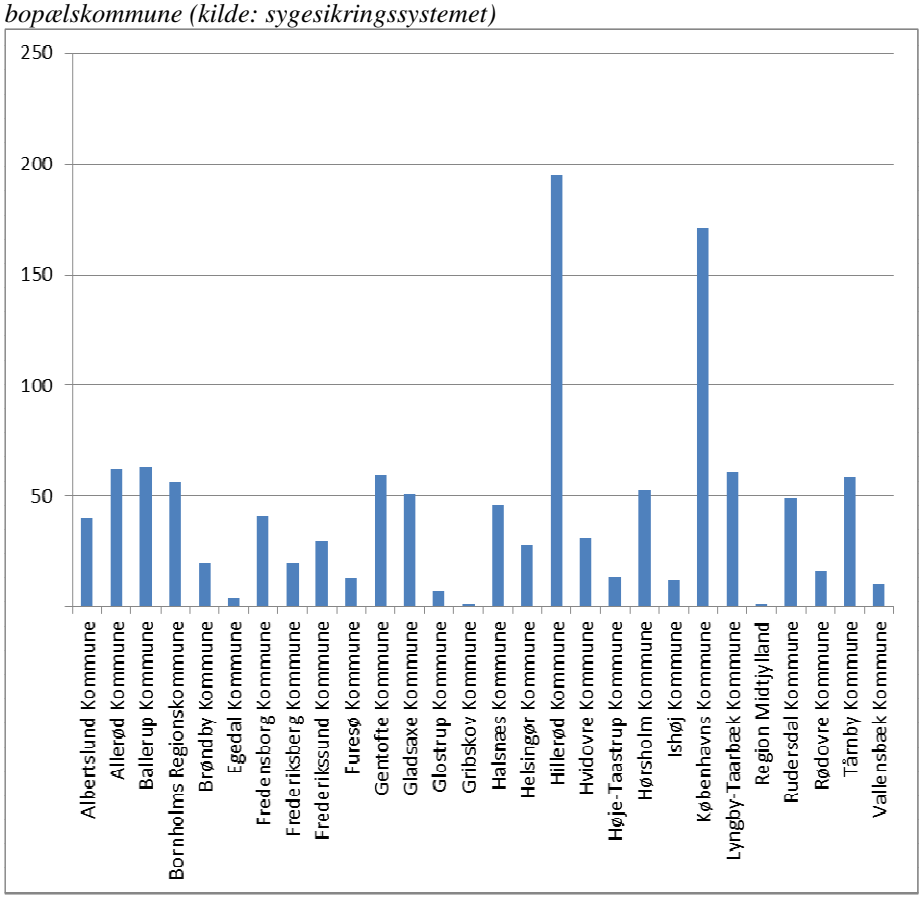
8.1 Forebyggelse af genindlæggelse: Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg (Glostrup-modellen)[35] er en mulighed for at styrke indsatsen efter udskrivelse af bl.a. ældre medicinske patienter[36]. Det er ordningens formål at reducere antallet af genindlæggelser.
Ordningen med opfølgende hjemmebesøg er udviklet i henhold til den såkaldte Glostrup-model og har i pilotprojekt været afprøvet i forskellige kommuner[37].
Det er derfor besluttet at udbrede ordningen til hele regionen i 2011 ved udarbejdelse af en § 2-aftale om opfølgende hjemmebesøg. Den enkelte kommune har mulighed for at tilmelde sig aftalen. Aftalen blev revideret i 2013, så hospitalspersonale, primærsygeplejerske og praktiserende læge kan tage initiativ til et opfølgende besøg – såfremt det findes relevant aftales omfang og dato herfor. Ydelsen til den praktiserende læge dækkes af regionen.
Det opfølgende hjemmebesøg består af et hjemmebesøg inden for ca. en uge efter udskrivelse fra hospital, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske deltager samt evt. pårørende efter patientens ønske. En medicingennemgang er også omfattet af det opfølgende hjemmebesøg.

Antallet af udførte opfølgende hjemmebesøg er opadgående. Det fremgår af figuren nedenfor at Hillerød Kommune har gennemført flest opfølgende hjemmebesøg i 2012 og 2013.

[35] Ikke at forveksle med opsøgende besøg, jf. overenskomsten.
[36] Ordningen er målrettet skrøbelige ældre over 75 år.
[37] Se bl.a. DSI publikationen: Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer (2009).

Figur 7 Antal opfølgende hjemmebesøg fra maj 2012-2013 i patientens bopælskommune (kilde: sygesikringssystemet)



Anbefalinger

- *ordningen om opfølgende hjemmebesøg implementeres fuldt ud og evalueres*
- *systematisk arbejde med udvikling af alternativer til indlæggelse, f.eks. gennem ordninger om specialistrådgivning og sub-akutte tider.*

9. Kræftpakkeforløb

Målsætning:

- Almen praksis bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet
- Almen praksis bidrager til rehabilitering og palliation af kræftpatienter

Region Hovedstaden arbejder målrettet mod at sikre kræftpatienter hurtig udredning samt behandling, som er kendetegnet ved sammenhæng og høj kvalitet. Regionen skal være i front, hvad angår kvalitet og udvikling indenfor kræftområdet.

Praksissektoren har på en række områder en nøglefunktion i forhold til at identificere kræftsygdom tidligt i forløbet og i forhold til at understøtte overgange mellem sektorerne.

Mistanken om kræft opstår ofte i konsultationen hos den alment praktiserende læge, og det er derfor vigtigt, at der er fokus på at sikre, at symptomer på kræft identificeres så tidligt som muligt, og at der samarbejdes om at sikre en god og hurtig visitation fra praksis til hospitalerne, og omvendt også gode overgange fra hospitalerne til praksis efter endt behandling i hospitalsregi.
Med henblik på at understøtte og rådgive almen praksis om patientgrupper, hvor der mistanke eller begrundet mistanke om kræft eller hvor primærtumor er ukendt, er der oprettet henholdsvis pakkeforløb for forskellige kræftformer og diagnostiske enheder på akuthospitalerne (se afsnit 11).

Et af indsatsområderne i både Kræftplan III og den regionale kræftplan er en styrkelse af kommunikationsindsatsen på kræftområdet. Også her spiller praksissektoren en vigtig rolle. Den læge, som identificerer mistanken om kræft, hvilket ofte vil være den praktiserende læge eller speciallæge, har en opgave ift. at sikre, at patienten får den rette information på det rette tidspunkt, og at patienten hurtigt henvises til et relevant pakkeforløb.

9.1 Regional kræftplan

I marts 2011 blev regionens første kræftplan vedtaget. Kræftplanen følger op på allerede iværksatte initiativer og giver en samlet ramme for implementeringen af nationale og regionale initiativer de kommende år. Den regionale kræftplan er bygget op omkring otte indsatsområder:

- Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb
- Palliation
- Patientaspektet
- Diagnostik og behandling
- Tidlig opsporing af kræftsygdomme
- Aktivitets- og kvalitetsmålinger
- Forskning
- Personale og uddannelse

I forbindelse med vedtagelsen af den regionale kræftplan blev der i alt udmøntet 20 mio. kr til etablering af palliative teams, opnormering af lymfødem behandling og kommunikationsindsats.

9.2 Implementering af reviderede pakkeforløb for kræft

Som et led i implementeringen af den nationale Kræftplan III, har Sundhedsstyrelsen i 2011 revideret alle pakkeforløbene for kræft. Regionerne skal i 2012 implementere de reviderede pakkeforløb. Pakkeforløbene har i

højere grad end tidligere fokus på hele forløbet, inklusiv efterbehandling, hvilket er i tråd med regionens kræftplan, som sætter fokus på det sammenhængende patientforløb, herunder tiden efter den primære behandling.

9.3 Efteruddannelsesindsats for praktiserende læger

Med henblik på at ruste de praktiserende læger til at kunne diagnosticere patienten tidligt i forløbet planlægges i 2012 en efteruddannelsesindsats rettet mod praktiserende læger.
Rammen for efteruddannelsen ensartes på tværs af regioner, men kan tilpasses lokale forhold.
Fokus i efteruddannelsesforløbet er den prædiagnostiske fase, hvor almen praksis spiller en afgørende rolle. Efteruddannelsesindsatsen skal således opdatere praktiserende læger:

- med viden om symptomer på kræft inklusivt recidiv,
- med særligt fokus på pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft,
- om de største ændringer i reviderede pakkeforløb, f.eks. lunge- og prostatakræft,
- barrierer hos befolkningen og i almen praksis, som kan påvirke tidlig opsporing af kræft.

Det primære fokus i efteruddannelsesindsatsen er opsporing og diagnostik. Efteruddannelse indenfor palliation og rehabilitering er ikke prioriteret i den ovenfor nævnte efteruddannelsesindsats.

9.4 Palliation og rehabilitering

Almen praksis har ikke kun opgaver i udrednings- og henvisningsfasen, men også i efterforløbet. Efterbehandling, rehabilitering og palliation skal håndteres i en tværsektoriel kontekst med kommunerne og hospitalssektoren, med henblik på at borgerne får det rette tilbud.
Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et forløbsprogram for rehabilitering og palliation, som skal konkretiseres og implementeres regionalt.
Med henblik på at forbedre det sammenhængende forløb er det desuden oplagt at drøfte rehabilitering og palliation i en dialog lokalt mellem kommuner og almen praksis.

