

Samarbejdsudvalget for almen lægegerning
i Region Hovedstaden

Praksisudviklingsplan for almen praksis 2012-2015

REGION

Januar 2013

RESUMÉ OG ANBEFALINGER

BAGGRUND

1. Formål

1.1 Øvrig sundhedsplanlægning i regionen

2. Høring

2.1 Spørgeskemaundersøgelse

2.2 Høringsmøder med kommuner

2.3 Høringsmøder med PLO-Kommunal

2.4 Efterfølgende offentlig høring

Grundbeskrivelse

3. Praksisudviklingsplanens opbygning

3.1 Målhierarki

KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED

1. Målsætninger

2. Lægedækning og praksisstruktur

2.1 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning

2.2 Planlægningsområder

2.3 Praksisstruktur

2.4 Rekruttering og fastholdelse

3. Tilgængelighed

3.1 Akutanalysen 2012

3.2 Fysisk tilgængelighed

3.3 Telefonisk tilgængelighed

3.4 Elektronisk tilgængelighed

FAGLIG UDVIKLING - TVÆRSEKTORIELT

1. Målsætninger

2. Model for tværsektorielt samarbejde

2.1 Formål

3. Visitation

3.1 Faglige visitationsretningslinjer

3.2 Central visitation (CVI)

4. Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren

5. Samarbejde om kroniske patienter

5.1 Kronikerprogrammet

5.2 Forløbsprogrammer

6. Samarbejde om socialmedicinske patienter

7. Samarbejde om medicinanvendelse

7.1 Økonomisk effektiv medicinordination

7.2 Utilisgtede hændelser i sektorovergangen

7.3 Fælles Medicin Kort (FMK)

7.4 Medicingennemgang

8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

9. Kræftpakkeforløb

9.1 Regional kræftplan

9.3 Efteruddannelsesindsats for praktiserende læger

9.4 Palliation og rehabilitering

9.5 Lymfødeme behandling

10. Udredning af mennesker med sindslidelser

10.1 Shared care

10.2 Samarbejdsmodel i forhold til behandling af udsatte grupper

10.3 Samarbejde ved akut syge [mennesker med sindslidelser](#)

11. Samarbejde om diagnostik

12. Samarbejde om akutberedskab

13. Samarbejde på svangreområdet

Slettet: 5

Slettet: 21

Slettet: 21

Slettet: 23

Slettet: 23

Slettet: 23

Slettet: 24

Slettet: 24

Slettet: 24

Slettet: 24

Slettet: 25

Slettet: 25

Slettet: 27

Slettet: 27

Slettet: 28

Slettet: 28

Slettet: 29

Slettet: 29

Slettet: 32

Slettet: 35

Slettet: 36

Slettet: 36

Slettet: 39

Slettet: 40

Slettet: 42

Slettet: 42

Slettet: 43

Slettet: 44

Slettet: 44

Slettet: 44

Slettet: 45

Slettet: 46

Slettet: 46

Slettet: 48

Slettet: 48

Slettet: 49

Slettet: 51

Slettet: 51

Slettet: 52

Slettet: 52

Slettet: 53

Slettet: 54

Slettet: 56

Slettet: 57

Slettet: 57

Slettet: 58

Slettet: 58

Slettet: 59

Slettet: 59

Slettet: 60

Slettet: psykiatriske patienter

Slettet: 60

Slettet: 61

Slettet: 64

Slettet: 71

FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS	67	Slettet: 73
1. Målsætninger	67	Slettet: 73
2. Rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis	68	Slettet: 74
3. Den organisatoriske kvalitet	68	Slettet: 74
3.1 Ledelse og praksisudvikling	69	Slettet: 75
3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus	71	Slettet: 77
3.3 Telemedicin	72	Slettet: 78
4. Den sundhedsfaglige kvalitet	73	Slettet: 79
4.1 Styrket dokumentation ved ICPC-kodning og datafangst	74	Slettet: 80
4.2 Patientsikkerhed	75	Slettet: 81
4.3 Børnevaccinationer	77	Slettet: 83
5. Den patientoplevede kvalitet	80	Slettet: 86
5.1 Patientinddragelse	80	Slettet: 86
5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser	81	Slettet: 87
5.3 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser	82	Slettet: 87

Resumé og Mål

I dette afsnit sammenfattes praksisudviklingsplanens mål

Praksisudviklingsplanen 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 praksisudviklingsplanens indhold og mål.

Kapacitet og tilgængelighed

Lægedækning

Kapaciteten i almen praksis skal tilrettelægges, således at der sikres dels en ligelig fordeling af lægepraksis i regionen af hensyn til patienten, og dels en rimelig fordeling af arbejdsbyrde og driftsunderlag af hensyn til den enkelte praktiserende læge.

Kapacitetsplanlægning kan rammesætte 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 praksisudviklingsplanen 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 imidlertid 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. Praksisudviklingsplanen anbefaler at følge lægedækningen på Bornholm i perioden.

Praksisudviklingsplan

Med henblik på at sikre lægedækningen i områder med rekrutteringsproblemer er det væsentligt, at det gøres attraktivt at praktisere i lokalt. Praksisudviklingsplanen 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, handicaptoulet 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 omkring 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 i planperioden.

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.

Slettet: ¶
¶

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

Ifølge i stikprøveundersøgelse udført i relation til akutanalysen (2012) er 18 % af lægepraksis ikke tilgængelig for telefonisk henvendelse indenfor 10 min. i praksis med køfunktion eller på 4 opkald inden for 6 minutter.

Tilgængelighed 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 i praksis. 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 praksisudviklingsplanen 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 praksissektoren 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, og på høringsmøder med såvel almen praksis og kommunerne efterlyses en præcisering af og gensidig forvetningsafstemning 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, og såvel kommuner som 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. Medicinområdet bør derfor tænkes bredt, og ud over at almen praksis har medansvar for at sikre rationel medicinanvendelse (økonomisk effektiv medicinordination), bør der i planperioden også 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. Muligheden for at gennemføre disse hjemmebesøg, som blandt andet også omfatter en medicingennemgang, er blevet realiseret 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 varetage behandling af terminale patienter, som ønsker at dø i eget hjem.

Der er afsat midler til tilrettelæggelse af 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, arbejdes der med modeller, hvor almen praksis understøttes af specialister i udredning og behandling – såkaldt shared care.

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 forhold til diagnostiske henvisningsmuligheder for almen praksis. Det er praksisudviklingsplanens målsætning, at den diagnostiske bistand er af en ensartet høj kvalitet. Realiseringen af dette indebærer ændringer af organisationen omkring opgavevaretagelsen blandt de aktører, som varetager laboratoriebetjeningen aktuelt: Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium, praktiserende speciallæger og hospitalsafdelinger i regionen.

Som et nyt tilbud for blandt andet almen praksis 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 akutberedskab

Den akutte indsats i almen praksis varetages i dagtiden hos egen læge og i vagttiden hos lægevagten.

Der er forskellige holdninger til den fremtidige udvikling af det akutte beredskab hos henholdsvis Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden.

Region Hovedstaden ønsker, at det akutte beredskab skal være enstrenget.

PLO-Hovedstaden ønsker en enstrenget lægelig visitation, og at det er almen praksis og lægevagten, som sikrer patienten den rette behandling det rette sted.

Sygeplejebemandede akutklinikker skal sikre et nært akut tilbud, når hospitaler i Frederikssund og Helsingør lukkes. Parterne er enige om at der skal udarbejdes en samarbejdsmodel for, hvordan almen praksis i såvel dag- og vagttid samarbejder med de sygeplejebemandede akutklinikker.

Akutklinikkerne skal placeres i sammenhæng med lægevagt samt ønskeligt med praksisfællesskaber og kommunale sundhedsfunktioner.

Lægevisiterede og ikke-lægevisiterede akut- og aflastningspladser er i vækst i kommunerne. Et samarbejde mellem almen praksis og kommuner kan forebygge indlæggelser gennem en tidlig indsats. Med henblik på at forebygge indlæggelser er der behov for et styrket samarbejde mellem lægevagt/egen læge og kommuner om akutte forløb.

Der bør yderligere afdækkes i planperioden, hvordan et samarbejde mellem almen praksis og kommune om disse patienter kan etableres.

Mål – Samarbejde om akutberedskabet

Almen praksis indgår som en integreret del af det øvrige akutberedskab

Lægevagtskonsultationer er placeret i forbindelse med alle akutmodtagelser og – klinikker

Patienten får det rette akutte behandlingstilbud, på det rette niveau, til den lavest mulige omkostning.

Samarbejde på 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.

Regionens kvalitetsorganisation for almen praksis består blandt andet af en række konsulentfunktioner og efteruddannelses tilbud. Der arbejdes i løbet af 2012 på en bedre koordinering af konsulentordningerne for at opnå en systematisk tilgang til kvalitetsudvikling samt en projektorienteret tilgang, der sikrer mulighed for inddragelse af nye opgaver, som almen praksis skal arbejde med.

De tiltag, der beskrives i afsnittet om faglig udvikling i almen praksis, forventes at kunne implementeres via konsulentorganisationen 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 bla. kronikerbehandling.

Der skal i planperioden etableres et efteruddannelses tilbud, 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.

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

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 diise hændelser. Hændelser mellem almen praksis og hospital er indeholdt i den eksisterende patientsikkerhedsorganisation.

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.

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

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.

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.

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.

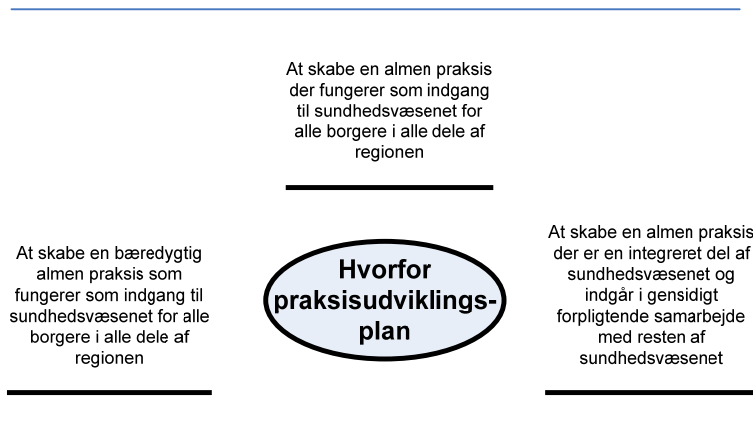
Praksisudviklingsplanen dækker en lang række indsatsområder. Det skyldes netop, at almen praksis har en central funktion i og bred snitflade til det øvrige sundhedsvæsen.

