

Samarbejdsudvalget for almen lægegerning
i Region Hovedstaden

Praksisudviklingsplan for almen praksis 2012-2015

Høringsudkast
Juni 2012

REGION

RESUMÉ OG ANBEFALINGER	4
-------------------------------	----------

BAGGRUND	20
-----------------	-----------

1. Formål	20
Rammer for praksisplanlægningen	21
Overenskomstens planbestemmelser	21
1.1 Øvrig sundhedsplanlægning i regionen	22
2. Høring	22
2.1 Spørgeskemaundersøgelse	22
2.2 Høringsmøder med kommuner	23
2.3 Høringsmøder med PLO-Kommunal	23
2.4 Efterfølgende offentlig høring	23
Grundbeskrivelse	23
3. Praksisudviklingsplanens opbygning	24
3.1 Målhierarki	24

KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED	26
------------------------------------	-----------

1. Målsætninger	26
2. Lægedækning og praksisstruktur	27
2.1 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning	27
2.2 Planlægningsområder	28
2.3 Praksisstruktur	28
2.4 Rekruttering og fastholdelse	31
3. Tilgængelighed	34
3.2 Fysisk tilgængelighed	35
3.3 Telefonisk tilgængelighed	38
3.4 Elektronisk tilgængelighed	39

FAGLIG UDVIKLING - TVÆRSEKTORIELT	41
--	-----------

1. Målsætninger	41
2. Model for tværsektorielt samarbejde	42
2.1 Formål	43
3. Visitation	43
3.1 Faglige visitationsretningslinjer	43
3.2 Central visitation (CVI)	44
4. Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren	45
5. Samarbejde om kroniske patienter	45
5.1 Kronikerprogrammet	47
5.2 Forløbsprogrammer	47
6. Samarbejde om socialmedicinske patienter	48
7. Samarbejde om medicinanvendelse	50
7.2 Utsigtede hændelser i sektorovertagelsen	51
8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb	53
9. Kræftpakkeforløb	55
9.1 Regional kræftplan	56
9.3 Efteruddannelsesindsats for praktiserende læger	56
9.4 Palliation og rehabilitering	57
9.5 Lymfødeme behandling	57
10. Udredning af mennesker med sindslidelser	58
10.1 Shared care	58
10.2 Samarbejdsmodel i forhold til behandling af udsatte grupper	59
10.3 Samarbejde ved akut syge psykiatriske patienter	59
11. Samarbejde om diagnostik	60
12. Samarbejde om akutberedskab	63
12.2 Samarbejde med akuttelefonen	65
12.3 Samarbejde med sygeplejebemandede akutklinikker	66
13. Samarbejde på svangreområdet	70

FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS	72
1. Målsætninger	72
2. Rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis	73
3. Den organisatoriske kvalitet	73
3.1 Ledelse og praksisudvikling	74
3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus	76
3.3 Telemedicin	77
4. Den sundhedsfaglige kvalitet	78
4.1 Styrket dokumentation ved ICPC-kodning og datafangst	79
4.2 Patientsikkerhed	80
4.3 Børnevaccinationer	82
5. Den patientoplevede kvalitet	85
5.1 Patientinddragelse	85
5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser.	86
5.3 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser	86

Resumé og anbefalinger

I dette afsnit sammenfattes praksisudviklingsplanens mål og anbefalinger

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 to afsnit nedenfor sammenfattes praksisudviklingsplanens indhold, mål og anbefalinger.

Kapacitet og tilgængelighed

Lægedækning

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

Den kvalitet, som ønskes opnået, ved større praksisenheder vil i nogle tilfælde ske på bekostning af praksis' umiddelbare nærhed til borgeren.

Region Hovedstaden har ikke generelle problemer med rekruttering 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 alvorligt end tilsvarende rekrutteringsproblemer i andre dele af regionen. Dette skyldes øens placering, der gør det vanskeligt for patienter at benytte praktiserende læger i en

nabokommune. Praksisudviklingsplanen anbefaler at følge lægedækningen på Bornholm i perioden.

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

Mål – Lægedækning og praksisstruktur (planlægningsområder)

Lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk

Anbefalinger

at planlægnings- og hovedområder opretholdes som besluttet i Plan for almen praksis 2008-11 med undtagelse af Amager Øst og Amager Vest, som slås sammen til et planlægningsområde benævnt Amager.

Mål – Lægedækning og praksisstruktur (praksisstruktur)

Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskab med andre praktiserende læger

Tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen.

Anbefalinger

at princippet om en geografisk ligelig 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 O-ydernumre.

at der tages hensyn til muligheder for at samarbejde med kommunale sundhedstilbud eller udgående hospitalsfunktioner ved 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 facilitatorbesøg 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.

Mål – Lægedækning og praksisstruktur (rekruttering og fastholdelse)

Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet i almen praksis

Anbefalinger

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.

at fastsætte fristen for at besætte nytildelte kapaciteter til 1 år.

at nynedsatte læger og seniorlæger indgår som særlige målgruppe i en ny konsulentorganisation for almen praksis.

Mål – Lægedækning og praksisstruktur (sårbare områder)

Lægedækningen i socialt udsatte områder matcher lægedækningen i områder, som ikke er socialt udsatte

Anbefalinger

at sårbare områder redefineres med udgangspunkt i den seneste sundhedsprofil, demografi og antallet af tolkeydelser i området

at der tages hensyn til sårbare områder i samarbejdsudvalgsafgørelser ved placering af nye kapaciteter

at der tages hensyn til sårbare lokalområder indenfor planlægningsområdet ved placering af nye kapaciteter

at 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.

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 handicappede er stadig utilstrækkelig i henhold til afrapporteringerne af akutanalysen. 16 % af lægepraksis i regionen opfylder fire kriterier for handicapadgang (niveaufri adgang, tilstrækkeligt brede døre, handicaptollet og handicap p-plads).

Praktiserende læger er ikke forpligtet i henhold til overenskomsten eller lovgivning til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for handicappede. PLO-Hovedstaden ønsker aftaler og krav omkring tilgængelighed for handicappede løst via centrale overenskomstforhandlinger.

Region Hovedstaden ønsker tilgængelighed for handicappede skal være en forudsætning for godkendelse af flytning og etablering af nye praksis, samt at handicaptilgængelighed defineres, så der opnås en ensartet forståelse af, hvad tilgængelighed er.

Parterne er enige om at fortsætte drøftelserne om handicaptilgængelighed i Samarbejdsudvalget for almen praksis i planperioden.

Mål – Tilgængelighed (fysisk)

Almen praksis er tilgængelig for handicappede

Patienterne har kendskab til den fysiske tilgængelighed i praksis

Anbefalinger

at samarbejdsudvalget reviderer vejledningen for afgørelser om flytning af praksis, så handicaptilgængelighed prioriteres som et væsentligt element.

at samarbejdsudvalget årligt følger op på handicaptilgængelighed med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed.

at samarbejdsudvalget fortsat opfordrer almen praksis til at opdatere praksisdeklarationen med klinikinformation om toilet- og adgangsforhold for handicappede, så informationer bliver tydelige for patienterne.

at etablere et samarbejde mellem relevante aktører med henblik på at kortlægge og nedbryde praktiske barrierer for flytning til velegnede lokaler.

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.

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. I sidste planperiode blev der udarbejdet et idekatalog herfor.

Der bør i slutningen af perioden følges op på den telefoniske tilgængelighed via en stikprøveundersøgelse, tilsvarende den som er gennemført i 2012.

Mål – Tilgængelighed (telefonisk)

Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres praktiserende læge

Anbefalinger

at PLO-Hovedstaden arbejder for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed.

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, som ikke overholder overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.

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.

Praksisudviklingsplanens mål og anbefalinger ligger indenfor regionens samlede sundhedsplan, og det må forventes at flere af de problemstillinger, der beskrives, også løses med afsæt i andet regionalt planarbejde.

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 fra evalueringen, som vedrører almen praksis.

Mål – Visitation (faglige visitationsretningslinjer)

Almen praksis anvender sundhedstilbuddene i det specialiserede sundhedsvæsen og i praksissektoren korrekt

Anbefalinger

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

Mål – Visitation (CVI)

Det er overskueligt, sikkert og let at henvise

Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis

Anbefalinger

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

Henvisninger til fysioterapi praksissektoren

Der er udarbejdet en vejledning målrettet praktiserende læger om korrekt anvendelse af henvisninger under ordningen om almindelig fysioterapi i praksissektoren med henblik på korrekt anvendelse af tilbuddet om

almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Vejledningen skal i planperioden formidles og udbredes til de praktiserende læger.

Mål – Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren

Tilbuddet om almindelig og vederlagsfri fysioterapi er anvendt korrekt

Anbefalinger

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

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 bør i planperioden fortsat arbejdes på at implementere 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 for at sikre, at almen praksis er forpligtet, og at hver enkelt praktiserende læger har kendskab til programmernes indhold.

Mål – Samarbejde om kroniske patienter (kronikerprogrammet)

Der er et højt fagligt niveau i behandlingen af kronisk syge

Kommunikationen mellem sektorer om kronisk syge er velfungerende

Anbefalinger

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

Mål – Samarbejde om kroniske patienter (forløbsprogrammer)

Forløbsprogrammerne er implementeret med almen praksis som forpligtet part

Anbefalinger

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.

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

Anbefalinger

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

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 kvalitetsudvikle medicinanvendelse. Desuden bør der fokuseres yderligere på at lære af utilsigtede hændelser, som involverer medicin. Sidstnævnte kan både være hændelser, der sker i almen praksis, eller hændelser som sker i overgange mellem sektorer. Rapportering og analyse af utilsigtede hændelser på medicinområdet bidrager til at afdække årsager, og dermed også til læring og forbedring af kvaliteten omkring medicinhåndtering.

Mål – Samarbejde om medicinanvendelse (økonomisk effektiv medicinordination)

Patienter er medicineret økonomisk effektivt

Anbefalinger

at foretage analyser og undersøgelser af ordinationsmønstre i almen praksis med henblik på at iværksætte undersøgelser af læger med særligt afvigende ordinationsmønstre.

at støtte og informere de læger, som har et ordinationsmønster, der afviger

særlig meget fra rationel medicinordination.

Mål – Samarbejde om medicinanvendelse (FMK)

Medicininformation er opdateret og følger borgeren ved brug af FMK

Anbefalinger

at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats i forhold til anvendelse af FMK.

Mål – Samarbejde om medicinanvendelse

Patienter er medicineret sikkert

Kun relevante patienter får medicin dosisdispenseret

Anbefalinger

at udbrede kendskab blandt praktiserende læger til opfølgende hjemmebesøg (herunder medicingennemgang), værktøjer for medicingennemgang og elektroniske hjælpemidler vedrørende medicin håndtering.

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 medicingennemgang indgår i den løbende udvikling af praktiserende lægers anvendelse af datafangst.

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

Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Et forbedret sektorsamarbejde kan medvirke til at 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, og det er derfor på disse 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 stadig sparsomt af kommunerne.

Om den ringe anvendelse af ordningen skyldes opstartsvanskeligheder eller mere grundlæggende problemer bør afdækkes i en evaluering af ordningen.

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

Anbefalinger

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.

Kræftpakkeforløb

Almen praksis har en nøglefunktion i forhold til at identificere kræftsygdom tidligt i forløbet og i forhold til at understøtte overgange mellem sektorer.

Almen praksis har også opgaver i efterforløbet. En kerneopgave er at blandt andet at varetage terminale patienter, som er døende 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

Anbefalinger

at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats som beskrevet i forhold til håndtering af kræftpatienter.

at formidle retningslinjer for lymfødeme behandling til de praktiserende læger.

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 allerede med modeller, hvor almen praksis understøttes af specialister i udredning og behandling – såkaldt shared care. Undersøgelser viser, at shared care kan resultere i et bedre behandlingstilbud til patienten.

Der er behov for at styrke samarbejdsindsatsen mellem almen praksis og relevante parter (kommuner, praktiserende psykiatere, behandlingspsykiatri, psykiatrisk skadestue) omkring psykiatriske patienter, herunder psykiatriske patienter som samtidigt lider af en kronisk sygdom, har sociale problemer eller er smertepatienter. Det bør blandt andet 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 psykiatriske patienter.

Anbefalinger

at få etableret evidensbaseret viden i forhold til at forstå, hvordan sektorsamarbejdet mellem psykiatri og almen praksis udfoldes mest hensigtsmæssigt.

at følge op på etableret viden om optimeret sektorsamarbejde med henblik på implementering, hvor det er relevant.

at almen praksis iværksætter en dialog med psykiatrien og kommuner om samarbejdet om psykiatriske patienter.

Samarbejde om diagnostik

Samarbejde om diagnostik omfatter blandt andet eksterne laboratorieundersøgelser f.eks. blodprøver, radiologiske og lunge- og hjerteundersøgelser.

Der er geografiske forskelle i forhold til diagnostiske henvisningsmuligheder for almen praksis, som endnu ikke er fuldt udlignet. Det vil sige, at almen praksis tilbydes forskellige løsninger og service afhængig af geografisk placering.

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 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

Anbefalinger

at der foretages opfølgning på kvalitet og service af den diagnostiske betjening af almen praksis

at der etableres en funktion målrettet almen praksis med det formål at optimere kvaliteten af laboratorieundersøgelser.

Samarbejde om akutberedskab

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

Der er placeret lægevagtskonsultationer i forbindelse med alle akutmodtagelser og –klinikker på nær Frederiksberg Hospital.

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 enstrengt. PLO-Hovedstaden ønsker, at det akutte beredskab skal være lægevisiteret, 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, praksisfællesskab og eventuelle kommunale sundhedsfunktioner.

Lægevisiterede og ikke-lægevisiterede akutpladser 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 patienter.

Et samarbejde kan omfatte et koncept for sikker mundtlig kommunikation i telefonen såvel dag- og vagttid.

Der bør endvidere yderligere afdækkes i planperioden, hvilke behov der i forhold til et samarbejde mellem almen praksis og kommune om akutte patienter.

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.

Anbefalinger

at sikre dialog om sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund

at udvikle en samarbejdsmodel mellem lægevagt og de sygeplejebemandede akutklinikker i Frederikssund og Helsingør.

at etablere "først i kø" telefonnummer til lægevagten på alle akutmodtagelser/-klinikker

videreudvikle og løbende evaluere samarbejdsaftaler mellem akutmodtagelser og lægevagt.

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.

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 beskrive modeller for samarbejde om akutte patienter mellem almen praksis og kommuner på baggrund af etableret viden..

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

Anbefalinger

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

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 efteruddannelsestilbud. Der arbejdes i løbet 2012 på en bedre koordinering af konsulentordningerne for at opnå en systematisk tilgang til kvalitetsudvikling, og for at konsulentorganisationen skal kunne håndtere nye opgaver, som almen praksis fremover skal arbejde med.

De tiltag, der beskrives i afsnittet om faglig udvikling i almen praksis, forventes at kunne implementeres via konsulentorganisationen og gennem en 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 i almen praksis og samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb.

På høringsmødet med formændene for PLO-Kommunal (tidligere Lægelaug) efterlyses et fokus på efteruddannelse i ledelse og udvikling med henblik på at kunne arbejde mere målrettet med bla. kronikerbehandling.

Der skal i planperioden etableres et efteruddannelsestilbud, eller alternativt tilbydes eksternt vejledning, som understøtter udvikling af organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer.

Det indgår i overenskomsten, at et koncept for akkreditering indenfor udvalgte organisatoriske standarder skal udarbejdes og afprøves. Processen tilrettelægges nationalt, og den regionale implementering af, hvordan almen praksis eventuelt skal indgå i Den Danske Kvalitetsmodel bliver et fokusområde i planperioden. Det omfatter blandt andet også at udvikle værktøjer til at understøtte praksis' arbejde med akkreditering.

Endeligt giver telemedicinsk teknologi nye muligheder i forhold til at optimere patientforløb. Telemedicin kan anvendes i forhold til konkret patientkontakt, men kan også anvendes ved overvågning af behandlingsforløb. Der har på forsøgsvis været anvendt eller planlægges anvendt teleteknologi indenfor videotolkning, videokonsultation mellem patient og læge og indenfor teledermatologi.

Det bør i planperioden blandt andet afdækkes, hvilke telemedicinske løsninger, det er gavnligt at arbejde videre med.

Mål – organisatorisk kvalitet

Patientforløb er styrket via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i almen praksis

Anbefalinger

At opkvalificere organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer i almen praksis ved et efteruddannelsesstilbud og/eller ved at tilbyde ekstern vejledning.

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.

at afdække og prioritere hvilke telemedicinske løsninger, det er gavnligt at arbejde videre med.

at afprøve og evaluere telemedicinske projekter, herunder teledermatologi i praksis

at kortlægge hvilke områder i almen praksis, der egner sig til monitorering af sygdomsaktivitet via teleteknologi.

at følge op på projekt om sund dialog.

Den sundhedsfaglige kvalitet

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle 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. Datafangst giver mulighed for at indsamle kvalitetsdata om behandlingen. Anvendelse af ICPC er en forudsætning for optimal udnyttelse af datafangst. Det indgår i overenskomsten, at datafangstmodulet skal tages i anvendelse snarest og senest indenfor overenskomstperioden.

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

Mål – sundhedsfaglig kvalitet (data og efteruddannelse)

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

Anbefalinger

at udvikle værktøjer, der understøtter klinikkernes arbejde med egne kvalitetsdata.

at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats, der sigter mod at understøtte

arbejdet med egne data.

at følge data på aggregeret niveau for de aftalte folkesygdomme, når data er tilgængelig.

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 behandling, analyse og læring fra sektorovergangshændelser med kommunerne. Sektorovergangshændelser mellem almen praksis og hospital er indeholdt i den regionale patientsikkerhedsorganisation.

Mål – Sundhedsfaglig kvalitet (patientsikkerhed)

Patientsikkerheden i almen praksis er styrket

Anbefalinger

at region og kommuner indgår aftale om udarbejdelse af en organisatorisk ramme for analyse af utilsigtede hændelser i sektorovergangen mellem kommune og almen praksis/lægevagte.

at udvikle patientsikkerhedskulturen i de enkelte almen praksis.

Børnevaccination

Der er faldende tilslutning til børnevaccinationsprogrammet - i 2012 på 77 % for MFR. Ifølge Sundhedsstyrelsen skal dækningen være på 95 %.

I planperioden skal der fokuseres på at styrke opfølgningsindsatsen, så forældre med børn, som ikke er vaccineret, bliver påmindet om muligheden. I forvejen har Folketinget indgået SATS pulje aftale herom. Aftalen bringer midler til veje, som skal udmøntes via Danske Regioner. Desuden er etablering af et vaccinationsregister nært forestående.

Endelig bør en regional indsats bl.a. bør fokusere på opfølgningsmulighederne i datafangstmodulet.

Mål – Sundhedsfaglig kvalitet (børnevaccinationsprogrammet)

Børn er vaccineret mod børnesygdomme

Anbefalinger

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

Patientoplevelt kvalitet

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

Patientinddragelse

Patientinddragelse er blevet et relevant led i behandlingen i takt med, at der er kommet fokus på patienter som aktive informationssøgende borgere. Det er endnu ikke fuldt afdækket, hvordan almen praksis kan bidrage til, at patienten bedre kan tage vare på egen sundhed, og der bør fokuseres på dette aspekt i planperioden.

Mål – Patientoplevelt kvalitet (patientinddragelse)

Almen praksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed

Anbefalinger

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

Patienttilfredshedsundersøgelser

Alle praksis skal i henhold til overenskomsten tilbydes at få gennemført en patienttilfredshedsundersøgelse i henhold til et relevant koncept. Resultaterne skal primært bruges til lægens egen læring.

Patienttilfredshedsundersøgelserne skal gennemføres i planperioden, og der bør efterfølgende følges op på resultaterne.

Mål - Patientoplevelt kvalitet (patienttilfredshedsundersøgelser)

Patienters oplevelser i almen praksis er dokumenteret

Anbefalinger

at tilbyde alle praksis at få gennemført en patienttilfredshedsundersøgelse enten via Danpep 2 eller ved et andet relevant koncept.
at følge op på resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelsen.

Rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende

Patienter og pårørende har fået mulighed for, på linje med sundhedsfaglige, at rapportere utilsigtede hændelser. Patienter og pårørende er særligt gode til at opdage problemer, da de er med i hele forløbet, og det er derfor betydningsfuldt, at denne mulighed realiseres.

I planperioden bør der fokuseres på at oplyse patienter om rapporteringsmuligheden, herunder oplyse om hvilke forskelle der er mellem et læringssystem og et patientklagesystem.

Mål – Patientoplevelt kvalitet (patientsikkerhed)

Patienter rapporteret utilsigtede hændelser

Anbefalinger

at styrke patienters kendskab til patientsikkerhed og rapporteringssystemet.

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.

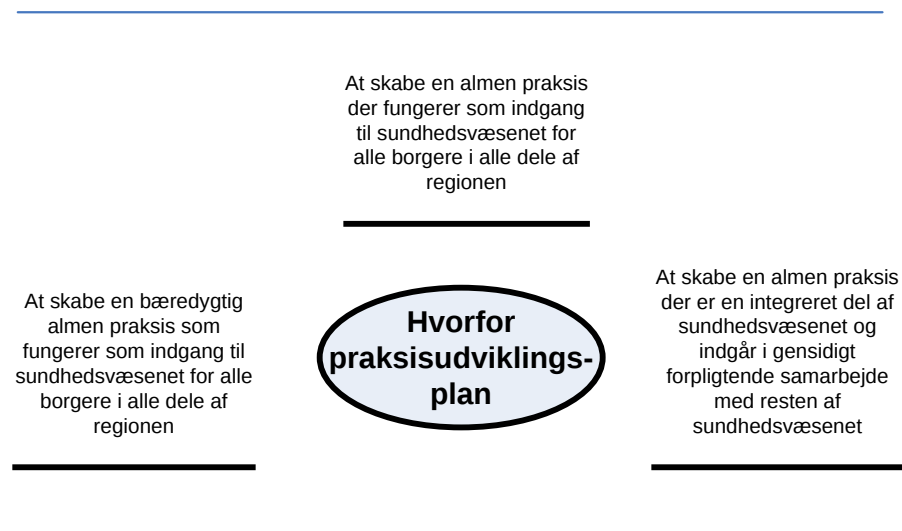
Praksisudviklingsplanen dækker en lang række indsatsområder. Det skyldes netop, at almen praksis har en central funktion i og bred snitflade til det øvrige sundhedsvæsen.

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 præhospital 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

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 flytning og sammenlægning
- Ønsker til ekstern understøttelse af praksis via konsulentbistand
- Aktuell 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 sendes i offentlig høring hos følgende væsentlige interessenter:

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

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).
- Varetagelse 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

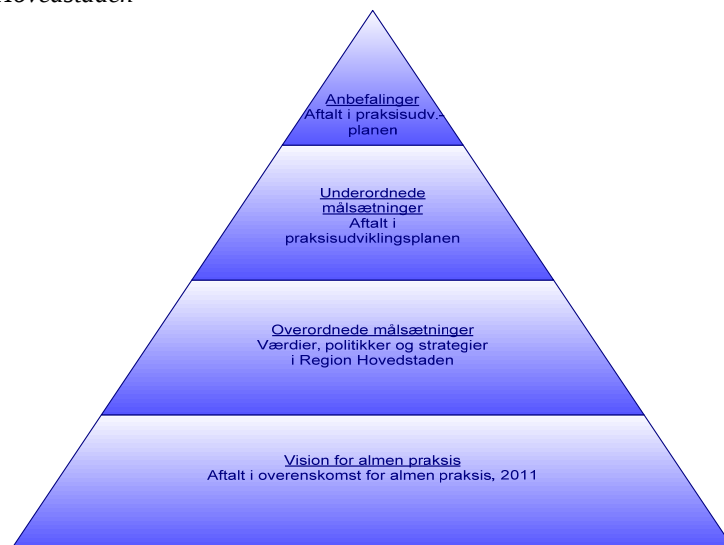
3.1 Målhierarki

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.

Kapacitet og tilgængelighed

Beskrivelse af mål og anbefalinger vedrørende kapacitet og tilgængelighed

1. Målsætninger

Målsætninger: Kapacitet i almen praksis

Lægedækningen i socialt udsatte områder matcher lægedækningen i områder, som ikke er socialt udsatte

Der er lige adgang til sundhedsydelser i almen praksis

Kapacitet

Der findes et borgernært tilbud om almen lægehjælp af høj kvalitet

Almen praksis er tilgængelig

Tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen

Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskaber med andre praktiserende læger

Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet i almen praksis

Lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk og under hensyn til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen

Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden

Praksis er tilgængelige for handicappede

Patienterne har kendskab til den fysiske tilgængelighed i 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

² Resultatet af høring af de praktiserende læger i 2011 er vedlagt i grundbeskrivelsens afsnit 2.3.

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.

2.2 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 lige gadenumre hører til øst og ulige 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

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

og en styrket kronikerindsats. En almen praksis som er i stand til at afslutte de fleste almindeligt forekommende lidelser.

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.

