



Dato 24.04.19

Steen Vestergaard-Madsen

Tlf. 21493047

Mail steen.vestergaard-

madsen@stab.rm.dk

Side 1

Forslag til styrket koordination på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler

I notatet beskrives rammerne for den nuværende organisering af Praksiskonsulentordningen i Region Midtjylland samt forslag til styrket koordination på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler. Udfordringerne i samarbejdet på tværs af sektorer er kort beskrevet.

Den nuværende organisering af Praksiskonsulentordningen

Region Midtjylland har en Praksiskonsulentorganisation, der har fokus på samarbejde og ukompliceret flow af henviste og afsluttede patienter mellem almen praksis og hospitalerne. Målet er at sikre smidige, sammenhængende og effektive patientforløb til gavn for patienter og samfund med udgangspunkt i LEON princippet.

Praksiskonsulentordningen er opbygget med en lægelig koordinator, der varetager den overordnede koordination af arbejdet regionalt sammen med 7 praksiskoordinatorer, en for hver sygehusenhed dog 2 tilknyttet AUH samt 1 tilknyttet psykiatrien. Disse koordinerer samarbejdet på møder med hospitalsledelsen og med de praktiserende læger i optageområdet.

Konsulent	Antal timer	Pulje
6 praksiskoordinatorer somatik	AUH 2 x 200 Horsens 200 Randers 200 Midt 250 Vest 250 I alt 1.300	+ 300.000 kr. til deltagelse i tværgående arbejdsgrupper (KEU)
1 praksiskoordinator psykiatri	300	

Til hver hospitalsenhed er knyttet ca. 50 praksiskonsulenter, som er

tilknyttet de respektive afdelinger med hver et årligt timetal på 50 – 100 timer .
Praksiskoordinator leder og koordinere arbejdet med praksiskonsulenterne i forhold til opgaver der går på tværs af afdelingerne og er tilknyttet hospitalsklyngen.

Praksiskoordinatorerne afholder fyraftensmøder for de praktiserende læger, hvor ændrede visitationsretningslinjer, samarbejdsprocedurer og ny faglig viden formidles. Ligeledes gennemføres audits på aftalte områder med henblik på at monitorere kvaliteten i forhold til indhold i henvisninger og epikriser samt at de aftalte procedurer og faglige vejledninger følges. Der udsendes løbende information via praksis.dk i forhold til ændrede forløbsbeskrivelser, visitation og samarbejde.

Praksiskoordinatorerne deltager herudover i hospitalsklyngearbejdet og repræsenterer de praktiserende læger i optageområdet og har i denne forbindelse et stort overblik over samarbejdsfladerne mellem klyngens kommuner, praksis og hospital.

Gentagne evalueringer har fundet denne ordning meget relevant for at sikre målet.

Den nuværende praksiskonsulentordning omfatter **ikke** samarbejdet med kommunerne og de kommunale praksiskonsulenter. Det har tidligere været drøftet at tage initiativer til tættere samarbejde i forhold til kommunerne og deres praksiskonsulenter. Dette er aktualiseret med udspil til ny sundhedsreform med styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Forslag om styrket koordination på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler

Der er generelt behov for at styrke koordination, samarbejde og udvikling i og med det nære sundhedsvæsen for at sikre rettidigt sammenhængende patientforløb, i en tid med øget patientflow og opgaveoverdragelse til primærsektoren. Rehabilitering af den enkelte bliver afgørende i en aldrende befolkning med mere kronisk sygdom.

Almen praksis er en afgørende aktør i det nære sundhedsvæsen, hvor 90 % af kontakterne varetages af almen praksis evt. i samarbejde med de kommunale tilbud (arbejdsmarked, hjemmesygepleje og kommunale sundhedstilbud) og uden berøring med hospitalerne. Ca. 10 % af kontakterne vedrører behandlingsforløb, der også involverer hospitalerne.

Der er fokus på patientforløb, der går på tværs af sektorerne.

Deres succes forudsætter aftalte procedurer mellem kommune, hospital og almen praksis.

Dette omfatter samarbejdet om ex:

- den akutte patient
- den ældre behandlingskrævende patient
- den psykiatriske patient
- patienter med multisygdom og polyfarmaci
- den komplekse patient
- den sårbare patient
- forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fra vugge til grav.

Når der ikke sker optimal samordning af patientforløb, kan det få alvorlige konsekvenser med unødvendige indlæggelser og genindlæggelser og uhensigtsmæssige behandlingsforløb med konsekvenser for patienterne og samfundsøkonomien.

Eksemplet er i dette oplæg akutte Patienter:

Der er et stigende antal akutte patienter og en stor del af disse indlæggelser er indlæggelser, der teoretisk set kunne have været undgået ved tidligere intervention. Der er ligeledes et højt antal genindlæggelser

Eksempelvis er kun ca. 50% af de indlagte i risikogruppen for influenzarelateret sygdom vaccineret.