Endvidere bærer praksisudviklingsplanen præg af de ændringer som fulgte af Overenskomst om almen praksis fra 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 praksisudviklingsplanens formål at udfolde visionerne i overenskomsten, se figur x.

Figur 1 Formål med praksisudviklingsplanen



Det er afgørende for at kunne indfri formålet, at praksisudviklingsplanen 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.

Rammer for praksisplanlægningen

Overenskomstens planbestemmelser

I overenskomsten (2011) beskrives proces for og indhold i praksisudviklingsplanen i §§ 4, 5 og 6. Det fremgår bl.a., at samarbejdsudvalget udarbejder en praksisudviklingsplan som minimum hvert fjerde år.

Boks 1

Samarbejdsudvalget for almen praksis (§§ 118 og 119, Overenskomst for almen praksis)

For hver region nedsættes et samarbejdsudvalg for almen praksis bestående af medlemmer udpeget af regionsrådet, PLO og kommunerne.

Samarbejdsudvalget behandler sager vedrørende overenskomstens gennemførelse, og vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser.

Praksisudviklingsplanen skal:

- sikre en rimelig lægedækning og en rimelig fordeling af arbejdsbyrden samt et rimeligt driftsunderlag.
- understøtte den strukturelle udvikling i praksissektoren og opgavevaretagelsen i almen praksis
- forholde sig til spørgsmål om rekruttering og fastholdelse, jf. tilligemed overenskomstens § 5
- tage stilling til forskellige praksisformer.

Det fremgår desuden, at forud for udarbejdelse af praksisudviklingsplanen skal såvel regionens praktiserende læger og kommuner beliggende i regionen høres om behov og ønsker vedrørende en række beskrevne forhold. Beskrivelse af høringernes formål og afvikling fremgår af afsnittet nedenfor.

1.1 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 praksisudviklingsplanen holder sig indenfor rammerne af regionens sundhedsplan.

Regionens sundhedsplan fra 2009 består bl.a. af følgende planer¹:

- 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

Praksisudviklingsplanen skal tilligemed bygge videre på den tidligere Plan for almen praksis 2008-2011.

2. Høring

Den forudgående høring af praktiserende læger og kommuner har 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.

2.1 Spørgeskemaundersøgelse målrettet almen praksis

I forbindelse med den årlige fastsættelse af lægedækningen blev et spørgeskema udsendt til alle praksis i september 2011.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om:

- Ønsket patientantal
- Ønsker til flytning og sammenlægning

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

- 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.

2.2 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 praksisudviklingsplan 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.

2.3 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.

2.4 Efterfølgende offentlig høring

Praksisudviklingsplanen [har været sendt](#) i offentlig høring hos følgende væsentlige interessenter:

Slettet: sendes

Kommunerne i regionen
Hospitalet og psykiatrivirksomheden i Region Hovedstaden
Danske Patienter
Danske Handicaporganisationer
Faglige organisationer for den øvrige praksissektor

[Der er modtaget 22 høringssvar, som har bidraget med relevante input. Hvor det er relevant, er høringssvarene indarbejdet i planen. I høringssvarene bemærkes og kommenteres også på forhold, som kan vise sig relevante i implementeringsperioden.](#)

Slettet: De er forsøgt integreret i planen

Grundbeskrivelse

Data om 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).
- Lægevagten (beliggenhed af fremmødekonsultationer).
- Anvendelse af praksispersonale.
- Tilgængelighed (telefonisk og fysisk).
- Væretagelse af akutte skader og helbredsproblemer praksis.
- Kommuneopgørelser (samling af nøgletal i hver enkelt kommune).

3. Praksisudviklingsplanens opbygning

Praksisudviklingsplanen er opbygget i tre dele:

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

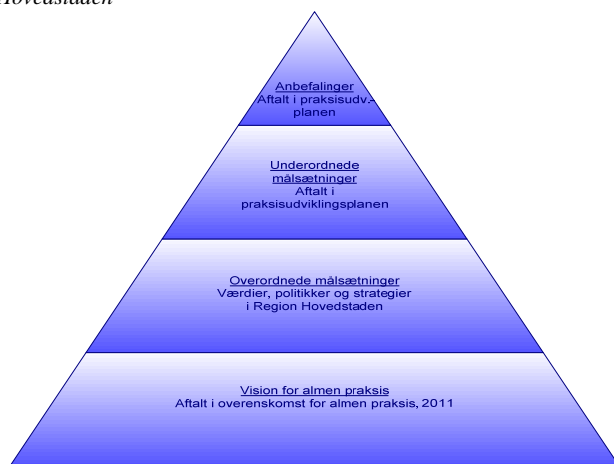
3.1 Målhierarki

Praksisudviklingsplanen 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 praksisudviklingsplanen)
- anbefalinger (formuleret i praksisudviklingsplanen - prioritering i forhold til at nå den underordnede målsætning).

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



Praksisudviklingsplanens overordnede målsætninger er baseret på regionens strategier, politikker og værdigrundlag. Praksisudviklingsplanen 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.

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

Boks 2

Overordnede målsætninger for Praksisudviklingsplan 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 både dag- og vagttid.

Implementering af praksisudviklingsplanen

Med henblik på at sikre implementeringen af planen nedsættes en styregruppe for implementering af praksisudviklingsplanen med reference til Samarbejdsudvalget for almen lægegerning.

Styregruppen er paritetisk sammensat med repræsentanter fra PLO-Hovedstaden og regionsadministrationen.

På områder som primært er forankret uden for samarbejdsudvalget, f.eks. samarbejdsrelationer med hospital og kommuner, foregår implementeringen af planen i tæt koordination med Den administrative styregruppe (nedsat med reference til Sundhedskordinationsudvalget), som forestår implementeringen af Sundhedsaftalerne.

Den 1-årige udviklingsplan for implementering sundhedsaftalerne fsva. samarbejdet mellem kommuner, hospital og almen praksis er et oplagt implementeringsredskab til at forene de målsætninger, som er fastlagt i henholdsvis Sundhedsaftaler og Praksisudviklingsplan.

Herudover tænkes såvel Kommunalt-Lægelige Udvalg og Samordningsudvalg inddraget i den samlede implementering af praksisudviklingsplanen i det omfang, det er relevant.

Slettet: En

Slettet: nedsættes

Slettet: med henblik på at forestå og varetage implementeringen af planen

Slettet: som relevante fora

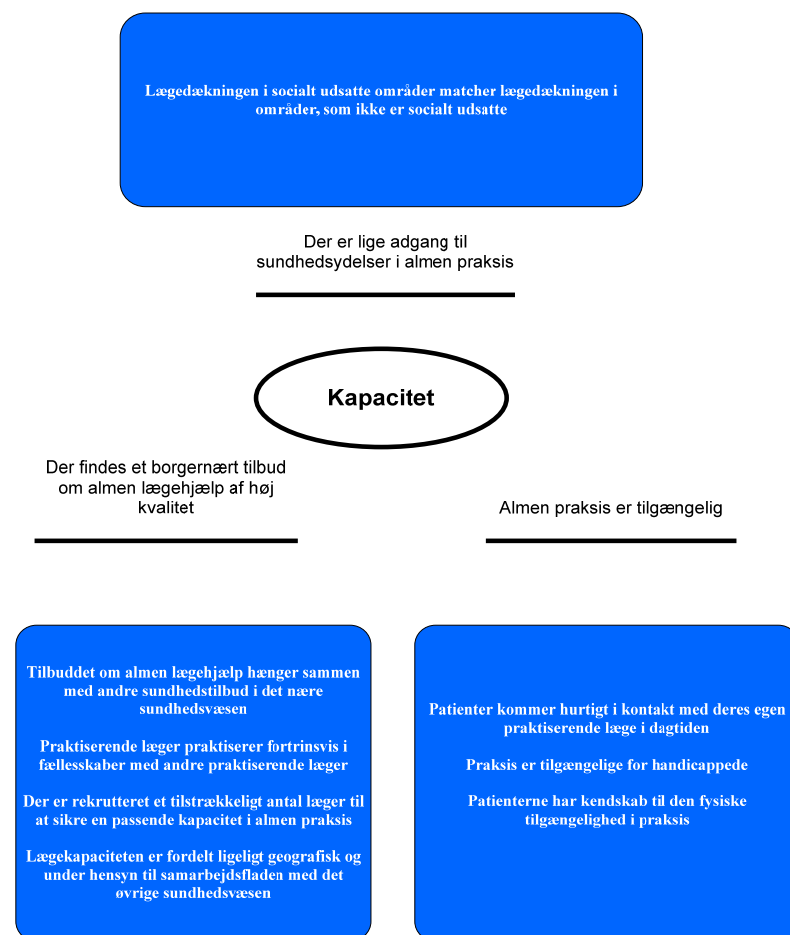
Slettet: ¶

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 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 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 høring 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
- som en 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 praksisudviklingsplanens formål og målsætninger. Samarbejdsudvalget udarbejder vejledninger og retningslinjer for sags- og beslutningsgange i forhold til flytning af praksis og praksisophør, som skal basere sig på målsætninger beskrevet i praksisudviklingsplanen. Vejledninger og retningslinjer skal indeholde en fleksibilitet, der muliggør, at afgørelser i flyttesager understøtter praksisudviklingsplanens 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 erhvervsvenlige lokaler 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. koncentrerer 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.

Med henblik på at sikre en ligelig fordeling af lægekapaciteten skal:

- *planlægnings- og hovedområder opretholdes som besluttet i Plan for almen praksis 2008-2011 med undtagelse af Amager Øst og Amager Vest, som slås sammen til et planlægningsområde benævnt Amager³.*

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.

