

UDVALGET FOR FOREBYGGELSE OG SAMMENHÆNG

MØDETIDSPUNKT

03-10-2018 13:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

Qasam Nazir Ahmad	Formand
Karsten Skawbo-Jensen	Næstformand
Annette Randløv	Medlem
Carsten Scheibye	Medlem
Freja Södergran	Medlem
Flemming Pless	Medlem
Jacob Rosenberg	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Torben Kjær	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Besøg af Karin Zimmer (formand for PLO-Hovedstaden)
2. Orientering: Opfølgende spørgsmål til sag om lægedækning
3. Beslutning: Licensklinikker
4. Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
5. Genforelæggelse - Beslutning: Strategisk indsats om sammenhæng for patienten på tværs af sektorer
6. Genforelæggelse - Beslutning: Udvalgets arbejde med driftsmål
7. Genforelæggelse - Orientering: Status for arbejdet med sundhedshuse i regionen
11. Eventuelt

1. BESØG AF KARIN ZIMMER (FORMAND FOR PLO-HOVEDSTADEN)

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Ved udvalgets seneste møde den 29. august 2018 blev det besluttet at oprette to midlertidige almen medicinske klinikker på henholdsvis Amager Hospital og Bispebjerg/Frederiksberg Hospital til løsning af den akutte udfordring om lægedækningen i København og på Frederiksberg.

Udvalgsformanden har inviteret Karin Zimmer, som er formand for Praktiserende Lægers Organisation i Hovedstaden (PLO-Hovedstaden), til at komme til dette udvalgsmøde for at præsentere PLO-Hovedstadens forslag til løsning af de lægedækningsudfordringer, regionen står med.

Karin Zimmer vil på mødet få ti minutter til at fremlægge PLO-Hovedstadens løsningsforslag og efterfølgende vil udvalget få mulighed for at stille spørgsmål til forslagene.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- At tage orienteringen om PLO-Hovedstadens løsningsforslag til lægedækningsudfordringerne i regionen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

PLO-Hovedstaden har sendt et brev til medlemmerne af regionsrådet i Region Hovedstaden som reaktion på beslutningen i udvalget for forebyggelse og sammenhæng om at oprette to midlertidige almen medicinske klinikker på henholdsvis Amager Hospital og Bispebjerg/Frederiksberg Hospital. I brevet kritiserer PLO-Hovedstaden udvalgets beslutning og peger på forslag, som PLO-Hovedstaden løbende har budt ind med for at løse udfordringen med at sikre lægedækning i regionen. Brevet er vedlagt som bilag.

Regionsrådsformand Sophies Hæstorp Andersen har sendt et svar til PLO-Hovedstaden. Dette brev er også vedlagt som bilag.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Else Hjortsø / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

18045562

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Brev til Regionsrådet i Region Hovedstaden fra PLO-Hovedstaden 04-09-2018
- 📎 2. Svar til PLO-H fra regionsrådsformanden

2. ORIENTERING: OPFØLGENDE SPØRGSMÅL TIL SAG OM LÆGEDÆKNING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådsmedlem Annette Randløv (R) har i mail den 29. august og den 14. september 2018 henvendt sig til administrationen og udvalget for forebyggelse og sammenhæng med nogle uddybende spørgsmål som opfølgning på sagen om lægedækning, som udvalget behandlede ved mødet den 29. august 2018.

Efter aftale med Annette Randløv besvares spørgsmålene i denne sag.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

1. At tage svarene på Annette Randløvs (R) uddybende spørgsmål til sagen om lægedækning til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Regionsrådsmedlem Annette Randløv (R) har i mail den 29. august og den 14. september 2018 henvendt sig til udvalget for forebyggelse og sammenhæng med anmodning om, at få uddybet aspekter i sagen om lægedækning, som udvalget behandlede på møde den 29. august 2018.

Annette Randløvs henvendelse af 29. august 2018:

Annette Randløv stiller følgende spørgsmål i sin henvendelse:

1. *"Er der nogen kriterier for tildeling af de ti flexible ydernumre?"*
2. *Hvis der er åbne PLO-klinikker, fx på Frederiksberg, skal de så fyldes op, inden man vælger en nød-klinik?"*
3. *En kollega har gjort mig opmærksom på, at hvis man søger et 0-nummer i København, så skal man indsende en nøje beskrivelse af, hvordan lokalerne er indrettet. Det er jo ganske bagvendt. Man indgår jo ikke kontrakt med en udlejer, inden man ved om man har fået tildelt et nummer. Måske skal man overveje ordlyden i annoncen eller som vi gjorde i Herlev understøtte et samarbejde mellem den lokale PLO-afdelingen og kommunen med henblik på at gøre opmærksom på egnede lokaler. Det kunne måske også inspirere kommunen til at hjælpe med til at finde egnede lokaliteter. Det forlyder at deres lokalplaner i en del tilfælde, spænder ben for at man kan etablere egnet klinik.*
4. *Jeg vil gerne, at vi orienteres ved næste møde, om hvordan situationen for licensklinikker ser ud"*

Administrationens bemærkninger

Administrationen har følgende bemærkninger til de fire spørgsmål:

Ad 1) Der er ikke fastsat kriterier for tildeling af bufferkapaciteterne. Af sagen til udvalget fremgår, at kapaciteterne fx vil kunne benyttes i områder, som oplever en uforudset afgang af læger eller en befolkningstilvækst. Det fremgår endvidere, at forslag om tildeling af kapaciteterne vil blive forelagt udvalget for forebyggelse og sammenhæng til politisk godkendelse. Der vil således ske en konkret vurdering med begrundelse hver gang beslutning om tildeling af en bufferkapacitet forelægges udvalget.

Ad 2) Alle PLO-klinikker på Frederiksberg er pr. 14. september 2018 lukket for tilgang. Når den midlertidige klinik åbner, vil den fremgå som åben for tilgang af nye patienter. Borgerne vil kunne vælge mellem alle praksis, der er åbne for tilgang på tilmeldingstidspunktet.

Ad 3) Der er ikke krav om, at en læge har lokaler til rådighed, for at han/hun kan søge om ledige

kapaciteter. Vi er med mailen fra Annette Randløv blevet opmærksomme på, at dette ikke har fremgået entydigt ved tidligere opslag, hvorfor vi ændrer formuleringerne fremadrettet, så der ikke længere kan opstå tvivl herom.

Ad 4) Der er en sag om licensklinikker på dagsordenen til dette udvalgsmøde.

Annette Randløvs henvendelse af 14. september 2018:

"Jeg er faldet over en artikel i Amagerbladet af Trine Jeppesen, som fortæller om en mobilklinik de ville oprette for at kunne opsuge nogle af de patienter, der blev lægeløse efter en praksis overfor drejede nøglen om.

Når man læser artiklen tænker man, hvad er det der gør, at man kræver de skal tage mange flere patienter end det de selv byder ind med? Så vidt jeg er orienteret røg projektet i vasken af den årsag?" (Kopi af artiklens indhold er vedlagt som bilag).

Administrationens bemærkninger

Administrationen har følgende bemærkninger til Annette Randløvs spørgsmål i relation til artiklen:

Der er ikke fra administrationens side stillet krav om et bestemt antal ekstra patienter. Der er i dialogen med den læge, som har taget initiativet, blevet korresponderet om hendes erfaringer og hvad hun estimerer, der vil kunne frigives af tid i klinikken med en sådan ordning. Dialogen pågår efter administrationen opfattelse fortsat og rammerne for projektet er derfor endnu ikke fastlagt.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Else Hjortsø / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

18045562

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Artikel - Amagerbladet 11. september 2018

3. BESLUTNING: LICENSKLINIKKER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Region Hovedstaden har i forbindelse med godkendelsen af budgetaftale 2018 besluttet at se nærmere på overenskomstens muligheder for at etablere praksisklinikker i henhold til overenskomsten på anden vis end vanligt, fx licensklinikker og satellitpraksis. Behovet herfor er vokset med de tiltagende rekrutteringsvanskeligheder af alment praktiserende læger i regionen.

Formålet er, som beskrevet i budgetaftalen, "*at have en god lægedækning i alle kommuner. Derfor skal administrationen undersøge muligheden for at etablere licensklinikker i samarbejde med PLO-Hovedstaden*".

Denne sag beskriver udkast til modeller for oprettelse af licensklinikker samt rammer for mulige placeringer af disse.

INDSTILLING

Administrationen indstiller over udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

1. At godkende, at der arbejdes på at etablere licensklinikker i regionen som aftalt i budgetaftale 2018,
2. At godkende, at administrationen påbegynder forhandling med PLO-H om model(ler) for oprettelse af licensklinikker.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Licensklinik eller ydernummer på licens er en praksisform, der fra 2011 er blevet mulig i henhold til overenskomsten om almen praksis. Af overenskomstens §25, stk. 1 fremgår det, at "*et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes 'ydernummer på licens'. Regionen kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder.*"

Lægen i en licensklinik får mulighed for at arbejde i en praksis uden at påtage sig en økonomiske forpligtigelse. Lægen aflastes i en periode på op til seks år for en række administrative opgaver og økonomiske forpligtelser, men skal til gengæld betale et omkostnings- og administrationsbidrag til regionen. Lægen får dermed mulighed for at få erfaringer med at drive en praksis.

Regionen påtager sig ved etableringen af en licensklinik et administrativt arbejde, der ikke er knyttet til en vanlig almen praksis. Regionen er dog samtidig bundet økonomisk til lejekontrakter, kontrakter om udstyr/rengøring etc. afhængig af hvilken model, der kan aftales med PLO-Hovedstaden. Derudover kan lægen i følge overenskomsten opsige aftalen med seks måneders varsel. Regionen bærer dermed en økonomiske risiko for 'tomgangsudgifter' samt udfordringen med almen lægehjælp til den gruppe borgere, der er tilknyttet klinikken.

Mulig placering af licensklinik

Licensklinikkerne påtænkes placeret i områder, der er lægedækningstruede eller har rekrutteringsudfordringer. Samtidig afhænger placeringen af, hvor region og kommuner har mulighed for at skaffe egnede lokaler.

Endeligt forslag til placering forelægges udvalget for forebyggelse og sammenhæng, når der foreligger en aftale med PLO-Hovedstaden og en afklaring af lokalemulighederne.

Organisering af licensklinik

Flere undersøgelser viser, at yngre læger har et ønske om at være i en flerlægepraksis med kollegialt fællesskab, hvorfor det er oplagt, at regionen geografisk binder flere ydernumre på licens til et samlet

læge- eller sundhedshus. På den måde har lægerne mulighed for at etablere samarbejdspraksis og deles om personale, klinikudstyr og venteværelser. En løsning med flere ydernumre på licens samlet på en adresse vil indebære lavere omkostninger pr. læge på grund af deling af lokaler og udstyr og eventuelt praksispersonale.

Modeller for licensklinikker

Nedenstående anbefalinger til modeller er beskrevet på baggrund af erfaringer fra Region Nordjylland og Region Midtjylland.

Model A - lokaler og inventar

I model A stilles lokaler og inventar/udstyr til rådighed for den praktiserende læge i licensklinikken.

Region og kommuner stiller lokaler til rådighed. Det skal afklares hvem af disse parter, der har ansvaret for at etablere/renovere lokalerne. Udstyr/inventar stilles til rådighed af regionen.

Lægen betaler et månedligt omkostnings- og administrationsbidrag til regionen, som dækker husleje, løbende driftsomkostninger (vand, varme, el), bidrag til vedligeholdelse af lokalerne og afskrivning på udstyr/inventar.

Aftalens løbetid forventes aftalt for fem til seks år. På det tidspunkt forventes inventar/udstyr at være afskrevet.

Lægen kan i perioden købe praksis. Opsiges licensaftalen, bortfalder denne mulighed.

Model B - lokaler, inventar og klinikpersonale

I model B stilles foruden lokaler og inventar også praksispersonale til rådighed for licensklinikken.

Modellen svarer til model A, bortset fra regionens forpligtelse til at stille personale til rådighed. Udgiften indgår i omkostningsbidraget.

Personalenormeringen, instruktionsbeføjelser og ledelsesansvaret aftales i licenskontrakten.

Denne model medfører administrative omkostninger, der skal afklares.

Administrationens anbefaling

Administrationen anbefaler, at der i dialog med PLO-Hovedstaden arbejdes videre med en model for licensklinik.

Anbefalingen er umiddelbart, at model A er udgangspunktet for forhandlingerne, da de personalemæssige forhold er vanskelige at håndtere for administrationen.

Administrationen har ikke ansat sundhedsfagligt personale, der kan anvendes som praksispersonale.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen medfører, at administrationen påbegynder forhandling med PLO-Hovedstaden om model(ler) for oprettelse af licensklinikker og det vurderes hvor det er muligt at placere licensklinikkerne.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Når forhandlingerne med PLO-Hovedstaden er afsluttet og der foreligger en vurdering af, hvor det er muligt at placere licensklinikker i regionens lokaler, forelægges sagen igen for udvalget for forebyggelse

og sammenhæng.

DIREKTØRPÅTEGNING

Else Hjortsø / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

18024545

4. BESLUTNING: IMPLEMENTERINGSPLANER FOR OPGAVEFLYTNING AF KOL OG TYPE 2-DIABETES TIL ALMEN PRAKSIS

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng fik på mødet den 7. februar 2018 en orientering om initiativerne i overenskomst for almen praksis 2018-2021, herunder om udflytning af patienter med KOL og type 2-diabetes fra hospitalsambulatorierne til almen praksis.

Regionen skal på baggrund af overenskomstens ”Aftale om program diabetes type 2 og KOL i almen praksis” udarbejde en plan for den konkrete opgaveflytning. Planen forelægges Praksisplanudvalget til godkendelse. Udvalget er også ansvarlig for opfølgning på opgaveflytningen. Med denne sag forelægges udvalget for forebyggelse og sammenhæng udkast til implementeringsplaner med henblik på at give mandat til de regionale medlemmers behandling af sagen i Praksisplanudvalget den 5. oktober 2018.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at udvalget for forebyggelse og sammenhæng overfor de regionale medlemmer af Praksisplanudvalget anbefaler:

1. At godkende implementeringsplanen for flytning af patienter med KOL til almen praksis,
2. At godkende implementeringsplanen for flytning af patienter med type 2-diabetes til almen praksis.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Overenskomsten for almen praksis 2018-2021 indebærer en opgaveflytning, hvor almen praksis overtager behandlingsansvaret for en større del af patienter med KOL og type 2-diabetes.

Administrationen har udarbejdet forslag til implementeringsplaner for flytning af henholdsvis patienter med type 2-diabetes og KOL. Planerne er udarbejdet på baggrund af bidrag fra faglige arbejdsgrupper med inddragelse af PLO-Hovedstaden, KKR-Hovedstaden, Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H), Sundhedsfagligt Råd Diabetesudvalget, Sundhedsfagligt Råd for Lungesygdomme, Patientinddragelsesudvalget og hospitalsadministrationerne.

De udarbejdede implementeringsplaner indeholder en vurdering af antal patienter, der forventes flyttet. Vurderingen viser, at det forventes, at 1.271 patienter med KOL flyttes til almen praksis. Det tilsvarende antal diabetespatienter er 7.405.

Det bemærkes, at antallet er mindre end nævnt i overenskomsten, hvilket formentlig skyldes, at en del patienter allerede er flyttet. De øvrige regioner flytter tilsvarende færre patienter end antaget i overenskomsten.

Af implementeringsplanerne fremgår, at patienterne flyttes i to bølger, således at de mest komplekse patienter flyttes i anden bølge. En nærmere beskrivelse af flytningen fremgår af implementeringsplanerne (bilag 1 og 2).

Det enkelte hospital udarbejder en plan for identifikation og udflytning af patienterne i dialog med involverede praktiserende læger.

I overenskomsten er beskrevet, at specialistrådgivning til almen praksis skal styrkes i relation til opgaveflytningen. Det bemærkes, at der allerede i dag eksisterer et tilbud om specialistrådgivning på alle hospitaler for begge patientgrupper.

I implementeringsplanen om diabetes indgår, at forventer den praktiserende læge rådgivning om, hvorvidt en patient med type 2-diabetes skal henvises med henblik på indlæggelse eller modtagelse på et ambulatorium, kontaktes specialistrådgivningen på hospitalet i det pågældende planområde.

Forventer almen praksis at kunne håndtere patienten efter en lægefaglig telefonisk specialistrådgivning uden tilsyn af en speciallæge, kontaktes rådgivningen på Steno Diabetes Center Copenhagen, der varetager denne funktion for hele regionen.

For KOL-patienterne fortsættes specialistrådgivningen uændret lokalt.

Det er opmærksomhed på kompetenceudvikling i almen praksis i relation til opgaveflytningen. Fokus omfatter både læger og praksispersonale. I implementeringsplanerne er nævnt en række muligheder, hvoraf nogle eksisterer i dag og andre kan udvikles. Det er væsentligt, at klyngedannelsen indgår i overvejelserne, herunder de muligheder, der etableres af Kvalitetsudvikling i Almen Praksis (KiAP). Tiltag forventes iværksat i samarbejde mellem KiAP, hospitaler, almen praksis og Kap-H.

Udflytningen betyder, at det fremadrettet er kommunerne, der varetager rehabiliteringen af de patienter, der flyttes fra hospital til almen praksis. Dialogen om rehabilitering i kommunalt regi vil således fremover være mellem almen praksis og kommunerne i forhold til de patienter, som flyttes.

Regionen vil følge udviklingen i implementeringen af opgaveudflytningen, jf. punkt 7 i implementeringsplanerne. Endvidere indgår det i overenskomsten for almen praksis, at der i aftaleperioden skal gennemføres en forskningsbaseret evaluering af opgaveflytningen.

KONSEKVENSER

Såfremt indstillingen tiltrædes, gives de regionale medlemmer af Praksisplanudvalget mandat til at godkende implementeringsplanerne i Praksisplanudvalget. Hvis indstillingerne ikke godkendes, kan det betyde, at implementeringen af opgaveflytningen forsinkes i forhold til den foreslåede påbegyndelse af udflytningen pr. 1. november 2018.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

På baggrund af implementeringsplanen har administrationen beregnet, at kronikerhonoreringen af almen praksis vil stige med 17,5 mio. kr. som følge af en overflytning af i alt 8.677 patienter. Der flyttes budget svarende til den forventede stigning i kronikerhonorering fra de respektive hospitaler til praksisområdet.

Administrationen vil følge opgaveflytningen, således at en relevant økonomisk fordeling mellem hospitalerne og antal patienter, der faktisk flyttes, sikres.

KOMMUNIKATION

Der forberedes kommunikation om implementeringen til udsendelse, når implementeringsplanerne er endelig godkendt af Praksisplanudvalget, herunder blandt andet brev til hospitalsdirektioner og information til almen praksis i Praksisnyt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Implementeringsplanerne forelægges Praksisplanudvalget til godkendelse den 5. oktober 2018 med henblik på, at flytningen kan påbegyndes den 1. november 2018. Regionen vil i fremlæggelsen på mødet i Praksisplanudvalget inddrage beslutninger/bemærkninger fra mødet i udvalget for forebyggelse og sammenhæng.

DIREKTØRPÅTEGNING

Else Hjortsø / Jesper Lihn.

JOURNALNUMMER

18042401

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Implementeringsplan for udflytning af patienter med KOL til almen praksis_KD
- ② 2. Impl.plan for udflytning af patienter med type 2-diabetes_19_09_2018

5. GENFORELÆGGELSE - BESLUTNING: STRATEGISK INDSATS OM SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN PÅ TVÆRS AF SEKTORER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I 2014 godkendte regionsrådet en ny strategimodel indeholdende forslag til mission, vision og politiske målsætninger for Region Hovedstaden. Den sætter politisk retning for Region Hovedstaden, som blandt andet skal realiseres gennem en række strategiske indsatser under overskriften "Fokus og forenkling". En af de fem strategiske indsatser, der er i øjeblikket, er den strategiske indsats "Sammenhæng for patienten på tværs af sektorer". Indsatsen blev igangsat i 2018.

Målet med den strategiske indsats "Sammenhæng for patienten på tværs af sektorer" er at udvikle samarbejdsformer sammen med patienterne, kommunerne og praksissektoren for at skabe sammenhængende, helhedsorienterede løsninger for patienterne.

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng bedes drøfte hvilke politiske initiativer, der eventuelt kan igangsættes i tilknytning til strategien.

Sagen var på dagsorden til mødet den 29. august 2018, men sagen blev ikke behandlet, idet udvalget udsatte behandlingen af sagen til dette møde.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

1. At udvalget drøfter mulige politiske initiativer i tilknytning til strategien,
2. At udvalget godkender, at der af midlerne afsat til sundhedsaftalen 2015-2019 udmøntes en pulje på 0,8 mio.kr. til forbedringstiltag på hospitalsafdelinger.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Der opleves ikke tilstrækkelig sammenhæng mellem indsatserne i de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Viden om patienterne og deres situation går ofte tabt mellem sektorer. Det giver dårligere behandling, unødige kontakter og forringet kvalitet i indsatsen.

Regionen er en afgørende aktør, hvis samarbejdet i det nære sundhedsvæsen skal lykkes. Nationalt er der lagt op til at flytte mere behandling ud i eller tæt på borgerens hjem. Nye teknologier og telemedicinske løsninger gør det muligt at behandle over afstand. Øget brug af PRO-data baner vejen for mere brugerstyring, og fælles sundhedshuse og kommunale akutfunktioner åbner op for nye organisationsformer på tværs.

Sektoropdeling, incitamentstrukturer, lovgivning, økonomi, it og data er alle faktorer, der i det daglige skaber udfordringer for det tværsektorielle samarbejde. Det er faktorer, der i høj grad er nationalt bestemt. Men det tværsektorielle samarbejde er også påvirket af den organisering og samarbejdskultur, der er mellem regionen, kommunerne og praksissektoren. Der er mange eksempler på problemstillinger, hvor parterne ikke kan blive enige om, hvem der skal påtage sig en opgave, hvem der skal betale, og hvad det kræver af kompetencer. Med andre ord, så lykkes det ikke altid at sætte patienten i centrum og finde fælles løsninger, når forløbet går på tværs af sektorerne.

Regionen har derfor besluttet at igangsætte en strategisk indsats om "Sammenhæng for patienten på tværs af sektorer", som skal understøtte regionens overordnede politiske mål og styrke fokus på at udvikle og styrke Region Hovedstadens rolle i det nære sundhedsvæsen.

Den strategiske indsats handler om at igangsætte initiativer til forbedringer på egen banehalvdel, som vil bidrage til at skabe mere sammenhængende patientforløb ved at styrke Region Hovedstadens samarbejde med patienter, kommuner og praksissektor.

