

Praksisplan for almen praksis

"Almen praksis arbejder for at fremme sundhed, udrede og behandle sygdom. Hovedopgaven er at finde de syge blandt de raske, og holde de raske raske, samtidig med, at der støttes, lindres og ydes omsorg."

Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner og PLO-Midtjylland

Indholdsfortegnelse

1. Indledning **4**

2. Fælles vision om et nært og sammenhængende sunhedsvæsen i balance **7**

3. Bærende principper for samarbejdet **8**

4. Temaer og indsatsområder **10**

4.1 Lighed i sundhed og forebyggelse **11**

4.1.1 Fælles investering i forebyggelse – rygning og overvægt **11**

4.1.2 Styrket samarbejde om multisygdom **11**

4.1.3 Forebyggelse af akutte patientforløb hos ældre borgere **12**

4.1.4 Medicinindsatser **14**

4.1.5 Styrket indsats overfor borgere med psykisk sygdom **14**

4.1.6 Populationsomsorg og fælles beslutningstagning **16**

4.2 Tilgængelighed og digitalisering **17**

4.2.1 Forbedret tilgængelighed i almen praksis – fysisk og digitalt **17**

4.2.2 Digital almen praksis **18**

4.3 Lægedækning og rekruttering **19**

4.3.1 Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen **19**

4.3.2 Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen **20**

4.3.3 Lægelig videreuddannelse, rekruttering og fastholdelse **20**

5. Implementering og opfølgning **22**

1. Indledning

Samarbejdet mellem praktiserende læger, kommuner og region i den midtjyske region hviler på et solidt fundament, hvor der er tradition for et godt og tæt samarbejde. Den hidtidige praksisplan sætter således langt hen ad vejen fokus på nogle af de samme fælles emner som sundhedsaftalen 2019-2023. I det videre arbejde vil vi stå på skuldrene af den hidtidige praksisplan og bygge videre på det, der fungerer samtidig med, at vi sætter fokus på nye, relevante indsatsområder.

Både almen praksis, kommuner og region vil i de kommende år skulle løse flere og nye opgaver, fordi befolkningen bliver ældre, og flere derfor vil få kroniske sygdomme og ofte flere sygdomme på samme tid. Dertil kommer stigende forventninger om øget tilgængelighed, hurtig og effektiv diagnostik og behandling. Almen praksis er i den forbindelse en central aktør i den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Praksisplanen skal medvirke til at sikre, at det fælles samarbejde og opgaveløsning fortsat udvikles, så der kan leveres et godt og samlet sundhedstilbud til borgerne i regionen.

Praksisplanen udstikker sammen med den nationale overenskomst de overordnede rammer for opgavevaretagelsen i almen praksis og har samtidigt til formål at bidrage til udmøntningen af sundhedsaftalen. Som en del af udmøntningen af praksisplanen og sundhedsaftalen, kan Praksisplanudvalget udarbejde underliggende aftaler.

Praksisplanen er gældende indtil, der vedtages en ny praksisplan i valgperioden 2022-2025.

Lovgrundlaget for praksisplanen er:

- Lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
- Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen, 20. december 2013
- Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12 2013 og vejledning nr. 9005 af 20/12 2013 om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
- Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis
- Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren







2. Fælles vision om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance

Med sundhedsaftalen har region, kommuner og almen praksis sat en fælles retning for udvikling af et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance. Dvs. et sundhedsvæsen, hvor alle har lige muligheder for et sundt og langt liv, hvor alle borgere er aktivt inddraget i egen sundhed, hvor flere sundhedsløsninger bliver løftet i det nære, og hvor vi får mere sundhed for pengene.

Det er den værdimæssige ramme for det tværsektorielle samarbejde og de konkrete indsatser, som region, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland ønsker at prioritere.

Almen praksis spiller en central rolle i at omsætte visionerne, da almen praksis har en bred kontakt til befolkningen. Samtidig er den enkelte patient typisk tilknyttet den samme lægepraksis over en årrække.

Det betyder blandt andet, at den praktiserende læge har en særlig position både når det handler om forebyggelse og behandling. Den praktiserende læge fungerer også som tovholder for patienten i mødet med det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis henviser til behandling på hospital og andre sundhedstilbud, koordinerer indsatsen og varetager ofte den opfølgende indsats. Almen praksis har derfor også en central rolle i de forløb, der går på tværs af sektorer og specialer, og kan medvirke til at skabe gode og sammenhængende forløb for den enkelte patient.

En forudsætning for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance er også en almen praksis i balance. Det fordrer et ligeværdigt og smidigt samarbejde mellem almen praksis, region og kommuner samt kvalitetsudvikling i fælles patientforløb.

Som en del af samarbejdet understøttes praktiserende læger i den daglige opgaveløsning fx gennem adgang til læge-til-læge rådgivning og vejledning fra hospitalets specialister, udvidet adgang til udredning på hospitalerne samt let adgang til kommunale tilbud. På samme måde har hospitaler og kommuner behov for adgang til den viden og handlemuligheder, som er i almen praksis.

3. Bærende principper for samarbejdet

I arbejdet med at omsætte Praksisplanen til handlinger, står region, kommuner og almen praksis på tre fælles principper for samarbejdet.

1. FOKUS PÅ RAMMER FOR UDREDNING OG BEHANDLING I DET NÆRE

Flest mulige patienter skal udredes og behandles i det nære sundhedsvæsen. Almen praksis' ressourcer skal primært anvendes til patientkontakt og ikke til unødvendig transporttid eller unødvendig kontrol og bureaukrati. I respekt for driftsvilkårene i almen praksis fordrer nye og ændrede opgaver, at ressourcebehovet og kapaciteten i almen praksis vurderes. For at understøtte almen praksis i at kunne udrede og behandle den enkelte patient i det nære, er det blandt andet vigtigt med let adgang til udredning på hospitalerne samt at der arbejdes for en enkel visitation til hospitalsbehandling og kommunale tilbud. I et længere sigte er også uddannelse og rekruttering af nye læger vigtige elementer i at sikre rammerne for almen praksis.

2. PLANLAGT OPGAVEUDVIKLING OG – OVERDRAGELSE

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling, og der er løbende behov for at vurdere, om opgaver varetages bedst og billigst, eller om der hensigtsmæssigt kan ske opgaveflytning. Opgaveflytning skal sættes i rammer og foregå planlagt og i overensstemmelse med LEON-princippet (Laveste Effektive Omkostnings Niveau), så opgaverne ikke løses på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt. Der skal være gennemsigtighed i de økonomiske og faglige konsekvenser, og der skal være enighed om opgaveoverdragelsen. Det gælder både for flytning af opgaver fra hospitalerne til almen praksis og flytning af opgaver fra almen praksis til andre dele af sundhedsvæsenet, herunder patienten selv.

Dette forudsætter dialog mellem alle parter. I regi af Praksisplanudvalget skal der derfor identificeres principper for opgaveflytningen og dernæst gives konkrete bud på områder, som har et opgaveflytningspotentiale. I prioriteringen af de lægefaglige opgaver i almen praksis er der ligeledes behov for dialog om hvilke opgaver, som kan udflyttes fra almen praksis med henblik på varetagelse af andre lokalt aftalte opgaver. Praksisplanudvalget skal årligt have en status på udviklingen i opgavefordelingen mellem almen praksis, kommuner og hospitaler.