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

Slettet: u

PLO-Hovedstaden og regionen ønsker ikke at lægge sig fast på et fast patientunderlag for en effektiv organisering af praksis eller en enkelt praksisform som den 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 her 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.

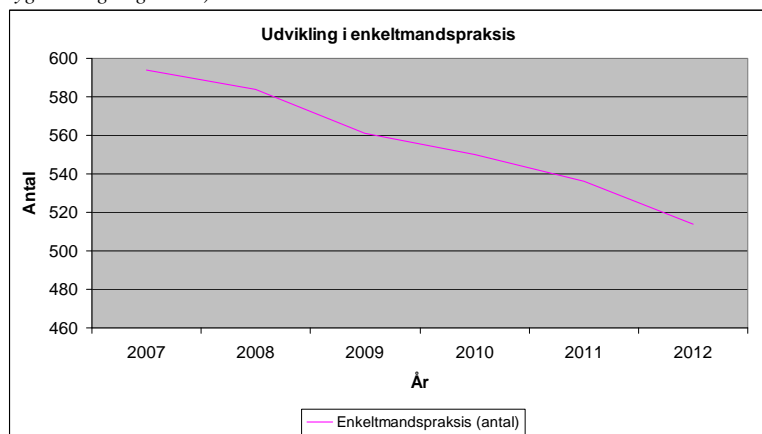
Praksisstruktur

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 enkeltmandspraksis⁵. 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 (Kilde: Sygesikringsregisteret)



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 spurgt⁶ 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 borgere⁷.

PLO-Hovedstaden og regionen anser det som 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.

Med henblik på at ændre praksisstrukturen hen imod større enheder og netværksdannelse, samt skabe sammenhæng til andre tilbud i det hele sundhedsvæsen, skal indsatsen i planperioden fokusere på:

- *at princippet om en geografisk jævn fordeling af praksis kan fraviges med henblik på at fremme praksisfællesskab, 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*

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.

kapacitetsplanlægning og løbende samarbejdsudvalgsafgørelser om kapacitetsforhold.

- *at anvende metoder og erfaringer fra det to-årige projekt om fremme af praksisfællesskaber med henblik på fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.*
- *at understøtte forankring af metode og erfaring fra facilitatorbesøg⁸ med henblik på at skabe en forbedret organisering af flerlægepraksis.*
- *at udarbejde retningslinjer 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.

I overenskomstens § 5 beskrives bundne opgaver vedrørende rekruttering og fastholdelse, herunder at praksisudviklingsplanen skal kortlægge aldersprofil for de praktiserende læger, beskrive redskaber til at modvirke lægemangel, muligheder for at stille velegnede lokaler til rådighed for praktiserende læger og tilbud til læger, der ønsker at etablere større praksis.

Forud for praksisudviklingsplanen er der foretaget en høring blandt kommunerne om hvilke behov de ser i forhold til lægedækningen, jf. overenskomstens § 5, stk. 4 (se bilag 2).

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 syd-vestlige dele af regionen, opleves problemer med rekruttering af læger.

Ifølge Sundhedsstyrelsen seneste udbudsprognoser forventes på landsplan ikke en speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel. 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 % (jf. afsnit 4.2 i grundbeskrivelsen).

Om efterspørgselen 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.

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.

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 høring⁹ af eksisterende praksis i regionen om, hvor mange patienter, de højst ønsker tilmeldt.

Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter

Pr. 1.10.2011 var 47 kapaciteter, som var tildelt praksis, stadig ubesatte. Det er 4,3 % af den samlede lægekapacitet. De ubesatte kapaciteter stammer fra en større udvidelse af kapaciteten i 2009 og 2010, som blev virkeliggjort på baggrund af de årlige vurderinger af lægedækningen i 2009 og 2010 baseret hovedsageligt på befolkningstilvækst.

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

Da de ubesatte kapaciteter er spredt ligeligt i regionen (jf. grundbeskrivelsens afsnit 1.2), kan de ubesatte kapaciteter være udtryk for andre uhensigtsmæssigheder end lægemangel og manglende muligheder for at rekruttere, idet det er en normal antagelse, at ikke alle områder i regionen har lige let ved at tiltrække læger.

Det store antal 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 foretrakkes ved tildelingen af kapaciteter.

I forbindelse med fastlæggelse af en ny konsulentorganisation for almen praksis bør nynedsatte læger og seniorlæger være særlige målgrupper for ordningens indsatser, så lægemangelproblemer så vidt muligt forebygges.

Med henblik på at sikre rekruttering og fastholdelse skal indsatsen i planperioden fokuseres på:

- at gøre det muligt for læger, som ikke er etableret i praksis, at kunne byde ind på opslag af kapaciteter på lige fod med eksisterende praksis.

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

Praksisudviklingsplan

- at fastsætte fristen for at besætte nytildelte kapaciteter til 1 år.
- at nynedsatte læger og seniorlæger indgår som særlig målgruppe i en ny konsulentorganisation for almen praksis.

Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder

Det er vanskeligere at skabe rammerne for at gøre det attraktivt at praktisere i socialt belastede områder eller yderområder, og dermed afhjælpe reelle rekrutteringsproblemer.

Det skal være attraktivt at praktisere i de pågældende områder.

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.

Slettet: psykiatriske patienter

Slettet: psykiatriske patienter

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

- Et praksisfællesskabsprojekt i Brøndby Strand
- En mentorordning for praktiserende læger i sårbare områder
- Udvikling dialogværktøj for praktiserende læger i sårbare områder.

Der bør i planperioden følges op på de erfaringer, som kan udtrages 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. Målet 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 sundhedsydelse 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.

Med henblik på at sikre tilstrækkelig lægedækning i de sårbare områder skal indsatsen i planperioden fokuseres på:

- 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 afgang samtidig pga. alder¹⁰. 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. Regionen og PLO-Hovedstaden er i øvrigt opmærksomme på at holde antallet af tilmeldte sikrede pr. lægekapacitet lavere end i resten af regionen, idet almen praksis på Bornholm generelt varetager flere funktioner end almen praksis i resten af regioner.

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 tidlige 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 den [tilgængelighed](#) i praksis [for personer med fysiske handicap](#)

Slettet: personer med handicap

Slettet: handicappede

Slettet: fysiske

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

¹⁰ Kommunal høring forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

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 forskellige regier gennemføres allerede tiltag dels rettet mod dokumentation¹¹ og dels mod forbedring af den faktiske tilgængelighed¹². Praksisudviklingsplanen 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
- 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 den service, rådgivning og behandling de modtager ved henvendelse til egen læge.

3.2 Fysisk tilgængelighed

Det er Region Hovedstadens målsætning, at alle almen praksis er tilgængelig for [personer med handicap. Med handicappede menes personer med bevægelighedshandicap, hørehandicap og synshandicap.](#)

Slettet: handicappede

I henhold til overenskomsten skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede¹³.

Praktiserende læger er således ikke forpligtet i henhold til lovgivning eller overenskomst til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for [personer med handicap.](#)

Slettet: handicappede

I henhold til FN's handicapkonvention¹⁴, 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.

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

¹³ Overenskomst om almen praksis (2011), § 53.

¹⁴ FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

Praktiserende læger, der ønsker at flytte, skal i henhold til overenskomsten indhente Samarbejdsudvalgets godkendelse hertil. Godkendelse skal meddeles med mindre det er i strid med praksisplanen.

Region Hovedstaden opfatter det som selvfølgelig, 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.

Slettet: handicappede

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

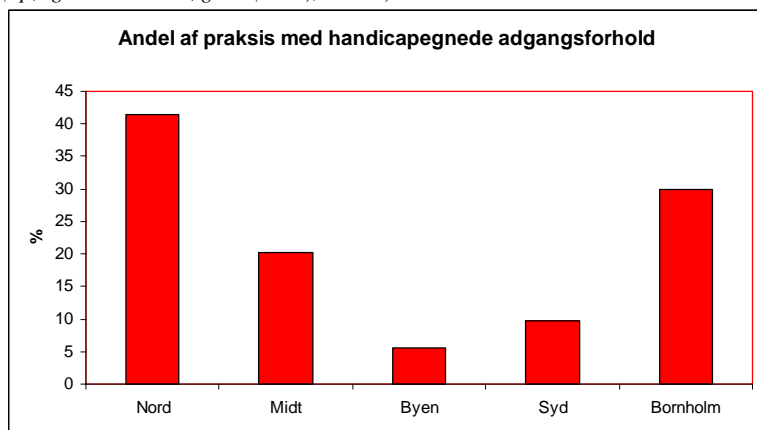
De praktiserende læger skal opdatere oplysninger om praksis på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Der er tvivl om kvaliteten af denne information, da der ikke i overenskomsten er aftalt en tilstrækkelig ensartet forståelse af, hvad "handicaptilgængelighed" er.

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.

Slettet: handicaptilgængelighed

Med henblik på at få et retvisende billede af de alment praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev de praktiserende læger i forbindelse med akutanalyserne bl.a. adspurgt om praksis har niveaufri adgang til stueetagen i forbindelse med akutanalysen nævnt ovenfor. Resultatet ses i figur 4¹⁵.

Figur 4: Handicapegnede adgangsforskel i almen praksis fordelt på hovedområder (Spørgeskemaundersøgelse (2012), n=425)



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

16 % af lægepraksis i Region Hovedstaden oplyser ifølge undersøgelsen, at de opfylder de fire kriterier for handicapadgang (se fodnote 4). Af figuren fremgår det, 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 mere velegnede lokaler. Flere kommuner har således i sidste planperiode ikke haft held med at tiltrække praktiserende læger til projekter, hvor lokaliteter stilles til rådighed.

Slettet: handicaptilgængelighed

Slettet: en

Forklaringerne herpå kan dels være 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.

Slettet: handicaptilgængelighed

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

PLO-Hovedstaden og regionen er enige om, at det kræver en fælles indsats at løfte temaet 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.