Samarbejdsaftaler, kommunikationsaftaler og øget digitalisering kan støtte op om forløbene, men det er medarbejderne og patienterne, der udgør den vigtigste kerne i et godt forløb. Der er derfor en erkendelse af, at kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde blandt andet afhænger af, hvor meget kendskab parterne har til hinandens kompetencer og til hinandens opgaver, arbejdsvilkår og handlemuligheder. En styrket samarbejdskultur og sammenhængskraft er derfor en forudsætning for at videreudvikle et sundhedsvæsen med helhedssyn og på borgernes præmisser.

Den strategiske indsats, som alene vedrører regionen, skal spille sammen med initiativer fra nationalt plan og det tværsektorielle samarbejde i sundhedsaftaleregiet. Strategien skal ses som et understøttende supplement til øvrige indsatser med fokus på, hvad regionen kan gøre for at være en god samarbejdspartner for patienterne, kommunerne og praksissektoren.

Der pågår i øjeblikket et arbejde med at konkretisere indsatserne. I den sammenhæng ønskes en politisk drøftelse af mulige politiske initiativer i relation til den strategiske indsats.

Forslag om pulje til forbedringstiltag på hospitalsafdelinger

For at styrke fokus på forbedringer på hospitalerne, der gavner det tværsektorielle samarbejde og mere sammenhængende patientforløb foreslås det at etablere en pulje, som kan søges til igangsættelse af konkrete initiativer på hospitalsafdelinger. Midler kan søges til mindre udviklingstiltag, som muliggør hurtig udvikling og afprøvning af konkrete ideer.

Der foreslås afsat i alt 0,8 mio. kr. af midlerne til sundhedsaftalen 2015-2019, og ansøgere kan få op til 50.000 kr. Der er tale om omprioritering af uforbrugte sundhedsaftalemidler afsat i 2017. Ansøgninger om del i puljen behandles administrativt med en svarfrist for tilsagn på maksimalt en uge. Dette for at kunne understøtte afdelingernes arbejde med forbedringer straks ideerne opstår.

KONSEKVENSER

Sagen har ingen konsekvenser ud over det skitserede i sagsfremstillingen.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer, at 0,8 mio. kr. af midlerne afsat til sundhedsaftalen 2015-2019 anvendes til etablering af pulje til forbedringstiltag på hospitalsafdelinger.

KOMMUNIKATION

På Regonh.dk findes hjemmesider om Fokus og Forenkling samt hver af de fem strategiske indsatser.

<https://www.regionh.dk/om-region-hovedstaden/fakta/Mission-vision-og-maalsætninger/Sider/strategiske-indsatsomraader.aspx>

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På mødet kan aftales opfølgende sag for udvalget.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver /Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

18021565

6. GENFORELÆGGELSE - BESLUTNING: UDVALGETS ARBEJDE MED DRIFTSMÅL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Ifølge styrelsesvedtægten skal de stående udvalg i Region Hovedstaden, som en del af deres politikformulerende og -opfølgende arbejde følge udviklingen i driftsmålene under udvalgenes resort.

Forretningsudvalget besluttede på sit møde den 17. april 2018 at sætte fokus på to overordnede driftsmål i 2018; udredningsret og medarbejdertilfredshed. I tråd med forretningsudvalgets fokusering skal udvalget drøfte hvilke driftsmål, det vil arbejde med i 2018 samt hvordan udvalget vil arbejde med driftsmålene.

Sagen var på dagsorden til mødet den 29. august 2018, men sagen blev ikke behandlet, idet udvalget udsatte behandlingen af sagen til dette møde.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- At beslutte, hvordan udvalget ønsker at arbejde med driftsmål inden for udvalgets resort.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Regionens driftsmål er en måde at følge op på regionens mål inden for hovedområder som eksempelvis ventetider på akuttelefon, beskyttelse af drikkevand og patienttilfredshed.

Ved at fokusere på udvalgte driftsmål er det forretningsudvalgets ønske at koncentrere arbejdet med opfølgning på driftsmålene og følge udviklingen i målopfyldelsen over tid. Forretningsudvalget modtager fire årlige afrapporteringer af regionens driftsmål. Forretningsudvalget har i 2018 besluttet at fokusere på udredningsretten inden for både somatikken og psykiatrien samt medarbejdertilfredsheden med fokus på åbenhed og ytringsfrihed. I efteråret 2018 holder forretningsudvalget en workshop med fokus på udredningsretten. Forretningsudvalget er herudover ansvarlig for alle mål for medarbejdertrivsel.

I styrelsesvedtægten er der lagt op til, at de stående udvalg følger driftsmålene inden for deres fagområder. I forlængelse af forretningsudvalgets fokus skal udvalget for forebyggelse og sammenhæng beslutte, hvordan det vil sikre en god opfølgning på driftsmålene i 2018. Driftsmål er vedlagt i bilag

Regionens driftsmål følger i høj grad de nationalt bestemte mål, som alle regioner skal opfylde. Andre mål - som fx ventetider for akuttelefonen - er specifikke for Region Hovedstaden.

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng er ansvarlig for følgende driftsmål:

- Andel af elektroniske epikriser (udskrivningsbreve afsendt inden for en hverdag) og,
- Akutte genindlæggelser (somatik).

I og med at forretningsudvalget hvert kvartal modtager de seneste opgørelser for regionens driftsmål, er det ikke hensigtsmæssigt, at regionens fagudvalg alene monitorerer målopfyldelsen. Udvalget kan arbejde med driftsmål på flere måder, fx knyttet til temadrøftelser på udvalgmøderne, som baggrund for at kvalificere udvalgenes årlige budgetforslag eller ved løbende at kvalificere forretningsudvalgets drøftelse af driftsmålene.

Administrationen anbefaler, at udvalget diskuterer metode og form for de kommende drøftelser.

Forretningsudvalget beslutter forventeligt ved udgangen af 2018 hvilke driftsmål, det vil fokusere på i 2019. Herefter vil de stående udvalg skulle tage stilling til hvilke driftsmål, de skal arbejde med i 2019.

KONSEKVENSER

På baggrund af udvalgets beslutning om hvordan, udvalget ønsker at arbejde med driftsmål for 2018, vil administrationen indarbejde dette i udvalgets arbejdsplan.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der er ikke vedtaget en tidsplan for afrapporteringen af udvalgets driftsmål.

DIREKTØRPÅTEGNING

Anne Skriver / Lise Graae

JOURNALNUMMER

18012837

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Styrelsesvedtægt - endelig udgave som vedtaget af RR 30.01.2018
- ① 2. Driftsmål 2018
- ① 3. Nationale mål og indikatorer - oversigt 2018

7. GENFORELÆGGELSE - ORIENTERING: STATUS FOR ARBEJDET MED SUNDHEDSHUSE I REGIONEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Af styrelsesvedtægt for Region Hovedstaden §12, afsnit om udvalg for forebyggelse og sammenhæng fremgår det, at udvalget har ansvaret for politikopfølgning på sundhedshuse.

Regionsrådet har i forbindelse med Hospitalsplan 2020 besluttet, at Nordsjællands Hospital og de otte kommuner i planlægningsområde Nord skal samarbejde om etablering af to fælles sundhedshus i henholdsvis Helsingør og Frederikssund i forbindelse med Nordsjællands Hospitals flytning Nyt Hospital Nordsjælland i 2022. Derudover opføres der pt et fælles læge- og sundhedshus i Ishøj Kommune.

Der gives med sagen en status for arbejdet med sundhedshusene.

Sagen var på dagsordenen til mødet den 29. august 2018, men sagen blev ikke behandlet, idet udvalget udsatte behandlingen af sagen til dette møde.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- At status for arbejdet med sundhedshusene i Region Hovedstaden tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Arbejdet med sundhedshuse i Region Hovedstaden tager afsæt i den *Regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse*, som blev godkendt i Sundhedkoordinationsudvalget i maj 2016 (bilag 1). Visionen er udarbejdet i samarbejde mellem repræsentanter fra PLO-Hovedstaden, kommuner og Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg.

Visionen er grundlag for dialogen mellem region og kommuner om mulighederne for at etablere fælles sundhedshuse. I visionen peges der på, at kommunerne bygger videre på det gode og relativt veludbyggede tværkommunale samarbejde, der allerede er på sundhedsområdet samtidig med, at flere typer af regionale tilbud placeres borgernært, til gavn for patienterne.

Visionen er, at fælles sundhedshuse bidrager til:

- Et stærkt nært sundhedsvæsen, som medvirker til, at borgerne oplever høj kvalitet og øget sammenhæng i indsatsen,
- Bedre udnyttelse af ressourcerne og en større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af sektorer,
- Let og lige adgang til praksissektoren og hospitalsydelser der, hvor det er en udfordring.

Sundhedshus Helsingør

Det eksisterende sundhedshus i Helsingør rummer en række sundhedsydelser fra Region Hovedstaden og er en del af Nordsjællands Hospital. I det regionale sundhedshus er der jordemoderkonsultation, akutklinik, røntgen, blodprøvetagning og medicinsk ambulatorie for lunge-, hjerte og endokrinologiske patienter, blandt andet diabetes. Bygningen huser også en række praktiserende læger og andre behandlingsklinikker.

Nordsjællands Hospital og Helsingør Kommune har siden 2013 samarbejdet om etablering af et nyt fælles tværsektorielt sundhedshus i Helsingør Kommune ved Prøvestenscenteret med forventet ibrugtagning i 2022.

I udgangspunktet flyttes de regionale funktioner fra det eksisterende sundhedshus over i det nye fælles tværsektorielle sundhedshus. Sundhedshuset vil ligeledes indeholde kommunale tilbud, fx rehabiliterings-

og træningscenter, ambulat genoptræning, forebyggelse og visitation, rusmiddelrådgivning m.v. Derudover er der afsat 500 m² til almen praksis og 600 m² til speciallægepraksis.

I samarbejdet mellem Helsingør Kommune og Nordsjællands Hospital er der udarbejdet et visionspapir for et fælles tværsektorielt sundhedshus, hvor der med afsæt i patientens behov er skitseret fælles opgaver mellem de kommunale og regionale funktioner, med henblik på borgernære tilbud, høj faglig kvalitet og mere sundhed for pengene (bilag 2). Visionspapiret har efterfølgende dannet rammen for samarbejdet med kommunerne omkring et fælles tværsektorielt sundhedshus i Frederikssund.

Helsingør Kommune har i 2018 modtaget 13,5 mio. kr. til bygge- og anlægsdelen af det nye sundhedshus ved Prøvestenscenteret fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til større læge- og sundhedshuse.

Sundhedshus Frederikssund

Nordsjællands Hospital har siden 2016 samarbejdet med Frederikssund Kommune og de øvrige kommuner belliggende omkring Nordsjællands Hospital Frederikssund om etablering af et fælles tværsektorielt sundhedshus, når hospitalsmatriklen i Frederikssund lukker ved ibrugtagningen af Nyt Hospital Nordsjælland.

På Nordsjællands Hospital - Frederikssund er flere af Frederikssund Kommunes tilbud allerede flyttet ind i de eksisterende hospitalslokaler. Som udgangspunkt er det de samme regionale funktioner som er i sundhedshuset i Helsingør, der skal være i det fælles sundhedshus i Frederikssund.

Samarbejdet mellem Frederikssund Kommune og Nordsjællands Hospital vedr. et fælles tværsektorielt sundhedshus tager afsæt i visionspapiret nævnt ovenfor.

Fælles styregruppe for sundhedshus i Frederikssund og Helsingør

Pr. 1. juni 2018 har Frederikssund Kommune, Helsingør Kommune og Nordsjællands Hospital samlet samarbejdet om sundhedshusene i én fælles styregruppe, med deltagelse af alle kommuner i planlægningsområde Nord og almen praksis, og med invitation til psykiatrien om deltagelse.

Den nye fælles styregruppe for sundhedshuse i planlægningsområde Nord skal sikre, at sundhedshusene i planlægningsområdet bliver rammen om et stærkt og nært fremtidigt sundheds- og behandlingstilbud til borgere og patienter udenfor hospitalet.

Styregruppens formål med sundhedshusene er, at de blandt andet skal bidrage til;

- | Sammenhængende tværsektorielle forløb, der er styret af borgerens situation og behov,
- | Sundhedstilbud hvor borgerne oplever høj kvalitet, sikkerhed og sammenhæng,
- | Bedre udnyttelse af ressourcer på tværs af sektorgrænser gennem udnyttelse af synergier og fælles tilbud.

Samarbejdet skal sikre udvikling og afprøvning af praksisnære samarbejder samt implementering og afprøvning af igangværende pilotprojekter vedr.

- | Konkrete patientforløb, fx kronikere og akutte patienter,
- | Fælles ledelse og fælles personale,
- | Fælles økonomi,
- | Fælles faciliteter/arealer og udstyr,
- | Nye tværsektorielle samarbejder.

Der er fra både kommuner og hospital et ønske om allerede nu at begynde konkrete samarbejder, hvor der kan øves på at skabe optimerede fælles sundhedstilbud, så der er lagt gode spor, når sundhedshusene åbner:

- | Der er aftale med Helsingør Kommune om, i konkrete patient-/borgerforløb at afprøve fælles ledelse og medarbejdere og fælles økonomi, så der i de nye fysiske rammer er erfaringer med at arbejde mere integreret i et fælles sundhedstilbud, udover det faglige samarbejde,

- 1 Der er initieret samarbejder med Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune og Nordsjællands Hospital om KOL-patienter i ambulante forløb, samt om akutte patienter. Projekterne forventes testet i efteråret/vinteren 2018.

Sundhedshus i Ishøj

Ishøj Kommune har i samarbejde med tre praktiserende læger og Region Hovedstaden søgt om midler fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering af større læge- og sundhedshuse. Ishøj Kommune fik i maj 2018 tildelt 11,5 mio. kr. til etableringen af læge- og sundhedshuset.

Det kommende læge- og sundhedshus bliver på 700 m², hvoraf lægerne råder over 300 m². Læge- og sundhedshuset skal danne rammen om tre praktiserende læger, en sygeplejeklinik, en inkontinensklinik, et tilbud om sundhedstjek for udsatte borgere og regionens psykiatriske Opsøgende Psykoseteam (OP-team). Læge- og sundhedshuset vil komme til at ligge på etage 5 nord på Ishøj Rådhus, centralt i Ishøj Kommune.

Aktuelt er projektet i byggefasen, hvor man er i færd med at sætte den etage, hvor læge- og sundhedshuset skal ligge, i stand. Derudover er læger, region og kommune i gang med at klarlægge samarbejds- og snitflader mellem de tilbud, der skal rummes i sundheds- og lægehuset. Læge- og sundhedshuset vil åbne op for borgere den 1. november 2018.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Else Hjortsø / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

18029049

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag 1: Regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse
2. Bilag 2: Visionspapir for fælles sundhedshus i Helsingør

11. EVENTUELT

UDVALGET FOR FOREBYGGELSE OG SAMMENHÆNG

MØDETIDSPUNKT

03-10-2018 13:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

Qasam Nazir Ahmad	Formand
Karsten Skawbo-Jensen	Næstformand
Annette Randsløv	Medlem
Carsten Scheibye	Medlem
Freja Södergran	Medlem
Flemming Pless	Medlem
Jacob Rosenberg	Medlem
Jesper Clausson	Medlem
Torben Kjær	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelse: Langsigtet prognosemodel til kapacitetsplanlægning i almen praksis
2. Meddelelse: Arbejdsplan for udvalget for forebyggelse og sammenhæng 2018

1. MEDDELELSE: LANGSIGTET PROGNOSEMODEL TIL KAPACITETSPLANLÆGNING I ALMEN PRAKSIS

MEDDELELSER

For at give regionen, kommunerne og praktiserende læger et proaktivt grundlag for planlægning af kapaciteten i almen praksis, er udarbejdet et forslag til model, som prognosticerer kapacitetsbehovet i de enkelte planlægningsområder fem år frem. Modellen er et supplement til lægedækningsundersøgelsen, der er beskrevet i overenskomsten og udføres i oktober hvert år. Forslag til model forelægges Praksisplanudvalget på møde den 5. oktober 2018.

Modellen er udarbejdet i samarbejde mellem kommuner, PLO-Hovedstaden og regionen. Der er anvendt følgende overordnede principper i modellen:

- | Den skal være enkel, valid og intuitiv ift. prognostisering af behovet for kapaciteter
- | Data skal være objektive, velafgrænsede og opdateres en gang årligt

Modellen har et 5-årigt perspektiv og indeholder data om:

- | Antal praktiserende læger ud fra oplysninger om antal speciallæger i almen medicin, der forventes uddannet
- | Befolkningsfremskrivning
- | Lægernes pensionsalder
- | Andel ikke solgte kapaciteter

Data i prognosemodellen opdateres én gang årligt i forbindelse med den overenskomstbestemte lægedækningsundersøgelse.

Analysen af den 5-årige model vil beskrive det forventede fremadrettede kapacitetsbehov.

JOURNALNUMMER

14002206

2. MEDDELELSE: ARBEJDSPLAN FOR UDVALGET FOR FOREBYGGELSE OG SAMMENHÆNG 2018

Som aftalt ved udvalgets møde den 19. marts 2018 vedlægges ved hvert møde den opdaterede arbejdsplan til udvalgets orientering.

JOURNALNUMMER

18001009

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Arbejdsplan for udvalget for forebyggelse og sammenhæng



PLO-HOVEDSTADEN

Til medlemmerne af Regionsrådet
i Region Hovedstaden

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

Telefon 35 44 10 94
post.hpl@dadl.dk

Den 04-09-2018
Sagsnr.: 2016 - 2934/1416996
KA/BE/AnV

Kære Regionsråd i Hovedstaden

GIVER REGIONSKLINIKKER I HOVEDSTADEN BORGERNE EN FAST LÆGE?

Lægedækningen i hele Danmark er under pres, og vi er glade for, at det nu har fået særlig bevågenhed blandt politikerne i Region Hovedstaden.

Hver læge i regionen har taget flere og flere patienter, hvilket betyder, at gennemsnittet ligger langt over de 1.600 patienter pr. læge, der er aftalt i overenskomsten mellem danske regioner og Praktiserende Lægers Organisation, PLO.

Seneste tal: 1.748 patienter pr. læge i Region Hovedstaden.
For Københavns Kommune er tallet 1.832 patienter pr. læge.

Regionen foretager årligt en lægedækningsundersøgelse (en rundspørge blandt lægerne), men en lav svarprocent og store fortolkningsvanskeligheder har gjort det svært at vurdere, hvor mange læger der skulle til for at dække behovet. Og det er ikke blevet lettere set i lyset af den store årlige befolkningstilvækst og stigende gennemsnitsalder på lægerne.

Det er regionen, der bestemmer, hvor mange nye læger der må nedsætte sig i et bestemt område. Der annonceres med ledige ydernumre, men der stilles aktuelt så store krav til tilgængelighed, f.eks. elevator og handicaptollet, at der er læger, der må opgive at nedsætte sig, fordi det i praksis viser sig meget svært at finde egnede lokaler.

Når der mangler ansøgere til opslåede ydernumre, er det ikke nødvendigvis tegn på, at der ikke er læger tilgængelige. Der er et væld af mekanismer, som har indflydelse på, hvor attraktivt det er at nedsætte sig, og om et opslået ydernummer kan tiltrække læger.

Der har været mange tegn på den tiltagende lægemangel i Hovedstaden. For eksempel lukker mange praksis, fordi lægen skal på pension og ikke har kunnet finde en køber. Når praksis lukker, er der pludselig flere tusinde patienter, som skal finde sig en anden læge. Det har betydet, at omkringliggende praksis har fået op mod 600 nye patienter tilmeldt på



en weekend. Det kan de færreste praksis klare. Det er et stort arbejde at sætte sig ind i nye patienters sygehistorier. En gennemsnitspraksis får 10-30 nye patienter om måneden. Den eneste måde, man kan beskytte sig mod en tsunami af nye patienter på, er ved at lukke for tilgang. Så når der er mange lukkede praksis i København og på Frederiksberg, skal det bl.a. opfattes som en måde at beskytte sig mod en stigende mængde opgaver, selvom den enkelte praksis godt ville kunne tage lidt flere patienter.

I sommer spidsede forholdene på Frederiksberg og i København til, ved at 99 % af lægerne var lukket for tilgang af nye patienter. Løsningen blev at beslutte at oprette to midlertidige regionsklinikker, nødklinikker, på Amager-Hvidovre og Frederiksberg-Bispebjerg hospitaler.

Historien, der bliver fortalt, er, at op mod 10.000 borgere, herunder 3.000 studerende, ikke kan få en læge. Men der fortsat er åbne praksis i regionen. Det er selvfølgelig slet ikke optimalt, at københavnere skal rejse til Nordsjælland eller sydpå eller vestpå i regionen for at komme til læge. Derfor skal vi sammen arbejde hårdt på at skaffe faste læger til Hovedstaden.

Løsningen med nødklinikker, derimod, mener vi peger i den forkerte retning. Det vil påvirke samarbejdet med de omkringliggende praktiserende læger, og det kan på kort og længere sigt medføre et endnu større lægedækningsproblem.

Hvordan en regionsdrevet klinik med ansatte almenmedicinske speciallæger kan forværre lægemanglen i almen praksis skyldes flere kendte mekanismer:

En regionsklinik, der efter sundhedslovens § 227, stk. 6, skal ansætte speciallæger i almen medicin, vil lægge beslag på læger, som i stedet kunne bidrage til at afhjælpe lægemanglen hos de praktiserende læger.

Det er ofte unge læger, der har stiftet familie, som søger ud i almen praksis. Hvis der er ledige "lette" og velbetalte jobs at få på en regionsklinik, så bliver det endnu sværere at finde læger til nye praksis eller til at hjælpe til i de eksisterende lægepraksis. For en praktiserende læge, som søger aflastning ved at ansætte en vikar, eller som gerne vil ansætte en ung læge, bliver det nemlig svært at konkurrere med den lokale regionsklinik. Dermed vokser risikoen for, at erfarne praktiserende læger vælger at trække sig tilbage før tid, når vilkårene for praksisdrift påvirkes negativt.

Når lægemanglen vokser, bliver en midlertidig regionsklinik permanent.

Undersøgelser fra resten af landet viser, at skiftende læger i regionsklinikker er et dårligere tilbud til borgerne, især de allersvageste, nemlig ældre borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykiske lidelser. Uden den kontinuitet og relation, som opbygges med faste læger over tid, øges risikoen for indlæggelser og genindlæggelser. Patienttilfredshedsundersøgelser understøtter dette.



En negativ spiral er startet. Vejen er banet for afvikling af en primærsektor bestående af lægepraksis bemandet med faste praktiserende læger. Men er det virkelig dét, man ønsker i Region Hovedstaden?

I 2016 blev der oprettet en regionsklinik på Bornholms Hospital, selvom de praktiserende læger på Bornholm og PLO-Hovedstaden havde en anden løsningsmodel. I starten var der tale om et midlertidigt tilbud (som nu planlægges i København og på Frederiksberg). Men selv om de praktiserende læger på Bornholm tilbød at overtage patienterne ved at fordele dem i de eksisterende praksis, så bliver praksisklinikken nu videreført i 6 år på dispensation.