3.BEDRE BRUG AF DE SAMLEDE RESSOURCER

Alle dele af sundhedsvæsenet er underlagt en stram økonomisk styring. Vi skal derfor hele tiden have øje for, om vi kan løse opgaverne på nye måder, så opgaverne løftes effektivt og til den rette kvalitet. Et led i dette er fortsat øget anvendelse af elektronisk og telemedicinsk kommunikation. Det er en fælles præmis, at patienten skal understøttes i at klare mest muligt selv fx med tilbud, der fremmer egen mestring, egen træning m.v. Der er også løbende behov for at vurdere konkrete arbejdsgange og samarbejdsflader. Fx kan der være et potentiale i brug af rammedelegation i samarbejdet mellem læger og kommunale sygeplejersker. Et andet eksempel er samarbejdet om dosispakket medicin. Ligeledes kan der - særligt på akutområdet - være et potentiale i at udvikle fælles principper for og forenklet adgang til de kommunale akutteams og tilbud.





4. Temaer og indsatsområder

De fælles visioner om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen er i praksisplanen omsat til 3 udvalgte temaer, som vi i region, kommuner og almen praksis ønsker at prioritere og samle kræfterne om.

Temaerne er:
- **Lighed i sundhed og forebyggelse**
- **Tilgængelighed og digitalisering**
- **Lægedækning og rekruttering**

De udvalgte temaer skal ses som udviklingsområder, hvor der i de kommende år er brug for en ekstra indsats.

Hvert tema indeholder en række indsatser i forhold til udviklingen af almen praksis i Region Midtjylland. Indsatserne skal løbende udmøntes i lokale aftaler mellem almen praksis, region og kommuner. Ligesom de indsatser, der prioriteres i samarbejdet om sundhedsaftalen, også kan betyde, at der skal indgås aftaler i forhold til almen praksis. De enkelte dele af praksisplanen er illustreret nedenfor.

FÆLLES VISION OM ET NÆRT OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN I BALANCE

MERE LIGHED I SUNDHED	PÅ BORGERENS PRÆMISSER	SUNDHEDSLØSNINGER TÆT PÅ BORGEREN	MERE SUNDHED FOR PENGENE

TEMAER OG INDSATSOMRÅDER

LIGHED I SUNDHED OG FOREBYGGELSE
Indsatsområder
- Fælles investering i forebyggelse – rygning og overvægt
- Styrket samarbejde om multisygdom
- Forebyggelse af akutte patientforløb hos ældre borgere
- Medicinindsatser
- Styrket indsats overfor borgere med psykisk sygdom
- Populationsomsorg og fælles beslutningstagning

TILGÆNGELIGHED OG DIGITALISERING
Indsatsområder
- Forbedret tilgængelighed i almen praksis – fysisk og digitalt
- Digital almen praksis

LÆGEDÆKNING OG REKRUTTERING
Indsatsområder
- Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen
- Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen
- Lægelig videreuddannelse, rekruttering og fastholdelse

ANBEFALINGER	ANBEFALINGER	ANBEFALINGER

LOKAL AFTALE · LOKAL AFTALE · LOKAL AFTALE · LOKAL AFTALE · LOKAL AFTALE

4.1 LIGHED I SUNDHED OG FOREBYGGELSE

Almen praksis har en rolle som bidragsyder i indsatsen mod ulighed i sundhed. Almen praksis er således som den primære indgang til sundhedsvæsenet åben for alle uanset indkomst og social position og uden forudgående visitation.

Almen praksis arbejder for at fremme sundhed, udrede og behandle sygdom. Hovedopgaven er at finde de syge blandt de raske, og holde de raske raske, samtidig med, at der støttes, lindres og ydes omsorg.

4.1.1 FÆLLES INVESTERING I FOREBYGGELSE – RYGNING OG OVERVÆGT

Det er et mål, at arbejdet i almen praksis bidrager til fælles investering i forebyggelse – først med fokus på rygning, dernæst på overvægt.

Derfor anbefales:

- at almen praksis anvender de kommunale forebyggelsestilbud og elektronisk henvisning til tilbuddene
- at der løbende følges op på antallet af henvisninger at kommunerne sikrer, at praktiserende læger har adgang til overskuelig information om forebyggelsestilbuddene

Baggrund for målsætning og anbefaling
Forebyggelse er en fælles prioritet for almen praksis, region og kommuner. Det er det fordi, sundhed spiller en vigtig rolle for den enkeltes trivsel og hverdagsliv. Samtidig er fælles investering i forebyggelse afgørende for at kunne imødegå udviklingen med stadig stigende udgifter til behandling, pleje, sygefravær og overførselsindkomster.

Rygning er et område, der allerede er taget fat på. Rygning og tobak er fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelse kan bidrage mest til at reducere sygdom og dødelighed. I gennemsnit dør en dagligryger 10 år før en person, der aldrig har røget. Efter rygning vil indsatser i forhold til overvægt blive prioriteret.

En mere systematisk indsats omkring almen praksis' henvisning til de kommunale forebyggelsestilbud bidrager til at reducere ulighed i sundhed, fordi det som oftest vil være de borgere, der har de færreste ressourcer, som ikke selv opsøger et forebyggelsestilbud, hvis der ikke sker en henvisning.

Særligt om rygning
Praktiserende læger i Region Midtjylland medvirker til at styrke rygestopindsatsen. PLO Midtjylland, Region Midtjylland og kommunerne i regionen har indgået en hensigtserklæring om systematisk indsats for at mindske tobaksforbruget.

Formålet med hensigtserklæringen er, at øge fokus på rygestopindsatser og få flere borgere henvist til kommunale rygestoptilbud samt at sikre hurtig opfølgning i kommunerne på de henvisninger, der kommer fra almen praksis.

Sundhedsprofessionelle i almen praksis skal spørge relevante patienter om rygevaner og henvise interesserede til rygestop. Kommunerne følger herefter op med en telefonsamtale senest syv dage efter, at henvisningen er modtaget.

Målet er at øge antallet af henvisninger, så der henvises 150 patienter fra almen praksis pr. hospitalsklynge svarende til 3-4 henvisninger pr. praktiserende læge pr. år. Antallet af henvisninger følges løbende.

4.1.2 STYRKET SAMARBEJDE OM MULTISYGDOM

Det er et mål at styrke indsatser, der understøtter optimal håndtering af multisygdom.

Derfor anbefales:

- at der sikres koordination og sammenhæng i forløb for borgere med multisygdom
- at der er fokus på polyfarmaci (se afsnit 4.1.4)
- at der arbejdes med individuelle forløbsplaner for borgere med multisygdom

Baggrund for målsætning og anbefaling
Multisygdom betegner patienter, der lider at mindst to kroniske sygdomme. Ca. hver fjerde dansker lider af mere end én kronisk sygdom, og det tal vil stige fremover (Jf. Sundhedsdatastyrelsen). Fælles for mange af patienterne med multisygdom er, at de har komplekse forløb, som kræver en særlig indsats i sundhedsvæsenet.

Generelt har multisygdom konsekvenser som forhøjet dødelighed, forøget risiko for indlæggelse, forøget indlæggelsestid, nedsat livskvalitet, nedsat fysisk funktionsevne, øget risiko for depression samt øget risiko for fejlmedicinering. Multisygdom er en fælles udfordring, hvor der er behov for, at almen praksis, kommuner og region sikrer koordination og sammenhæng i patienternes forløb, der understøtter optimal håndtering af multisygdom.

Polyfarmaci, som er samtidig behandling med flere lægemidler, er en særlig problematik for mange borgere med multisygdom. Behandling med mange lægemidler kan øge risikoen for bivirkninger, fejlmedicinering og indlæggelser. Her kan medicingennemgang være med til at optimere den medicinske behandling under hensyntagen til blandt andet patientens alder, tilstand og samlede sygdomsbillede.

