

**Høringsudkast**  
Praksisplanen  
for almen praksis  
  
September 2016

1. Indledning .....	3
2. Sammenhængen mellem praksisplanen og sundhedsaftalen .....	4
3. Praksisplanudvalgets visioner for praksisplanen for almen praksis .....	4
3.1 Lægedækning .....	5
3.2 Implementering af sundhedsaftalen i almen praksis .....	5
3.3 En høj kvalitet i almen praksis på tværs af hele regionen .....	5
3.4 Planlagt opgaveflytning til og fra almen praksis.....	6
3.5 Mere tilgængelighed i og for almen praksis.....	6
4. Målsætninger og anbefalinger for lægedækning.....	6
4.1 Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen.....	7
4.2 Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen .....	9
4.3 Nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer igennem nedsættelse eller ansættelse i almen praksis .....	12
4.4 Lægedækning af borgere, som opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge .....	13
5. Målsætninger og anbefalinger for den lokale opgavevaretagelse .....	16
5.1 Forebyggelse af akutte patientforløb hos ældre borgere.....	16
5.2 Styrkelse af almen praksis' bidrag til at skabe mere lighed i sundhed.....	20
5.3 Styrkelse af almen praksis rolle overfor psykisk syge borgere.....	26
5.4 Udvikling af opgaveporteføljen i almen praksis .....	29
5.5 Rammer for almen praksis' varetagelse af lokalt aftalte opgaver .....	31
6. Målsætninger og anbefalinger for almen praksis' tilgængelighed .....	36
6.1 Forbedret tilgængelighed i almen praksis .....	36
7. Målsætninger og anbefalinger for kvalitetsudviklingen i almen praksis .....	38
7.1 Høj og ensartet kvalitet i almen praksis igennem lokal kvalitetsudvikling.....	38
8. Lovgrundlag .....	40
9. Forankring af praksisplanarbejdet i Praksisplanudvalget.....	41

## **1. Indledning**

Almen praksis er kendetegnet ved, at der er fri og lige adgang for alle, og borgere henvender sig med sygdom, såvel som symptomer på sygdom og bekymringer vedr. sygdom. Ni ud af 10 patienter udredes og behandles i almen praksis. 828 praktiserende læger fordelt over hele regionen afregnede i 2015 for 8,4 mio. kr. ydelser<sup>1</sup> i dagtid, hvilket svarer til ca. 7 ydelser i dagtid pr. borger i regionen pr. år.

Denne præmis er udgangspunktet for udarbejdelse af praksisplanen for almen praksis, som sker i Praksisplanudvalget. Praksisplanen for almen praksis er det lokale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Praksisplanen skal beskrive hvilke opgaver, almen praksis skal varetage i et samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen skal beskrive hvilke snitflader og sammenhænge, der er til det øvrige sundhedsvæsen, hvordan det øvrige sundhedsvæsen kan understøtte almen praksis til at løfte disse opgaver og den kapacitetsplanlægning, som er forudsætningen herfor. Sundhedsaftalen er central for den lokale praksisplanlægning af almen praksis. Sammenhængen mellem praksisplanen og sundhedsaftalen beskrives i afsnit 2.

Praksisplanudvalget har en fælles vision for den lokale udvikling af almen praksis, som deles af region, kommuner og almen praksis i erkendelse af, at der kun kan skabes ændringer til gavn og glæde for patienterne, hvis vi er enige om retningen. Praksisplanudvalgets vision for den lokale udvikling af almen praksis beskrives i praksisplanens afsnit 3.

Praksisplanudvalget har med udgangspunkt i den fælles vision fastsat konkrete anbefalinger, der skal udmønte de overordnede mål for almen praksis' opgavevaretagelse inden for følgende hovedområder:

- lægedækning (afsnit 4)
- lokal opgavevaretagelse (afsnit 5)
- tilgængelighed (afsnit 6)
- lokal kvalitetsudvikling (afsnit 7).

Når praksisplanen er godkendt, vil Praksisplanudvalget foretage prioritering af anbefalingerne i praksisplanen og udarbejde milepælsplan for implementering af disse.

Praksisplanen er gældende for valgperioden 2014-2017. Dog kan Praksisplanudvalget revidere praksisplanen, hvis forudsætningerne ændres væsentligt.

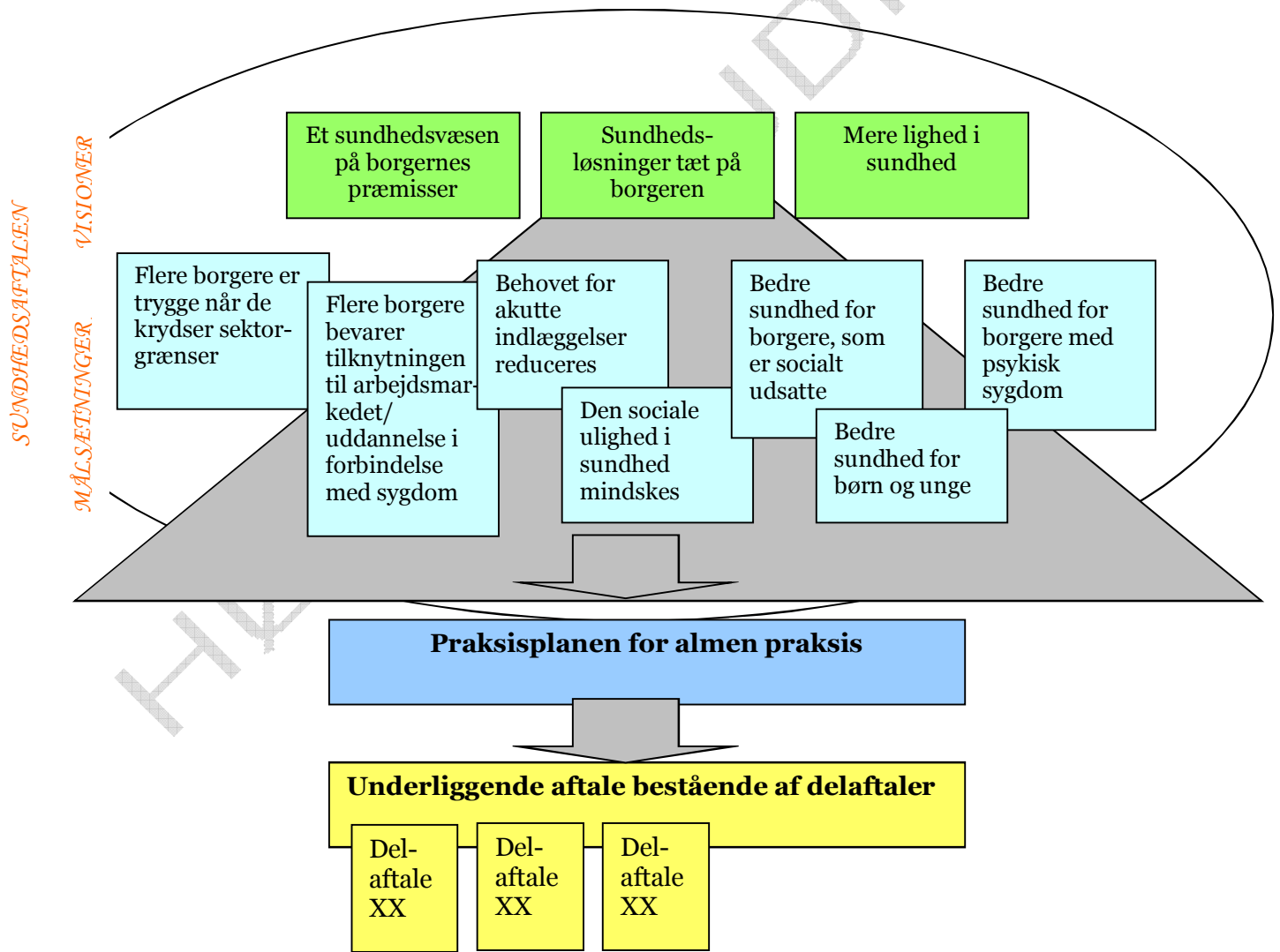
---

<sup>1</sup> I udtrækket defineret som grundydelse og samtaleterapi

## 2. Sammenhængen mellem praksisplanen og sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er central for den lokale praksisplanlægning af almen praksis som sker med praksisplanen. De sundhedspolitiske mål, som parterne har fastlagt i sundhedsaftalen, skal for det første afspejle sig i det planlægningsgrundlag som praksisplanen udgør. For det andet skal praksisplanen bidrage til, at konkrete indsatser, som er besluttet med sundhedsaftalen, og hvor almen praksis er involveret, indgår i det lokale planlægningsgrundlag og udmøntes lokalt dvs. følges op af en underliggende aftale (sammenhængen er illustreret i nedenstående figur). Sundhedsaftalens indhold for så vidt angår opgavevaretagelsen i almen praksis har dannet baggrund for udarbejdelsen af en del af praksisplanen.

Målet med sundhedsaftalen er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Sundhedsaftalen har hovedoverskriften: "Mere sundhed i det nære på borgerens præmisser" og bygger på tre visioner for et fælles sundhedsvæsen, som er omsat til politiske mål, der skal være styrende for den tværsektorielle udvikling. Såvel de overordnede visioner som de politiske mål er sammen med sammenhængen til praksisplanen illustreret i nedenstående figur.



### ***3. Praksisplanudvalgets visioner for praksisplanen for almen praksis***

Almen praksis vil i de kommende år skulle løse flere opgaver, fordi befolkningen bliver ældre, og flere derfor vil få kroniske sygdomme og ofte flere sygdomme på samme tid. Dertil kommer et stigende forventningspres fra patienterne om øget tilgængelighed, hurtig og effektiv diagnostik og behandling. Centraliseringen af sygehusvæsenet vil stille øgede krav til de tilbud, der findes uden for sygehusvæsenet bl.a. i almen praksis. Hvis alle forventninger skal imødekommes, stiller det krav om betydelig opprioritering af almen praksis.

Almen praksis skal også i fremtiden bygge på det personlige forhold mellem læge og patient, og at de centrale værdier er fortrolighed, tillid og kontinuitet, med fri og lige adgang som en forudsætning. Patienten og de pårørende udgør en central ressource i sundhedsvæsenet og inddrages derfor i størst mulig udstrækning i udrednings- og behandlingsforløb.

Praksisplanen er omdrejningspunktet for den lokale udvikling af almen praksis' rolle og skal ses i tæt sammenhæng med såvel sundhedsplanen som sundhedsaftalen, der sætter retning for udviklingen af sundhedsvæsenet – herunder også i det nære. I tråd hermed skal den lokale udvikling af almen praksis bidrage til, at der kan skabes mere sundhed for borgerne i Region Midtjylland med udgangspunkt i fem overordnede temaer:

#### ***3.1 Lægedækning***

Praksisplanudvalget ønsker at sikre en lægedækning i regionen, som betyder, at borgerne kan tilmeldes en praksis i nærheden af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin. Der skal således tages initiativer for at sikre en ligelig fordeling af lægekapaciteten i regionen, som tager højde for antallet af patienter og patienternes sundhedstilstand, og som dermed bidrager til at sikre lighed i sundhed. Praksisplanudvalget ønsker desuden at udvide forståelsen af lægedækning til at omfatte alle borgere med bopæl mere end 15 km fra lægen (og som ikke selv har valgt læge uden for 15 km) samt borgere, der opholder sig på kommunale akut- og aflastningspladser. Disse borgere skal sikres sygebesøg, hvor det efter lægefaglig vurdering er nødvendigt.

#### ***3.2 Implementering af sundhedsaftalen i 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. Meget af arbejdet i almen praksis foregår således med andre patientgrupper end de grupper, som sundhedsaftalen har særligt fokus på. Praksisplanudvalget ønsker en almen praksis, som indgår i et ligeværdigt samarbejde på sundhedsområdet om virkeliggørelse af sundhedsaftalen. Sundhedsaftalen peger på almen praksis som central aktør i nye samarbejder i forbindelse med udrulningen af en række indsatser.

#### ***3.3 En høj kvalitet i almen praksis på tværs af hele regionen***

Praksisplanudvalget ønsker, at patienterne skal mødes af en almen praksis, der imødekommer den enkelte patients behov for primær lægefaglig vurdering og behandling samt personcentrerede forebyggende tiltag med respekt for patientens ønsker og ressourcer. Der skal være et højt kvalitetsniveau, uanset hvor i regionen man bor. Der skal regionalt og lokalt tages initiativer, der bidrager til at udvikle og styrke kvaliteten i almen praksis. Variationen mellem praksis skal ikke være begrundet i kvalitetsforskelle.

### ***3.4 Planlagt opgaveflytning til og fra almen praksis***

Praksisplanudvalget ønsker en almen praksis, som har de fornødne ressourcer til at varetage nye opgaver og påtage sig nye roller som en del af et samlet sundhedsvæsen. Samtidig skal opgaveudvikling ses som et led i til stadighed at sikre den bedst mulige fordeling af opgaver mellem sektorerne og opprioritere opgavevaretagelsen i det nære sundhedsvæsen, hvor dette leverer den bedste løsning for borgeren og den billigste løsning for samfundet. Alle dele af sundhedsvæsenet - hospitaler, kommuner og praksissektor - er underlagt en stram økonomisk styring. Omlægning af opgavevaretagelsen har betydning fagligt såvel som økonomisk for de enkelte aktører. Aftales der flytning af opgaver mellem sektorerne, er det et grundlæggende princip i sundhedsaftalen, at der bør være gennemsigtighed i de økonomiske og faglige konsekvenser, og at der er enighed om opgaveoverdragelsen.