Den palliative behandling er en tværfaglig helhedsbehandling med patienten og den nærmeste familie i centrum. Den palliative indsats er styrket på hospitalerne, hvor der er bevilget midler til palliative sengeafsnit og teams i kræftplan III.
Én af almen praksis' kerneopgaver er at varetage palliative forløb med terminale patienter, når patienten er døende i eget hjem. I denne sammenhæng kan praktiserende læger ordinere en "tryghedskasse til palliation", som indeholder medicin, utensilier og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn. Betaling af kassen kræver både en kommunal bevilling og bevilling af terminalt tilskud. Formålet med kassen er at sikre et optimalt afsluttende forløb for patienter, der ønsker at dø i eget hjem.

9.5 Lymfødem behandling

Lymfødem er hævelser, der er forårsaget af skader i lymfesystemet, der bevirker ophobning af lymfevæske. Lymfødem forekommer ofte som senfølge efter kræftbehandling.
Behandling og efterbehandling af lymfødempatienter bør foregå i højt specialiserede funktioner på akuthospitalerne, som er oprustet til at løfte opgaven, jf. Region Hovedstadens kræftplan.

I tilslutning til denne anbefaling bør det afklares, hvorvidt de praktiserende læger kan henvise til efterbehandling på hospitalerne, når færdigbehandlede patienter henvender sig med fornyede problemstillinger. I givet fald må det sikres, at denne information tilgår de praktiserende læger via Praksisnyt.

Anbefalinger:

- *tilrettelægge en efteruddannelsesindsats som beskrevet i forhold til håndtering af kræftpatienter.*
- *formidle retningslinjer for lymfødem behandling til de praktiserende læger.*

10. Udredning af mennesker med sindslidelser

Målsætning:

- Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis er styrket
- Samarbejdsformer er udviklet til styrkelse af sektorsamarbejde, der understøtter det sammenhængende forløb for mennesker med sindslidelser.

Almen praksis har ofte den første kontakt til mennesker med sindslidelser. Et godt og relevant samarbejde mellem den pågældendes egen læge og kommunen om opsporing og behandling er et vigtigt omdrejningspunkt. I psykiatrien er der fokus på gode indlæggelses- og udskrivningsforløb, der bygger på en velbeskrevet arbejdsdeling og tæt samarbejde og kommunikation mellem kommune, almen praksis og psykiatrisk center.

Arbejdsdelingen mellem den enkelte kommune og det tilhørende psykiatriske center beskrives i bilaterale samarbejdsaftaler. Der er indgået samarbejdsaftaler både på børne- og voksenområdet[38].
Beskrivelsen af snitfladen til almen praksis og sektorsamarbejdet mellem kommune, almen praksis og psykiatrisk center er ikke tilstrækkelig udbygget. I aftalerne beskrives visitationskriterier for de enkelte diagnoser, som det eneste med relevans for almen praksis.
I planperioden er det derfor væsentligt at få etableret et samarbejde med relevante parter samt at afdække områder, hvor der er behov for en styrket samarbejdsindsats.

[38] Samarbejdsaftalerne for børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri kan hentes på www.psykiatri-regionh.dk

Desuden er der behov for at styrke indsatsen for mennesker med sindslidelser, som samtidigt lider af en kronisk sygdom, er stofmisbruger, har sociale problemer eller er smertepatient.

Indsatsen for at skabe sammenhæng i behandlingen af sindslidende beskrives også i sundhedsaftalerne, hvor der arbejdes med forbedringstiltag i forhold til sektorsamarbejde.

10.1 Shared care

Ved shared care forstås her, at diagnosticering og behandling af patienter med ikke-psykotiske lidelser som udgangspunkt foregår hos den praktiserende læge, men i et tæt samarbejde med hospitalspsykiatri og evt. praktiserende speciallæger i psykiatri.
Det er visionen, at shared care via integration af hospital, almen praksis og evt. kommunale indsatser muliggør bedre samarbejde og kommunikation mellem sundhedsaktørerne.

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en projektansøgning, som skal udvikle og afprøve en dansk model for såkaldt collaborative care[39]. Projektet skal udvikle nye samarbejdsformer i sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende patientforløb, og skal bl.a. resultere i et bedre behandlingstilbud til patienter, som almen praksis i dag har svært ved at håndtere.
Målgruppen for projektet er primært personer med depression og angst.
Projektet afventer finansiering.

Udover samarbejde om udvikling af shared care modeller er der tillige etableret en ADHD telefonrådgivningsordning, hvor praktiserende læger skal kunne rette henvendelse til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri med kendskab til ADHD. Telefonen er også målrettet praktiserende speciallæger og kommuner.
Telefonisk rådgivning til patienter med dobbeltdiagnoser og spiseforstyrrelser har fungeret siden 2011.
Endelig etableres forsøg med telefonrådgivning til praksissektoren vedrørende gravide med psykisk sygdom inden udgangen af 2012.

10.2 Samarbejdsmodel i forhold til behandling af udsatte grupper

Der er et udbredt ønske blandt såvel kommuner som regionen og almen praksis om at skabe bedre vilkår for udsatte grupper af børn og voksne, der har et særligt behov for psykiatrisk bistand eller psykologhjælp.
Kommuner har snitflade til psykiatrien ved at varetage socialpsykiatriske tilbud og tilbud til børn og voksne med nedsat psykisk funktion eller sindslidelse. Det er ofte kommunens tilbud, evt. botilbud, som mennesker med sindslidelser udskrives til.
Der skal derfor arbejdes videre med etablering af samarbejdsmodeller og forløbsprogrammer, hvor snitfladen mellem almen praksis og kommune, og

[39] I regi af Danske Regioner er der aftalt fælles principper for forsøg med shared care, bl.a. er det aftalt at arbejdes med shared care modellen "collaborative care".

almen praksis og hhv. psykiatrisk center, psykiatrisk skadestue og speciallægepraksis er beskrevet.
Det kunne bla. være i forhold til unge med angst og depression, skizofreni, spiseforstyrrelser, selvskader mv., hvor både almen praksis, psykiatri og kommuner efterlyser et styrket samarbejde og en mere klar arbejdsdeling mellem involverede parter.

10.3 Samarbejde ved akut syge mennesker med sindslidelser

Ved akut behov for psykiatrisk hjælp kan patienter henvende sig på én af Region Hovedstadens syv psykiatriske akutmodtagelser.
Akut psykiatrisk hjælp til børn og unge gives på akutmodtagelsen på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Glostrup.

Den Psykiatriske Udrykningstjeneste er et supplement til de psykiatriske akutmodtagelser, når disse ikke kan benyttes på grund af patientens tilstand. Udrykningstjenestens formål er at hjælpe og rådgive patienter, pårørende og samarbejdspartnere i meget akutte situationer, som involverer svær sindssygdom – herunder guide til relevant behandling, når det er relevant. Der er tale om patienter, der på grund af manglende sygdomsindsigt, svær angst eller overhængende selvmordsfare ikke selv er i stand til at søge hjælp. Udrykningstjenesten fungerer ikke, i hvad der svarer til det tidligere Frederiksborg Amt, hvor et akutteam i stedet er et tilbud til psykisk syge borgere med akutte problemer i aften og nattetimerne[40].
[41].
Det er væsentligt, at der sikres adgang og reel mulighed for, at almen praksis kan henvise til en hurtig vurdering i hospitalsvæsenet, som et reelt alternativ til akut indlæggelse. Der er gode erfaringer med tilpassede shared care- og step care-modeller, hvor den praktiserende læge er udgangspunktet for visitering og videre behandling.

Anbefalinger:

- *at få etableret evidensbaseret viden i forhold til at forstå, hvordan sektorsamarbejdet mellem psykiatri og almen praksis udfoldes mest hensigtsmæssigt.*
- *at følge op på etableret viden om optimeret sektorsamarbejde med henblik på implementering, hvor det er relevant*
- *at almen praksis iværksætter en dialog med psykiatrien og kommuner om samarbejdet om mennesker med sindslidelser*

11. Samarbejde om diagnostik

Målsætninger:

- Almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet.
- Patienter og praktiserende læger tilbydes ensartet, diagnostisk service

[40] Udrykningstjenesten udvides til Region Hovedstaden i 2013
[41] Pr. 1. januar 2013 skal visitation ske via AMK-vagtcentral 112 og 1813.

I planperioden 2008-2011 er der gennemført en række analyser med henblik på at ændre organiseringen af den diagnostiske betjening af bl.a. almen praksis[42].
Formålet har været at sikre og udvikle kvaliteten i betjeningen og skabe mere effektiv service, og dermed en besparelse for Region Hovedstaden.

11.1 Diagnostisk bistand indenfor de parakliniske specialer[43]

Samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende radiologer, relevante praktiserende speciallæger, hospitalsafdelinger og relevante laboratorier i regionen skal løbende optimeres.

Klinisk biokemi, klinisk fysiologi, allergologi, kardiologi, klinisk neurofysiologi
Region Hovedstadens fusionerende parter havde forskellige organisatoriske løsninger i forhold til diagnostiske henvisningsmuligheder og undersøgelsessteder for de undersøgelser, som er nødvendige i forhold til diagnostik og behandling i almen praksis.
De geografiske forskelle er endnu ikke fuldt udlignet.