Slettet: Det bør derfor drøftes grundigt i samarbejdsudvalget med henblik på at iværksætte konkrete tiltag, der skal forbedre den fysiske tilgængelighed. ¶

Indsatsen bør i kommende planperiode fokusere på at fremme [tilgængelighed for personer med handicap](#) ved:

Slettet: handicaptilgængelighed

Slettet: en

- at samarbejdsudvalget reviderer vejledningen for afgørelser om flytning af praksis, så [tilgængelighed for personer med handicap](#) prioriteres som et væsentligt element.

Slettet: handicaptilgængelighed

- at samarbejdsudvalget årligt følger op på [tilgængelighed til praksis for personer med handicap](#) med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed.

Slettet: handicaptilgængelighed

- at samarbejdsudvalget fortsat opfordrer almen praksis til at opdatere praksisdeklarationen med klinikinformation om toilet- og adgangsforhold for [personer med handicap](#), så informationer bliver tydelige for patienterne.

Slettet: handicappede

- at etablere et samarbejde mellem relevante aktører i forhold til at kortlægge og nedbryde praktiske barrierer for flytning til velegnede lokaler.

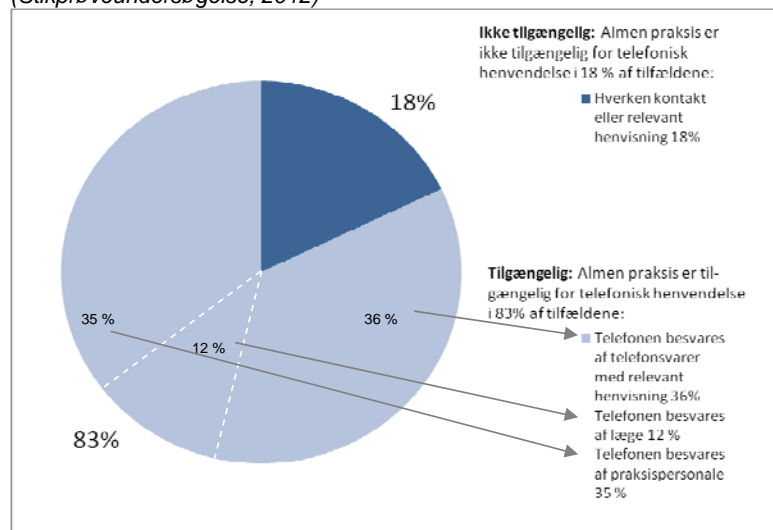
3.3 Telefonisk tilgængelighed

Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden er enige 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 bevarer personale telefonen udenfor lægens telefontid, og dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen.

I figur 5 ses resultaterne af en stikprøveundersøgelse (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](#).

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.

Slettet: som har telefonisk med almen praksis

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.

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

I forbindelse med implementeringen af Plan for almen praksis 2008-2011 er der udarbejdet et idekatalog, 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.](#)

Indsatsen bør i kommende planperiode fokusere på at sikre, at patienten kan komme i kontakt med praktiserende læge ved:

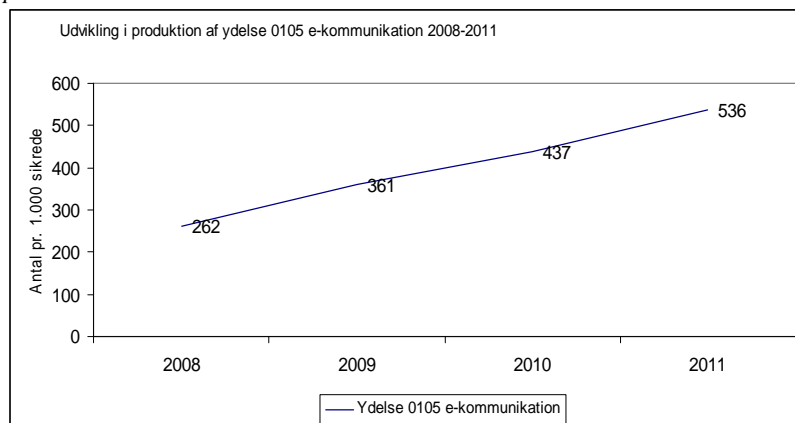
- *at PLO-Hovedstaden arbejder for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed¹⁷,*
- *at regionsadministrationen følger op på stikprøveundersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis ved at gennemføre en ny i planperiodens 4. år. Resultatet forelægges SU.*
- *at samarbejdsudvalget følger 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.

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.

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.

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

Målsætninger: Faglig udvikling - tværsektorielt

En samarbejdsmodel for et gnidningsløst samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører er afprøvet og opbygget
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
Forløb for socialmedicinske patienter er optimeret
Patienter er medicineret sikkert og økonomisk effektivt
Medicininformation er opdateret og følger borgeren
Kun relevante patienter får medicin dosisdispenseret
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
Almen praksis bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet
Almen praksis bidrager til rehabilitering og palliation af kræftpatienter
Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis er styrket
Samarbejdsformer er udviklet til styrkelse af sektorsamarbejde, der understøtter det sammenhængende forløb for psykiatriske patienter
Almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet
Patienter og praktiserende læger tilbydes ensartet diagnostisk service
Fødende kvinder oplever sammenhængende forløb

Udstrakt samarbejde mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og den øvrige praksissektor bidrager til gode patientforløb

Faglig udvikling - tværsektorielt

Almen praksis er tovholder og bevarer kontinuiteten i forhold til den enkelte patient

Der eksisterer et nært tilbud om akut lægehjælp i både dag- og vagttid.

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

Lægevagtskonsultationer er placeret i forbindelse med alle akutmodtagelser og akutklinikker.
Patienten får det rette, akutte behandlingstilbud, på det rette niveau, til den lavest mulige omkostning
Almen praksis indgår som en integreret del af det øvrige akutberedskab.

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. Praksisudviklingsplanen skal understøtte og supplere det planarbejde, som allerede er en del af Region Hovedstadens samlede sundhedsplan. Endvidere kan det være relevant at indfri og understøtte praksisudviklingsplanens målsætninger gennem regionens øvrige planarbejde, f.eks. i sundhedsaftalerne.

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, og ud over almen praksis og hospitaler skal også kommunernes kompetencer og sundhedsopgaver inddrages i 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 sundhedsvæsenets aktører. Erfaringerne viser f.eks. 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 organisationsfunktioner 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 opøgende 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 praksissektoren hensigtsmæssigt,
- Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra og epikriser tilsendt almen praksis

Slettet: korrekt

Slettet: fra

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.

Slettet: behandling eller

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 pengene¹⁸.

Desuden blev det i økonomiaftalen for 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner aftalt, at der skal udarbejdes en række 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.

Praksiskonsulentordningen 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, f.eks. i form af en implementeringsstrategi ift. hvordan der følges op på nyhedsbrevene 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 5 regioner og er tilgængelig via Den fælles offentlige sundhedsportal – www.sundhed.dk

Med henblik på at sundhedstilbuddene i det specialiserede sundhedsvæsen og i praksissektoren anvendes korrekt skal der i planperioden fokuseres på:

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

3.2 Central visitation (CVI)

Der blev i maj 2011 etableret Centrale visitationsenheder (CVI'er) i planområderne Byen, Midt og Syd. I forvejen fandtes en CVI i Nord. Formålet med central visitation er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og samtidigt bedre patientsikkerheden i sektorskiftet. Det

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

sker ved, at læger i praksissektoren sender henvisning til den centrale visitationsenhed i patientens bopælsområde. CVI sender herefter henvisningen videre til den relevante hospitalsafdeling¹⁹.

Ved henvisning til kommunale tilbud skal kommunernes henvisningsprocedurer følges.

Efter visse indkøringsvanskeligheder har de nye CVI'er har 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.

Med henblik på at understøtte logistikken omkring henvisningssituationen skal indsatsen i planperioden fokusere på:

- *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.

Med henblik på at sikre korrekt anvendelse af tilbuddet om almindelig fysioterapi skal der i planperioden fokuseres på:

- *at formidle vejledningen for korrekt anvendelse af tilbuddet om almindelig fysioterapi.*

5. Samarbejde om kroniske patienter

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-visitacion-cvi/introduktion-brug-cvi/>

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.

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 sygdom²⁰.

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 lægehuse²¹ peges der desuden på fem forandringstiltag i forhold til at udvikle almen praksis' kronikerbehandling. Disse uddybes i praksisudviklingsplanens del III, da de ikke i særlig grad involverer tværsektorielle tiltag. I del III uddybes ligeledes, hvordan der systematisk skal arbejdes med kvalitet i kronikerbehandling i almen praksis.

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)

5.1 Kronikerprogrammet

Kronikerprogrammet er etableret for at virkeliggøre forløbsprogrammerne i Region Hovedstaden finansieret igennem centrale midler tildelt Region Hovedstaden. Programmet omfatter 18 projekter og løber i perioden 2010 – 2012²².

Kronikerprogrammet skal 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.

Det er væsentligt ved programperiodens udløb ultimo 2012, at den viden som kronikerprogrammet har afstedkommet 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, forandringsiltag og resultater fra kronikerprogrammet.

Slettet:

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 lænderyg 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 brug af SOFT portalen.
- at bidrage til elektronisk kommunikation mellem involverede parter at henvise til hospitaler efter aftalte vejledninger.

Slettet: og

Slettet: ¶
¶

Slettet: D

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

Formateret: Indrykning: Venstre: 0,63 cm, Ingen punkttegn eller nummerering

Slettet: ¶

Slettet: Udover de fem forløbsprogrammer, som udgår fra Region Hovedstaden, er der

Slettet: som det også er relevant at sætte fokus på. ¶
I Sundhedsstyrelsens udkast til

Slettet:

Slettet: tages der ikke kun udgangspunkt i sygdomstilstanden, når der skal udvikles stratificeringsmodeller, men der tages højde for egenomsorg, multisygdom m.v. Det er vigtigt, at relevante parter, herunder almen praksis, indgår i et samarbejde om at få stratificeret patienter i henhold til de reviderede programmer. ¶
Herudover er der udarbejdet

Slettet: , hvor almen praksis spiller en rolle i implementeringen

Slettet: —————Sideskift—————

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

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 patient²³.

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 over nødvendige oplysninger inden der kommunikeres om kroniske patienter oftest ved opkald til almen praksis²⁴.