Patienter med multisygdom fylder antalsmæssigt og tidsmæssigt meget i almen praksis både i diagnosticeringsfasen, behandlingsfasen såvel som i forhold til den løbende opfølgning og kontrol.

Patientforløbene for patienter med multisygdom skal forbedres ved at udarbejde individuelle forløbsplaner, hvor patienterne får anskueliggjort hvilken behandling, de kan forvente. Forløbsplanerne skal tage højde for hvilken behandling, som er den fagligt rigtige, men skal også inddrage hensynet til den enkelte patients ressourcer. Hermed kan der ydes en differentieret indsats afhængig af behovet.

Koordinationen på tværs af sektorer for patienter med multisygdom er et af flere væsentlige bidrag til at skabe mere lighed i sundhed.

4.1.3 FOREBYGGELSE AF AKUTTE PATIENTFORLØB HOS ÆLDRE BORGERE

Det er et mål, at almen praksis bidrager til at forebygge akutte patientforløb igennem en styrket indsats i såvel nærmiljøet som i almen praksis.

Derfor anbefales:

- at praktiserende læge og det kommunale sundhedspersonale let og enkelt kan udveksle observationer om tilstande, som kan udvikle sig til akut sygdom
- at den gensidige kommunikation skal være præget af høj præcision og faglighed i henvendelsen
- at ordningen om fasttilknyttede læger på plejecentre og bosteder udbredes
- at epikrise og behandlingsplan foreligger, når patienten udskrives mhp.at almen praksis sikres rammerne for at levere den nødvendige opfølgende indsats
- at almen praksis fortsat er involveret i de opfølgende hjemmebesøg til udskrevne ældre medicinske patienter
- at den eksisterende §2 aftale videreføres som del af den underliggende aftale, og at der samtidig sker vurdering af behovet for tilpasning af aftalen i forhold til de nyeste erfaringer

Baggrund for målsætning og anbefaling

I Sundhedsaftalen 2019-2023 er en af de fælles ambitioner at styrke samarbejdet om akut syge, ældre borgere og at nedbringe antallet af akutte indlæggelser for ældre.
Det handler om, at borgeren ofte får et langt bedre forløb, hvis sygdom bliver opdaget i tide, og hvis behandlingsindsatsen kan ske planlagt fremfor akut.

Et velfungerende samarbejde mellem praktiserende læger, hospitaler og kommuner om akut syge borgere er samtidig med til at sikre kvalitet, patientsikkerhed og effektivitet i de enkelte forløb, så vi bruger de samlede ressourcer bedst muligt.

Almen praksis har en vigtig rolle i denne indsats. Almen praksis er indgangen til sundhedsvæsenet og kan indlægge patienter og igangsætte behandling og pleje i det nære sundhedsvæsen. Igennem kontakt med patienter i klinikken eller på sygebesøg i hjemmet er den praktiserende læge en del af den tidlige opsporing af begyndende sygdom.

For at forebygge akutte patientforløb er væsentlige udviklingsområder i almen praksis:

- Fortsat fokus på tidlig opsporing af sygdom og samarbejdet med kommunale akutfunktioner
- Udbredelse af fasttilknyttede læger på plejecentre og bosteder
- Udskrivelse og styrkede rammer for den gode overlevering

Fortsat fokus på tidlig opsporing af sygdom og udvikling af samarbejdet med kommunale akutfunktioner

Det er en grundlæggende del af arbejdet i almen praksis at observere væsentlige ændringer hos en patient, som kræver en forebyggende indsats, der vil kunne forhindre, at borgeren svækkes yderligere. Dette gælder både, når patienterne selv henvender sig til praktiserende læge, og ved sygebesøg i hjemmet, hvor praktiserende læge identificerer et faldende funktionsniveau.

Som supplement til indsatsen i almen praksis er den kommunale forebyggende indsats på det akutte område igennem de seneste år blevet styrket. Der er etableret akutfunktioner i alle kommuner i Region Midtjylland, der bidrager til, at der med kort varsel kan gives en akut indsats, der især retter sig mod ældre borgere.

Hvis de sundhedsfaglige observationer – både de alment praktiserende lægers og det kommunale sundhedspersonales - skal bidrage til at forebygge udvikling eller forværring af akut sygdom, så skal rammerne for den fælles kommunikation være til stede.

Region Midtjylland, PLO Midtjylland og kommunerne i regionen har på denne baggrund indgået en samarbejdsaftale, der beskriver rammerne for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner. Aftalen beskriver blandt andet det lægefaglige ansvar, og hvem der gør hvad i borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion.

I tilknytning til samarbejdsaftalen er der etableret en forsøgsordning om honorering af praktiserende læger i forbindelse med kommunikation/rådgivning om patienter tilknyttet kommunale akutfunktioner. Forsøgsordningen er midlertidig og udløber med denne overenskomstperiode (2018-2021) med henblik på, at erfaringer fra ordningen løftes over i den nationale overenskomst på området. Ordningen evalueres i 2020.

For at styrke den praktiserende læges muligheder for udredning ved akutte tilstande, som kan udvikle sig til akut sygdom, kan den praktiserende læge via hospitalsvisitationerne booke subakutte tider på akuthospitalerne inden for de relevante specialer samt få information om akuttilbud i kommunalt regi (jf. Samarbejdsaftale om Sundhedsvisitationer i alle klynger).

Praksisplanudvalget ønsker desuden at se nærmere på mulighederne i mere systematisk brug af rammedelegation mellem praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale. Fx brug af rammedelegation i forhold til kommunale akutsygeplejersker med henblik på at styrke indsatsen for borgere, der oplever akut opstået sygdom eller forværring. Der foregår aktuelt et nationalt udredningsarbejde i forhold til brug af rammedelegation. Dette vil være grundlaget for det videre arbejde på området.

Udbredelse af fasttilknyttede læger på plejecentre og bosteder

Praksisplanudvalget har indgået aftaler om implementering af ordning med faste læger på plejecentre og bosteder. Målet med ordningen er at forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboere på plejecentre – herunder at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt forbedring af medicinhåndteringen m.m.

Ordningen om fasttilknyttede læger på plejecentre indebærer, at faste læger yder generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret, samt at beboerne på det enkelte plejecenter kan vælge en fasttilknyttet læge som egen læge. Der er generelt meget stor tilfredshed med ordningen. Erfaringen er, at ordningen styrker samarbejdet mellem praktiserende læger og personale på plejehjem, hvilket giver et kvalitetsløft i behandlingen af borgere på plejehjem. Det kommer fx til udtryk ved, at læger og personale gennem ordningen får et større kendskab til hinanden og forståelse for hinandens kompetencer, i højere grad får afstemt indsatser i de konkrete borgerforløb og hurtigere får afklaret eventuelle spørgsmål undervejs.

Ordningen var i efteråret 2019 taget i brug i 16 af de 19 midtjyske kommuner på plejecentre i kommunen, mens ordningen endnu kun anvendes i begrænset omfang i forhold til bosteder. Der er behov for – og et ønske om - fortsat udbredelse af ordningen vedr. fasttilknyttede læger på plejecentre og bosteder.