Der er desuden valgfrihed i forhold til, i hvilket omfang den enkelte almene praksis selv vælger at udføre ydelser i klinikken, som der aftalt honorering for i overenskomsten. Det gør sig gældende for f.eks. typer af blodprøver, lungefunktionstest, EKG, allergitest og døgn-/hjemmeblodtryksmåling.
Med henblik på at sikre kvaliteten af udførte laboratorieundersøgelser i almen praksis bør der i planperioden etableres en kvalitetsfunktion, der kan understøtte praktiserende læger.

For så vidt angår klinisk biokemi har RHEL reference til administrationen ved Center for Sundhed indtil der forelægger aftale om endelig organisering af klinisk biokemi i regionen. Opgaven med at iværksætte de nævnte ændringer pågår aktuelt og vil i planperioden blive fulgt bl.a. med henblik på at sikre et tilstrækkeligt serviceniveau for almen praksis

Diagnostisk radiologi
Praktiserende speciallæger i diagnostisk radiologi er hovedsaligt beliggende i København.
Flere hospitaler har såkaldte walk-in funktioner, hvor patienter med en henvisning fra praktiserende læger kan få taget røntgenbilleder uden forudgående tidsbestilling. Begge dele er muligheder for diagnostisk støtte, hvor behandlingsansvaret forbliver almen praksis.

---

[42] Jf. bl.a.: Etablering af diagnostiske enheder (Region Hovedstaden, 2012); Organisering af specialerne diagnostisk radiologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin (Region Hovedstaden, 2011). Analyse af den klinisk fysiologiske betjening af praksissektoren (Region Hovedstaden, 2010); Analyse af laboratoriebetjeningen af ambulante klinisk biokemiske ydelser (Deloitte for Region Hovedstaden, 2009)

[43] Parakliniske specialer defineres her som diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk biokemi, patologi og udvalgte diagnostiske undersøgelser indenfor kardiologi, allergologi og neurofysiologi.

Borgere fra hele regionen kan henvises til såvel regionens speciallægepraksis i diagnostisk radiologi som til regionens tilbud på hospitalsafdelinger.

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.

11.2 Diagnostiske enheder (DE)
Med henblik på at mindske den sundhedsfaglige ubegrundede ventetid for patienter – specielt med livstruende sygdomme - er der pr. 1.4 2012 etableret diagnostiske enheder (DE) på regionens akuthospitaler.
De diagnostiske enheder skal sikre sub-akut ambulant udredning for patienter med uklare symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom (MAS), eller for patienter, hvor kræft er konstateret, men primær tumor er ukendt (MUP)[44]. Forløbene omfatter ikke børn.

Etableringen af DE forventes hurtigere at kunne give den rette diagnose ved, at udredning foregår på tværs af specialer.

DE kan anvendes af praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller hospitalsafdelinger. Når der afsendes henvisning til DE overgår både udrednings- og behandlingsansvar til enheden.

I ordningen indgår en rådgivende funktion ved en speciallæge, som kan vejlede om en konkret patient skal videreudredes i praksis, på en organspecifik afdeling eller henvises til en diagnostisk enhed. Rådgivning om den udredning, som skal foretages i almen praksis inden henvisning til diagnostiske enheder, er også omfattet af rådgivningsfunktionen.
Rådgivningsfunktionen medvirker til bedre mulighed for dialog og sparring sektorerne imellem, ligesom den skal sikre, at henvisninger er relevante og sker på et tilstrækkeligt grundlag.
Speciallægen kan kontaktes mellem 8-15 på hverdage.

Anbefalinger:

- *opfølgning på kvalitet og service af den diagnostiske betjening af almen praksis*
- *etablering af funktion målrettet almen praksis med formål at optimere kvaliteten af laboratorieundersøgelser.*

[44] Forløbsbeskrivelse fremgår på følgende webadresse: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebsbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/diagnostiske-enheder/

12. Samarbejde om akutberedskab

Målsætninger:

- Almen praksis indgår som en integreret del af det øvrige akutberedskab.
- Patienten får det rette, akutte behandlingstilbud, på det rette niveau, til den lavest mulige omkostning

Det er Region Hovedstadens målsætning, at det akutte beredskab skal være enstrenget. Det indebærer bl.a. at der er sket en organisatorisk og fysisk samling af de funktioner, der før 1. januar 2014 varetog akutte sundhedsfaglige henvendelser fra borgerne, dvs. 1813-opkald til akuttelefonen, 112-opkald til alarmcentral, vagtcentralsopgaver og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)[45]. Dette med henblik på at opnå synergieffekter og faglig sparring mellem regionens akutfunktioner.

Udover den akutte indsats i almen praksis i dagtiden foregår den akutte indsats i hospitalssektoren på akutmodtagelser, på akuthospitalerne og på akutklinikker på de øvrige hospitaler. Herudover kan borgerne søge rådgivning om akut sygdom og skader ved opringning til regionens døgnåbne Akuttelefon (1813).

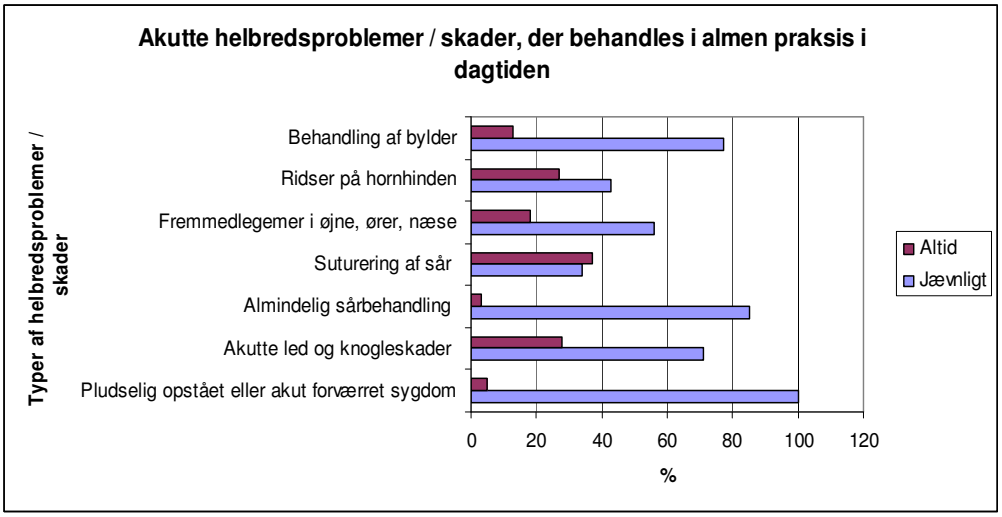
12.1 Almen praksis' rolle i akutberedskabet

Den akutte indsats i almen praksis foregår i dagtiden hos egen læge. I henhold til overenskomsten skal patienter ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos egen læge eller navngiven stedfortræder inden kl. 16 samme dag.

Der er primo 2012 gennemført en række analyser af den akutte tilgængelighed i almen praksis først og fremmest i dagtid i Region Hovedstaden, jf. bilag 5.
I figuren nedenfor fremgår, hvor stor en andel af de praktiserende læger, der jævnligt i dagtiden behandler typer af akutte helbredsproblemer og skader.

[45] Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden" (Region Hovedstaden, 2008)

Figur 8: Andel af almen praksis der har oplyst, at klinikken jævnligt eller altid behandler akutte helbredsproblemer / skader i dagtiden (typer fremgår af figuren); spørgeskemaundersøgelse, 2012; n=424.



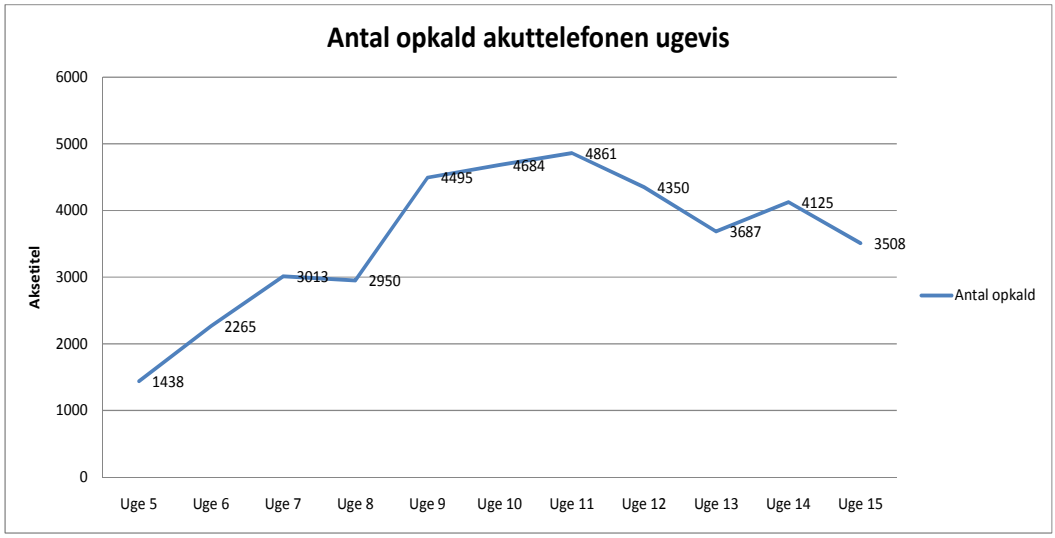
Det vurderes, at omkring 20 % af de patienter, der i dag behandles på regionens akutmodtagelser og -klinikker, kunne have været behandlet enten hos egen læge eller af lægevagten frem for på hospitalerne[46].
Det skal undersøges, hvorvidt almen praksis' akuttilbud i dagtiden kan tilrettelægges, så en relevant øget andel af de akutte patienter behandles i praksis ud fra princippet om behandling på lavest, effektive omsorgsniveau. Såfremt dette er tilfældet forudsætter det tilgængelighed og formentlig en styrket efteruddannelsesindsats ift. varetagelse af akutte skader.