I de næsten 4 år, undertegnede har arbejdet i Praktiserende Lægers Organisation, har vi været bekymrede for lægedækningen. PLO-Hovedstaden har på månedlige møder med regionen stillet sig til rådighed i et tæt samarbejde om rekruttering og udfordringer i forbindelse med praksis, som lukker og slukker.

Hen over sommeren blev lægedækningsproblemet mere akut i København og på Frederiksberg. 99 % lukkede praksis betyder, at borgere, som flytter til de to kommuner, ikke kan finde en læge.

I det gode samarbejdes ånd valgte PLO Hovedstaden derfor i juli måned, på anmodning af regionen, at skrive ud til lægerne i de to kommuner og bede om, at praksis optog flere patienter, da op mod 200 patienter ikke kunne finde en åben praksis i nærheden.

60-70 praksis kontaktede regionen i løbet af kort tid – næsten 25 % af lægerne i området – der blev lavet særlige aftaler om tilmelding af patienter, **og der er fortsat praksis, der har plads til patienter efter denne ordning.**

Derfor er det uforståeligt for os, at regionen nu har besluttet at oprette to midlertidige regionsklinikker.

Regionen har ret til at åbne midlertidige regionsklinikker (sundhedslovens § 227, stk. 6), men vi mener ikke, at forudsætningerne er opfyldt, nemlig at ALLE muligheder skal afsøges, for at borgerne kan få en fast læge frem for skiftende læger ansat på et hospital.

Vi er også meget kedede af, at PLO-Hovedstaden ikke har været inddraget i planerne på forhånd.

Et godt samarbejde mellem de praktiserende læger og Region Hovedstaden er den eneste strategi, der giver almen praksis en chance for at overleve, og dermed giver borgerne mulighed for at have en praktiserende læge, der kender dem.

Hvordan kommer vi tilbage på sporet, hvor vi i fællesskab finder langtidsholdbare løsninger? En af de største barrierer for, at nye læger kan starte praksis i København og på Frederiksberg, er manglen på egnede lokaler.



Kunne lokalerne på hospitalsmatriklerne tilbydes læger, der skal starte praksis, eller eksisterende praksis, som gerne vil udvide og gå sammen om flere patienter og mere personale (der er f.eks. flere læger på Amager, som har interesse i dette)?

Et vedvarende fokus på at gøre det attraktivt at fortsætte som praktiserende læge og for nye læger at nedsætte sig vil bidrage til at imødekomme de næste 4-5 års udfordringer med lægemangel.

PLO-Hovedstaden har løbende budt ind med forslag:

- Slå et tilstrækkeligt antal ydernumre op og dispenser fra nogle af kravene til tilgængelighed, for hvad er bedst: ingen læge eller en læge, som ikke har kørestolsadgang? Det er dog heldigvis de færreste af vores patienter, som har brug for det.
- Giv disse ydernumre fri og gør dem knap så geografisk bundne. Større er København trods alt ikke. Hvis en læge finder egnede praksislokaler i én bydel, evt. i fællesskab med andre, men kun kan få lov til at drive praksis i en anden bydel, fordi ydernummeret er bundet, ja, så mister man jo lægen.
- Hjælp aktivt med at finde egnede lokaler og inddrag på et tidligt tidspunkt interesserede læger omkring indretning og vilkår, så det bliver muligt at drive en lægeklinik. Københavns Kommune er godt i gang – stor ros til dem.
- Udbyd praksis på licens, en mulighed i overenskomsten, som regionen endnu ikke har gjort brug af.

Vores store ønske for Hovedstaden, dens borgere og deres praktiserende læger er, at politikerne udstikker en retning, som skaffer borgerne en fast læge i nærområdet.

Borgerne kan ikke være tjent med skiftende læger på en regionsklinik frem for deres egen faste læge, og vi mener ikke, at alle muligheder for at skaffe patienterne fast læge er udtømte. Der er ikke lægeløse patienter i Region Hovedstaden, patienterne *kan* finde en læge, men må desværre finde denne et stykke væk.

Vores håb er, at planerne om midlertidige regionsklinikker på hospitalerne sættes på hold.

Lokalerne på hospitalsmatriklerne kunne i stedet tilbydes interesserede læger, som vil nedsætte sig, alternativt udbydes på licens eller stilles til rådighed for københavnske og frederiksbergske læger, som ønsker at gå sammen i praksisfællesskaber mhp. at øge antallet af patienter.

Praksis, der har lokaler og mulighed for personaleudvidelse, kunne tilbydes ekstra økonomi for ekstraordinært at tage flere patienter ind. Det giver mere mening at bruge



ressourcerne på at sikre borgerne en fast læge tæt på. Hvis der er mulighed for at ansætte ekstra personale, vil sådan en ordning kunne skaffe plads til flere patienter.

- Giv de to lægedækningstruede områder ret til frit at lave delepraksis (2 læger deler et ydernummer); en ret, som de ikke har nu, men som kan skaffe læger, der ikke ønsker at arbejde fuld tid, f.eks. unge praktiserende læger med små børn.

De 4 speciallæger i almen medicin, som det er regionens plan skal bemande de to nødklinikker, kan vi godt bruge i almen praksis i Hovedstaden. De skal inviteres ud hos os med al den hjælp, som kommuner, region og PLO-Hovedstaden i fællesskab kan give.

PLO-Hovedstaden stiller sig til rådighed for et fortsat samarbejde, og vi ser frem til, at nogle af ovenstående løsningsforslag, som sikrer flere borgere en fast læge, vil komme spil hurtigst muligt.

Vi har formelt fremsendt to større forslag til Praksisplanudvalget – det ene handler om hurtigt at skaffe plads til patienterne hos læger i de to kommuner, det andet om at give lægerne ret til at lave delepraksis, hvilket kan virke rekrutterende på unge læger, som ikke ønsker at arbejde fuld tid.

Med venlig hilsen

Karin Zimmer, praktiserende læge i Hørsholm og formand for PLO-Hovedstaden

Benny Ehrenreich, praktiserende læge på Nørrebro og næstformand for PLO-Hovedstaden

Telefon +45 38 66 50 00
Web www.regionh.dk

Karin Zimmer, Formand for PLO-Hovedstaden
Benny Ehrenreich, Næstformand for PLO-Hovedstaden

Journal-nr.: 18043377

Dato: 20. september 2018

Kære Karin Zimmer og Benny Ehrenreich

Tak for jeres brev, hvor I udtrykker bekymring for den seneste udvikling i lægedækningen i regionen og over oprettelsen af regionale midlertidige tilbud. Jeg er glad for at læse, at I samtidig ønsker at fortsætte samarbejdet om at sikre lægedækning.

Jeg er helt enig i, at vi fortsat skal arbejde sammen om lægedækningen. Oprettelsen af de midlertidige klinikker er netop *midlertidige* løsninger, som skal løfte regionens forpligtelse til at sikre lægehjælp til op mod 10.000 borgere, der ellers ville stå uden læge i Københavns og Frederiksberg kommuner 1. oktober 2018. Det er ikke tænkt som en varig løsning.

Vi arbejder videre med, hvordan vi i højere grad kan komme på forkant med lægedækningen. Både ved at sikre nok kapaciteter i almen praksis og ved at arbejde for at læger i højere grad får lyst til at slå sig ned i almen praksis i regionen.

Men de seneste par år har vi oplevet, at der går for lang tid, fra vi udvider kapaciteten i et område, til en læge slår sig ned og begynder at tage imod patienter. Derfor er vi blandt andet i gang med at se på, hvordan vi - i samarbejde med jer og kommunerne - kan få nye læger til at åbne for patienter hurtigere end i dag.

Jeg ved, at der mangler egnede lokaler, særligt i Københavnsområdet. Nogle kommuner forsøger at finde lejemål, og regionen ser på mulighederne for at finde egnede lokaler til almen praksis. Det kan, som I foreslår, være til læger, der ønsker at udvide deres praksis, eller til forsøg med licensklinikker.

Jeg håber også, at vores fælles arbejde med en langsigtet prognosemodel for lægedækningen, og det at vi har oprettet en bufferkapacitet på 10 lægekapaciteter, vil gøre det lettere for os i tide at sikre lægedækningen i regionen fremover.

Vi ser frem til fortsat at finde løsninger sammen med jer i PLO-Hovedstaden.

Med venlig hilsen



Sophie Hæstorp Andersen

Amagerlæge: Derfor er regionsklinikker en dyr og dårlig løsning

Lægemangel. Regionen har i flere år forsømt at gennemføre praktiserende lægers forslag til at løse lægemanglen i hovedstaden. Det er de ellers forpligtede til i loven, før de etablerer regionsklinikker på Amager og Bispebjerg Hospital, mener Trine Jeppesen, der har praksis på Amagerbro og er bestyrelsesmedlem i lægernes fagorganisation, PLO.

Af Hanne Bjørton, Amagerbladet den 11. september

AMAGERBRO: Som fortalt i sidste uges avis, vil Region Hovedstaden etablere regionsklinikker på Amager og Bispebjerg Hospitaler på grund af mangel på praktiserende læger. I København har 98 procent af lægerne lukket for tilgang af nye patienter, på Frederiksberg er tallet 100 procent.

»Her på Amager har vi også nået 100 procent. Så vidt jeg er orienteret, er der kun to læger i hele København, der har åben for tilgang, og jeg tror begge ligger i Brønshøj/Nordvest,« fortæller Trine Jeppesen.

Hun er praktiserende læge med klinik på Amagerbrogade og sidder desuden i bestyrelsen i lægernes faglige organisation PLO.

Hun mener, at regionen i årevis har bagatelliseret lægernes advarsler om, at lægemanglen, som man kender fra yderområder i Danmark, også har bredt sig i hovedstaden.

»Jeg vil tro, at PLO har brugt de seneste fire år på at forklare regionen, at der kommer et problem. I begyndelsen var de fuldstændig afvisende overfor, at lægemanglen eksisterede i hovedstaden. I den sidste sundhedslov har man lavet om på reglerne om, at man kan have frit valg af læge ud over de kilometergrænser, der var i gamle dage. Så regionen og kommunen har kunnet fordele folk i københavnsområdet til alle de læger, hvor der var noget restkapacitet, og de har selvfølgelig ikke haft interesse i at øge kapaciteten nogen steder, før den kapacitet var brugt op,« siger Trine Jeppesen.

»Nej, det er ingen aktion«

Problemet kom også til hovedstaden.

»Man kunne se sådan et rødt landkort, der bredte sig, og lige pludselig havde alle lukket for tilgang. Så var regionen sure i en periode og sagde, at det var en bevidst lukke-aktion fra PLO, og det til trods for, at i Region Hovedstaden passer hver læge i gennemsnit over 100 patienter mere, end det de skal. Så der er ikke noget aktion i det her, det er bare fordi, vi er nået over maxkapaciteten.«

Punkt nr. 2 - Orientering: Opfølgende spørgsmål til sag om lægedækning Bilag 1 - Side -2 af 3

Maxkapaciteten er det antal patienter, den enkelte læge skal passe. Efter den seneste overenskomst er det 1.650, og i følge Trine Jeppesen er gennemsnitstallet for læger i Region Hovedstaden over 100 patienter højere.

»Så alle læger her chipper ind i forhold til at gøre en ekstra indsats,« siger hun.

I Sundhedsloven åbner en paragraf mulighed for, at regionen kan åbne en midlertidig lægeklinik ved akut lægemangel.

»Men den slags initiativer må ikke blive sat i verden, uden at man har afsøgt alle muligheder for, at få etableret en fast læge til patienterne på PLO-måden. Det mener vi ikke, at man har. Der er rigtig mange initiativer og løsninger, der kunne have været sat i værk, og for lang tid siden, så det er ikke mangel på lægernes vilje til at løfte opgaven og tage ansvar som gør, at kapaciteten ikke er fulgt med,« siger Trine Jeppesen.

Mobilklinik frigiver lægetimer

Hendes egen klinik har startet projektet 'den mobile lægeklinik', efter at læge Thomas Rasmussen på den anden side af gaden lukkede 1. juni, hvorefter 1.650 patienter stod lægeløse.

»Bekymrede patienter kimedede vores sekretær ned dagligt, men vi havde allerede lukket for tilgang som alle andre. Det fik os til at gå i tænkeboks, for det er ikke ligetil at skaffe ekstra tider, når man hverken har hænderne eller kvadratmeterne til at placere dem i,« fortæller Trine Jeppesen.

Ideen med den mobile klinik opstod og åbnede mulighed for at servicere et stigende antal patienter, der er for dårlige til at komme i klinikken.

»Når vi arbejder med kroniske patienter, er det teamwork, hvor sygeplejersken tager blodprøver og måler lungefunktion, og når prøvesvarene er klar, ses læge og patient. Vi fandt ud af, at mange af de dårligt gående slet ikke får den samme service. De får typisk 'nødvendige' sygebesøg, og der er prøver, de aldrig får lavet, fordi apparaturet står i lægeklinikken.«

»Med mobiløsningen har vi ansat en medicinstuderende, der er færdig som læge om et år. Han tager rundt en dag om ugen og tager prøver på dårligt gående patienter. Vi yder nu samme kvalitet i kontrollen som til de patienter, der selv kan komme, og vi har frigivet en halv dag i kalenderen til hver læge, som kan bruges til tider til flere patienter.«

Men initiativet blev bremset hos myndighederne.

»Vi har haft nogle positive møder med kommunen og regionen om projektet. Meningen var, at en ny ministeriel pulje kunne finansiere en bil, som flere læger kunne bruge på skift, mod at man fik plads til flere patienter. Men sådan et projekt tager tid at få gennem en bureaukratisk proces – så kommer der modkrav om, at du skal tage så og så mange patienter, og det havde Thomas Rasmussens patienter ikke tid til at vente på. Så nu er vi gået i gang med projektet udenom puljen i

Punkt nr. 2 - Orientering: Opfølgende spørgsmål til sag om lægedækning Bilag 1 - Side -3 af 3

en privatbil. Vi er en lille klinik, der ikke bare kan smide en halv million efter en bil, som vi kun bruger en dag om ugen.«

Låst fast i klinik på 1. sal

Et andet problem forhindrer de praktiserende læger i at udvide, og nye læger i at etablere en praksis i København og på Frederiksberg.

»Jeg har for nylig kigget på en ejendom på Sundbyvester Plads for at se, om vi kan udvide vores kvadratmeter, så vi kan få en ekstra kollega eller ekstra personale. Men den koster jo 80.000 kroner i husleje om måneden, det er helt urealistisk. Og så har der i mange år været rigide regler i kommunalbestyrelserne om, at vi som læger ikke måtte købe os ind i stueplan, for de er forbeholdt de forretningsdrivende. Så vi sidder så mange læger her på Amager, fanget i de her lejligheder på første sal eller højere oppe, og vi kommer ikke videre, uden at vi får noget hjælp fra kommunen eller fra regionerne,« siger Trine Jeppesen.

Hun nævner også, at praktiserende læger er villige til at udvide med kvadratmeter på hospitalets matrikel – for eksempel der, hvor der nu planlægges etableret en regionsklinik.

Men hvad er forskellen på den løsning og så den regionsklinik, der er planlagt nu, hvor læger jo også vil tage imod patienter.

»Når man laver en klinik, som udelukkende er baseret på læger, der er ansat i kort tid eller vikaransat, så stimulerer det ikke til en løsning, hvor en fast læge, der kender patienten over lang tid, sidder samme sted i mange år. Det har vi set når regionsklinikker er oprettet i Nordjylland. Jeg har de sidste par år haft jeg ved ikke hvor mange administrationspersoner, politikere og folk fra Sundhedsministeriet ude for at opleve, hvordan det er at sidde i en klinik som den her. Og jeg har bedt mine patienter, ældre som yngre: Kan du ikke forklare de her politikere, hvad det er du sætter pris på ved en læge. De siger alle som en som det første: Det skal være en, som kender mig, kender min historie, så jeg ikke skal fortælle det hele forfra igen, og som jeg har tillid til. Og man opbygger altså ikke et tillidsforhold til en, som er på gennemrejse.«

»Hvis jeg var patient og borger herude, så ville jeg lave et borgerinitiativ, hvor jeg skrev til Frank Jensen og til Danske Regioners øverste chef, at I skal ikke sætte ting i verden, som ikke er det, borgerne efterspørger. Jeg ville da være skidesur over, at mine skattepenge bliver brugt til ting, som rent faktisk bremser det tilbud, jeg gerne vil have, og så er det rent faktisk dyrere.«

»Jeg kan kun sige: Regionsklinikker er en dyr løsning. Det er billigere at kaste penge efter det, de har brug for her, og jeg vil vove at påstå, at hvis viljen havde været der, så kunne vi sagtens have løst det. Og så havde vi ikke stået med et problem med, at 3.000 borgere skal losses hen i regionsklinikkerne.«

Implementeringsplan om udflytning af patienter med KOL almen praksis

1. Baggrund

Overenskomsten for almen praksis 2018-2021 indebærer en opgaveflytning, således at almen praksis varetager den største del af behandlingen af patienter med KOL og type 2-diabetes. Til understøttelse af opgaveflytningen er der aftalt et program for hhv. type 2-diabetes og KOL, der har til formål at styrke almen praksis i opgavevaretagelsen i forhold til patienter med type 2-diabetes eller KOL og for patienter, der lider af begge sygdomme.

Region Hovedstaden skal på baggrund af ”Aftale om program diabetes type 2 og KOL i almen praksis” i overenskomsten lave en plan for, hvordan den konkrete opgaveflytning skal foregå.

Med afsæt heri har Region Hovedstaden udarbejdet en implementeringsplan for flytning af patienter med KOL til almen praksis, der indeholder:

- Afgrænsning af patienter diagnosticeret med KOL, hvor behandlingsansvaret som følge af overenskomstaftalen flyttes fra hospitalsregi til almen praksis (afsnit 2)
- Opgørelse af antal patienter med KOL, som flyttes til almen praksis (afsnit 3)
- Plan for flytning af patientgrupperne til almen praksis (afsnit 4)
- Beskrivelse af krav til kompetencer vedr. behandling af KOL og behovet for kompetenceudvikling i almen praksis (afsnit 5)
- Vurdering af behov for styrket specialistrådgivning til almen praksis og organiseringen heraf (afsnit 6).
- Opfølgning på opgaveflytningen (afsnit 7)

Region Hovedstadens implementeringsplan for opgaveflytningen er udarbejdet på baggrund af bidrag fra arbejdsgrupper, hvor der har været inddragelse fra:

- PLO-Hovedstaden
- KKR-Hovedstaden
- Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H)
- Sundhedsfagligt Råd for lungesygdomme
- Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden
- Hospitalsadministrationerne

Deltagere i arbejdsgrupperne fremgår af bilag 1.

2. Afgrænsning af patienter som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis

Af overenskomstaftalen for almen praksis 2018-2021 fremgår, at almen praksis som hovedregel har behandlingsansvaret for alle tilmeldte patienter med diagnosticeret KOL (med udgangspunkt i ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL”, Sundhedsstyrelsen 2015) med undtagelse af nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet:

- Patienter i GOLD gruppe D, som har hyppige eksacerbationer (2 eller flere om året)
- Patienter, hvor KOL er kompliceret som følge af svære udvidelser på bronkiegrenene (bronkiektasier)
- Patienter med meget svært nedsat lungefunktion (FEV1 under 30 pct. af forventet), specielt hvis de er potentielle transplantationskandidater, kandidater til volumenreducerende terapi eller ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension
- Patienter hvor man overvejer eller har iværksat behandling med noninvasiv ventilation (NIV) i hjemmet

For patienter i langtids hjemmeiltbehandling gælder, at hospitalet er ansvarlig for iltbehandlingen, mens almen praksis er ansvarlig for den øvrige del af KOL-behandlingen.

For at sikre en uændret kvalitet i behandlingen med det gode patientforløb i centrum bør almen praksis anvende specialistrådgivningen, hvor der er tvivl om diagnose og/eller behandling. Desuden vurderes flere patientgrupper der ikke fremgår af overenskomsten at have en kompleksitet, som stiller nye krav til kompetencerne i almen praksis, hvor det vil være fagligt relevant med specialistrådgivning, herunder:

- Patienter i GOLD gruppe D, som har 1 indlæggelse med KOL eksacerbation om året¹)
- Patienter med svært emfysem, som ikke nødvendigvis har FEV1 < 30 % men kan være kandidat til ventilkirurgi, ultimativt transplantation og har ofte pulmonal hypertension. De er således højrisikopatienter og svære at håndtere farmakologisk
- Patienter med både KOL og astma
- Patienter i langtids-hjemmeiltbehandling
- Patienter med KOL og lavt BMI < 20,5

¹ Jf. DSAM's kliniske vejledning og faktaark 2017

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 1 - Side -4 af 20

Det kan endvidere være hensigtsmæssigt, at almen praksis indgår i dialog med hospitalet ved patienter med komplekse problemstillinger og/eller individuelle forhold, der komplicerer sygdomsforløbet, herunder sårbarhed.

For at en praktiserende læge kan henvise en patient med KOL til hospital, skal den praktiserende læge efter overenskomsten først have en dialog med en relevante hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den nødvendige specialistopbakning, eller om patienten bør henvises til behandling på hospitalet.

Det skal med udgangspunkt i ovenstående sikres et sammenhængende patientforløb, og en tydelig ansvars- og arbejdsfordeling. Dette gælder særligt for patienter i langtids-hjemmeiltbehandling.

I de nuværende forløbsprogrammer i Region Hovedstaden er det aftalt, at almen praksis henviser til rehabiliteringen i kommunerne. Udflytningen betyder, at det fremadrettet er kommunerne der varetager rehabiliteringen af de patienter, der flyttes fra hospital til almen praksis. Dette forudsætter, at almen praksis har kendskab til de kommunale tilbud vedrørende rehabilitering og at kommunerne sikrer den nødvendige ekspertise, kapacitet og udvikling af rehabiliteringstilbuddet til patienter med KOL.

Region Hovedstaden vil sideløbende med implementeringen af opgaveflytningen vurdere, om der er behov for at revidere de nuværende forløbsprogrammer.