Udviklingen af opgaveporteføljen i almen praksis – både som følge af sundhedsaftalen og som følge af en supplerende dialog om planlagt opgaveudvikling - nødvendiggør en opmærksomhed på driftsvilkårene og på, om der kan skabes ressourcer til opgavevaretagelsen. Almen praksis' ressourcer skal primært anvendes til patientkontakt og ikke til unødvendig transporttid eller unødvendig kontrol og bureaukrati. Nye løsninger skal inddrages ud fra ønsket om at kunne investere ressourcer i det nære sundhedsvæsen – herunder også om en udvidelse af antallet af lægelige kapaciteter vil kunne skabe mere almen praksis-tid for patienter i hele regionen.

### ***3.5 Mere tilgængelighed i og for almen praksis***

Praksisplanudvalget ønsker en almen praksis, som får en bedre tilgængelighed til rådgivning og sparring, og som samtidig er tilgængelig for sine samarbejdspartnere. Almen praksis skal let og uhindret kunne opnå den rådgivning og vejledning fra hospitalets specialister, der er nødvendig i forbindelse med f.eks. diagnosticering og udredning. Dette er en forudsætning for varetagelse af flere opgaver i almen praksis og som et led i at højne kvaliteten. Derudover er det ligeledes en forudsætning for almen praksis' rolle som visitor og gatekeeper til og for den resterende del af sundhedsvæsenet, at almen praksis har en høj tilgængelighed for borgerne.

## ***4. Målsætninger og anbefalinger for lægedækning***

Lægedækning handler om at sikre, at borgerne kan modtage vederlagsfri lægehjælp som gruppe 1 sikrede.

I dette afsnit 4 beskrives Praksisplanudvalgets 4 målsætninger for lægedækningen i Region Midtjylland:

- kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen (afsnit 4.1)
- attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis (afsnit 4.2)
- nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer (afsnit 4.3)
- lægedækning af borgere, der opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge (afsnit 4.4).

Målsætningerne inden for hvert afsnit omsættes til indsatser i form af Praksisplanudvalgets konkrete anbefalinger.

## 4.1 Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen

### Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin
- ❖ at både nærhed og kontinuitet opnås i lægedækningen, men hvor begge hensyn ikke kan imødekommes samtidig, prioriteres kontinuitet højere end nærhed til bopæl

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at der i regi af Praksisplanudvalget foretages en halvårlig vurdering af, om der er områder i regionen, der er lægedækningstruede
- ❖ at der sikres besættelse af ydernumre, som ikke videresælges mellem praktiserende læger, ved at tage de redskaber i anvendelse, som følger af sundhedsloven og overenskomsten:
  - Lægedækning ved fordeling af patienter til praktiserende læger i området
  - Lægedækning ved etablering af satellitpraksis
  - Lægedækning ved salg af ydernumre, også til læger som allerede ejer ydernumre (max. 6)
  - Lægedækning ved udbud til private aktører
  - Lægedækning ved midlertidig etablering af regionsklinik.

### Baggrund for målsætning og anbefaling

Når en praktiserende læge vælger at ophøre med at drive praksis, kan ydernummeret sælges til en speciallæge i almen medicin (jf. overenskomstens § 17, stk.5), hvorved praksis videreføres. Hvor et ydernummer ikke umiddelbart kan afsættes og står ledigt igennem længere tid på trods af salgsbestræbelser, kan et område blive lægedækningstruet, hvis der samtidig ikke findes ekstra kapacitet hos andre praksis inden for rimelig geografisk afstand.

Lægedækningstruede områder søges identificeret på forhånd. Region Midtjyllands kapacitetsdimensioneringsmodel er et databaseret beslutningsstøtteredskab, der sikrer, at borgernes sundhedstilstand vægtes, når der træffes beslutninger om ændringer af fordelingen af læger i regionen. Ved brug af en række parametre tilkendes gives borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelse i almen praksis i et givet område, og ved at sammenholde dem med parametre om udbuddet af samme, kan områder med uoverensstemmelse identificeres, og der kan tages initiativer for at imødekomme borgernes efterspørgsel. Værktøjet kan med regionalt login ses her: [http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/views/Lgedkningskort\\_0/Lgedkningskort?iid=1](http://bi-portal.onerm.dk/#/site/RM/views/Lgedkningskort_0/Lgedkningskort?iid=1)

Det er aftalt, at administrationen halvårligt på baggrund af kapacitetsdimensioneringsmodellen tilvejebringer en bruttoliste til Rekrutterings- og Lægedækningsudvalget over lægedækningsområder, der kan kategoriseres som 'Lægedækningstruede'. Denne bruttoliste suppleres og kvalificeres i Rekrutterings- og Lægedækningsudvalget, og der udarbejdes en endelig indstilling over lægedækningstruede områder til Praksisplanudvalget, som

på den baggrund fastlægger aktuelle eller kommende lægedækningstruede områder.

For at sikre lægedækningen i en situation, hvor det ikke har været muligt med videresalg internt mellem læger, skal de redskaber, som er fastlagt i såvel overenskomsten og i Sundhedsloven, anvendes.

I anvendelsen af disse redskaber skal der tages hensyn til, at almen praksis er en del af det nære sundhedsvæsen, hvor sundhedsopgaven skal løses lokalt og tæt på borgerne. Derfor er *nærhed* og dermed den geografiske lokalisering af praksis væsentlig, så længe det ikke har negativ betydning for kvaliteten. Dette gælder i særdeleshed for de borgere, som har et højt forbrug af praksisydelser, hvilket typisk har sammenhæng med alder. Antallet af henvendelser og besøg i almen praksis er højest i den ældste del af befolkningen, hvor sygdomsforekomsten også er hyppigst (Kilde: Danmarks Statistik). Især for ældre mennesker, som samtidig har nedsat mobilitet, har det betydning, hvor lang afstanden er til den praktiserende læge.

I anvendelsen af disse redskaber skal der også tages hensyn til, at den praktiserende læges rolle som koordinator og tovholder især er vigtig for patienter, som udredes på baggrund af mistanke om alvorlig sygdom eller for patienter med kronisk sygdom. På disse tidspunkter er det afgørende for patienterne, at der er en *kontinuerlig* lægebetjening, hvor læger er fast tilknyttet praksis i et længerevarende forløb, og hvor den konkrete patient således har mulighed for at se den/de samme praktiserende læger.

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at såvel nærhed som kontinuitet i lægebetjeningen er væsentlige hensyn ved tilrettelæggelsen af lægedækningen. Begge hensyn skal således søges indfriet i anvendelsen af redskaber med det formål at sikre lægedækning, når videresalg af ydernumre mellem læger ikke er muligt. Kontinuitet og nærhed er begge forhold, som har betydning for de grupper af befolkningen, som har en høj besøgsfrekvens i almen praksis. Hensynet til både nærhed og kontinuitet på en gang kan f.eks. indfries ved etablering af satellitpraksis som redskab til at sikre lægedækning frem for fordeling af patienter til nærmeste praktiserende læge.

Praksisplanudvalget konstaterer dog samtidig, at der vil være tilfælde, hvor begge hensyn ikke kan imødekommes på samme tid.

Som redskab til at løse lægedækningsudfordringerne har vikardækning af almen praksis f.eks. været anvendt. Vikardækning sikrer lægebetjeningen på de geografiske lokaliteter, hvor almen praksis er placeret og imødekommer dermed hensynet til nærhed. Vikardækningen betyder dog samtidig, at der ikke er nogen fast læge, som er dedikeret til praksis og det lokale område samt den patientpopulation, som er tilmeldt praksis. Ligeledes kan samling af ledige ydernumre i større enheder være et af flere elementer til at sikre rekruttering, idet de yngre læger ofte lægger vægt på mulighederne for kollegial sparring, som ikke på samme vis opnås i enkeltmandspraksis. Sådanne tiltag vil ligeledes gå på kompromis med nærheden i placering af praksis med henblik på at opnå en kontinuerlig lægedækning.



Hvis det ikke i den konkrete situation er muligt at opnå både nærhed og kontinuerlig adgang til praktiserende læge, er det Praksisplanudvalgets opfattelse, at en kontinuerlig lægedækning skal prioriteres højest.

#### **4.2 Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen**

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen igennem en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten og ved, at der skabes vilkår for de alment praktiserende læger, som gør det attraktivt at nedsætte sig over hele regionen

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at der løbende orienteres om rekrutteringssituationen i regionen på Praksisplanudvalgets møder
- ❖ at der opslås nye ydernumre, hvor det er nødvendigt af hensyn til sikring af det frie lægevalg
- ❖ at tidsbegrænsede tilladelser til delepraksis og nedsat normtal (ved nynedsættelse) anvendes med henblik på rekruttering til lægedækningstruede områder
- ❖ at aftale om generationsskifte i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser anvendes med henblik på rekruttering til lægedækningstruede områder
- ❖ at der som rekrutteringstiltag i de lægedækningstruede områder kan tilbydes risikoafdækning for nye læger i form af tilbagekøbsaftaler for brugt udstyr ved ophør i tilfælde, hvor lægen flytter ind i sundhedshuse ejet af regionen eller kommunerne mod, at lægen accepterer at binde ydernummeret til sundhedshuset i en årrække
- ❖ at modellen med læger på licensydernummer, der er en overenskomstmæssig løsning, søges benyttet i tilfælde, hvor lægen ønsker at undgå investering i klinik og udstyr
- ❖ såfremt lovgivning giver mulighed for det, er der i Praksisplanudvalget et ønske om at drøfte muligheden for at benytte konkrete økonomiske værktøjer i lægedækningstruede områder
- ❖ at tutorpraksisfordelingen tilpasses under hensyntagen til behovet for at sikre tilknytning og kendskab til de områder i regionen, som potentielt er lægedækningstruede

- ❖ at løsninger med øget anvendelse af honoreringsdifferentiering på baggrund af de demografiske og sociogeografiske<sup>2</sup> forskelle adresseres centralt i forhold til en langsigtet sikring af lægedækning.

### **Baggrund for målsætning og anbefaling**

Ifølge overenskomsten gennemføres der på årlig basis en lægedækningshøring, hvor de praktiserende læger angiver hvor mange patienter, som ønskes tilmeldt praksis udover de 1600 patienter, som er minimumsnormtallet.

På baggrund af den seneste lægedækningshøring må det konkluderes, at der fortsat er ekstrakapacitet i visse dele af Region Midtjylland, og at denne er faldende i forhold til tidligere. Praksisplanudvalget konstaterer, at udviklingen i ekstrakapaciteten, som er skævt fordelt over regionen, og som påvirkes af tilflytning og bevægelser, f.eks. mellem land og by, skal følges nøje. Det er derfor også Praksisplanudvalgets opfattelse, at der som en del af praksisplanlægningen kan opslås nye ydernumre for at sikre det frie lægevalg for borgerne i Region Midtjylland. Udvidelse af kapaciteten i områder, hvor der er stor efterspørgsel som følge af sociogeografiske forhold, skal endvidere indgå i praksisplanlægningen (jf. endvidere nedenfor).

Praksisplanudvalget ønsker, at den lægelige kapacitet bliver hensigtsmæssigt fordelt i regionen igennem sikringen af attraktive vilkår for rekruttering til de områder i regionen, som er lægedækningstruede.

Hvad der er attraktive vilkår i nedsættelsessammenhæng er personafhængigt. Forskellige forhold vil spille en rolle som f.eks. hensynet til familien herunder kendskab til et specifikt område og dets muligheder, faglig udvikling/samarbejde med kolleger, arbejdsbelastningen og indtjeningsmuligheder.

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at rekrutteringen til lægedækningstruede områder ikke skal forsøges løst igennem en økonomisk understøttelse i form af varigt tilskud til praksis i enkelte dele af regionen.

Praksisplanudvalget erkender dog, at en indirekte løsning, hvor regionen til dels afdækker lægens risiko ved at investere i nyt udstyr i forbindelse med indflytning i et af regionens eller kommunens sundhedshuse, kan have betydning for at tiltrække nye læger og tilskynde til en hensigtsmæssig praksisstruktur. I betragtning af at regionen kun løber en meget begrænset økonomisk risiko, og at der ikke er tale om direkte økonomisk støtte, anses sådanne aftaler for hensigtsmæssige i visse tilfælde.

Arbejdsbelastningen kan også have indflydelse på rekrutteringen. Tilladelse til delepraksis og generationsskifteaftaler samt aftale om nedsat normtal kan bidrage til at lette arbejdsbelastningen for den enkelte læge i forhold til de fastsatte minimumsnormtal på 1600 tilmeldte borgere pr. læge. Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at disse redskaber skal anvendes som rekrutteringstiltag i regionens lægedækningstruede områder<sup>3</sup>. Dette betyder samtidig, at konsekvenserne af anvendelse af disse redskaber i ikke-lægedækningstruede

<sup>2</sup> Opdeling af populationen efter sociale og geografiske forhold. I befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det" (CFK, Region Midtjylland, 2013) er regionens befolkning inddelt i 5 sociogeografiske grupper på sogneniveau, således at der inden for en bestemt geografi (f.eks. en kommune) kan identificeres socioøkonomiske forskelle. Heraf følger betegnelsen sociogeografi.