Hvilke funktioner almen praksis skal varetage, er formuleret i bilag til overenskomsten (2011) og konkretiseret i det enkelte forløbsprogram, og varierer desuden i henhold til det situationsbestemte samarbejde med de kommuner og hospitaler, hvor patienter 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 sat i verden for at hjælpe almen praksis og regionens sundhedsfaglige personale med at få 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.

Med henblik på at implementere forløbsprogrammerne skal indsatsen i planperioden fokusere på:

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

²³ Høring af kommuner forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

²⁴ Høring af praktiserende læger forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

6. Samarbejde om socialmedicinske patienter²⁵

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 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.

Slettet: handicappede

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.](#)

Slettet: I

Nogle kommuner angiver ligeledes 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.

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 netop, at der kan være behov for en indsats på tværs, og det sundhedsfaglige indsats ikke nødvendigvis er det primære.

Med henblik på optimerede og mere ressourceeffektive forløb for socialmedicinske patienter skal indsatsen i planperioden fokusere på:

- at afdække behov og initiere, at region og kommuner indgår aftaler om socialmedicinske forløb.

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

Slettet: relevante

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. medicinanalysen²⁶.

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 besparelspotentiale. 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.

²⁶ Analyse af medicinområdet (Region Hovedstaden, 2011).

http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/sygdom_og_behandling/Medicin/Medicinanalyse.htm

Med henblik på sikre en økonomisk effektiv medicinering skal der i planperioden fokuseres på:

- analyser og undersøgelser af ordinationsmønstre i almen praksis med henblik på at iværksætte undersøgelser af læger med særligt afvigende ordinationsmønstre²⁷.
- 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 i kommunikation, f.eks.:

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

Indrapportering og analyse af utilsigtede hændelser på medicinområdet er med til at afdække årsager, og de bidrager dermed til læring, og forbedring af kvaliteten omkring medicin håndtering.

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 blive](#) tilgængeligt for almen praksis [i løbet af 2013](#).

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 medicin håndteringen.

Slettet: er

Slettet: ved udgangen af 2012

Praktiserende lægers overblik over en medicinordination og rekommanderede præparater (basislisten) vil kunne styrkes, hvis basislisten bliver synlig i lægens ordinationsmodul. Om dette bliver muligt er endnu uvist.

Med henblik på at medicininformation er opdateret og følger borgeren ved brug af FMK skal der i planperioden fokuseres på:

²⁷ Jf. Overenskomstens (2011) § 95, stk. 2.

- *at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats i forhold til anvendelse af FMK.*

7.4 Medicingennemgang

Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling²⁸.

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. 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 efteruddannelsesstilbud om:

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

Med henblik på at kvalitetssikre behandlingen af polymedicinerede patienter ved medicingennemgang skal der i planperioden fokuseres på:

- *at udbrede kendskab blandt praktiserende læger til opfølgende hjemmebesøg (herunder medicingennemgang), værktøjer for medicingennemgang²⁹ og elektroniske hjælpemidler vedrørende medicinhåndtering.*
- *at etablere et efteruddannelsesstilbud i medicingennemgang, hvis det i planperiode bliver relevant.*
- *at tilbyde almen praksis telefonrådgivning fra Medicininfo i forhold til konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicinering.*
- *at datafangstrapporter i forhold til medicingennemgang³⁰ indgår i den løbende udvikling af praktiserende lægers anvendelse af datafangst.*

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

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

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 compliance³¹ er stadig udokumenteret³².

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.
- at ordinerende læge er opmærksom på kun at ordinere dosisdispenseret medicin, såfremt medicinen også kan dosispakkes³³

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.

Med henblik på en sikker medicinering af patienten ved dosisdispensering skal der i planperioden fokuseres på:

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

8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

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.

³³ Fx. ifølge www.medicinpriser.dk

³⁴ Der arbejdes på at ændre indretningen af de praktiserende lægers it-systemer, så de understøtter dette behov.

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.

Praksisudviklingsplanen skal understøtte de indsatser, plantiltag og projekter som udspringer af Ældreplanen (2011) og de målsætninger og indsatsområder som er aftalt i Sundhedsaftalerne (2011), 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 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 er 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 på nuværende tidspunkt (2012) ingen aftale mellem parterne, som er målrettet forebyggelse af indlæggelser. Mulighederne for en tidlig indsats bør afklares i planperioden.

Formateret: Skrifttype: Ikke Fed

Formateret: Skrifttype: Ikke Fed

Formateret: Skrifttype: Ikke Fed

Formateret: Skrifttype: Ikke Fed

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 patienter³⁶. Det er ordningens formål at reducere antallet af genindlæggelser.

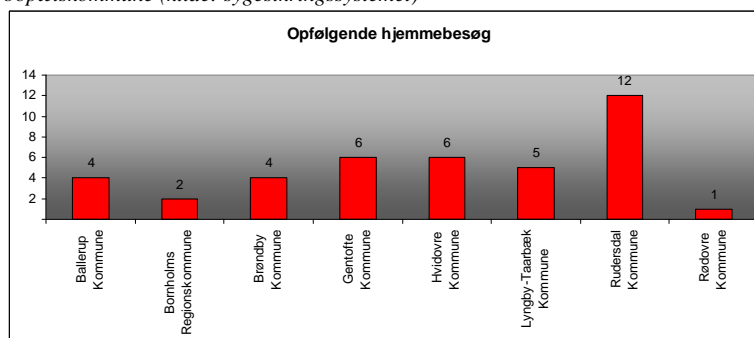
Ordningen med opfølgende hjemmebesøg er udviklet i henhold til den såkaldte Glostrup-model og har i pilotprojekt været afprøvet i forskellige kommuner³⁷. Undersøgelser på området har vist, at denne indsats giver gode resultater.

Det er derfor besluttet at udbrede ordningen til hele regionen i 2011 ved udarbejdelsen af en § 2 aftale om opfølgende hjemmebesøg. Den enkelte kommune har mulighed for at tilmelde sig aftalen. Ydelsen til den praktiserende læge dækkes af regionen. 18 ud af 29 kommuner har pr. 1. maj 2012 tilmeldt sig aftalen.

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 stadig sparsomt. Det fremgår af figuren nedenfor at Rudersdal Kommune har gennemført flest opfølgende hjemmebesøg i perioden. Det fremgår også, at flere kommuner ikke har anvendt muligheden i perioden maj 2011-januar 2012.

Figur 7 Antal opfølgende hjemmebesøg fra maj 2011-januar 2012 i patientens bopælskommune (kilde: sygesikringssystemet)



Med henblik på at reducere antallet af genindlæggelser skal der i planperioden fokuseres på:

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

9. Kræftpakkeforløb

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).

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 nøgelfunktion i forhold til at identificere kræftsygdom tidligt i forløbet og i forhold til at understøtte overgange mellem sektorerne.

Mistanke 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 lymfødeme 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 efter behandling, 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 ensortes 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 inklusiv 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 Lymfødemed behandling

Lymfødemed er hævelser, der er forårsaget af skader i lymfesystemet, der bevirker ophobning af lymfevæske. Lymfødemed forekommer ofte som senfølge efter kræftbehandling.

Behandling og efterbehandling af lymfødemedpatienter bør foregå i højt specialiserede funktioner på akuthospitalerne, som er oprustet til at løfte denne opgave, 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.

Med henblik på at udrede og behandle patienter hurtigt skal der fokuseres på følgende indsatsområder i planperioden:

- at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats som beskrevet i forhold til håndtering af kræftpatienter.
- at formidle retningslinjer for lymfødemed 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.

Slettet: psykiatriske patienter

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 voksenområdet³⁸.

Beskrivelsen af snitfladen til almen praksis og sektorsamarbejdet mellem kommune, almen praksis og psykiatriske 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.

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

Slettet: psykiatriske patienter

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.

Slettet: mellem almen praksis og

Slettet: specialister i psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en projektansøgning, som skal udvikle og afprøve en dansk model for såkaldt collaborative care³⁹. 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.

Slettet: ,

Slettet: eller funktionelle lidelser

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.

Slettet: arbejdes der

Slettet: med

Slettet: ing

Slettet: af

Telefonisk rådgivning til patienter med dobbeltdiagnoser og spiseforstyrrelser har fungeret siden 2011.

Slettet: Endelig har forsøg med t

Slettet: været etableret

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

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”.

[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 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.

Slettet: de

Slettet: psykiatriske patienter

Slettet:

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 nattetimerne⁴⁰.

Henvendelse til udrykningstjenesten skal foregå via lægevagten⁴¹. Der er derfor en snitflade mellem lægevagt og udrykningstjeneste, hvor der er behov for optimal kommunikation.

Slettet: psykiatriske patienter

Slettet: mennesker med svær

Slettet: ind i behandlingssystemet

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. En god erfaring i den sammenhæng er tilpassede shared care- og step care-modeller, hvor den praktiserende læge er udgangspunktet for visitering og videre behandling.

⁴⁰ Udrykningstjenesten udvides til Region Hovedstaden i 2013

⁴¹ Pr. 1. januar 2013 skal visitation ske via AMK-vagtcentral 112 og 1813.

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem sektorer om menesker med sindslidelser bør der i planperioden fokuseres på:

- 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 menesker med sindslidelser

Slettet: psykiatriske patienter

Slettet: psykiatriske patienter

11. Samarbejde om diagnostik

Målsætninger:

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

I planperioden 2008-2011 er der gennemført en række analyser med henblik på at ændre organiseringen af den diagnostiske betjening af bl.a. almen praksis⁴².

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 specialer⁴³

Samarbejdet mellem almen praksis og såvel praktiserende radiologer, relevante praktiserende speciallæger, hospitalsafdelinger og Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL) 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.

Hos Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium (KPLL) kan praktiserende læger i tidligere H:S og Københavns Amt rekvirere diagnostiske undersøgelser. Praktiserende læger i det tidligere Frederiksborg Amt anvender Hillerød Hospital, i Bornholms Regionskommune anvendes Bornholm Hospital og i Frederiksberg Kommune Frederiksberg Hospital.

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 laboratoriebetingelsen 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.

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.