Udskrivelse og styrkede rammer for den gode overlevering

I samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner er der fokus på den velkoordinerede udskrivelse. Det betyder, at alle de relevante oplysninger vedr. patientens behandling er tilgængelige for dem, som skal levere den indsats, som følger udskrivelsen. En særlig udfordring er at sikre den gensidige kommunikation i ambulante forløb. Det er i første omgang hospitalet, som har ansvaret for, at der sker den nødvendige overlevering, når patienten er færdigbehandlet i specialiseret regi. Den nødvendige overlevering indebærer, at epikrise og behandlingsplan skal være klar, når patienten udskrives. Det samme gælder medicinordination og recepter, ligesom FMK skal være ajourført. Det er vigtigt, at epikrisen tydeliggør, hvilke medicinændringer der er foretaget (seponering/ændret dosis/ændret præparat). Som en del af sundhedsaftalen, er der udarbejdet en samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse.

Særligt om opfølgende hjemmebesøg

Et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospitalet, kan bidrage til at reducere genindlæggelsesraten for ældre patienter. Et opfølgende hjemmebesøg er et besøg, der tilbydes særligt sårbare patienter efter udskrivelse fra et hospital. Besøget gennemføres af egen læge og en kommunal sygeplejerske med det formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb.

Der er indgået en lokalaftale i Region Midtjylland om opfølgende hjemmebesøg. Det anbefales, at der sker vurdering af behovet for tilpasning af aftalen i forhold til de nyeste erfaringer.



4.1.4 MEDICININDSATSER

Det er et mål, at almen praksis i endnu højere grad bidrager til at optimere sårbare patienters medicinering

Derfor anbefales:

- at praktiserende læger sammen med plejepersonale finder relevante beboere på plejehjem eller i kommunal medicinadministration, der skal have en medicingennemgang.
- at der igangsættes en tværsektoriel indsats for at nedbringe forbruget af antipsykotika til mennesker med demens
- at praktiserende læge overvejer, at der kan være patienter, hvor det kan være en fordel at tilbyde dosisdispenseret medicin fremfor manuel ophældning
- at almen praksis ajourfører FMK ved alle ordinationsændringer og altid ajourfører FMK ved henvisning til hospital

Baggrund for målsætning og anbefaling
I Region Midtjylland er der knap 115.000 polyfarmaci patienter, der får 6 eller flere lægemidler. Der er godt 26.000 patienter, der får 10 eller flere lægemidler og knap 3000 patienter, der får 15 lægemidler eller flere.

Der er sket et lille fald hos de patienter der får mest medicin (+15 lægemidler) fra 2018 til 2019. Det samme fald er også set hos polyfarmacipatienter over 65 år, der får mindst 15 lægemidler.

Medicingennemgang hos ældre borgere med højt medicinforbrug
Polyfarmaci er ofte hensigtsmæssig og hjælper patienten, men man skal have for øje, at medicinering ofte er skyld i indlæggelser og kan medføre bivirkninger for patienten. Relevante patienter med et stort antal medicinordinationer kan med fordel systematisk sikres en medicingennemgang.

På den baggrund er medicingennemgang et væsentligt indsatsområde. Det skal aftales nærmere, hvordan indsatsen i almen praksis kan tilrettelægges, så der sikres medicingennemgang for en nærmere specificeret patientgruppe, der har et stort antal medicinordinationer.

En patientgruppe, der er oplagt at få foretaget medicingennemgang på er beboere på plejehjem og borgere i kommunal medicinadministration. Her kan kommunalt plejepersonale bistå i forhold til at fremfinde relevante patienter. De praktiserende læger kan inddrage en regional farmaceut til medicingennemgangene og evt. plejepersonalet, der har tilknytning til patienterne. Plejepersonalet kan bidrage med vigtig viden om fx patientens almene tilstand og symptomer.

Samarbejdet mellem det kommunale plejepersonale og praktiserende læge skal styrkes så borgere, der modtager kommunal pleje i højere grad får tid til en årskontrol med medicingennemgang.

Indsats i forhold til antipsykotika og demens
I den Nationale Demenshandlingsplan er et af målene at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til demente med 50% frem mod år 2025. Der er brug for at igangsætte et tværsektorielt samarbejde for at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til demente. Det er vigtigt med et tværsektorielt samarbejde sammen med kommunerne.

Øget brug af dosisdispenseret medicin
Desuden er der behov for at udvikle arbejdsgange og samarbejdsflader i forhold til dosispakket medicin. Dette både for at minimere medicinfejl ved manuel ophældning og for at sikre bedre brug af de samlede ressourcer.

Dosisdispenseret medicin kan være relevant ved patienter i stabil medicinsk behandling, hvor der ikke forventes medicinændringer i nærmeste fremtid, og hvor der ikke lige er foretaget medicinændringer.

Aftaler om implementering af yderligere udbredelse drøftes i første omgang via Praksisplanudvalget, hvorefter de Kommunalt-Lægelige udvalg også inddrages.

Højere grad af ajourføring af Fælles Medicinkort (FMK)
Formålet med Det Fælles Medicinkort (FMK) er at øge sundhedsvæsenets og relevante sundhedspersoners samlede overblik over den enkelte patients medicinordinationer og medicinkøb.

Forudsætningen for, at FMK kan bidrage til at give relevante sundhedspersoner det samlede overblik er, at FMK til enhver tid er ajourført og anvendes korrekt af alle aktører.

4.1.5 STYRKET INDSATS OVERFOR BORGERE MED PSYKISK SYGDOM

Det er et mål, at almen praksis' rolle for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom styrkes

Derfor anbefales:

- at almen praksis forud for henvisning til psykiatrien fortsat har fokus på at undersøge for og, så vidt muligt, udelukke somatisk årsag til psykiske symptomer/ psykisk sygdomat resultatet af undersøgelsen fremgår af henvisningen til psykiatrien
- at almen praksis har særligt fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af mistrivsel og nedsat mental sundhed hos børn og unge
- at der i samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner er særligt fokus på tiltag, der sikrer sammenhængende patientforløb for voksne med svær psykisk sygdom
- at samarbejdet om henvisninger styrkes

Baggrund for målsætning og anbefaling
Flere borgere rammes af psykiske lidelser. Forbedringer på dette felt kræver, at vi på tværs af almen praksis, kommuner, region og civilsamfund sætter en fælles retning og finder nye løsninger. Derfor er der dannet en fælles alliance om den nære psykiatri mellem de 19 kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og bruger- og pårørende¬organisationer om at forbedre og udvikle den nære psykiatri i Midtjylland. Der udvikles og afprøves løbende nye tiltag, som også involverer almen praksis.

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet. Som følge heraf modtager de praktiserende læger størstedelen af alle henvendelser om psykisk mistrivsel.

Almen praksis er gennemgående behandler og tovholder på forløb for voksne med psykiatrisk diagnose og vil også i stigende grad skulle varetage tovholderfunktionen i forhold til børn og unge med psykiske problemstillinger – i samarbejde med kommunerne.

Dette fordrer, i højere grad end tidligere, at almen praksis også har kendskab til tilbud og indsatser i kommunerne. Tilbud, som vil kunne erstatte eller supplere øvrig behandling for de lettere psykiske tilstande.

Almen praksis' rolle i udredning, behandling og som tovholder for psykiatriske patienter – børn som voksne - er derudover påvirket af udviklingen på det psykiatriske område, hvor der fx er indført behandlingspakker og udrednings- og behandlingsretten er blevet implementeret. Den psykiatriske behandling i hospitalsregi består samtidig af tidsafgrænsede forløb, mens almen praksis og kommunerne efter endt behandling ofte har den løbende kontakt til borgerne og understøtter dem i at etablere en stabil tilværelse.

Centrale udviklingsområder i almen praksis i forhold til at styrke indsatsen for borgere med psykiske lidelser er:

- Udredning af somatisk sygdom hos borgere med psykiske lidelser
- Mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge - forebyggelse og tidlig opsporing
- Voksne med svær psykisk sygdom

Mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge - forebyggelse og tidlig opsporing
Hvordan har du det-undersøgelsen 2017 viser en markant stigning i andelen af unge med nedsat mental sundhed (svær ensomhed, højt stressniveau, angst og anspændthed), der for nogle kan udvikle sig til psykisk sygdom.