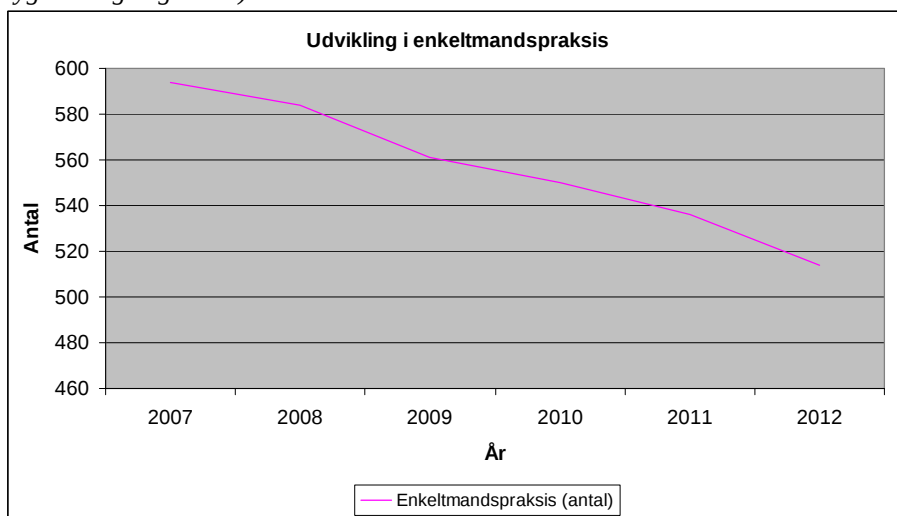
Praksisstruktur

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.*

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

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

- *at der tages hensyn til muligheder for at samarbejde med kommunale sundhedstilbud eller udgående hospitalsfunktioner ved 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

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.

antal ældre i befolkningen kan muligvis nødvendiggøre en øget kapacitet i almen praksis.

I Region Hovedstaden vurderes hvert år i forbindelse med den årlige fastlæggelse af lægedækningen, om der er områder hvor der forventes mangel på læger. Denne vurdering baseres blandt andet på den årlige høring⁹ af eksisterende praksis i regionen om, hvor mange patienter, de højt 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 foretrækkes 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:

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

- 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.
- 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 psykiatriske patienter
- "shared care" med de psykiatriske centre og praktiserende speciallæger i psykiatri om psykiatriske patienter
- praksisfællesskaber med gode muligheder for praksispersonale og faglig sparring.
- mulighed for videotolkning og professionel tolkebrug.

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

I Plan for almen praksis 2008-2011 blev sårbare områder defineret med udgangspunkt i udvalgte indikatorer, så det blev målbart. 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 samtidigt 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 regionen.

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

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

3. Tilgængelighed

Målsætninger:

- Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden
- Praksis er tilgængelige for handicappede
- Patienterne har kendskab til den fysiske tilgængelighed i praksis

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 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 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 handicappede skal være en forudsætning for godkendelse af flytning og etablering af nye praksis.

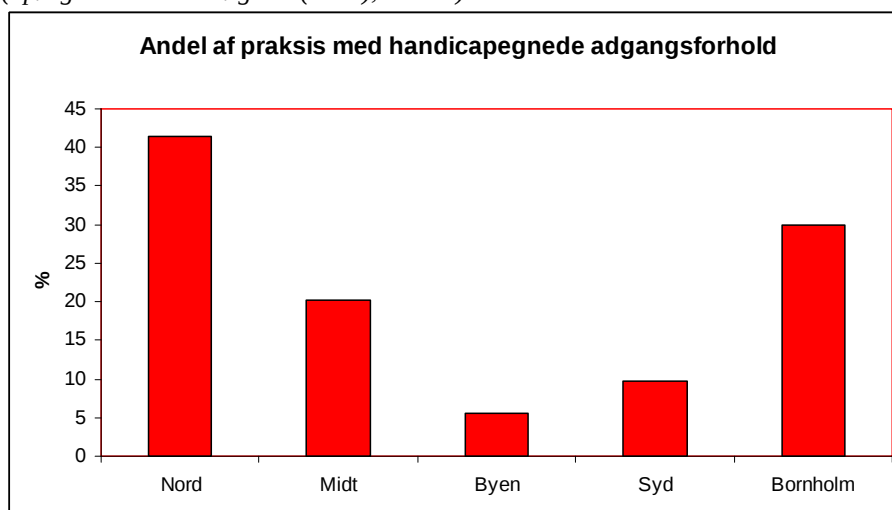
PLO-Hovedstaden ønsker aftaler og krav omkring tilgængelighed løst via centrale overenskomstforhandlinger.

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

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

Med henblik på at få et retvisende billede af de alment praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev de praktiserende læger i forbindelse med 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 adgangsforhold 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, handicap toilet, 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 handicaptilgængeligheden 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.

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 handicaptilgængelighed. Det skyldes bl.a. Byens bygningsmasse, der i stor udstrækning består af ældre etageejendomme. Bygningsmassens karakter påvirker tilbuddet af lokaler, der er velegnede til almen praksis, med handicapegnede forhold og med den rette beliggenhed.

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. Det bør derfor drøftes grundigt i samarbejdsudvalget.

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.

Indsatsen bør i kommende planperiode fokusere på at fremme handicaptilgængeligheden ved:

- *at samarbejdsudvalget reviderer vejledningen for afgørelser om flytning af praksis, så handicaptilgængelighed prioriteres som et væsentligt element.*
- *at samarbejdsudvalget årligt følger op på handicaptilgængelighed med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed.*
- *at samarbejdsudvalget fortsat opfordrer almen praksis til at opdatere praksisdeklarationen med klinikinformation om toilet- og adgangsforhold for handicappede, så informationer bliver tydelige for patienterne.*

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

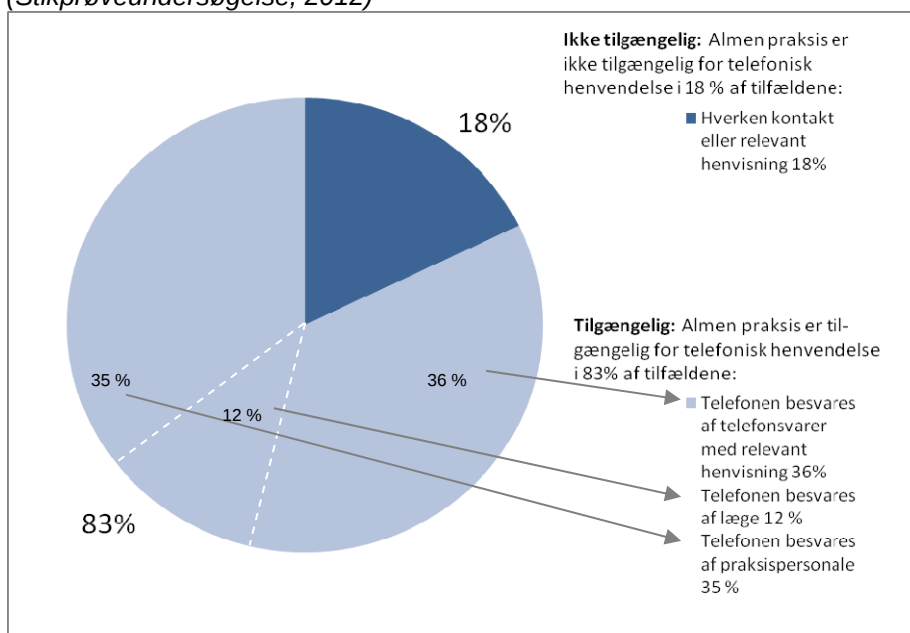
3.3 Telefonisk tilgængelighed

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 telefonetid, og dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen.

I figur 5 ses resultaterne af en stikprøveundersøgelsen (2012) af praktiserende lægers telefoniske tilgængelighed. I 18 % af tilfældene er almen praksis ikke tilgængelig.

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



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

Telefonsystemer med f.eks. køfunktion kan afhjælpe frustrationen over ikke at komme i kontakt med egen læge.

Kan patienten ikke komme i kontakt med personale i praksis, kan et telefonsystem oplyse ventetid eller give anden relevant information f.eks. henvise til en navngiven stedfortræder.

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 arbejds gange.

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 gennemføres en stikprøveundersøgelse identisk med undersøgelsen udført i relation til akutanalysen (2012).

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

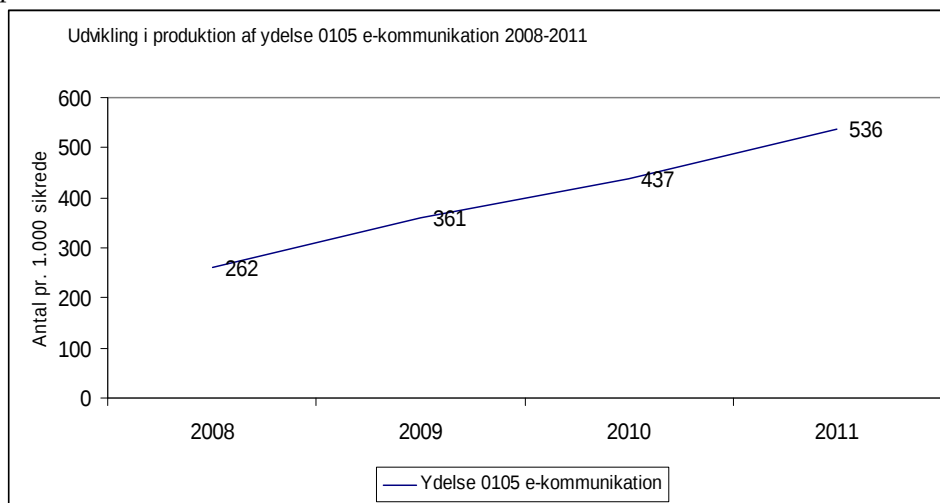
- *at PLO-Hovedstaden arbejder for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed¹⁷,*
- *at regionsadministrationen følger op på stikprøveundersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis ved at gennemføre en ny i 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
hospitaller, 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
vagttime.

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 organisationernes funktioner på sundhedsområdet og anvendes således ikke alene i relation til kroniske sygdomme, men indenfor alle sygdomsgrupper. Konceptet sikrer også, at der arbejdes med elementet ulighed i sundhed, idet samarbejdet understøtter opfølgningen også for patientgrupper, der ellers vanskeligt nås.

2.1 Formål

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

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

Det er projektets mål at:

- Fremme sammenhæng
- Øge professionalismen
- Imødekomme behandlingsbehov
- Patienterne bliver mere raske og forværringer i patienternes sygdomsudvikling mindskes
- Højne den patientoplevede kvalitet og patienternes livskvalitet

3. Visitation

Målsætninger:

- Det er overskueligt, sikkert og let at henvise
- Almen praksis anvender sundhedstilbuddene i det specialiserede sundhedsvæsen og i praksissektoren korrekt
- Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis

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

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

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 sker ved, at læger i praksissektoren sender henvisning til den centrale

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

visitationsenhed i patientens bopælsområde. CVI sender herefter henvisningen videre til den relevante 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-visitati-on-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 kronikerbehandlingen 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, forandringstiltag og resultater fra kronikerprogrammet.*

5.2 Forløbsprogrammer

Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats overfor specifik sygdom. Indsatsen skal bygge i videst muligt omfang på evidens.

Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes, demens og hjerte-kar og lænderyg lidelser. 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

Tovholderfunktionen

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

Kommunerne i regionen efterlyser samlet set en præcisering af betydningen af tovholderbegrebet og en forventningsafstemning mellem den enkelte

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

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.*

6. Samarbejde om socialmedicinske patienter²⁵

²³ Høring af kommuner forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

²⁴ Høring af praktiserende læger forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

²⁵ Kommunale socialforvaltninger håndterer klienter, kommunale sundhedsforvaltninger borgere; almen praksis og hospitaler patienter. I dette afsnit anvendes først og fremmest udtrykket patienter, men det centrale er netop, at der kan være behov for en indsats på tværs, og det sundhedsfaglige indsats ikke nødvendigvis er det primære.

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, handicappede, langtidssygemeldte, særligt socialt belastede patientgrupper f.eks. socialhjælpsmodtagere, alkoholikere og stofmisbrugere.

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

Området opleves imidlertid som særligt ressourcekrævende i almen praksis. I høringsmøderne med almen praksis fremhæves bl.a. et behov for at forbedre samarbejdet om attestudskrivelser og statuserklæringer. 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.

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 relevante patienter får medicin dosisdispenseret

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

- rationel anvendelse af medicin både i praksis og på hospitaler
- organisatorisk samarbejde om medicinhåndtering.

Med henblik på at justere og styrke medicinområdet og sikre en rationel anvendelse af medicin har Region Hovedstaden i 2011 foretaget en grundig gennemgang, jf. 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.

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

²⁶ Analyse af medicinområdet (Region Hovedstaden, 2011).
http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/sygdom_og_behandling/Medicin/Medicinanalyse.htm

- *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 medicinhåndtering.

Det er vigtigt, at der fortsat i planperioden arbejdes for at sikre kvalitetsudvikling tværsektorielt på medicinområdet via patientsikkerhedsarbejdet.

7.3 Fælles Medicin Kort (FMK)

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

FMK er tilgængeligt for almen praksis ved udgangen af 2012. Hvornår alle patienters medicinering er opdateret er dog uvist. Der er aktuelt en række udfordringer i brugen af FMK, der kan medføre en forsinkelse af ibrugtagningen i alle sektorer. Et velfungerende FMK bliver et redskab til at forebygge utilsigtede hændelser i medicinhåndteringen.

Praktiserende lægers overblik over 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:

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

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

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 efteruddannelsestilbud 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 efteruddannelsestilbud 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 datafangstrapper i forhold til medicingennemgang³⁰ indgår i den løbende udvikling af praktiserende lægers anvendelse af datafangst.

7.5 Dosisdispensering

Ved dosisdispensering forstås, at et apotek pakker den enkelte patients lægemidler til hvert enkelt doseringstidspunkt. Denne metode for dosering

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

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.

8.1 Forebyggelse af genindlæggelse: Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg er en mulighed for at styrke indsatsen efter udskrivelse af bl.a. ældre medicinske patienter³⁵. 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 kommuner³⁶. 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.

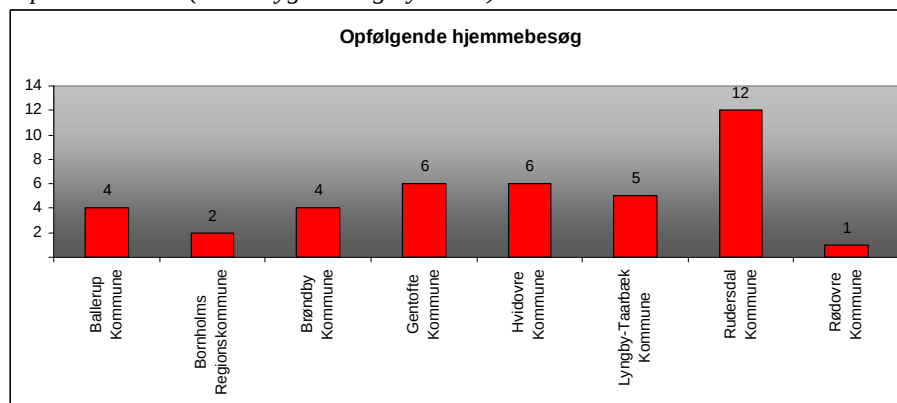
Det opfølgende hjemmebesøg består af et hjemmebesøg inden for ca. en uge efter udskrivelse fra hospital, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske deltager samt evt. pårørende efter patientens ønske. En medicingennemgang er også omfattet af det opfølgende hjemmebesøg.

³⁵ Ordningen er målrettet skrøbelige ældre over 75 år.

³⁶ Se bl.a. DSI publikationen: Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer (2009).

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

Målsætning:

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

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

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

Mistanken om kræft opstår ofte i konsultationen hos den alment praktiserende læge, og det er derfor vigtigt, at der er fokus på at sikre, at symptomer på kræft identificeres så tidligt som muligt, og at der samarbejdes om at sikre en god og hurtig visitation fra praksis til hospitalerne, og omvendt også gode overgange fra hospitalerne til praksis efter endt behandling i hospitalsregi.

Med henblik på at understøtte og rådgive almen praksis om patientgrupper, hvor der mistanke eller begrundet mistanke om kræft eller hvor primærtumor er ukendt, er der oprettet henholdsvis pakkeforløb for forskellige kræftformer og diagnostiske enheder på akuthospitalerne (se afsnit 11).

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

9.1 Regional kræftplan

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

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

I forbindelse med vedtagelsen af den regionale kræftplan blev der i alt udmøntet 20 mio. kr til etablering af palliative teams, opnormering af 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. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et forløbsprogram for rehabilitering og palliation, som skal konkretiseres og implementeres regionalt.

Med henblik på at forbedre det sammenhængende forløb er det desuden oplagt at drøfte rehabilitering og palliation i en dialog lokalt mellem kommuner og almen praksis.

Den palliative behandling er en tværfaglig helhedsbehandling med patienten og den nærmeste familie i centrum. Den palliative indsats er styrket på hospitalerne, hvor der er bevilget midler til palliative sengeafsnit og teams i kræftplan III.

Én af almen praksis' kerneopgaver er at varetage palliative forløb med terminale patienter, når patienten er døende i eget hjem. I denne sammenhæng kan praktiserende læger ordinere en "tryghedskasse til palliation", som indeholder medicin, utensilier og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn. Betaling af kassen kræver både en kommunal bevilling og bevilling af terminalt tilskud. Formålet med kassen er at sikre et optimalt afsluttende forløb for patienter, der ønsker at dø i eget hjem.

9.5 Lymfødem behandling

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

Behandling og efterbehandling af lymfødempatienter bør foregå i højt specialiserede funktioner på akuthospitalerne, som er oprustet til at løfte 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 lymfødem behandling til de praktiserende læger.

10. Udredning af mennesker med sindslidelser

Målsætning:

- Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis er styrket
- Samarbejdsformer er udviklet til styrkelse af sektorsamarbejde, der understøtter det sammenhængende forløb for 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 voksenområdet³⁷.

Beskrivelsen af snitfladen til almen praksis og sektorsamarbejdet mellem kommune, almen praksis og psykiatrisk center er ikke tilstrækkelig udbygget. I aftalerne beskrives visitationskriterier for de enkelte diagnoser, som det eneste med relevans for almen praksis.

I planperioden er det derfor væsentligt at få etableret et samarbejde med relevante parter samt at afdække områder, hvor der er behov for en styrket samarbejdsindsats.

Desuden er der behov for at styrke indsatsen for psykiatriske patienter, som samtidigt lider af en kronisk sygdom, har sociale problemer eller er smertepatient.

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

10.1 Shared care

Ved shared care forstås her, at diagnosticering og behandling af patienter med ikke-psykotiske lidelser som udgangspunkt foregår hos den praktiserende læge, men i et tæt samarbejde mellem almen praksis og specialister i psykiatri.

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en projektansøgning, som skal udvikle og afprøve en dansk model for såkaldt collaborative care³⁸. Projektet

³⁷ Samarbejdsaftalerne for børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri kan hentes på www.psykiatri-regionh.dk

³⁸ 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".

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, angst eller funktionelle lidelser.

Projektet afventer finansiering.

Udover samarbejde om udvikling af shared care modeller arbejdes der tillige med etablering af 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.

Endelig har forsøg med telefonisk rådgivning til patienter med dobbeltdiagnoser været etableret siden 2011.

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 de psykiatriske patienter 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 bl.a. være i forhold til unge med angst og depression, skizofreni, spiseforstyrrelser, selvskader mv., hvor både almen praksis, psykiatri og kommuner efterlyser et styrket samarbejde og en mere klar arbejdsdeling mellem involverede parter.

10.3 Samarbejde ved akut syge psykiatriske patienter

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 mennesker med svær sindssygdom ind i behandlingssystemet. Der er tale om patienter, der på grund af manglende sygdomsindsigt, svær angst eller overhængende selvmordsfare ikke selv er i stand til at søge hjælp.

Udrykningstjenesten fungerer ikke, i hvad der svarer til det tidligere Frederiksborg Amt, hvor et akutteam i stedet er et tilbud til psykisk syge borgere med akutte problemer i aften og nattetimerne.

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

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.

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem sektorer om psykiatriske patienter 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 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 praksis³⁹.

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 specialer⁴⁰

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

³⁹ Jf. bl.a.: Etablering af diagnostiske enheder (Region Hovedstaden, 2012); Organisering af specialerne diagnostisk radiologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin (Region Hovedstaden, 2011). Analyse af den klinisk fysiologiske betjening af praksissektoren (Region Hovedstaden, 2010); Analyse af laboratoriebetjeningen af ambulante klinisk biokemiske ydelser (Deloitte for Region Hovedstaden, 2009)

⁴⁰ Parakliniske specialer defineres her som diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk biokemi, patologi og udvalgte diagnostiske undersøgelser indenfor kardiologi, allergologi og 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.

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 røngten 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)⁴¹. 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:

⁴¹ Forløbsbeskrivelse fremgår på følgende webadresse:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/diagnostiske-enheder/>

- *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 enstrengt. 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, vagtcentralsopgaver, de overordnede lægevagtsopgaver og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)⁴². Dette med henblik på at opnå synergieffekter og faglig sparring mellem regionens akutfunktioner.

Det er PLO-Hovedstadens målsætning, at det akutte beredskab skal være lægevisiteret, og at almen praksis, og lægevagten i sin nuværende organisation, sikrer patienten den rette behandling, det rette sted.

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

⁴² Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden" (Region Hovedstaden, 2008)

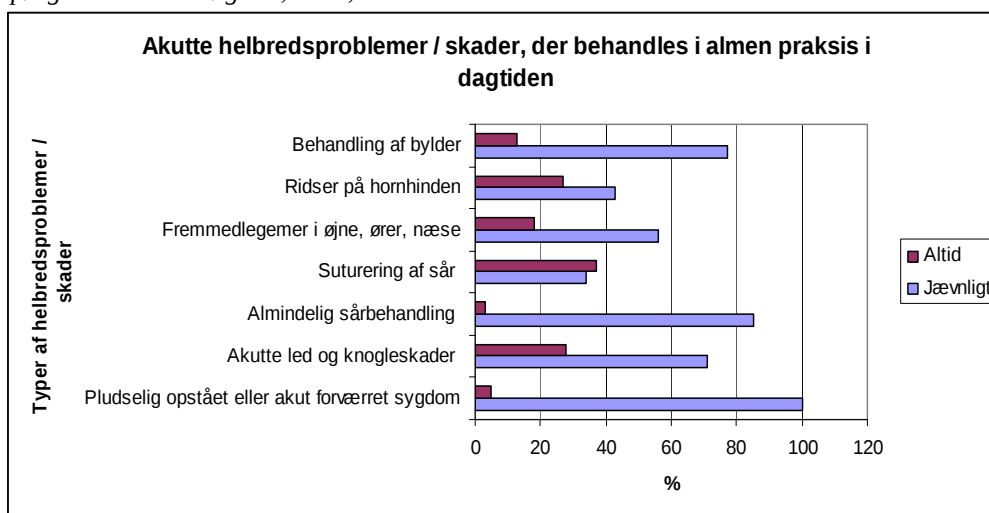
dagtiden have adgang til lægehjælp hos egen læge eller navngiven stedfortræder inden kl. 16 samme dag.

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 udførsel 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.

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 hospitalerne⁴³.

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.

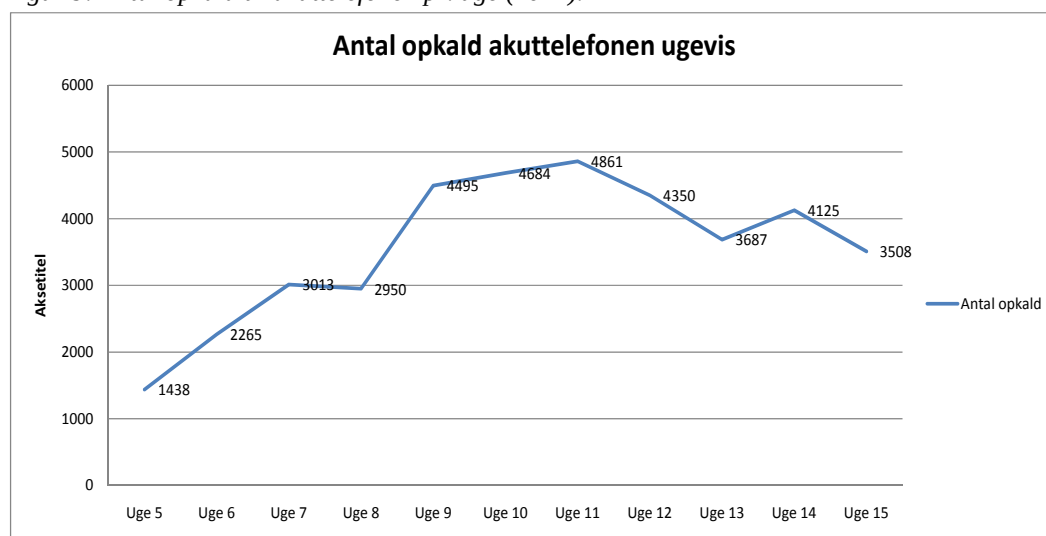
⁴³ Analyse af ventetider for skadepatienter. Behov og kapacitet i akutmodtagelserne og akutklinikkerne. (Region Hovedstaden, 2012).