Når almen praksis efter rådgivning henviser en patient til hospitalet, bør henvisningen indeholde oplysninger om:

- Anamnese
 - Astma i barndom og opvækst, evt. allergi
 - Luftvejsinfektioner i barndom
 - Kvantitativ tobaksanamnese m. debutalder og pakkeår
 - Alkoholforbrug p.g.a. immunologisk status
 - Erhvervsanamnese
- Komorbiditet, specielt hjertesygdom eller tidligere anden lungesygdom
- Dyspnøgraduering MRC, evt. gangdistance
- Spirometri på henvisningstidspunkt, med tidligere reversibilitetstest angivet
- Rtg af thorax < 4 uger gammelt
- Hb, leucocyter m. differentialtælling, p-creatinin, eGFR. Hvis < 50 år da alfa1-antitrypsin
- Pulsoximetri mSpO2 på atmosfærisk luft
- EKG-beskrivelse
- Tidligere og aktuel inhalationsbehandling
 - Præparat, device, dosis, varighed og effekt/bivirkninger
- Oplysninger om gennemførte tiltag, fx rehabiliteringsforløb
- Opdateret FMK

3. Opgørelse af antal patienter som skal flyttes til almen praksis

3.1. KOL

For at estimere hvor mange patienter med KOL, der som følge af overenskomstaftalen skal flyttes til almen praksis, er der trukket data med udgangspunkt i følgende kriterier:

- Først er patienter med diagnosen DJ44 (Kronisk obstruktiv lungesygdom) eller DJ439 (Lungeemfysem UNS) trukket ud for året 2016.
- Herefter er patienter med FEV1 > 30 %) og MRC<3 eller exacerbationer < 2 fremsøgt og fra disse er frasorteret patienter med en af følgende diagnoser; Astma: DJ459, Bronkiektasier: DJ479, Kronisk respirationssvigt: DJ961, Cor pulmonale: DI279.
- Til sidst er der lavet en sortering således, at hvert cpr nummer kun optræder 1 gang.

Dataene er trukket for 2016, hvor Sundhedsplatformen blev implementeret på flere af regionens hospitaler, og der er derfor usikkerhed om, hvorvidt alle data er korrekt registreret.

Datatrækket viser, at i alt er der 1.272 patienter med KOL, som indtil nu har haft forløb på hospital, og der skal flyttes til almen praksis.

3.2. Type 2-diabetes og KOL

I overenskomstaftalen er det vurderet, at der i 2018 er ca. 28.000 patienter, som både er diagnosticeret med KOL og type 2-diabetes. Det fremgår ikke af aftalen, hvor mange patienter med type 2-diabetes og KOL, der forventes at skulle flyttes til almen praksis.

Prævalensen af diabetes hos KOL-patienter er af den nedsatte arbejdsgruppe vurderet til at ligge på ca. 10 % og er uafhængig af KOL-sværhedsgrad.

Det antages derfor, at 10% af de patienter med KOL, der skal udflyttes til almen praksis, også vil have diabetes type 2, dvs. 127 patienter.

3.3. Opfølgning på flytning af patienter

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 1 - Side -6 af 20

Da ovenstående er baseret på et skøn, og for at sikre at den reelle udflytning af patienter til almen praksis stemmer overens med det forventede antal patienter, vil der løbende blive fulgt op herpå. Første opfølgning vil ske 6 måneder, efter at udflytningen er påbegyndt.

4. Plan for flytning af patientgrupperne til almen praksis

Der anbefales at ske en gradvis flytning af patienterne i implementeringsperioden, der løber indtil 1. juli 2020. Alle hospitaler forventes at følge samme udflytningsplan, hvor nedenstående patientgrupper flyttes samtidigt fra alle regionens hospitaler til almen praksis. Patienter, der forventes at være mest komplekse at varetage for almen praksis, flyttes til sidst.

Det fremgår af overenskomsten for almen praksis, at i udflytningsperioden skal nuværende mulighed for ambulant kontrol af kronikere opretholdes i relevant skalering. Desuden skal det sikres, at nogle hospitaler fortsat har den rette kapacitet og ekspertise på de lungemedicinske afdelinger til at kunne varetage den mest komplicerede behandling samt de akutte tilfælde.

Det enkelte hospital udarbejder en plan for udflytning og identifikation af patienter i nedenstående patientgrupper med henblik på at udflytte patienterne i henhold til de fastlagte implementeringstakter. Identifikation af patienter kan fx være ved ambulant kontrol, journalgennemgang eller en kombination.

Den konkrete flytning af patienter sker i dialog mellem den pågældende hospitalsafdeling og de praktiserende læger i hospitalets plan-/optageområde.

I den forbindelse er det vigtigt, at hospitalerne informerer patienterne, så der sikres forståelse for, hvorfor patienten flyttes til behandling i almen praksis. Det er væsentligt i denne proces, at der for både patienter, praksispersonale og praktiserende læger er nem adgang til at få afklaring og rådgivning fra ambulatoriet.

KOL

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 1 - Side -8 af 20

For patienter med KOL sker udflytningen af patientgrupper til almen praksis i følgende faser:

- *GOLD gruppe A og C flyttes til almen praksis fra 1. november 2018 og skal være gennemført senest 31. marts 2019*
- *GOLD gruppe B (se dog afsnit vedr. emfysepatienter) samt patienter med KOL i langtids-hjemmeiltbehandling flyttes til almen praksis fra 1. april 2019 og skal være gennemført senest 31. august 2019.*
- *Patienter, der både har type 2-diabetes og KOL, fordeles forholdsmæssigt på hver af ovenstående patientgrupper.*

5. Kompetencer

5.1. Kompetencekrav

Almen praksis har behandlingsansvaret for tilmeldte patienter med KOL, hvor behandlingsansvaret ikke ligger på hospitalet. Ifølge overenskomsten for almen praksis 2018-2021 er det lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede KOL-population i praksis. Hvis dette ikke er tilfældet, skal lægen tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven.

I overenskomsten er anført, at det kan være hensigtsmæssigt at anvende sygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning.

Kliniske retningslinjer mv.

I henhold til overenskomsten skal behandling og opfølgning af patienter med KOL følge de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer.

Sundhedsstyrelsen opregner i rapporten ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL” følgende kompetencer, der bør være til stede i forbindelse med den medicinske behandling af KOL:

- Diagnosticering og vurdering af sværhedsgraden af KOL.
- Diagnosticering af samtidigt forekommende sygdomme og monitorering af effekten af medicinsk behandling
- Spirometriundersøgelse og vurdering heraf og efterfølgende handling
- Non-invasiv ventilation

Det følger af rapporten, at der vil være behov for at sikre, at både læger og sygeplejersker samt andet personale i almen praksis, som er involveret i behandling af KOL-patienter, har og vedligeholder deres kompetencer til at håndtere patienter med svær KOL.

Herunder hører bl.a.:

- Farmakologi
- Sygdomslære
- Diagnostiske test
- Kendskab til principper for rehabilitering, herunder palliation
- Lungefysioterapi
- Non farmakologisk behandling af dyspnø
- Angst og kendskab til vigtigste komorbiditet

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 1 - Side -10 af 20

Endvidere bør almen praksis i behandlingen af KOL have fokus på sundhedsfremme, motivation, egenomsorg og patientinvolvering.

Da almen praksis foruden opgaveflytningen af KOL-patienter også skal inddrages i tidlig opsporing af lungesygdomme, vil det være naturligt, at dette tema inddrages i det videre arbejde.

Vejledning og faktaark vedrørende KOL fra DSAM 2017 indeholder de relevante retningslinjer for diagnostik og behandling af KOL i almen praksis.

Efterledes vejledningen i almen praksis, forventes der ikke at være udfordringer med opgaveflytningen i forhold til KOL-patienter mellem almen praksis og hospitaler.

Det er vigtigt, at almen praksis er opmærksom på samarbejdet med kommunerne. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for tværsektorielle forløb for kroniske sygdomme. Anbefalingerne for de tværsektorielle forløb definerer indhold og henvisningsform fra almen praksis til en afklarende samtale i kommunalt regi.

5. 2. Eksisterende kompetenceudviklingstilbud

Der findes i dag en række kompetenceudviklingstilbud målrettet praktiserende læger og praksispersonale vedr. behandlingen af KOL i almen praksis.

Nedenfor fremgår tilbud, som udbydes kontinuerligt af PLO-efteruddannelse (PLO-e), regionens Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H) og Center for HR i Region Hovedstaden.

Kursusudbyder	Læger	Praksispersonale
PLO-e	<ul style="list-style-type: none">- Patienter med kroniske sygdomme og multimorbiditet (systematisk efteruddannelse)- KOL for begyndere- KOL for ildsjæle	<ul style="list-style-type: none">- Patienten med KOL i almen praksis (systematisk efteruddannelse)
KAP-H	<ul style="list-style-type: none">- Forskellige tilbud, hvor behandling af KOL kan være udgangspunktet	<ul style="list-style-type: none">- Forskellige tilbud, hvor behandling af KOL kan være udgangspunktet.
Center for HR, Region Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none">- Har ikke aktuelt faglige kurser	<ul style="list-style-type: none">- Har ikke aktuelt faglige kurser

Systematisk efteruddannelse – Kroniske patienter og multimorbiditet

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 1 - Side -11 af 20

Den systematiske efteruddannelse i almen praksis er et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og har et omfang på tre dage årligt.

Kurset om patienter med kroniske sygdomme og multimorbiditet har til formål at styrke evnen til håndtering af kronisk sygdom og multimorbiditet. Kurset fokuserer på det kliniske arbejde inkl. polyfarmaci og indeholder samtidig emner om behandlingsmål, håndtering og monitorering samt opdatering af evidensbaseret viden. Endvidere berører kurset intern organisering og samarbejde med relevante parter. Systematisk efteruddannelse udbydes af PLO-e.

PLO-e har udarbejdet et curriculum for systematisk efteruddannelse for praksispersonale. Dette kursus har til formål at styrke personalets evner til håndtering og behandling af patienter med KOL, herunder at give et indblik i principper for, hvad KOL er, og hvordan man kan organisere en indsats i praksis i forhold til behandling af KOL.

Systematisk uddannelse udbydes også af andre, men skal være godkendt af PLO-e efter det udarbejdede curriculum.

KAP-H tilbud

KAP-H har en række tilbud, hvor behandling af KOL kan være udgangspunktet. Det drejer sig om praksisbesøg, rationel farmakologi herunder medicingennemgang i den enkelte praksis, kvalitetsudvikling i egen klinik, ligesom de decentrale efteruddannelsesgrupper kan tage emnet op.

Der er således en række tilbud til såvel praktiserende læger som praksispersonale, der kan understøtte almen praksis i opgavevaretagelsen.

Der vil ske ændringer i KAP-H's tilbud i forbindelse med implementeringen af den nye overenskomst for almen praksis.

5.3. Forslag til yderligere kompetenceudviklingstilbud

Kompetenceudviklingen anbefales tilrettelagt med en bred vifte af tilbud til de praktiserende læger og praksispersonale. Den brede vifte skal sikre, at der er tilbud til alle praksis, uanset praksisstørrelse, kompetencer, præferencer for undervisningsmetoder, tidspunkt, mv.

Den fremtidige tilrettelæggelse af og indhold i kompetenceudviklingen skal leve op til kravene i den nye overenskomst.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 1 - Side -12 af 20

Det anbefales derfor at etablere en kontinuerlig efteruddannelsesaktivitet samt evaluering af kompetencebehovet i et samarbejde mellem de lungemedicinske specialafdelinger og almen praksis.

Hvor det er relevant, tænkes kommunale nøglepersoner ind som deltagere i kompetenceudviklingen, således at retningslinjer og viden i almen praksis og i den kommunale rehabilitering bliver så ensartede som muligt.

Følgende emner bør indgå som kompetenceudviklingstilbud:

Systematisk efteruddannelse

Det nuværende tilbud til praktiserende læger, som omfatter kronisk sygdom anvendes indtil videre. Fremover kan der med fordel udbydes et kursus koncentreret om KOL, evt. kombineret med diabetes. Ændring af curriculum i denne retning foretages af PLO-e. Regionen henvender sig til PLO-e med ønske herom.

Gå-hjem møder/eftermiddagsmøder

I takt med at opgaveudflytningen sker, vil specialistrådgivningen få viden om behovet for kompetenceudvikling i almen praksis. Denne viden kan udnyttes til at arrangere gå hjem-møder eller lignende af de lungemedicinske afdelinger, evt. i samarbejde med KAP-H-konsulenter.

Road shows for praksis og kommuner

KAP-H har udarbejdet et koncept, der kan anvendes afhængig af efterspørgslen. Road shows kan med fordel anvendes der, hvor der er særlig fokus på det tværsektorielle samarbejde.

Case-gennemgang på fælleskonferencer (evt. video) og case-baseret gennemgang af nationale vejledninger

Initiativet kan både bidrage til at sprede viden og faglig sparring vedrørende konkrete patientforløb. Tilbuddet kan udvikles i et samarbejde mellem KapH, lungemedicinere fra hospitalerne og almen praksis.

Uddannelsesophold for praksispersonale i lungeambulatorier

Uddannelsesophold giver mulighed for at følge de opgaver, som udføres på hospitalet i forbindelse med KOL-behandling. Det kunne fx være relevant at have praksispersonale med som ”føl”. Tilbuddet kan udvikles efter behov i samarbejde mellem KAP-H, praksispersonale og lungemedicinere fra hospitalerne.

Herudover vil visitationen af KOL-patienter afdække behovet for efteruddannelse varetaget af specialister.

På baggrund af den nye overenskomst for almen praksis skal praktiserende læger arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling i klynger, bl.a. i forhold til KOL. Tilbuddene skal målrettes klyngernes behov.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 1 - Side -13 af 20

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) har fokus på at udarbejde brugbare værktøjer til brug for kvalitetsarbejde i praksis og klyngerne indenfor KOL og diabetes, herunder datapakker.

6. Regional specialistrådgivning

6.1. Formål med specialistrådgivning ifølge overenskomsten

Formålet med den i overenskomst for almen praksis 2018-2021 beskrevne opgaveomlægning er at styrke almen praksis i forhold til patienter med KOL.

Opgaveomlægningen betyder ændret samarbejde mellem den praktiserende læge og specialisterne på hospitalerne. Samarbejdet skal sikre, at den praktiserende læge har støtte fra specialister til at træffe de rigtige beslutninger for den enkelte patient og samtidig bidrage til, at patienten oplever sammenhæng i det individuelle behandlingsforløb.

Den praktiserende læge skal for at kunne varetage behandlingsansvaret for sin kronikerpopulation have øget adgang til specialistrådgivning i forhold til behandling af de mere komplicerede patienter.

For at en praktiserende læge kan henvise en patient med KOL, skal lægen (bortset fra de overenskomsten nævnte grupper) have en dialog med en relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om patienten kan håndteres i almen praksis med den rette specialistopbakning. Akutte indlæggelser foretages uden forudgående aftale.

Hospitalsbehandling skal efter overenskomsten betragtes som undtagelsen i behandlingen af patienter med KOL. I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulante behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen skal overgå til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling.

6.2. Aktuelle rådgivningstilbud

Region Hovedstadens KOL behandlende afdelinger tilbyder i dag telefonisk rådgivning til almen praksis vedr. konkrete patienthenvendelser.

Der tilbydes lægefaglig telefonisk rådgivning til almen praksis på Nordsjællands Hospital (planområde Nord), Herlev og Gentofte Hospital (planområde Midt), Amager og Hvidovre Hospital (planområde Syd), Frederiksberg og Bispebjerg Hospital (planområde Byen) og på Bornholms Hospital.

Lægefaglig telefonisk rådgivning på regionens hospitaler

NOH	HGH	AHH	BFH	BOH
Hverdage i dagtid (kl.	Hverdage kl. 8-15 til 3-4 års	Hverdage til lungemedicinsk	Hverdage kl. 8-18 til	Telefonisk lægefaglig

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 1 - Side -15 af 20

8-16) til lungevagt. Derudover bagvagt, som kan kontaktes	hoveduddannelseslæge i lungemedicin med back up af lungemedicinsk speciallæge	bagvagt (speciallæge eller hoveduddannelseslæge med mulighed for at konferere). Ikke fast telefontid	lungemedicinsk bagvagt, der kan konferere med speciallæge i lungemedicin	rådgivning er koblet til intern medicinsk bagvagt.
---	---	--	--	--

Almen praksis har på hverdage enten adgang til en dialog med en lungemediciner eller en hoveduddannelseslæge med back-up fra en lungemediciner. På Bornholms Hospital varetages lungemedicinsk rådgivning af intern medicinsk bagvagt i samarbejde med specialiseret lungesygeplejerske.

Almen praksis kan endvidere sende spørgsmål/anmodninger via det kliniske korrespondancesystem.

Endelig har almen praksis i varierende tidsrum på hospitalerne mulighed for at modtage forskellige former for specialiseret sygeplejefaglig rådgivning på de lungemedicinske afdelinger.

6.3. Styrket specialistrådgivning til almen praksis fremadrettet

Som det fremgår af afsnit 2, kan der udover de patientgrupper, hvor det efter overenskomsten fremgår, at de skal behandles i hospitalsregi, være patientgrupper med en kompleksitet, hvor det kan være fagligt hensigtsmæssigt at have en telefonisk specialistrådgivningen. Ved generel tvivl om diagnosticering og/eller behandling af patienter med KOL bør den praktiserende læge konsultere specialistrådgivningen.

Fremover forventes derfor et øget behov for dialog imellem hospitalsafdelingerne og almen praksis med henblik på specialistrådgivning vedrørende konkrete patientforløb.

Den styrkede specialistrådgivning til almen praksis etableres pr. 1. november 2018, som beskrevet nedenfor, og forventes udbygget i takt med udflytningen af patienter.

Telefonisk rådgivning vedr. den enkelte patient:

- Dialogbaseret telefonvisitation, hvor den praktiserende læge i forhold til den enkelte patient modtager rådgivning fra speciallæge i lungemedicin i forhold til diagnose og behandling. Rådgivningen skal give mulighed for afklaring, mens patienten er i almen praksis.

Den dialogbaserede visitation skal bl.a. medvirke til hurtig afklaring og igangsættelse af kvalificeret behandling vedr. en konkrete patient samt bidrage til fælles læring og til videndeling.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 1 - Side -16 af 20

I de tilfælde, hvor der telefonisk indhentes rådgivning vedr. undersøgelse/behandling af en konkret patient, er det den behandlingsansvarlige læge, dvs. den alment praktiserende læge, som har journaliseringspligten.

Rådgivning via korrespondancemodul:

- Almen praksis har mulighed for at anvende korrespondancemodulet til spørgsmål, hvor der ikke er behov for umiddelbart svar.

Korrespondancemeddelelser læses og behandles løbende på hverdage i dagvagt. Hospitalerne tilstræber at besvare alle korrespondancemeddelelser senest kl. 10 den efterfølgende hverdag.

Rådgivning vedr. generelle spørgsmål:

- Almen praksis har endvidere behov for telefonisk at kunne modtage lægefaglig rådgivning vedrørende spørgsmål af mere generel karakter, Ved generelle telefoniske forespørgsler og svar på disse har hverken almen praksis eller hospitalet journaliseringspligt.
- Endvidere tilbydes telefonisk sygeplejefaglig rådgivning vedr. generelle spørgsmål.

Tidsrum og bemanning af rådgivning:

- Det anses for hensigtsmæssigt, at muligheden for telefonisk rådgivning og rådgivning via korrespondancemodulet fra speciallæge i lungemedicin er tilgængelig for almen praksis imellem kl. 8-16 på hverdage. Det anbefales, at der etableres et direkte nummer, som betjenes af en speciallæge i lungemedicin.

Organisering af rådgivning:

- Rådgivningen til almen praksis varetages i hvert planområde og på Bornholms Hospital af hensyn til den dialog, der bl.a. må være om, hvilken behandling patienten skal tilbydes, samt om behovet for at henvise til ambulans behandling eller indlæggelse på det pågældende hospital. Bornholms Hospital kan evt. indgå aftale om samarbejde med et andet hospital, hvis der er udfordringer med at varetage rådgivningsfunktionen.

7. Opfølgning på opgaveflytningen

Det fremgår af overenskomsten for almen praksis, at Praksisplanudvalget skal udarbejde en implementeringsplan for opgaveflytningen samt følge udviklingen af implementeringen. Udvalget skal desuden drøfte snitflader og optimering af samarbejder på tværs af sektorer

I overenskomsten er det beskrevet, at det bl.a. vil være relevant for regionen at følge nedenstående faktorer:

- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der modtager årskontrol
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der henvises til hospitaler
- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnosen type 2-diabetes/KOL
- Antal indlæggelser og genindlæggelser blandt patienter med type 2-diabetes/KOL
- Andel af patienter med KOL eller type 2-diabetes som samtidig lider af andre kroniske sygdomme
- Henvisninger til øvrige af praksissektorens behandlere
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale forebyggelsestilbud

Endvidere er det hensigtsmæssigt at følge udviklingen i almen praksis' brug af specialistrådgivning på hospitalerne.

Som en del af overenskomsten for almen praksis indgår, at RLTN med inddragelse af PLO i overenskomstperioden tager initiativ til en forskningsbaseret evaluering af, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 1 - Side -19 af 20

Bilag 1:

Deltagere i arbejdsgrupper vedr. faglig afgrænsning af patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL, der flytter fra hospitalsregi til almen praksis*

- Enhedschef Charlotte Hosbond (formand), Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden
- Ole Snorgaard, Overlæge, Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital (Diabetesudvalget)
- Tina Vilsbøll, Klinikchef, Steno Diabetes Center Copenhagen (Diabetesudvalget)
- Finn Vejlø Rasmussen, overlæge, Nordsjællands Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Ejvind Frausing Hansen, specialeansvarlig overlæge, Amager og Hvidovre Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Torben Larsen, Alment praktiserende læge (PLO-Hovedstaden)
- Kristina Johansen, Chefkonsulent, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, (Københavns Kommune)
- Steen Rank Petersen, Sundhedschef (Gladsaxe Kommune)
- Vicedirektør Janne Elsborg, Amager og Hvidovre Hospital:
- Vicedirektør Kristian Antonsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital:
- Ledende overlæge Finn Thomsen Nielsen Bornholms Hospital, Medicinsk Afdeling
- Planlægningschef Morten Klint, Herlev og Gentofte Hospital:
- Enhedschef for Planlægnings- og analyseenheden, Tobias de Neergaard
- Nordsjællands Hospital:
- Centerdirektør Christian Worm, Rigshospitalet
- Stabschef Charlotte Hove Andreasen, Steno Diabetes Center Copenhagen:
- Mona-Lene Kjærgård, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Thomas Pihl, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Specialkonsulent Peter Kronborg, Dataenheden, Center for Økonomi, Region Hovedstaden
- Niels Formsgaard, chefkonsulent, Center for Økonomi (Region Hovedstaden)

Sekretariat:

- Ann Liza Bøhme, specialkonsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)
- Mette Lund Jespersen, afdelingslæge, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)

* Der har været nedsat separate arbejdsgrupper om hhv. KOL og diabetes, hvor repræsentanterne fra de sundhedsfaglige råd har deltaget indenfor deres respektive områder. Repræsentanter fra hospitalsdirektionerne deltog i et møde.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 1 - Side -20 af 20

Deltagere i arbejdsgrupper om kompetencer i almen praksis og organisering af specialistrådgivning vedr. hhv. type 2-diabetes og KOL**

- Jesper Lihn (formand), Chef for Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Torben Larsen, Alment praktiserende læge (PLO-Hovedstaden)
- Kristina Johansen, Chefkonsulent, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, (Københavns Kommune)
- Steen Rank Petersen, Sundhedschef (Gladsaxe Kommune)
- Helle Middelfart, alment praktiserende læge (KAP-H)
- Tina Vilsbøll, Klinikchef, Steno Diabetes Center Copenhagen (Diabetesudvalget)
- Ole Snorgaard, Overlæge, Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital (Diabetesudvalget)
- Finn Vejlø Rasmussen, overlæge, Nordsjællands Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Ejvind Frausing Hansen, specialeansvarlig overlæge, Amager og Hvidovre Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Kai Nørring, formand for Patientinddragelsesudvalget
- Jette Bay, næstformand for Patientinddragelsesudvalget
- Ann Liza Bøhme, specialkonsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)
- Mette Lund Jespersen, afdelingslæge, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)
- Niels Formsgaard, chefkonsulent, Center for Økonomi (Region Hovedstaden)

Sekretariat:

- Mona-Lene Kjærgård, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Thomas Pihl, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)

** * Der har været nedsat separate arbejdsgrupper om hhv. KOL og diabetes, hvor repræsentanterne fra de sundhedsfaglige råd har deltaget indenfor deres respektive områder.