<sup>3</sup> Det følger af overenskomsten, at Samarbejdsudvalget for Almen praksis træffer beslutning om tilladelse til delepraksis begrundet i andre forhold som f.eks. sygdom eller øvrigt relevante arbejde som f.eks. undervisning mv.

områder bør overvejes nøje i de konkrete tilfælde, da kapaciteten i regionen skævvrides yderligere derved.

Nedsættelse i almen praksis betyder en involvering i lokal området enten igennem samtidig bosættelse måske sammen med evt. familie, men i hvert fald som lokalområdets praktiserende læge. Derfor spiller oplevelsen af det konkrete område også en rolle som udgangspunkt for arbejdsplads eller arbejdsplads/privatliv. I den sammenhæng har det betydning, at en meget stor del af uddannelsestiden for en almen mediciner under uddannelse forløber med en geografisk forankring omkring de større byer i Region Midtjylland, hvor der er et akuthospital. Dette er til forskel fra tidligere, hvor læger under uddannelse også havde ophold på de hospitaler, som var beliggende i de mindre provinsbyer i regionen/amterne og dermed fik en tilknytning til disse områder, som er i længere afstand fra de store byer. Praksisplanudvalget ønsker at understøtte de uddannelsessøgende lægers mulighed for at få kendskab til de områder i regionen, som er i geografisk afstand fra de større byer. Det er vurderingen, at et bidrag hertil vil være at tilpasse den geografiske placering af tutorpraksis i regionen.

Det er fra undersøgelser af nyuddannede almen medicinere præferencer i nedsættelsessammenhæng kendt, at samarbejde med kollegaer i praksisfællesskaber foretrækkes af flertallet. Der er regional variation, når det kommer til udbredelsen af de forskellige typer praksisformer, idet også befolkningsgrundlaget i et specifikt område har betydning for, om der reelt er grundlag for et samarbejde mellem flere kollegaer. Det er imidlertid Praksisplanudvalgets opfattelse, at en ændret praksisform kan have betydning for rekrutteringsmulighederne, og som det fremgår af punkt 3.1 prioriterer Praksisplanudvalget samtidig muligheden for rekruttering af en fast praktiserende læge med henblik på kontinuitet højere end nærhed, hvis begge hensyn ikke kan imødekommes på en gang.

I relation til ønsket om at skabe attraktive vilkår for almen praksis over hele regionen konstaterer Praksisplanudvalget, at betingelserne for at være alment praktiserende læge er grundlæggende forskellige i regionen – en forskel, som må forventes udbygget i de kommende år. De grundlæggende forskelligheder skyldes strukturelle forhold som den demografiske udvikling i regionen og de sociogeografiske forhold, som begge har sammenhæng til sygdomsforekomsten og efterspørgslen efter sundhedsydelse i almen praksis (jf. Danmarks Statistik).

Befolkningstilvæksten er således faldende i den vestlige del af Region Midtjylland i perioden fra 2014-2017, men stigende i den ældre andel af befolkningen fra 60 år og op. Modsat i den østlige del af Region Midtjylland, hvor den generelle befolkningstilvækst også afspejles i de enkelte befolkningsgrupper fra 20 år og op (jf. tabel 1, Bilag 1). Tilsvarende afspejler undersøgelser af befolkningens sundhed i Region Midtjylland, at der er betydelig variation både mellem kommunerne i Region Midtjylland men også inden for kommunerne f.eks. i forhold til befolkningsandele med kronisk sygdom (jf. "Hvordan har du det?" (2013) og figur 3, Bilag 1).

Praksisplanudvalget ønsker, at de demografiske og sociogeografiske forskelle, som kendetegner regionen, inddrages i arbejdet med praksisplanen som et perspektiv på opgavevaretagelsen i almen praksis.

I forhold til lægedækning anerkender Praksisplanudvalget desuden, at løsninger, som baserer sig på øget anvendelse af differentiering, kan være et nødvendigt redskab for at sikre lægedækning på sigt over hele regionen, og at dette bør adresseres centralt.

#### **4.3 Nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer igennem nedsættelse eller ansættelse i almen praksis**

Det er et mål for Praksisplanudvalget:

- ❖ at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen ved at speciallæger i almen medicin nedsætter sig som praktiserende læger eller får ansættelse i praksis

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at tildeling af vagtlægeydernumre fortsat begrænses, således at reglerne for vagtlægekørsel understøtter incitamentet hos speciallæger i almen medicin til at nedsætte sig i almen praksis eller til at få ansættelse i almen praksis

#### **Baggrund for målsætning og anbefaling**

Den overvejende del af uddannede speciallæger i almen medicin ansættes efter endt uddannelse i det behandelende sundhedsvæsen (hospitaller og almen praksis). Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognoser omfatter dette ca. 90% af alle læger.

I Region Midtjyllands sundhedsvæsen er den største andel af speciallæger i almen medicin beskæftiget i almen praksis, hvilket udgør 835 læger – 82%. En lille andel svarende til 3,6% er beskæftiget i hospitalsvæsenet og under 1% i administrationen. Et større antal – ca. 14% almen medicinere har et vagtlægeydernummer uden at have egen praksis. Ud af de 14% er ca. 4% ældre læger, som har afhændet deres praksis, og ca. 3% er yngre læger, som er i sidste del af deres uddannelsesforløb som almen medicinere. De resterende 7% udgøres af færdiguddannede speciallæger i almen medicin, som ikke har nogen fast tilknytning til almen praksis (Region Midtjyllands strategi for sikring af lægedækning, s. 21).

Der er således en gruppe af speciallæger i almen medicin af en betragtelig størrelse, som ikke har ønsket at nedsætte sig i praksis på trods af, at der i længere perioder har været ubesatte ydernumre i nogle dele af regionen, som kunne erhverves. Praksisplanudvalget konstaterer på denne baggrund, at rekrutteringsproblemerne i de lægedækningstruede områder må forklares af andre faktorer, der ikke alene har sammenhæng til knaphed på speciallæger i almen medicin.

En række forskellige faktorer, som bl.a. belyst under punkt 3.2., har betydning for rekrutteringen. Praksisplanudvalget konstaterer dog samtidig, at det også kan være et af flere bidrag til rekrutteringen, at de overordnede rammer for vagtlægekørslen indrettes til bedst mulig understøttelse af, at færdiguddannede speciallæger i almen medicin nedsætter sig i almen praksis eller får ansættelse i almen praksis.

Det er således ikke hensigtsmæssigt, at reglerne for tildeling af vagtlægeydernummer fastholder almen medicinere i vagtlægekørsel igennem en længerevarende periode. Derfor ønsker Praksisplanudvalget, at tildeling af vagtlægeydernummer fortsat begrænses.

#### **4.4 Lægedækning af borgere, som opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge**

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at lægedækningen også omfatter de borgere i regionen, som opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge, fordi de er omfattet af et kommunalt tilbud

Praksisplanudvalget viderefører, som en del af arbejdet med praksisplanen, drøftelserne om de følgende to modeller med henblik på udmøntning af ovenstående målsætning i konkrete indsatser:

1. Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler kommunale og regionale repræsentanter i Praksisplanudvalget:

- ❖ at lægedækningen af borgere med ophold mere end 15 km væk fra egen læge baserer sig på følgende principper:
  - at egen læge er primær kontaktperson ved behov for sygebesøg
  - at stedlig læge har sygebesøgsforpligtelsen, og at det i de konkrete tilfælde sker efter aftale med egen læge
- ❖ at de kommunale akutpladser er bemanded på et niveau svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- ❖ at den endelige aftale om lægedækning ved sygebesøg udmøntes som en del af den underliggende aftale til praksisplanen.

2. PLO-Midtjyllands repræsentanter i Praksisplanudvalget er ikke enige i, at den konkrete indsats, beskrevet ovenfor, er tilstrækkelig til at indfri målsætningen og anbefaler en fleksibel model, som baserer sig på følgende principper:

- ❖ at følgende læge(r) påtager sig ansvaret for patientens alment medicinske behandling for tilmeldte patienter mere end 15 km fra lægens praksis:
  - A: Egen læge.  
OG/ELLER
  - B: Stedlig læge.  
OG/ELLER
  - C: Kommunen ansætter en speciallæge i almen medicin, om muligt en alment praktiserende læge fra lokalområdet.
- ❖ at de kommunale akutpladser er bemanded på et niveau svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger

- ❖ at den endelige aftale om lægedækning ved sygebesøg udmøntes som en del af den underliggende aftale til praksisplanen.

### **Baggrund for målsætning og anbefaling**

Det følger af overenskomsten, at egen læge i dagtid kører sygebesøg med henblik på at tilse patienten i eget hjem, hvis patientens tilstand nødvendiggør dette. Langt de fleste af de sygebesøg som i dag gennemføres af de praktiserende læger – 65%- foregår i nær afstand fra egen praksis (under 5 km), mens 85% aflægges inden for 9 km fra egen praksis (jf. Figur 1, og tabel 3, Bilag 1). Med mindre andet er aftalt, f.eks. at lægen selv har accepteret borgerens tilmelding til praksis på trods af afstanden, gælder sygebesøgsforpligtelsen ikke patienter, som bor mere end 15 km væk fra praksis. Antallet af sygebesøg, som aflægges mere end 15 km fra praksis er således også begrænset og udgør 2% af det samlede antal sygebesøgsture i 2013 (i en afstand længere end 17 km fra praksis).

Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren fastslår rettigheder og pligter, når borgere med fast bopæl vælger læge. Borgere kan således godt tilmelde sig en læge, som har praksis mere end 15 km fra borgerens bopæl. Dette betyder dog samtidig, at borgeren ikke har ret til at modtage sygebesøg. Dette gælder dog ikke, hvis borgeren ikke har haft et lægevalg mellem to læger eller klinikker inden for 15 km, og på den baggrund tilmeldes en læge i en afstand på mere end 15 km fra bopælen. I de tilfælde sker sygebesøgene ved, at regionen stiller en ordning til rådighed, enten ved transport af patienten eller aftale med anden praktiserende læge. Borgerens egen praktiserende læge er således ikke forpligtet til at gennemføre disse sygebesøg.

Lægedækning forstås i overenskomstmæssig sammenhæng som sikringen af, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1 sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge inden for 15 km. Det afdækkes gennem en årlig høring blandt de praktiserende læger. Praksisplanudvalget anlægger i praksisplanen en bredere forståelse af begrebet lægedækning end den overenskomstmæssige forståelse. Praksisplanudvalget ønsker, at lægedækning også omfatter borgere, der opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læges praksis, hvilket kan være tilfældet, når borgere opholder sig på kommunale akutpladser/midlertidige pladser.

Praksisplanudvalget vil imidlertid også sikre lægedækningen af de borgere i regionen, som opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge:

Det drejer sig om de borgere, som opholder sig på de kommunale midlertidige pladser. I den sammenhæng er der særligt fokus på akutpladserne, der retter sig mod patienter med særlige sygepleje- og behandlingsbehov enten akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom. Formålet med akutpladserne - eller de udkørende akutteams - er at undgå forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Udover akutpladserne udgøres de øvrige kommunale midlertidige pladser af f.eks. døgnrehabiliteringspladser, ventepladser, korttidspladser, aflastningspladser mv.

Det er kommunernes og regionens opfattelse, at de praktiserende lægers tid skal anvendes hensigtsmæssigt med behandling af patienter i praksis frem for på landevejen over længere afstande med henblik på at aflægge sygebesøg. Derfor ønskes, at sygebesøg til patienter,

som opholder sig mere end 15 km fra praktiserende læge, varetages af den stedlige læge efter konkret aftale med patientens egen læge.

PLO-Midtjylland er grundlæggende enige i, at den praktiserende læges tid bruges bedre på at behandle patienter frem for på landevejen. En stedlig læge skal ud over at bruge tid til transport også bruge tid på bl.a. at konferere med egen læge om patienten, hvilket ville være overflødigt, dersom egen læge varetog sygebesøget. Derfor ønskes en fleksibel ordning, hvor det afhængig af den konkrete situation skal aftales nærmere, om hhv. egen læge, stedlig læge eller evt. plejhjemsansat læge, varetager sygebesøget.

Praksisplanudvalget er enig om, at det skal sikres, at gennemførelsen af sygebesøg på de kommunale tilbud sker på et kvalificeret grundlag. Derfor skal udmøntningen af en aftale om sygebesøg på dette område ses i sammenhæng med, at de sygeplejefaglige kompetencer i de kommunale akutte tilbud lever op til en fælles og ens standard, som fastlagt i Sundhedsstyrelsens vejledning for området (SST: "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmepleje") identisk med den fælles standard besluttet af kommunerne i Region Midtjylland i fællesskab.