Kommunerne har fået akutteams – disse bliver dog ikke altid brugt rettidigt og ofte først inddraget, når borgeren er meget indlæggelsestruet.

Et forsøgsprojekt i Randers kommune med såkaldt "kommunalt TK" øger samarbejdet mellem akutteamet og almen praksis og giver bedre indlæggelse til akutmodtagelsen, men indikerer også, at der er mange potentielle indlæggelser der håndteres.

Mange af disse borgere vurderes først af lægevagten på et tidspunkt, hvor chancen for at give et behandlingsforløb i hjemmet / på aflastningsplads er væsentligt forringet.

Lægevagten er ligeledes en suboptimal løsning i mange tilfælde, alene af den grund at lægevagten ikke kender patienten og IKKE har adgang til egen læges journal m.m.

Der er manglende ensartethed i tilbuddene til borgerne og det gør det svært for akutmodtagelser og vagtlæger at vælge en indsats i borgerens hjem.

Der er kun et sparsomt samarbejde mellem de 3 kørende teams i primærsektoren, vagtlæge, AMK og akutteams.

Samtidig er mange af disse patienter ældre med multimorbiditet, og ofte udredes de ikke i bund, men bliver kun behandlet for den primære indlæggelsesgrund, fx dehydrering, men de underliggende årsager håndteres ikke.

Kommunen får kun besked om de indlæggelser, hvor kommunen i forvejen har en sygeplejesag. Kommunen er derfor uvidende om gentagne indlæggelser af "rising risk" patienter.

Der er ikke aftaler om en koordineret indsats for "high risk" patienter med stor risiko for genindlæggelse.

En tidligere indsats omkring forebyggende hjemmebesøg i løbet af en uge påviste, at 25-30% af disse patienter var indlagt igen, inden lægen nåede at besøge dem.

Det er velkendt at belastede pårørende, uvished om fremtiden, nedsat egenomsorg og færdighedstab er drivere i denne udvikling.

Det er for omfattende at give en udtømmende beskrivelse og ovenstående eksempel er alene med for at beskrive omfanget af opgaverne.

Med henblik på at styrke samarbejde, koordination og udvikling af det nære sundhedsvæsen og mellem kommune, almen praksis og hospital foreslås det, at hospitalspraksiskoordinator ved akutsygehusene tillægges en opgave med koordination i forhold til kommunernes kommunepraksiskonsulenter i en hospitalsklynge.

Opgaven kunne omfatte:

- Afholde 2- 4 årlige møder mellem klyngens kommunepraksiskonsulenter og evt. repræsentanter fra kommunerne med henblik på gensidig orientering samt nye opgaver og idéer af fælles interesse, herunder KLU -orientering.
Herved kan opnås mulighed for større ensartethed i samarbejdet indenfor klyngen ligesom nye idéer fra en kommune let overføres til en anden kommune.
- Tovholder i forhold til områdets kommunepraksiskonsulenter i forhold til at drøfte nye opgaver set i forhold til klyngesamarbejdet, herunder Overenskomst/PLO forhold i øvrigt, idet praksiskoordinatoren i forvejen har ansvar for kontakt til PLO ved behov herfor.
Dette med henblik på sikre implementering og følge op på mangel på samme fx henvisninger til kommunal rehabilitering.
- Indgå i tværgående grupper/udvalg i samarbejde med hospital, kommuner og praksis ex på akutområdet.

- Medvirke til at bringe emner fra praksis- kommunesamarbejdet ind i hospitalsklyngestyregruppen med henblik på at udbrede viden, projekter etc., herunder at forsøge at sikre ensartede forløb på sundhedsområdet.
- Praksiskontaktperson for kommunerne i forhold til de nye kvalitetsklynger.
- Modtage referater fra kommunernes KLU i hospitalsklyngen med henblik på at vurdere fælles emner/problemer/løsninger.

Det foreslås, at praksiskoordinatorerne samlet tillægges 300 timer årligt til varetagelse af denne opgave, finansieret af kommunerne i regionen efter følgende fordelingsnøgle:

Kommune i RM	Befolkningstal pr. 2018	Udgift pr. kommune
Aarhus	340.421	77.746
Randers	98.265	22.442
Viborg	96.883	22.126
Silkeborg	92.024	21.017
Horsens	89.598	20.462
Herning	88.733	20.265
Skanderborg	61.158	13.967
Holstebro	58.418	13.342
Ringkøbing-Skjern	57.005	13.019
Favrskov	48.271	11.024
Hedensted	46.616	10.646
Skive	46.599	10.642
Syddjurs	42.468	9.699
Ikast-Brande	41.191	9.407
Norddjurs	38.197	8.723
Odder	22.626	5.167
Struer	21.270	4.858
Lemvig	20.133	4.598
Samsø	3.720	850
Total	1.313.596	300.000

En mulighed kunne være at foretage en prøvehandling i en af hospitalsklyngerne fra foråret og året ud med tilførsel af timer. Spillereglerne for samarbejdet skal beskrives og tilrettes efterhånden, som samarbejdet udvikler sig.