12.2 Samarbejde med akuttelefonen

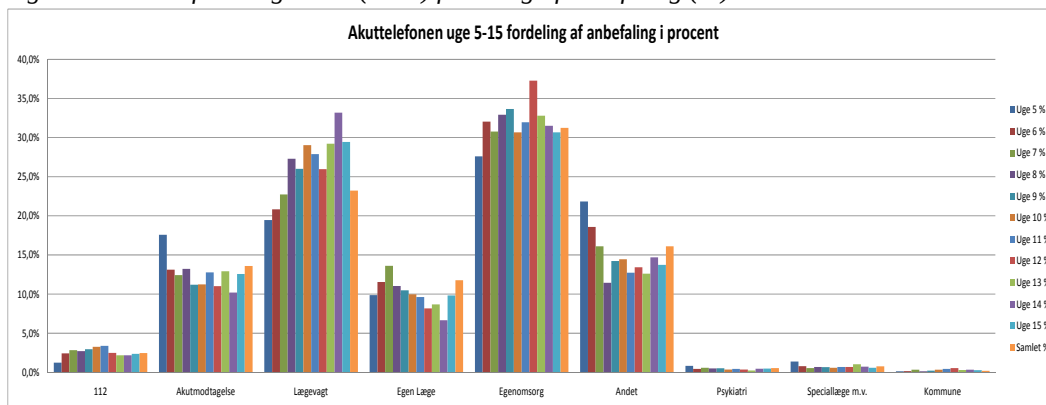
Akuttelefonen, som blev etableret pr. 30. januar 2012 er et døgnåbent tilbud bemandet med erfarne sygeplejersker, som giver borgerne råd ved akut sygdom og skader samt vejledning i forhold til egenomsorg, kontakt til egen læge, vagtlægen eller akutmodtagelse/-klinik. Akuttelefonen kan også oplyse om ventetider på FAM/akutklinikkerne. Akuttelefonen rådgiver ikke om kommunale tilbud ligesom funktionen ikke kan visitere til kommunale tilbud⁴⁴.

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.

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.

⁴⁴ 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.

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
- 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 indsat 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 akuttilbud i nærområdet.

Akutklinikkerne skal bemandes med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra akutmodtagelsen på akuthospitalet. Klinikkerne skal fungere i perioden kl. 7.00-22.00, 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 akuttilbud, evt. udgående funktioner fra hospitalerne og sundhedspersoner fra praksissektoren suppleres med kommunale sundhedsfunktioner, herunder forebyggelsestilbud, genoptræning, akut- og genoptræningsdøgnpladser, sundhedspleje m.v. Apotek, frivillige organisationer og patientforeninger kan også tænkes at indgå i sundhedshuset.

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

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

12.4 Samarbejde med fælles akutmodtagelser/akutklinikker

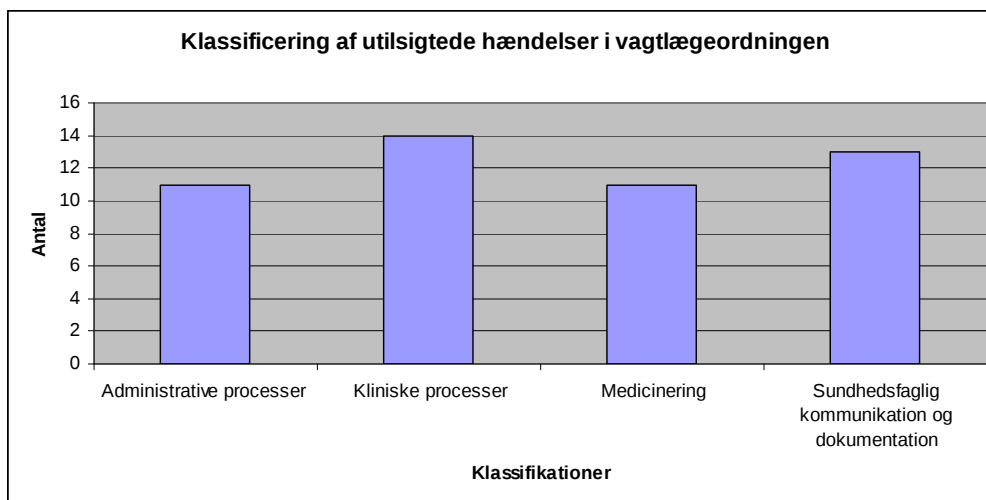
I henhold til overenskomsten (2011)⁴⁵ skal anbefalingerne fra Udvalget om det præhospitalt akutberedskab søges indfriet. Det omfatter bl.a., at fremtidens lægevagt er fleksibel og differentieret og i højere grad målrettes lokale behov.

Lægevagtens samarbejde 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)

⁴⁵ Overenskomstens bilag 3, Protokollat om lægevagten af 21.12.2010.

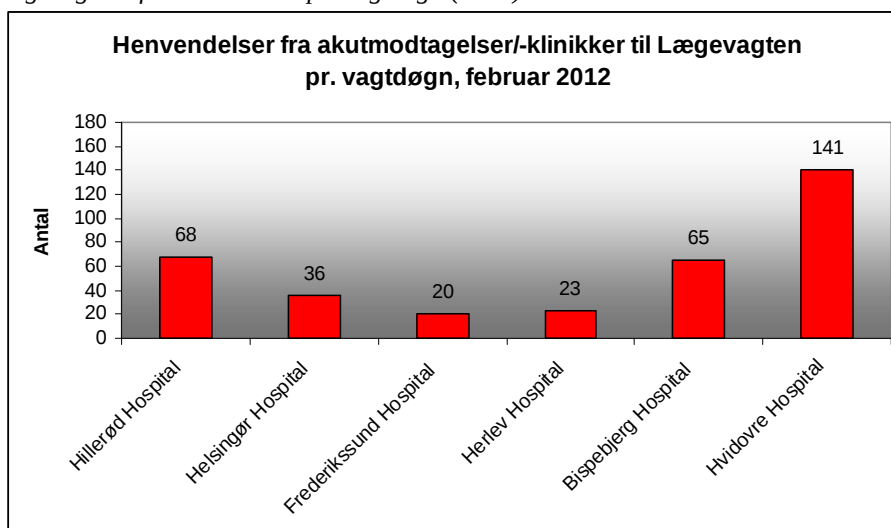


Det er Region Hovedstadens ønske, at akutmodtagelser/-klinikker skal kunne visitere patienten direkte til lægevagtens fremmødekonsultation udenom telefonsystemet.

Så længe dette ikke kan realiseres skal det tilstræbes, at alle akutmodtagelser/-klinikker udstyres med lægevagtens ”først i kø” telefonnummer, så patienter der henvises til lægevagten fra akutmodtagelse/-klinik ikke skal stå i kø i lægevagtens telefonsystem med henblik på at lette sektorskiftet for patienten fra akutmodtagelse/-klinik skal. Det er allerede etableret på flere hospitaler.

Antallet henvendelser fra akutmodtagelsernes/-klinikkernes ”først i kø” telefon til lægevagtens fællesvisitation pr. døgn fremgår af figuren nedenfor.

Figur 12 Henvendelser fra akutmodtagelsernes/-klinikkernes ”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 lægevagt⁴⁶.

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.

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/-klinikker⁴⁷.

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/lægevagten's telefoniske visitationsenheder.*
- *at indtænke almen praksis og lægevagten i beredskabsplanlægningen.*

12.6 Samarbejde med kommuner om forebyggelige indlæggelser

⁴⁶ Jf. Anbefalingerne fra Udvalget om det præhospitale akutberedskab (Overenskomst for almen praksis, 2011)

⁴⁷ Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab" (Region Hovedstaden, 2008)

Det er for både regionen og kommunerne et fokus område 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.

Med henblik på at forebygge indlæggelser har nogle kommuner etableret både lægevisiterede og ikke-lægevisiterede akutpladser⁴⁸. 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 akutpladser i kommunerne er i vækst og det er derfor væsentligt, at de praktiserende lægers rolle i forhold til betjeningen af disse pladser afklares.

Flere kommuner har desuden henvendt sig med ønske om at etablere et udbygget samarbejde med 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

⁴⁸ Målgruppen for akutpladser kan variere men omfatter ofte et tilbud målrettet ældre borgere med behov for observation, pleje og ukompliceret behandling.

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 læge om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via de kommunale praksiskonsulentordninger eller tilsvarende ordning.
- komme med forslag til, hvordan der kan ske en yderligere udvikling af samarbejdet i forhold til sårbare gravide.

Med henblik på at sikre mere sammenhæng i svangreomsorgen peger fødeplanen endvidere på at etablere en elektronisk løsning til udveksling af sundhedsfaglige oplysninger – en elektronisk vandrejournal.

På Hillerød Hospital har der eksisteret en portalløsning, som har vist sig enkel, sikker og anvendelig til at dele sundhedsfaglige informationer på tværs af sektorgrænser. Portalen er blandt andet anvendt til svangreområdet.

Region Hovedstaden har afsat økonomiske midler til at udbrede en generel løsning – enten via Hillerød løsningen, hvis det er teknisk muligt, eller på anden vis. Skulle en teknisk løsning etableres er det som med andet elektronisk kommunikation væsentligt at understøtte brugen hos praktiserende læger.

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

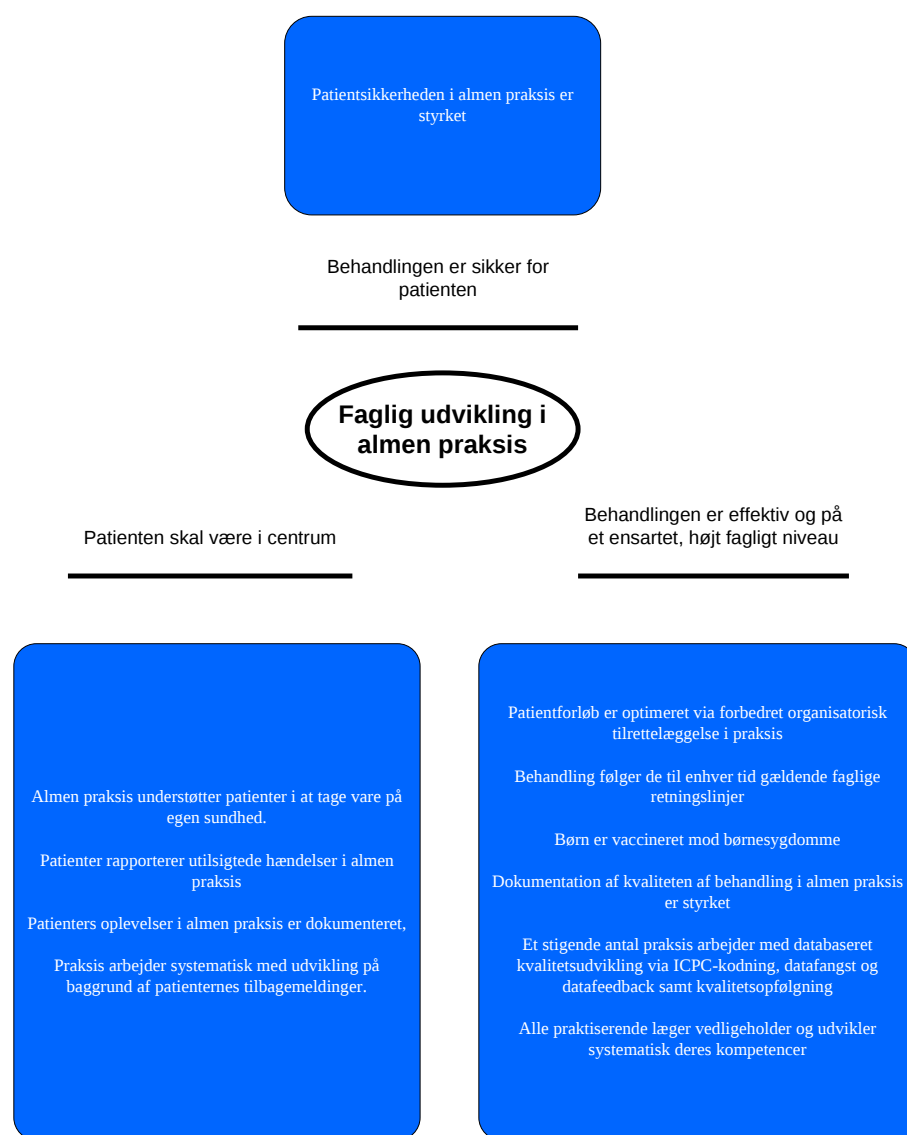
- *at understøtte de praktiserende lægers anvendelse af en elektronisk portalløsning eller elektronisk vandrejournal.*

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 alle praktiserende læge 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 praksis⁴⁹, 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.

Efteruddannelsetilbuddet 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

⁴⁹ 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 patientforløb⁵⁰.

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 resultater⁵¹, 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

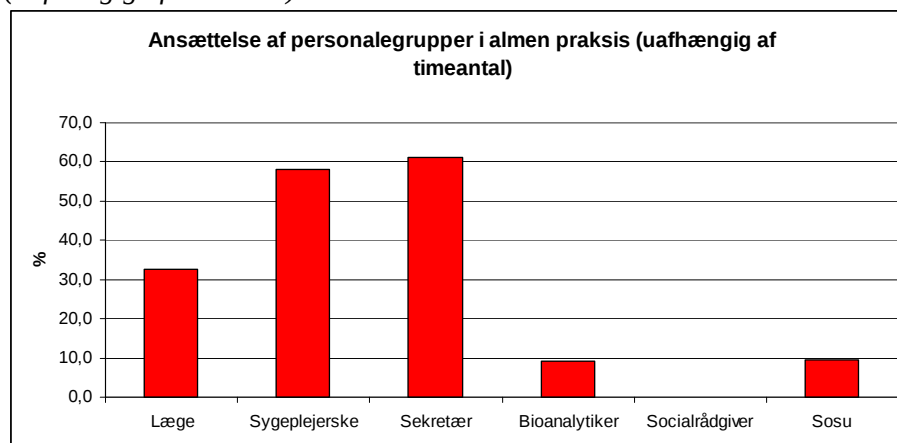
Rigtig anvendelse af praksispersonale og en hensigtsmæssig arbejdsorganisering kan påvirke kliniske resultater (fodnote 51).

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

⁵⁰ Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

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

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



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse (2011), n=530

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

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

Det fremgik som en væsentlig pointe på høringsmødet med PLO-kommunal, at kontinuerlige ledelses- og udviklingskurser bør prioriteres. De fleste praktiserende læger på høringsmødet fandt desuden ekstern understøttelse af praksisudvikling anvendeligt.

På samme møde blev der 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 facilitatorer⁵², 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.

⁵² Facilitatorprojektet er omfattet af regionens kronikerprogrammet, se Del II afsnit x.

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 sundhedsydelserne, men også på processer og strukturer, der understøtter patientbehandling samt den patientoplevede kvalitet.

Boks 3

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

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

Udvikling mod akkreditering igennem kvalitetsstandarder 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 sundhedsvæsenet⁵³.

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 regionen⁵⁴.
- videokonsultation mellem patient og egen læge: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.
- teledermatologi⁵⁵: 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

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

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

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

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 praksis⁵⁶*
- *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 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.

⁵⁶ 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 codesystem, 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 projektform⁵⁷.

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.

⁵⁷ 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 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 hospitalsvæsenet⁵⁸. Kvalitetscirklen skal også være en fast del af efteruddannelses tilbuddet i almen praksis.

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 risikomanagerfunktion for praksis, som er forankret i Enhed for

⁵⁸ IKAS (2012). DDKM for sygehuse.

<http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandards-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).

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 KvEAP⁵⁹ 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 evalueringsrapport⁶⁰ om den regionens organisering og rapportering og læring af UTH. Evalueringen vil danne udgangspunkt for en justering af praksissektorens patientsikkerhedsorganisation. Rapporten peger på to forhold, hvor organisationen kan udvikles. Dels vil det være relevant at styrke organisationen så den bliver mere robust overfor personaleomsætning, dels bør det overvejes hvilke parter, der skal inddrages i arbejdet ved utilsigtede hændelser, der er tværsektorielle.

Tværsektoriel patientsikkerhedsorganisation

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

⁵⁹ Center for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis

⁶⁰ Evalueringsrapporten kan findes på webadressen:

Ligeledes er det væsentligt at praksissektorens patientsikkerhedsorganisation skaber rammerne for, at få den enkelte praksis til systematisk påtage 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.dk⁶¹. 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 figur x⁶².

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

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

Kilde: Sygesikringsregisteret

⁶¹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

⁶² 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].

Sideløbende kan 12-årige piger⁶³ 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 profylakseaftale⁶⁴.

⁶³ 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.

⁶⁴ 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 Patientinddragelse

I takt med at der i stigende grad er kommet fokus på patienter som aktive informationssøgende borgere, er patientinddragelse blevet et relevant led i behandlingen.

Patientinddragelse i almen praksis indebærer blandt andet, at praksis sikrer kommunikation med og information til patienten med henblik på, at patienten bedre kan tage vare på egen sundhed, og dermed også påvirke den kliniske effekt af en given behandling.

Hvordan der konkret kan opnås den ønskede effekt i forhold til patientinddragelse i almen praksis er uafdækket.

Der kan evt. søges inspiration i erfaringer fra hospitalsvæsenet, hvor patientinddragelse har været dagsordensat i flere år.

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

- ved etablering af en ny samlet konsulentorganisation
- i patienttilfredshedsundersøgelser
- ved udarbejdelse og implementering af organisatoriske akkrediteringsstandarder.

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 læringssystem 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.*

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

Patientantal

Din/jeres praksis skal i henhold til landsoverenskomsten årligt spørges om, hvor mange patienter, du/I højst ønsker tilmeldt. Det sker med henblik på at afdække uudnyttet behandlingskapacitet.

Det er vigtigt, at svarene er troværdige.

Vær derfor opmærksom på, at besvarelse med et højere eller lavere patientantal, end hvad praksis i virkeligheden kan påtage sig, kan have konsekvenser for dine kolleger i området eller patienternes afstand til lægen.

1. Hvor mange patienter ønsker I højest tilmeldt i jeres praksis?

I kan frit angive et antal over [Minimum antal patienter]. Der er dermed ikke givet garanti for, at jeres åbne/lukke grænser ændres.

Aktuelt har I [Aktuelt antal patienter].

(Angiv værdi mellem 0 og 10000)

_ _ _ _ _

2. Hvor mange patienter ønsker du højest tilmeldt din praksis?

(Ifølge overenskomsten kan du ikke melde ind med et lavere antal end 1600 patienter)

Aktuelt har du [Aktuelt antal patienter] patienter.

(Angiv værdi mellem 1600 og 10000)

_ _ _ _ _

3. Hvor mange patienter ønsker du højest tilmeldt din praksis?

Du skal ifølge tilladelse til at have [åben for tilgang/lukke status] minimum have [Minimum antal patienter] tilmeldte patienter.

Du har aktuelt [Aktuelt antal patienter] tilmeldte.

(Angiv værdi mellem 0 og 10000)

_ _ _ _ _

4. Hvor mange patienter ønsker I højest tilmeldt jeres praksis?

I har aktuelt [Aktuelt antal patienter] patienter. I skal som minimum have [Minimum antal patienter].

(Angiv værdi mellem 0 og 30000)

_ _ _ _ _

5. Har du/I indenfor det kommende år ønske om at udvide med en ekstra kapacitet?

(Angiv kun ét svar)

Bilag 1

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Måske

6. Har du/I indenfor det kommende år ønske om at lægge din praksis sammen med andre praksis?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Måske

Vejledning og kontakt til hjælpefunktioner

Region Hovedstaden har etableret en række konsulentfunktioner, som er udgående i forhold til praksis. F.eks i forhold til organisation i praksis, it og data og medicinanvendelse yder konsulenterne bistand og vejledning.

7. Har du/I ønske om at blive kontaktet af én eller flere af følgende konsulenter i forbindelse med praksisudvikling i løbet af det kommende år?

(Angiv gerne flere svar)

- ☐ Datakonsulent (ICPC-kodning og datafangst)
- ☐ Medicinkonsulent (Rationel medicinanvendelse og medicingennemgang)
- ☐ Facilitator (Organisering af patienter med kroniske lidelser)
- ☐ Kvalitetskonsulent/Efteruddannelsesvejleder (projektstøtte, DGE)

Praksispersonale og lægelig bibeskæftigelse

Praksispersonale og lægelig bibeskæftigelse kan have betydning for kapaciteten i praksis. De næste to spørgsmål stilles med henblik på at få et samlet overblik over anvendelsen af praksispersonale samt lægelig bibeskæftigelse i praksis.

8. Hvilke former for praksispersonale er ansat i klinikken og i hvor mange timer/uge er den pågældende personalegruppe ansat?

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

Bilag 1

	0	1-25	26-37	38-74	75-111	112-148	149-185	186-
Læge(r) (ikke uddannel seslæger og vikarer)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sygeplej erske(r)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sekretær (er)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bioanalyt iker(e)/la borant(e r)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Social og sundhed sassisten t(er)/hjæ lper(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Socialråd giver(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Andet (angiv faggruppe og antal timer)

9. Hvad er den samlede lægelige bibeskæftigelse i praksis (timer/uge)
(Det vil sige anden lægelig beskæftigelse, dog undtaget lægevagt)

(Angiv et samlet timeantal for HELE praksis)

(Angiv værdi mellem 0 og 999)

☐ -----

Tak for hjælpen

Dit svar vil nu indgå i vurderingen af kapaciteten i Region Hovedstaden i 2012.

Med venlig hilsen/
På vegne af

Bilag 1

Samarbejdsudvalget for almen lægegerning i Region Hovedstaden

**Koncern Praksis
Udviklingsenheden**

Kommunale input til praksisudviklingsplan

REGION

En opsamling fra fire kommunale høringsmøder afholdt i efteråret
2011

RESUME _____ 3**BAGGRUND _____ 5**

Formål _____	5
Deltagelsesprocent _____	5
Afvikling _____	5

HØRINGSMØDE NORD _____ 7

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis _____	7
Barrierer i samarbejdet med almen praksis _____	7
Sundhedsaftaler _____	7
Opgaveaspektet _____	7
Arbejdsdelingsaspektet _____	8
Samarbejdsaspektet _____	8
Kapacitet og praksisstruktur _____	9
Det geografiske aspekt _____	9
Det lokalemæssige aspekt _____	9
Det tværsektorielle aspekt _____	9

HØRINGSMØDE I SYD _____ 10

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis _____	10
Barrierer i samarbejdet med almen praksis _____	10
Sundhedsaftaler _____	10
Opgaveaspektet _____	10
Arbejdsdelingsaspektet _____	11
Samarbejdsaspektet _____	11
Kapacitetsplanlægning og praksisstruktur _____	11
Det geografiske aspekt _____	11
Det lokalemæssige aspekt _____	12
Det tværsektorielle aspekt _____	12

HØRINGSMØDE I MIDT _____ 13

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis _____	13
Barrierer i samarbejdet med almen praksis _____	13
Sundhedsaftaler _____	13
Opgaveaspektet _____	13
Arbejdsdelingsaspektet _____	14
Samarbejdsaspektet _____	14
Kapacitet og praksisstruktur _____	14
Det geografiske aspekt _____	14
Det lokalemæssige aspekt _____	15
Det tværsektorielle aspekt _____	15

HØRINGSMØDE I BYEN _____ 16

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis _____	16
Barrierer i samarbejdet med almen praksis _____	16
Sundhedsaftaler _____	16
Opgaveaspektet _____	16
Arbejdsdelingsaspektet _____	17
Samarbejdsaspektet _____	17
Kapacitet og praksisstruktur _____	18
Det geografiske aspekt _____	18
Det lokalemæssige aspekt _____	18
Det tværsektorielle aspekt _____	18

Resume

En samlet oversigt over væsentlige opmærksomhedspunkter som formuleret af kommunerne på høringsmøderne.

Successhistorier

- Samarbejde i KLU
- Kommunal praksiskonsulentordning
- Nyhedsbreve og dialogmøder i kommunerne

Barrierer

- Manglende mulighed for forpligtelse af de praktiserende læger
- Skepsis overfor kommunale tilbud (manglende legitimitet) medfører manglende brug af kommunale tilbud
- Tilgængelighed efter kl. 13.

Sundhedsaftaler

Opgaveaspektet: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere?

- Udrulning og implementering af forløbsprogrammer
- Patientsikkerhed i sektorovergange.
- Henvisning til vederlagsfri fysioterapi
- Elektronisk kommunikation

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen i forhold til almen praksis?

- SOFT portal
- Præcisering af tovholderrollen
- Medicinering

Samarbejdsaspektet: Drøftelse af kommunernes erfaringer med samarbejdet med almen praksis således at de gode eksempler kan brede sig.

- Forpligtende struktur
- Tilgængelighed for personale i kommunerne til almen praksis
- Problematisk at vagtlægen er organisatorisk forankret andetsteds.

Kapacitetsplanlægning og praksisstruktur i almen praksis

Det geografiske aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til placering af tilbuddet om almen lægehjælp geografisk, dvs. i yderområder, byområder m.v. Har kommunen gjort sig tanker om, hvordan dette kan fremmes?

Det lokalemæssige aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til det lokalemæssige samarbejde med almen praksis om en hensigtsmæssig fysisk placering?

Det tværsektorielle aspekt: Hvordan kan kapacitetsplanlægningen af almen praksis understøtte de praktiserende lægers sundhedsfaglige samarbejde med kommunerne?

Der er blandede oplevelser bl.a. præget af geografisk forskellighed i forhold til de tre aspekter. Drøftelsen drejede særligt om:

- strategiske overvejelser ift. lægedækning
- efterspørgsel fra almen praksis i forhold til understøttelse af lokaler
- fysisk tilgængelighed i praksis
- behov for at tænke i opgavefællesskaber
- lægelig tilknytning til plejehjem/satellitpraksis i plejehjem
- nærhed ctr. flerlægepraksis.