HØRINGSUDKAST

## **5. Målsætninger og anbefalinger for den lokale opgavevaretagelse**

Der er på landsplan afsat 200 mio. kr. til at løfte opgavevaretagelsen i almen praksis, hvilket kan ske under visse forudsætninger. Den midtjyske andel af de 200 mio. kr. – i alt 43 mio. kr. – er udgangspunktet for finansiering af de opgaver fra praksisplanen, som ikke er omfattet af overenskomsten, og som skal indgå i en underliggende aftale. De 43 mio. kr. udgør en mindre andel (ca. 5%) af de samlede årlige udgifter til almen lægehjælp i Region Midtjylland<sup>4</sup>. Praksisplanen kan og skal ikke på denne vis udgøre en udtømmende beskrivelse af almen praksis' virke som en del af sundhedsvæsenet men er et supplement hertil.

I dette afsnit 5 beskrives Praksisplanudvalgets fem målsætninger for den lokale opgavevaretagelse, som dels vedr. opgaver vedr. specifikke patientgrupper, der ligeledes har sammenhæng til sundhedsaftalen, og dels vedrører de rammer, som almen praksis har for at udføre opgaverne:

- Forebyggelse af akutte patientforløb hos ældre borgere (afsnit 5.1)
- Styrkelse af almen praksis' bidrag til at skabe mere lighed i sundhed (afsnit 5.2)
- Styrkelse af almen praksis' rolle overfor psykisk syge borgere (afsnit 5.3)
- Udvikling af opgaveporteføljen i almen praksis (afsnit 5.4)
- Rammer for almen praksis' varetagelse af lokalt aftalte opgaver (afsnit 5.5).

### **5.1 Forebyggelse af akutte patientforløb hos ældre borgere**

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at almen praksis bidrager til at forebygge akutte patientforløb igennem en styrket indsats i såvel nærmiljøet som i almen praksis

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ At praktiserende læge og det kommunale sundhedspersonale let og enkelt kan udveksle observationer om tilstande, som kan udvikle sig til akut sygdom
  - At Praksisplanudvalget igangsætter en dialog om udvikling af samarbejdsformerne mellem praktiserende læger og det kommunale sundhedspersonale
- ❖ At den gensidige kommunikation skal være præget af høj præcision og faglighed i henvendelsen
- ❖ At almen praksis indgår i indsats, hvor en nærmere specificeret gruppe af patienter med et stort antal ordinerede præparater sikres medicingennemgang
  - At indsatsen forhandles som en del af en underliggende aftale
- ❖ At der sker videndeling og udbredelse af best practice vedr. erfaringerne med fast læge på plejecentre i regionen, når dette implementeres som følge af centralt initiativ,
- ❖ At almen praksis varetager sygebesøg til borgere, som opholder sig på kommunale akutpladser og øvrige midlertidige pladser i en afstand mere end 15 km fra egen læge
  - At indsatsen forhandles som del af den underliggende aftale efter en model, som sikrer hensigtsmæssig anvendelse af almen praksis' tid
- ❖ At almen praksis udgør den lægefaglige forankring af de kommunale akutpladser

<sup>4</sup> Afgrænset ved grundydelse og samtaleterapi i dagtid – der er afregnet for 844 mio. kr. i 2015.



- At indsatsen forhandles som del af en samlet aftale om sygebesøg i den underliggende aftale
- ❖ At epikrise og behandlingsplan foreligger, når patienten udskrives mhp. at almen praksis sikres rammerne for at levere den nødvendige opfølgende indsats
  - At der sættes yderligere fokus på "den gode udskrivelse" i sundhedsaftaleregion
- ❖ 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**

Ældre borgere og borgere med en eller flere kroniske sygdomme er i risikogruppen for at udvikle akut sygdom, som, hvis der ikke ydes en indsats, ofte vil resultere i en hospitalsindlæggelse. Det er til borgerens bedste, at sygdom forhindres i at udvikle sig og indlæggelse undgås, hvis muligt igennem en indsats i det nære sundhedsvæsen. Den fælles indsats for at forebygge akutte patientforløb er et af de væsentlige områder i sundhedsaftalen for Region Midtjylland.

Almen praksis har en vigtig rolle i denne indsats. Almen praksis er indgangen til sundhedsvæsenet og kan indlægge patienter, hvis tilstand nødvendiggør specialiseret behandling. Igennem kontakt med patienter i klinikken eller på sygebesøg i hjemmet er den praktiserende læge endvidere en del den tidlige opsporing af begyndende sygdom, som har et forebyggelsespotentiale, og hvor en kommunal sundhedsfaglig indsats vil bidrage til at forebygge forværring i borgerens tilstand.

Derudover har almen praksis i kraft af sin generelle lægefaglige kompetence i det nære sundhedsvæsen en rolle som bidragsyder i konkret aftalte indsatser. Indsatser, som er en del af sundhedsvæsenets fælles bestræbelser for, at patienterne bliver behandlet på rette sted og med rette tilbud.

### ***Opsporing af begyndende sygdom***

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 såvel, når patienterne selv henvender sig til praktiserende læge, ligesom det gælder i forbindelse med 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. I kommunalt regi er der eksempelvis sket en udbredelse af anvendelsen af redskabet TOBS<sup>5</sup>, som i sig selv bidrager til en tidlig opsporing af ændringer i en borgers tilstand ved hjælp af måling af vitale værdier, men derudover også højner grundlaget for en fælles kommunikation med f.eks. almen praksis om afklaring af behovet for indsats.

Hvis disse 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 tilstede.

<sup>5</sup> TOBS er et klinisk redskab for kommunale sygeplejersker og sundhedsassistenter. TOBS indebærer, at sundhedspersonalet rutinemæssigt og ikke blot efter skøn måler puls, blodtryk, temperatur, bevidsthedsgrad og respirationsfrekvens, når de bliver tilkaldt for at vurdere en borger. Den målte score medfører forskellige handlinger fra sundhedspersonalet og evt praktiserende læge.

Praksisplanudvalget peger på, at samarbejdsformerne mellem kommunerne og de praktiserende læger skal udvikles, så de muliggør, at der let og uhindret kan skabes gensidig kvalificeret kontakt om observationer vedr. sygdomsudvikling, som kræver forebyggende tiltag.

### ***Medicingennemgang hos ældre borgere med højt medicinforbrug***

Stillingtagen til medicinordination og egentlig medicingennemgang indgår i nogle af de eksisterende ydelser i overenskomsten:

- Praktiserende læge kan således foretage vurdering af medicinordinationerne ifbm. årskontrol af kroniske patienter, som er en grundydelse i overenskomsten (ydelse 0120)
- Praktiserende læge kan foretage medicingennemgang i forbindelse med opsøgende hjemmebesøg (ydelse 0121)
- Praktiserende læge kan foretage medicingennemgang med regional farmaceutisk assistance

Praksisplanudvalget er enige om væsentligheden af fokus på kvalitetssikring af medicinering. Praksisplanudvalget ønsker derfor en indsats, så alle relevante patienter med et stort antal medicinordinationer systematisk sikres en medicingennemgang.

Praksisplanudvalget anbefaler, at det, som en del af den underliggende aftale, aftales nærmere, hvordan indsatsen i almen praksis kan tilrettelægges, så der sikres medicingennemgang for en nærmere specificeret patientgruppe, der har et stort antal medicinordinationer. Aftalen skal rumme mulighed for, at medicingennemgangen kan udføres enten af patientens egen læge alene eller med bistand fra regionale farmaceuter, og at der efterfølgende sker opfølgning på gennemførelsen.

### ***Fast lægelig tilknytning til plejecentre***

I satspuljeaftalen 2016-19 er der afsat midler til gradvist at indføre en landsdækkende ordning med fast tilknyttede læger til beboere på plejecentre baseret på erfaringerne med det tidligere gennemførte pilotprojekt. Målet er at forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboere på plejecentre – herunder at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt forbedring af medicin håndteringen m.m.

Ordnningen indebærer, at beboere på plejecentre bliver tilbudt en læge med relevant uddannelse, som er fast tilknyttet plejecentret. Den enkelte beboer kan fortsat frit vælge en anden læge inden for rammerne af reglerne om valg og skift af læge.

Praksisplanudvalget ser positivt på ordningen med fast læge på plejecentre og ønsker at understøtte udbredelsen af ordningen i regionen, f.eks. ved at skabe muligheder for videndeling på tværs om ordningen og udbredelse af best practice.

### ***Lægedækning og lægefaglig forankring af de kommunale midlertidige pladser***

De kommunale midlertidige pladser – herunder akutpladser og akutfunktioner - bidrager til, at der med kort varsel kan leveres de nødvendige akutte indsatser, som især retter sig mod ældre borgere (KL, PLO: Definition af midlertidige døgndækkende pladser).

Hvis disse pladser effektivt skal bidrage til at forebygge, at akut sygdom udvikler sig, skal det lægelige ansvar for opgaver i sammenhæng til pladserne sikres (jf. nedenfor). Det er Praksisplanudvalgets ønske, at opgaven omkring de kommunale midlertidige pladser forankres i det nære sundhedsvæsen hos de praktiserende læger.

## **Sygebesøg**

Praksisplanudvalget anbefaler at sikre lægedækningen af og sygebesøg til de borgere, som opholder sig midlertidigt mere end 15 km fra egen læge på en kommunal plads. Dette er nødvendigt, fordi organiseringen af akutpladserne og oprustningen af de sygeplejefaglige kompetencer har bidraget til en samling af især akutpladserne. De øvrige midlertidige pladser er i højere grad end akutpladserne organiseret decentralt, hvorved de afstandsmæssige problematikker i forhold til egen læge i mindre grad gør sig gældende.

Praksisplanudvalget anbefaler, at en aftale om sygebesøg på de kommunale midlertidige pladser over 15 km fra egen læge – herunder akutpladser - forhandles som en del af den underliggende aftale og som en del af en samlet aftale vedr. sygebesøg, som også omfatter decentralisering af sygebesøg til egne patienter under 15 km. Praksisplanudvalget konstaterer samtidig, at forhandlingen af en sygebesøgsaftale også skal inddrage en vurdering af sygebesøg til patienter i eget hjem, hvor akutteams er involveret.

Praksisplanudvalget lægger vægt på, at der igennem aftalen sker en hensigtsmæssig anvendelse af de praktiserende lægers tid med behandling af patienter i klinikken fremfor transport over længere afstande for at kunne aflægge sygebesøg hos egne patienter.

Praksisplanudvalget ser i det hele taget positivt på en model, hvor stedlig læge varetager sygebesøg til de kommunale midlertidige pladser.

### **Rådgivning og sparring vedr. borgere med midlertidigt ophold på de kommunale akutpladser**

Et landsdækkende pilotprojekt har vist betydningen af tilknytning af læger til plejcentre for reduktionen i antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Der peges i evalueringen bl.a. på, at effekten har sammenhæng til det gensidige kendskab og den tillid, som opnås mellem tilknyttet læge og plejepersonale, og som har betydning for den forbedrede kvalitet i forløbene (Socialstyrelsen: Evaluering af fast tilknyttede læger på plejcentre).

Det forekommer på den baggrund sandsynligt, at resultaterne - den kvalitetsmæssige betydning af en fast lægelig forankring, fælles referenceramme og gensidig tillid mellem læge og det sundhedsfaglige personale - vil være overførbare til andre organiseringer. Dette kan f.eks. være i forhold til pladser, som er midlertidige, som det er tilfældet for akutpladserne, og hvor varigheden af opholdet er kortvarigt.

Akutpladserne er således kendetegnede ved, at der er et stort flow af borgere, hvorfor personalet på akutpladserne, i endnu højere grad end på plejcentre, skal forholde sig til forskellige borgere og forskellige læger. Dette understøtter yderligere forventningen om, at lægelig forankring af akutpladserne mhp. rådgivning og sparring, vil kunne bidrage til nogle af de samme effekter. Praksisplanudvalget ønsker på den baggrund at opnå flere erfaringer med betydningen af fast lægelig forankring af de kommunale akutpladser.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at der, som en del af en aftale om sygebesøg på de kommunale midlertidige pladser, også sikres en fast lægefaglig forankring af de kommunale akutpladser, som betyder, at det sundhedsfaglige personale vil kunne få løbende sparring og rådgivning. En fast lægelig forankring af de kommunale akutpladser fordrer dog selvsagt, at antallet af pladser udgør et tilstrækkeligt stort volumen for, at der skabes synergi. Behovet for en fast lægelig forankring skal dog vurderes og ses i sammenhæng med udbredelsen af satspuljeprojektet vedr. fast plejehjemslæge i det omfang plejcentre og midlertidige kommunale pladser er samlokaliserede (jf. ovenstående afsnit).

Praksisplanudvalget imødeser med forventning resultaterne af evalueringen af den øjeblikkelige afprøvning af videoteknologi til erstatning for fysiske sygebesøg og som

supplement til den løbende rådgivning, som kan ske telefonisk eller på mail. Hvis resultaterne af forsøget er positive, vil der åbnes op for, at telemedicinsk opkobling i nogle tilfælde vil kunne erstatte et fysisk sygebesøg.

### ***Udskrivning – herunder som en del af de opfølgende hjemmebesøg***

I sundhedsaftalen og i udmøntningen af denne er et af fokuspunkterne 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. I praksisplanen for almen praksis er fokus på de alment praktiserende læger. Det er således 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. Medicinordination og recepter skal ligeledes foreligge, så de er tilgængelige ved udskrivelsen, ligesom FMK er ajourført. Praksisplanudvalget opfordrer til, at der i sundhedsaftaleregion sættes fokus på indsatser, som skal sikre den velkoordinerede udskrivelse for alle patienter.