2018

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

REGION

Implementeringsplan om udflytning af patienter med type 2- diabetes til almen praksis

1. Baggrund

Overenskomsten for almen praksis 2018-2021 indebærer en opgaveflytning, således at almen praksis varetager den største del af behandlingen af patienter med KOL og type 2-diabetes. Til understøttelse af opgaveflytningen er der aftalt et program for hhv. type 2-diabetes og KOL, der har til formål at styrke almen praksis i opgavevaretagelsen i forhold til patienter med type 2-diabetes eller KOL og for patienter, der lider af begge sygdomme.

Region Hovedstaden skal på baggrund af ”Aftale om program diabetes type 2 og KOL i almen praksis” i overenskomsten lave en plan for, hvordan den konkrete opgaveflytning skal foregå.

Med afsæt heri har Region Hovedstaden udarbejdet en implementeringsplan for flytning af patienter med type 2-diabetes til almen praksis, der indeholder:

- Afgrænsning af patienter diagnosticeret med type 2-diabetes, hvor behandlingsansvaret som følge af overenskomstaftalen flyttes fra hospitalsregi til almen praksis (afsnit 2).
- Opgørelse af antal patienter med type 2-diabetes, som flyttes til almen praksis (afsnit 3)
- Plan for flytning af patientgrupperne til almen praksis (afsnit 4)
- Beskrivelse af krav til kompetencer vedr. behandling af type 2-diabetes og behovet for kompetenceudvikling i almen praksis (afsnit 5)
- Vurdering af behov for styrket specialistrådgivning til almen praksis og forslag til organisering heraf (afsnit 6)

Region Hovedstadens implementeringsplan for opgaveflytningen er udarbejdet på baggrund af bidrag fra arbejdsgrupper, hvor der har været inddragelse fra:

- PLO-Hovedstaden
- KKR-Hovedstaden
- Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H)
- Sundhedsfagligt Råd Diabetesudvalget
- Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden
- Hospitalsadministrationerne

Deltagere i arbejdsgrupperne fremgår af bilag 1.

2. Afgrænsning af patienter som flyttes fra hospitalsregi til almen praksis

Af overenskomsten for almen praksis 2018-2021 fremgår, at almen praksis som hovedregel har behandlingsansvaret for alle tilmeldte patienter med type 2-diabetes (med udgangspunkt i ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type-diabetes”, Sundhedsstyrelsen 2016) med undtagelse af nedenstående undergrupper, hvor behandlingsansvaret ligger på hospitalet:

- Indlagte patienter med type 2-diabetes
- Gravide med type 2-diabetes
- Patienter med behov for specialistbehandling af signifikante komplikationer: svære fodsår, nefropati og/eller svær retinopati (proliferativ og makulopati)
- Patienter med tendens til hypoglykæmi.

Der er i Lægehåndbogen vedr. type 2-diabetes på www.sundhed.dk angivet visitationskriterier ved henvisning til hospital, hvor ikke alle målgrupper fremgår af overenskomstaftalen. Behandling af disse patienter kan have en kompleksitet, som stiller nye krav til kompetencerne i almen praksis, hvor det særligt kan være fagligt hensigtsmæssigt at have en telefonisk dialog via specialistrådgivningen om patienten med en endokrinolog (diabetolog). Herunder specifikt:

- Svært regulerbare blodsukkerværdier
- Behandlingsmål¹ for blodsukker, blodtryk og lipider der ikke kan opnås i almen praksis
- Signifikante følgesygdomme – især diabetiske fodproblemer (herunder Charcot fod), smertende polyneuropati og svær autonom neuropati
- Komplicerende komorbiditet herunder patienter i behandling med steroid
- Ønske om graviditet

For at en praktiserende læge kan henvise en patient med type 2-diabetes (bortset fra de i overenskomstaftalen nævnte patientgrupper) til hospital som følge af deres diabetesdiagnose, skal den praktiserende læge efter overenskomsten først have haft en dialog med en relevante hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den nødvendige specialitopbakning, eller om patienten bør henvises til behandling på hospitalet. Det vil hyppigst dreje sig om problemstillingerne angivet ovenfor. En telefonisk dialog og/eller skriftlig korrespondance kan anvendes.

¹ Behandlingsmål tilpasset den enkelte patient. Der henvises til regionens VIP-vejledning vedr. diabetes type 2 – farmakologisk behandling af voksne

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -4 af 18

Ved generel tvivl om diagnosticering og/eller behandling af patienter med type 2-diabetes bør den praktiserende læge kontakte hospitalets specialistrådgivning. Dette gælder eksempelvis unge patienter med type 2-diabetes eller patienter med type 2-diabetes og psykisk sygdom samt patienter med komplekse problemstillinger og/eller individuelle forhold, der komplicerer sygdomsforløbet, fx særlig sårbarhed.

Der skal med udgangspunkt i ovenstående sikres et sammenhængende patientforløb, herunder en tydelig ansvars- og arbejdsfordeling.

I de nuværende forløbsprogrammer i Region Hovedstaden er det aftalt, at almen praksis henviser til rehabiliteringen i kommunerne. Udflytningen betyder, at det fremadrettet er kommunerne, der varetager rehabiliteringen af de patienter, der flyttes fra hospital til almen praksis. Dette forudsætter, at almen praksis har kendskab til de kommunale tilbud vedrørende rehabilitering, og at kommunerne sikrer den nødvendige ekspertise, kapacitet og udvikling af rehabiliteringstilbuddet til patienter med type 2-diabetes.

Region Hovedstaden vil sideløbende med implementeringen af opgaveflytningen vurdere, om der er behov for at revidere det nuværende forløbsprogram.

Når almen praksis efter rådgivning fra hospitalet skal henvise en patient, bør henvisningen til hospital indeholde oplysninger om:

- Diabetesvarighed
- Eventuelle komplikationer eller betydende komorbiditet
- Oplysninger om gennemførte tiltag fx rehabiliteringsforløb
- Opdateret medicinliste i fælles medicinkort (FMK) samt tidligere afprøvede lægemidler relateret til patientens diabetes og diabeteskomplikationer
- Forløb af HbA1c, vægt og blodtryk
- Andre relevante undersøgelser
- Betydende psykosociale forhold, herunder etnicitet og tolkebehov

3. Opgørelse af antal patienter som skal flyttes til almen praksis

3.1. Type 2-diabetes

Det har ud fra den eksisterende diagnosekodning og data fra Voksen Diabetes Databasen ikke været muligt at give et estimat for, hvor mange patienter, der som følge af overenskomsten, skal overflyttes til almen praksis.

Der er stor forskel på antal patienter angivet i overenskomsten og skønnet fra den nedsatte arbejdsgruppe ift., hvor mange patienter der skal udflyttes til almen praksis.

Der har været forskellige kilder til estimering af, hvor mange patienter type 2-diabetes, der som følge af overenskomsten skal udflyttes til almen praksis. Der er taget udgangspunkt i, at 40 procent af patienterne med type 2-diabetes skal udflyttes til almen praksis. Antallet af patienter, der skal udflyttes, forventes at være imellem 3.673 og 7.405.

Flere af regionens hospitaler har oplyst, at de allerede har udflyttet mange patienter med type 2-diabetes til almen praksis, og der kan derfor være geografiske forskelle i regionen i forhold til, hvor mange patienter det enkelte hospital skal udflytte. Beregningsmodellen tilgodeser ikke geografiske forskelle, men antager, at det er det samme procentvise antal patienter, der skal flyttes fra hvert hospital til almen praksis.

3.2. Type 2-diabetes og KOL

I overenskomstaftalen er det vurderet, at der i 2018 er ca. 28.000 patienter, som både er diagnosticeret med KOL og type 2-diabetes. Det er i aftalen ikke vurderet, hvor mange patienter, der forventes at skulle udflyttes til almen praksis.

Prævalensen af diabetes hos KOL-patienter er af den nedsatte arbejdsgruppe vurderet til ca. 10 %. og er uafhængig af KOL-sværhedsgrad.

Det antages derfor, at 10% af de patienter med KOL, der skal udflyttes til almen praksis, også vil have diabetes type 2, dvs. 127 patienter.

3.3. Opfølgning på udflytning af patienter

Da ovenstående er baseret på et skøn, og for at sikre at den reelle udflytning af patienter til almen praksis stemmer overens med det forventede antal patienter, vil der løbende blive fulgt op herpå. Første opfølgning vil ske 6 måneder, efter at udflytningen er påbegyndt.

4. Plan for flytning af patientgrupperne

Der anbefales at ske en gradvis flytning af patienterne i implementeringsperioden, der løber indtil 1. juli 2020. Alle hospitaler forventes at følge samme udflytningsplan, hvor nedenstående patientgrupper flyttes samtidigt fra alle regionens hospitaler til almen praksis. Patienter, der forventes at være mest komplekse at varetage for almen praksis, flyttes til sidst.

Det fremgår af overenskomsten for almen praksis, at i udflytningsperioden skal nuværende mulighed for ambulant kontrol af kronikere opretholdes i relevant skalering. Desuden skal det sikres, at nogle hospitaler fortsat har den rette kapacitet og ekspertise på de endokrinologiske afdelinger til at kunne varetage den mest komplicerede behandling, de akutte tilfælde og forsat forskning indenfor diabetes.

Det enkelte hospital udarbejder en plan for udflytning og identifikation af patienter i nedenstående patientgrupper med henblik på at udflytte patienterne i henhold til de fastlagte implementeringstakter. Identifikation af patienter kan fx være ved ambulant kontrol, journalgennemgang eller en kombination.

Den konkrete flytning af patienter sker i dialog mellem den pågældende hospitalsafdeling og de praktiserende læger i hospitalets plan-/optageområde.

I den forbindelse er det vigtigt, at hospitalerne informerer patienterne, så der sikres forståelse for, hvorfor patienten flyttes til behandling i almen praksis. Det er væsentligt i denne proces, at der for både patienter, praksispersonale og praktiserende læger er nem adgang til at få afklaring og rådgivning fra ambulatoriet.

Type 2-diabetes

Udflytningen af patientgrupper til almen praksis sker i følgende faser:

- *Patienter med type 2-diabetes uden komplikationer udflyttes til almen praksis fra 1. november 2018 og skal være gennemført senest 31. marts 2019,*
- *Patienter med type 2-diabetes med komplikationer (der ikke skal varetages i hospitalsregi) udflyttes til almen praksis fra 1. april 2019 og skal være gennemført senest 31. august 2019.*
- *Patienter, der både har type 2-diabetes og KOL, fordeles forholdsmæssigt på hver af de to ovenstående patientgrupper.*

5. Kompetencer

5.1. Kompetencekrav

Almen praksis har behandlingsansvaret for alle tilmeldte patienter med type 2-diabetes, hvor behandlingsansvaret ikke ligger på hospitalet. Ifølge overenskomsten for almen praksis 2018-2021 er det lægens eget ansvar at vurdere, om praksis har den rette organisation og kompetencer til at kunne varetage behandlingen af den samlede diabetespopulation i praksis. Hvis dette ikke er tilfældet, skal lægen tage ansvar for, at praksis klargøres til at overtage opgaven.

I overenskomsten er anført, at det kan være hensigtsmæssigt at anvende diabetesygeplejersker og/eller andet praksispersonale til patientbehandling- og opfølgning.

Kliniske retningslinjer

I henhold til overenskomsten skal behandling og opfølgning af patienter med type 2-diabetes følge de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for den ikke farmakologiske behandling af diabetes, ligesom de faglige selskaber har udarbejdet vejledninger. I samarbejde med Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin er der udarbejdet guidelines for behandling af diabetes. Sundhedsstyrelsen har endvidere udarbejdet anbefalinger for tværsektorielle forløb for type 2-diabetes.

Af de udarbejdede guidelines fremgår, at behandlingen af type 2-diabetes består af livsstilsintervention og farmakologisk behandling.

Livsstilsinterventionen består ifølge guidelines af:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse, viden, kunnen og egenomsorg
- Diætbehandling
- Rådgivning/program for fysisk aktivitet
- Rygeafvænning

Livsstilsintervention har gunstig effekt på vægt, glukoseniveau, risikofaktorer og patienternes viden om sygdommen, men forebygger ikke nødvendigvis komplikationer og hjertekarsygdom.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 2 - Side -8 af 18

Til forebyggelse af hjertekarsygdomme og senkomplikationer er det ifølge guidelines vigtigt at supplere livsstilsinterventionen med polyfarmakologisk behandling af alle risikofaktorer. Den farmakologiske behandling består af:

- Lipidsænkende behandling
- Antihypertensiv behandling
- Antihyperglykæmisk behandling
- Evt. antitrombotisk behandling

Læger, sygeplejersker samt øvrigt hjælpepersonale i almen praksis har brug for faglige kompetencer indenfor følgende temaer:

- Nydiagnosticerede patienter
- Årskontroller
- Farmakologisk behandling af diabetes
- Insulinbehandling
- Kendskab til sygdommens patofysiologi
- Niveau og ændringer i risikofaktorer, fx HbA1c, blodtryk og kolesteroltal i forhold til deres betydning for udvikling eller forværring af komplikationer
- Diabetes som multisygdom
- Glukosemonitorering
- Akutte og sene komplikationer

Almen praksis bør i behandlingen endvidere have fokus på sundhedsfremme, motivation og patientinvolvering.

Herudover er det relevant at fokusere på samarbejdet med andre faggrupper, fx fodterapeuter og øjenlæger.

Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” definerer indhold og henvisningsform fra almen praksis til en afklarende samtale i kommunalt regi med henblik på at målrette rehabiliteringen i forhold til relevante tilbud, fx kostvejledning og/eller motion.

5. 2 Eksisterende kompetenceudviklingstilbud

Der eksisterer en række kompetenceudviklingstilbud målrettet praktiserende læger og praksispersonale, som udbydes kontinuerligt af PLO-efteruddannelse (PLO-e), Region Hovedstadens Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H) og Center for HR, Region Hovedstaden. Udover de nævnte tilbud kan der være andre udbydere af uddannelse fx indenfor systematisk efteruddannelse.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -9 af 18

Kursusudbyder	Læger	Praksispersonale
PLO-e	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes i almen praksis - Patienter med kroniske sygdomme og multimorbiditet (systematisk efteruddannelse) - Opdatering i endokrinologi 	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten med diabetes i almen praksis (systematisk efteruddannelse)
KAP-H	<ul style="list-style-type: none"> - Forskellige tilbud hvor behandling af diabetes type-2 kan være udgangspunktet 	<ul style="list-style-type: none"> - Forskellige tilbud hvor behandling af diabetes type-2 kan være udgangspunktet
Center for HR, Region Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none"> - Har ingen faglige kurser aktuelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Den ældre person med diabetes og akutte komplikationer - Temadag om diabetes, pleje og behandling - Type 2-diabetes, insulinbehandling og hypoglykæmi - Undervisning om type 1 og type 2-diabetes til sundhedsfagligt personale i primærsektor

Systematisk efteruddannelse – Kroniske patienter og multimorbiditet

Kurset har til formål at styrke evnen til håndtering af kronisk sygdom og multimorbiditet. Kurset fokuserer på det kliniske arbejde inkl. polyfarmaci og indeholder samtidig emner om behandlingsmål, håndtering og monitorering, opdatering af evidensbaseret viden. Endvidere berører kurset intern organisering og samarbejde med relevante parter. Systematisk efteruddannelse udbydes af PLO-e.

PLO-e har aktuelt et kursus for praktiserende læger, der omhandler diabetes i almen praksis

PLO-e har udarbejdet et curriculum for systematisk efteruddannelse for praksispersonale. Kurset har til formål at styrke personalets evner til håndtering og behandling af patienter med diabetes, herunder give et indblik i principper for, hvad diabetes er, og hvordan man kan organisere indsatsen i praksis.

KAP-H tilbud

KAP-H har en række tilbud, hvor behandling af diabetes type-2 kan være udgangspunktet: Praksisbesøg, rationel farmakoterapi, herunder medicingennemgang, kvalitetsudvikling i egen klinik, ligesom de decentrale efteruddannelsesgrupper kan tage emnet op. Der vil ske ændringer i KAP-H's tilbud i forbindelse med implementeringen af den nye overenskomst for almen praksis.

Andre kurser

Hertil kommer, at regionens Center for HR har tilbud til praksispersonale, aktuelt om den ældre patient og akutte komplikationer, insulinbehandling og hypoglykæmi.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis

Bilag 2 - Side -10 af 18

Der er således en række tilbud til såvel praktiserende læger som praksispersonale, der kan understøtte almen praksis i opgavevaretagelsen. Disse omfatter såvel viden om sygdommen, livsstilsændringer som farmakologisk behandling, ligesom den enkelte praksis kan understøttes i organiseringen af arbejdet med diabetespatienter.

5. 3. Forslag til yderligere kompetenceudviklingstilbud

Kompetenceudviklingen anbefales tilrettelagt med en bred vifte af tilbud til de praktiserende læger og praksispersonale. Den brede vifte skal sikre, at der er tilbud til alle praksis, uanset praksisstørrelse, kompetencer, præferencer for undervisningsmetoder, tidspunkt mv.

Hvor det er relevant, kan kommunale nøglepersoner deltage i kompetenceudviklingen, således at retningslinjer og viden i almen praksis og i den kommunale rehabilitering bliver så ensartede som muligt.

Den fremtidige tilrettelæggelse af og indhold i kompetenceudviklingen skal leve op til kravene i overenskomsten. Det skal endvidere sammentænkes med Steno Diabetes Center Copenhagens udvikling af uddannelses- og rådgivningstilbud til praksissektoren.

Følgende emner bør indgå som kompetenceudviklingstilbud:

Systematisk efteruddannelse

Det nuværende tilbud til praktiserende læger, som omfatter kronisk sygdom, anvendes indtil videre. Fremover kan der med fordel udbydes et kursus koncentreret om diabetes, evt. kombineret med KOL. Ændring af curriculum i denne retning foretages af PLO-e. Region Hovedstaden henvender sig til PLO-e herom.

Gå hjem/eftermiddagsmøder

Specialistrådgivningen kan afdække behov for efteruddannelse. Dette kan ske ved gå hjemmøder arrangeret af de endokrinologiske afdelinger og SDCC, evt. i samarbejde med KAP-H konsulenter.

Road shows for almen praksis og kommuner

Road shows kan med fordel anvendes, hvor der er fokus på samarbejdet mellem almen praksis, hospitalsafdeling og kommuner. KAP-H har udarbejdet et koncept, der kan anvendes afhængig af efterspørgslen.

Case-gennemgang på fælleskonferencer (evt. video) og casebaseret gennemgang af nationale vejledninger

Initiativet kan både bidrage til at sprede viden og faglig sparring vedrørende konkrete patientforløb. Tilbuddet kan udvikles i et samarbejde mellem KAP-H og endokrinologer/diabetologer fra hospitalerne/SDCC.

Uddannelsesophold for praksispersonale i diabetesambulatorier

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -11 af 18

Uddannelsesophold giver mulighed for at følge de opgaver, som udføres på hospitalet. Det kunne fx være relevant at have praksispersonale med som "føl".

Tilbuddet kan udvikles efter behov i samarbejde mellem KapH, praksispersonale endokrinologer/diabetologer fra hospitalerne/SDCC.

Herudover vil visitationen af diabetes patienter afdække behovet for efteruddannelse varetaget af specialister

På baggrund af den nye overenskomst for almen praksis skal alle praktiserende læger arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling i klynger, bl.a. i forhold til type 2-diabetes.

Tilbuddene skal målrettes klyngernes behov.

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) har fokus på at udarbejde brugbare værktøjer til brug for kvalitetsarbejde i praksis og klyngerne indenfor KOL og diabetes, herunder datapakker.

6. Regional specialistrådgivning

6.1. Formål med specialistrådgivning ifølge overenskomsten

Formålet med den i overenskomst for almen praksis 2018-2021 beskrevne opgaveomlægning er at styrke almen praksis i forhold til patienter diagnosticeret med diabetes.

Opgaveflytningen betyder ændrede samarbejdsrelationer mellem den praktiserende læge og den specialiserede behandling på hospitaler med udgangspunkt i den enkelte patient. Samarbejdet skal sikre, at den praktiserende læge har støtte fra specialister til at træffe de rigtige beslutninger for den enkelte patient og samtidig bidrage til, at patienten oplever sammenhæng i det individuelle behandlingsforløb.

Den praktiserende læge skal for at kunne varetage behandlingsansvaret for sin kronikerpopulation have øget adgang til specialistrådgivning i forhold til behandling af de mere komplicerede patienter.

For at den praktiserende læge kan henvise en patient med diabetes (bortset fra de i overenskomsten nævnte grupper), skal lægen have en dialog med relevant hospitalsafdeling med henblik på vurdering af, om den praktiserende læge kan håndtere patienten i almen praksis med den rette specialistopbakning. Akutte indlæggelser kan dog foretages uden forudgående aftale.

Hospitalsbehandling skal efter overenskomsten betragtes som undtagelsen i behandlingen af patienter med type 2-diabetes. I de tilfælde, hvor det bliver nødvendigt at henvise til ambulans behandling, skal patienten allerede ved henvisningstidspunktet forberedes på, at behandlingen overgår til almen praksis igen, når der ikke længere er behov for hospitalsbehandling.

6.2. Aktuelle rådgivningstilbud

Region Hovedstadens diabetesbehandlende afdelinger tilbyder allerede i dag telefonisk rådgivning til almen praksis.