Psykisk sygdom er ikke en akut sygdom, men en sygdom, der udvikles og kan forværres over tid. Det er derfor vigtigt at have fokus på tidlig opsporing og på at forebygge forværring.

Almen praksis spiller en vigtig rolle i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse af forværring af psykisk sygdom. De praktiserende læger har den fordel, at de i mange tilfælde kender patienterne, før de får symptomer på psykisk sygdom. De møder børn og unge, der mistrives eller har symptomer på angst, ADHD osv. Her er det vigtigt, at almen praksis har de rette handlemuligheder og et tæt samarbejde med såvel region som kommuner.

I regi af alliancen om den nære psykiatri, arbejdes der på at sikre og styrke sammenhængende indsatser. Børn og unge med selvskadende adfærd og/eller spiseforstyrrelser er et af de områder, hvor der er behov for særlig opmærksomhed.

Lidelserne er ofte komplicerede med langvarige behandlingsforløb både i og uden for sygehusvæsenet. Der er ligeledes her sat et arbejde i gang i regi af alliancen om den nære psykiatri.

Voksne med svær psykisk sygdom
Voksne med svær psykisk sygdom behandles i nogle perioder i det nære i almen praksis. Her skal der være opmærksomhed på tegn på forværring, så der i rette tid kan sættes ind med en mere intensiv indsats. Det er vigtigt, at almen praksis har de rette handlemuligheder og et tæt samarbejde med såvel region som kommuner.

Voksne med psykisk sygdom har også tilbagevendende behov for støtte og behandling på tværs af fagområder fra både region, kommune og almen praksis. Her er der risiko for, at borgerne pendulerer mellem indlæggelse, bosted, ambulante tilbud, misbrugsbehandling, almen praksis, bostøtte i eget hjem etc., og risiko for at borgerne tabes mellem flere stole. I Alliancen om den nære psykiatri arbejdes der på løsninger, som kan styrke sammenhængende forløb for denne gruppe af borgere.

Styrket samarbejde om henvisninger
Antallet af henvisninger til behandlingspsykiatrien er steget markant de seneste år, hvor størstedelen af stigningen er patienter med moderat psykisk lidelse som angst, OCD, depression mv. Samtidig er antallet af tilbageviste henvisninger ligeledes steget. Der er allerede i psykiatrien i Region Midtjylland igangsat tiltag til at nedbringe antallet af tilbageviste henvisninger. i første halvår af 2020 har antallet af tilbageviste henvisninger ligget mellem 15-20 % og målsætningen er at nedbringe antallet til 10 %.

Der er behov for at se nærmere på, hvordan der sikres gode sammenhængende forløb for de borgere, som ikke skal behandles i hospitalsregi. Samarbejdet mellem regionspsykiatrien, almen praksis, kommuner og speciallæge psykiatri praksis skal derfor styrkes. Eksempelvis via udbredelse af shared care samt mulighed for, at praktiserende læge kan få patienter til en hurtig vurdering i regi af speciallægepraksis.

Udredning af somatisk sygdom hos borgere med psykiske lidelser
For borgere med psykisk sygdom er der ofte en forøget forekomst af somatisk sygdom.

Derfor er det vigtigt med somatisk udredning af psykiatriske patienter i almen praksis inden og parallelt med henvisning til psykiatrien. Det er ligeledes vigtigt, at almen praksis sikrer, at resultatet heraf, samt evt. komorbiditet konstateret på baggrund af den somatiske udredning, fremgår af henvisningen fra almen praksis.

Dog kan det i nogle tilfælde og af hensyn til patienten være nødvendigt at henvise forud for afslutningen af en mere tidskrævende somatisk udredning.

4.1.6 POPULATIONSOMSORG OG FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING

Det er et mål,

- at almen praksis prioriterer de patientpopulationer, der har størst behov for forebyggelse, diagnosticering og behandling
- at almen praksis i højere grad involverer patienterne gennem brug af værktøjer til fælles beslutningstagning og anvender patientrapporterede oplysninger (PRO) for derigennem at medvirke til at øge patienternes egen mestring

Derfor anbefales:

- at almen praksis i højere grad stratificerer (opdeler) patienterne og ved populationsomsorg tilpasser og differentierer den samlede indsats over for de enkelte patienter på baggrund af viden om og kendskab til den enkelte patient og dennes historie.
- at der tages initiativ til udvikling af værktøjer, metoder og organisering i almen praksis i et særligt udviklingsprojekt med fokus på sårbare patientgrupper
- at der udvikles og afprøves værktøjer til fælles beslutningstagning i første omgang på udvalgte lægemiddelområder samt udvikling og brug af PRO på udvalgte områder.

Baggrund for mål og anbefalinger
Det er afgørende, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes til de patienter, der har størst behov for forebyggelse, diagnostik og behandling. Derfor er det nødvendigt, at almen praksis organiserer sig og tilrettelægger arbejdet, så der tages højde for patienternes forskellige behov ud fra en lægefaglig vurdering.

Fokus på sårbare patientgrupper gennem et særligt udviklingsinitiativ
En rettidig indsats over for sårbare patientgrupper vil bidrage til mere lighed i sundhed. Flere gode leveår vil samtidig medvirke til at udskyde eller hindre behov for særlig specialiseret behandling. Der er derfor behov for at udvikle initiativer, hvor sårbare patienter stratificeres og særlige tiltag iværksættes med henblik på at praksis kontinuerligt kan følge disse patienter.

Fælles beslutningstagning og PRO
Fælles beslutningstagning skal bidrage til at øge patientinddragelse, så patienten er med til at træffe beslutninger om valg af handlemuligheder i forhold til egen sygdom og behandling. Det gøres bl.a. ved forløbsplaner, som er lavet til patienter med kroniske sygdomme, som et værktøj til at give patienterne et bedre overblik over deres behandlingsforløb. Planen udarbejdes af patientens egen læge og udformes med det formål, at bidrage til at styrke patientens egenomsorg og kontrol med egen sygdom. Forløbet skal tage udgangspunkt i patientens egne ressourcer og motivation. Arbejdet med implementering af forløbsplaner følges fortsat af Praksisplanudvalget. På medicinområdet er der igangsat et mindre udviklingsprojekt, hvor værktøjer på 2 lægemiddelområder udvikles og afprøves. Der er udviklet et PSA (Prostata specifikt antigen) værktøj, som patienter kan udfylde og anvende sammen med egen læge i forhold til eventuel PSA test.

PRO data fx fra webpatient kan kvalificere dialogen mellem læge og patient i forhold til et behandlingsforløb, således at patientens fortsatte behandling kan tilrettelægges efter patientens præferencer og lægens faglige vurdering.

Det er forventningen, at både fælles beslutningstagning og PRO vil medvirke til, at patienten kan træffe valg på et informeret grundlag i dialog med almen praksis.

4.2. TILGÆNGELIGHED OG DIGITALISERING

Tilgængelighed handler såvel om borgernes mulighed for at komme i kontakt med almen praksis – som professionelle samarbejdsparters gensidige mulighed for samme. Det øgede fokus på nærhed og sammenhæng i sundhedssystemet og ikke mindst den udvidede opfølgning på patienter stiller høje krav til digitalisering af klinikken.