Iværksættelse af et opfølgende hjemmebesøg til ældre, som opfølgning på udskrivning fra hospitalet, er en del af en hensigtsmæssig udskrivning, som skal bidrage til at reducere genindlæggelsesraten for ældre medicinske patienter. §2 aftalen i Region Midtjylland, som vedrører almen praksis' deltagelse i indsatsen er senest revideret i efteråret, hvorefter der ikke længere er noget alderskriterium for det opfølgende hjemmebesøg og således, at praktiserende læge selv kan initiere hjemmebesøget. Denne seneste ændring imødekommer således det behov, som adresseres i sundhedsaftalen vedr. initiativretten i almen praksis til at gennemføre nye former for opfølgende hjemmebesøg, som udspringer af den alment praktiserende læges fornemmelse af et faldende funktionsniveau hos borgeren.

De enkelte sektors bidrag til implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er stadig i fokus – herunder arbejdes der konkret på at tilpasse projektet i forhold til at opnå den ønskede effekt.

Det er Praksisplanudvalgets ønske, at opfølgende hjemmebesøg er en del af en hensigtsmæssig udskrivelse, som almen praksis fortsat skal være involveret i.

Derfor anbefaler Praksisplanudvalget, at den eksisterende §2 aftale på området videreføres som en del af den underliggende aftale. For at optimere de forventede effekter af opfølgende hjemmebesøg for forebyggelse af akut sygdom skal der i denne sammenhæng tages stilling til relevansen af en indholdsmæssig revision af lokalaftalen, som afspejler de evalueringsmæssige erfaringer, der opnås (jf. ovenfor).

### ***5.2 Styrkelse af almen praksis' bidrag til at skabe mere lighed i sundhed***

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at arbejdet i almen praksis bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- at almen praksis sikrer anvendelsen af de kommunale forebyggelsestilbud
  - vedr. rygning, overvægt og alkohol
  - vedr. patientuddannelse ved kronisk sygdom
    - at der løbende sker opfølgning på henvisningsmønstre

- at kommunerne sikrer de praktiserende lægers tilgængelighed til overskuelig information om forebyggelsestilbuddene
- at almen praksis henviser psykisk syge borgere til relevante forebyggelsestilbud i kommunen, og fortsat har fokus på forudgående at undersøge for og så vidt muligt udelukke somatisk årsag til psykiske symptomer
- at almen praksis øger indsatsen omkring tidlig opsporing af sårbare gravide igennem hhv.
  - deltagelse i fælles audits med henblik på kvalitetsudvikling af henvisninger
  - deltagelse i tværfaglige sårbarhedsteams, som så vidt mulig skal kunne foregå via videokonference af hensyn til hensigtsmæssig anvendelse af almen praksis' tid
    - at indsatsen forhandles som en del af den underliggende aftale
- at den tidlige opsporing af KOL og børneastma sker igennem en intensiveret indsats i almen praksis med udførelse af lungefunktionsmålinger
  - at der indgås nærmere aftale herom i takt med udmøntning af regeringsinitiativet
- at Praksisplanudvalget indleder en dialog om almen praksis' rolle som koordinator i kroniske patienters forløb, som et element i bestræbelserne – også sundhedsaftalens – for at skabe mere og bedre sammenhæng mellem sektorerne
- at Praksisplanudvalget følger implementeringen af projekt aktiv patientstøtte i Region Midtjylland
- Praksisplanudvalget ser gerne, at der gøres erfaringer med betydningen af differentieret honorering (blandt andet på baggrund af sociogeografiske forhold) for rekrutteringsmulighederne og forøgelsen af lighed i sundhed indenfor gældende regler og overenskomst
  - at det tilstræbes, at projektet får sammenhæng med det nationale initiativ vedr. bedre lægedækning og kvalitet i almen praksis, der udrulles fra årsskiftet
- at der afsættes en udviklingspulje med henblik på at opnå erfaringer med et populationsorienteret samarbejde på tværs i udvalgte områder.

### **Baggrund for målsætning og anbefaling**

Social position har betydning for sygdomsforekomst. Flere af de store folkesygdomme som diabetes og KOL, som bl.a. har sammenhæng med livsstil, forekommer oftere hos borgere med kortere uddannelse. Samtidig er der en stigende erkendelse af, at den sociale position også har betydning for *konsekvenserne af sygdom* – eller muligheden for at blive rask.

Overlevelsen efter forekomst af kræft har som eksempel sammenhæng med uddannelsesniveaut (Ulighed i sundhed, SST, 2011). Forekomsten af nye kræfttilfælde er højere hos kort uddannede og overlevelsen er betydeligt lavere. Det samme gælder for overlevelsen efter alvorlig hjertesygdom (Ulighed i sundhed, SST:113). Uligheden i de konsekvenser, som sygdom har for den enkelte borger, kan have forskellige forklaringer: Forskel i sundhedsadfærd, arbejdsmiljø, indkomst mv., som ikke alene påvirker risikoen for sygdom, men også påvirker konsekvenserne af sygdom, forskel i multisygdom og ikke mindst forskel i brug af sundhedsydelser.

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.

### ***Henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud***

En mere systematisk indsats omkring almen praksis' henvisning til de kommunale forebyggelsestilbud vil kunne bidrage til at reducere den eksisterende ulighed i sundhed, fordi det som oftest vil være de borgere med færrest ressourcer, som ikke selv opsøger et forebyggelsestilbud, hvis der ikke er sket en henvisning (jf sundhedsaftalen 2015-2018, s. 19). Dette skal suppleres af, at der fra kommunal side sker opfølgning ved manglende fremmøde til det tilbud, der er henvist til.

I sundhedsaftalen er der tre fokusområder for en forøgelse af antallet af henvisninger til forebyggelsestilbud i kommunerne.

- For det første skal flere relevante borgere henvises til forebyggelse vedr. eksempelvis rygning, overvægt og alkohol
- For det andet skal borgere med psykisk sygdom, i højere grad end det er tilfældet, henvises til relevante kommunale tilbud. Almen praksis skal fortsat have fokus på forudgående at undersøge for og så vidt muligt udelukke somatisk årsag til psykiske symptomer
- For psykisk syge borgere, som er i risiko for langtidssygemelding, skal der ske en styrket indsats for at koordinere mellem alment praktiserende læge og kommunen. Jf. endvidere afsnit 5.3 vedr. samtaler i almen praksis for borgere med psykisk mistrivsel, hvor det er målet at forbedre denne koordination.

Derudover skal borgere med kronisk sygdom henvises til relevante tilbud f.eks. vedr. patientuddannelse.

Praksisplanudvalget ønsker, at almen praksis mere systematisk sikrer, at borgere henvises til relevante kommunale forebyggelsestilbud som et bidrag til at reducere ulighed i sundhed.

Derfor anbefaler Praksisplanudvalget, at der løbende følges op på henvisningsmønstre til kommunale forebyggelsestilbud.

Derudover vil kommunerne i øget grad bestræbe sig på at etablere forebyggelsestilbud lokalt med henblik på at højne tilslutningen fra de borgere, som bor i lang afstand fra sundhedshus mv.

### ***Kronisk sygdom – opsporing og tidlig indsats***

Kronisk sygdom har, som tidligere nævnt, sammenhæng til livsstil og dermed til social position (uddyb: henvisning til "hvordan har du det"). Andelen af borgere med kronisk sygdom er samtidig en stor og voksende gruppe. Patienter med kronisk sygdom fylder således antalsmæssigt og tidsmæssigt meget i almen praksis både i diagnosticeringsfasen, behandlingsfasen såvel som i forhold til den løbende opfølgning og kontrol.

Indsatser vedr. kronisk sygdom indgår i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Udmøntning og gennemførelse skal fastlægges nærmere – dog fremgår det, at almen praksis er omdrejningspunktet for indsatserne :

- For det første skal patientforløbene for borgere med kronisk sygdom forbedres igennem udarbejdelse af forløbsplaner, hvor patienterne får anskueliggjort hvilken behandling, som 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.

- For det andet skal lungesygdom (KOL og børneastma) opdages tidligere, så behandlingen også kan iværksættes hurtigere.

Praksisplanudvalget afventer de endelige aftaler på området med henblik på at vurdere behovet for aftaleindgåelse i Praksisplanudvalget.

Praksisplanudvalget ønsker dog samtidig, og i lighed med intensionerne i finanslovsudspillet for 2016, at igangsætte en dialog blandt Praksisplanudvalgets parter om almen praksis' rolle som koordinator for den store og voksende gruppe af kroniske patienter. Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at sikring af koordinationen på tværs af sektorer for kroniske patienter er et af flere væsentlige bidrag til at skabe mere lighed i sundhed.

### ***Sårbare gravide***

Social ulighed har betydning for en graviditets forløb og udfald. Børn født i socialt belastede familier er eksempelvis hyppigere født for tidligt og har en lavere fødselsvægt (jf. sundhedsaftalen s. 74).

Tidlig opsporing af gravide med særlige behov er en væsentlig forudsætning for, at der på tværs af sektorer opnås gode resultater i arbejdet med udsatte gravide og social ulighed. Det er samtidig en forventning, at tidlig opsporing understøtter en sammenhængende og målrettet indsats.

I sundhedsaftalen er der aftalt to typer af indsatser forankret omkring almen praksis, som har en afgørende rolle i forhold til at opspore målgruppen, da de praktiserende læger i de fleste tilfælde vil være den første kontakt, som de gravide har til sundhedsvæsenet.

- Praktiserende læge skal ved første graviditetsundersøgelse foretage en nøje vurdering og identificering af behov for indsatser i graviditeten med særligt fokus på sårbare gravide, som har flere samtidige udfordringer af kompleks sundhedsmæssig, psykiatrisk eller social karakter. Dette skal angives i den gravides svangrejournale.
- Der etableres fælles tværfaglige gravidteam, som skal sikre tidligere hjælp og en mere koordineret indsats til sårbare gravide og dermed hjælpe familierne til at give deres børn en god start på livet. Et fælles team bestående af jordemoder, sundhedsplejerske, socialrådgiver, praktiserende læge og andre relevante fagpersoner afklarer i samarbejde med familien relevante problemstillinger, og tilrettelægger en samlet plan for forløbet på tværs af sektorerne.

Praksisplanudvalget anbefaler på denne baggrund, at der iværksættes kvalitetstiltag i form af fælles audits mhp. dialog om en bedre og tidligere opsporing af sårbare gravide i almen praksis.

Praksisplanudvalget vurderer endvidere, at almen praksis' bidrag ind i det fælles tværfaglige gravidteam omkring den sårbare gravide er væsentligt, og at almen praksis' deltagelse i de fælles tværfaglige gravidteam skal tilrettelægges ved indgåelse af en underliggende aftale under hensyntagen til, at almen praksis' tid mest hensigtsmæssigt anvendes i klinikken med behandling af patienter. Derfor skal almen praksis' deltagelse så vidt muligt ske igennem videokonference.

### ***Aktiv patientstøtte***

Det fremgår af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner, at regionerne skal lave forsøg med Aktiv Patientstøtte i 2016-2018. Aktiv patientstøtte er et evidensbaseret svensk koncept for case management til højrisikopatienter (1% med det største sundhedsforbrug). Indsatsen indebærer, at patienter med høj risiko for et fremtidigt højt

forbrug af sundhedsydelser identificeres ved hjælp af en prædiktionsmodel og tilbydes en særlig støtte fra en specialuddannet sygeplejerske i en periode. Der er tale om en hospitalsuafhængig ikke-klinisk intervention, leveret af specialuddannede sygeplejersker, som coacher patienterne i egenomsorg og optimeret navigering i sundhedsvæsenet. Indsatsen indebærer telefonsamtaler med patienten ca. hver anden uge og løber i en begrænset periode på 6-9 måneder. Indsatsen komplementerer patienternes eksisterende sundhedskontakter. Resultaterne fra Sverige viser, at patienternes livskvalitet øges og omfanget af unødvendige genindlæggelser falder.

Praksisplanudvalget konstaterer, at indsatsen er under implementering – også i Region Midtjylland – og ønsker at følge indsatsen.

### ***Differentierede løsninger i almen praksis***

Ulighed i sundhed er ikke geografisk jævnt fordelt i Region Midtjylland. Sammen med den demografiske udvikling giver det udslag i forskellig sygdomsforekomst og efterspørgsel efter sundhedsydelser i almen praksis. Det betyder, at der er forskellige betingelser for at være praktiserende læge i de forskellige geografiske områder i regionen, hvilket også formodes at skabe forskellige forhold for patienterne, som i sidste ende har forskellige behov.

Uligheden i sundhed, som har geografisk sammenhæng, er et af flere elementer, som vil kunne have betydning for mulighederne for lægedækning- og rekruttering. Dette skyldes den eksisterende honoreringsstruktur i almen praksis, hvor cirka 75% af indtjeningen er ydelsesbestemt med den konsekvens, at indtjeningen pr. patient falder, jo længere tid konsultationen tager, fordi patienten f.eks. har en kompliceret sygdomssituation.