12.2 Samarbejde med akuttelefonen

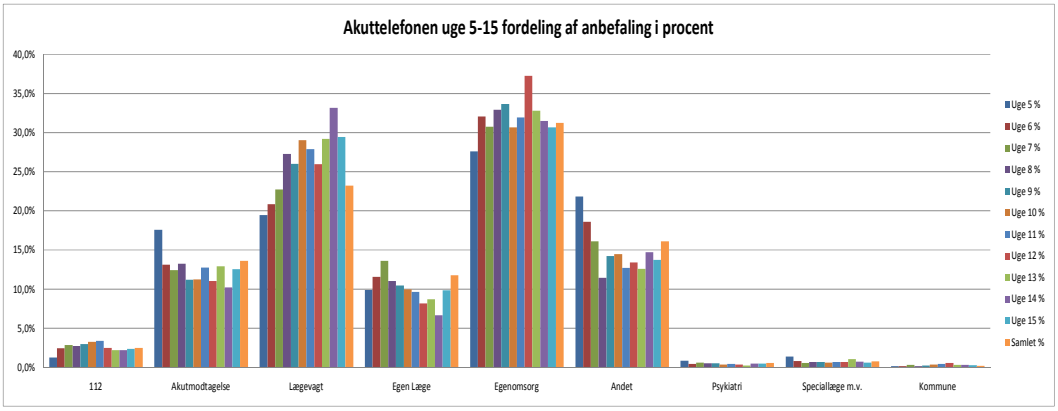
Akuttelefonen, som blev etableret pr. 30. januar 2012 er et døgnåbent tilbud bemandet med erfarne sygeplejersker, som giver borgerne råd ved akut sygdom og skader samt vejledning i forhold til egenomsorg, kontakt til egen læge, eller akutmodtagelse/-klinik. Akuttelefonen kan også oplyse om ventetider på FAM/akutklinikkerne. Akuttelefonen rådgiver ikke om kommunale tilbud, ligesom funktionen ikke kan visitere til kommunale tilbud[47].
I figur 9 og figur 10 fremgår antallet af henvendelser til akuttelefonen samt hvilken type af rådgivning patienten har modtaget. Begge figurer illustrerer også udvikling over tid.

[46] Analyse af ventetider for skadepatienter. Behov og kapacitet i akutmodtagelserne og akutklinikkerne. (Region Hovedstaden, 2012).
[47] I 2012 er en proces i gang mellem kommune og region i forhold til at definere og opnå enighed om, hvordan akuttelefonen skal rådgive om kommunale sundhedstilbud.

Figur 9: Antal opkald til akuttelefonen pr. uge (2012).



Figur 10 Akuttelefonen uge 5-15 (2012) fordeling af anbefaling (%)



Det er hensigten med akuttelefonen, at borgerne bliver behandlet det rette sted og samtidigt undgå unødvendige henvendelser i akutmodtagelsen ved at afslutte patienter uden akut lægekontakt, hvor det er muligt.

Akuttelefonen kan ved behov oplyse borgeren om telefonnummer på egen læge

12.3 Samarbejde med sygeplejebemandede akutklinikker

Når Helsingør og Frederikssund Hospital lukkes, forventer regionen, at sygeplejebemandede akutklinikker i Frederikssund og Helsingør kan sikre et nært akuttilbud i nærområdet.
Akutklinikkerne skal bemandes med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra akutmodtagelsen på akuthospitalet. Klinikkerne skal fungere i perioden kl. 7.00-22.00.

For at kunne realisere dette arbejdsfællesskab skal der etableres et samarbejde med Helsingør og Frederikssund kommuner med henblik på at etablere de fysiske rammer til fælles sundhedshuse, og der skal foretages en kortlægning af, hvilke aktører der vil være interesseret i at indgå i samarbejdet. Dette arbejde er påbegyndt i 2012.

Borgerens tilknytning til en given praksis skal respekteres.

For at facilitere synergi og tværsektorielt samarbejde foreslås det, at det regionale nære akuttilbud, evt. udgående funktioner fra hospitalerne og sundhedspersoner fra praksissektoren suppleres med kommunale sundhedsfunktioner, herunder forebyggelsestilbud, genoptræning, akut- og genoptræningsdøgnpladser, sundhedspleje m.v. Apotek, frivillige organisationer og patientforeninger kan også tænkes at indgå i sundhedshuset.

Med henblik på at sikre en integreret indsats skal der i planperioden fokuseres på dialog om sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

12.5 Samarbejde med AMK-Vagtcentral og almen praksis' rolle i beredskabet

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 behandling på hospital.

Dette tilsiger en tættere sammenhæng, koordinering og samarbejde mellem praksisområdet og regionens øvrige akutte funktioner og beredskab.

Med etablering af Den Præhospitale Virksomhed samles de akutte funktioner. Der skal i planperioden arbejdes for en model, der sigter mod øget faglig sparring og andre synergieffekter mellem regionens akutfunktion og almen praksis.

Almen praksis er en vigtig del af det daglige beredskab i regionen, og de bør således også indgå i forbindelse med større hændelser af beredskabsmæssig karakter. Det kan f.eks. være i forbindelse med epidemier med behov for massevaccination og ved behov for behandling af mange borgere med skader for at aflaste akutmodtagelser/-klinikker[48].

Anbefalinger:

- *at indtænke almen praksis i beredskabsplanlægningen.*[49]

12.6 Samarbejde med kommuner om forebyggelige indlæggelser

Det er for både regionen og kommunerne et fokusområde at forebygge indlæggelser, der gennem en tidlig og fokuseret indsats af kommune og almen praksis kan undgås. Dette fokusområde er aftalt i sundhedsaftalen for 2011-2014. Vægten lægges her på udvikling af en indsats, der afdækker begyndende fald i funktionsniveau og sygdomsudvikling og etablerer tiltag, der kan afbøde denne udvikling. Denne indsats skal særlig målrettes ældre

[48] Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab" (Region Hovedstaden, 2008)

[49] Der er i 2013 indgået en §2-aftale med PLO-H om almen praksis medvirken i sundhedsberedskabet.

svage borgere og borgere med kroniske sygdomme. Det kræver et aktivt samspil mellem kommuner og almen praksis understøttet af hospitalernes specialistkompetencer.

Med henblik på at forebygge indlæggelser har nogle kommuner etableret både lægevisiterede og ikke-lægevisiterede akut- eller aflastningspladser[50]. Kommuner ønsker i nogle tilfælde mulighed for en fast tilknytning af en læge til disse akutpladser med henblik på at styrke deres opgaveløsning.
Etablering af akut- og aflastningspladser i kommunerne er i vækst, og det er derfor væsentligt, at de praktiserende lægers rolle i forhold til betjeningen af disse pladser afklares.
Flere kommuner har desuden henvendt sig med ønske om at etablere et udbygget samarbejde med almen praksis ved at stille specielle akutteams og aflastningspladser til rådighed.
Med henblik på at beskrive modeller for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om samarbejdet om akuttilbud i både dag- og vagttid, og evt lægelig betjening heraf, bør der først etableres viden om samarbejdet.
Regionen skal indgå i udformning af modeller for denne betjening.

En sikker kommunikation mellem kommunerne og almen praksis om akutte patienter skal sikres i både dag- og vagttid. De enkelte kommuner bør invitere det lokale PLO-Kommunal til en drøftelse af en lokal udmøntningsaftale. En aftale kunne indeholde hvilke forudsætninger der skal være på plads i en samtalesituation eksempelvis.
Det er desuden vigtigt, at praktiserende læger og 1813 har aktuelle og lettilgængelige oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud.

Anbefalinger:

- *at almen praksis og kommune indgår i en dialog om sikker mundtlig og elektronisk kommunikation*
- *at viden om samarbejde mellem kommuner og praksis sikres med henblik på beskrivelse af modeller, som kan indgå som udgangspunkt for drøftelser mellem lægevagt, region og kommuner.*

13. Samarbejde på svangreområdet

Målsætning:

- Fødende kvinder oplever sammenhængende forløb

I et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis har Region Hovedstaden udarbejdet en fødeplan for, som bl.a. fastlægger målsætninger for det tværsektorielle samarbejde i svangreomsorgen.
I planen beskrives, hvordan den praktiserende læge og jordemoderen er de gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet og fødsel.

[50] Målgruppen for akut- og aflastningspladser kan variere, men omfatter ofte et tilbud målrettet ældre borgere med behov for observation, pleje og ukompliceret behandling.