4.2.1 FORBEDRET TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS – FYSISK OG DIGITALT

Det er et mål,

- at borgerens møde med den praktiserende læge til stadighed forbedres igennem en øget tilgængelighed og ibrugtagning af ny teknologi
- at almen praksis anvender muligheden for videokonsultation, hvor det er fagligt meningsfuldt og efter aftale/ønske fra patienten
- at styrke almen praksis tilgængelighed for og til professionelle samarbejdsparter

Derfor anbefales:

- at der til stadighed er fokus på en høj grad af tilgængelighed i almen praksis, både fysisk og digitaltat Praksisplanudvalget løbende forelægges resultater af de tilgængelighedsundersøgelser, som gennemføres, jf. akutaftalen
- at forbedringer af de fysiske tilgængelighedsforhold indgår i vurderingen af ansøgning om praksisflytning mellem to fysiske lokaliteter
- at videokonsultation er en naturlig del af kommunikationen med patienten, hvor det er fagligt forsvarligt og efter ønske fra patienten
- at opgaver og opgaveløsning i almen praksis understøttes af hospitalerne, og at hospitalerne er tilgængelige for dialogen med almen praksis bl.a. ved behov for specialistrådgivning
- at mulighederne for at udvide tilgængeligheden til almen praksis via videokonferencer med samarbejdsparterne styrkes

Baggrund for målsætning og anbefaling
Tilgængeligheden til almen praksis rummer flere elementer.

Som visitator for det øvrige sundhedsvæsen er det afgørende for patienterne, at almen praksis er tilgængelig pr. telefon, digitalt og i klinikken som minimum i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser.

Derudover er der også et afgørende økonomisk hensyn bag tilgængeligheden, idet det overordnede mål er, at behandling sker på lavest effektive omkostningsniveau. Er almen praksis ikke tilgængelig i overensstemmelse med forventningerne, kan det betyde, at patienterne henvender sig et andet sted i sundhedsvæsenet, hvilket som udgangspunkt medfører meromkostninger.

I sundhedsaftalen er der også lagt vægt på øvrige sundhedsprofessionelles tilgængelighed til almen praksis som afgørende for muligheden for fremadrettet at løfte de behandlings- og rehabiliteringsopgaver, som kræver en større grad af samarbejde for at indfri bl.a. målene om at sætte borgeren først og skabe resultater. En forudsætning for at samarbejdspartneren kan profitere af en god tilgængelighed er, at den er gensidig, og at dialogen foregår på rette kompetenceniveau.

Øget tilgængelighed i almen praksis
Det er overenskomstmæssigt fastlagt, at lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden dvs. fra 8-16 på hverdage. Der skal være telefonisk tilgængelighed i hele dagtiden for akutte henvendelser. Er lægen ikke til stede, skal der gives henvisning eller omstilling til et telefonnummer til en stedfortræder, som kan træffes.

Det er afgørende for almen praksis' funktion som borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, at almen praksis har en høj grad af telefonisk tilgængelighed. Dette gælder i særdeleshed henvendelser vedr. akutte tilstande/ akutte skader, ligesom almen praksis' tovholderfunktion indenfor flere områder nødvendiggør, at den praktiserende læge kan kontaktes.

Der gennemføres årligt en undersøgelse af den akutte tilgængelighed i almen praksis i Region Midtjylland. Seneste undersøgelse i 2019 viste generelt en høj grad af tilgængelighed med konkrete udfordringer især i ydertidspunkterne på dagen.

Øget brug af videokonsultationer og videokonferencer
Coronapandemien har vist, at videokonsultation med fordel kan anvendes som et alternativ til fysisk konsultation. Ved øget brug af videokonsultation og følgeforskning vil spektret af anvendelsesmuligheder blive afklaret. Brug af videokonsultation bør altid ske efter aftale eller ønske fra patienten, hvor det er fagligt forsvarligt.

Opgaver og opgaveløsning i almen praksis skal understøttes af hospitalerne og kommunerne, hvor parterne skal være tilgængelige for dialogen med almen praksis. Det kræver, at der udvikles dialogformer. Rådgivning af almen praksis i forhold til udredning og behandling af patienter kan i dag både foregå telefonisk og via mail-sparring men kan med fordel også ske ved anvendelse af videokonferencer. Dialogformerne skal være formaliserede, og der skal være fuldstændig klarhed over, hvilke muligheder den enkelte praktiserende læge har for sparring.

Forbedret fysisk tilgængelighed
De fysiske forhold i almen praksis i regionen er som udgangspunkt meget forskellige. Nogle er beliggende i de større byer i regionen, hvor kvadratmetrene er dyrere, og pladsen som udgangspunkt er mere begrænset. Nogle er beliggende i mindre landsbyer og i mindre tætbebyggede områder, hvor andre vilkår gør sig gældende. Derfor er der selvsagt også forskellige forudsætninger for at opnå forbedringer i fysisk tilgængelighed til almen praksis.

Det er væsentligt, at praksis indenfor de rammer som er gældende, tilgodeser hensynet til fysisk tilgængelighed og sikrer, at også bevægelseshæmmede patienter kan konsultere praksis.

Det anbefales derfor, at de fysiske tilgængelighedsforhold skal indgå som grundlag for en ansøgning om praksisflytning, og at forbedringer heraf vil vægte positivt.

4.2.2 DIGITAL ALMEN PRAKSIS

Det er et mål, at styrke sammenhæng og kvalitet i behandlingen i almen praksis og det digitale samarbejde mellem sektorerne i sundhedsvæsenet.

Derfor anbefales:

- at der fortsat arbejdes med digitaliseringsindsatser, der kan optimere og lette arbejdsgangene for de praktiserende læger og deres patienter at opgaver og opgaveløsning i almen praksis understøttes af hospitalerne, og at hospitalerne er tilgængelige for dialogen med almen praksis
- at mulighederne for at udvide tilgængeligheden til almen praksis via videokonsultationer og videokonferencer styrkes
- at der sikres kvalitet i henvisningerne

Baggrund for målsætning og anbefaling
Digital udvikling af almen praksis kan optimere og lette arbejdsgange og kommunikation i almen praksis og i samarbejdet med hospitaler og kommuner.

Forbedring af epikriser
Almen praksis modtager mange epikriser fra hospitalerne. I et tværsektorielt udviklingsarbejde i regionen, er der sat fokus på at epikriserne skal være målrettede i forhold til, hvad der forventes af opfølgning fra den praktiserende læge efter en hospitalsindlæggelse. Epikriserne er prioriteret med farvekoder, så lægen kan se, hvornår en epikrise kræver handling eller er til orientering for den praktiserende læge. Der skal fortsat være fokus på at implementere løsningen, både ved at epikriserne påføres en farvekodning fra hospitalerne og ved efterfølgende opfølgning i almen praksis.

Der er en række områder, som med fordel kan understøttes med it-værktøjer:

- Sammenhæng i patienternes behandlingsforløb
- Behandling af kronikere tættere på eget hjem
- Sundhedstilbud uden for sygehusene.
- Telemedicin





4.3.LÆGEDÆKNING OG REKRUTTERING

4.3.1 KONTINUITET OG NÆRHED I LÆGEBETJENINGEN

Det er et mål, at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærheden af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin.