Praksisplanudvalget anerkender, at den overordnede honorarstruktur i sidste ende er et overenskomstmæssigt forhold, der ikke kan løses lokalt, men Praksisplanudvalget ser gerne, at der gøres erfaringer med betydningen af differentieret honorering, som understøtter betræbelserne på at skabe lighed i sundhed, som også er et prioriteret mål i sundhedsaftalen. De lokale tidsbegrænsede forsøg skal bidrage til at tilvejebringe konkrete erfaringer igennem deltagelse af et mindre antal praksis.

Praksisplanudvalget ønsker, at projektet får sammenhæng med det nationale initiativ, som blev udrullet ultimo 2015 mhp. at afprøve sammenhængen mellem ændrede honoreringsmodeller og målrettet fremme af kvaliteten i behandlingen med kroniske sygdomme.

### ***Forsøg med fælles målrettede indsatser***

Hvis alle skal have samme udbytte af sundhedsvæsenets ydelser, uanset om det drejer sig om forebyggelse, udredning, behandling, genoptræning eller rehabilitering, kan det være nødvendigt at behandle borgere forskelligt. Der er derfor også behov for i højere grad at kunne målrette indsatser lokalt til patientgrupper med særlige sundhedsudfordringer. Der kan f.eks. være tale om indsatser, der er målrettet bestemte boligområder eller lokalsamfund, og som gennemføres i et samarbejde mellem kommune, region og et antal praktiserende læger i et lokalområde. Det kan ske med afsæt i fælles populationsdata.

Det er praksisplanudvalgets ønske, at der udvikles samarbejdsmodeller, som kan fremme fælles indsatser i forhold til områder med særlige sundhedsudfordringer.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at der afsættes en udviklingspulje til at opnå erfaringer med et populationsorienteret samarbejde på tværs i udvalgte områder. Indsatsen kan eventuelt ses i sammenhæng med den nationale pulje, som i satspuljesammenhæng er afsat til at gøre forsøg med konkrete modeller for brug for kompetencer på tværs af kommuner,



region og almen praksis i indsatsen for de svageste ældre. Udviklingsarbejdet og evalueringen heraf skal foregå ud fra en forsknings-, og evidensbaseret tilgang.

HØRINGSUDKAST

### 5.3 Styrkelse af almen praksis rolle overfor psykisk syge borgere

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at almen praksis' rolle for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom styrkes

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- at almen praksis involveres i indsatser inden for børn og unge psykiatrien med henblik på at udvikle samarbejdsformerne
  - at de konkrete indsatser indarbejdes i praksisplanen i forbindelse med den løbende revision
- 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 sygdom
  - at resultatet af undersøgelsen fremgår af henvisningen til psykiatrien
  - at der igangsættes de nødvendige administrative beskrivelser af forløbsprogrammer
- at alle borgerne med psykisk mistrivsel sikres muligheder for en indledende visitation i almen praksis med fokus på koordination og sammenhæng til indsatser i andre sektorer
  - at indsatsen forhandles som en del af en underliggende aftale, når der er skabt enighed mellem parterne om rammerne herfor
- at almen praksis fortsat kan tilbyde samtaleforløb, og at den generelle kvalitet samtidig udvikles
  - at indsatsen forhandles som en del af en underliggende aftale, når der er skabt enighed mellem parterne om rammerne herfor.

#### Baggrund for målsætning og anbefaling

Den generelle udvikling i psykiske lidelser i befolkningen er bl.a. vurderet i en regeringsrapport fra 2013. Forekomsten af psykiske lidelser er vokset i befolkningen, hvilket bl.a. kan konstateres igennem en stigning i antallet af ambulante patienter – både børn og voksne - med angst og stressrelaterede tilstande (Kilde: Regeringens udvalg om psykiatri (2013), Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng, struktur). Ligeledes er udviklingen i ADHD særlig markant i perioden, hvilket menes at have sammenhæng med den øgede opmærksomhed på opsporing og diagnostik.

Udviklingen har betydning for almen praksis, der, som indgangen til sundhedsvæsenet og qua sin visiterende funktion, modtager størstedelen af alle henvendelser om psykisk mistrivsel.

Almen praksis' rolle i udredning, behandling og som tovholder for psykiatriske patienter – børn som voksne - er derudover influeret af udviklingen på det psykiatriske område. Der er indført behandlingspakker i psykiatrien, og udrednings- og behandlingsretten er blevet implementeret. Det betyder for det første, at udredning og behandling sker tidligere i sygdomsforløbet, og at en del psykiatriske forløb alene er forankret i primærsektoren – i samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. Den anden andel af de psykiatriske forløb vil også være forankret i primærsektoren men med korterevarende og evt. gentagne forløb inden for psykiatrien.

Almen praksis er gennemgående behandler og tovholder på de livslange 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.

### ***Børn og unge med psykisk sygdom: Nye samarbejdsformer mellem almen praksis og kommuner***

Sundhedsaftalens fokus er, på baggrund af den nævnte udvikling, at sikre rammerne for den rolle, som almen praksis' (og kommunerne) skal varetage bl.a. i forhold til børn og unge med psykisk sygdom. Derfor omhandler sundhedsaftalen implementering af indsatser, der understøtter almen praksis' og kommunernes håndtering af børn og unge med psykiske problemstillinger både i forløbet og i forbindelse med overlevering, samt styrker samarbejdet mellem de professionelle samarbejdsparter: almen praksis, kommunerne og regionspsykiatrien.

Dette skal ske igennem udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer, anvendelse af netværksmøder f.eks. som videomøder og udvikling af kommunal koordinatorfunktion i særligt komplekse forløb. Da samarbejdet er centralt, skal de tre parter desuden være let tilgængelige og professionelle samarbejdsparter.

Praksisplanudvalget ønsker almen praksis' involvering i et øget samarbejde inden for børn og unge psykiatrien. Praksisplanudvalget anerkender samtidig, at ikke alle indsatser fra sundhedsaftalen på nuværende tidspunkt er fuldt konkretiserede, og almen praksis' rolle i indsatsen dermed heller ikke fuldt beskrevet. Der vil således i forbindelse med den løbende revision af praksisplanen ske indarbejdelse af konkrete indsatser i takt med, at almen praksis' rolle i samarbejdet udfoldes. Indsatserne udmøntes i lokale aftaler som en del af den underliggende aftale.

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.

### ***Udredning af somatisk sygdom inden henvisning til psykiatrien***

For især voksne med psykisk sygdom er der en forøget forekomst af somatisk sygdom, og der er således en betydelig overdødelighed hos psykisk syge borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. Dette skyldes både, at somatisk sygdom kan være en følgevirkning af en række psykiske sygdomme, at borgere med psykisk sygdom også har en større risikoadfærd, og at den somatiske behandling ikke varetages tilstrækkeligt omhyggeligt af patienten selv.

Der lægges derfor i sundhedsaftalen vægt på, at der sker den nødvendige somatiske udredning af psykiatriske patienter inden og parallelt med henvisning til psykiatrien, hvilket er en opgave, som er forankret i almen praksis. Det er ligeledes almen praksis' ansvar at sikre, at resultatet heraf, samt evt. komorbiditet konstateret på baggrund af den somatiske udredning, fremgår af henvisningen fra almen praksis. Dog skal det samtidig bemærkes, at det i nogle tilfælde og af hensyn til patienten kan være nødvendigt at henvise forud for afslutningen af en mere tidskrævende somatisk udredning. I disse tilfælde stiller den alment praktiserende læge sig til rådighed for uddybende spørgsmål i forbindelse med visitationen.

Praksisplanudvalget anbefaler, at den relevante forløbsbeskrivelse udarbejdes og gøres tilgængelig på praksis.dk samt, at Praksiskonsulentorganisationen inddrages mhp. systematisk ibrugtagning i alle praksis i regionen.

### ***Udvikling af rammerne for udredning og koordination i almen praksis***

Variationerne i henvendelsesårsagerne til almen praksis spænder bredt fra lettere depressive tilstande og begivenhedsudløste krisesituationer til sværere tilfælde. På baggrund af disse henvendelser træffer almen praksis beslutning om, hvordan det bedst mulige behandlingsforløb kan tilrettelægges. Dette fordrer, i højere grad end tidligere, at almen praksis også har kendskab til tilbud og indsatser f.eks. i kommunerne, der, som nævnt ovenfor, i større og større udstrækning varetager sundhedsopgaver. Der iværksættes således i kommunalt regi målrettede tilbud mod bestemte borgergrupper f.eks. unge med stressrelaterede tilstande. Tilbud, som vil kunne erstatte eller supplere øvrig behandling for de lettere psykiske tilstande som f.eks. let til moderat depression. Det er endvidere et helt centralt omdrejningspunkt i sundhedsaftalen at prioritere det gode forløb som en fælles opgave i hele sundhedsvæsenet. Dette er ikke mindst relevant for patienter med psykiske tilstande, hvor stress og depression også ofte vil have sammenhæng til arbejdsevnen og fastholdelsen på arbejdsmarkedet eller i uddannelsen og dermed risikoen for sygemelding. Sammenhængen mellem indsatsen i praksissektoren og indsatsen i den kommunale sektor er dermed et forhold af afgørende betydning – også på dette område.

Overenskomstens ydelser på området imødekommer ikke disse behov og giver ikke patienterne lige mulighed for behandling. I den eksisterende overenskomst er der således fastlagt en ydelse for samtaleterapi i almen praksis, som netop retter sig mod ovenstående målgruppe. Ydelsen er takstmæssigt fastsat ud fra en forudsætning om, at udredning og behandling af psykisk mistrivsel kan være tidsmæssigt ressourcekrævende. Det er en forudsætning for, at praktiserende læge kan tilbyde samtaleterapi, at vedkommende samtidig modtager supervision (aftalt i eksisterende overenskomst). Der er således også stor variation imellem regionens alment praktiserende læger i forhold til, om de tilbyder samtaleterapi.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at der i stedet forhandles en underliggende aftale, som kan bidrage til at sikre borgerne lige muligheder for en indledende visitation, der muliggør koordination og sammenhæng til indsatser i andre sektorer. Indsatsen forhandles som en del af en underliggende aftale, når der er skabt enighed mellem parterne om rammerne herfor.

### ***Kvalitetsløft af samtaleforløb i almen praksis***

Der er som tidligere nævnt en stigende forekomst af psykisk mistrivsel i befolkningen – herunder stress og depression. Muligheden for samtaleforløb i almen praksis sikrer mest mulig lighed i sundhed, da adgangen til egen praktiserende læge i modsætning til psykologhjælp, ikke kræver egenbetaling. Endvidere foretrækker nogle patienter behandlende forløb med egen læge fremfor f.eks. psykologbehandling, hvor der oftest ikke vil være et forudgående personkendskab. Nyere forskning på området peger således også på, at der er flere terapeutiske behandlingsformer, som er omkostningseffektive i behandlingen af personer med depressive lidelser i almen praksis.<sup>6</sup>

Det er Praksisplanudvalgets ønske, at der fortsat kan foregå samtaleforløb i almen praksis, og at der på sigt bliver flere praktiserende læger, som ønsker at tilbyde denne ydelse, men at den generelle kvalitet samtidig udvikles.

---

<sup>6</sup> Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2015; 13(1):56-68.

## 5.4 Udvikling af opgaveporteføljen i almen praksis

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at der skabes mere sundhed i det nære sundhedsvæsen igennem en lokal udvikling af opgaveporteføljen i almen praksis i dialog mellem parterne

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- at der udflyttes opgaver fra hospitalerne og til almen praksis i en planlagt proces ud fra princippet om "LEON" – lavest effektive omkostningsniveau
  - at der i regi af Praksisplanudvalget indledningsvist identificeres principper for opgaveflytningen og dernæst gives konkrete bud på områder, som har et opgaveflytningspotentiale
- at opgaveflytningen, som det også fremgår af afsnit 3.4, fordrer en vurdering af, om de nødvendige ressourcer i almen praksis er tilstede
- at der sker en prioritering af de lægefaglige opgaver i almen praksis
  - at der i dialog mellem parterne i regi af Praksisplanudvalget beskrives opgaver, som kan udflyttes fra almen praksis med henblik på varetagelse af andre lokalt aftalte opgaver
- at udviklingen i opgavefordelingen mellem almen praksis, kommuner og sygehuse placeres i den administrative styregruppe for Praksisplanudvalget, og at der årligt fremlægges status på udviklingen for Praksisplanudvalget.

### Baggrund for målsætning og anbefaling

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling, og der er derfor løbende behov for at vurdere, om opgaver varetages bedst og billigst, eller om der hensigtsmæssigt kan ske opgaveflytning. Praksisplanudvalget ønsker at sætte opgaveflytningen i rammer og sikre, at den foregår planlagt og i overensstemmelse med LEON-princippet, hvormed opgaverne ikke løses på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt - af hensyn til patienterne og til samfundsøkonomien.

Dette gælder både for flytning af opgaver fra hospitalerne til almen praksis og flytning af opgaver fra almen praksis til andre dele af sundhedsvæsenet – herunder er den større patientinddragelse og egenomsorg en præmis for opgaveløsningen i alle sektorer.