I sundhedsaftalerne 2011-2014 er det besluttet, at der skal arbejdes videre med konkretisering af målsætningerne vedtaget i fødeplanen, bl.a.:

- at beskrive de opgaver henholdsvis fødested, kommune og almen praksis har i relation til svangreomsorg og beskrive den konkrete arbejdsdeling mellem fødested, sundhedsplejerske og praktiserende læge.
- kommunerne indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via KLU, de kommunale praksiskonsulentordninger eller tilsvarende ordning.
- komme med forslag til, hvordan der kan ske en yderligere udvikling af samarbejdet i forhold til sårbare gravide.

Med henblik på at sikre mere sammenhæng i svangreomsorgen peger fødeplanen endvidere på at etablere en elektronisk løsning til udveksling af sundhedsfaglige oplysninger – en elektronisk vandrejournal.
På Hillerød Hospital har der eksisteret en portalløsning, som har vist sig enkel, sikker og anvendelig til at dele sundhedsfaglige informationer på tværs af sektorgrænser. Portalen er blandt andet anvendt til svangreområdet.
Region Hovedstaden har afsat økonomiske midler til at udbrede en generel løsning – enten via Hillerød løsningen, hvis det er teknisk muligt, eller på anden vis. Skulle en teknisk løsning etableres, er det som med andet elektronisk kommunikation væsentligt at understøtte brugen hos praktiserende læger, f.eks. så systemet er integreret i lægesystemet.

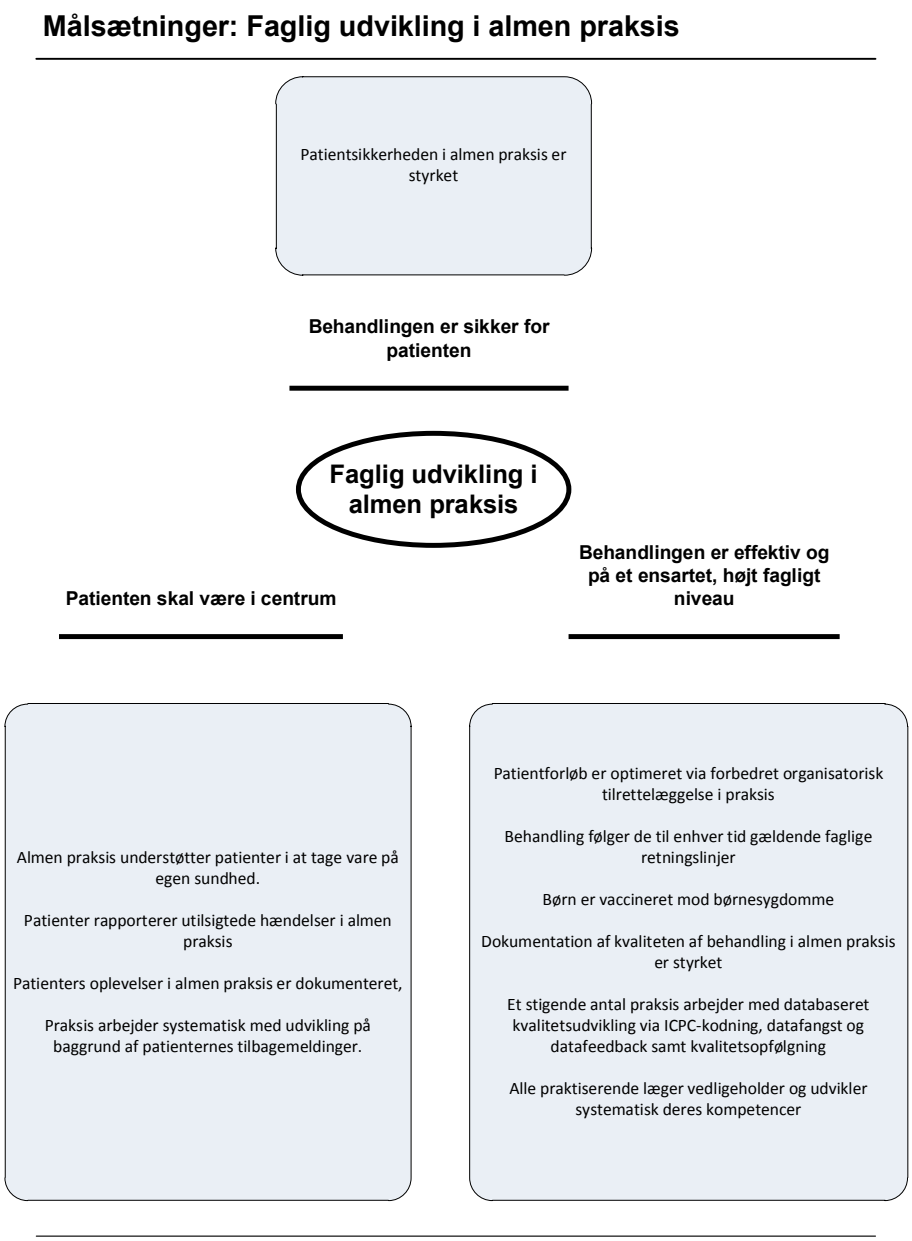
Anbefaling:

- *at understøtte de praktiserende lægers anvendelse af en elektronisk portalløsning eller elektronisk vandrejournal.*

Faglig udvikling i almen praksis

I dette afsnit beskrives mål og anbefalinger for den faglige udvikling i almen praksis.

1. Målsætninger



2. Rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis

Det er visionen, at almen praksis gør en målrettet og systematisk indsats for udvikling af kvaliteten af arbejdet i almen praksis.
Det er desuden en overordnet målsætning, at kvaliteten i diagnostik og behandling skal basere sig på en dokumenteret, ensartet høj faglig kvalitet.

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

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling

Indenfor rammerne af regionens overordnede strategi er der også udarbejdet en kvalitetsstrategi for almen praksis, som sætter rammerne for udviklingsarbejdet i regionens praksisorienterede kvalitetsorganisation.

En ny kvalitetsorganisation for almen praksis i Region Hovedstaden blev etableret pr. 1. januar 2013 (KAP-H). Den nye organisation indebærer bl.a., at daværende
konsulentordninger blev omlagt til én samlet projektorienteret ordning. Formålet med den nye struktur er at fremme både kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis samt det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og resten af sundhedsvæsenet.

En del af konsulenterne har eller skal have direkte kontaktflade til praksis. .

Den nye konsulentorganisation skal samtidig kunne håndtere nye opgaver, som almen praksis skal arbejde med fremover, det være sig akkreditering, systematisk efteruddannelse og andre områder, som organisationen før 2013 ikke havde målrettet indsatser mod.

Efteruddannelsestilbuddet til de praktiserende læger tilrettelægges som regel via temamøder og decentral gruppebaseret efteruddannelse.

En række af de indsatsområder, der beskrives i praksisplanen kan implementeres via KAP-H, herunder blandt andet gennem en efteruddannelsesindsats for almen praksis.

3. Den organisatoriske kvalitet

Målsætning:

- Patientforløb er optimeret via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange i almen praksis og samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb[51].

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring og dokumentation. Det indebærer bl.a.:

- at praktiserende læger henviser og kommunikerer med det omkringliggende sundhedsvæsen og medvirker til optimale patientforløb
- praktiserende læger arbejde målrettet med arbejdsorganisering i praksisklinikken og brug af praksispersonale, herunder opgavefordeling og efteruddannelse af praksispersonalet.

Hvis der arbejdes målrettet med disse forhold i planperioden, kan det optimere en kronikerbehandling, der lever bedre op til de nationale retningslinjer, og som forbedrer kliniske resultater[52], og dermed også den sundhedsfaglige kvalitet.

Nedenfor uddybes indsatsområderne:

- arbejdsorganisering og ansættelse af praksispersonale
- forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- teleteknologi.

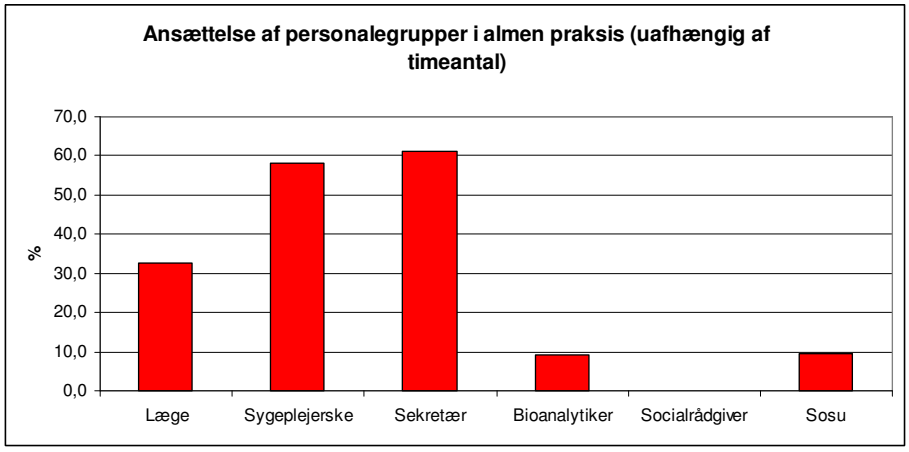
3.1 Ledelse og praksisudvikling

Rigtig anvendelse af praksispersonale og en hensigtsmæssig arbejdsorganisering kan påvirke kliniske resultater (fodnote 53).

I figuren nedenfor ses de hyppigste former for personalegrupper ansat i almen praksis i Region Hovedstaden.