Baggrund

Beskrivelse af formål, deltagelse og afvikling.

I efteråret 2011 afholdte Region Hovedstaden efter beslutning i styregruppen for praksisudviklingsplan 2012-2015 at afholde fire høringsmøder. På høringsmøderne blev regionens 29 kommuner inviteret.

Formål

Formålet med møderne var todelt:

- at få kommunernes input og holdninger til den kommende praksisudviklingsplan for almen praksis. Samtidigt finder regionen det vigtigt at blive orienteret om status i kommunernes arbejde med det nære sundhedsvæsen, herunder om der i denne forbindelse er gjort sig tanker om sammenhæng til eksempelvis regional praksisplanlægning og planarbejdet i sundhedsaftalerne.
- 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 rammer, som nu engang eksisterer på området, økonomiske såvel som juridiske og planmæssige.

Det er desuden et overenskomstmæssigt krav (Landsoverenskomst for almen lægegerning), at kommunerne i regionen høres forud for udarbejdelsen af praksisudviklingsplan for almen praksis.

Deltagelsesprocent

17 ud af 29 kommuner deltog i møderne. Det er en deltagelseprocent på 59. Kommunerne fik tilsendt en skriftlig invitation og der blev efterfølgende udsendt en skriftlig rykker og efterfølgende telefonisk kontakt, såfremt der ikke var svaret på invitation og rykker.

Afvikling

Møderne blev afholdt i regionens fire hovedområder Nord, Byen, Midt og Syd. Af hensyn til mødernes størrelse og ønsket om dialog blev kommunerne bedt om repræsentation via 1-2 personer fra kommunens administration.

Forud for møderne blev deltagerne tilsendt to faglige oplæg som indeholdt spørgsmål, som kommunerne blev bedt om at forberede sig på. De faglige oplæg var strukturerende for afviklingen af møderne:

Debatoplæg om implementering af samarbejdet med almen praksis i sundhedsaftalen:

Det opgavemæssige aspekt: Hvilke opgaver i sundhedsaftaleregion er særligt vigtige at prioritere i samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis?

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen i forhold til almen praksis?

Samarbejdsaspektet: Drøftelse af kommunernes positive erfaringer med samarbejdet med almen praksis således at de gode eksempler kan brede sig.

Debatoplæg om kapacitetsplanlægning og praksisstruktur i almen praksis

Det geografiske aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til placering af tilbuddet om almen lægehjælp geografisk, dvs. i yderområder, byområder m.v. Har kommunen gjort sig tanker om, hvordan dette kan fremmes?

Det lokalemæssige aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til det lokalemæssige samarbejde med almen praksis om en hensigtsmæssig fysisk placering?

Det tværsektorielle aspekt: Hvordan kan kapacitetsplanlægningen af almen praksis understøtte de praktiserende lægers sundhedsfaglige samarbejde med kommunerne?

Høringsmøde Nord

Afholdt tirsdag d. 9. november 2011

Deltagere:

Allerød Kommune
Fredensborg Kommune
Frederikssund Kommune
Gribskov Kommune
Halsnæs Kommune
Hillerød Kommune
Hørsholm Kommune

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis (kommuner samlet)

- Forløbsprogrammer fungerer. Henvisninger fra alle praktiserende læger.
- Etablering af flerlægepraksis.
- Velfungerende KLU samarbejde.
- Lægerne aftaler selv besøg i midlertidige boliger for borgere, selvom afstanden er over 15 km. – problemstillingen blev løst i KLU.
- Godt samarbejde med praksiskonsulent.
- Dosisdispensering.
- Dialogmøder i kommunen.
- Forandring af samarbejdet til det bedre.

Barrierer i samarbejdet med almen praksis

- Samarbejdet præges af politik og økonomi fremfor at være løsningsorienteret (brobygning bliver politiseret).
Landsoverenskomsten tillader kun almen praksis at løfte opgaver, som der er aftalt finansiering af. Der opleves manglende motivation til at tænke ud over ydelser og mere langsigtet.
- Integrering
- Det er vanskeligt at forpligte lægerne til samarbejde på en bestemt måde, herunder forpligtes almen praksis ikke direkte af sundhedsaftalen.

Sundhedsaftaler

Opgaveaspektet: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere?

- **UTH**
Videndeling på tværs og opmærksomhed på området.
- **Udrulning af velfungerende forløbsprogrammer**

Blandt andet adressere tidlig opsporing blandt børn og voksne samt fastholdelse af livsstilsændringer/opfølgning samt velfungerende henvisninger.

- **Samarbejde om særlige patientgrupper**
Der opleves manglende kommunikation omkring udsatte børn, ældre, ADHD børn, overvægtige.
- **Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser**
Tæt samarbejde og forståelse fra vagtlæger og praktiserende læger for de udfordringer kommunen dagligt står med.
- **Myter skal aflives om at kommuner ikke er kvalificerede**
Der efterlyses kendskab til hinandens kompetencer.
- **Vederlagsfri fysioterapi**
Der opleves dels manglende kendskab i almen praksis til de forskellige tilbud om vederlagsfri fysioterapi, dels manglende kendskab til retningslinjer for henvisning og de omkostninger, der er forbundet med vederlagsfri fysioterapi (alle er forpligtet til LEON), herunder hvis henvisningen ikke er korrekt.
- **Akutpladser ifm. præhospital indsats.**
Der ønskes et lægeligt bidrag til at få akutpladserne til at fungere.
Der er eksempler på kommuner, som har etableret et tilbud, men ikke fået en eneste henvisning.
- **Implementering temaer beskrevet i 1-årig plan for udviklingsopgaver i relation til sundhedsaftalen**
Forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, UTH, forløbsprogrammer, sindslidelser, elektronisk kommunikation.

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen

- **SOFT ctr. egne/øvrige portaler**
Der efterlyses bedre kendskab til kommunale tilbud. Samarbejdet med sundhed.dk er tungt og besværligt. Portalen skal bruges mere smidigt. Der er emner som ”der er ingen kategorier til”.
- **Videndeling**
Skal understøttes.
- **Præcisering af tovholderrollen**
Hvad indebærer rollen som tovholder ift. kroniske forløb.
- **Forståelse fra praktiserende læger for prioritering og organisering i sundhedsvæsenet**
Blandt andet forskrækkethed over flere eller færre opgaver som følge af udviklingen i sundhedsvæsenet.
- **Medicinering**
Tydelighed i ansvar for gennemgang og afstemning af medicin samt efterlevelse.
- **Plejhjembesøg**
Plejecentre er ikke et sted praktiserende læger kommer. Behov for lægebesøg til f.eks. demente borgere, som ikke kan møde op hos lægen.
- **Midlertidige boliger og rehabiliteringsenheder**
Der ønskes en fast lægetilknytning.

Samarbejdsaspektet: Drøftelse af kommunernes ønske til samarbejdet med almen praksis

- **Incitament for samarbejde**
Skal være gensidigt og præges af gensidig respekt.

- **Forpligtende dialog og fremmøde**
Deltagelse og viden om opgaver. F.eks. gennem informationsmøder.
- **Medicingennemgang og dosisdispensering.**
- **Sundhedsbus**

Kapacitet og praksisstruktur

Det geografiske aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til placering af tilbuddet om almen lægehjælp geografisk, dvs. i yderområder, byområder m.v. Har kommunen gjort sig tanker om, hvordan dette kan fremmes?

- Få strategiske overvejelser om placeringen af lægepraksis.
- Kommuneplaner og lokalplaner hindrer liberalt erhverv i boligområder.

Det lokalemæssige aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til det lokalemæssige samarbejde med almen praksis om en hensigtsmæssig fysisk placering?

- Åbenhed overfor løbende dialog om konkrete henvendelser
- Blandede oplevelser med alment praktiserende lægers integration i sundhedscentre.
- Der er ingen efterspørgsel fra almen praksis efter understøttelse af fysiske rammer til lægepraksis
- I nogle kommuner er der politisk bevågenhed om problemstillinger.
- Ønsker samarbejde med almen praksis, men også andre praktiserende ydergrupper.
- Fokus på tilgængelighed

Det tværsektorielle aspekt: Hvordan kan kapacitetsplanlægningen af almen praksis understøtte de praktiserende lægers sundhedsfaglige samarbejde med kommunerne?

- Ønske om dialog om plejehjemslæger.
- Der ses muligheder for placering af lægepraksis i boligområder eller områder med nybyggeri.
- Der bør tænkes mere i opgavefællesskaber.
- Det er et problem, at den lokale viden hos praktiserende læger kun rækker fra 8.00-16.00.
- Vagtlægen er organisatorisk forankret andetsteds.

Høringsmøde i SYD

Afholdt torsdag d. 23. november 2011

Deltagere

Brøndby Kommune
Glostrup Kommune
Høje-Taastrup Kommune
Hvidovre Kommune

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis

- Har haft positivt samarbejde de seneste 20 år (udmøntes konkret på forskellig vis f.eks. ift. forløbsprogrammer.
- Praksiskonsulentordninger, som har tæt kontakt til f.eks. jobcenter og ældrecentre/hjemmepleje.
- KLU
- Arbejdsmarkedsafdelingens samarbejde med lægerne om attester, stress-depression, bevægeapparatslidelser mv.
- Kommunens evne til at aflæse lægernes behov når vi etablerer nye tilbud.
- Projekt ”fang faldet” – samarbejde mellem hospital/læge/kommune
- Elektronisk kommunikation.

Barrierer i samarbejdet med almen praksis

- En struktur blandt lægerne som kan aktiveres af dem (læger) og os (kommuner) ved behov (forpligtende, repræsentativ).
- Honorarstruktur
- Ubalance i forhold til kommunikationsniveau – lægernes kanal er langsommere
- Få læser nødvendigt materiale om forløbsprogrammer og forebyggelse – det begrænser overskud til samarbejde
- Tid og kommunikation
- Henvisning til forløbsprogrammer i Høje-Taastrup Kommune
- Lægedækning efter kl. 13.

Sundhedsaftaler

Opgaveaspektet: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere?

- **Forebyggelige indlæggelser**
Skal tilrettelægges meget konkret.
- **Forløbsprogrammer**
Væsentligt med tidlig opsporing. Overraskende mange henvisninger af svært syge til forløbsprogrammerne.
- **Opgaveglidning**

Fælles håndtering. Oplever problemer med udskrivning af ikke-færdigbehandlede uden epikrise/aftaler.

- **Sindslidelser**

Samarbejde med regionen også vigtigt. Falder ofte mellem to stole.

- **Samarbejdsstrukturer**

Samarbejdet besværes ved, at borgere med bopæl i en kommune, er tilmeldt læger i mange forskellige kommuner. Desuden har hospitalsplaner medført behov for samarbejde med flere hospitaler end kun det nære.

- **Elektronisk kommunikation**

Fax er ”no go”.

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen

- **Tovholderrollen og gatekeeperrollen**

Der ønskes en præcisering ift. forløbsprogrammer og svage/ældre patienter. Arbejdsdelingen varierer alt efter hvilke læger, der er involveret.

- **Beskæftigelsesområdet**

Fælles forståelse af to vidt forskellige verdener. Kunne forsøgsvist håndteres casebaseret fremadrettet. Omkostningsfyldt med for meget bureaukrati på attestområdet – papirer der sendes frem og tilbage. Det hænder, at erklæringer ikke er uddybet nok.

- **Medicinområdet**

- **Hygiejne**

Meldepligt, kontakt til hospital og understøttelse af podninger ifm. infektionssygdomme.

Samarbejdsaspektet: Drøftelse af kommunernes ønske til samarbejdet med almen praksis

- **Landsoverenskomsten**

Skal spille konstruktivt sammen med sundhedsaftaler og praksisudviklingsplan.

- **Struktur og videndeling**

En struktur der repræsenterer lægernes syn på fælles udfordringer og konkrete opgaver, fx vaccination, beskæftigelsesområdet, ældre medicinske patient, medicinstatus, samt styrker kommunikationen. Deltagelse i kommunale tiltag. Opprioritering af praksiskonsulenten.

- **SOFT**

Er ikke velfungerende nok for praktiserende læger

- **Velfærdsteknologi**

Kapacitetsplanlægning og praksisstruktur

Det geografiske aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til placering af tilbuddet om almen lægehjælp geografisk, dvs. i yderområder, byområder m.v. Har kommunen gjort sig tanker om, hvordan dette kan fremmes?

- Det er vanskeligt, at få praktiserende læger til at nedsætte sig i visse områder.
- Ingen særlige strategiske overvejelser om placeringen af tilbuddet om almen lægehjælp.

Det lokalemæssige aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til det lokalemæssige samarbejde med almen praksis om en hensigtsmæssig fysisk placering?

- Blandede oplevelser med at understøtte almen praksis med lokaler
- Vil gerne understøtte med henblik på at rekruttere unge læger til kommunen.
- Forskellige politikker ift. om almen praksis tænkes ind i sundhedscentre.

Det tværsektorielle aspekt: Hvordan kan kapacitetsplanlægningen af almen praksis understøtte de praktiserende lægers sundhedsfaglige samarbejde med kommunerne?

- Der skal være tid/kapacitet til at drøfte problemer med hjemmesygeplejerske.
- Der er behov for drøftelse af lægelig tilknytning til plejecentre og akutpladser.
- Lægedækningen skal matche den organisation kommunen har omkring deres ældrepleje og hjemmeplejedistrikt med henblik på godt samspil.

Høringsmøde i Midt

Afholdt 15. november 2011

Deltagere:

Furesø Kommune
Ballerup Kommune
Herlev Kommune
Gladsaxe Kommune
Gentofte Kommune
Rødovre Kommune
Rudersdal Kommune

Successhistorier om samarbejdet med almen praksis

- Etablering af én kommunikationskanal: nyhedsbrev.
- Kontaktlægeudvalget/et lægelaug.
- Praksiskonsulentordningen.
- Årligt stormøde.
- Samarbejde på misbrugsområdet.
- Henvisninger til kommunale forløbsprogrammer.

Barrierer i samarbejdet med almen praksis

- Skepsis over kommunale tilbud/manglende legitimitet
- Ringe fremmøde uden betaling
- Det er ikke muligt at forpligte alle praktiserende læger.
- 35 % af de praktiserende læger henviser ikke til forløbsprogrammer.
- Dokumentation af "effekten" af praksiskonsulentordning.

Sundhedsaftaler

Opgaveaspektet: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere?

- **Forløbsprogrammer**
Henvisninger til indsatser i kommunalt regi og bedre samarbejde om tilretning af ydelser. Kvalitet i kommunale tilbud skal sikre at alle læger henviser.
- **Følge-op ordninger/udskrivningsbesøg**
- **Mundtlig og elektronisk kommunikation**
Klart og tydelig; ISBAR princippet. Korrespondancemeddelelsen skal bruges af alle læger; fokus på den organisatoriske implementering af elektroniske meddelelsesformer, herunder enighed om anvendelse.
- **Datafangst samt fokus på dokumentation og effekt**
Fælles data om borgerne med henblik på tilpasning af kommunale ydelser for kronikere.
- **Patientsikkerhed i sektorovergange**

- **Forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser**
Kvalitet i ind- og udskrivning fra hospital; nyttegørelse af telemedicinske løsninger.
- **FMK**

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen

- **Tovholderrollen**
Der ønskes præcisering. Ikke alle læger agerer ens – eksempler ift. pleje-/omsorgsområdet, udskrivning til kommune, rusmiddel- og medicinområdet. Et problem at f.eks. ikke alle KOL patienter er kendte hos lægen. Tovholder har forpligtelse til at sikre samarbejde. Hvilket ansvar har tovholderen ift. kommunikation f.eks. ift. demens, diabetes og KOL.
- **Viden om kommunale tilbud**
Præcisering af praktiserende læges ansvar til at søge viden om kommunale tilbud.
- **Medicinområdet – dosisdispensering**

Samarbejdsaspektet: Drøftelse af kommunernes ønske til samarbejdet med almen praksis

- **SOFT**
Skal benyttes.
- **Dokumentation**
Af kvaliteten af samarbejdet
- **Tilgængelighed**
Manglende tilgængelighed i almen praksis opleves som et problem (autoreply til plejepersonale)
- **Inddragelse af almen praksis**
Fælles handleplaner lokalt samt systematisk inddragelse af almen praksis i planlægningen af kommunale tilbud/forløb. Det lokale element af processen understreges som vigtigt. Lægerne skal føle ansvar for ift. at indgå i lokal planlægning.
- **Struktur**
Efterlyses værktøjer til at sikre, at alle læger løfter aftalte opgaver i åben dialog. KLU er stadig uforpligtende. Forbillede kunne være model med forebyggende hjemmebesøg.
- **Information fra regionen**
Yderligere fokus på at holde praktiserende læger orienteret på alle væsentlige områder.

Kapacitet og praksisstruktur

Det geografiske aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til placering af tilbuddet om almen lægehjælp geografisk, dvs. i yderområder, byområder m.v. Har kommunen gjort sig tanker om, hvordan dette kan fremmes?

- Blandede oplevelser mht. om lægedækningen er tilstrækkelig.
- Primært udtrykkes ingen ønsker om forandring og ingen geografiske udfordringer – enkelte kommuner har ønsker til fordelingen af læger geografisk i kommunen.
- Enkelt kommune har implementeret arbejdsgang med at orientere lægelaug ved ledige, velegnede kommunale lokaler.
- Ønsker lettilgængelig information om dækningsgrad.

- Tilgængelighed styrkes ved placering i bymidte, bydelscentre mv. Bynær placering sikrer desuden tilgang.
- Kan give mening at placere stor lægepraksis nær sundhedscenter.
- Nærhed til sociale områder er et ønske i nogle kommuner.
- Diskussionen om det nære sundhedsvæsen bør åbnes politisk.

Det lokalemæssige aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til det lokalemæssige samarbejde med almen praksis om en hensigtsmæssig fysisk placering?

- Blandet om der er konkrete projekter/planer om understøttelse af fysiske rammer til almen praksis og blandet om hidtidige forsøg er lykkedes.
- Blandet om sundhedshuse skal rumme praktiserende læger.
- Fokus på øget tilgængelighed et bredt ønske
- Nogle jyske huse er forbilleder.
- Politisk bevågenhed i nogle kommuner
- Opstartswerkshop mhp. flerlægepraksis afprøvet.

Det tværsektorielle aspekt: Hvordan kan kapacitetsplanlægningen af almen praksis understøtte de praktiserende lægers sundhedsfaglige samarbejde med kommunerne?

- Særligt blandt ældre borgere efterspørges lægelige ydelser i sundhedshuse.
- Forventer positivt effekt på det sundhedsfaglige samarbejde med fysisk nærhed.
- Der er ønske om at integrere praksis med kommunale tilbud.
- Invitere sygeplejersker/praksispersonale med på kompetenceudviklingsdage.
- Der foreslås koordinerende sygeplejeske (særfunktion) mellem store praksis og kommunen for at sikre kommunikation og sammenhæng.

Høringsmøde i Byen

Afholdt d. 10. november 2011 (Frederiksberg og København) og
d. 13. januar 2012 (Bornholm)

Deltagere

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

Bornholms Regionskommune

Succeshistorier om samarbejdet med almen praksis

- Praksiskonsulent har taget initiativ til supervisionstimer med sundhedsplejersken ift. at minimere fødselsdepression – med flot resultat.
- Implementering af korrespondancemeddelelse – stor tilslutning
- Aftale om e-kommunikation.
- Honoreringsprojektet på Bornholm har allerede haft positiv effekt på samarbejdet på et teknologiprojekt som involverer praktiserende læger.

Barrierer i samarbejdet med almen praksis

- Manglende forpligtelse.
- Få lægerne til at bruge aftalerne.
- Brug af kommunale tilbud.
- Når konkret taksameterkultur møder fuldtidsarbejdsdagkultur.
- Ejerskab: adresserer problemer til kommunen; tager ikke selv del.
- Manglende engagement i forhold til udvikling.
- Dialog med lægerne. Ringe fremmøde til møder.
- Ingen overenskomstmæssig aftale om forløbsprogrammet om demens.

Sundhedsaftaler

Opgaveaspektet: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere?

- **Social ulighed**
Samarbejde om screening af socialt udsatte mhp. tidlig indsats.
Skabe opmærksom i almen praksis om socialt udsatte og udnytte at almen praksis har kontinuitet og patientkontakt. Skabe anledning til at almen praksis møder de socialt udsatte borgere, som ikke møder op i almen praksis trods store sundhedsmæssige problemer.
- **Forebyggelse**
- **Syge-dagpengemodtagere**
- **Tidlig opsporing**
Samarbejde med den kommunale sygeplejes brug af subakutte tider.
- **Misbrugere der har kronisk sygdom**

Misbrugere har også kroniske sygdomme, men læger på misbrugscentre kan ikke behandle den. Det kræver noget af almen praksis.

- **Organisation i praksis**

Fokus på vedligeholdelse af facilitatorprojekt ved projektløb, herunder forventninger til kommunen i efterfasen.

- **Forløbsprogrammer**

Fokus på udrulning og optimal anvendelse samt henvisning til kommunale tilbud.

- **Medicinområdet**

Fastholde og understøtte den praktiserende læge som tovholder.

- **Indlæggelser**

Praktiserende læger bør involveres mere i udskrivningsfasen.

- **Forebyggelige indlæggelser**

Der bør tages hensyn til mange forskellige diagnoser og behandlingsforløb

- **Rekruttering og fastholdelse af læger**

Har absolut topprioritet på Bornholms pga. kommunens særlige beliggenhed uden nærhed til en nabokommune. Uddannelsespladser på Bornholms Hospital bør bevares.

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen

- **Medicin**

Ansvar for samlet overblik for medicin.

- **Kronikerområdet og kommunal sygepleje**

Enighed om hvilke opgaver, som skal løses i fællesskab

- **Kommunalt ansatte læger**

Afdækning af kompetencer og arbejdsdeling samt fordeling på døgnet. Lavpraktiske opgaver.

- **Definition af gatekeeper**

Samarbejdsaspektet: Drøftelse af kommunernes ønske til samarbejdet med almen praksis

- **Større fokus mod kommunen**

Der ønskes fokus på kommunale sundhedstilbud og et større kendskab hertil. Det starter på medicinuddannelsen. Kommunerne oplever, at almen praksis ikke ser kommunerne som samarbejdspart.

- **Engagement og tilstedeværelse**

Der opleves til tider manglende engagement og tilstedeværelse fra de praktiserende læger i samarbejdet med kommunerne.

- **Inddragelse**

Almen praksis ønskes tidligt inddraget.

- **Samarbejde med sygepleje**

Der skal være en tydelig samarbejdsstruktur med sygeplejen. Dialogmøder kan fremme samarbejdet. Problem: patientpopulation i sygepleje og almen praksis er ikke sammenfaldende geografisk. De praktiserende læger som ambassadører til at italesætte sygeplejeklinikkerne. Telemedicinske løsninger ønskes udviklet og anvendt.

- **Praksiskonsulentordninger**

Hvordan bruger og rekrutterer kommunerne funktionen.

- **Underopdelte lægelaug**

Funktioner på lavere organisatorisk/geografisk

niveau; tydeligt geografisk engagement i lægelaug.

- **SOFT**
Kendskab til indhold i og organisering af kommunale tilbud - også mere bredt f.eks. psykiatri og jobcenter.
- **Medicinområdet**

Kapacitet og praksisstruktur

Det geografiske aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til placering af tilbuddet om almen lægehjælp geografisk, dvs. i yderområder, byområder m.v. Har kommunen gjort sig tanker om, hvordan dette kan fremmes?

- **Planlægningsområder**
Større områder og fleksibilitet ved vurdering af ansøgninger over områdegrænser.
- **Satellitfunktioner**
Kan med fordel anvendes.
- **Sundhedshuse**
Prioritering af sundhedshuse i København ved geografiske ændringer i kapacitetsforhold.
- **Afstand til aflastningspladser fra almen praksis**
Bør ikke være mere end 15 km. på Bornholm begrundet i muligheden for sygebesøg.

Det lokalemæssige aspekt: Hvilke tanker har kommunen gjort sig i forhold til det lokalemæssige samarbejde med almen praksis om en hensigtsmæssig fysisk placering?

- **Tilgængelighed**
Skal være en prioritet.
- **Lokalesamarbejde**
Vil gerne understøtte men afhænger af lægernes interesse (Frederiksberg og København). Ikke en prioritet i Bornholms Regionskommune.

Det tværsektorielle aspekt: Hvordan kan kapacitetsplanlægningen af almen praksis understøtte de praktiserende lægers sundhedsfaglige samarbejde med kommunerne?

- **Sundhedshuse**
Skal drive udviklingen af samarbejdet med almen praksis (København). Optaget af at skabe fysiske rammer, der kan understøtte det tværsektorielle samarbejde.
Sundhedshus i nærhed til et kommunalt tilbud ikke en prioritet på Bornholm, hvor der er tilfredshed med nuværende praksisstruktur.