I forbindelse med vedtagelsen af HOPP 2020 besluttede regionsrådet at ændre i de servicefunktioner, som aktuelt bl.a. udføres på KPLL.

Med henblik på at sikre et ensartet tilbud til læger og patienter sker der i forlængelse heraf en flytning af KPLL's 'klinisk fysiologiske' opgaver til afdelinger indenfor relevante specialer, således at det diagnostiske og behandlingsmæssige ansvar følges ad.

For så vidt angår klinisk biokemi får KPLL midlertidigt reference til administrationen ved Koncern Praksis indtil der forelægger aftale om endelig organisering. 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

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi fra 2010 er EEG-undersøgelser en regionsfunktion. EEG undersøgelser kan alene udføres på Klinisk Neurofysiologisk afdeling på Glostrup Hospital og Rigshospitalet. Derfor blev EEG-undersøgelser overflyttet fra KPLL til Klinisk Neurofysiologisk Afdeling på Glostrup Hospital med virkning fra den 1. juli 2011.

Ændringen medførte samtidig, at henvisning til EEG-undersøgelser foregår via speciallæger i neurologi i enten hospitalssektoren eller speciallægepraksis, samt for børn pædiatere.

Almen praksis kan således ikke længere henvise direkte til EEG-undersøgelser

Diagnostisk radiologi

Praktiserende speciallæger i diagnostisk radiologi er hovedsagligt beliggende i København.

Flere hospitaler har såkaldte walk-in funktioner, hvor patienter med en henvisning fra praktiserende læger kan få taget røntgen uden forudgående tidsbestilling. Begge dele er muligheder for diagnostisk støtte, hvor behandlingsansvaret forbliver almen praksis.

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.

Behovet for, om der er yderligere indikationer, hvor almen praksis fremadrettet skal kunne henvise direkte til CT og MR-scanning, vurderes løbende i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd.

Patologi

Efter en analyse af den samlede kapacitet og efterspørgsel efter patologiske ydelser, og på baggrund af et ønske om en mere effektiv ressourceanvendelse, er det besluttet at klausulere speciallægepraksis i patologi til lukning. Patologisk anatomi er nu udelukkende en funktion i hospitalssektoren, hvorfor praktiserende læger fremover skal henvise hertil.

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.

Med henblik på at muliggøre diagnostisk bistand til almen praksis og patienterne af en ensartet høj kvalitet og service skal der i planperioden fokuseres på:

- *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.*

12. Samarbejde om akutberedskab

Målsætninger:

- Almen praksis indgår som en integreret del af det øvrige akutberedskab.
- Lægevagtskonsultationer er placeret i forbindelse med alle akutmodtagelser og akutklinikker undtaget Frederiksberg Hospital.
- Patienten får det rette, akutte behandlingstilbud, på det rette niveau, til den lavest mulige omkostning

Tilrettelæggelsen af det akutte sundhedstilbud er under forandring. Fortsat udvikling af akutberedskabet har været drøftet i flere sammenhænge og på forskellige niveauer i sidste planperiode, herunder også ændringer i organiseringen af lægevagten.

Det er Region Hovedstadens målsætning, at det akutte beredskab skal være enstrenget. Det indebærer bl.a. at der skal ske en organisatorisk og fysisk samling af de funktioner, der i dag varetager akutte sundhedsfaglige henvendelser fra borgerne, dvs. 1813-opkald til akuttelefonen, 112-opkald til alarmcentral, vagtcentralopgaver, de overordnede lægevagtsopgaver og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)⁴⁵. Dette med henblik på at opnå synergieffekter og faglig sparring mellem regionens akutfunktioner.

PLO-Hovedstadens ønsker en enstrengt lægelig visitation til det akutte beredskab, og at almen praksis, og lægevagten i sin nuværende organisation, sikrer patienten den rette behandling, det rette sted.

Slettet: Det er

Slettet: målsætning

Slettet: ,

Slettet: at det akutte beredskab skal være lægevisiteret

Udover den akutte indsats i almen praksis og lægevagten foregår den akutte indsats i hospitalssektoren på akutmodtagelser på akuthospitalerne og på lægebemandede akutklinikker på de øvrige hospitaler. Regionen har besluttet med vedtagelsen af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020), at der skal etableres sygeplejebemandede akutklinikker i Helsingør og Frederikssund inden fusionen af Frederikssund, Helsingør og Hillerød til et nyt Hillerød Hospital. 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 dagtid 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.

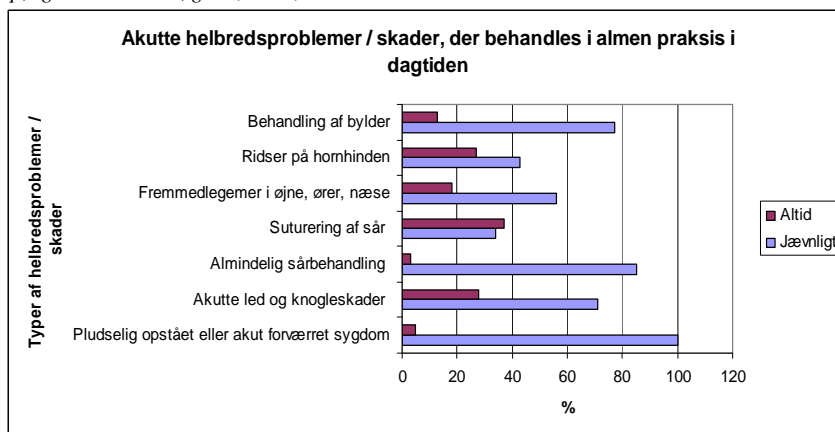
I vagttiden varetages lægebetjeningen af lægevagtsordningen, som drives af de praktiserende læger efter aftale med regionen. Lægevagten fungerer i vagttiden, på linje med almen praksis i dagtiden, og er en speciallægeenhed med ret til at visitere og henvise til relevante akutte undersøgelser og behandling. Praktiserende læger er selvstændige i deres udførelse af opgaven. Lægevagten er organiseret med en telefonvisitation fælles for hele regionen. Visitationen yder telefonisk rådgivning og afsluttende behandling og har desuden mulighed for at visitere til egen læge, til lægevagtskonsultationer beliggende på regionens hospitaler samt til besøg af kørende vagtlæger.

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.

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

I figuren nedenfor fremgår, hvor stor en andel af de praktiserende læger der jævnligt i dagtiden behandler typer af akutte helbredsproblemer og skader.

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 hospitalerne⁴⁶.

Det skal undersøges, hvorvidt almen praksis' akuttilbud i dagtiden kan tilrettelægges, således at 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, vagtlægen 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 tilbud⁴⁷.

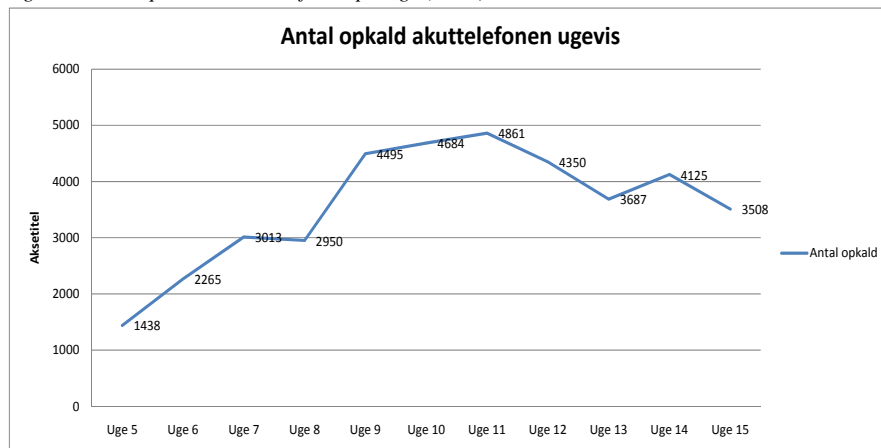
I figur 9 og figur 10 fremgår antallet af henvendelser til akuttelefonen samt hvilken type af rådgivning patienten har modtaget. Begge figurer illustrerer også udvikling over tid.

Slettet: x
Slettet: x

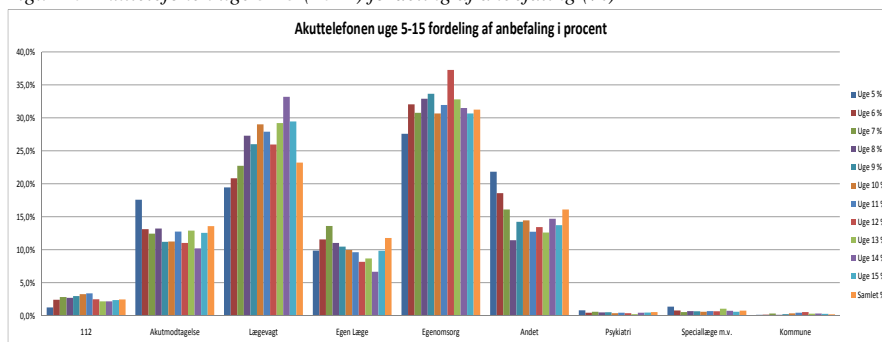
⁴⁶ Analyse af ventetider for skadepatienter. Behov og kapacitet i akutmodtagelserne og akutklinikkerne. (Region Hovedstaden, 2012).

⁴⁷ I 2012 er en proces i gang mellem kommune og regino 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 såvel akutmodtagelse som hos lægevagten ved at afslutte patienter uden akut lægekontakt, hvor det er muligt.

Regionen og PLO-Hovedstaden er enige om:

- at akuttelefonen ved behov oplyser borgeren om telefonnummer på egen læge.
- at akuttelefonen kan viderestille borgeren til lægevagten almindelige telefonkø
- at lægevagten viderestiller til akuttelefonen, hvor der er behov for anden rådgivning f.eks. oplysning om ventetider på akutmodtagelserne.