[51] Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.
[52] DSI rapporten om kronikerbehandling i proaktive lægehuse (2012) peger bl.a. på: faldende henvisninger.
færre kontakter, mindre lægekontakt til velfungerende kronikere, men mere til de sårbare, samt struktur og ensartethed i lægernes arbejde.

Figur 13 Andel af almen praksis der har typer af personalegrupper ansat (uafhængig af timeantal)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse (2011), n=530

I DSI rapporten (2012) peges der bl.a. på, at følgende forhold kan føre til forbedret kronikerbehandling:

- ansættelse af erfarne ambulatorie- eller hjemmesygeplejerske som bliver specialiserede og selvkørende i kronikerbehandling.
- personale i praksis skal fungere som behandlerteam. Behandlingssamarbejdet med praksispersonalet skal være velfungerende og de organisatoriske rammer for behandlingen af f.eks. kronikere i den enkelte praksis skal være klart defineret.

Det fremgik som en væsentlig pointe på høringsmødet med PLO-kommunal, at kontinuerlige ledelses- og udviklingskurser bør prioriteres. De fleste praktiserende læger på høringsmødet fandt desuden ekstern understøttelse af praksisudvikling anvendeligt.
På samme møde blev der givet udtryk for, at praksis med fordel kan definere ansvars- og opgavefordeling i den enkelte praksis, f.eks. så taste- og kodeopgaven (i forbindelse med ICPC) løses på lavest effektive kompetenceniveau.

På linje med konklusionerne i ovennævnte studie er praksis i regionen i en projektperiode blevet tilbudt besøg af facilitatorer[53], som er uddannet i at understøtte ændringer i den daglige praksis, som kunne omfatte:

- varetagelse af tovholderfunktion i forhold til kroniske forløb
- stratificering af patienter
- en mere proaktiv og populationsorienteret indsats
- systematisk organisering af klinikken, ledelse og arbejdsdeling mellem personalegrupper

[53] Facilitatorprojektet er omfattet af regionens kronikerprogram, se Del II afsnit 5.

- at indgå i opsporing, diagnosticering, behandling og opfølgning af patienter med kronisk sygdom.

Facilitatorordningen evalueredes i 2012.

Det er væsentligt, at de praktiserende læger, uanset praksisform, fortsat understøttes i forhold til en forbedret arbejdstilrettelæggelse og ledelse i praksis.
Det er endvidere væsentligt, at lægens helhedsorienterede patientrelation i denne forandringsproces bevares, ligesom allerede velfungerende systemer til arbejdstilrettelæggelse fastholdes.

Skal en udvikling som beskrevet realiseres, kræver det understøttelse i forhold til udvikling af organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer i praksis. Denne indsats skal målrettes alle praksis uanset praksisform.

Med henblik på at understøtte almen praksis i at varetage nye og/eller ændrede opgaver i relation til det akutte område og kronikerbehandling skal der i planperioden fokuseres på:

- *en styrket organisatorisk tilrettelæggelse i almen praksis ved efteruddannelse i ledelse og kvalitetsudvikling i praksis og/eller ved ekstern vejledning.*

3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

I henhold overenskomsten blev der i indeværende overenskomstperiode udarbejdet og pilotafprøvet et koncept for organisatoriske standarder til den Danske Kvalitetsmodel. Der er fastlagt en proces herfor, se faktaboksen nedenfor.
Det er kendetegnende ved Den Danske Kvalitetsmodel, at der ikke alene er fokus på kvaliteten af sundhedsydelserne, men også på processer og strukturer, der understøtter patientbehandling samt den patientoplevede kvalitet.

Boks 3

Proces for arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis i henhold til overenskomsten (2011)

- udvikle et sæt generiske kvalitetsstandarder samt et koncept for survey og gennemførsel af akkreditering for området (IKAS).
- udvikle en kvalitetsmodel for hvert praksisområde, herunder almen praksis
- udarbejde en konkret plan for, hvordan og hvornår Den Danske Kvalitetsmodel implementeres, herunder skal der foreligge en plan for ekstern vurdering.

Udvikling mod akkreditering igennem kvalitetsstandarder har været i pilottest, da fem praksis i Region Hovedstaden indgik i et projekt om afprøvning af udarbejdede organisatoriske standarder.
De udarbejdede standarder omhandler det gode patientforløb, patientinddragelse, patientsikkerhed, ledelse og organisation og sygdomsspecifikke standarder.

Ifølge overenskomsten skal almen praksis indgå i Den Danske Kvalitetsmodel. Den kommende overenskomst indeholder aftale om implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis. I så fald indebærer det, at samtlige praksis skal akkrediteres gennem kvalitetsstandarder med henblik på at:

- fremme kvaliteten af patientforløb
- fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet[54].

Akkrediteringen realiseres trinvist ved udarbejdelse af konkrete implementeringsplaner.

Anbefalinger:

- *regionalt at implementere en national model for, hvordan almen praksis skal indgå i den Den Danske Kvalitetsmodel.*
- *at udvikle og implementere værktøjer til understøttelse af klinikkernes arbejde med akkreditering, herunder inddrage erfaringerne fra pilotprojektet.*

3.3 Telemedicin

Nye teknologier giver nye muligheder. Telemedicinsk teknologi byder på nye kontakt og kommunikationsredskaber, der kan medvirke til at optimere patientforløb. Telemedicinske teknologier kan anvendes i forhold til konkret patientkontakt, men kunne også anvendes ved overvågning af behandlingsforløb.

På følgende områder har teleteknologi på forsøgsbasis været anvendt eller planlægges anvendt:

- videotolkning: har været afprøvet i et nationalt projekt, og har været anvendt i tre praksis i regionen[55].
- videokonsultation mellem patient og egen læge: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.
- teledermatologi[56]: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.

Sund dialog

Sunddialog er et internetbaseret, interaktivt samtaleværktøj beregnet til praksispersonalets dialog med patienter med henblik på livsstilsændringer.

Samtaleværktøjet strukturerer, dokumenterer og målretter forebyggelseskonsultationen. Værktøjet har fokus på pædagogiske redskaber, hvor patienterne lærer at få en sundere adfærd. For at kunne udnytte

54 IKAS: Udkast til akkrediteringsstandarder for almen praksis. Pilottestversion (Januar, 2012)

55 Evaluering kan findes på webadressen: http://medcom.dk/wm111493

56 Projekter vedrørende teledermatologi er allerede af prøvet i projektform flere steder i landet.

værktøjet kræves en uddannelse af praksispersonalet i brugen af værktøjet og den tilhørende samtaleteknik og pædagogik. Med værktøjet er det endvidere muligt at indsamle data til brug for fremtidig forskning og kvalitetssikring inden for forebyggelse og livsstilsændringer.

Sunddialog er en del af regionens kronikerprojekt, og det er målet, at 300 praksispersonaler skal have igangsat 9.000 patienter i et forebyggelsesforløb.

Anbefalinger

- *at afdække og prioritere hvilke telemedicinske løsninger, det er gavnligt at arbejde videre med.*
- *at afprøve og evaluere telemedicinske projekter, herunder teledermatologi i praksis*[57]
- *at kortlægge hvilke områder i almen praksis, der egner sig til monitorering af sygdomsaktivitet via teleteknologi.*
- *at følge op på projekt om sund dialog.*

4. Den sundhedsfaglige kvalitet

Målsætninger:

- Behandling følger de til enhver tid gældende faglige retningslinjer
- Børn er vaccineret mod børnesygdomme.
- Dokumentation af kvaliteten af behandling i almen praksis er styrket
- Et stigende antal praksis arbejder med databaseret kvalitetsudvikling via ICPC-kodning, datafangst og datafeedback samt kvalitetsopfølgning
- Alle praktiserende læger vedligeholder og udvikler systematisk deres kompetencer.
- Patientsikkerhed i almen praksis er styrket

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle ydelser, der bl.a. har helbredelse og lindring som formål.

En forbedret sundhedsfaglig kvalitet indebærer bl.a. at:

- praktiserende læger i størst muligt omfang behandler i overensstemmelse med faglige evidensbaserede vejledninger
- praktiserende læger forholder sig til egne data og på baggrund heraf udvikle kvaliteten i egen praksis ved at fokusere på kvaliteten af de ydelser, der bliver leveret.

Nedenfor uddybes indsatsområderne i planperioden:

- styrket dokumentation og datafangst
- patientsikkerhed
- børnevaccinationer
- systematisk efteruddannelse.

[57] Under forudsætning at der aftalemæssigt kan nås til enighed om vilkår for udrulning af projektet.

4.1 Styrket dokumentation ved ICPC-kodning og datafangst

Almen praksis skal have overblik over egne patienter, herunder også dem med kroniske sygdomme. Datafangst giver mulighed for at indsamle kvalitetsdata om behandlingen og vurdere denne med henblik på forbedring af kvaliteten.

I henhold til overenskomsten (2011) skal alle praktiserende læger ICPC-kode henvendelser vedrørende følgende diagnoser: KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, osteoporose, hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.
ICPC er et internationalt kodesystem, udviklet af og for almen praksis. Muligheder for at anvende ICPC er integreret i alle it-systemer. Via overenskomsten er alle læger forpligtet til at kode for kroniske sygdomme, og en del praksis koder alle henvendelser. Der er et beskedent ekstra tidsforbrug forbundet med kodningen, generelt er erfaringen at det er nemt at integrere i det daglige arbejde.
Anvendelse af ICPC er en forudsætning for optimal udnyttelse af datafangst. Endvidere bedres muligheder for at skabe overblik i patientjournalen, og det bliver muligt at søge informationer i praksis' it-systemer.