**Koncern Praksis
Udviklingsenheden**

Input til praksisudviklingsplan 2012-2015

REGION

En opsamling fra to høringsmøder med lægelaugsformændene
afholdt 5. marts 2012

RESUME _____ 4

BAGGRUND _____ 6

Formål _____	6
Deltagelsesprocent _____	6
Afvikling _____	6

BARRIERER OG SUCCESHISTORIER _____ 8

Succeshistorier _____	8
Barrierer _____	8
Tilgængelighed hos kommune og hospital _____	10

SAMARBEJDE MED KOMMUNE OG HOSPITAL - OPGAVEMÆSSIGT _____ 10

Socialmedicin _____	10
Børn _____	10
Praksiskonsulent _____	10
Forebyggelse af genindlæggelser _____	10
Sundhedsfremme og patientundervisning (kost, rygning) _____	11
Patientsikkerhed _____	11
Psykiatriske patienter _____	11

SAMARBEJDE MED KOMMUNE OG HOSPITAL - ARBEJDSDELING _____ 12

Henvi sning til psykolog og skolepsykolog _____	12
Attester _____	12
Sundhedscentre _____	12
Medicinhåndtering _____	12
Manglende henvisningsmuligheder _____	12
Kommunale læger _____	12
Pakkeforløb _____	12
Kommunale tilbud _____	13
Forebyggelse ctr. behandling ctr. rehabilitering _____	13
Gråzoner generelt _____	13
E-kommunikation _____	13
Kommunikation _____	13
Psykiatri og sindslidende _____	13
Diagnostik _____	14
Alkohol _____	14

KVALITETSUDVIKLING I ALMEN PRAKSIS - ORGANISATORISK _____ 15

Facilitatorordning _____	15
Praksismanager _____	15
Sårbare patienter _____	15
Praksispersonale og lokaler _____	15
Kvalitetsprojekter og tiltag _____	15
Teknologi _____	15
Efteruddannelse _____	15
Ekstern understøttelse af almen praksis _____	15
Planlagte instruksmøder _____	16
Overenskomst: Ansatte læger _____	16

KVALITETSUDVIKLING I ALMEN PRAKSIS - SUNDHEDSFAGLIGT _____ 17

Laboratorieområdet	17
Læring og efteruddannelse	17
Datafangst	17
Forebyggelse	17
Medicin	17
Organisation og samarbejde med region og kommuner	17
Arbejdsgange	18
Ressourcer	18
Den danske kvalitetsmodel	18

KVALITETSUDVIKLING I ALMEN PRAKSIS -

PATIENTOPLEVET	19
Organisation	19
Metode	19
Honorering	19
Forventningsafstemning med patienter	19
Måling af patienttilfredshed	19
Forbedring af patienttilfredshed	19

Resume

En samlet oversigt over væsentlige opmærksomhedspunkter, som formuleret af lægelaugsformændene på høringsmøderne.

Samarbejde mellem almen praksis og hospital og kommune:

Det opgavemæssige aspekt: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere i samarbejdet mellem kommuner, hospital og almen praksis?

Følgende temaer blev adresseret:

- Tilgængelighed hos kommune og hospital
- Socialmedicin og attester
- Samarbejde om udsatte børn
- Organisation og samarbejde f.eks. via kommunale praksiskonsulenter
- Forebyggelse af genindlæggelser
- Sundhedsfremme og patientundervisning
- Patientsikkerhed
- Psykiatriske patienter
- Genoptræning.

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen i forhold til kommunerne?

Følgende temaer blev adresseret:

- Henvisning til psykolog og skolepsykolog
- Socialmedicin og attester
- Sundhedscentre
- Medicinhåndtering
- Manglende henvisningsmuligheder
- Kommunale læger
- Pakkeforløb/faglige retningslinjer
- Kommunale tilbud/henvisningsmuligheder
- Forebyggelse ctr. behandling ctr. rehabilitering
- Gråzoner i ansvarsfordeling
- E-kommunikation og mundtlig kommunikation
- Psykiatri og sindslidende
- Diagnostik
- Patienter med alkoholmisbrug.

Kvalitetsudvikling i almen praksis:

Den organisatoriske kvalitet: Hvilke tiltag skal sikre, at almen praksis understøttes i at foretage de organisationsændringer, der skal ske for at varetage de nye og/eller ændre opgaver?

Følgende temaer blev adresseret:

- Facilitatorordningen
- Praksismanagerfunktion
- Sårbare patienter
- Praksispersonale og lokaler
- Kvalitetsprojekter og tiltag
- Teknologi
- Efteruddannelse
- Ekstern understøttelse af almen praksis
- Planlagte instruksmøder
- Overenskomst: ansatte læger.

Den sundhedsfaglige kvalitet: Hvordan skal kontinuerlig kvalitetsudvikling og optimal faglig kvalitet sikres i almen praksis?

Følgende temaer blev adresseret:

- Laboratorieområdet
- Læring og efteruddannelse
- Datafangst
- Forebyggelse
- Medicin
- Organisation og samarbejde med region og kommune.
- Arbejdsgange
- Ressourcer
- Den danske kvalitetsmodel.

Den patientoplevede kvalitet: Hvordan sætter man fokus på den patientoplevede kvalitet.

Følgende temaer blev adresseret:

- Organisering af og metode i undersøgelserne
- Honorering
- Forventningsafstemning med patienter
- Måling af patienttilfredshed
- Forbedring af patienttilfredshed.

Baggrund

Beskrivelse af formål, deltagelse og afvikling.

I efteråret 2011 afholdte Region Hovedstaden efter beslutning i styregruppen for praksisudviklingsplan 2012-2015 to høringsmøder med formændene af lægelaugene som er organiseret under PLO-Hovedstaden. Der er i alt 34 lægelaug i Region Hovedstaden.

Formål

Formålet med møderne var todelt:

- at få lægelaugsformændenes input og holdninger til den kommende praksisudviklingsplan for almen praksis, særligt i forhold til kvalitetsudvikling af ydelser udført i praksis
- at få lægelaugsformændenes input og holdninger til samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen

Det er desuden et overenskomstmæssigt krav (Landsoverenskomst for almen lægegerning), at praktiserende læger høres forud for udarbejdelsen af praksisudviklingsplan for almen praksis.

Deltagelsesprocent

Alle lægelaugsformænd var inviteret. 25 ud af 34 havde meldt sig til. Det er en deltagelsesprocent på 74 %.

Afvikling

Møderne blev afviklet i samarbejde med PLO-Hovedstaden i deres lokaler i Stockholmsgade, København. Af hensyn til mødets størrelse blev lægerne delt i to grupper af ens størrelse i hvert sit mødelokale.

Forud for møderne blev deltagerne tilsendt to faglige oplæg, som indeholdt spørgsmål, lægerne blev bedt om at forberede sig på. Oplæggene var strukturerende for afviklingen af møderne:

Debatoplæg om samarbejdet mellem almen praksis og hospital og kommune:

Det opgavemæssige aspekt: Hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere i samarbejdet mellem kommuner, hospital og almen praksis?

Arbejdsdelingsaspektet: Hvor oplever kommunerne, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen i forhold til kommunerne?

Debatoplæg om kvalitetsudvikling i almen praksis:

Den organisatoriske kvalitet:

Hvilke tiltag skal sikre, at almen praksis understøttes i at foretage de organisationsændringer, der skal ske for at varetage de nye og/eller ændre opgaver?

Den sundhedsfaglige kvalitet:

Hvordan skal kontinuerlig kvalitetsudvikling og optimal faglig kvalitet sikres i almen praksis?

Den patientoplevede kvalitet:

Hvordan sætter man fokus på den patientoplevede kvalitet.

Barrierer og succeshistorier

I forhold til samarbejde i sundhedsvæsenet og kvalitetsudvikling i almen praksis

Succeshistorier

Visitation

- CVI
- Visitation i Københavns Kommune på Amager fungerer fremragende.

Socialmedicin

- Årlige møder om problemklienter/patienter
- God kontakt mellem læge/sagsbehandler
- Kontakt med kommunale sagsbehandlere; undervisning vedrørende lægeattester (Fredensborg). Medfører indblik i hinandens opgavefelt.

Kommunikation

- Elektronisk kommunikation og indførelse af korrespondancemodul til kommunikation med kommuner; forbedret kommunikation mellem kommune-praksis.

Organisation og samarbejde

- Ansættelse af kommunale praksiskonsulenter
- Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU)
- Inddragelse af kommunal praksiskonsulentordning ved etablering af sundhedshus i Gladsaxe.

Rehabilitering

- De nye rehabiliteringstilbud i sundhedscentre

Sundhedsfremme

- Kommunale diætisttilbud og patientundervisning til diabetikere som supplement tilbud i almen praksis. Edifact henvisning og edifact epikrise.
- Information om afsluttet behandling fra KOL rehabiliteringstilbud og diabetes tilbud.

Samarbejde med hjemmepleje

- Hjemmesygeplejerskerne i Brønshøj/Indre By.

Medicin

- Medicinkonsulentordningen.

Barrierer

Medicin

- Implementering af FMK

Kommunikation

- Manglende epikriser
- Kommunikation: "Vejen for lang til rette person"
- Feriemeddelelser på sundhed.dk – kommunerne læser det ikke.
- Feriemeddelelser: ingen out-of-office i lægesystemet.

- Manglende kvittering for elektronisk henvisning til kommunale tilbud.
- Manglende kommunikation mellem sektorer.
- Henvisning til speciallæger uden efterfølgende udskrivningskort til egen læge.

Tilgængelighed

- Kommunerne er forskellige fsva. tilgængelighed, kommunale tilbud og visitationsprocedurer. Vanskeligt at få overblik.
- Ingen indflydelse og medinddragelse i forhold til tilrettelæggelsen af kommunale tilbud og sundhedshuse
- Manglende understøttelse af forbedringer af handicaptilgængeligheden – det bliver for dyrt.
- Telefonnumre ændres ustandseligt.

Organisation og samarbejde

- Sundhedshuse bliver politiske projekter
- Sundhedsvæsenet er for stort og uoverskueligt
- Rehabiliteringscentre er etableret men samarbejdet om/med dem er ikke.
- Manglende kommunale praksiskonsulenter
- Bureaukrati tager tid.
- Manglende støtte til nynedsatte læger eller potentielle nynedsatte.
- Kulturforskel mellem almen praksis og kommune.

Sundhedsfremme

- Sundhedshuse målrettes raske; er ikke et fagligt tilbud
- Uautoriserede formularer vedrørende bl.a. kronikere
- Mangel på ensartede formularer for henvisninger (Glostrup har lavet sin egen)

Samarbejde med kommune og hospital

Det opgavemæssige aspekt: hvilke opgaver er særligt vigtige at prioritere i samarbejdet mellem kommunerne, hospital og almen praksis?

Tilgængelighed hos kommune og hospital

Oplever ringe tilgængelighed i nogle kommuner dels pga. korte åbningstider, dels pga. forskellige forvaltninger, som ikke taler sammen.

Det er for svært at få fat på en hospitalsafdeling eksempelvis i rådgivningsmæssige situationer. Både forvakter og bagvager er svære at få kontakt til.

Socialmedicin

Socialrådgiver på hjul – besøg i praksis skal fremmes. I det hele taget besøg af andre faggrupper med henblik på at få en fornemmelse af, hvad der sker i en lægepraksis.

Samarbejde med hjemmehjælp og andre attestudskrivere skal fremmes.

Langtidssygemeldte og arbejdsfastholdelse er særligt vigtige at prioritere.

Langtidssygemelte kan være vanskelige at håndtere, da de medbringer de samme attester igen og igen.

Divergens mellem de lægefaglige konsulenters opfattelse og de praktiserende lægers opfattelse.

Socialrådgivere mangler tid og ressourcer.

Jobcenter spilleregler/formuleringer i attester. Hvad lægges der vægt på, så meningsløse attester undgås. Evt. rundbordssamtaler.

Opstramning af attestbehovet. Socialt problem ikke medicinsk.

Kommunal forvaltning kan have andre interesser end medicinske ved sager om statuserklæringer m.v. Der er en forventning fra kommunens side om, at almen praksis har foretaget indgående, socialmedicinske drøftelser med patienten, hvor det ikke er tilfældet. Almen praksis koncentrerer sig om at ”lappe på patienten” og agere medicinsk.

Børn

Overvægtig børn bør prioriteres.

Udsatte børn. Barnets bog ligger på nettet, men de praktiserende læger kan ikke få adgang til den.

Elektronisk vandrejournal.

Praksiskonsulent

Praksiskonsulent skal være obligatorisk

Forebyggelse af genindlæggelser

Udskrivningsbesøg bør bruges mere

Det kræver øget samarbejde mellem praksis og kommune. Det anvendes for lidt.

Øget adgang til at kunne få taget blodprøver f.eks. af mobil laborant. Kan forebygge indlæggelse, hvor det kun vedrører blodprøvetagning.

Sundhedsfremme og patientundervisning (kost, rygning)

Kronikere – hvem gør hvad?

Afvikling af kommunal patientundervisning skal være fleksibel og mere omfattende.

Øget kompetence hos hjemmesygeplejersker – de skal kunne tage et blodtryk, stix, skylle øre m.v.

Patientsikkerhed

Psykiatriske patienter

Genoptræning

Efterlyser prioritering af nem og hurtig genoptræning, herunder hjerterehabilitering.

Prioritering af ressourcer

Genindlæggelser udgør lille andel af lægernes tid. Truede børn, sindslidende, alkoholiserede grupper bør opprioriteres ud fra et ressourcemæssigt perspektiv.

Adgang til diagnostisk service

Bedre adgang til diagnostik for patienter med uspecifikke symptomer, men som ikke omfattes af de nye diagnostiske centre.

Samarbejde med kommune og hospital

Arbejdsdelingsaspektet: Hvordan oplever almen praksis, at der mangler en præcisering af arbejdsdelingen i forhold til kommunerne?

Henvisning til psykolog og skolepsykolog

Skal understøttes økonomisk. Bedre henvisningsmuligheder med tilskud.

Attester

Oplever at der ageres ufleksibelt og bureaukratisk. Attestarbejdet kan være meningsløst i forhold til den enkelte patient og det kan forekomme irrelevant, at almen praksis overhovedet skal involveres. Der tages ikke hensyn til kontekst og sammenhæng, og der opleves et system, som er præget af ressourcespild.

Sundhedscentre

Der opleves for stive inklusions-/eksklusionskriterier for henvisning.

Medicinhåndtering

FMK og medicinlister og medicinstatus på plejehjem fylder meget. Almen praksis oplever der skubbes opgaver til dem, som ikke er en del af overenskomsten (bl.a. vedr. medicinordination/-status, vitaminer og dosisdispensering). Embedslægeinstitutionens krav skubbes til almen praksis. Betydelige gråzoner for hvad der er lægeligt arbejde. Der er en konflikt mellem embedslægens krav til hjemmesygeplejen – specielt om medicinering – og almen praksis opgaver i henhold til overenskomsten.

Der bør informere om opgavefordeling ved e-kommunikation om medicin

Manglende henvisningsmuligheder

Visse patientgrupper kan ikke henvises, fordi tilbuddet ikke er gratis og patienten samtidigt ikke har råd til f.eks. fysioterapeut eller psykolog.

Kommunen burde betale nogle gruppers behandling.

Andre tunge patientgrupper mangler der henvisningsmuligheder.

Kommunale læger

Bred opbakning til ansættelse af plejehjemslæger. Der opleves generelt, at kommuner skærer i antallet af kommunale læger.

Pakkeforløb

Pakkeforløb og forløbsbeskrivelser fastsætter for rigide rammer i behandlingen af patienten.

Kommunale tilbud

Der efterlyses bedre information herom, f.eks. om andet end tilbud til kronisk syge, f.eks. projekter målrettet specifikke patientkategorier.

Der opleves nogle steder manglende tilbagemelding om patienten.

Der opleves at nogle kommuner bør tage større ansvar for alkoholbehandling. (Ballerup er der et system udelukkende målrettet almen praksis om projekter m.v. der fungerer godt).

Forebyggelse ctr. behandling ctr. rehabilitering

Kommunerne bør holde sig fra behandlingsmæssige tiltag eksempelvis EKG, urindyrkning m.v.

Individuelle behandlinger bør udelukkende være et lægeligt ansvar, mens gruppebaseret undervisning/vejledning bør være et kommunalt ansvar.

Oplever dobbeltarbejde – det bør forebygges.

Gråzoner generelt

Almen praksis oplever at skulle rydde op for kommunen overfor hospital efter indlæggelse.

Kommunale opgaver vedr. alkoholiserede, børn, sindslidende, overvægtige bør ikke uddelegeres til halvprivate instanser i kommunalt regi, da det medfører ansvarsfralæggelse.

Nystartede projekter mangler ofte en klar arbejdsdeling – hvem skal reagere på hvad.

E-kommunikation

Ønske om standard for indhold i henvendelser fra f.eks. hjemmehjælp (bedre kommunikation).

Tilbagemelding til almen praksis opleves mangelfuld nogle steder.

Ét lokationsnummer

Kommunikationsformer skal være relevante og kortfattede.

Kommunikation

Bedre uddannelse af hjemmehjælpere, så kommunikationen mellem plejecentre og læger bliver bedre. Godt eksempel fra Albertslund: her går kommunikationen mellem plejehjemmet via en sygeplejerske til lægerne. Øget kommunikation med embedslægen – hvilken dagsorden har de. Ikke altid i henhold til loven.

Dialog med kommunen om, hvad kommunikationen skal bruges til.

Henvendelsesformer skal være respektfyldte.

Elektronisk kommunikation kan nogen gange ikke erstatte mundtlig kommunikation.

Personale i kommunerne ringer almen praksis op uden at være forberedte: ingen blodtryk, temperatur m.v. Der skal stilles kompetente spørgsmål.

Forventningsafstemning om opgavefordeling og en forståelse for, hvad almen praksis kan. Dvs. fremme øget kommunal forståelse for almen praksis' funktion.

Psykiatri og sindslidende

Mangel på ansvarsdeling mellem psykiatri og praktiserende læger: hvad gør man ved en sindslidende med kroniske sygdomme, som fx kol og diabetes.

Store områder med mangel på arbejdsdeling: psykiatri, kroniske smertepatienter, det sociale område.

Diagnostik

Forebygge dobbeltarbejde mellem læger og kommuner omkring blodprøver, blodtryk m.v.

Alkohol

Vigtigt at prioritere samarbejde om alkoholiserede.

Kvalitetsudvikling i almen praksis

Den organisatoriske kvalitet: Hvilke tiltag skal sikre, at almen praksis understøttes i at foretage de organisationsændringer, der skal ske for at varetage de nye og/eller ændrede opgaver?

Facilitatorordning

Denne ordning har været velfungerende og bør fortsætte. Det er positivt, at opfølgning er en del af ordningen.

Praksismanager

Efterlyser praksismanagerordning som kan tilkøbes;

Sårbare patienter

Højere basishonorar som kan finansiere ekstra personale til disse patienter

Praksispersonale og lokaler

Fysiske rammer skal være i orden, herunder parkeringsforhold, og der skal være økonomi til at ansætte praksispersonale. Kommunerne bør tage deres medansvar herfor.

Økonomiløftet er problematisk.

ICPC kodning kunne godt uddelegeres til et mindre kompetenceniveau end lægen. Mængden af tastearbejde tager tid fra patientbehandling.

Kvalitetsprojekter og tiltag

Skal prioriteres, dvs. begrænses, men gøres ordentligt.

Teknologi

Let og tilgængelig

Videreudvikling af it systemer under hensyn til økonomi.

Skal målrettes den enkelte praksis.

”Fraser” til journalsystemt bør standardiseres og inkorporeres i lægesystemerne, så udtryk ikke skal opfindes hver for sig.

Efteruddannelse

Kontinuerlige ledelses- og udviklingskurser skal prioriteres.

Ekstern understøttelse af almen praksis

- Facilitatormøder skal gøres obligatoriske.
- Facilitatorordningen bør fortsættes efter projektudløb.
- Konsulenthjælp fra KPLL (laboratoriekonsulenter)
- Konsulenthjælp fra Kveap

Planlagte instruksmøder

Overenskomst: Ansatte læger

Der bør i højere grad være mulighed for at ansætte læger.

Kvalitetsudvikling i almen praksis

Den sundhedsfaglige kvalitet: Hvordan skal kontinuerlig kvalitetsudvikling og optimal faglig kvalitet sikres i almen praksis?

Laboratorieområdet

Laboratoriestatistikker

KPLL konsulentordning er velfungerende og bør udbredes.

Læring og efteruddannelse

Bedre rammer for læring (især i områder med mange solopraksis, fx på Vestegnen).

Bredt udvalg af betalte kurser til læger og personale.

Lægerne er delte omkring systematisk obligatorisk efteruddannelse/recertificering/kursusregistrering.

Efteruddannelse skal tilrettelægges efter eget oplevet behov.

Interne regler for videndeling.

Faste tværfaglige møder.

Praksisreservelæge feedback. Uddannelse af unge læger giver faglige inputs og energi til en lægepraksis.

Datafangst

Aktiv anvendelse og udbredelse af datafangst. Formidling af gode historier om datafangst., tid, ressourcer (f.eks. nye computere til at køre programmerne og kurser til at komme i gang).

Undersøge mulighederne for anvendelse af § 100 opgørelser i relation til datafangst.

Oplever at datafangst skaber et godt overblik f.eks. i forhold til KOL patienter. Det tager tid, men er udgangspunktet for en god dialog med patienten.

Mangler genvejstaster ift. datafangst.

Forebyggelse

Genindførelse af 0106 (forebyggelsesydelsen).

Bedre samarbejde med sundhedspleje, hjemmepleje og sundhedscentre.

Medicin

Gavn af medicinkonsulentbesøg (ORDIPRAX)

Behov for uafhængig lægemiddelorganisation

Organisation og samarbejde med region og kommuner

Aflønning af obligatorisk mødeaktivitet; administrativt honorar for at være tovholder, bruge datafangst, indkalde patienter.

Praksiskonsulentordningerne er velfungerende

Sundhed.dk, lægehåndbog og tilsvarende; medicin.dk (IRF)

Arbejdsgange

Kvalitetsudviklingstiltag skal føles relevant og være enkelt og simpelt (inkl. IT). Bør lette arbejdsgangen og være en naturlig del af den.
Samlede arbejdsbyrde skal være uændret.

Ressourcer

Generelt behov for ressourcetilførelse til ydelser, personale, lokaler
Ønsker ikke topstyring f.eks. af facilitatorer.
Rammerne for kvalitetsudvikling skal være til stede: f.eks. lokaler, tid, økonomi, praksispersonale.
Mangler økonomisk kompensation for den tid, det tager.
Samlede arbejdstid skal være uændret.

Den danske kvalitetsmodel

Fokus på den bløde værdi – lægekunst – som er vanskelig at måle. Det er kerneydelsen i praksis, som der skal fokus på. Praksis repræsenterer kontinuiteten. Ingen ydelser der hedder den skrøbelige patient.
Fokus på centralt udarbejdede vejledninger på de store sygdomme via centrale aktører som DSAM og KvEAP.
Anerkendelse af praktikerens behov.

Kvalitetsudvikling i almen praksis

Den patientoplevede kvalitet: Hvordan sætter man fokus på den patientoplevede kvalitet.

Organisation

Det bør organiseres af regionerne.

Tage udgangspunkt i DANPEP – evt. specifikt på diagnosekoder

Faciliteres for den enkelte praksis.

Metode

Dilemma mellem faglig fokus og det patienterne vurderer som kvalitet bl.a. ud fra tilgængelighed og kommunikation.

Forventningsafstemning mellem patient og læge.

Det er en svær øvelse metodisk – resultat af tilfredshed afhænger af forventninger.

Skal udføres som stikprøver; næppe rimeligt at det udføres på alle praksis hvert tredje år.

Kunne være en ide at oprette patientråd til vurdering af praksistiltag bestående af 5-10 patienter. Repræsentativitet skal indtænkes.

Skal måles på reelle kvalitetsparametre.

Honorering

Bedre honorering for forebyggelse evt. mulighed for mere tidsforbrug til dette.

Forventningsafstemning med patienter

Patientinfo omkring hvad de kan forvente af almen praksis. Der opleves for store forventninger i dag.

Måling af patienttilfredshed

Hvad er patientoplevet kvalitet: at patienter føler sig velbehandlet og trygge.

Forbedring af patienttilfredshed

Bevar familielæge og sololæge hvis patienter skal være tilfredse og velbehandlede. Kæmpe sundhedshuse (praksisfællesskaber) er ikke garanti.

Regulerer sig selv; utilfredse patienter skifter læge.

Bilag 4

Praktiske løsninger til forbedring af telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen praksis. Idékatalog.

Som en del af analyseprojekt 12 'Tilgængelighed i almen praksis, herunder ved akut behov for lægehjælp i dagtiden' fremlægges en belysning af praktiske løsninger til bedre telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen praksis.

Notatet er et idékatalog over praktiske løsninger, som de enkelte praksis selv kan implementere for at øge tilgængeligheden.

Idékataloget tager udgangspunkt i tidligere undersøgelser vedrørende tilgængelighed i almen praksis. Under Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis udførtes i 2011 en kvalitativ undersøgelse af patienters holdninger og forventninger til tilgængeligheden i almen praksis¹. Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed udførte i 2009-10 en patienttilfredshedsanalyse, som omfattede samme emne².

1 Resumé

Den **telefoniske tilgængelighed** i almen praksis vurderes at kunne forbedres ved at fokusere på følgende fire områder:

- Intern organisering
- Ekstern organisering
- Teknisk løsning
- Information

Omkring den **elektroniske tilgængelighed** til almen praksis, forstået som mulighed for kontakt og kommunikation via lægepraksis' hjemmeside og e-mail, vurderes, at forbedringspotentialet primært ligger i information og formidling til patienterne om disse muligheder.