Region Hovedstaden har herudover ønske om at indgå aftale om følgende punkter:

- at akuttelefonen ved borgerhenvendelser af hastende karakter kan viderestille til direkte telefonnummer hos lægevagten udenom den almindelige telefonkø

Praksisudviklingsplan

- at akuttelefonen kan kommunikere elektronisk med lægevagten, således at relevante informationer videregives direkte mellem de sundhedsfaglige personer med henblik på videre behandling eller telefonisk kontakt til borgeren.
- at akuttelefonen kan visitere borgerne til konsultation i lægevagten.

Med henblik på at sikre en integreret indsats i det akutte beredskab skal der i planperioden fokuseres på:

- løbende at evaluere - og om muligt udvikle samarbejdet mellem lægevagt og akuttelefonfunktionen.

12.3 Samarbejde med sygeplejebemandede akutklinikker

Når Helsingør og Frederikssund Hospital lukkes forventer regionen, at sygeplejebemandede akutklinikker i Frederikssund og Helsingør, sammen med lægevagten, kan sikre et nært akuttillbud i nærområdet.

Akutklinikkerne skal bemandedes med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra akutmodtagelsen på akuthospitalet. Klinikkerne skal fungere i perioden kl. 7.00-22.00, og bør desuden placeres i fysisk sammenhæng med lægevagtskonsultation og praksisfællesskaber.

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 et fælles sundhedshus, 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. Der kan blive behov for at indgå aftale om, at den sygeplejebemandede akutklinik kan få bistand fra læger i sundhedshuset ved akut behov, hvor borgere henvender sig direkte i dagtiden.

Tilsvarende kan der i vagttiden være behov for akut lægehjælp i den sygeplejebemandede akutklinik. Det ville være ønskeligt, hvis der om der kunne udarbejdes fælles faglige retningslinjer for sygeplejerskernes ansvar og kompetencer, der tilgodeser både akutmodtagelsen og lægevagten. Region vil tilstræbe, at et samarbejde om dette kan forhandles og implementeres i planperioden.

For at facilitere synergi og tværsektorielt samarbejde foreslås det, at det regionale nære akuttillbud, 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

- at udvikle en samarbejdsmodel mellem henholdsvis lægevagt, praksisfællesskab og de sygeplejebemandede akutklinikker i Frederikssund og Helsingør.

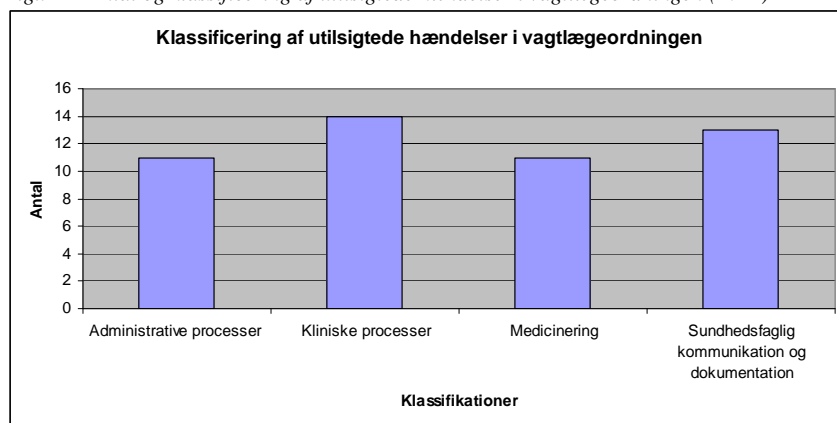
12.4 Samarbejde med fælles akutmodtagelser/akutklinikker

I henhold til overenskomsten (2011)⁴⁸ skal anbefalingerne fra Udvalget om det præhospitale akutberedskab søges indfriet. Det omfatter bl.a., at fremtidens lægevagt er fleksibel og differentieret og i højere grad målrettes lokale behov.

Lægevagten samarbejder med akutmodtagelser og -klinikker beskrives og udvikles via lokale samarbejdsaftaler, der indgås decentralt mellem hospital og lægevagt.

Når patienten overgår fra akutmodtagelse til lægevagt, eller omvendt, er det et sektorskift, der erfaringsmæssigt kan medføre utilsigtede hændelser. Der er rapporteret 49 utilsigtede hændelser vedr. vagtlægeordningen i 2011, hvilket svarer til ca. 5 % af de samlede rapporteringer om praksissektoren. De 49 hændelser omhandler ikke alene sektorskiftet (indeholdt i kategorien ”administrative processer”) men også f.eks. kliniske processer. Der bliver løbende fulgt op på og uddraget læring af utilsigtede hændelser i patientsikkerhedsorganisationen. Antallet af rapporterede hændelser er ikke repræsentativt for det samlede antal fejl/hændelser i en sektor, men kan derimod afspejle øget tilbøjelighed til rapportering, og dermed en sund patientsikkerhedskultur.

Figur 11 Antal og klassificering af utilsigtede hændelser i vagtlægeordningen (2011)



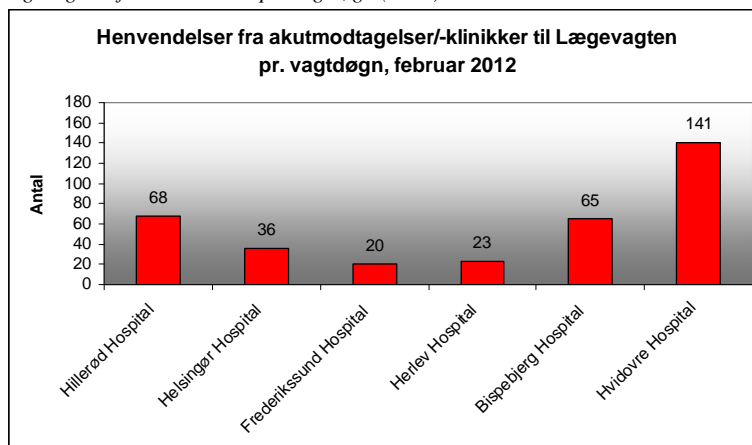
Det er Region Hovedstadens ønske, at akutmodtagelser/-klinikker skal kunne visitere patienten direkte til lægevagten fremmødekonsultation udenom telefonsystemet.

Så længe dette ikke kan realiseres skal det tilstræbes, at alle akutmodtagelser/-klinikker udstyres med lægevagten ”først i kø” telefonnummer, så patienter der henvises til lægevagten fra akutmodtagelse/-klinik ikke skal stå i kø i lægevagten telefonsystem med henblik på at lette

⁴⁸ Overenskomstens bilag 3, Protokollat om lægevagten af 21.12.2010.

sektorskiftet for patienten fra akutmodtagelse/-klinik skal. Det er allerede etableret på flere hospitaler. Antallet henvendelser fra akutmodtagelsernes/-klinikernes "først i kø" telefon til lægevagtens fællesvisitation pr. døgn fremgår af figuren nedenfor.

Figur 12 Henvendelser fra akutmodtagelsernes/-klinikernes "først i kø" til lægevagtens fællesvisitation pr. vagtdøgn (2011)



Med henblik på at sikre en sammenhængende, integreret indsats i det akutte beredskab skal der i planperioden fokuseres på:

- at etablere "først i kø" telefonnummer til lægevagten på alle akutmodtagelser/-klinikker
- videreudvikle og løbende evaluere samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelser og lægevagt⁴⁹.

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/lægevagt 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. Den telefoniske lægevagt er dog forsat lokaliseret andet steds, og fungerer uafhængigt af både 112-opkald, akuttelefonen og de øvrige regionale akuttilbud med udsendelse af ambulance, akutlægebil og akutlægehelikopter.

⁴⁹ Jf. Anbefalingerne fra Udvalget om det præhospitale akutberedskab (Overenskomst for almen praksis, 2011)

En hensigtsmæssig udvikling med udgangspunkt i den nuværende organisation bør sigte mod at øge samarbejdet mellem lægevagtsledelsen og regionens AMK-Vagtcentral og øvrige akuttilbud. Et velfungerende og integreret samarbejde vil være til gensidig gavn for både AMK-Vagtcentralfunktionen og lægevagtsfunktionen med sammenhæng i den telefonisk visiterende og rådgivende præhospitale service og det samlede akutberedskab.

Der skal i planperioden arbejdes for en model, der sigter mod øget faglig sparring og andre synergieffekter mellem regionens akutfunktioner, som kan medvirke til at øge kvaliteten af ydelserne.

Almen praksis og lægevagten 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/-klinikker⁵⁰.

Med henblik på at sikre et sammenhængende integreret akut beredskab skal indsatsen i planperioden fokusere på

- *at udarbejde en model for et mere integreret samarbejde mellem AMK-Vagtcentral og lægevagtsledelsen/lægevagts telefoniske visitationsenheder.*
- *at indtænke almen praksis og lægevagten i beredskabsplanlægningen.*

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

Slettet:

Med henblik på at forebygge indlæggelser har nogle kommuner etableret både lægevisiterede og ikke-lægevisiterede akut- [eller aflastningspladser](#)⁵¹. 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.

Slettet:

⁵⁰ Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab" (Region Hovedstaden, 2008)

⁵¹ Målgruppen for akut- [og aflastningspladser](#) kan variere men omfatter ofte et tilbud målrettet ældre borgere med behov for observation, pleje og ukompliceret behandling.

Flere kommuner har desuden henvendt sig med ønske om at etablere et udbygget samarbejde med lægevagten 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 i henhold til overenskomstens § 2, stk. 2. En aftale kunne indeholde hvilke forudsætninger der skal være på plads i en samtalsituation eksempelvis.

Det er desuden vigtigt, at såvel praktiserende læger og vagtlæger har aktuelle og lettilgængelige oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud.

Med henblik på at sikre en sammenhængende og integreret akut indsats skal der i planperioden fokuseres på:

- *at almen praksis og kommune indgår i en dialog om sikker mundtlig og elektronisk kommunikation*
- *at region og kommuner udbygger rammerne for samarbejdet i vagttiden, herunder et kommunikationskoncept.*
- *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.

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.