Der tilbydes lægefaglig telefonisk rådgivning til almen praksis på Rigshospitalet (optageområde i Indre By), Nordsjællands Hospital (Planområde Nord), Steno Diabetes

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -13 af 18

Center Copenhagen (planområde Midt), Amager og Hvidovre Hospital (planområde Syd), Frederiksberg og Bispebjerg Hospital (planområde Byen) samt Bornholms Hospital.

Lægefaglig telefonisk rådgivning på regionens hospitaler

RH	NOH	SDCC	AMH	BFH	BOH
Hverdage kl. 8-15.30 til endokrinologisk bagvagt (enten overlæge eller læge i udd. til speciallæge i endokrinologi, der har mulighed for at konferere med overlæge.	Hverdage kl. 8-15 på hverdage til speciallæge i endokrinologi	Hverdage kl. 8-16 på til speciallæge i endokrinologi med subspeciallæge i diabetologi	Hverdage kl. 8-16 til speciallæge i endokrinologi/hoveduddannelseslæge med mulighed for at konferere med diabetolog.	Endokrinologisk bagvagt (speciallæge i endokrinologi). Den ene hverdag kl. 8-19 med efterflg. beredskab, og hver anden hverdag til kl. 21 med efterflg. rådighed. Herudover servicetelefon kl. 8-15.30 til daglig lægefaglig rådgivning i ambulatorium.	Hverdage kl. 8-15 til endokrinologisk speciallæge-

Almen praksis har på hverdage i dagtid mulighed for telefonisk rådgivning ved endokrinolog/diabetolog. Alternativt kan konfereres med intern medicinsk speciallæge.

Endvidere kan almen praksis sende spørgsmål/anmodninger via det kliniske korrespondancesystem.

Endelig har almen praksis mulighed for at henvende sig til diabetesambulatorierne for at modtage sygeplejefaglig rådgivning.

6.3. Styrket specialistrådgivning til almen praksis fremadrettet

Som det fremgår af afsnit 2, kan det udover de patientgrupper, hvor det efter overenskomsten fremgår, at de skal behandles i hospitalsregi, ved nogle patientgrupper på grund af kompleksiteten være fagligt hensigtsmæssigt at have en telefonisk specialistrådgivningen. Ved generel tvivl om diagnosticering og/eller behandling af patienter med type 2-diabetes bør den praktiserende læge endvidere konsultere specialistrådgivningen.

Fremover forventes et øget behov for dialog imellem hospital og almen praksis med henblik på at understøtte almen praksis vedrørende konkrete patientforløb.

Den styrkede specialistrådgivning til almen praksis etableres pr. 1. november 2018, som beskrevet nedenfor, og forventes udbygget i takt med udflytningen af patienter.

Telefonisk rådgivning vedr. diabetes patienter:

- Dialogbaseret specialistrådgivning er, når den praktiserende læge i forhold til generel rådgivning og /eller i forhold til den enkelte patient modtager telefonisk rådgivning fra speciallæge i endokrinologi/diabetolog i forhold til diagnose og behandling. Tilbuddet skal bidrage til, at den praktiserende læge kan få rådgivning, mens behandlingsansvaret fortsætter i almen praksis.

Den dialogbaserede rådgivning skal bl.a. medvirke til hurtig afklaring og igangsættelse af kvalificeret behandling samt bidrage til fælles læring og til videndeling på tværs af hospitalerne og almen praksis.

I de tilfælde, hvor der indhentes telefonisk rådgivning vedr. undersøgelse/behandling af en konkret patient, er det den behandlingsansvarlige læge, dvs. den alment praktiserende læge, som har journaliseringspligten.

Ved generelle telefoniske forespørgsler og svar på disse har hverken almen praksis eller hospitalet journaliseringspligt.

Rådgivning via korrespondancemodul:

- Almen praksis har mulighed for at anvende korrespondancemodulet til spørgsmål, hvor der ikke er behov for svar med det samme.

Korrespondancemeddelelser læses og behandles løbende på hverdage i dagvagt. Hospitalerne tilstræber at besvare alle korrespondancemeddelelsen senest kl. 10 den efterfølgende hverdag.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -15 af 18

Tidsrum og bemanning af rådgivning:

- Muligheden for telefonisk og korrespondance rådgivning fra speciallæge i endokrinologi/diabetolog er tilgængelig for almen praksis i tidsrummet kl. 8-16 på hverdage. Det anbefales at etablere et direkte nummer til den telefoniske kontakt.

Organisering af rådgivningsindsatsen:

- Forventer den praktiserende læge rådgivning om, hvorvidt en patient med type 2-diabetes (bortset fra de i overenskomsten nævnte grupper) skal henvises med henblik på indlæggelse eller modtagelse på et ambulatorium, kontaktes specialistrådgivningen på hospitalet i det pågældende planområde.
- Forventer almen praksis at kunne håndtere patienten efter en lægefaglig telefonisk specialistrådgivning uden tilsyn af en speciallæge, kontaktes rådgivningen på Steno Diabetes Center Copenhagen, der varetager denne funktion for hele regionen.
- Akutte indlæggelser kan fortages af den praktiserende læge med det lokale hospital som vanligt.
- Steno Diabetes Center Copenhagen varetager for hele regionen telefonisk sygeplejefaglig rådgivning.

7. Opfølgning på opgaveflytningen

Det fremgår af overenskomsten for almen praksis, at Praksisplanudvalget skal udarbejde en implementeringsplan for opgaveflytningen samt følge udviklingen af implementeringen. Udvalget skal desuden drøfte snitflader, optimering af samarbejdet på tværs af sektorer.

I overenskomsten er beskrevet, at det bl.a. vil være relevant for regionen at følge nedenstående faktorer:

- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der modtager årskontrol
- Andel/antal patienter med KOL/type 2-diabetes, der henvises til hospitaler
- Antal ambulante besøg med aktionsdiagnosen type 2-diabetes/KOL
- Antal indlæggelser og genindlæggelser blandt patienter med type 2-diabetes/KOL
- Andel af patienter med KOL eller type 2-diabetes som samtidig lider af andre kroniske sygdomme
- Henvisninger til øvrige af praksissektorens behandlere
- Henvisningsmønstre til relevante kommunale forebyggelsestilbud

Endvidere er det hensigtsmæssigt at følge udviklingen i almen praksis' brug af specialistrådgivning på hospitalerne.

Som en del af overenskomsten for almen praksis indgår, at RLTN med inddragelse af PLO i overenskomstperioden tager initiativ til en forskningsbaseret evaluering af, om opgaveflytningen har været succesfuld, herunder om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -17 af 18

Bilag 1:

Deltagere i arbejdsgrupper vedr. faglig afgrænsning af patienter diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL, der flytter fra hospitalsregi til almen praksis*

- Enhedschef Charlotte Hosbond (formand), Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden
- Ole Snorgaard, Overlæge, Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital (Diabetesudvalget)
- Tina Vilsbøll, Klinikchef, Steno Diabetes Center Copenhagen (Diabetesudvalget)
- Finn Vejlø Rasmussen, overlæge, Nordsjællands Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Ejvind Frausing Hansen, specialeansvarlig overlæge, Amager og Hvidovre Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Torben Larsen, Alment praktiserende læge (PLO-Hovedstaden)
- Kristina Johansen, Chefkonsulent, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, (Københavns Kommune)
- Steen Rank Petersen, Sundhedschef (Gladsaxe Kommune)
- Vicedirektør Janne Elsborg, Amager og Hvidovre Hospital:
- Vicedirektør Kristian Antonsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital:
- Ledende overlæge Finn Thomsen Nielsen Bornholms Hospital, Medicinsk Afdeling
- Planlægningschef Morten Klint, Herlev og Gentofte Hospital:
- Enhedschef for Planlægnings- og analyseenheden, Tobias de Neergaard
- Nordsjællands Hospital:
- Centerdirektør Christian Worm, Rigshospitalet
- Stabschef Charlotte Hove Andreasen, Steno Diabetes Center Copenhagen:
- Mona-Lene Kjærgård, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Thomas Pihl, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Specialkonsulent Peter Kronborg, Dataenheden, Center for Økonomi, Region Hovedstaden
- Niels Formsgaard, chefkonsulent, Center for Økonomi (Region Hovedstaden)

Sekretariat:

- Ann Liza Bøhme, specialkonsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)
- Mette Lund Jespersen, afdelingslæge, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)

* Der har været nedsat separate arbejdsgrupper om hhv. KOL og diabetes, hvor repræsentanterne har de sundhedsfaglige råd har deltaget indenfor deres respektive områder. Repræsentanter fra hospitalsdirektionerne deltog i et møde.

Punkt nr. 4 - Beslutning: Implementeringsplaner for opgaveflytning af KOL og type 2-diabetes til almen praksis
Bilag 2 - Side -18 af 18

Deltagere i arbejdsgrupper om kompetencer i almen praksis og organisering af specialistrådgivning vedr. hhv. type 2-diabetes og KOL**

- Jesper Lihn (formand), Chef for Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Torben Larsen, Alment praktiserende læge (PLO-Hovedstaden)
- Kristina Johansen, Chefkonsulent, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, (Københavns Kommune)
- Steen Rank Petersen, Sundhedschef (Gladsaxe Kommune)
- Helle Middelfart, alment praktiserende læge (KAP-H)
- Tina Vilsbøll, Klinikchef, Steno Diabetes Center Copenhagen (Diabetesudvalget)
- Ole Snorgaard, Overlæge, Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital (Diabetesudvalget)
- Finn Vejlø Rasmussen, overlæge, Nordsjællands Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Ejvind Frausing Hansen, specialeansvarlig overlæge, Amager og Hvidovre Hospital (SFR for lungesygdomme)
- Kai Nørring, formand for Patientinddragelsesudvalget
- Jette Bay, næstformand for Patientinddragelsesudvalget
- Ann Liza Bøhme, specialkonsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)
- Mette Lund Jespersen, afdelingslæge, Enhed for Hospitalsplanlægning (Region Hovedstaden)
- Niels Formsgaard, chefkonsulent, Center for Økonomi (Region Hovedstaden)

Sekretariat:

- Mona-Lene Kjærgård, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)
- Thomas Pihl, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling (Region Hovedstaden)

** * Der har været nedsat separate arbejdsgrupper om hhv. KOL og diabetes, hvor repræsentanterne har de sundhedsfaglige råd har deltaget indenfor deres respektive områder.

**STYRELSESVEDTÆGT
FOR
REGION HOVEDSTADEN**

Kapitel 1

Regionsrådet

§ 1. Regionsrådet består af 41 medlemmer, jfr. § 8 i lov om regioner mv., som senest bekendtgjort ved lovbekendtgørelse nr. 319 af 28. marts 2017 (i det følgende benævnt regionsloven).

§ 2. Regionsrådet er Region Hovedstadens øverste myndighed, og fastlægger retningslinjerne for regionens virksomhed.

Stk. 2. Regionsrådet har den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, bortset fra de opgaver, som i henhold til loven varetages af forretningsudvalget.

Stk. 3. Regionsrådet behandler uden forudgående udvalgsbehandling rapporter fra Region Hovedstadens databeskyttelsesrådgiver om rådgiverens arbejde, ligesom regionsrådet på samme vis behandler andre spørgsmål, som databeskyttelsesrådgiveren forelægger rådet.

Stk. 4. Regionsrådet vedtager regionens budget og godkender dens regnskab.

Stk. 5. Regionsrådet fastlægger strategi for udviklingen på regionens ansvarsområder og godkender planer og politikker for udviklingen af regionens virksomhed efter indstilling fra de stående udvalg.

Stk. 6. Regionsrådet fastlægger efter indstilling fra forretningsudvalget generelle administrative retningslinjer for regionens virksomhed, herunder

- Kasse- og regnskabsregulativ
- Revisionsregulativ og
- Retningslinjer for ansættelse og afskedigelse af regionens personale

Stk. 7. Regionsrådet godkender aftaler med andre myndigheder.

Stk. 8. Regionsrådet vælger medlemmer til de udvalg, råd, nævn m.v., hvor Region Hovedstaden i henhold til lovgivningen eller andre bestemmelser skal være repræsenteret.

§ 3. Regionsrådet vælger en formand og en første og anden næstformand.

§ 4. De nærmere regler om forberedelse, indkaldelse og afholdelse af regionsrådets møder fastsættes i regionsrådets forretningsorden.

§ 5. Regionsrådet kan i henhold til regionsloven, jf. lov om kommunernes styrelse, nedsætte særlige udvalg - § 17 stk. 4 udvalg - til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for regionsrådet, forretningsudvalget og de stående udvalg. Regionsrådet bestemmer de særlige

udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed. Som bilag 1 er vedlagt en oversigt over de pr. januar 2018 nedsatte særlige udvalg.

Kapitel 2

Regionsrådsformanden

§ 6. Regionsrådsformanden varetager som øverste daglige leder af regionens samlede administration de funktioner, der fremgår af regionslovens § 16, jfr. §§ 30-33 i lov om kommunernes styrelse.

Stk. 2. Regionsrådsformanden sørger for, at der i fornødent omfang indhentes erklæring fra forretningsudvalget og de stående udvalg, inden regionsrådet træffer beslutning i en sag.

Stk. 3. Regionsrådsformanden påser sagernes ekspedition, herunder at de ekspederes uden unødige forsinkelse. Regionsrådsformanden kan af forretningsudvalget, de stående udvalg og af administrationen forlange enhver oplysning om sager, der er underlagt dem, og om sagernes ekspedition.

Stk. 4. Regionsrådsformanden påser, at ingen udgift afholdes eller indtægt oppebæres uden fornøden bevilling, og påser, at udgifter og indtægter føres i overensstemmelse med de af Økonomi- og Indenrigsministeriet og regionsrådet fastsatte regler. Finder regionsrådsformanden, at en disposition ikke har haft bevillingsmæssig hjemmel, forelægges spørgsmålet for regionsrådet.

Kapitel 3

Forretningsudvalget

§ 7. Forretningsudvalget er regionens økonomiudvalg, der har ansvar for varetagelsen af regionens økonomiske planlægning og forestår regionens samlede planlægningsopgaver, idet udvalget fastlægger de generelle forudsætninger for de stående udvalgs planlægningsopgaver. Forretningsudvalget fungerer desuden som personaleudvalg. Forretningsudvalgets opgaver på økonomiområdet fremgår af regionsloven.

Stk. 2 Forretningsudvalgets 15 medlemmer vælges blandt regionsrådets medlemmer. Formanden for regionsrådet er født formand for forretningsudvalget.

§ 8. Forretningsudvalget har i henhold til regionsloven, indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for samtlige regionens administrationsområder. Det indebærer, at forretningsudvalget har ansvar for de økonomiske og administrative forhold i regionen, og at alle sager, som forelægges for regionsrådet, forelægges gennem forretningsudvalget, når de vedrører økonomi og administration

Udvalget har udover de ovenfor nævnte områder også politikudviklende og politikopfølgende opgaver på de områder, som ikke er henlagt til de stående udvalg, herunder bl.a.

- Fastlæggelse af og opfølgning på driftsmål vedr. akutområdet/akuttelefonen 1813, herunder kvalitetsmål og patienttilfredshed mv.
- Kompetenceudvikling og relevant efteruddannelse af regionens medarbejdere
Kvalitetsfundsbyggerierne

§ 9. Forretningsudvalget fastsætter regler om:

- indberetninger fra regionens administration med henblik på udvalgets udøvelse af budget- og bevillingskontrol, og
- i hvilket omfang regionens værdier skal forsikres.

Stk. 2. Forretningsudvalget fører tilsyn med

- at forvaltningen af regionens kasser og regionens regnskabsføring er forsvarlig,
- at regionens arkivalier opbevares på betryggende måde, og
- løn- og ansættelsesforhold for personale i selvejende institutioner.

Kapitel 4

Stående udvalg

De stående udvalg i Region Hovedstaden har ikke som regionsrådet og forretningsudvalget del i den umiddelbare forvaltning af regionens anliggender, herunder af driftsopgaver og anlægsopgaver.

De stående udvalgs opgave er at formulere forslag til den politik, som regionen skal føre på sine ansvarsområder og at påse, at vedtagne politikker føres ud i livet. Udvalgene har også til opgave at følge op på de vedtagne planer og politikker og at stille forslag om ændringer i fornødent omfang.

Udvalgene har ikke budgetansvar for deres ansvarsområder, men kan af regionsrådet få tillagt konkret udmøntning af bestemte bevillingsbeløb. De stående udvalg kan endvidere få tillagt umiddelbar forvaltning på bestemte dele af deres ansvarsområde ved delegation fra regionsrådet. De stående udvalg bidrager efter anmodning fra forretningsudvalget til udarbejdelse af forretningsudvalgets budgetforslag inden for deres ansvarsområder.

Regionsrådet drøfter en gang om året målene for de stående udvalgs og forretningsudvalgets arbejde.

§ 10. Der nedsættes følgende udvalg, der alle har 9 medlemmer, bortset fra Miljø- og klimaudvalget, som har 7 medlemmer og Sundhedsudvalget, der har 11 medlemmer:

Sundhedsudvalg

Social- og psykiatriudvalg

Udvalg for forebyggelse og sammenhæng

Erhvervs- og vækst og forskningsudvalg

Miljø- og klimaudvalg

Trafikudvalg

Stk. 2. De stående udvalg og forretningsudvalget har på det politikudviklende og politikopfølgende område en forpligtelse til at inddrage borgere, patienter, pårørende, fagfolk, organisationer og andre relevante aktører, i relevant omfang.

§ 11. Medlemmerne af stående udvalg vælges blandt regionsrådets medlemmer.

Stk. 2. Udvalgene vælger selv deres formand og næstformand. Ethvert medlem af udvalget er forpligtet til at modtage valg til formand og næstformand.

Stk. 3. Udvalgene udøver deres virksomhed i møder. Udvalgene er beslutningsdygtige, når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede. Alle beslutninger træffes ved stemmeflertal.

Stk. 4. Udvalgene fastsætter selv deres forretningsorden. Der er udarbejdet en standardforretningsorden med tilhørende regler om foretræde.

Stk. 5. Ethvert medlem kan forlange afvigende meninger kort tilført beslutningsprotokollen. Det pågældende medlem kan ved sagens fremsendelse ledsage denne med en begrundelse for sit standpunkt. Ved sager, der skal fremsendes til anden myndighed eller til offentlig høring, gives der mulighed for korte mindretalsudtalelser.

Stk. 6. Til formændene for de stående udvalg udbetales et særskilt vederlag svarende til 3 % af regionsrådsformandens årlige vederlag.

§ 12. Hvis et udvalg agter at foretage dispositioner, der berører et andet udvalgs område, skal der inden iværksættelsen forhandles med dette udvalg, i fornødent omfang med inddragelse af forretningsudvalget og regionsrådets formand.

Sundhedsudvalget

Politikudviklende opgave:

Sundhedsudvalget skal i sit arbejde med bl.a. hospitalsplanen have fokus på indsatser, der sikrer, at behandlingen på regionens hospitaler leveres til borgeren på et højt fagligt niveau – og på en måde, så den fremmer helbredelse og varetagelse af egen sundhed ud fra den enkelte patients situation og behov. Udvalget skal i sin politikformulerende rolle være med til at sikre, at alle borgere skal have lige god behandling uanset, om deres sygdom er fysisk eller psykisk.

Udvalget skal bidrage til sikring af, at alle borgere i regionen kan få hurtig og kompetent hjælp ved akut sygdom.

Udvalget skal bidrage til udviklingsarbejdet omkring at skabe en organisation og struktur på fødeområdet, der kan sikre tilstrækkelig kapacitet til den forventede stigning i antal fødsler i regionen.

Udvalget skal arbejde med mulighederne for at inddrage pårørende som en ressource i behandlingsforløbet og hvordan hensynet til børn som pårørende kan varetages ved behandling af forældre og søskende.

Udvalget skal vurdere yderligere initiativer på palliationsområdet, herunder også vurdere initiativer der kan sikre en værdig død på hospice eller tilbud om støtte i eget hjem eller på hospitalerne – også til børn.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Driftsmål på sundhedsområdet overholdelse af ventetider og udredningsgaranti
- Hospitalsplanen 2020
- Akutområdet (Akuttelefonen 1813 og de fælles akutmodtagelser), jf. dog § 8
- Tværpolitisk forhandlingsgruppe tilknyttet Akuttelefonen 1813
- Fødeområdet (kapacitet) og udbredelse af kendt jordemoderordning
- Anbefalingerne fra udvalget for sammenhængende patientforløb
- Patientansvarlig læge
- Indsatser i forhold til undersøgelse, behandling og rehabilitering på kræft-, hjerte- og transplantationsområdet
- Inddragelse af patienternes egne ressourcer i behandlingen
- Varetage relationerne til Patientinddragelsesudvalget
- Patientsikkerhed
- Palliation
- Kvalitet i servicetilbud og information til patienterne samt ekstern patienttransport

Social- og psykiatriudvalg

Politikudviklende opgave:

Et social- og psykiatriudvalg skal sætte overordnet retning og mål for udviklingen af psykiatrien. Udvalget skal i sit arbejde have et bredt blik på, hvordan den regionale indsats bedst tilrettelægges, så den støtter mennesker med psykiske lidelser.

Det gælder både i forhold til at sikre fokus på den behandling og de tilbud patienten modtager på hospitalerne, men også i at sikre hensigtsmæssige overgange gennem inddragelse og bedre samarbejde mellem psykiatri og somatik i forhold til mennesker, der lider af såvel psykiske som fysiske sygdomme.

Udvalget skal i sit politikudviklende arbejde med en ny flerårig handleplan for psykiatrien blandt andet arbejde videre med et øget fokus på de pårørende i psykiatrien, og hvordan de kan bruges som en ressource og sikres inddragelse i behandlingsforløbet. Her skal der være speciel fokus på børnene, når det er dem, der er de pårørende.

Der skal arbejdes med bedre overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, samt igangsættes initiativer, der skal nedbringe tvang og overdødelighed blandt psykiatriske patienter – særligt patienter med et misbrug.

Der skal desuden styrkes og videreudvikles på konceptet for "Huset for Psykisk Sundhed". Herunder med fokus på nedtrapning af uhensigtsmæssigt medicinbrug hos borgere.

Udvalget arbejder med udvikling af den årlige rammeaftale med kommunerne på det sociale område, herunder med henblik på drøftelse af kvalitet og udvikling i de højt specialiserede sociale tilbud.