### Planlagt opgaveflytning fra hospitalerne og til almen praksis

Igennem planlagt opgaveflytning mellem hospitalerne og almen praksis initieres en fortsat udbygning af det nære sundhedsvæsen, hvor opgaverne løses til samme eller bedre kvalitet. Der må således forventes at ligge et potentiale i fortsat at investere ressourcer i det nære sundhedsvæsen.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at opgaver, som bedst og billigst varetages i almen praksis, som en del af det nære sundhedsvæsen skal flyttes fra hospitalerne i en planlagt proces. Dette fordrer dialog, hvor alle parter skal involveres. Praksisplanudvalget nedsætter derfor en arbejdsgruppe med deltagelse af hospitaler, almen praksis og kommunerne, der som det første skal identificere de principper, som opgaveflytningen skal ske på baggrund af og dernæst komme med anbefalinger til hvilke konkrete områder, som har et potentiale. Målsætninger for udvikling af almen praksis' opgavevaretagelse på denne baggrund vil indgå i den løbende revision af praksisplanen.

### ***Flytning af opgaver fra almen praksis: Prioritering af lægefaglige opgaver***

Almen praksis' opgavevaretagelse er dynamisk og udvikler sig over tid. Så selvom kernen i almen praksis' arbejde måske er mere eller mindre uændret i de seneste 10 år, er der sket en række ændringer både i forhold til forventningerne til almen praksis' opgaveløsning, i forhold til behovet for sammenhæng og samarbejde med andre sektorer i sundhedsvæsenet og i forhold til enkeltopgaver. Udviklingsperspektivet kendetegner ikke blot almen praksis' vilkår men hele sundhedsvæsenets vilkår.

Praksisplanudvalget ønsker, at de opgaver der løses i almen praksis fordrer den alment speciallægelige ekspertise. Med andre ord skal der kontinuerligt være fokus på at tilpasse opgaveporteføljen i almen praksis ud fra den tilgang, at den alment praktiserende læges involvering i en opgave ikke bare skal være ønskelig, men også nødvendig.

Arbejdet med at flytte opgaver væk fra almen praksis, så de varetages mest hensigtsmæssigt, bedst for patienterne og billigst for samfundet, er et ærinde for såvel kommunerne, regionen og almen praksis som en af flere forudsætninger for, at almen praksis kan varetage nye opgaver. Som det også fremgår af sundhedsaftalen, er det et fælles mål at kunne belyse økonomiske konsekvenser af eksisterende eller fremtidig aktivitet og initiativer på tværs af sektorer og identificere løsninger, der skaber størst værdi set på tværs af sundhedssektoren eksempelvis ved opgaveoverdragelse. Aftales der flytning af opgaver mellem sektorerne, er det et grundlæggende princip i sundhedsaftalen, at der bør være gennemsigtighed i de økonomiske og faglige konsekvenser, og at der er enighed om opgaveoverdragelsen.

I udvikling af almen praksis' opgaveportefølje er det vigtigt, at ressourcerne prioriteres, så almen praksis fortsat kan løfte sin kerneopgave og undgå fragmentering af opgaverne.

Praksisplanudvalget anbefaler, at der i dialog mellem parterne i regi af Praksisplanudvalget beskrives opgaver, som kan udflyttes fra almen praksis med henblik på varetagelse af andre lokalt aftalte opgaver.

## 5.5 Rammer for almen praksis' varetagelse af lokalt aftalte opgaver

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at almen praksis understøttes i udredning og behandling af flest mulige patienter i det nære sundhedsvæsen, og at almen praksis' tid anvendes hensigtsmæssigt med mest mulig tid til lægefagligt arbejde

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- at der i regi af Praksisplanudvalget ses nærmere på ressourcebehovet i almen praksis på såvel kort som lang sigt i sammenhæng med ønsket om lokal opgaveudvikling
- at flere uddannelsesforløb kunne være en del af løsningen
- at almen praksis sikres udvidet adgang til udredning på hospitalerne i første omgang inden for hhv. kræftområdet og akutområdet
  - at Praksisplanudvalget forhandler en lokal aftale, når der foreligger en fælles vejledning vedr. henvisning til udredning ved mistanke om kræft
  - at hospitalerne stiller et tilstrækkeligt antal subakutte tider til rådighed, som kan bookes af almen praksis via henvendelse til hospitalsvisitationerne
- at almen praksis sikres adgang til læge-til-læge sparring med hospitalsforankret specialist via telefon, mail, telefonkonference
  - at tilgængelighed og svartid aftales nærmere
- at potentialet i udbredelsen af systemet "webpatient" i almen praksis, mhp. bl.a. øget patientinddragelse og egenomsorg, vurderes nærmere
- at almen praksis deltager i afprøvning af elektroniske og telemedicinske løsninger, som kan bidrage til at opnå flere erfaringer om effekten
- at der udvikles fælles principper for og forenklet adgang til de kommunale akutteams i regionen
- at der af hensyn til overskueligheden arbejdes for fælles principper for synliggørelse af de kommunale tilbud
- at der arbejdes for fleksibilitet og udvidede tilbud om transport af patienterne til og fra almen praksis
- at der arbejdes for enkel og central visitation. Når almen praksis har henvist til hospitalsbehandling, sørger hospitalet for, at henvisningen når rette afdeling
- at rundbordssamtaler og andre møder mellem læge og kommunale medarbejdere bestræbes afholdt i lægeklinikkerne eller pr. video
- at det ved sektorovergange er vigtigt at sikre sammenhæng i patientforløb og videregivelse af information
- at der arbejdes for en bedre dialog i forbindelse med udskrivning, som kan understøtte epikrisen – især i de tilfælde hvor der er brug for hurtig handling.

## **Baggrund for målsætning og anbefaling**

De senere års udvikling mod et styrket nært sundhedsvæsen, som også er udgangspunktet for sundhedsaftalen, indikerer, at almen praksis er en efterspurgt aktør ikke mindst i forhold til at løfte flere opgaver i det nære sundhedsvæsen og som bidrager til at skabe bedre forløb på tværs af sektorer.

I respekt for driftsvilkårene i almen praksis fordrer en udvidelse af opgaveporteføljen en vurdering af ressourcesituationen og kapaciteten i almen praksis i forhold til at varetage nye og ændrede opgaver.

Der er primært to typer af redskaber til at udvide kapaciteten og ressourcerne i almen praksis.

Afsnittet herunder "uddannelse af flere alment praktiserende læger" vedrører en udvidelse af kapaciteten igennem igangsættelse af flere uddannelsesforløb, hvilket har et længere perspektiv. De derpå følgende afsnit beskriver øvrige tiltag, som et bidrag til at forøge den lægelige kapacitet til den lokale opgavevaretagelse i almen praksis, der har et kortere sigte.

### ***Uddannelse af flere alment praktiserende læger***

Udviklingen og efterspørgslen efter lægelige ressourcer i almen praksis vil kunne afstedkomme et behov for udvidelse af antallet af uddannelsesforløb til speciallæger i almen medicin, som på længere sigt vil sikre en permanent ressourceudvidelse i almen praksis i regionen. Praksisplanudvalget ønsker, at udviklingen i antallet af praktiserende læger skal ses i forhold til udviklingen af opgavemængden i almen praksis.

En mere permanent udvidelse af kapaciteten i almen praksis i regionen skal dog ses i sammenhæng med den forventede lægedækningsituation fremadrettet med henblik på at modvirke, at en forøget kapacitet bliver skævt fordelt i regionen. Således beskrives den lettere "skæve" fordeling af den eksisterende kapacitet i afsnit . I den sammenhæng kan udjævning af de ulige driftsvilkår for almen praksis i regionen også være et værdifuldt redskab (jf afsnit 4.2).

Praksisplanudvalget ønsker på den baggrund at se nærmere på ressourcebehovet på længere sigt i lyset af den lokalt ønskede udvikling i opgavevaretagelsen.

### ***Udvidet adgang til udredning på hospitalerne***

Patienter, hospitaler, praktiserende læger og kommuner har en fælles interesse i, at borgere sikres en hurtigere afklaring på det relevante speciallægeniveau. Afklaringer kan både ske igennem diagnostiske undersøgelser eller ambulante vurderinger i hospitalsregi (jf nedenfor). Praksisplanudvalget er i den sammenhæng opmærksomt på, at den øgede udredningsaktivitet i almen praksis vil bidrage til at øge tyngden af og tidsforbruget i konsultationen i forbindelse med svar og fortolkning.

- Udvidet adgang til hospitalsbaseret diagnostisk undersøgelse:
  - Udredning ved uspecificerede symptomer

For patienter, som henvender sig i almen praksis med uspecificerede symptomer, som ikke giver anledning til mistanke om kræft, skal der være bedre muligheder for fortsætte udredningen i det nære sundhedsvæsen igennem rekvisition af hospitalsforankrede diagnostiske undersøgelser.

Praksisplanudvalget anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som i dialog mellem almen praksis og hospitalerne beskriver, hvordan der kan skabes



adgang til direkte henvisning til undersøgelse på hospitalet – også ved uspecificerede symptomer.

- Udredning ved mistanke om kræft

Almen praksis sikres udvidet adgang til direkte henvisning til undersøgelse på hospitalet ved mistanke om kræft (regeringsinitiativ). Den direkte adgang til undersøgelser omfatter i første omgang:

- Ultralyd af abdomen
- CT af abdomen
- CT af thorax

På sigt vil listen kunne udvides til at omfatte andre undersøgelser.

Der udarbejdes fælles nationale vejledninger for den direkte henvisning til udredning, og disse skal efterfølgende udmøntes i lokale aftaler i regi af Praksisplanudvalgene. Praksisplanudvalget afventer udarbejdelsen af de fælles nationale vejledninger.

- Udredning ved akutte tilstande, som kan udvikle sig til akut sygdom

Almen praksis skal kunne henvise patienter til en subakut vurdering/udredning på hospitalet, hvilket også indgår i milepælsplanen for implementering af akutdelen af sundhedsaftalen. Hvis subakutte tider skal kunne fungere som alternativ til akut indlæggelse, skal tiden kunne tilbydes enten samme dag, eller senest dagen efter behovet opstår.

Praksisplanudvalget anbefaler, at almen praksis har adgang til, via hospitalsvisitationerne, at booke subakutte tider på akuthospitalerne inden for de relevante specialer.

### ***Sparring og rådgivning fra hospitalsforankret specialist***

Almen praksis skal sikres bedre muligheder for at opnå sparring og rådgivning fra hospitalsforankrede specialister. Muligheden for at opnå rådgivning og sparring er i et vist omfang til rådighed fra hospitalerne i dag, men hvis almen praksis skal styrkes i at foretage udredning og afslutning af patienter, skal der tilvejebringes et ensartet niveau indenfor:

- telefonisk kontakt, hvor der er mulighed for at få hurtig rådgivning til vurdering af akutte og subakutte patienter.
- mailsparring, hvor praktiserende læge fremsender elektronisk fokuserede spørgsmål og medsender relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuset
- telekonference, hvor både alment praktiserende læge og speciallægen kan konferere med udgangspunkt i det samme billedmateriale

Rådgivningsmulighederne skal for det første sikres af hensyn til patienten, som derved får en hurtigere afklaring f.eks. af det forventede forløb eller tilstanden, som den initiale henvendelse til almen praksis er begrundet i. For det andet af ressourcemæssige årsager, idet det må forventes, at hurtig afklaring af tvivlsspørgsmål kan forhindre forløb med f.eks. iværksættelse af unødige analyser. Endelig understøttes sundhedsaftalens målsætning om, at der skabes mere sundhed i det nære sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at almen praksis har adgang til læge-til-læge sparring og rådgivning inden for alle specialer i relevante former såvel telefonisk som elektronisk.

### ***Øget anvendelse af elektronisk og telemedicinsk kommunikation***

Telemedicinske løsninger forventes at have et potentiale – både som et kommunikationsredskab mellem professionelle og som kommunikationsredskab mellem alment praktiserende læge og patient, der også kan bidrage til øget patientinddragelse og egenomsorg. Telemedicin rummer muligt potentiale for, at behandlingskvaliteten øges, at behandlingsforløb effektiviseres og at udgiftsniveauet for behandlingen mindskes. Det er et mål at indfri dette mulige potentiale også i almen praksis.

Telemedicinske løsninger kan have en række fordele – for det første af tidsbesparende karakter (på længere sigt, da der må anerkendes at kunne være et øget tidsforbrug i en implementeringsfase), som det f.eks. afprøves i Syddjurs Kommune, hvor videokommunikation afprøves som erstatning for sygebesøg. For det andet kan telemedicinske løsninger også sikre et øget niveau af kvalitet og samarbejde mellem almen praksis og andre sundhedsprofessionelle aktører – fordi det f.eks. bliver muligt at tage en drøftelse mellem flere involverede i et givent forløb/patient uden, at det nødvendigvis skal være et fysisk fremmøde, og almen praksis kan herigennem også få rådgivning fra hospitalsspecialister, som ellers ikke var mulig (jf også afsnit 4.3.1).

Praksisplanudvalget ønsker på den baggrund, at almen praksis deltager i forsøg med telemedicin, som kan bidrage til erfaringerne med effekten heraf. Dette gælder både i forhold til sundhedsprofessionel kommunikation som kommunikation med patienterne. Af nationale initiativer på området kan bl.a. nævnes; Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, telemedicinsk sårvurdering og K.I.H. projektet - Klinisk Integreret Hjemmemonitorering.