Nedenfor præsenteres forbedringsmuligheder på de nævnte punkter.

2 Metode og opgaveafgrænsning

¹ Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget under Samarbejdsudvalget for almen praksis i Region Hovedstaden: Telefonisk tilgængelighed i almen praksis, maj 2011.

² Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed, DAK-E, udførte 2009-10: DANPEP (Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis) vedr. Region Hovedstaden.

Undersøgelse og belysning af de praktiske muligheder er foretaget som led i implementering af Plan for almen praksis 2008-2011. Afdækningen er foretaget af en arbejdsgruppe med deltagelse af it-praksiskonsulenter og datakonsulenter.

Undersøgelsen omfatter praktiske løsninger, der kan forbedre den telefoniske tilgængelighed og den elektroniske tilgængelighed via hjemmeside og e-konsultation. Tilgængelighed ved fysisk fremmøde og organisering af åben konsultation indgår ikke i undersøgelsen.

Der er taget udgangspunkt i tidligere undersøgelser af tilgængeligheden i almen praksis i Region Hovedstaden.

3 Overenskomstmæssige forpligtelser samt ønsker fra patienterne

Tilgængeligheden i almen praksis er reguleret gennem Overenskomst om almen praksis.³

Om **telefonisk** tilgængelighed fastsætter Overenskomst om almen praksis bl.a.:

’Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes.’

’Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag hos egen læge eller en eller flere over for lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med.’

Dagtiden udgøres af tidsrummet 8-16 på hverdage.

³ Overenskomst om almen praksis, April 2011. Indgået mellem Regionernes Lønnings- og takst navn og Praktiserende Lægers Organisation.

Om **elektronisk** tilgængelighed fastsætter overenskomsten overordnet:

'Lægen skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-konsultation.'

Elektronisk kommunikation med patienten, elektronisk tidsbestilling og elektronisk receptfornyelse er en del af praksis' tilbud til patienterne. Elektronisk henvendelse til lægen skal ske via lægens hjemmeside. Ifølge vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser kan svartiden ved e-konsultation maksimalt være 5 hverdage.

Om information fastsætter overenskomsten, at almen praksis på praksisdeklarationen på www.sundhed.dk skal oplyse patienterne om tilbuddet om elektronisk kommunikation med praksis og oplyse om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation med praksis.

Undersøgelser af patienternes oplevelser og ønsker

En DANPEP-undersøgelse foretaget i 2009 og en kvalitativ undersøgelse foretaget for Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i 2011 giver viden om patienternes oplevelser og ønsker.

'DANPEP, danske Patienter Evaluerer Almen Praksis, Region Hovedstaden'

Undersøgelsen er foretaget af DAK-E, Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed. Data er indsamlet i 2009.

Undersøgelsen er en kvantitativ brugerundersøgelse, hvor data blev indsamlet ved hjælp af spørgeskema blandt ca. 6.550 patienter tilknyttet 101 praksis i Region Hovedstaden. De 101 praksis er ikke repræsentativt udvalgt.

Undersøgelsen viser graden af tilfredshed/utilfredshed med blandt andet den telefoniske tilgængelighed til praksis. Patienterne er mindre tilfredse med telefonisk tilgængelighed til praksis end andre forhold vedr. praksis.

Blandt besvarelsene ses en relativ stor andel af mindre tilfredse patienter vedr. følgende spørgsmål:

"Når du tænker tilbage på de seneste 12 måneder, hvordan vurderer du så din læges praksis med hensyn til"

- o "at få kontakt med lægepraksis i telefonen?" Her svarer 31,3% 'Dårlig' eller 'Nogenlunde'.
- o "at komme til at tale med lægen i telefonen?" Her svarer 23,0% 'Dårlig' eller 'Nogenlunde'.

I DANPEP-undersøgelsen indgår for en mindre del af praksis og patienter spørgsmål om elektronisk tilgængelighed. I alt 21 læger og ca. 1000 patientbesvarelser indgår i denne del af undersøgelsen.

Undersøgelsen viser, at 49,1 % af patienterne 'slet ikke' eller 'i ringe grad' benytter lægehusets hjemmeside, og at 46,4 % af patienterne 'slet ikke' eller 'i ringe grad' benytter e-konsultation til at spørge lægen til råds.

'Telefonisk tilgængelighed i almen praksis, maj 2011'

En undersøgelse foretaget for Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget. Undersøgelsen er en kvalitativ brugerundersøgelse omkring den telefoniske og elektroniske kontakt til fire udvalgte flerlægepraksis i Region Hovedstaden uden for København.

Undersøgelsen illustrerer problemer og ønsker fra patienterne:

Patienter på tværs af de fire praksis oplever følgende problemer:

1. Meget lang kø på telefonen mandag morgen
2. Tvivl om hvornår de kan ringe
3. Behov for information om brug af e-konsultation og tidsbestilling over internettet
4. Kritiske overfor musik i telefonventetiden

Patienters ønsker og forslag problemerne 1-4:

Ad. 1.

- At komme rimelig hurtigt igennem på telefonen.
- System der selekterer efter ønske om at tale med læge eller med sekretær.
- Information om nummer i telefonkøen, vide hvor længe man skal vente.

Ad. 2.

- Tydelig information om, hvornår man kan ringe til læge, hvornår til sekretær, hvornår frokostpause mv.
- Information ønskes på hjemmesiden eller i pjece på skranken.

Ad. 3.

- Pjece til ny patienter.
- Opstille pc i venteværelset, hvor sekretær viser patienterne, hvordan kode oprettes, og hvordan tidsbestilling og mail til læge foretages.
- Tydelig 'sådan gør du' information på hjemmesiden.
- Er åbne overfor brug af tekstbeskeder via mobiltelefon i kontakten med lægepraksis.

Ad. 4.

- Ingen særlige forslag

4 Telefonisk tilgængelighed

Intern organisering

Det har været almindeligt, at det er lægen, der tager telefonen mellem kl. 8 og 9 om morgenen. Det er samtidig erfaringen, at mange af opkaldene mellem kl. 8 og 9 ikke behøver at gå til lægen, f.eks. når det drejer sig om tidsbestilling og receptfornyelse.

For at forbedre tilgængeligheden bør der vælges effektive løsninger, som tager højde for den enkelte lægepraksis' størrelse og personalesammensætning. Løsninger kan eksempelvis være:

- at lade alle telefonopkald gå gennem praksispersonale
- at give patienten mulighed for med en tastekombination at vælge, om vedkommende vil tale med læge, sekretær eller evt. sygeplejerske
- andre individuelt tilpassede organiseringer

Andre ændringer i praksis' interne organisering af arbejdet kan også give bedre tilgængelighed. F.eks. kan det i nogle praksis være fordelagtigt for patienterne, at tilgængeligheden prioriteres gennem åben konsultation, som supplement til kontaktmulighederne via telefon og it.

Ekstern organisering

Gennem samarbejde mellem flere praksis omkring telefonbetjening af patienterne, kan der opnås både tilgængelighed for patienterne under egen læges fravær og fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen for lægerne.

Denne type samarbejde organiseres i mange tilfælde i såkaldte 'vagtringe', og rummes indenfor de overenskomstmæssige regler vedr. tilgængelighed.

Samarbejdet i vagtringe kan have forskelligt formål. Således kan vagtrings-samarbejde eksempelvis benyttes ved

- lægers sygdom og ferie
- andet fravær i form af møder og undervisning
- varetagelse af akutte patienter

Samarbejdet i vagtringe har forskellig struktur og omfang, og organiseres meget forskelligt.

Eksempel på udbygget vagtring

På Østerbro i København indgår 25 læger i en vagtring med fast, fælles akutnummer, hvor det er aftalt, at lægerne på skift passer en vagt. Vagten kan benyttes af patienter med akut behov for lægehjælp, hvis egen læge ikke kan træffes. Akutvagten er aktiv i tidsrummet mandag, tirsdag, torsdag og fredag fra 13-16 og onsdag fra 9-16. Teknisk er der et fælles akuttelefonnummer, som har tilknyttet fjernbetjent viderestilling. Den læge, der har vagten, viderestiller den fælles akuttelefon, så opkaldene går til det nummer/ den telefon, han ønsker at besvare opkaldene fra. Det kan være et fastnet- eller mobilnummer. Det er op til de enkelte læger, om de på en given dag ønsker at henvise til akutvagten, og det kan ske på et vilkårligt tidspunkt inden for vagtens funktionstid.

Tekniske løsninger

Inden for de seneste år er der kommet nye telefonsystemer på markedet, der kan fremme den telefoniske tilgængelighed i praksis. Samtidigt er løsningerne blevet billigere.

Med de nyeste typer ip-telefonianlæg vil følgende kunne lade sig gøre:

- simpel køfunktion, hvor man får at vide, hvilket nummer man er i køen.
- mulighed for opringning, når "linjen" bliver ledig.
- valg af, hvem man vil tale med.
- omstilling til mobiltelefon, så den kan benyttes på lige fod med kliniktelefonerne.
- akutfunktion, hvor patienten ved tastefunktion kan få en direkte linje til en læge.
- Ved tilkobling af lægesystem: åbning af patientens journal, hvis denne indtaster cpr-nummer.

Information

Det vurderes, at tilgængeligheden i den enkelte praksis vil kunne opleves som bedre, hvis patienterne i højere grad blev informeret om praksis' interne organisering. Borgere er ikke altid klar over, hvilke telefoniske og elektroniske kontaktmuligheder der er til deres praktiserende læge.

Information kan f.eks. ske ved:

- Opslag i klinikken
- Pjecer
- Sundhed.dk
- Egen hjemmeside
- Telefonsvarer (i kort form)

5 Elektronisk tilgængelighed

Undersøgelserne tyder på, at der kan være behov for bedre information og vejledning til patienterne om brug af e-mailkonsultation og om tidsbestilling og receptfornyelse over internettet. Det anbefales:

- At praksis udarbejder konkrete anvisninger til patienterne om mulighederne for elektronisk kontakt til praksis

Det antages, at øget anvendelse af de elektroniske kontaktmuligheder kan mindske antallet af ikke hastende telefonhenvendelser til praksis og dermed øge den telefoniske tilgængelighed.

6 Konklusion

Det vurderes, at praktiserende læger vil kunne forbedre borgernes oplevelse af tilgængeligheden i den enkelte lægepraksis ved at fokusere på:

- Den interne organisering omkring telefonbetjening af patienterne
- Den eksterne organisering, i form af samarbejde med andre praksis om varetagelse af telefonbetjening af patienterne i særlige situationer
- Tekniske løsninger til bedre telefonbetjening i form af nye serviceorienterede telefonsystemer
- Information til patienterne om de samlede kontaktmuligheder til praksis, herunder telefonisk, elektronisk og om eventuelle muligheder for konsultation uden forudgående aftale (åben konsultation)

Notatet vil kunne anvendes som udgangspunkt for en vejledning til almen praksis.

**Region Hovedstaden
Koncern Praksis
Rapport**

Rapport over spørgeskemaundersøgelse blandt alment praktiserende læger om tilgængelighed

REGION

2. maj 2012

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	3
1. INDLEDNING.....	6
1.1 UDFORMNING AF SPØRGESKEMAET	6
1.2 GENNEMFØRELSE AF SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN	6
1.3 REPRÆSENTATIVITET OG METODISKE OVERVEJELSER	6
1.3.1 Svarprocent og repræsentativitet.....	6
1.3.2 Fremstilling af data for de enkelte spørgsmål.....	7
2. RESULTATER AF UNDERSØGELSEN	9
2.1 PATIENTENS KONTAKTMULIGHEDER TIL ALMEN PRAKSIS	9
2.1.1 Telefonisk betjening.....	9
Besvarelse af telefonhenvendelser.....	9
2.1.2 Åben konsultation, fremmøde uden aftale	10
2.1.3 Elektronisk betjening	11
2.2 BETJENING AF PATIENTER MED AKUT BEHOV FOR LÆGEHJÆLP	11
2.2.1 Vagtring	11
2.2.2 Hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader ses i almen praksis og hvordan håndteres de?.....	12
2.3 TILGÆNGELIGHED FOR BORGERE MED FYSISKE HANDICAP	15
2.4 PLANER FOR FREMTIDEN MED HENBLIK PÅ AT ØGE TILGÆNGELIGHEDEN	16
3. BILAG	19
BILAG 1 – UNDERSØGELSESRESULTATERNES REPRÆSENTATIVITET....	19
BILAG 2 – UNDERSØGELSESRESULTATER, FREMSTILLET I TABELLER ..	21
Til afsnit 2.1 – Telefonisk tilgængelighed.....	21
Til afsnit 2.2 – Åben konsultation, fremmøde uden aftale.....	22
Til afsnit 2.3 – Elektronisk tilgængelighed	22
Til afsnit 2.4 – Betjeningen af patienter med akut behov for lægehjælp.....	23
Til afsnit 2.5 – Hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader se i almen praksis.....	24
Til afsnit 2.6 – Planer for fremtiden.....	24
BILAG 3 – VAGTRINGENS FUNKTION FORDELT PÅ PRAKSISFORM	26
BILAG 4 - TILGÆNGELIGHED FOR BORGERE MED FYSISKE HANDICAP FORDELT PÅ GEOGRAFISKE HOVEDOMRÅDER	28
BILAG 5 – SPØRGESKEMA TIL ALMEN PRAKSIS.....	31
BILAG 6 – VARSLINGSBREV TIL ALMEN PRAKSIS OM UNDERSØGELSER	41

Resumé

Som led i et øget politisk fokus på betjeningen af regionens borgere med akut opstået sygdom og skader er perspektiverne for større inddragelse af praksissektoren blevet rejst. På regionsrådets møde d. 25. oktober 2011 blev det besluttet at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse i almen praksis, der skal fokusere på tilgængeligheden i almen praksis, herunder særligt ved akut opstået behov for lægehjælp.

Nærværende rapport er udarbejdet på baggrund af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, der blev foretaget i februar 2012

Deltagelse og repræsentativitet

I undersøgelsen deltog 424 af regionens i alt 744 almen praksis (svarprocent 57 %). Der er stor overensstemmelse mellem de deltagende praksis' karakteristika (fordeling på praksisformer og geografiske områder) og tilsvarende karakteristika for samtlige lægepraksis i regionen. Undersøgelsen vurderes derfor at være repræsentativ for almen praksis i regionen.

1. Hovedresultater

Patientens kontaktmuligheder til praksis

Telefonisk betjening

Undersøgelsen viser en stor forskel i, hvordan praksis tilrettelægger besvarelse af telefoniske henvendelser til praksis. Der er stor forskel på, hvor mange timer hver praksis har afsat til telefonkonsultation med læge og telefonisk tidsbestilling.

Brug af forskellige telefonsystemer til besvarelse af telefoniske henvendelser er udbredt i almen praksis. Ca. halvdelen af de deltagende lægepraksis oplyser, at deres telefonsystem har en 'køfunktion'. Heraf oplyser ca. halvdelen om 'nummer i køen'.

En del lægepraksis oplyser, at de har aftaler med andre lægepraksis om at agere stedfortræder for hinanden mht. besvarelse af telefonhenvendelser på visse dele af dagen.

Åben konsultation

Undersøgelsen viser, at en tredjedel af de deltagende praksis har fastsat tid til åben konsultation, hvor patienterne kan møde op uden tidsaftale.

Elektronisk kommunikation

Hovedparten af de deltagende lægepraksis oplyser, at de besvarer såvel e-konsultationer som elektronisk tidsbestilling inden for to dage.

Betjeningen af patienter med akut behov for lægehjælp

Vagtring

Undersøgelsen viser, at 75 % af de deltagende praksis indgår i en 'vagtring', som er et samarbejde mellem praktiserende læger, som vikarierer for hinanden ved sygdom, ferie og andet fravær. Vagtringssamarbejde kan også benyttes til varetagelse af akutte telefoniske henvendelser i tidsrum, hvor praksis er

optaget af konsultationer i praksis. 72 % af de praksis, som indgår i vagtring, er organiseret som enkeltmandspraksis. Geografisk set anvendes vagtringe mest i hovedområderne Byen og Syd.

Hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader ses i almen praksis, og hvordan håndteres de?

De deltagende lægepraksis oplever, at patienterne henvender sig med et meget bredt spektrum af helbredsproblemer og skader.

Alle praksis oplever, at patienterne henvender sig om pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom. Tilsvarende oplyser alle lægepraksis, at de *jævnligt behandler* pludselig opstået og/eller forværret sygdom.

Der er større variation i, hvordan almen praksis håndterer henvendelser om forskellige typer af skader. Mange praksis oplyser, at de *jævnligt behandler* akutte led og knogleskader, almindelig sårbehandling, bylder samt fremmedlegemer i øjne, ører og næse. De akutte helbredsproblemer, som flest almene lægepraksis oplyser, at de *altid henviser*, er suturering (syning) af sår, akutte led- og knogleskader og ridser på hornhinden.

22 % af de deltagende praksis har ønske om at varetage flere patienter med akutte skader.

Tilgængelighed for fysisk handicappede

Undersøgelsen viser, for de lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen, at

- i halvdelen (50 %) af lægepraksis har dørene en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere.
- i 39 % af lægepraksis er der niveaufri adgang til praksis
- i 39 % af lægepraksis er der handicap-parkeringsplads i nærheden af praksis
- i 25 % af lægepraksis er der toiletforhold, som både er tilgængelige og anvendelige for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede
- 16 % af lægepraksis *opfylder samtlige ovenstående kriterier* for fysisk tilgængelighed.

Den dårligste tilgængelighed for borgere med fysiske handicap finder man i planområderne 'byen' og 'syd', hvor mindre end halvdelen af de deltagende lægepraksis har oplyst, at de har handicapvenlig adgang. Her må den dårlige tilgængelighed ses i sammenhæng med en overvejende ældre bymæssig boligmasse.

Planer for fremtiden

Kun 2 % af de deltagende almenlægepraksis har planer om at tilslutte sig eller oprette en vagtring, mens 16 % har planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion. 9 % har planer om at forbedre tilgængeligheden for fysisk handicappede.

Herudover oplyser mange praksis, at de har planer om andre tiltag, som skal forbedre tilgængeligheden, heriblandt: Udvidelse med flere læger, udvidelse med mere praksispersonale, etablering af åben konsultation, at fremme e-

kommunikation med patienterne, udvidelse af telefontiden og at holde lørdagsåbent.

1. Indledning

Som led i et øget politisk fokus på betjeningen af regionens borgere med akut opstået sygdom og skader er perspektiverne for større inddragelse af praksissektoren blevet rejst. På regionsrådets møde d. 25. oktober 2011 blev det besluttet at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse i almen praksis, der skal fokusere på akutbetjeningen i almen praksis i dagtiden.

På den baggrund har regionsadministrationen i februar 2012 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt regionens lægepraksis med fokus på:

- Patientens kontaktmuligheder til almen praksis (ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden)
- Betjeningen af patienter med akut behov for lægehjælp. Herunder betjeningen i almen praksis samt viderehenvisninger af akutte patienter fra almen praksis til akutmodtagelserne
- Fysisk tilgængelighed/tilgængelighed for handicappede

Hensigten med rapporten er, at undersøgelsesresultaterne kan indgå i regionens videre arbejde vedrørende tilgængeligheden i almen praksis, herunder særligt tilgængelighed ved akut opstået behov for lægehjælp.

1.1 Udformning af spørgeskemaet

Spørgeskemaundersøgelsen er designet af regionsadministrationen. PLO Hovedstaden (tidligere 'Praksisudvalget') er blevet inddraget i udarbejdelse af spørgerammen for at sikre relevante spørgsmål og svarkategorier ud fra et almenpraksisperspektiv. PLO Hovedstaden har desuden, ved udsendelse af brev til samtlige almene lægepraksis, aktivt deltaget i at motivere til besvarelse af undersøgelsen (se bilag nr. 6).

1.2 Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen

Gennemførelsen af undersøgelsen er sket som et internetbaseret spørgeskema, udviklet i det internetbaserede spørgeskemaprogram Enalyzer. De alment praktiserende læger har alene kunnet besvare spørgeskemaet elektronisk. Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i perioden 6.-27. februar 2012.

1.3 Repræsentativitet og metodiske overvejelser

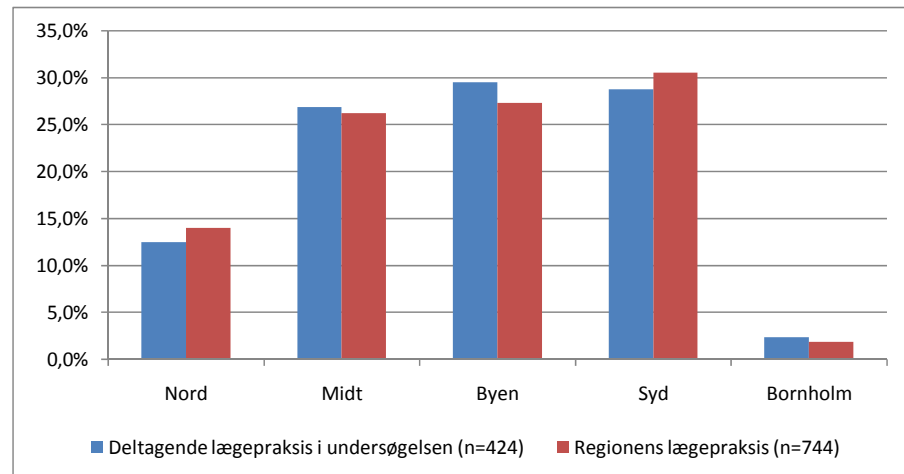
1.3.1 Svarprocent og repræsentativitet

Spørgeskemaet er sendt til samtlige regionens 744 almene lægepraksis. Hver lægepraksis har besvaret ét spørgeskema, uanset om praksis evt. har flere læger/kapaciteter. Der er indkommet svar fra 424 lægepraksis (svarende til 57 % af regionens lægepraksis), hvilket må betegnes som en rimelig svarprocent.

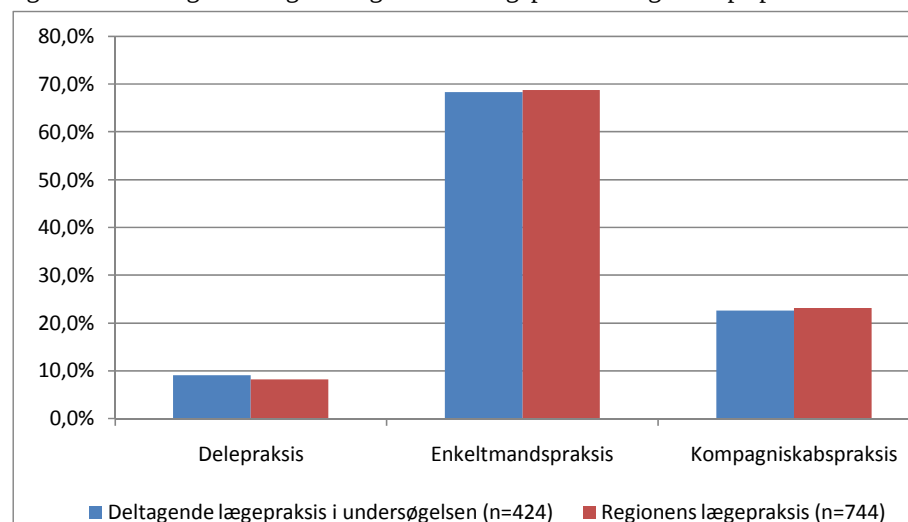
Samtidig fremgår det af nedenstående skemaer, at der er stor overensstemmelse mellem den procentvise fordeling af regionens 744 almene lægepraksis

og de 424 deltagende praksis i undersøgelsen, når der ses på praksisform¹ og geografisk fordeling inden for planområderne².

Figur 1: Fordeling af deltagende og aktuelle lægepraksis i regionen på hovedområder



Figur 2: Fordeling af deltagende og aktuelle lægepraksis i regionen på praksisformer



Undersøgelsen har derfor en relativt god svarprocent samt stor grad af repræsentativitet (se i øvrigt bilag 1).

1.3.2 Fremstilling af data for de enkelte spørgsmål

Enkelte spørgsmål afhænger af svaret på et foregående spørgsmål.³ Derfor er antallet af lægepraksis/respondenter (n) for disse svar mindre end det samlede antal lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen. Det er undervejs opgjort, hvor mange respondenter (n), der har svaret på hvert spørgsmål.

¹ Almen praksis kan være organiseret som enten enkeltlægepraksis eller som flerlægepraksis. Flerlægepraksis kan være kompagniskabspraksis eller delepraksis, hvor flere læger deler én lægekapacitet.

² En opgørelse af data i forhold til regionens 39 kommuner/yderområder vil medføre relativt få besvarelser pr. område. Derfor vil det ikke give mening at lave konklusioner på kommune/yderområdeniveau.

³ Fx er det kun de praksis, der har svaret, at de indgår i en vagtring, der er blevet spurgt om, hvordan vagtringen fungerer

I besvarelsen af spørgeskemaet har det desuden været muligt for respondenterne at undlade at besvare visse spørgsmål. Dette bevirker tilsvarende et lavere antal respondenter (lavere 'n') for disse spørgsmål. Procentandelene i rapporten er som udgangspunkt beregnet i forhold til 'n' = antal besvarelser for hvert spørgsmål. I enkelte tilfælde har det dog været mere meningsfuldt at beregne procentandelen i forhold til det samlede antal respondenter i undersøgelsen i stedet for i forhold til antal besvarelser. Det fremgår undervejs i rapporten, hvor dette er tilfældet.