Udvalget har en løbende dialog med bestyrelser for de selvejende sociale institutioner, som regionen har indgået driftsoverenskomst med og med regionens egne sociale tilbud, herunder med repræsentanter for brugere og pårørende.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Handleplan for psykiatrien, herunder erfaringsopsamling med ikke medicinske metoder og en helhedsorienteret tilgang til behandling
- Overgange mellem børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien
- Indsats for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom, herunder indsats mod misbrug.
- Kortlægning af udviklingen i den kommunale og den regionale psykiatriindsats, herunder kommunernes hjemtagelse af færdigbehandlede.
- Inddragelse af pårørende i psykiatrien
- Kvalitet i servicetilbud
- Driftsmål på psykiatriområdet, herunder overholdelse af ventetider, udredningsgaranti og anvendelse af tvang

Udvalg for forebyggelse og sammenhæng

Politikudviklende rolle:

Nedsættelsen af udvalg for forebyggelse og sammenhæng har til formål at styrke det tværgående samarbejde om borgeren. Den regionale indsats på sundhedsområdet handler ikke kun om den behandling, patienten modtager på hospitalerne, men også om de tilbud vedkommende får derhjemme – i samarbejde med kommune, praktiserende læge m.fl.

Udvalget har derfor en vigtig opgave i at politikudvikle på, hvad regionen kan gøre for at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen i borgerens nærmiljø.

Samarbejdet med kommunerne omkring det systematiske udviklingsarbejde med forebyggelse vil også være et indsatsområde for udvalget, blandt andet for at undgå unødvendige genindlæggelser.

Udvalget skal også arbejde for at forebygge ulighed i sundhed ved blandt andet at opretholde fokus på hjælp til de mest udsatte borgere i regionen eksempelvis psykisk sårbare.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Forebyggelse
- Ulighed i sundhed
- Medicinanvendelse
- Praksissektoren
- Sundhedsaftalen
- Sundhedshuse

- Overgang mellem region og kommune for patienterne
- Varetage relationerne til Sundhedskoordinationsudvalget, Regionshandicaprådet og Praksisplansudvalget, Patientinddragelsesudvalget
- Genindlæggelse
- Driftsmål på det tværsektorielle område, herunder forebyggelse

Erhverv og vækst og forskningsudvalget:

Politikudviklende opgave:

Visionen for hovedstadsregionen er at være den grønne og innovative metropol med høj vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau.

Region Hovedstaden har et politisk mål om at videreudvikle de ekspansive vidensmiljøer, hvor fokus er på at generere ny viden og innovative løsninger, som vises gennem kongeindikatoren "Hjemtagning af eksterne midler".

For at realisere visionen skal Regionsrådet skal hvert fjerde år formulere en strategi for at skabe vækst og udvikling i regionen. Den regionale vækst- og udviklingsstrategi (ReVUS) handler om at skabe livskvalitet, men også om at skabe gode betingelser for erhvervslivet, så det baner vejen for internationale investeringer, arbejdspladser, fokus på uddannelse, digitalisering og økonomisk vækst i Greater Copenhagen.

Udvalget skal i sit politikformulerende arbejde med ReVUS have fokus på,

- at Region Hovedstaden fortsætter sin tradition for samarbejde mellem regionen og private aktører. Dette både i forhold til OPP- samarbejde, udlicitering, forskningssamarbejde o. lign.
- at der sikres arbejdskraft i regionen bl.a. ved at igangsætte initiativer, der sikrer unge uddannelse specielt i forhold til erhvervsuddannelserne.
- at videreudvikle samarbejdet med blandt andet erhvervsskolerne, virksomheder og kommunerne, herunder også tage nye initiativer, der kan øge rekrutteringen.
- at sætte en retning for, hvordan digitale løsninger skal bidrage til løsningen af samfundsmæssige problemer i Greater Copenhagen til gavn for borgere, myndigheder og erhvervsliv.

Udvalget vil også fokusere på at skabe gode vilkår for at fremme forskning, som skal udmønte sig i en forskningsstrategi for samarbejde mellem lægepraksis, hospitaler, uddannelsesinstitutioner og/eller private virksomheder, herunder sundhedspersonalets egne forskningsinitiativer.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Den Regionale Vækst- og Udviklingsstrategi (ReVUS)
- Smart vækst, herunder digital infrastruktur, digitale kompetencer og strategi for den smarte vækst

- Kreativ vækst, herunder internationale kultur- og sportevents og kreative erhverv
- Sund vækst, herunder lifescience og understøttelse af klinisk forskning i samarbejde med industrien
- Kompetent arbejdskraft og internationalisering
- Uddannelsesplanlægning
- Sociale klausuler (løn- og ansættelsesvilkår for byggerier i Region Hovedstaden)
- Turisme og erhvervsfremme, herunder tiltrækning af virksomheder og arbejdspladser
- Sundheds- og velfærdsteknologi
- Forskningsstrategi for regionen
- Samarbejde med virksomheder om afprøvning af medicin og teknologi (OPI)
- Partnerskaber og forskningsamarbejder med universiteter, lægepraksis, hospitaler og virksomheder mv. (OPP mv.)
- Personlig medicin
- Brugen af sundhedsdata i samarbejde med eksterne parter
- Innovation, herunder medarbejderdrevet innovation og innovation i samarbejde med eksterne samarbejdspartnere
- Relationer til Greater Copenhagen and Skåne Committee
- Relationer til Vækstforum
- Relationer til STRING

Miljø- og klimaudvalget

Politikudviklende opgave:

Miljø- og klimaudvalget skal i sit udviklingsarbejde være med til at realisere visionen om regionen som en grøn og innovativ metropol både i geografien og regionen som egen virksomhed.

Miljø- og klimaudvalget skal være med til at sætte fokus på regionens indsats for at mindske miljøbelastning på regionens egne virksomheder og institutioner. Det betyder også, at udvalget skal kigge nærmere på, hvilke løsninger og tiltag, der kan være til gavn for vores miljø samt understøtte grønne indkøb. Udviklingen vises gennem kongeindikatoren CO₂.

Udvalget vil blandt andet være med til at holde fokus på, at Region Hovedstadens store byggeopgaver på hospitalerne påvirker klimaet mindst muligt eksempelvis via lavt energiforbrug, fornuftigt valg af byggematerialer, begrænset vandforbrug og ressourcebevidst spildevandshåndtering.

Udvalget skal være politikudviklende på det strategiske væksttema i ReVUS om grøn vækst med henblik på erhvervsvækst inden for bl.a. klimatilpasning, cirkulær økonomi, ressourceeffektivitet, energi, jordforurening og grundvandsbeskyttelse.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Råstofplan
- Jordforureningsindsats og drikkevandsbeskyttelse
- Grøn vækst, herunder klima, ressourceeffektivitet og cirkulær økonomi
- FN's verdensmål for bæredygtig udvikling

- Grønne indkøb
- Erfaringsopsamling omkring klima, lavt energiforbrug, byggematerialer og spildevandshåndtering fra nye hospitalsbyggerier og renoveringsprojekter

Trafikudvalg

Politikudviklende opgave:

Trafikudvalget skal være med til at sikre en effektiv og bæredygtig mobilitet i hovedstadsregionen.

Trafikudvalget tager i sin politikudviklende opgave afsæt i den fælles trafikplan for Hovedstadsregionen, der blev vedtaget i 2016. Udvalget skal i sit arbejde være med til at sikre en velfungerende kollektiv trafik i regionen, der aflaster trængselsproblemer og sikrer mobilitet på tværs af regionen også i tyndt befolkede områder, bl.a. let adgang til arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og hospitaler.

Udvalget skal bidrage til at fremme indsatsen for bæredygtig og grøn mobilitet for at bidrage til målet om at blive fossilfri i 2050. Udvalget kan i den forbindelse inddrage overvejelser om, hvordan man kan nedsætte miljøbelastningen i områder præget af støj og røg på trafikområdet ved nye vejforbindelser ved brug af kollektiv trafik og elbiler. Derudover kan udvalget også være med til at pege på, hvordan man når i mål med at udfase dieselbusser i regionens drift og erstatte dem med el-busser eller lignende frem mod 2030.

Endelig falder udviklingsarbejdet omkring at udbrede netværket af supercykelstier til hele regionen også ind under udvalgets politikudviklende opgaver.

Politikopfølgning på flg. opgaveområder:

- Kollektiv trafik
- Strategisk trafikplanlægning, herunder arbejdet for en styrket koordinering af den kollektive trafik
- Letbanen
- Nye stationer og trafikale forbindelser
- Samlet trafik- og mobilitetsplan for hovedstadsregionen
- Bæredygtig og grøn mobilitet
- Supercykelstier
- Indsats for elbiler og andre grønne drivmidler
- Relationerne til Movia, Hovedstadens Letbane og DOT

Således vedtaget af regionsrådet den 9. og 30. januar 2018

Driftsmålstyring			
Målepunkter	Sundhed	Regional Udvikling	Det Sociale Område
Tilfredshed	<ul style="list-style-type: none"> • Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?/ Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb? • Lyttede personalet til dig, f.eks. dine bekymringer, ønsker og behov? 	<ul style="list-style-type: none"> • Måling af tilfredshed i forbindelse med V1 kortlægning og V2 • undersøgelser af jordforurening 	<ul style="list-style-type: none"> • Alt i alt er du tilfreds med at være her
Levering	<ul style="list-style-type: none"> • Svartider, Akuttefonen • Overholdelse af standard-forløbstider i kræftpakker • Somatiske patienter udredt indenfor 30 dage; Psykiatriske patienter (voksne) udredt • indenfor 30 dage; psykiatriske patienter (børn og unge) udredt indenfor 30 dage • Andel af elektroniske epikriser (udskrivningsbreve) afsendt indenfor én dag • Overbelægning på medicinske afdelinger 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventetid på V1 kortlægninger og V2 kortlægninger • Strukturfondsmidler, disponering • Kubikmeter beskyttet drikkevand • Antal skabte praktikpladser • Antal virksomhedskontakter om teknologiske og innovative sundhedsløsninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Belægningsprocent
Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotikaforbrug • Kliniske kvalitetsdatabaser • Overlevelse ved uventet hjertestop • Akutte genindlæggelser (somatik) • Tvang (antal bæltefikseringer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstern finansiering / eksterne indtægter til forskning og innovation fra offentlige og private kilder • Udvikling i CO₂ udledning (pilotprojekt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Magtanvendelser
Medarbejdere og ledere	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdertrivsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdertrivsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejdertrivsel
Produktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetoverholdelse, økonomi • Budgetoverholdelse, aktivitet • Udvikling i effektivitet (index) 	<ul style="list-style-type: none"> • Udgift per passager i den regionale kollektive trafik 	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetopfølgning



Nationale mål og indikatorer – sammenhæng til regionale driftsmål (sundhedsplatformens gevinstrealiseringsmål er ikke medtaget)

Nationalt mål	Sammenhængende patientforløb	Styrket indsats for kronikere og ældre patienter	Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	Behandling af høj kvalitet	Hurtig udredning og behandling	Øget patientinddragelse	Flere sunde leveår	Mere effektivt sundhedsvæsen
Oversigt: Nationale indikatorer & Regionale driftsmål herunder kampagnemål	Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge) (FMK)	Akutte indlæggelser pr. diabetespatient	5 års overlevelse efter kræft	Kliniske kvalitetsdatabaser	Overholdelse af standardforløbstider i kræftpakker	Patientinddragelse	Daglige rygere i befolkningen	Produktivitet på sygehuse
	Ajourføring af FMK ved udskrivelsen – Kampagnemål	Akutte indlæggelser pr. KOL-patient	Hjertedødelighed	Tvang (antal bæltefikseringer)	Overholdelse af udredningsret	Patienttilfredshed	Middellevetid	Liggetid pr. indlæggelse
	Akutte genindlæggelser, somatik							
	Ventetid til genoptræning	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre	Overlevelse ved uventet hjertestop		Antal udredningsforløb, somatik Kampagnemål			
	Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet	Overbelægning på medicinske senge	Antal uventede hjertestop- Kampagnemål		Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen			
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse	Andel af borgere med demens, der anvender/indkøb af antipsykotisk medicin	Sygehuserhverve de infektioner (bakteriæmi og clostridium difficile)		Ventetid til sygehusoperation			
	Andel af elektroniske epikriser afsendt inden for én dag		Antibiotika		Svartider, akuttelefonen			
Farvekoder	National indikator og regionalt driftsmål							
	National indikator, der ikke indgår i driftsmålstyring i Region Hovedstaden, men som kan være relevant at følge på hospitalsniveau							
	National indikator, der ikke er relevant at følge hospitalsniveau							
	Regionalt driftsmål inkl. kampagnemål (ikke national indikator)							

Godkendt Sundhedskoordinationsudvalget 27. maj 2016

Regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse

Hovedstadsregionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med mennesket i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb. Vi har et fælles ønske om et stærkt nært sundhedsvæsen, som kan supplere den indsats, borgerne får på hospitalerne.

Innovation og samarbejde på tværs af sektorer er essentielt for, at vi lykkes med den dagsorden. Derfor skal kommuner, region og almen praksis i fællesskab turde udfordre de eksisterende organisatoriske strukturer og sammenløse konkrete udfordringer, herunder evt. afprøve samarbejder med fælles ledelse, fælles økonomi og fælles værdier. Vi ønsker at være sammen om sundhed og udvikle vores samarbejde om sundhedshuse til gavn for vores borgere.

Dette er en regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse i Region Hovedstaden. Formålet med visionen er at inspirere kommuner, region og praksissektoren til at videreudvikle det nære sundhedsvæsen i fællesskab.

Visionen kan danne ramme for en efterfølgende lokal opfølgning mellem de involverede parter om eventuel etablering af fælles sundhedshuse, ligesom visionen kan indgå i arbejdet om bl.a. nye samarbejdsformer, som er igangsat under den fælles sundhedsaftale for 2015-2018.

Visionen om fælles sundhedshuse tager afsæt i borgerens ressourcer og behov, høj faglig kvalitet og lavest mulige effektive omkostningsniveau. Derudover udspringer visionen også af ønsket om at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for og med borgerne. På den måde understøtter visionen også sundhedsaftalen.

Det er visionen, at fælles sundhedshuse bidrager til:

- *et stærkt nært sundhedsvæsen, som medvirker til at borgerne oplever høj kvalitet og øget sammenhæng i indsatsen.*

- *bedre udnyttelse af ressourcerne, og en større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af sektorer.*
- *let og lige adgang til praksissektoren og hospitalsydelser, der hvor det er en udfordring.*

Fælles værdier når vi indgår i fælles sundhedshuse

Vi har en fælles værdi om, at have **mennesket i centrum**. Det vil sige, at borgeren skal ses som aktiv samarbejdspart, borgerens egen vurdering skal indgå i behandlingen, og brugerstyret behandling skal, hvor det er muligt og relevant, være et naturligt element i fælles sundhedshuse.

Vi har en fælles værdi om **lighed i sundhed**. Der kan være problemstillinger i områder med mange sårbare borgere, som kalder på særlige løsninger – eksempelvis når sårbare borgere ikke har ressourcer til selv at kontakte sundhedsvæsenet eller udebliver fra aftaler. Det skal vi have med, når vi planlægger fælles sundhedshuse.

Vi har en fælles værdi om **tilgængelighed**. Det vil sige, at der skal tænkes tilgængelighed ind i et fælles sundhedshus fra start. Der er her tale om en bred definition af tilgængelighed – ikke kun fysisk tilgængelighed – men også elektronisk, telefonisk og trafikal tilgængelighed. Tilgængelighed starter før borgeren træder ind over dørtrinnet i et hus. Fysisk tilgængelighed skal ikke blot tilgode kørestolsbrugere og gangbesværede, men også arm- og håndhæmmede, synshandicappede, hørehandicappede, astmatikere og allergikere, udviklingshandicappede og personer med læsevanskeligheder mv.

Hvad er sundhedshuse og hvad er fælles sundhedshuse

Der er efterhånden mange forskellige typer af sundhedshuse både i hovedstadsregionen og i resten af Danmark, og der er ikke en entydig definition af, hvad et sundhedshus skal indeholde. Variationerne går på:

- antallet af aktører repræsenteret i huset
- hvilke tilbud huset indeholder
- hvilke borger- og patientgrupper tilbuddene i huset er målrettet til
- hvordan sundhedshuset er organiseret, og
- i hvilken grad ledelse, økonomi og drift er integreret på tværs af sektorer.

I Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland er sundhedshuse typisk etableret for at sikre lægedækning og hospitalsydelser i yderområder.

I Region Midtjylland er sundhedshuse etableret med en målsætning om at arbejde hen mod et sammenhængende og integreret sundhedsvæsen og sikre borgeren én indgang til kommunale og regionale sundhedsydelser.

Sammenlignet med de andre regioner har Region Hovedstaden høj befolkningstæthed, generelt god lægedækning og korte afstande til hospitaler. Det har betydet, at afstande ikke i samme grad har været katalysator for etablering af sundhedshuse, hvor både region, kommune og almen praksis er til stede. Imidlertid er der stadig et fælles ønske om at styrke samarbejdet om borgeren i det nære sundhedsvæsen.

Mange kommuner i Region Hovedstaden har allerede etableret sundhedshuse eller sundhedscentre, der samler kommunernes forebyggelses- og træningstilbud samt i nogle tilfælde også rehabiliterings-, aflastnings- og akutpladser. I enkelte sundhedshuse er der også andre aktører, fra eksempelvis praksissektoren, jordemødre og frivillige foreninger.

Forskellige behov og muligheder i hovedstadsregionen

I Region Hovedstaden præger forskellige behov både hospitalernes optageområder og kommunerne. Regionen rummer også nogle særlige kendetegn og traditioner, som kan styrke mulighederne for at tænke sundhedstilbud anderledes, eksempelvis ved at koble kommunale sundheds-, forebyggelses- og rehabiliteringstilbud med behandlingstilbud fra hospitalerne og almen praksis.

Hovedstadsregionen er præget af enkelte store kommuner og en række mellemstore og små kommuner. Mange steder har små og mellemstore kommuner et relativt veludbygget **tværkommunalt samarbejde** bl.a. om fælles træning og tilbud under forløbsprogrammerne til borgere med kronisk sygdom. Flere steder har der gennem efterhånden mange år været tradition for tværkommunalt samarbejde, hvilket der også kan bygges videre på i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Tværkommunalt samarbejde vil bl.a. kunne medvirke til at skabe det fornødne borgergrundlag for eks. udgående regionale tilbud eller muligheden for at kunne etablere fælles sundhedshuse, med en særlig profil flere steder i hovedstadsregionen.

I de fleste områder i regionen er **lægedækningen** god. Der er dog vanskeligt at tiltrække praktiserende læger i enkelte landområder og enkelte byområder med mange sårbare borgere. Denne problemstilling er oplagt at have fokus på ved etablering af fælles sundhedshuse. Vi har ligeledes i kraft af vores geografi generelt god mulighed for at samarbejde med øvrige oplagte partnere som patientforeninger, frivillige organisationer, andre praksisydere, uddannelsesinstitutioner, universiteter, erhvervsliv mv.

Når den nye sygehusstruktur slår igennem vil det især få betydning for borgerne i de nordlige kommuner. Nogle vil få **længere til hospitalet**. Regionsrådet har derfor besluttet, at etablere sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund. Region Hovedstaden samarbejder med kommunerne i området om at etablere fælles sundhedshuse. Samarbejdet omkring et sundhedshus i Helsingør er længst fremme og her arbejder regionen og kommunen på at etablere et sundhedshus med både kommunale, regionale og fælles funktioner samt fælles økonomi, fælles ledelse osv.

Eksisterende sundhedshuse eller andre steder hvor borgerne mødes, kan med fordel anvendes og videreudvikles for at sikre integrerede og kvalificerede tilbud til borgerne i nærmiljøet. Forskellige praksisydere kan inddrages i højere grad, og regionale funktioner kan tilknyttes, eksempelvis i udgående funktioner. Når vi arbejder med sundhedshuse og tværsektorielle samarbejder, behøver vi altså ikke nødvendigvis at bygge nyt.

Endeligt kan vi bygge videre på vores særegne geografi, som huser landets største by. Her har vi stor befolkningstæthed og dermed **stor volumen** af borgere med specifikke behov. Det giver mulighed for at afprøve forskellige modeller for tværsektorielt samarbejde og styrker muligheden for at afprøve sundhedshuse med en særlig profil. Et eksempel på dette er etableringen af tværsektorielle psykiatriske huse som beskrevet i inspirationskataloget.

Inspirationskatalog

Modeller for fælles sundhedshuse

I kataloget er der skitseret en række forskellige modeller for fælles sundhedshuse.

Kataloget kan anvendes til inspiration for lokale drøftelser om eventuel etablering af fælles sundhedshuse, eller som inspiration til udvikling af andre tværsektorielle projekter med nye samarbejdsformer.

Kataloget er ikke udtømmende, og der er intet til hinder for at udvikle, kombinere eller plukke fra modellerne, eller at arbejde med andre modeller end dem, der er beskrevet.

Punkt nr. 7 - Genforelæggelse - Orientering: Status for arbejdet med sundhedshuse i regionen

Bilag 1 - Side 6 af 11
Udarbejdet af en tværsektoriel skrivegruppe bestående af repræsentanter fra regionadministrationen, Det fælleskommunale sundhedssekretariat, Kommunerne, Patientinddragelsesudvalget og PLO-Hovedstaden.

Godkendt Sundhedskoordinationsudvalget 27. maj 2016

Det fælles sundhedshus med mange tilbud under ét tag

Formålet med sundhedshuset med mange tilbud under ét tag er at skabe én entydig og let adgang til mange sundhedstilbud for borgere og udvikle mere sammenhængende, fleksible og effektive behandlingsforløb.

I denne model samles mange regionale og kommunale tilbud, som f.eks. genoptræning, rådgivning, patientskoler, tilbud til borgere med kronisk sygdom, ambulante undersøgelser, akutsygepleje og rehabiliteringspladser under ét tag. Der er også plads til praksislæger og speciallæger, ligesom patientforeninger og frivillige kan være i huset.

De regionale og kommunale tilbud er samlet i én organisation med én fælles ledelse, hvilket er en løftestang for et tæt samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer. Der skabes et fælles afsæt for udvikling af f.eks. kvalitet, kommunikation og telemedicin.

Det fælles hus giver personalet mulighed for at dele viden, lokaler og faciliteter. Placering af regionale og kommunale funktioner under ét tag, giver også mulighed for at udvikle fælles forløb og hermed danne en fælles sømløs kultur med fælles mål hos personalet.

En forudsætning for, at der kan placeres forskellige regionale funktioner i et fælles sundhedshus, er at borgergrundlaget for tilbud i huset er tilstrækkeligt stort.

Fælles sundhedshuse med mange tilbud

Eksempler på sundhedshuse med ambitioner om fælles ledelse og opgaveløsning er Sundhedshuset i Holstebro og Sundhedshuset i Helsingør.

Men der er også eksempler fra udlandet, f.eks. Wester Hailes Living Centre i Skotland, hvor region, kommune og frivillige organisationer er gået sammen i et center på knap 5.000 m² på tværs af sundheds- og socialektorer. Huset giver mulighed for at der ses på borgerens problemstilling som en helhed - ikke isoleret som en social eller sundhedsmæssig problemstilling.