### ***Øget patientinddragelse og egenomsorg***

Det er ét af de tre spor i Region Midtjyllands sundhedsplan, at behandling skal ske på patientens præmisser, hvilket bl.a. betyder, at patienten udfører handlinger, der fremmer sundheden eller gør behandlingen lettere for sundhedsvæsenet. Det er således et mål i sundhedsaftalen, at patienter og pårørende, som har en høj grad af egenomsorgsevne, får tilbud, hvor denne evne kan anvendes (jf. sundhedsaftalens s.21-22). Det er en præmis for øget patientinddragelse og egenomsorg, at der skal ske en investering af tid og ressourcer i at give patienten den nødvendige oplæring.

Systemet "Webpatient" er et eksempel på et telemedicinsk redskab, som muliggør, at patienter kan afgive svar på prøver, som de selv har foretaget i hjemmet, til den alment praktiserende læge. Den praktiserende læge kan herefter tilgå prøvesvarene hos sig selv. Dette er f.eks. særligt relevant for en række kroniske patienter, hvor behovet for løbende kontrol i praksis kan identificeres igennem patientens målinger og rapportering af relevante observationer i hjemmet. Anvendelsen af webpatient betyder, at nogle kontrolbesøg hos alment praktiserende læge overflødiggøres, hvilket samtidig betyder, at der frigives tid til andre relevante indsatser f.eks. lokalt aftalte.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at potentialet i yderligere udbredelse af "webpatient" i almen praksis udredes med henblik på, at patienterne slipper for unødige kontrolbesøg, hvorved der også frigives tid i almen praksis.

### ***Andre indsatsområder***

Praksisplanudvalget har drøftet andre indsatsområder som bidrag til forbedring af rammerne for almen praksis' arbejde, og som dermed også er et element i forhold til en mere optimeret anvendelse af almen praksis' ressourcer.

Praksisplanudvalget anbefaler, at der sættes fokus på:

- udvikling af fælles principper for og forenklet adgang til de kommunale akutteams i regionen
- forenkling af de kommunale tilbud
- fleksibilitet og udvidede tilbud om transport af patienterne til og fra almen praksis
- afholdelse af rundbordssamtaler og andre møder mellem læge og kommunale medarbejdere i lægeklinikkerne eller pr. video
- bedre dialog i forbindelse med udskrivning, som kan understøtte epikrisen – især i de tilfælde, hvor der er brug for hurtig handling

Nogle af disse indsatser indgår i sammenhæng med andre målsætninger i praksisplanen jf. afsnit 5.1 og afsnit 5.3.

HØRINGSUDKAST

## **6. Målsætninger og anbefalinger for almen praksis' tilgængelighed**

Tilgængelighed handler såvel om borgernes mulighed for at komme i kontakt med almen praksis – som professionelle samarbejdspartners gensidige mulighed for samme.

I dette afsnit 6 beskrives Praksisplanudvalgets målsætning for almen praksis' tilgængelighed:

- Forbedret tilgængelighed i almen praksis (afsnit 6.1)

### **6.1 Forbedret tilgængelighed i almen praksis**

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at borgerens møde med den praktiserende læge til stadighed forbedres igennem en øget tilgængelighed og/eller ibrugtagning af ny teknologi

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- at der til stadighed er fokus på en god tilgængelighed i almen praksis
  - at 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 der generelt og som en del af den lokale aftaleindgåelse sikres tilgængelighed til rådgivning fra almen praksis til kommunale sundhedsfaglige medarbejdere

### **Baggrund for målsætning og anbefaling**

Tilgængeligheden til almen praksis rummer flere elementer.

Qua rollen som visitator og gatekeeper for det øvrige sundhedsvæsen er det afgørende for patienterne, at almen praksis er tilgængelig pr. telefon, elektronisk 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 imidlertid 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. Er lægen ikke tilstede, skal der gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere over for lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, 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 med jævne mellemrum markedsundersøgelser af tilgængeligheden i almen praksis, som generelt viser en god tilgængelighed med konkrete udfordringer især i ydertidspunkterne på dagen, jf. akutaftalen.

Praksisplanudvalget bifalder den generelt gode tilgængelighed, som er af væsentlig betydning for borgerne og det nære sundhedsvæsens funktion. Praksisplanudvalget konstaterer dog samtidig, at der er plads til forbedring i tilgængeligheden i dagtid på ydertidspunkterne på dagen og ønsker at følge udviklingen.

### ***Forbedret fysisk tilgængelighed***

De fysiske forhold i almen praksis i regionen er som udgangspunkt meget forskellige. Nogle er beliggende i nogle af de større byer i regionen, hvor kvadratmetrene er dyere, 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.

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

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

### ***Tilgængelighed for professionelle samarbejdsparter***

Sundhedsaftalens fokus på forebyggelse af de akutte patientforløb i det nære sundhedsvæsen og almen praksis' rolle i den sammenhæng stiller større krav til professionelle samarbejdsparters tilgængelighed til almen praksis.

Kommunale sundhedsmedarbejderes tilgængelighed til almen praksis er således en væsentlig forudsætning for det nære sundhedsvæsens indsats i forhold til forebyggelse af akut sygdom. En del af baggrunden bag udbygningen af de kommunale akutfunktioner er således, at der med kort varsel kan iværksættes en indsats lokalt, som skal bidrage til at forhindre udvikling og opståen af akut sygdom. Dette nødvendiggør selvfølgelig også, at der med kort varsel og i konkrete situationer kan etableres dialog og rådgivning mellem det kommunale sundhedspersonale og almen praksis.

Praksisplanudvalget anbefaler derfor, at kommunale sundhedsprofessionelles tilgængelighed til rådgivning fra almen praksis indarbejdes i de lokale aftaler, der f.eks. indgås i forbindelse med implementering af sundhedsaftaleindsatser, hvor det måtte være relevant (jf. f.eks. afsnit 4.1).

## **7. Målsætninger og anbefalinger for kvalitetsudviklingen i almen praksis**

Den lokale kvalitetsudvikling i almen praksis supplerer den nationale, som primært er aftalt i overenskomsten for almen praksis.

I dette afsnit 7 beskrives Praksisplanudvalgets målsætninger for den lokale kvalitetsudvikling i almen praksis:

- Høj og ensartet kvalitet i almen praksis igennem lokal kvalitetsudvikling

### **7.1 Høj og ensartet kvalitet i almen praksis igennem lokal kvalitetsudvikling**

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at der er en høj og ensartet kvalitet i almen praksis, som der til stadighed arbejdes på en udbygning af igennem supplerende lokale initiativer til de eksisterende nationale

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- at almen praksis, i samarbejde med de andre dele af sundhedsvæsenet, aktivt skal implementere de forandringstiltag, der aftales i sundhedsaftalerne, når de underliggende aftaler foreligger
- at der arbejdes for at fremme en lokalt forankret kollektiv kvalitetsopfølgning i konkrete aftalte indsatser
- at indsatsen i forhold til implementering af FMK følges nøje

#### **Baggrund for målsætning og anbefaling**

Organiseringen af almen praksis i Region Midtjylland omkring 850 praktiserende læger fordelt på ca. 420 klinikker er en præmis for kvalitetsudviklingen. Det følger heraf, at en vis variation i såvel opgaveløsningen som den specifikke tilrettelæggelse i praksis er uundgåelig, da hensynet til den individuelle tilgang i almen praksis også tillægges vægt.

På den baggrund er det overordnede mål for kvalitetsudviklingen at sikre en høj og ensartet kvalitet i almen praksis, hvor uønsket variation, som f.eks. ikke har sammenhæng med forskelle i patientpopulationen, undgås.

Kvalitetsudviklingen i almen praksis er såvel et nationalt som et lokalt anliggende. De nationale kvalitetsinitiativer er affødt af overenskomsten og er dermed bindende for almen praksis f.eks. systematisk efteruddannelse og akkreditering. Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU) er ligeledes centralt for området og nedsat på baggrund af overenskomsten. MidtKraft er den regionale praksiskvalitetsorganisation, som bidrager til at understøtte nationale som lokale kvalitetsinitiativer samt udviklingen i, af og for almen praksis.

De lokale kvalitetsinitiativer skal i modsætning til de nationale forhandles og iværksættes lokalt på baggrund af lokalt aftalte initiativer. Dette kan ske ved en aftale mellem parterne.

I det lokale kvalitetsarbejde vil princippet om triple aim være styrende. De tre mål udgøres af: Sundhedstilstanden for en population, klinisk og brugeroplevet kvalitet samt omkostninger pr. borger.

### ***Implementering af sundhedsaftalen i almen praksis***

I sundhedsaftalen indgår et mål om, at de bedste løsninger udbredes. Det handler om, at de mest effektfulde og værdiskabende løsninger spredes og tages i anvendelse også i almen praksis.

Praksisplanudvalget ønsker, at almen praksis, i samarbejde med de andre dele af sundhedsvæsenet, aktivt skal implementere de forandringstiltag, der aftales i sundhedsaftalen. Implementering vil forudsætte en underliggende aftale med almen praksis.

Derfor anbefaler Praksisplanudvalget, at der tages stilling til en aftale for, hvordan tværsektorielle tiltag med konsekvenser i de forskellige dele af sundhedsvæsenet bedst og mest effektivt implementeres ude i den enkelte praksis.

### ***Lokalt ansvar for kvalitetsudvikling***

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 opstillede sundhedsmål og indikatorer. Der har de seneste år også været en udvikling mod at sætte flere kvalitetsdata i spil i almen praksis til gavn for patientbehandlingen. Det er i denne sammenhæng afgørende, at alle parter i sundhedsvæsenet kan få sat hensigtsmæssige rammer for brug af kliniske data på aggregeret niveau med det formål at styrke kvaliteten i patientbehandlingen.

Beslutningen om rammerne for indsamling af kvalitetsdata og udarbejdelse af kvalitetsrapporter afventer national afklaring.

Praksisplanudvalget ønsker, at der skal ske kvalitetsudvikling i almen praksis på baggrund af kvalitetsdata.

Praksisplanudvalget anbefaler, at der arbejdes hen imod fremme af et større lokalt ansvar for kvalitetsopfølgningen i almen praksis. Det anbefales derfor, at der gøres forsøg med lokale kollektive drøftelser af kvalitetsresultater i konkrete aftalte indsatser.

### ***Det 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 opdateret og anvendes korrekt af alle aktører. Dette kræver en fælles forståelse af f.eks., hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde.

Praksisplanudvalget lægger stor vægt på, at almen praksis har implementeret FMK fuldt ud, og dermed understøtter en indfrielse af formålet med FMK som redskab til at give et samlet validt overblik over den enkelte patients medicinordinationer. Derfor ønsker Praksisplanudvalget at følge implementeringen af FMK i alle sektorer igennem løbende dagsordenssættelse.

## **8. Lovgrundlag**

Det lovgrundlag mv., som ligger til grund for praksisplanen udgør følgende:

- 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
- Aftaletekst i relation til overenskomst indgået mellem PLO og RLTN, april 2014
- Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis
- Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren.

Nærværende praksisplan baserer sig på den ansvars,- opgave- og kompetencefordeling, som følger af ovennævnte lovgivning og overenskomst.

HØRINGSUDKAST



## ***9. Forankring af praksisplanarbejdet i Praksisplanudvalget***

På baggrund af hhv. lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af Sundhedsloven og den efterfølgende bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis er der nedsat et Praksisplanudvalg for Region Midtjylland.

Praksisplanudvalget består af hhv. 3 repræsentanter for Region Midtjylland, 5 repræsentanter for kommunerne i Region Midtjylland og 3 repræsentanter for PLO-Midtjylland.

Sammensætningen af udvalget i valgperioden 2014-2017 er som følger:

### *Udpeget for Region Midtjylland:*

Regionsrådsmedlem Carl Johan Rasmussen (A)  
Regionsrådsmedlem Jørgen Nørby (V)  
Regionsrådsmedlem Hanne Roed (B)

### *Udpeget for KKR Midtjylland:*

Borgmester Nils Borring, Favrskov Kommune (A)  
Borgmester Mads Jakobsen (V), Struer Kommune (fra 18.11.2014)  
2. viceborgmester Ulla Tørnæs (V), Holstebro Kommune (indtil 18.11.2014)  
Byrådsmedlem Frank Heidemann Sørensen (A), Ikast-Brande Kommune  
Byrådsmedlem Orla Østerby (C), Lemvig Kommune  
Byrådsmedlem Anna Marie Brix Poulsen (O), Struer Kommune

### *Udpeget for PLO Midtjylland:*

Formand for PLO Midtjylland Karsten Rejkjær Svendsen  
Medlem af bestyrelsen for PLO Midtjylland Søren Svenningsen (indtil 1.1.2015)  
Medlem af bestyrelsen for PLO Midtjylland Holger Fischer (indtil 1.1.2015)  
Næstformand PLO Midtjylland Jette Dam-Hansen (fra 1.1.2015)  
Medlem af bestyrelsen PLO Midtjylland Henrik Idriss Kise (fra 1.1.2015)

HØRINGSUDKAST

HØRINGSUDKAST