Datafangstmodulet skal tages i anvendelse hurtigst muligt og inden for overenskomstperioden.

Datafangst på praksisniveau og aggregeret niveau
Datafangst kan forbedre behandlingen af f.eks. kronikere ved at

- give praksis mulighed for at arbejde proaktivt og populationsorienteret med egne data
- målrette ressourcer til patienter med størst behov, herunder sikre at kronisk syge følger forløbsprogrammerne.
- sætte fokus på patientgrupper med behov for screening for risikofaktorer
- få overblik over praksis' behandlingskvalitet ved at sammenligne egne indikatorer med kvalitet på regionalt eller kommunalt niveau.

Med henblik på at fremme arbejdet med egne data skal almen praksis indgå i en vifte af undervisnings- og informationstilbud til læger, praksispersonale og uddannelseslæger med fokus på læring og kvalitetsudvikling på basis af egne data. Der skal i planperioden bygges videre på denne indsats, som er igangsat i projektform[58].
Regionen har aktuelt afsat midler til et ICPC-implementeringsprojekt. Der er desuden afholdt en række systemspecifikke møder om brugen af ICPC og FMK.

På sigt muliggør datafangst dokumentation og opfølgning på kvalitet på et aggregeret niveau. I henhold til overenskomsten (2011) skal regionen modtage kvartalsvise aggregerede, online rapporter fra DAMD-databasen, hvori der præsenteres data på indikatorniveau.

[58] Datafangstprojektet 'Et fagligt løft', Region Hovedstaden.

Når behandlingsdata bliver tilgængelige, giver det værdifuld information om kvaliteten af behandling, og giver mulighed for at kunne justere kvalitetsudviklingsindsatsen.
Dokumentation og udvikling af kvaliteten i almen praksis skal ske via automatisk dataopsamling og feedback. Det indebærer udvikling via kvalitetscirklen – planlægge, udføre, undersøge og handle (PDSA). PDSA er en arbejdsform, som er grundlæggende i Den Danske Kvalitetsmodel, og som også har dannet udgangspunkt for arbejdet med kvalitet i hospitalsvæsenet[59]. Kvalitetscirklen skal også være en fast del af efteruddannelsestilbuddet i almen praksis.

Anbefalinger:

- *at udvikle værktøjer, der understøtter klinikkernes arbejde med egne kvalitetsdata*
- *at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats, der sigter mod at understøtte arbejdet med egne data*
- *at følge data på aggregeret niveau for de aftalte folkesygdomme, når data er tilgængelig.*

4.2 Patientsikkerhed

Sundhedspersoner i praksissektoren, herunder almen praksis, er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Alle utilsigtede hændelser kan rapporteres igennem systemet.
Patientsikkerhed handler ikke om at placere skyld eller ansvar, men om at forebygge utilsigtede hændelser, og sikre løbende forbedringer af det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Den regionale patientsikkerhedsorganisation

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, der skal tage sig af sagsbehandling, analyse og læring af rapporterede utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker.
Patientsikkerhedsorganisationen koordineres af regionens risikomanagerfunktion for praksis, som er forankret i Enhed for Patientsikkerhed. Hvert år forelægges samarbejdsudvalget en samlet handlingsplan og en årsrapport for patientsikkerhedsarbejdet i

[59] IKAS (2012). DDKM for sygehuse. http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Indledning.aspx
Planlægge ("Plan"), som i DDKM betyder, at der i institutionen skal foreligge retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard nås (vurderes med indikatorerne på trin 1)
Udføre ("Do"), som betyder, at institutionen skal sikre implementeringen af de retningsgivende dokumenter (vurderes med indikatorerne på trin 2)
Undersøge ("Study"), som betyder, at institutionen skal overvåge kvaliteten af institutionens strukturer og processer samt de leverede ydelser (vurderes med indikatorerne på trin 3)
Handle ("Act"), som betyder, at institutionen skal vurdere resultaterne af overvågningen samt prioritere og iværksætte tiltag, hvor der er kvalitetsbrist (vurderes med indikatorerne på trin 4).

praksissektoren, herunder data om de rapporterede hændelser og hvilke notater og analyser, der er udarbejdet.

I den samlede regionale patientsikkerhedsorganisation indgår et patientsikkerhedsråd med deltagelse af almen praksis, som træffer beslutninger om håndtering af rapporter, analyser og formidling af læring. Regionen, PLO-Hovedstaden og KAP-H[60] er repræsenteret.
Patientsikkerhedsrådet fungerer som følgegruppe, der rådgiver og sparrer med regionen om patientsikkerhedsforhold, og tager stilling til analysenotater og mementoer med udgangspunkt i konkrete hændelser.
I 2011 drøftede rådet temaer om vacciner, håndtering af parakliniske undersøgelser, håndtering af den akutte dårlige patient, høj- og lavenergi traumer. Notater om bearbejdede temaer offentliggøres på sundhed.dk.

I 2011 er der udarbejdet en evalueringsrapport[61] om den regionens organisering og rapportering og læring af UTH. Evalueringen vil danne udgangspunkt for en justering af praksissektorens patientsikkerhedsorganisation. Rapporten peger på to forhold, hvor organisationen kan udvikles. Dels vil det være relevant at styrke organisationen så den bliver mere robust overfor personaleomsætning, dels bør det overvejes hvilke parter, der skal inddrages i arbejdet ved utilsigtede hændelser, der er tværsektorielle.

Tværsektoriel patientsikkerhedsorganisation
Tilsvarende er der i henhold til Sundhedsaftalen etableres en patientsikkerhedsorganisation, som kan behandle tværsektorielle patientsikkerhedsanalyser og læring mellem hospitaler og kommuner.
Der udestår i 2012 et arbejde for region og kommune med at skabe en organisatorisk ramme i forhold til håndtering og læring af hændelser mellem almen praksis og kommune, da sektorovergangshændelser mellem almen praksis og hospital håndteres indenfor den regionale patientsikkerhedsorganisation.

Udbredelse af læring af UTH – etablering af patientsikkerhedskultur i den enkelte almen praksis
Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fra almen praksis har været stigende siden loven om UTH trådte i kraft.
Antallet af rapporter danner grundlaget for læringsdelen, som er det absolut primære ved rapporteringssystemet.
Det bør være en målsætning i planperioden fortsat at tilskynde til rapportering fra almen praksis om utilsigtede hændelser netop med henblik på læring og kvalitetsforbedring.
Ligeledes er det væsentligt at praksissektorens patientsikkerhedsorganisation skaber rammerne for, at få den enkelte praksis til systematisk påtager sig

[60] Center for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis
[61] Evalueringsrapporten kan findes på webadressen:

arbejdet med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, dvs. at skabe en patientsikkerhedskultur decentralt.

Oplysninger om patientsikkerhedsarbejdet med relevans for almen praksis i regionen er samlet på sundhed.dk[62]. Siden indeholder bl.a. beskrivelse af rapporteringspligt, baggrundsoplysninger, kontaktpersoner, informationsmateriale og en værktøjskasse, som understøtter arbejdet med patientsikkerhed i den enkelte praksis.

Tidligere nævnte evaluering af patientsikkerhedsorganisation peger på konkrete måder til at styrke læringsdelen og læringskulturen, bl.a. fyraftensmøder og workshops. Det forventes, at patientsikkerhed kan indtænkes i den nye konsulentorganisation for almen praksis, der er på vej.

Anbefalinger:

- *at region og kommuner udarbejder en organisatorisk ramme for analyse af utilsigtede hændelser i sektorovergangen mellem kommune og almen praksis*
- *at udvikle patientsikkerhedskulturen i de enkelte almen praksis.*

4.3 Børnevaccinationer

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 dermed tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet er faldende. Den faldende tilslutning er et problem, idet flere børn som ikke er vaccinerede risikerer at blive smittet med børnesygdomme, hvilket er forbundet med risiko for både varige men og dødsfald.
Tilslutning børnevaccinationsprogrammet i Region Hovedstaden fremgår af tabel 1[63].

Tabel 1 Tilslutning til MFR vaccination, Region Hovedstaden, 2012.

Vaccinationstype	**Tilslutnings %**
MFR 1 15 mdr.	88,39
MFR 2 4-årige	76,54
MFR 2 til 12-årige	83,19

Kilde: Sygesikringsregisteret

Sideløbende kan 12-årige piger[64] vaccineres mod livmoderhalskræft (HPV-vaccination). Vaccinationen skal gives tre gange med et fast interval imellem

[62] https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/

[63] Det er vanskeligt at udføre en præcis opgørelse af tilslutningsprocenten til MFR 1 og 2, da børn bliver vaccineret i alle aldre. Dette ville kræve en omfattende analyse baseret på cpr. nr. koblet til ydelsestypen. Tilslutningsprocenterne er i stedet udregnet efter en mere simpel metode, der muligvis undervurderer tilslutningen, der er virkeligheden er en lille smule højere, se grundbeskrivelsens afsnit [indsættes].