Se mere på:
[\[links\]](#)



Billede: Det kommende sundhedshus i Holstebro

Det fleksible sundhedshus

Det fleksible sundhedshus bygger videre på nye eller eksisterende sundhedshuse, eller andre steder, hvor borgerne alligevel mødes.

I det fleksible sundhedshus arbejder kommune, region, almen praksis, andre praksisydere og frivillige organisationer (eller nogle af de nævnte aktører) sammen om borgerens forløb, men ikke nødvendigvis med fælles ledelse.

I områder med mangel på praktiserende læger kan et fleksibelt sundhedshus være attraktivt for almen praksis og andre praksisydere. Kommunerne kan i denne model påvirke lægesituationen ved at tilbyde egnede lokaler for almen praksis og andre praksisydere i sundhedshuset. Lokaler skal være egnede, både i forhold til tilgængelighed og økonomi, med plads til at flere læger kan have et fagligt fællesskab. Målet er mere end en fælles adresse. Målet er at skabe synergi på en måde, som giver mening for både borger, kommune og praktiserende læger. Der kan eksempelvis laves aftaler om frikøb af noget af lægernes tid, så kommunen og lægen kan indgå et udvidet samarbejde.

I det fleksible sundhedshus er det også muligt at tilknytte funktioner fra hospitalet. Ikke nødvendigvis fast på matriklen, men der kan eksempelvis arbejdes med mobil blodprøvetagning, telemedicinsk kontakt til hospitalet og almen praksis, så det er muligt at gennemføre ambulante kontroller via digitale løsninger.

Sundhedshuset kan evt. etableres i tilgængelige lokaler i nærmiljøet, f.eks. biblioteker eller lignende, hvor borgerne i forvejen kommer. Sundhedshuset kan have åbent dagligt eller på nærmere fastsatte tidspunkter afhængig af de lokale behov.

Et sundhedshus for borgere med kronisk sygdom

Borgere med kronisk sygdom har behov for løbende kontrol af deres sygdomsudvikling. I et sundhedshus med fokus på kronisk sygdom kan almen praksis, region og kommuner samarbejde om kontroller, der kan håndteres lokalt.

Sundhedshuset med særlig fokus på kronisk sygdom kan rumme eksempelvis forløbsprogrammer, patientskoler, tilbud om rygestop, ernæringsvejledning og træningstilbud, rådgivning og vejledning til borgere med kronisk sygdom.

Derudover kan nogle af tankerne omkring det fleksible sundhedshus indarbejdes, herunder digitale løsninger, samlokation eller udgående funktioner fra hospitalet. Dette sundhedshus minder i praksis om (dele af) de eksisterende kommunale sundhedshuse, blot med udvidet lægelig backup.

Se mere på:

Sundhedscenter Tårnby:
<http://sundhedscentertaarnby.dk/>

Forebyggelsescenter Vanløse:
<http://sundhed.kk.dk/indhold/forebyggelsescenter-vanl%C3%B8se>

Egedals sundhedscenter:
<http://www.egedalkommune.dk/om-kommunen/egedal-raadhus-og-sundhedscenter/egedal-raadhus-og-sundhedscenter>



Det lighedsbetingede fælles sundhedshus

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for. Og borgere som har svært ved at tage imod tilbuddene, hvilket betyder, at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen.

Sundhedshuse i områder eller lokalområder, hvor ulighed i sundhed er et udtalt problem, kan give mulighed for et særligt fokus på at øge ligheden.

En konkret udfordring er, at nogle borgere ikke bevæger sig ret langt og derfor af forskellige årsager har svært ved at møde op til kontroller på hospitalerne. Her kan ambulatorierne have en udgående rolle. F.eks. ved at ambulatorierne hver 14. dag kommer ud i sundhedshuset (eller andre steder i kommunen) og tilser borgere, som erfaringsmæssigt ikke møder op til aftaler på hospitalet. En anden mulighed er kontakt mellem borger og hospital gennem digitale og telemedicinske løsninger.

I nogle områder af hovedstadsregionen er borgernes adgang til læger dårligere end andre steder i regionen. Oftest er det på grund af mangel på praktiserende læger. Her kan kommuner, region og praksissektoren skabe attraktive fælles rammer for lægebetjeningen, som kan tiltrække læger. Eksempelvis ved at sikre faglig backup fra kommunernes social- og beskæftigelsesforvaltninger.

Fælles sundhedshuse i udsatte områder

Region Nordjylland, Aalborg Kommune og Himmerland Boligforening har etableret et Sundheds- og Kvarterhus i et udsat boligområde.

Sundheds- og Kvartershuset er et 7.500 m² stort multihus, som rummer en række forskellige funktioner.

I huset findes der en bred vifte af sundhedstilbud, herunder praktiserende læger, hudlæger, fysioterapi, fitness, diverse kommunale sundhedstilbud mv. Derudover er der bl.a. cafe, et boligsocialt projekt 9220, nærpolti.

Se mere på:

<http://sk.abhim.dk/Om-Sundheds--og-Kvartershuset>



Et fælles sundhedshus for børn, unge og børnefamilier

Overvægt hos børn og unge er stigende. Langt over halvdelen af de borgere, der er overvægtige som børn, bliver også overvægtige som voksne. Overvægt giver øget risiko for at udvikle sygdomme som eksempelvis type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft samt psykiske problemer. Børn med overvægt har ofte lavere selvværd og er ekstra udsatte for mobning og stigmatisering.

Et sundhedshus for børn og unge kan fremme og fastholde sundhed og trivsel blandt børn og unge og skabe gode rammer for et sundt miljø. Desuden kan det tilbyde indsatser, der motiverer til, og gør det lettere for børn og unge og deres forældre at træffe det sunde valg.

Et sundhedshus for børn, unge og børnefamilier skal være tværfagligt sammensat med kompetencer fra f.eks. sundhedsplejerske, daginstitutioner, PPR, skoler og fritidstilbud, den kommunale tandpleje, børnelæge, psykologer og jordemødre.

Et sundhedshus for børn, unge og børnefamilier kan både tilbyde behandling og rådgivning, foredrag, kurser, leg og arrangementer, der fremmer brugernes sundhed, udvikling og netværk.

Kontinuitet for nybagte familier

Et eksempel på, at et sundhedshus skaber synergi mellem flere funktioner for børn og familier er sundhedscenteret i Ishøj Kommune. Her har sundhedsplejerskerne deres gang, ligesom at der kommer jordemødre fra Hvidovre Hospital 2-3 gange om ugen.

Mødrene kommer i huset fra starten af deres graviditet og fortsætter efter fødslen i blandede mødregrupper, hvor sundhedsplejerskerne sikrer et fagligt indhold. Mødregrupperne mødes i det kommunale sundhedscenter, lige ved siden af jordemødrenes lokaler, i stedet for at mødrene selv skal invitere hjem.

Det har betydet, at mødre med forskellige etniske baggrunde og mødre med kortere uddannelser i højere grad holder fast i mødregrupperne. Samtidig har det sikret et større kendskab mellem sundhedsplejersker og jordemødre med en stor betydning for den tidlige indsats for især sårbare familier.

Se mere på:
<http://planportal.ishoj.dk/efterfoedslen>

Et fælles sundhedshus for psykiatri

Borgere med psykisk sårbarhed eller lidelse har over en længere periode oftest varierende behov for støtte fra kommunale tilbud og/eller kontakt til behandlingsenheder.

For den enkelte borger og dennes pårørende kan det være svært at navigere rundt i systemerne. Integration af den psykiatriske behandling og sociale indsats kan derfor være mål for etablering af fælles psykiatrive for at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for borgerne.

Ligeledes er der erfaring for, at integration af regionale og kommunale indsatser bl.a. kan nedbringe genindlæggelser, øget borgerens tilknytning til behandlingen og øge tilfredsheden med behandlingen samt medvirke til at de pårørende belastes mindre.

I fælles psykiatrive kan der eksempelvis lægges funktioner som bostøtte, fremskudt sagsbehandling, aktivitets- og samværstilbud, ambulans psykiatri, fælles akutfunktioner, uddannelse, cafe og tilbud fra frivillige foreninger.

Psykiatriens hus

Københavns Kommune og Region Hovedstaden har besluttet at etablere et fælles psykiatrive med samlokalisering, samfinansiering, fælles ledelse og personale fra både region og kommune efter inspiration fra bl.a. psykiatriens hus i Silkeborg.

Denne konstruktion kan også tænkes anvendt andre steder i Region Hovedstaden, hvor der eksempelvis gennem tværkommunalt samarbejde opstår det fornødne befolkningsgrundlag.

For mere information om psykiatrive:

<http://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/>



Fælles psykiatrive – visionskatalog fra Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri

Skal I etablere et fælles sundhedshus?

Hvad skal sundhedshuset løse?

Inden etableringen af et sundhedshus er det afgørende at overveje, hvilke udfordringer eller problemstillinger, sundhedshuset skal løse. Det er ligeledes vigtigt at overveje, om der er behov for en business case.

Væsentlige parter skal inviteres med fra starten

De parter der skal være med til at løse udfordringer eller problemstillinger, skal fra begyndelsen inviteres til at deltage i planlægningen. Det kan være afgørende for sundhedshusets succes om f.eks. praksissektoren, de kommende brugere af sundhedshuset og frivillige har været involveret i processen.

Fælles mål, fælles ledelse og fælles samarbejdsværdier

Det kræver politisk vilje fra alle parter, hvis der skal afprøves nye løsninger, og de eksisterende organisatoriske strukturer skal udfordres. Elementer som fælles mål og fælles ledelse kan være væsentlige for succes, ligesom at finansieringen af sundhedshuset skal afklares – dette med opmærksomhed på sundhedsvæsenets incitamentsstrukturer. Endvidere vil det være væsentligt, at parterne omkring sundhedshuset bliver enige om, hvilke samarbejdsværdier, man vil arbejde ud fra, både i etablerings- og driftsfasen.

Tilbud i sundhedshuset

Hvilke tilbud der skal være i sundhedshuset vil afhænge af, hvilke behov og muligheder, der er lokalt. Inden for sundhedsområdet kan det være tilbud inden for forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Men det kan også være tilbud, der rækker ind i andre kommunale forvaltninger, patientforeninger, idrætsforeninger, apoteksudsalg mm. Grundlæggende skal opgaveløsningen omkring fælles borgere altid være styrende for, hvilken samarbejdsmodel der vælges, herunder hvor stor integration af tilbud, der er behov for.

Er forudsætningerne til stede?

Borgergrundlag, befolknings sammensætning, tilgængelighed, muligheder for tværkommunalt samarbejde og den samlede hospitalsplan er alle væsentlige elementer, der skal tages højde for, hvis funktioner og tilbud i fælles sundhedshuse skal være af høj faglig kvalitet og understøtte hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Synergi og opgavefælleskaber i fælles sundhedshus i Helsingør



Styregruppen
for fælles
sundhedshus
Februar 2015

Indhold

3. Formål
4. Fordele ved at samle opgaverne
5. Kommunale funktioner – Helsingør Kommune
6. Regionale funktioner – Nordsjællands Hospital
7. Regionale funktioner – Almen praksis
8. Regionale funktioner – Psykiatrien
9. Behandling af akutte patienter og borgere
10. Rehabilitering af patienter og borgere
11. Lindrende behandling af livstruende sygdom (palliation)
12. Børn, unge og familier
13. Det psykiatriske område
14. Støtte- og servicefunktioner
15. Øvrige potentielle synergier og opgavefælleskaber
16. Hvem kan komme i det fælles sundhedshus?

Formål

Formålet med præsentation er at vise:

- hvordan et fælles sundhedshus kan skabe mere sammenhængende sundhedstilbud til gavn for borgere og patienter i Nordsjælland
- hvilke synergier og opgavefællesskaber, der kan skabes ved at placere en række kommunale og regionale tilbud og funktioner i et fælles sundhedshus.

Fordele ved at samle opgaverne i et fælles sundhedshus

På de kommende sider præsenteres de synergier og opgavefællesskaber, der er fundet inden for:

- Akutområdet
 - Rehabilitering
 - Lindrende behandling af livstruende sygdom (palliation)
 - Børn, unge og familier
 - Det psykiatriske område
 - Støtte- og servicefunktioner.
-
- Sundhedshuset kan bidrage til at indfri mål i Sundhedsaftalen.
 - Tilbud i Sundhedshuset kan målrettes og adressere lokale problemstillinger, som fremgår af Sundhedsprofilen.

Kommunale funktioner – Helsingør Kommune

Skal flytte med	Skal ikke med	Skal undersøges
<ul style="list-style-type: none">• Helsingør Rehabiliterings- og træningscenter: Rehabilitering, genoptræning, døgnforløbspladser, forløbsprogrammer og administration• Montebellos ambulante genoptræning og vedligeholdende træning• Forebyggelse og visitation: Rådgivning, vejledning, visitation til plejehjem, træning, hjælpemidler, hjemmesygepleje mv.• Hjemmeplejen: Akutteam, akutpladser, nattevagt, aftensygeplejersker og administration• Sundhed: Borger- og patientrettede forløb, pårørende konsulent• Rehabiliteringsteam – ad hoc• Anonym rusmiddelrådgivning – ad hoc• Visitation og myndighed – ad hoc særlig social indsats	<ul style="list-style-type: none">• Hjælpemidler• Skole, Socialvæsen, Politi og Kultur (SSPK)• Ungdomsskolen	<ul style="list-style-type: none">• Tandplejen• Sundhedstjenesten• Børn-, unge- og familierådgivning• Sygedagpengeteamet• Helsingør Rusmiddelcenter• Frivilligcenter Helsingør• Udlån og lokaletilskud: Aftenskole mv.

Regionale funktioner – Nordsjællands Hospital

Fra Sundhedshuset Murergade

- **Akutklinik**
- **Klinisk biokemi:** Blodprøveklínik inkl. EKG
- **Billeddiagnostik:** Røntgenklínik
- **Jordemoderkonsultation**
- **Hjælpemiddeldepot** (indlevering)
- **Ambulatorier:** Lungemedicin, Kardiologi, Endokrinologi og Reumatologi

Kapaciteten for nogle funktioner kan muligvis udvides og videreudvikles afhængig af borgergrundlag og brug af sundhedshuset

Fra Nordsjællands Hospital Hillerød og Frederikssund, hvor dele potentielt kan flytte med

- **Specialiseret rehabilitering inkl. diætvejledning, rygestop og fysioterapi:** Sygdomsspecifikke patientskoler (herunder regional del af forløbsprogrammer)
- **Ambulatorier:** Gastromedicin, Ortopædkirurgi, Infektionsmedicin/vaccination

Samarbejde forventes også om:

- **Børn, unge og familier:** fx overvægtsambulatorium, tidlig indsats for sårbare gravide mv.
- **Palliation:** fx udkørende team, lymfødembehandling mv.

Regionale funktioner – Almen praksis

- Det er en mulighed, men ikke en forudsætning, at almen praksis fysisk er til stede i det fælles sundhedshus.
- Sundhedshuset kan føre til oplagte samarbejder, der forbedrer de samlede patientforløb.
- Der reserveres 500 m² til almen praksis og 600m² til speciallægepraksis.

Regionale funktioner

Region Hovedstadens Psykiatri

- Region Hovedstadens Psykiatri foreslås ikke fysisk flyttet ind i et fælles sundhedshus.
- Region Hovedstadens Psykiatri har en stor distriktpsychiatri med et udkørende Opsøgende Psykiatriteam (OP-team) samt 3 sengeafsnit på Esrumvej 143 i Helsingør.
- En placering på Esrumvej 145 vil give gode samarbejdsmuligheder.

Behandling af akutte patienter og borgere

Kommunale funktioner:

- Døgnforløbspladser
- Akutteam
- Nattevagt 23-07 (kommunal sygepleje)



Regionale funktioner:

- Akutklinik
- Billeddiagnostik og klinisk biokemi (røntgen, blodprøver mm.)



Almen praksis:

- Samarbejde om relevante patienter
- Samarbejdsflade til Den Præhospitale Virksomhed

Potentielle synergier og opgavefælleskaber:

Fælles akutenhed:

1. Fælles bemanning
2. In-house: Akutklinik og akutpladser med adgang til lægedækning fra akutklinik på døgnforløbspladser
3. Ex-house: udkørende akutteam/akutlæge. Akutlæge kan køre til borgere i hele optageområdet
4. Mulighed for at anvende telemedicin mellem læge og hjemmesygeplejerske
5. Mulighed for at samle flere kommuners akutpladser.

Rehabilitering af borgere og patienter

Kommunale funktioner:

- Kommunal del af forløbsprogrammer
- Flex trænings-diagnostisk model
- Ambulant genoptræning
- Døgnrehabilitering
- Sundhedsfremme og forebyggelse:
 - Rygestop
 - Lær at tackle...
 - FIT – tilbud til langtidsledige
 - Diætist m.m.
- Omsorgstandpleje
- Misbrugsrådgivning



Regionale funktioner:

- Specialespecifikke ambulatorier
- Specialiseret rehabilitering inkl. diætvejledning, rygestop og fysioterapi
- Sygdomsspecifikke patientskoler, herunder regional del af forløbsprogrammer
- Infektionshygiejne og infektionsmedicin



Almen praksis:

Tæt samarbejde om relevante patienter



Potentielle synergier og opgavefælleskaber:

1. Rehabiliteringsfunktioner som ét opgavefælleskab
2. Potentiale i at se på borgerens samlede sygdomsbillede ud fra en behovsvurdering eller en visiterende sygeplejerske
3. Sammenhængende forløb for genoptræning og rehabilitering
4. Fælles tilbud (eks. Rygestop, Lær at tackle...)
5. Styrket samarbejde mellem sygeplejersker, praktiserende læger og speciallæger i ambulatorier med fokus på behandling og rehabilitering
6. Bidrager til flere indsatsområder i sundhedsaftalen bl.a. ift. sårbare/udsatte patienter (Lighed i Sundhed)
7. Styrket samarbejde med patientforeninger, frivillige organisationer og civilsamfundet
8. Udvikling af telemedicin ift. kroniske patienter og virtuel holdtræning.

Lindrende behandling af livstruende sygdom (palliation)

Kommunale funktioner:

- Døgnforløbspladser (terminale pladser)
- Akutteam
- Nattevagt
- Palliativ fysioterapi: ambulans og på døgnforløbspladser



Regionale funktioner:

- Specialespecifikke ambulatoriers tilbud/sparring ift. patienter i terminale forløb
- Samarbejde ift.
 - Palliativt udkørende team
 - Lymfødembehandling



Almen praksis:

- Medicinsk behandling
- Tovholder og koordinering
- Telefonrådgivning mellem praktiserende læge og speciallæge/specialsygeplejersker

Potentielle synergier og opgavefællesskaber:

1. Bedre tilgængelighed for medarbejder, patienter, borgere og pårørende
2. Større sygeplejefagligt og terapeutfagligt fællesskab
3. Styrket samarbejde mellem sygeplejersker, praktiserende læger og speciallæger i ambulatorier med fokus på behandling og symptomlindring
4. Forebyggelse af indlæggelser på hospital og døgnforløbspladser
5. Fælles patientorienterede konferencer mellem praktiserende læge, kommune og hospital
6. Styrket samarbejde med frivillige organisationer.

Børn, unge og familier

Kommunale funktioner:

- Sundhedsfremme
- Tilbud: Livstil for familier og Rygestop
- Sundhedstjenesten /børnefysioterapi
- Tandklinik for børn og unge
- Specialtandplejen
- Familierådgivning
- Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR)

Regionale funktioner:

- Jordemoderkonsultation
 - Forældreuddannelse
 - Gravidchatten
- Samarbejde med
 - Overvægtsambulatorium
 - Tidlig indsats for sårbare gravide
- Inddragelse /samarbejde med familieambulatorium (udefunktion fra Hvidovre)
- Samarbejde med Børnepsykiatrisk Ambulatorium

Almen praksis:

- Deltagelse i indsatser for sårbare gravide og familier
- Misbrugsrådgivning

Potentielle synergier og opgavefællesskaber:

Fysisk samplacering af indsatser for børn, unge og familier vil give mulighed for:

1. Etablering af fælles børne/familieområde
2. Fortsættelse af tværsektorielt samarbejde om overvægtsambulatoriet (Vægtprojekt 3)
3. Samarbejde om afholdelse af fælles forældreuddannelse
4. Bedre koordinering af sundhedsfaglige, socialfaglige, psykologfaglige og beskæftigelsesmæssige indsatser
5. Etablering af en ungdomsmodtagelse (seksuel sundhed)
6. Fælles tværfaglig åben hus-rådgivning
7. Samarbejde med frivillige (eks. Center for Socialt Ansvar og Mødrehjælpen)
8. Bedre samarbejde om børn som pårørende til patienter med alvorlig sygdom og i familier med misbrug.

Det psykiatriske område

Region Hovedstadens Psykiatri beliggende Esrumvej 143:

- Distriktpsychiatri
- Udkørende Opsøgende Psykiatriteam (OP-team)
- 3 sengeafsnit

Potentielle synergier og opgavefællesskaber:

- Tæt beliggenhed til Sundhedshuset, hvis det placeres på Esrumvej 145
- Smidigere samarbejde om f.eks. patienter med misbrug (kommunalt ansvar)
- Styrket samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunale støtte-kontaktpersoner og behandlingsansvarlige, botilbud og sagsbehandlere
- Mulighed for at benytte lokaler og fælles arealer i Sundhedshuset til arrangementer – f.eks. foredragsaftener.

Støtte- og servicefunktioner

Regionale støttefunktioner

- Billeddiagnostik og klinisk biokemi (røntgen, blodprøver mm.)
- Hjælpemiddeldepot (mulighed for indlevering)

Kommunale støttefunktioner

- Praksiskonsulent
- Rådgivning og sagsbehandling

Fælles funktioner

- Én indgang med fælles reception og sekretariat
- Fælles rengøring, service og depot
- Cafe og kantinedrift
- Fælles træningssale

Øvrige potentielle synergier og opgavefællesskaber

1. Fælles tværsektoriel forskning
2. Fælles uddannelsesforpligtelse
3. Fælles patientsikkerhed og standardiseret kvalitetsudvikling
4. Organisatorisk opgaveudvikling
5. Patientforeninger og frivillige organisationer
6. IT-udvikling med henblik på fælles dokumentationsredskaber.

Hvem kan komme i det fælles sundhedshus?

Især:

- Voksne med akut behov for behandling på akutklinik
- Borgere med kroniske sygdomme (eksempelvis hjerte-kar, diabetes, KOL, lænderyg)
- Den ældre medicinske patient
- Den terminale patient
- Den raske borger med ønske om forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud (rygestop, alkoholstorforbrug m.m.)
- Børn og unge
- Gravide/familier

Borgere, der ikke er omfattet:

- Børn og voksne med akut behov for behandling, som varetages af Akutafdelingen på Nordsjællands Hospital i Hillerød.