Ved en del spørgsmål har det været muligt at afgive flere svar. Dette bevirker, at procentsammentællinger ikke altid giver 100 % for det totale antal svar. Tilsvarende forekommer der enkelte steder 'afrundinger' af procenter, der medfører, at summen af procenter ikke altid bliver lig 100.

2. Resultater af undersøgelsen

2.1 Patientens kontaktmuligheder til almen praksis

2.1.1 Telefonisk betjening

Første del af spørgeskemaet omhandler patienternes telefoniske kontaktmulighed til almen praksis, herunder tilrettelæggelsen af den telefoniske betjening og anvendelse af telefonsystemer.

Overenskomst om almen praksis: Bestemmelser om telefonisk henvendelser (§ 51)

Ifølge overenskomsten skal *praksis* kunne træffes telefonisk i dagtiden (kl. 8-16 på alle hverdage). Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk, eller der skal gives henvisning/omstilling til et telefonnummer til en stedfortrædende lægepraksis. *Lægen* skal være tilgængelig mindst en time om dagen for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestillinger. Der skal desuden dagligt være et fast tidsrum for tidsbestillinger. Inden for overenskomstens krav til telefonisk betjening er der mulighed for forskellig lokal tilrettelæggelse af telefonbetjeningen i den enkelte praksis.

Besvarelse af telefonhenvendelser

Ca. 75 %, af de deltagende lægepraksis har åbent for telefonkonsultation mellem 0 og 9 timer ugentlig. Dog er der stor variation i det ugentlige timetal for telefonkonsultation (se evt. bilag 2, tabel 1).

Tilsvarende er der stor variation i det ugentlige timetal, hvor telefonen er åben for tidsbestilling. Ca. 70 % af praksis har dog åbent for telefonisk tidsbestilling i 20 timer om ugen eller derover (se evt. bilag 2, tabel 2).

I nedenstående tabel er det belyst, *hvordan praksis tilrettelægger besvarelsen af telefonen*. Praksis har kunnet afgive flere svar på dette spørgsmål⁴. Også her ses en stor variation af valgte løsninger.

En del lægepraksis gør brug af andre lægepraksis, som patienterne henvises til at ringe til i visse tidsrum. Således oplyser fx en tredjedel af praksis, at telefonen besvares noget af dagen af en 'vagtring'. Desuden oplyser ca. en tredjedel, at telefonen besvares noget af dagen af en automatisk telefonsvarer, der henviser til et særligt telefonnummer for henvendelser om akut behov for lægehjælp.⁵

⁴ Et svar i den ene kategori udelukker ikke samtidig svar i en anden kategori, hvorfor totalerne ikke bliver 100%.

⁵ Herunder kan der også være tale om et telefonnummer til egen praksis – et såkaldt 'akutnummer'

Tabel 1: Besvarelse af telefonen, mulighed for flere svar (n=422)⁶.

Hvordan tilrettelægger praksis besvarelse af telefonen?	Andel af praksis
Telefonen besvares forskelligt <u>afhængt af tidspunkt</u> for opkald (f.eks. besvares telefonen af læge kl. 8-9 og af praksispersonale resten af dagen)	78%
Telefonen besvares <u>hele dagen</u> (hverdage 8-16) af praksispersonale, som ved behov kan viderestille til en læge	17%
Telefonen besvares <u>hele dagen</u> (hverdage 8-16) af en læge	3%
Telefonen besvares <u>hele dagen</u> (hverdage 8-16) af et telefonsystem, som giver mulighed for at vælge personlig kontakt til læge eller praksispersonale	2%
Telefonen besvares <u>dele af dagen</u> af en automatisk telefonsvarer, som ikke giver mulighed for personlig kontakt. Telefonsvareren henviser til et særligt telefonnummer for henvendelser om akut behov for lægehjælp	30%
Telefonen besvares <u>dele af dagen</u> af en automatisk telefonsvarer, som alene giver mulighed for at lægge besked	6%
Telefonen besvares <u>dele af dagen</u> via en vagtring (Ved en vagtring forstås et samarbejde mellem flere praksis om betjening af hinandens patienter)	34%
Patienten kan ved opringning vælge en særlig telefonlinje for akutte problemer	9%
Praksis har et særligt telefonnummer til brug for patienter med akut behov for lægehjælp	23%
Andet ⁷	18%

I nogle praksis har telefonsystemet ekstra funktioner, fx *mulighed for at vente i kø*, hvis telefonen er optaget. Denne funktion oplyser 53 % af lægepraksis (svarende til 225 lægepraksis), at de har. Kun få praksis oplyser, at patienten *ved tastetryk* kan vælge, hvem man vil tale med, eller en særlig linje ved akut behov for lægehjælp. 16 % oplyser, at telefonsystemet giver mulighed for *opringning fra praksis*, når linjen bliver ledig (se bilag 2, tabel 3).

Af de lægepraksis, der oplyser, at telefonsystemet har en *kø-funktion*, har 45 % (svarede til 102 lægepraksis) svaret, at systemet oplyser, *hvilket nummer* man er i køen, jf. bilag 2, tabel 4.

2.1.2 Åben konsultation, fremmøde uden aftale

En del praksis (37 %) har tilrettelagt lægebetjeningen således, at det er muligt for patienter at henvende sig i praksis ved fysisk fremmøde uden forudgående tidsbestilling, såkaldt 'åben konsultation', jf. bilag 2, tabel 5. Hovedparten (98 %) af disse har svaret, at den åbne konsultation er tilgængelig for patienter med akut behov for lægehjælp, jf. bilag 2, tabel 6.

⁶ Et svar i den ene kategori udelukker ikke samtidig svar i en anden kategori, hvorfor totalerne ikke bliver 100%.

⁷ Lægerne har brugt 'andet' især til at uddybe forskelligheden under svarmulighed nr. 1., samt til at uddybe brugen af vagtring, akutnummer til egen praksis mv.

Der er stor variation i det timetal, hvori de enkelte lægepraksis er tilgængelig for åben konsultation. Dog har ca. en tredjedel af praksis oplyst, at de har åben konsultation dagligt, jf. bilag 2, tabel 7.

Derudover har mange praksis oplyst, at de ikke har fast tid for 'åben konsultation', men at patienter ved fremmøde uden tidsaftale bliver set, og at patienter, som møder op med akut problem, altid bliver behandlet.

2.1.3 Elektronisk betjening

Overenskomst om almen praksis: Bestemmelser om elektronisk kommunikation (§ 51 samt § 103)

Ifølge overenskomsten er elektronisk kommunikation, tidsbestilling og receptfornyelser en del af praksis' tilbud til patienterne. For elektronisk konsultation gælder det, at der skal være tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke hastende karakter. Henvendelserne skal besvares normalt inden 5 dage. Det vil sige at elektronisk kommunikation ikke er velegnet til akutte henvendelser.

Ifølge de deltagende praksis, besvares elektroniske henvendelser (herunder e-konsultationer) til praksis langt hurtigere end de 5 dage, der er fastsat i overenskomsten. Flertallet af praksis (62 %) oplyser, at besvarelse sker inden for 24 timer.

Elektroniske henvendelser om receptfornyelser besvares generelt lidt hurtigere (83 % besvares inden for 24 timer) end patienters øvrige henvendelser via e-mail, jf. bilag 2, tabel 8 og 9.

2.2 Betjening af patienter med akut behov for lægehjælp

Overenskomst om almen praksis: Bestemmelser om akut behov for lægehjælp (§ 51)

Ved akut opstået behov for lægehjælp skal patienterne have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16 samme dag. Den akutte hjælp kan ydes enten af egen lægepraksis eller en stedfortræder, som egen læge har indgået aftale med.

Det er op til den enkelte lægepraksis at tilrettelægge lægebetjeningen således, at praksis lever op til overenskomstens krav om akut lægehjælp. Der er derfor nogen variation i, *hvordan* lægepraksis betjener patienterne ved akut opstået behov for lægehjælp. I det følgende bliver det belyst, hvordan betjeningen af borgere med akut opstået behov for lægehjælp er tilrettelagt.

2.2.1 Vagtring

75 % af de lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen, har oplyst, at de deltager i en 'vagtring', dvs. stedfortrædende lægepraksis der efter aftale betjener patienterne fx ved egen læges fravær fra praksis, jf. bilag 2, tabel 10.

Det er hovedsagligt enkeltmandspraksis, der indgår i en vagtring. Således er 72,2 % af de praksis, der indgår i en vagtring, organiseret i enkeltmandspraksis. Anvendelse af vagtring er i øvrigt mest udbredt i planområderne 'byen' og 'syd'.

Krydstabel 2: Fordeling af 'Praksis indgår i vagtring' i forhold til praksisform og geografisk område (n=317)

Krydstabel	Praksisform			
Hovedområde	Delepraksis	Enkeltmand	Kompagniskab	Hovedtotal
Nord	2,2%	5,0%	2,5%	9,8%
Midt	2,2%	14,8%	2,2%	19,2%
Byen	3,5%	29,0%	6,0%	38,5%
Syd	1,6%	23,3%	6,0%	30,9%
Bornholm	0,3%	0,0%	1,3%	1,6%
Hovedtotal	9,8%	72,2%	18,0%	100,0%

Over halvdelen af de 317 lægepraksis, der indgår i en vagtring, har svaret, at vagtringen fungerer hver dag, jf. bilag 2 tabel 11.

Stort set alle praksis, der indgår i en vagtring, oplyser, at de kan se kollegers akutte patienter samme dag. Ligeledes oplyser de, at vagtringen sikrer, at lægepraksis' egne patienter kan ses samme dag af en lægekollega i vagtringen ved akut behov for lægehjælp, jf. bilag 2, tabel 13 og 14.

Der kan ikke påvises forskelle på, hvordan vagtringen fungerer for henholdsvis enkeltmands- eller flerlægepraksis, se evt. bilag 2, tabel 12 og bilag 3.

De 25 % af lægepraksis, der ikke indgår i en vagtring, har stort set alle (98,1 %) svaret, at de selv er tilgængelige for akutte patienter hver dag. Desuden har over halvdelen (61,7 %) af lægepraksis uden vagtring afsat faste, planlagte tider, hvor de tilbyder konsultation for akutte patienter hver dag.

2.2.2 Hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader ses i almen praksis, og hvordan håndteres de?

Ifølge overenskomsten skal almen praksis være tilgængelig ved akut opstået behov for lægehjælp. Det defineres imidlertid ikke, hvad der forstås ved akut arbejde i almen praksis. I det nedenstående belyses, hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader patienterne henvender sig med i almen praksis, samt hvordan de håndteres. Herunder ses der på, hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader der *behandles jævnligt* i praksis, og hvilke der *altid henvises* til akutmodtagelse.

Typer akutte helbredsproblemer, som patienterne henvender sig om

I nedenstående tabel 4 fremgår de deltagende lægepraksis' svar på, hvilke typer helbredsproblemer eller skader patienterne henvender sig med i almen praksis. Der har været mulighed for flere svar⁸.

⁸ Et svar i den ene kategori udelukker ikke samtidig svar i en anden kategori, hvorfor totalerne ikke bliver 100%.

Tabel 4: Hvilke akutte helbredsproblemer/skader oplever praksis, at patienterne henvender sig med, mulighed for flere svar (n=424)

Hvilke akutte helbredsproblemer / skader kontakter patienterne din/jeres praksis om?	Andel af praksis
Pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom	100%
Akutte led og knogleskader	87%
Almindelig sårbehandling	87%
Suturering af sår	55%
Fremmedlegemer i øje, øre eller næse	80%
Ridser på hornhinden	70%
Behandling af bylder	90%

Som det ses, har praksis en oplevelse af, at patienterne henvender sig med en bred vifte af akutte helbredsproblemer. Dog adskiller 'suturering (syning) af sår' sig, idet kun ca. 55 % af praksis oplever, at patienterne henvender sig herom. Alle praksis oplever, at patienterne henvender sig om pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom.

Typer akutte helbredsproblemer, som almen praksis behandler eller viderehenviser

Alle praksis oplyser, at de jævnligt behandler pludselig opstået og/eller forværret sygdom.

Når der ses på, hvilke skader, der jævnligt behandles i praksis, og hvilke, der altid henvises videre til akutmodtagelse, er variationen større. Fordelingen fremgår af nedenstående tabel. Der har været mulighed for flere svar⁹.

⁹ Et svar i den ene kategori udelukker ikke samtidig svar i en anden kategori, hvorfor totalerne ikke bliver 100%.

Tabel 5: Håndtering af akutte helbredsproblemer/skader i almen praksis, mulighed for flere svar (n=424)

	Andel af praksis, der har oplyst, at disse akutte helbredsproblemer / skader <u>behandles jævnligt i praksis</u> (n=424)	Andel af praksis, der har oplyst, at disse akutte helbredsproblemer / skader <u>henviser praksis altid til behandling på skadestue (akutmodtagelse)</u> (n=424) ¹⁰
Pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom	100%	5%
Akutte led og knogleskader	71%	28%
Almindelig sårbehandling	85%	3%
Suturering af sår	34%	37%
Fremmedlegemer i øjne, ører, næse	56%	18%
Ridser på hornhinden	43%	27%
Behandling af bylder	77%	13%

Det ses, at mange praksis oplyser, at de *jævnligt behandler* akutte led og knogleskader, almindelig sårbehandling, bylder og fremmedlegemer i øjne, ører og næse.

De akutte helbredsproblemer som flest almen praksis oplyser, at de *altid henviser til behandling på en akutmodtagelse*, er suturering (syning) af sår, akutte led og knogleskader og ridser på hornhinden.

Tidsforbrug til akutte helbredsproblemer/skader i almen praksis

En stor del af lægepraksis (57 %) bruger over en time dagligt på akut opstået og/eller forværret sygdom, mens resten (44 %) anvender under en time dagligt.

Tidsforbruget på henvendelser med forskellige skader er noget lavere, idet kun 9 % bruger mere end en time dagligt (pr. læge) på denne type henvendelser.

¹⁰ Der er 179 praksis, der ikke har besvaret spørgsmålet. Det anses som sandsynligt, at disse praksis ville have 'krydset af', såfremt de altid henviste disse ydelser. Derfor er procenterandelene for dette spørgsmål beregnet i forhold til antallet af lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen (n=424) og ikke i forhold til det antal lægepraksis, der har besvaret spørgsmålet n=245.

Tabel 6: Tidsforbrug i praksis (pr. læge) på akutte helbredsproblemer/skader

	Tidsforbrug gennemsnitligt pr. læge på pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom enten i telefonen eller i konsultationen? (n=421)	Tidsforbrug gennemsnitligt pr. læge på akutte skader? (n=423)
0 minutter pr. dag	0%	4%
Op til 30 minutter pr. dag	11%	69%
Mellem 30 og 60 minutter pr. dag	33%	19%
Mellem 60 og 120 minutter pr. dag	43%	7%
Over 2 timer pr. dag	14%	2%
Total	100%	100%

Knap en fjerdedel (22 %) af lægepraksis tilkendegiver interesse for at varetage et øget antal patienter med akutte skader, jf. bilag 2, tabel 2.4.9.

2.3 Tilgængelighed for borgere med fysiske handicap

Overenskomst om almen praksis: Bestemmelser adgangs- og indretningsforhold i praksis (tilgængeligheden for borgere med fysiske handicap). (§ 53)

Ifølge overenskomsten skal lægepraksis *tilstræbe*, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede patienter, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe, at der er adgang til handicap-parkeringsplads i nærheden af praksis.

Af nedenstående tabel ses det, at kun en mindre del af lægepraksis opfylder de kriterier for handicapegnethed, der er opstillet i spørgeskemaet (niveaufri adgang, handicap-parkeringsplads, brede døråbninger samt handicapegnet toilet).

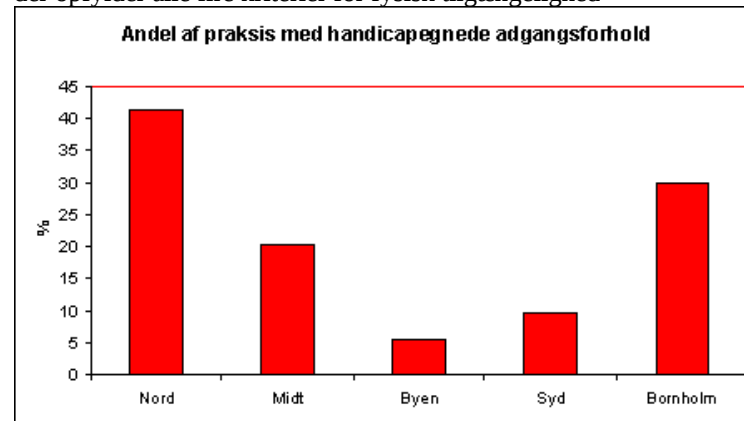
Tabel 7: Klinikens indretning og adgangsforhold? (n=424)¹¹

Oplysninger om klinikens indretning og adgangsforhold	Andel af praksis
Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)	39%
Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikens indgang	39%
Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere	50%
Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede	25%
Praksis, der opfylder samtlige ovenstående kriterier vedrørende fysisk tilgængelighed	16%

¹¹ Der er 170 praksis, der ikke har svaret på spørgsmålene om fysisk tilgængelighed. Det anses som sandsynligt at disse praksis ville have 'krydset af', hvis praksis var tilgængelig inden for de ovenstående fire kategorier. Derfor er procenterne beregnet i forhold til antallet af lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen (n=424) og ikke i forhold til det antal lægepraksis, der har besvaret spørgsmålet n=254.

Kun 67 af de 424 deltagende lægepraksis (svarende til 16 %), opfylder samtlige kriterier for fysisk tilgængelighed. Andelen af praksis, der opfylder samtlige kriterier, er størst i planområderne 'nord' og 'midt'.

Figur 3: Andel af almen lægepraksis inden for hvert hovedområde (inkl. Bornholm), der opfylder alle fire kriterier for fysisk tilgængelighed



De største problemer med at tilbyde tilgængelighed for borgere med fysiske handicap finder man i området 'byen' og 'syd' (se evt. bilag 4). Kun 6 % af deltagende praksis i 'byen' opfylder alle kriterier for handicapegnede forhold, mens 10 % af praksis i 'midt' opfylder alle kriterier. Tilgængeligheden i disse områder må ses i sammenhæng med en overvejende ældre bymæssig boligmasse med mange etageejendomme, hvilket påvirker udbuddet af lokaler, der er velegnede til almen praksis med handicapegnede forhold og med den rette beliggenhed.

2.4 Planer for fremtiden med henblik på at øge tilgængeligheden

Nogle af de praksis, der har deltaget i undersøgelsen, har oplyst, at de har planer om at øge tilgængeligheden inden for det nærmeste år.

Vagtring

Således oplyser 2 % af de deltagende lægepraksis, at de har planer om at tilslutte sig en vagtring inden for det nærmeste år. Størstedelen af de øvrige praksis (74 %) fungerer allerede i en vagtring, se bilag 2, tabel 16. De resterende 24 %, der ikke har planer om at tilslutte sig en vagtring, begrundes det overvejende med, at de er en flerlægepraksis (og derfor ikke har behov for vagtring) eller at de henviser til navngiven kollega ved fravær. Desuden svarer en del, at praksis er en enkeltmandspraksis, som altid er til stede fra 8-16, jf. bilag 2, tabel 17.

Telefonsystem med køfunktion

16 % har oplyst, at de har planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion inden for det nærmeste år. 46 % har svaret at de ikke har planer herom, fordi de allerede har et telefonsystem med køfunktion. De resterende 38 % har overvejende svaret, at de ikke har planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion, fordi de ikke føler et behov (51 %), eller at de finder det for dyrt (27 %), jf. bilag 2, tabel 18 og 19.

Praksis, der ikke har planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion inden for det nærmeste år, angiver bl.a. følgende begrundelser:

- At der ikke er pres på telefonen og derfor ikke behov for køfunktion
- At de ikke finder at køfunktion er en god service, og at de ikke ser fordelene ved køfunktion.
- At køfunktion er ikke en fordel i de små praksis med få patienter
- At investeringen ikke kan betale sig for de små praksis

En del oplyser, at de foretrækker at imødekomme tilgængelighed med andre løsninger:

- Mulighed for fysisk fremmøde i stedet for telefonisk
- Omfattende brug af e-konsultation, til varetægelse af kontakt med patienterne
- Ringer altid tilbage til de patienter, som har lagt besked, eller som har ringet forgæves
- En enkelt oplyser, at patienterne kan lægge sms-besked hele døgnet, og de vil så blive ringet op i dagtiden

Endvidere oplyser en del, at de er på vej på pension, og derfor ikke vil ændre og investere i nyt telefonsystem.

Tilgængeligheden for patienter med fysiske handicaps

Endelig har 9 % svaret, at de har planer om at forbedre tilgængeligheden for patienter med fysiske handicaps inden for det nærmeste år. Af de resterende 91 %, som ikke har planer om at forbedre tilgængeligheden for patienter med fysiske handicap inden for det nærmeste år, svarer 31 %, at de allerede har handicapegnede adgangsforhold og indretning. Nogle (11 %) finder det for dyrt eller føler ikke et behov (14 %). 45 % angiver en anden årsag, jf. bilag 2, tabel 20 og 21.

Praksis, der ikke har planer om at forbedre tilgængeligheden for patienter med fysiske handicaps inden for det nærmeste år, angiver bl.a. følgende begrundelser:

- Umuligt at forbedre handicaptilgængeligheden i praksis' nuværende lokaler, ombygning ikke mulig
- Udlejer tillader ikke ombygning
- Kommune tillader ikke ombygning
- Forbedring vil kræve flytning
- Svært at finde egnede lokaler
- Umuligt at finde egnede lokaler i samme område
- Særlig vanskeligt i planområdet 'byen', hvor praksis lejer sig ind i ældre ejendomme
- Kommunen har vanskelige regler for placering af lægepraksis

Nogle lægepraksis oplyser, at der kompenseres for manglende handicapvenlighed ved at tilbyde sygebesøg.

Andre planer som skal øge tilgængeligheden

Af øvrige planer, som skal øge tilgængeligheden oplyser de deltagende lægepraksis bl.a. følgende overvejelser og planer:

- Ansætte mere praksispersonale
- Udvide med flere læger i praksis
- Overvejelser om at gå i kompagniskab
- Overvejelser om at etablere åben konsultation
- Forbedre hjemmeside
- Fremme brug af e-mailkommunikation med patienter
- Oprette facebook-side
- Indgå i projekt om videokonsultationer
- Lørdagsåbent
- Udvide tidsrum for telefonisk kontakt

3. Bilag

Bilag 1 – Undersøgelsesresultaternes repræsentativitet

For at vurdere undersøgelsesresultaternes repræsentativitet, må fordelingen af de deltagende lægepraksis' (n=424) geografiske placering og praksisformer sammenholdes med den faktiske fordeling af regionens faktiske antal lægepraksis (n=744).

Geografisk fordeling

Den geografiske fordeling er opgjort på hovedområderne Nord, Midt, Byen, og Syd (samt Bornholm) svarende til planområderne i hospitalsplanen og i den eksisterende praksisplan for almen praksis.

Praksisformer

Fordelingen på praksisformer tager udgangspunkt i, at almen lægepraksis overordnet kan organiseres som:

- Enkeltpersonpraksis
 - o som typisk drives af én læge uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi, eller
- Flerlægepraksis, enten som
 - o kompagniskabspraksis, der drives af to eller flere læger, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale, eller
 - o delepraksis, der drives af to eller flere læger, idet der er optaget en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de kapaciteter der er tildelt til praksis.

I tabellen nedenfor er fordelingen af regionens almene lægepraksis vist i procent på henholdsvis *praksisform* og *hovedområder*.

Som det fremgår af tabel 1.3.1 er 68,8 %, svarende til ca. to tredjedele, af regionens almene lægepraksis organiseret som enkeltpersonpraksis, mens 31,2 %, svarende til ca. en tredjedel, er organiseret som flerlægepraksis (delepraksis samt kompagniskabspraksis tilsammen).

Tabel 1: Regionens lægepraksis fordelt på hovedområder (geografiske fordeling) i forhold til praksisform (n=744)

Regionens lægepraksis fordelt på hovedområder og praksisform, opgjort i procent				
	Praksisform			
	Enkeltpersonpraksis	Flerlægepraksis		
Hovedområde	Enkeltperson	Delepraksis	Kompagniskab	Hovedtotal
Nord	6,6%	1,9%	5,5%	14,0%
Midt	18,4%	2,6%	5,2%	26,2%
Byen	21,3%	1,7%	4,3%	27,3%
Syd	22,1%	1,7%	6,7%	30,6%
Bornholm	0,4%	0,1%	1,3%	1,9%
Hovedtotal	68,8%	8,1%	23,1%	100,0%

Tilsvarende fremgår det af tabel 1.3.2, at de lægepraksis, der deltog i spørgekemaundersøgelsen, fordeler sig på med ca. to tredjedele, som er organiseret

som enkeltmandspraksis med (68,4 %), mens 31,6 % er organiseret som flerlægepraksis (delepraksis og kompagniskabspraksis tilsammen).