Derfor anbefales:

- at der i regi af Praksisplanudvalget foretages en årlig vurdering af, om der er områder i regionen, der er lægedækningstruede
- at der sikres lægedækning ved at anvende de redskaber, som følger af sundhedsloven og overenskomsten:
  - Lægedækning ved fordeling af patienter til praktiserende læger i området
  - Lægedækning ved salg af yder numre, også til læger som allerede ejer ydernumre (max. 6)
  - Lægedækning ved etablering af satellitpraksis
  - Lægedækning ved udbud til private aktører
  - Lægedækning ved midlertidig etablering af regionsklinik

Baggrund for målsætning og anbefaling
Når en praktiserende læge, der ønsker at afhænde sin praksis, ikke kan finde en køber, overtager regionen ansvaret for at sikre et nyt lægetilbud for patienterne. I dette arbejde er praktiserende læger på overenskomst mellem RLTN og PLO regionernes første valg. Er der andre praksis i området med tilstrækkelig ledig kapacitet, vil patienterne blive tilskyndet til at vælge andre læger i området. Er det ikke tilfældet, etableres et lægetilbud efter processen som følger af sundhedsloven og overenskomsten, jf. punktopstillingen i 1. spalte

Praksisplanudvalget udarbejder årligt en oversigt over lægedækningstruede områder baseret på faktorer, der øger risikoen for ophør, og faktorer der afspejler behovet for kapacitet i et område. Formålet er rettidigt at tilbyde de særlige rettigheder, der findes for læger i lægedækningstruede områder, som kan medvirke til fastholdelse af lægen eller succesfuldt genereationsskifte.

Når regionen sikrer et nyt lægetilbud til patienterne, lægges der vægt på, at almen praksis er en del af det nære sundhedsvæsen, hvor sundhedsopgaven løses lokalt og tæt på borgerne.

Dette er særligt vigtigt for de borgere, som har et større behov for helbredsydelser, og/eller er udfordret af nedsat mobilitet.

Der skal også tages hensyn til, at den praktiserende læge fungerer som koordinator og tovholder for patienten. Denne funktion er især vigtig for patienter, som udredes på baggrund af mistanke om alvorlig sygdom eller for patienter med kronisk sygdom. Her er det vigtigt for patienterne, at der er en kontinuerlig lægebetjening, hvor læger er fast tilknyttet praksis over længere tid, så patienten har mulighed for at se den/de samme praktiserende læger.

Er det ved etableringen af et nyt lægetilbud ikke muligt både at opfylde målet om nærhed og om kontinuerlig adgang til praktiserende læge, er det Praksisplanudvalgets opfattelse, at en kontinuerlig lægedækning skal prioriteres højest.

Lægedækning i Region Midtjylland

Opdaterede beskrivelser findes på Region Midtjyllands hjemmeside.
https://www.rm.dk/politik/udvalg/praksisplan-udvalg/lagedakning-i-region-midtjylland/

4.3.2 ATTRAKTIVE FORHOLD FOR NEDSÆTTELSE I ALMEN PRAKSIS OVER HELE REGIONEN

Det er et mål,

- **at alle borgere i regionen har adgang til praktiserende læge gennem en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten og ved,**
- **at der skabes vilkår for alment praktiserende læger, der gør det attraktivt at nedsætte sig over hele regionen**

Derfor anbefales:

- **at der opslås nye ydernumre, hvor det er nødvendigt for at sikre det frie lægevalg**
- **at der ved nynedsættelser anvendes tidsbegrænsede tilladelser til nedsat patienttal for at fremme rekruttering og fastholdelse i lægedækningstruede områder**
- **at brugen af generationsskifteaftalen, jf. overenskomsten øges ved rekruttering til lægedækningstruede områder**
- **at modellen med læger på licensydernummer søges benyttet i de tilfælde, hvor lægen ønsker at undgå investering i klinik og udstyr**

Baggrund for målsætning og anbefaling

En praksis, der har minimum 1600 patienter tilmeldt pr kapacitet, har ret til straks at få lukket for tilgang. Praksis der har lukket for tilgang af patienter, får automatisk på ny åbnet for tilgang, når antal tilmeldte patienter falder til under 1550 patienter pr kapacitet. Hvert år gennemfører regionen en lægedækningshøring (jf. overenskomsten), hvor praktiserende læger angiver hvor mange patienter, som ønskes tilmeldt praksis udover minimumsgrænsen.

Den seneste lægedækningshøring fra september/oktober 2019 viser, at der fortsat er ekstrakapacitet i dele af Region Midtjylland, men der er behov for løbende at følge udviklingen i ekstrakapaciteten. I praksisplanlægningen skal der være særlig fokus på at udvide kapaciteten i områder, hvor der som følge af sociogeografiske forhold er stor efterspørgsel på lægebehandling.

Ambitionen er, at den lægelige kapacitet fordeles mere hensigtsmæssigt i regionen. En vej hertil er, at sikre attraktive vilkår ved rekruttering til lægedækningstruede områder.

Hvad der er attraktive vilkår er individuelt og kan omhandle forhold vedrørende familie, kendskabet til området og dets muligheder, faglig udvikling, samarbejde med kolleger, arbejdsbelastning og indtjeningsmuligheder.

Som et alternativ til at overtage et ydernummer, kan en læge få et ydernummer på licens. Det indebærer, at lægen får en lægeklinik stillet til rådighed af regionen, som påtager sig ansvar og risiko for investeringer, samt en del af de administrative opgaver i klinikken. Lægen betaler et månedligt beløb til regionen for dækning af udgifterne. Ydernummer på licens bør primært søges anvendt i områder, hvor det er vanskeligt at rekruttere nye praktiserende læger.

Interessen for at blive læge i et konkret område er knyttet til lokalkendskabet. I den sammenhæng har det betydning, at en meget stor del af uddannelsestiden for en almen mediciner er geografisk forankret i de større byer i Region Midtjylland, hvor der er et akuthospital. Sådan var det ikke tidligere, hvor læger under uddannelse også havde ophold på de daværende hospitaler i de mindre byer, og derigennem fik en tilknytning til disse områder. Uddannelsessøgende læger skal derfor støttes i at få kendskab til de områder i regionen, som er i geografisk afstand fra de større byer. Et bidrag til dette vil være at tilpasse den geografiske placering af tutorpraksis i regionen.

Undersøgelser af nyuddannede almen medicineres præferencer i nedsættelsessammenhæng viser, at flertallet foretrækker samarbejde med kollegaer i praksisfællesskaber. Udbredelsen af de forskellige typer af praksisformer varierer i regionen, blandt andet fordi befolkningsgrundlaget i et specifikt område varierer. Men en ændret praksisform kan have betydning for rekrutteringsmulighederne. Det er en ambition at blive bedre til at samarbejde tværprofessionelt. Det skyldes først og fremmest en grundlæggende antagelse om, at det tværprofessionelle samarbejde resulterer i en bedre og mere koordineret indsats for borgeren. I det tværprofessionelle samarbejde er der fokus på et fælles ansvar for en opgaveløsning for flere fagligheder og professioner. Det kan fx være i udskrivningskonferencer, gennemgang af medicinindsatser og tilrettelæggelse af patientforløb. Samling af flere praktiserende læger i praksisfællesskaber og sundhedshuse, hvor det er relevant kan også være med til både at understøtte nyuddannede almen mediciners præferencer i nedsættelsessammenhæng og udvikling af det tværprofessionelle samarbejde.

Betingelserne for at være alment praktiserende læge er forskellige i regionen. Forskellighederne skyldes strukturelle forhold som den demografiske udvikling i regionen og de sociogeografiske forhold, der begge har sammenhæng til sygdomsforekomsten og efterspørgslen efter sundhedsydelser i almen praksis (jf. Danmarks Statistik).

De demografiske og sociogeografiske forskelle, som kendetegner regionen, skal inddrages i arbejdet med praksisplanen som et perspektiv på opgavevaretagelsen i almen praksis.