[64] Fra den 1. januar 2009 kunne alle piger født i 1996 eller senere få gratis vaccine, som en del af det almindelige børnevaccinationsprogram. Man skal være fyldt 12 år

vaccinationerne, hvorfor der opstår en ekstra udfordring i forhold til opfølgning.

Overenskomsten for almen praksis indeholder en profylakseaftale, og i denne beskrives procedurerne for indkaldelse og opfølgning på MFR-vaccinationer. Opfølgning på HPV-vaccination indgår ikke i overenskomsten.

Boks 4
Profylakseaftalens kapitel II om Børneundersøgelser, -vaccinationer 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
    - tiltag i lægepraksis (administrative procedurer til at højne vaccinationsdækning).

Opfølgningsindsatsen
Med henblik på at opsamle de forældre, som ikke er opmærksomme på muligheden for vaccination i forbindelse med børnevaccinationsprogrammet, skal der etableres velfungerende systemer til indkaldelse og opfølgning.

I forlængelse af Profylakseaftalen har regionerne i notatform udarbejdet et forslag til, hvordan tilslutningen kan styrkes.
Notatet fokuserer først og fremmest på opfølgning på MFR og HPV-vaccination. Anbefalingerne fremgår af faktaboksen nedenfor.
Opfølgning på MFR 1 og 2 er desuden præciseret i overenskomstens profylakseaftale[65].

for at få vaccinen. Tilbuddet gælder, til man er fyldt 15 år. Informationsindsatsen overgik fra Sundhedsstyrelsen til regionerne pr. 1.1.2010.

[65] Vaccinationerne for Di-Te-Ki-Pol-Hib+Pn ligger med en enkelt undtagelse i barnets første år, hvor der i forvejen er tæt kontakt til almen praksis og flere børneundersøgelser, hvor der må formodes også at ske en løbende opfølgning på vaccinationsstatus. Flere af de foreslåede redskaber vil desuden også kunne anvendes til opfølgning på Di-Te-Ki-Pol-Hib+Pn vaccinationerne, selvom opfølgning på denne vaccination ikke er beskrevet i overenskomsten.

Boks 5

Danske Regioners anbefalinger i forhold til at øge tilslutningsprocenten til børnevaccinationsprogrammet:

- 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 fem år.
- Anvendelse af datafangst til opfølgning på vaccinationer bør indgå i overenskomsten.
- Opfølgning på HPV-vaccination bør indgå i overenskomsten
- Forslag om yderligere undersøgelser vedr. årsager til manglende vaccination.
- Indtil datafangst er fuldt implementeret, bør regionerne fortsat stå for at sende lister og invitationer ud til de praktiserende læger.

Herudover har Folketinget indgået en SATS-pulje aftale om etablering af systemer for indkaldelse/opfølgning for de børn, som ikke møder til børneundersøgelser og børnevaccinationer hos den praktiserende læge, og til at understøtte, at pigerne får tre doser HPV-vaccine, inden de fylder 15 år. Der afsættes 1 mio. kr. til regionerne i en 4-årig periode.
Den bedste anvendelse af midlerne udredes aktuelt i Danske Regioner.

Børn vaccineres for MFR 1 i 15 måneders alderen og MFR 2 i 4 års alderen. Alderen for MFR 2 er ændret fra 12 år til 4 år i 2008, så vaccinationen er sammenfaldende med en børneundersøgelse. Piger skal som nævnt have tre HPV doser inden 15-års alderen.
Administrationen udsender fortsat brev til samtlige 12-årige og deres forældre med påmindelse om at bestille tid hos egen læge til MFR 2 vaccination, og for pigernes vedkommende påmindelse om tilbuddet om HPV-vaccination.
Denne praksis fortsættes indtil 2016, hvor MFR 2 til 12-årige udløber eller ind til der træffes beslutning om at indstille indsatsen.
Praktiserende læger kan rekvirere lister over 15 måneders, 4-årige og 12-årige tilmeldt praksis ved anmodning til administrationen.

Datafangst og Det Danske Vaccinationsregister
Fremtidigt må det forventes, at en oprettelse af Det Danske Vaccinationsregister muliggør en forbedret opfølgningsindsats, da det etablerer elektronisk adgang til oplysninger om alle danskeres vaccinationer. Vaccinationsregisteret vil også kunne bidrage til en mere præcis vurdering af den samlede effekt af vaccinationstilbuddet på folkesundheden.
Statens Serum Institut bliver registeransvarlige.

Når datafangst er fuldt implementeret, er det endvidere et oplagt redskab for den praktiserende læge til at følge op på tilslutningen af egne patienter til HPV og MFR vaccination.

Anbefaling:

- *at udarbejde en handleplan opfølgningsindsatsen bl.a. med udgangspunkt i anbefalinger fra Danske Regioner.*

5. Den patientoplevede kvalitet

Målsætninger:

- Almen praksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed.
- Patienter rapporterer utilsigtede hændelser i almen praksis.
- Patienters oplevelser i almen praksis er dokumenteret.
- Praksis arbejder systematisk med udvikling på baggrund af patienternes tilbagemeldinger.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet
Der er en overenskomstmæssig aftale om at sætte fokus på den patientoplevede kvalitet i almen praksis, og det er aftalt, at der skal foretages patienttilfredshedsundersøgelser. Vurdering af patienttilfredshed indgår desuden i Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis.
Tiltag i forbindelse med styrkelse af den patientoplevede kvalitet skal ligge i forlængelse af de mål og principper, der er fastlagt i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik .

Boks 6

Værdier i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik

- Vi tager hensyn til, hvem du er,
- Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig,
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden,
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb.

5.1 Patient- og brugerinddragelse

I takt med at der i stigende grad er kommet fokus på patienter som aktive informationssøgende borgere, er patientinddragelse blevet et relevant led i behandlingen.
Patientinddragelse i almen praksis indebærer blandt andet, at praksis sikrer kommunikation med og information til patienten med henblik på, at patienten bedre kan tage vare på egen sundhed, og dermed også påvirke den kliniske effekt af en given behandling.

Hvordan der konkret kan opnås den ønskede effekt i forhold til patientinddragelse i almen praksis er uafdækket.
Der kan evt. søges inspiration i erfaringer fra hospitalsvæsenet, hvor patientinddragelse har været dagsordensat i flere år.
Patientinddragelse bør inddrages som et element i den løbende kvalitetsudvikling i almen praksis, f.eks.:

- ved etablering af en ny samlet konsulentorganisation
- i patienttilfredshedsundersøgelser

- ved udarbejdelse og implementering af organisatoriske akkrediteringsstandarder.

Det er vigtigt at sondre mellem de forskellige former for patientinddragelse. F.eks. i både det kliniske arbejde i praksis, hvor der kan blive tale om inddragelse i valg af behandling og som aktiv deltager i egen behandling, og i det organisatoriske arbejde hvor brugere kan inddrages f.eks. ift. tilrettelæggelse og beslutninger om kvalitetsudvikling.

I datafangstsystemet findes mulighed for, at patienten og lægen kan samarbejde om behandlingen af diabetes, og patienter kan få indsigt i egne data. Denne slags muligheder bør videreudvikles.

Anbefaling:

- *arbejde for at flere patienter inddrages i behandling af deres sygdom, f.eks. ved anvendelse af muligheder i datafangstsystemet.*

5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser.

I henhold til gældende overenskomst skal praktiserende læger gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Resultaterne skal primært bruges til lægens egen læring.

I flere regioner har der været afprøvet en model for patienttilfredshedsundersøgelse - Danpep.
Overenskomstens parter har videreudviklet konceptet, så et onlinekoncept, Danpep 2.0, kan tages i brug i 2012.

Patienterne vil i henhold til Danpep 2.0 få stillet spørgsmål om deres oplevelse af:

- Læge-patientforholdet
- Den lægefaglige ydelse
- Patientinformation og patientinddragelse
- Sektorovergange
- Praksispersonalets opgaver
- Tilgængeligheden

Derudover vil der være spørgsmål om

- Patientkarakteristika af betydning for evalueringen
- Kronisk sygdom
- Tekstfelter til patienternes kommentarer

Anbefaling:

- *at tilbyde alle praksis at få gennemført en patienttilfredshedsundersøgelse via Danpep 2.*
- *at følge op på resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelsen.*

5.3 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser

Fra 1. september 2011 kunne patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser via de samme kanaler, som anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker indtil videre i beskedent omfang

Det har betydning, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet patienter og deres pårørende er særlig gode til at opdage problemer med sikkerheden, fordi de er med i hele forløbet.
Det er derfor en målsætning at patienter er oplyste om rapporteringsmuligheden samt oplyste om forskelle på patientsikkerhedssystemet, som er et læringssystem, og patientklagesystemet, hvor der placeres ansvar.

Anbefaling:

- *at styrke patienters kendskab til patientsikkerhed og rapporteringssystemet.*

Bilag

Bilag 1 Spørgeskema udsendt til praktiserende læger i forbindelse med årlig høring om lægedækning samt praksisplanlægning.

Bilag 2 Afrapportering fra kommunale høringsmøder

Bilag 3 Afrapportering fra høringsmøder med PLO-Kommunal

Bilag 4 Praktiske løsninger til forbedring af telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen praksis. Idèkatalog.

Bilag 5 Rapport over spørgeskemaundersøgelse blandt alment praktiserende læger om tilgængelighed