Slettet:

- 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. Med henblik på at forbedre sammenhængen for fødende kvinder i planperioden skal der i planperioden fokuseres på:

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

Slettet: ¶

¶

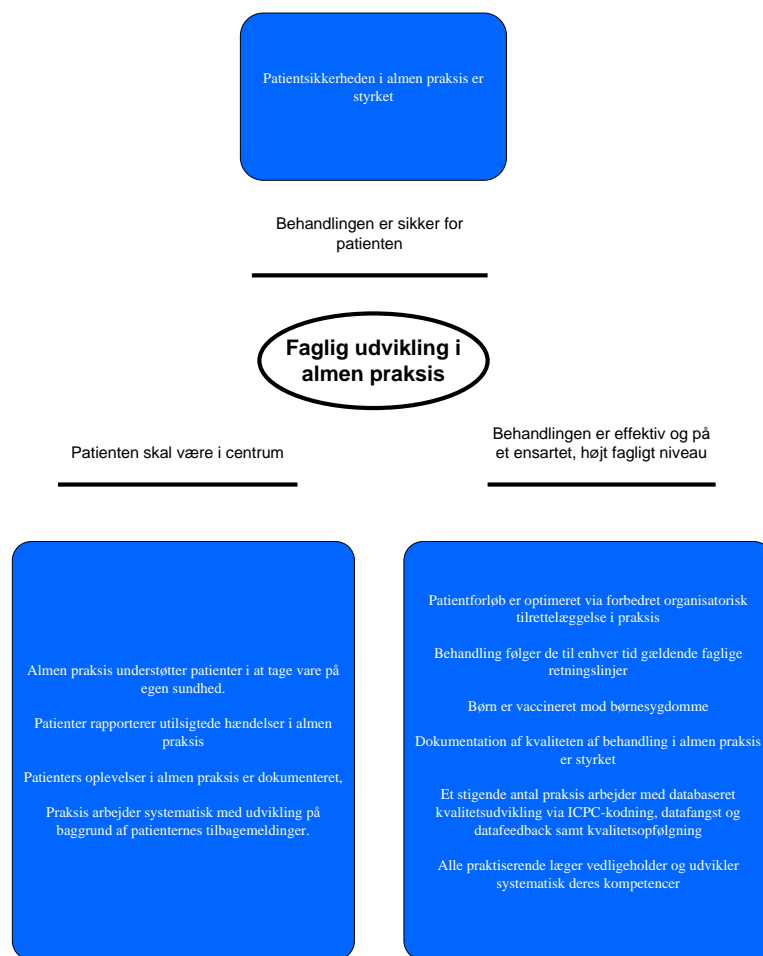
Slettet: M

Faglig udvikling i almen praksis

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

1. Målsætninger

Målsætninger: Faglig udvikling i almen praksis



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](#).

Slettet: alle praktiserende læge

Slettet: arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling

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 praksis⁵², som sætter rammerne for udviklingsarbejdet i regionens praksisorienterede kvalitetsorganisation.

Regionens kvalitetsorganisation vedrørende almen praksis består bl.a. af en række konsulentfunktioner. De nuværende konsulentordninger er karakteriseret ved at bestå af en række forskellige konsulentorganisationer med forskellige formål.

En del af konsulenterne har direkte kontaktflade til praksis via praksisbesøg, f.eks. medicinkonsulenter og facilitatorer.

Der arbejdes i løbet af 2012 på en bedre koordinering af konsulentordningerne med henblik på at få en mere systematisk tilgang til kvalitetsudvikling samt bedre sammenhæng med øvrige regionale indsatser. Den nye konsulentorganisation skal samtidig kunne håndtere nye opgaver, som almen praksis skal arbejde med fremover, det være sig akkreditering, systematisk efteruddannelse o.a. områder, som den nuværende organisation ikke er målrettet.

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

En række af de indsatsområder, der beskrives i praksisudviklingsplanen kan implementeres via en konsulentorganisation for almen praksis, herunder blandt andet gennem en efteruddannelsesindsats for almen praksis.

3. Den organisatoriske kvalitet

⁵² Strategien kan findes på webadressen: [indsættes]

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 patientforløb⁵³.

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 resultater⁵⁴, 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

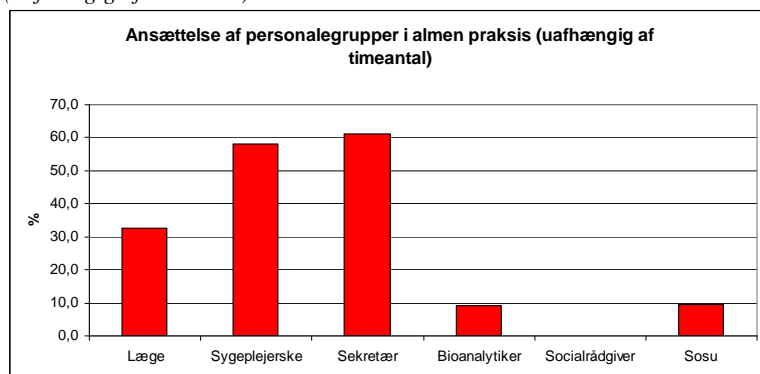
Rigtig anvendelse af praksispersonale og en hensigtsmæssig arbejdsorganisering kan påvirke kliniske resultater (fodnote 51).

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

⁵³ Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

⁵⁴ 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 selvkvørende 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 udtryk for, at praksis med fordel kan definere ansvars- og opgavefordeling i den enkelte praksis, f.els. 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 facilitatorer⁵⁵, 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
- at indgå i opsporing, diagnosticering, behandling og opfølgning af patienter med kronisk sygdom.

Facilitatorordningen evalueres i løbet af 2012.

⁵⁵ Facilitatorprojektet er omfattet af regionens kronikerprogrammet, se Del II afsnit x.

Praksisudviklingsplan

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 og kvalitetsudvikling i praksis og/eller ved ekstern vejledning.*

3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

I henhold overenskomsten skal der i indeværende overenskomstperiode udarbejdes og pilotafprøves 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 sundhedsydelse, 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 gennemførelse 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 er allerede i pilottest, da fem praksis i Region Hovedstaden indgår 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. Det forventes, at den kommende overenskomst indeholder en 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 sundhedsvæsenet⁵⁶.

Akkrediteringen realiseres trinvist ved udarbejdelse af konkrete implementeringsplaner.

Med henblik på at skabe en ensartet kvalitet af høj faglig standard skal indsatsen i planperioden fokuseres på:

- *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 regionen⁵⁷.
- videokonsultation mellem patient og egen læge: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.
- teledermatologi⁵⁸: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.

Sund dialog

Sundialog 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 værktøjet kræves en uddannelse af praksispersonalet i brugen af værktøjet og den tilhørende samtaleteknik og pædagogik. Med værktøjet er det endvidere

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

⁵⁷ Evaluering kan findes på webadressen: <http://medcom.dk/wm111493>

⁵⁸ Projekter vedrørende teledermatologi er allerede af prøvet i projektform flere steder i landet.

Praksisudviklingsplan

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.

Med henblik på at optimere patientforløb skal indsatsen i planperioden fokuseres på:

- *at afdække og prioritere hvilke telemedicinske løsninger, det er gavnligt at arbejde videre med.*
- *at afprøve og evaluere telemedicinske projekter, herunder teledermatologi i praksis⁵⁹*
- *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.

⁵⁹ 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 projektform⁶⁰.

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.

⁶⁰ 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 hospitalsvæsenet⁶¹. Kvalitetscirklen skal også være en fast del af efteruddannelses tilbuddet i almen praksis.

Slettet:

Med henblik på at få et stigende antal almen praksis til kontinuerligt og fortløbende at arbejde med egne data samt at styrke dokumentationen af effekten af kronikerbehandling skal indsatsen i planperioden fortsat fokuseres på:

- 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

⁶¹ 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).

risikomanagerfunktion for praksis, som er forankret i Enhed for Patientsikkerhed. Hvert år forelægges samarbejdsudvalget en samlet handlingsplan og en årsrapport for patientsikkerhedsarbejdet i 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 KvEAP⁶² 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 og hændelser i lægevagten. Notater om bearbejdede temaer offentliggøres på sundhed.dk.

I 2011 er der udarbejdet en evalueringsrapport⁶³ 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.

Tværsæktoriel patientsikkerhedsorganisation

Tilsvarende er der i henhold til Sundhedsaftalen etableres en patientsikkerhedsorganisation, som kan behandle tværsæktorielle 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/lægevagt 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.

⁶² Center for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis

⁶³ Evalueringsrapporten kan findes på webadressen:

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 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.dk⁶⁴. 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.

Med henblik på at styrke patientsikkerheden i praksis skal indsatsen i planperioden fokusere på:

- *at region og kommuner udarbejder organisatorisk ramme for analyse af utilsigtede hændelser i sektorovergangen mellem kommune og almen praksis/lægevagt.*
- *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](#)⁶⁵.

Slettet: figur x

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

Vaccinationstype	Tilslutnings %
-------------------------	-----------------------

⁶⁴ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

⁶⁵ 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].

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 piger⁶⁶ vaccineres mod livmoderhalskræft (HPV-vaccination). Vaccinationen skal gives tre gange med et fast interval imellem 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:
 - o lister fra regionerne til de praktiserende læger
 - o 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 profylakseaftale⁶⁷.

⁶⁶ 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 for at få vaccinen. Tilbuddet gælder, til man er fyldt 15 år. Informationsindsatsen overgik fra Sundhedsstyrelsen til regionerne pr. 1.1.2010.

⁶⁷ 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 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. 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.

Med henblik på at øge tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet skal indsatsen i planperioden fokusere på:

- at udarbejde en handleplan opfølgingsindsatsen 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 patient og pårørendepolitik .

Boks 5

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

Praksisudviklingsplan

- 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.

Med henblik på at understøtte patienter i at tage vare på egen sundhed skal indsatsen i planperioden fokuseres på at:

- at 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

Med henblik på at dokumentere patienters oplevelser i praksis skal indsatsen i planperioden fokuseres på:

- at tilbyde alle praksis at få gennemført en patienttilfredshedsundersøgelse enten via Danpep 2 eller et andet relevant koncept.
- 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 læringsystem, og patientklagesystemet, hvor der placeres ansvar.

Med henblik på at tilskynde patienter til at rapportere utilsigtede hændelser skal der i planperioden fokuseres på:

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

Praksisudviklingsplan

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