Tabel 2: Deltagende lægepraksis fordelt på hovedområder (geografiske fordeling) i forhold til praksisform (n=424 lægepraksis)

Deltagere i undersøgelsen fordelt på hovedområder og praksisform				
	Praksisform			
	Enkeltmandspraksis	Flerlægepraksis		
Hovedområde	Enkeltmand	Delepraksis	Kompagniskab	Hovedtotal
Nord	5,2%	2,4%	5,0%	12,5%
Midt	19,3%	2,1%	5,4%	26,9%
Byen	22,2%	2,6%	4,7%	29,5%
Syd	21,2%	1,7%	5,9%	28,8%
Bornholm	0,5%	0,2%	1,7%	2,4%
Hovedtotal	68,4%	9,0%	22,6%	100,0%

Der er altså en stor overensstemmelse mellem den procentvise fordeling af regionens almene lægepraksis (n=744) og deltagerne i undersøgelsen (n=424), når der ses på praksisform.

På samme måde ses der ved sammenligning mellem tabel 1.3.1 og 1.3.2 en stor overensstemmelse mellem den procentvise fordeling af regionens almene lægepraksis (n=744) og deltagerne i undersøgelsen (n=424), når der ses på geografisk placering inden for hovedområderne Nord, Midt, Byen og Syd¹².

¹² I tabellen er Bornholm taget med som selvstændigt hovedområde, selvom det tilhører hovedområdet Byen

Bilag 2 – Undersøgelsesresultater, fremstillet i tabeller

Til afsnit 2.1 – Telefonisk tilgængelighed

Tabel 1: Ugentlige timer åbent for telefonkonsultation (n=415)

Åben for telefonkonsultation med en læge	Antal svar	Andel af praksis
0-9 timer/uge	313	75,4%
10-19 timer/uge	26	6,3%
20-29 timer/uge	25	6,0%
30-39 timer/uge	26	6,3%
40+ timer/uge	25	6,0%

Tabel 2: Ugentlige timer åbent for telefonisk tidsbestilling (n=414)

Åben for telefonisk tidsbestilling	Antal svar	Andel af praksis
0-9 timer/uge	17	4,1%
10-19 timer/uge	112	27,1%
20-29 timer/uge	174	42,0%
30-39 timer/uge	91	22,0%
40+ timer/uge	20	4,8%

Tabel 3: Service i telefonsystemet, mulighed for flere svar (n=424)¹³

Hvilken service tilbyder telefonsystemet i praksis?	Ja	Nej	Total
Indgår det i praksis' telefonsystem, at patienten ved tastetryk kan vælge, hvem man vil tale med?	9%	91%	100%
Indgår det i praksis' telefonsystem, at patienten ved tastetryk kan vælge en særlig linje ved behov for akut lægehjælp?	8%	92%	100%
Indgår der i praksis' telefonsystem mulighed for opringning fra praksis, når linjen bliver ledig?	16%	84%	100%
Har telefonsystemet i praksis en kø-funktion (system som giver mulighed for, at patienter kan vente i telefonen til linjen er ledig)?	53%	47%	100%

Tabel 4: Oplyser telefonsystem 'nummer i køen'? (n=225)

Oplyser telefonsystemet, hvilket nummer man er i køen?	Andel af praksis
Ja	45%
Nej	55%
Total	100%

¹³ Et svar i den ene kategori udelukker ikke samtidig svar i en anden kategori, hvorfor totalerne ikke bliver 100%.

Til afsnit 2.2 – Åben konsultation, fremmøde uden aftale

Tabel 5: Tilbyder praksis 'åben konsultation'? (n=423)

Har praksis åben konsultation (mulighed for kontakt ved fysisk fremmøde i praksis uden forudgående tidsbestilling)?	Andel af praksis
Ja	37%
Nej	63%
Total	100%

Tabel 6: Er åben konsultation tilgængelig for akutte patienter? (n=157, kun praksis, der tilbyder 'åben konsultation' har kunnet svare)

Kan den åbne konsultation benyttes af patienter med akut behov for hjælp?	Procent
Ja	98%
Nej	2%
Total	100%

Tabel 7: Antal timer om ugen med åben konsultation (n=157)

Hvor mange timer ugentligt har din/jeres praksis åben konsultation?	Andel af praksis
Dagligt	34%
1 time ugentligt	2%
2 timer ugentligt	8%
3 timer ugentligt	4%
4 timer ugentligt	9%
Andet ugentligt timeantal	43%
Total	100%

Til afsnit 2.3 – Elektronisk tilgængelighed

Tabel 8: Hvor hurtigt besvares patienters henvendelser via e-mail (n=419)

Hvor hurtigt besvarer din/jeres praksis sædvanligvis patienters henvendelse via e-mail?	Andel af praksis
Inden for 24 timer	62%
Inden for 2 dage	27%
Inden for 3 dage	9%
Inden for 4 dage	2%
Inden for 5 dage eller derover	0%
Total	100%

Tabel 9: Hvor hurtigt ekspederes patienters elektroniske henvendelser om receptfor-nyelser (n=420)

Hvor hurtigt ekspederer praksis patienters elektroniske henvendelse om receptfornyelse?	Andel af praksis
Inden for 24 timer	83%
Inden for 2 dage	15%
Inden for 3 dage	2%
Inden for 4 dage	0%
Inden for 5 dage eller derover	0%
Total	100%

Til afsnit 2.4 – Betjeningen af patienter med akut behov for lægehjælp

Tabel 10: Indgår praksis i 'vagtring' (n=424)

Indgår din/jeres praksis i en vagtring?	Andel af praksis
Ja	75%
Nej	25%
Total	100%

Tabel 11: Hvordan fungerer vagtringen, mulighed for flere svar (n=317)¹⁴

Hvordan fungerer den vagtring, som din/jeres praksis indgår i?	Andel af praksis
Vagtringen fungerer i faste tidsrum	50%
Vagtringen fungerer hver dag	56%
Vagtringen fungerer faste ugedage	26%
Vagtringen fungerer efter konkret aftale ved sygdom, ferie m.v.	41%

Tabel 12: Funktion af vagtring fordelt på praksisformer (n=317)

Krydstabel	Vagtringen fungerer i faste tidsrum		
	Nej	Ja	Hovedtotal
Praksisform			
Delepraksis	41,9%	58,1%	100,0%
Enkeltmand	50,7%	49,3%	100,0%
Kompagniskab	52,6%	47,4%	100,0%
Hovedtotal	50,2%	49,8%	100,0%

Tabel 13: kan vagtring se akutte patienter samme dag? (n=316)

Sikrer vagtringen mulighed for, at en lægekollega kan se dine akutte patienter samme dag, de henvender sig, hvis der er lægelig indikation herfor?	Andel af praksis
Ja	99%
Nej	1%
Total	100%

¹⁴ Et svar i den ene kategori udelukker ikke samtidig svar i en anden kategori, hvorfor totalerne ikke bliver 100%.

Tabel 14: kan praksis se vagtringskollegas akutte patienter samme dag? (n=317)

Kan du se en vagtrings-kollegas akutte patienter samme dag, de henvender sig, hvis der er lægelig indikation herfor?	Andel af praksis
Ja	98%
Nej	2%
Total	100%

Til afsnit 2.5 – Hvilke typer akutte helbredsproblemer/skader se i almen praksis

Tabel 15: Ønsker almen praksis at varetage flere patienter med akutte skader? (n=422)

Har din/jeres praksis ønske om at varetage et øget antal patienter med de førnævnte <u>akutte skader</u> ?	Andel af praksis
Ja	22%
Nej	78%
Total	100%

Til afsnit 2.6 – Planer for fremtiden

Tabel 16: Planer om at tilslutte sig en vagtring (n=422)

Har din/jeres praksis indenfor det nærmeste år planer om at tilslutte sig en vagtring?	Andel af praksis
Ja	2%
Nej	24%
Indgår allerede i vagtring	74%
Total	100%

Tabel 17: Årsager til ingen planer om at tilslutte sig en vagtring (n=102)

Hvorfor har din/jeres praksis ikke planer om at indgå i en vagtring?	Andel af praksis
Er en flerlægepraksis uden behov for at indgå i vagtring	37%
Er en enkeltmandspraksis, som altid er til stede fra 8-16	19%
Henviser til navngiven kollega ved fravær	35%
Har ikke kendskab til kollegaer med interesse for et vagtringsfællesskab	3%
Andet	6%
Total	100%

Tabel 18: Planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion (n=424)

Har din/jeres praksis indenfor det nærmeste år planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion?	Andel af praksis
Ja	16%
Nej	38%
Vi har allerede et telefonsystem med køfunktion	46%
Total	100%

Tabel 19: Årsager til ingen planer om at etablere telefonsystem med køfunktion (n=160)

Hvorfor har din/jeres praksis ikke planer om at oprette et telefonsystem med køfunktion?	Andel af praksis
Føler ikke behov	51%
Finder at det er for dyrt	27%
Andre årsager	23%
Total	100%

Tabel 20: Planer om at forbedre tilgængeligheden for patienter med fysiske handicap (n=424)

Har din/jeres praksis planer om inden for det nærmeste år at forbedre tilgængeligheden for fysisk handicappede patienter?	Andel af praksis
Ja	9%
Nej	91%
Total	100%

Tabel 21: Årsager til ingen planer om at forbedre tilgængeligheden for patienter med fysiske handicap (n=384)

Hvorfor har din/jeres praksis ikke planer om at forbedre tilgængeligheden for handicappede?	Andel af praksis
Føler ikke et behov	14%
Finder at det er for dyrt	11%
Har allerede handicappede adgangsforhold og indretning	31%
Anden årsag	45%
Total	100%

Bilag 3 – Vagtringens funktion fordelt på praksisform

Nedenstående tabeller viser de deltagende lægepraksis' svar angående vagt-
tringens funktion fordelt på praksisformer. I opgørelserne indgår kun de prak-
sis, som har svaret, at de indgår i en vagtring.

Kryds mellem praksisform og funktion af vagtring, afgrænset for lægepraksis, der indgår i vagtring

Vagtringens funktion afhængigt af praksis- form	Vagtringen fungerer i faste tidsrum, antal		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	13	18	31
Enkeltmand	116	113	229
Kompagniskab	30	27	57
Hovedtotal	159	158	317

Vagtringens funktion afhængigt af praksis- form	Vagtringen fungerer i faste tidsrum procent af række		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	41,94%	58,06%	100,00%
Enkeltmand	50,66%	49,34%	100,00%
Kompagniskab	52,63%	47,37%	100,00%
Hovedtotal	50,16%	49,84%	100,00%

Vagtringens funktion afhængigt af praksis- form	Vagtringen fungerer hver dag, antal		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	13	18	31
Enkeltmand	98	131	229
Kompagniskab	27	30	57
Hovedtotal	138	179	317

Vagtringens funktion afhængigt af praksis- form	Vagtringen fungerer hver dag, procent af række		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	41,94%	58,06%	100,00%
Enkeltmand	42,79%	57,21%	100,00%
Kompagniskab	47,37%	52,63%	100,00%
Hovedtotal	43,53%	56,47%	100,00%

Vagtringens funktion afhængigt af praksisform	Vagtringen fungerer faste ugedage, antal		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	24	7	31
Enkeltmand	173	56	229
Kompagniskab	38	19	57
Hovedtotal	235	82	317

Vagtringens funktion afhængigt af praksisform	Vagtringen fungerer faste ugedage, procent af række		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	77,42%	22,58%	100,00%
Enkeltmand	75,55%	24,45%	100,00%
Kompagniskab	66,67%	33,33%	100,00%
Hovedtotal	74,13%	25,87%	100,00%

Vagtringens funktion afhængigt af praksisform	Vagtringen fungerer efter konkret aftale ved sygdom, ferie m.v., antal		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	18	13	31
Enkeltmand	137	92	229
Kompagniskab	32	25	57
Hovedtotal	187	130	317

Vagtringens funktion afhængigt af praksisform	Vagtringen fungerer efter konkret aftale ved sygdom, ferie m.v., procent af række		
Praksisform	Nej	Ja	Hovedtotal
Delepraksis	58,06%	41,94%	100,00%
Enkeltmand	59,83%	40,17%	100,00%
Kompagniskab	56,14%	43,86%	100,00%
Hovedtotal	58,99%	41,01%	100,00%

Bilag 4 - Tilgængelighed for borgere med fysiske handicap fordelt på geografiske hovedområder

Nedenstående tabeller viser fordelingen af besvarelserne angående 'fysisk tilgængelighed' fordelt på geografiske hovedområder¹⁵.

Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold	Bornholm	
	Andel af delta-agende lægepraksis i området (n=10)	Antal svar
Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)	80%	8
Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang	50%	5
Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere	90%	9
Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede	60%	6

Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold	Nord	
	Andel af delta-agende lægepraksis i området (n=53)	Antal svar
Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)	64%	34
Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang	64%	34
Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere	72%	38
Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede	53%	28

¹⁵ Der er 170 af de 424 praksis, der ikke har svaret på spørgsmålene om fysisk tilgængelighed. Dog ville de sandsynligvis have 'krydset af', hvis praksis var tilgængelig inden for de ovenstående fire kategorier. Derfor er procenterne beregnet ud fra det antal lægepraksis, der har deltaget i undersøgelsen i hvert planområdet og ikke i forhold til det antal lægepraksis, der har besvaret spørgsmålet.

Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold	Midt	
	Andel af delta-agende lægepraksis i området (n=114)	Antal svar
Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)	44%	50
Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang	52%	59
Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere	57%	65
Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede	28%	32

Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold	Syd	
	Andel af delta-agende lægepraksis i området (n=121)	Antal svar
Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)	35%	42
Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang	37%	45
Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere	45%	55
Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede	18%	22

Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold	Byen	
	Andel af delta- agende læge- praksis i områ- det (n=125)	Antal svar
Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)	26%	32
Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang	18%	22
Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere	34%	42
Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede	13%	16

Bilag 5 – Spørgeskema til almen praksis

Tilgængelighed i almen praksis

Tak fordi du tager dig tid til at svare på spørgsmål om forhold i din praksis via dette spørgeskema.

Patientens kontaktmuligheder til praksis

I dette afsnit spørges ind til patienters kontaktmuligheder i din/jeres praksis.

1. Telefonkonsultationer

Hvor mange timer ugentlig er din/jeres praksis åben for telefonkonsultation med en læge?

(Angiv værdi mellem 0 og 45)

☐ _ _ _ _ _

2. Telefonisk tidsbestilling

Hvor mange timer ugentlig er din/jeres praksis åben for telefonisk tidsbestilling (antal timer patienterne kan ringe indenfor)?

(Angiv værdi mellem 0 og 45)

☐ _ _ _ _ _

3. Hvordan tilrettelægger praksis besvarelse af telefonen?

(Angiv gerne flere svar)

- ☐ Hvordan telefonen besvares afhænger af tidspunkt for opkald (f.eks. besvares telefonen af læge kl. 8-9 og af praksispersonale resten af dagen)
- ☐ Telefonen besvares hele dagen (hverdag 8-16) af praksispersonale, som ved behov kan videre-
stille til en læge
- ☐ Telefonen besvares hele dagen (hverdag 8-16) af en læge
- ☐ Telefonen besvares hele dagen (hverdag 8-16) af et telefonsystem, som giver mulighed for at
vælge personlig kontakt til læge eller praksispersonale
- ☐ Telefonen besvares dele af dagen af en automatisk telefonsvarer, som ikke giver mulighed for
personlig kontakt. Telefonsvareren henviser til et særligt telefonnummer for henvendelser om akut
behov for lægehjælp
- ☐ Telefonen besvares dele af dagen af en automatisk telefonsvarer, som alene giver mulighed for at
lægge besked
- ☐ Telefonen besvares dele af dagen via en vagtring (Ved en vagtring forstås et samarbejde mellem
flere praksis om betjening af hinandens patienter)

- ☐ Patienten kan ved opringning vælge en særlig telefonlinje for akutte problemer
- ☐ Praksis har et særligt telefonnummer til brug for patienter med akut behov for lægehjælp

Andet

4. Telefonsystem

Her spørges ind til hvilke servicefunktioner, der indgår i praksis' telefonsystem.

(Angiv kun et svar pr. spørgsmål)

	Ja	Nej
Indgår det i praksis' telefonsystem, at patienten ved tastetryk kan vælge, hvem man vil tale med?	☐	☐
Indgår det i praksis' telefonsystem, at patienten ved tastetryk kan vælge en særlig linje ved behov for akut lægehjælp?	☐	☐
Indgår der i praksis' telefonsystem mulighed for opringning fra praksis, når linjen bliver ledig?	☐	☐
Har telefonsystemet i praksis en kø-funktion (system som giver mulighed for, at patienter kan vente i telefonen til linjen er ledig)?	☐	☐

5. Oplys telefonsystemet, hvilket nummer man er i køen?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

6. Åben konsultation

Har praksis åben konsultation (mulighed for kontakt ved fysisk fremmøde i praksis uden forudgående tidsbestilling)?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

7. Hvor mange timer ugentligt har din/jeres praksis åben konsultation?

(Angiv kun ét svar)

☐ Dagligt

☐ 1 time ugentligt

☐ 2 timer ugentligt

☐ 3 timer ugentligt

☐ 4 timer ugentligt

Andet ugentligt timeantal

8. Kan den åbne konsultation benyttes af patienter med akut behov for hjælp?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

Elektronisk kontakt via e-mail og hjemmeside

9. E-mail konsultation

Hvor hurtigt besvarer din/jeres praksis sædvanligvis patienters henvendelse via e-mail?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Inden for 24 timer
- ☐ Inden for 2 dage
- ☐ Inden for 3 dage
- ☐ Inden for 4 dage
- ☐ Inden for 5 dage eller derover

10. Receptfornyelse via praksis' hjemmeside

Hvor hurtigt ekspederer praksis patienters elektroniske henvendelse om receptfornyelse?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Inden for 24 timer
- ☐ Inden for 2 dage
- ☐ Inden for 3 dage
- ☐ Inden for 4 dage
- ☐ Inden for 5 dage eller derover

Særligt om varetagelse af akutte patienter i almen praksis

Dette afsnit spørger ind til, hvordan akutte patienter varetages i praksis og omfanget af akutarbejde i praksis.

Region Hovedstaden har kendskab til, at en del praksis samarbejder i "vagtringe", som bl.a. skal sikre samarbejde om varetagelse af akutte telefonhenvendelser, d.v.s. at flere praksis på skift varetager akutte opkald fra hinandens patienter.

11. Indgår din/jeres praksis i en vagtring?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

12. Hvordan fungerer den vagtring, som din/jeres praksis indgår i?

(Angiv gerne flere svar)

☐ Vagtringen fungerer i faste tidsrum

☐ Vagtringen fungerer hver dag

☐ Vagtringen fungerer faste ugedage

☐ Vagtringen fungerer efter konkret aftale ved sygdom, ferie m.v.

13. Sikrer vagtringen mulighed for, at en lægekollega kan se dine akutte patienter samme dag, de henvender sig, hvis der er lægelig indikation herfor?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

14. Kan du se en vagtrings-kollegas akutte patienter samme dag, de henvender sig, hvis der er lægelig indikation herfor?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

15. Er lægen/lægerne selv tilgængelig(e) for akutte patienter hver dag?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

16. Har praksis faste planlagte tider til konsultation for akutte patienter hver dag?

(Angiv kun ét svar)

☐ Ja

☐ Nej

17. Hvilke akutte helbredsproblemer / skader kontakter patienterne din/jeres praksis om?

(Angiv gerne flere svar)

Pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom	Akutte led og knogleskader	Almindelig sårbehandling	Suturering af sår	Fremmedlegemer i øje, øre eller næse	Ridser på hornhinden	Behandling af bylder
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Hvilke akutte helbredsproblemer / skader behandles jævnligt i din/jeres praksis?

(Angiv gerne flere svar)

Pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom	Akutte led og knogleskader	Almindelig sårbehandling	Suturering af sår	Fremmedlegemer i øje, øre eller næse	Ridser på hornhinden	Behandling af bylder
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Hvilke akutte helbredsproblemer / skader henviser din/jeres praksis altid til behandling på skadestue (akutmodtagelse)?

(Angiv gerne flere svar)

Pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom	Akutte led og knogleskader	Almindelig sårbehandling	Suturering af sår	Fremmedlegemer i øjne, ører, næse	Ridser på hornhinden	Behandling af bylder
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Hvor lang tid (arbejdstimer i alt) bruges gennemsnitligt pr. læge på pludselig opstået og/eller akut forværret sygdom enten i telefonen eller i konsultationen?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ 0 minutter pr. dag
- ☐ Op til 30 minutter pr. dag
- ☐ Mellem 30 og 60 minutter pr. dag
- ☐ Mellem 60 og 120 minutter pr. dag

- ☐ Over 2 timer pr. dag

21. Hvor lang tid (arbejdstimer i alt) bruges gennemsnitligt pr. læge på de førnævnte akutte skader (knogleskade, sårbehandling, suturering af sår, fremmedlegemer i øjne, øre, næse, ridser på hornhinden, bylder)?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ 0 minutter pr. dag
- ☐ Op til 30 minutter pr. dag
- ☐ Mellem 30 og 60 minutter pr. dag
- ☐ Mellem 60 og 120 minutter pr. dag
- ☐ Over 2 timer pr. dag

22. Har din/jeres praksis ønske om at varetage et øget antal patienter med de førnævnte akutte skader?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Tilgængelighed for fysisk handicappede

23. Oplysninger om klinikkens indretning og adgangsforhold

(Angiv gerne flere svar)

- ☐ Der er niveaufri adgang til bygningens stueetage og til eventuelle elevatorer (som er anvendelige for kørestolsbrugere)
- ☐ Der er en handicap-parkeringsplads indenfor 30 meter af klinikkens indgang
- ☐ Dørene i klinikken har en passagebredde, så en kørestolsbruger kan passere
- ☐ Klinikken har et toilet, som både er tilgængeligt (dørbredde og niveaufri adgang) og anvendeligt (forhøjet toilet med armstøtter) for kørestolsbrugere og andre fysisk handicappede

Planer for fremtiden

Her spørges ind til praksis' egne planer for at øge tilgængeligheden

24. Har din/jeres praksis indenfor det nærmeste år planer om at tilslutte sig en vagtring?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Indgår allerede i vagtring

25. Hvorfor har din/jeres praksis ikke planer om at indgå i en vagtring?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Er en flerlægepraksis uden behov for at indgå i vagtring
- ☐ Er en enkeltmandspraksis, som altid er til stede fra 8-16
- ☐ Henviser til navngiven kollega ved fravær
- ☐ Har ikke kendskab til kollegaer med interesse for et vagtringsfællesskab

Andet

26. Har din/jeres praksis indenfor det nærmeste år planer om at etablere et telefonsystem med køfunktion?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vi har allerede et telefonsystem med køfunktion

27. Hvorfor har din/jeres praksis ikke planer om at oprette et telefonsystem med køfunktion?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Føler ikke behov
- ☐ Finder at det er for dyrt

Andre årsager

28. Har din/jeres praksis planer om inden for det nærmeste år at forbedre tilgængeligheden for fysisk handicappede patienter?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

29. Hvorfor har din/jeres praksis ikke planer om at forbedre tilgængeligheden for handicappede?

(Angiv kun ét svar)

- ☐ Føler ikke et behov
- ☐ Finder at det er for dyrt
- ☐ Har allerede handicapegnede adgangsforhold og indretning

Anden årsag

30. Har praksis andre planer, som skal øge tilgængeligheden?

Bilag 6 – Varslingsbrev til almen praksis om undersøgelser



HOVEDSTADSREGIONENS PRAKTISERENDE LÆGER



Den 7. februar 2012

Kære praktiserende læge

Region Hovedstaden analyserer i denne tid mange forhold, der på den ene eller den anden måde relaterer sig til betjening af borgerne ved akut sygdom eller tilskadekomst.

I forhold til almen praksis vil der i de kommende uger/måneder foregå tre analyser, som alle skal resultere i et helhedsbillede af akutbetjeningen i almen praksis i Region Hovedstaden. Resultaterne vil være anonyme, og der er ikke tale om nogen form for kontrol eller vurdering af de enkelte praksis.

Spørgeskemaundersøgelse

Denne undersøgelse vil finde sted i uge 6-7-8 og vil have fokus på, hvordan lægerne tilrettelægger patienternes kontaktmuligheder til praksis, og hvordan arbejdet med akutte patienter tilrettelægges. Undersøgelsen gennemføres af Koncern Praksis og tilrettelægges til elektronisk besvarelse. Alle alment praktiserende læger i regionen vil blive bedt om besvarelse.

Tilgængelighedsanalyse – en stikprøveanalyse

Analysen foretages som en stikprøveanalyse med opringning til forskellige praksistyper fordelt i regionen. Undersøgelsen gennemføres af Enheden for Brugerundersøgelser, som også har gennemført den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2011.

Patienttilfredshedsundersøgelse

Formålet med denne undersøgelse er at belyse, hvordan patienter med akut opstået sygdom eller skade oplever såvel tilgængeligheden som den service, rådgivning og behandling, de modtager ved henvendelse til egen læge. Undersøgelsen gennemføres som en telefoninterviewundersøgelse. Undersøgelsen gennemføres af Enheden for Brugerundersøgelser.

Vi håber, du vil besvare spørgeskemaet, og beklager ulejligheden, som telefonstikprøvekontrollen evt. må have medført i din praksis.

Vi finder det værdifuldt, at der indsamles viden om akutbetjeningen i almen praksis.

Med venlig hilsen

For
PLO Hovedstaden
Formand Birgitte Alling Møller

For
Region Hovedstaden
Direktor Koncern Praksis
Else Hjortso