4.3.3 LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE, REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Det er et mål, at der uddannes nye praktiserende læger i alle dele af regionen og at det bliver et attraktivt førstevalg at de nedsætter sig i almen praksis i regionen.

Derfor anbefales:

- at der arbejdes for, at alle praksis kan godkendes som tutorlægepraksis og dermed bidrage til at uddanne speciallæger i almen medicin og at tutorpraksisfordelingen tilpasses efter behovet for at sikre tilknytning og kendskab til alle områder i regionen.
- at der arbejdes med lokal fastholdelse og rekruttering af læger i hele regionen og på tværs af region, kommune og faglige organisationer. Der skal igangsættes flere lokale indsatser til rekruttering og fastholdelse af læger. Arbejdet kan understøttes ved at lave lægedækningsstrategier for det enkelte område.
- at tildeling af vagtlægeydernummer fortsat begrænses, således at incitamentet for nedsætte sig i almen praksis understøttes

Baggrund for målsætning og anbefaling

I de seneste par år er der sket en markant opnormering i den lægelige videreuddannelse med fokus på almen medicin. Alle færdige kandidater fra medicinstudierne skal fx i Klinisk Basisuddannelse (KBU) i almen praksis. Antallet af intro- og hoveduddannelsesforløb i almen medicin er også øget, og i Region Midtjylland opleves det, at der i gennemsnit er to ansøgere til én introstilling.

Antallet af udbudsklinikker i et område påvirker ligeledes uddannelseskapaciteten negativt, da denne type praksis ikke er godkendt til at uddanne læger i intro- og hoveduddannelsesstillinger.

Der skal arbejdes for, at alle praksis kan bidrage til at uddanne speciallæger i almen medicin, så den naturlige tilførsel af nye læger til et område sikres – uafhængigt af områdets typer af praksis. Udviklingen i praksistyper understreger desuden, at der i det enkelte lokalområde er behov for at afklare nærmere, hvordan der kan samarbejdes med inddragelse af de forskellige praksistyper, eksempelvis ved hjælp af klyngestrukturen.

Tidlig og positiv eksponering til almen praksis er afgørende for, at de yngre læger vælger specialet. Derfor skal de nationale initiativer på området understøttes af lokale initiativer, der kan forvandle drømme til virkelighed.

I Lægedæknings- og Rekrutteringsudvalget og i Uddannelsesudvalget i Region Midtjylland arbejdes der aktivt med rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer, som udspringer af nationale anbefalinger. For at understøtte det lokale arbejde, er der eksempelvis blevet etableret en idébank, hvor de gode initiativer til at sikre lægedækning kan deles. Der er også arrangeret lønnet sommerferiepraktik og bustur til lægedækningstruede områder for de medicinstuderende. Desuden har regionen med puljemidler fra Sundheds- og Ældreministeriet ansat flere lægefaglige konsulenter i midlertidige stillinger til både at skabe brobygning mellem nyuddannede speciallæger og job/nedsættelse i almen praksis.

Arbejdet med at fastholde praktiserende læger i faget sker bl.a. gennem tilbud om ledelses- og organisationsudvikling, samt rådgivning om muligheder for generationsskifte, etablering af delepraksis, opgaveflytning og brug af ansatte læger til aflastning.

Region Midtjylland arbejder tæt sammen med både kommuner, PLO-Midtjylland, Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) m.fl. i dette arbejde. En håndholdt og lokal indsats, både fagligt og familiært, kan være det, der gør, at almen praksis bliver et attraktivt førstevalg. Tildelingen af vagtydernummer skal derfor fortsat begrænses, så praktiserende læger søger mod almen praksis fremfor at arbejde som vagtlæge i længere tid.



5. Implementering og opfølgning

Indsatserne i praksisplanen skal løbende omsættes til konkrete handlinger. Det sker blandt andet via Samarbejdsaftaler mellem region, almen praksis og kommuner, prøvehandlinger og kvalitetsudvikling i almen praksis samt det lokale samarbejde mellem almen praksis og kommuner.

Praksisplanudvalget vil med afsæt i Praksisplanens mål og indsatsområder, som det første tage fat på arbejdet med at konkretisere indsatserne herunder udarbejde en handlingsplan. Handlingsplanen vil både omfatte en overordnet prioriteret rækkefølge for arbejdet med indsatserne, en tidsplan for indsatserne og der vil løbende blive udarbejdet individuelle handleplaner og implementeringsplaner for de enkelte områder/indsatser.

Praksisplanudvalget følger implementeringen af praksisplanen og udarbejder, hvor det er relevant, underliggende aftaler om de opgaver, der skal løses i almen praksis. Praksisplanudvalget vil derudover løbende politisk følge op på udmøntning af praksisplanen.

Omdrejningspunktet for kvalitetsudvikling i almen praksis er kvalitetsklynger, der er lokale fora, hvor praktiserende læger mødes og deler viden og udvælger konkrete fokusområder for kvalitetsudvikling. Datadrevet kvalitetsudvikling er kernen i klyngernes arbejde. Der er et potentiale i et styrket samspil på tværs af almen praksis, kommuner og region om kvalitetsudvikling. Fx samarbejde om datapakker til kvalitetsklyngerne, fælles fokusområder m.v.

Både Region Midtjylland/MidtKraft og det nationale KIAP (Kvalitet i Almen Praksis) understøtter kvalitetsudvikling i almen praksis med data og klyngepakker.

Kvalitetsdata indgår som en central og integreret del af arbejdet i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland for at understøtte lokal og tværsektoriel kvalitetsudvikling og med henblik på at monitorere på sundhedsmål. Der har de seneste år også været en udvikling mod at sætte flere kvalitetsdata i spil i almen praksis og tværsektorielt til gavn for patientbehandlingen, i særlig grad i kvalitetsklyngerne i almen praksis.

Almen praksis skal indberette data til RKKP-databaser (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram) vedr. diabetes og KOL – i sammenhæng med forløbsplaner for den enkelte patient – og snart også vedr. astma, atrieflimren og hjerteinsufficiens. Dette muliggør datarapporter til brug i egen praksis og sammen med den enkelte patient samt på klyngeniveau (aggregeret). Kvalitetsklyngerne har mulighed for at følge op på kvaliteten ved genbestilling af data ½-1 år efter et klyngemøde.

Praksisplanudvalget
Består af politiske repræsentanter fra Region Midtjylland, almen praksis og kommunerne i regionen. Udvalget har til opgave at udarbejde en praksisplan, der udstikker de overordnede rammer for opgaverne i almen praksis i Region Midtjylland. Praksisplanudvalget udarbejder underliggende aftaler (lokalaftaler) for de opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen skal udføre.

Kvalitetsklynger
Med overenskomsten om almen praksis fra 2018 er der kommet en ny måde at arbejde med kvalitet på i almen praksis, hvor praktiserende læger indgår i lokale kvalitetsklynger. Klyngerne bestemmer i vid udstrækning selv med hvad og hvordan de ønsker at arbejde - dog skal de temaer, de arbejder med, være dataunderstøttede.

MidtKraft
MidtKraft er Region Midtjyllands kvalitetsorganisation på praksisområdet. MidtKraft er en netværksbaseret organisation, hvor der løbende udvikles, iværksættes og følges op på indsatser, herunder monitorering af målopfyldelse, brug af udviklingspraksis til udvikling og pilotafprøvning af indsatser.

Kommunalt-lægelige udvalg
Alle kommuner skal i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg (KLU), der behandler emner af fælles interesse. Udvalget består af lægelige medlemmer samt repræsentanter fra den pågældende kommune.





Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner og PLO-Midtjylland

Grafisk Service 5818