

Praksisplanudvalget

MØDETIDSPUNKT

10-06-2014 15:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

MEDLEMMER

Borgmester Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune	Afbud
Kommunalbestyrelsesmedlem Birgit Roswall, Gribskov Kommune	Deltog
Flemming Pless	Afbud
Erik Sejersten	Deltog
Per Seerup Knudsen	Deltog
Borgmester Helle Adelborg, Hvidovre Kommune	Afbud
Borgmester Ninna Thomsen, Københavns Kommune	Deltog
Læge Birgitte Alling Møller	Afbud
Læge Claus Perrild	Deltog
Borgmester Ib Terp, Brøndby Kommune	Afbud
Læge Flemming Skovsgaard	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Opfølgning på sidste møde
3. Løbende overvågning af udviklingen i opgavefordelingen - sag modtaget fra PLO-H
4. Godkendelse af endelig revideret praksisplan
5. Temadrøftelse vedr. medicinområdet
6. Møde i praksisplanudvalget 5. september 2014
7. Orientering om KAP-H aktivitetskatalog
8. Starttidspunkt for kommende møder
9. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BESLUTNING

Godkendt.

JOURNALNUMMER

14002206

2. OPFØLGNING PÅ SIDSTE MØDE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På baggrund af drøftelser på praksisplanudvalgets møde d. 14. maj 2014 om formuleringen om almen praksis' forpligtelse i relation til praksisplan og sundhedsaftale, blev det besluttet at søge en administrativ afklaring inden næste møde i udvalget.

Desuden blev det drøftet under dagsordenens punkt 'eventuelt', om der kunne opnås enighed om i henhold til mail mellem overenskomstens parter, at praksisplanudvalget har til opgave løbende at følge udviklingen i opgavefordelingen mellem parterne. Udvalgsformanden inviterede i den forbindelse PLO Hovedstaden til et møde om afklaring heraf. Mødet er aflyst, idet der er opnået en fælles grundlæggende forståelse.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Taget til efterretning, idet udvalget konstaterer, at det er opgaveudviklingen mellem hospitaler, praksissektor og kommuner, der vil blive fulgt løbende.

SAGSFREMSTILLING

Der er siden sidste praksisplanudvalgsmøde opnået administrativ enighed mellem regionen og PLO-H om følgende:

Vedr. almen praksis' forpligtelser i henhold til sundhedsaftalen og praksisplanen:

Almen praksis er i henhold til sundhedsloven forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen. De opgaver, som i sundhedsaftalen ønskes løst af almen praksis skal beskrives i praksisplanen. Opgaverne skal enten være omfattet af overenskomsten med almen praksis eller der skal indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger.

Vedr. opfølgning på opgavefordelingen mellem parterne i udvalget:

Praksisplanen skal beskrive rammerne for opgavefordelingen mellem almen praksis, kommuner, hospitaler, samt resten af praksissektorens ydere, herunder vil udvalget løbende følge udviklingen i opgavefordelingen mellem parterne.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

3. LØBENDE OVERVÅGNING AF UDVIKLINGEN I OPGAVEFORDELINGEN - SAG MODTAGET FRA PLO-H

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Udvalgssekretariatet har modtaget følgende punkt til dagsordenen fra PLO-H ved Birgitte Alling Møller.

INDSTILLING

PLO-H indstiller:

- ▮ **at** praksisplanudvalget aftaler med praksiskonsulentordningen i kommunerne og regionen, hvordan praksiskonsulenterne løbende kan orientere praksisplanudvalget om planlagte ændringer i opgavefordelingen mellem kommuner, almen praksis og regionen,
- ▮ **at** praksisplanudvalget orienterer kommuner, almen praksis og region om, at praksisplanudvalget skal orienteres om planlagte ændringer i opgavefordelingen mellem de tre parter, og
- ▮ **at** ”løbende overvågning af udviklingen i opgavefordelingen” bliver et fast punkt på praksisplanudvalgets dagsorden.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Praksisplanudvalget var enige om, at der skal ske en årlig afrapportering til udvalget om udviklingen i opgavefordelingen.

Praksisplanudvalget opfordrer til, at punktet fremadrettet sættes på som fast punkt på dagsordenen for møder i Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe (PAS). PAS tilrettelægger på den baggrund den årlige afrapportering om udviklingen i opgavefordelingen.

Derudover sætter PAS punktet på dagsordenen for Praksisplanudvalget, såfremt der er emner, der ikke kan afvente den årlige afrapportering.

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med indgåelsen af forhandlingsaftalen om en ny overenskomst for almen praksis aftalte RLTN og PLO den 5. marts 2014 følgende:

”PLO og RLTN har en forventning om, at parterne i praksisplanudvalgene – som led i arbejdet med at sikre bedre sammenhæng i indsatsen – løbende følger udviklingen i opgavefordelingen mellem almen praksis, kommuner og sygehusene.”

Det foreslås, at praksisplanudvalget drøfter, hvordan udvalget løbende kan følge opgavefordelingen. Det foreslås i den forbindelse, at inddrage praksiskonsulentordningen på sygehusene og i kommunerne. Praksiskonsulenterne har tæt kontakt med alle tre parter og vil derfor hurtigt kunne orientere praksisplanudvalget, når der er ændringer på vej i opgavefordelingen mellem de tre parter.

For at lette praksiskonsulenternes arbejde foreslås, at praksisplanudvalget skriver til alle tre parter med orientering om, hvordan udvalgets fokus på den løbende udvikling i opgavefordelingen konkret vil blive tilrettelagt. Orienteringen bør ledsages af en opfordring til, at praksiskonsulenten orienteres i god tid inden, der gennemføres ændringer i arbejdstilrettelæggelsen, der vil kunne give anledning til ændringer i arbejdsomfanget hos én af de to øvrige parter.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

4. GODKENDELSE AF ENDELIG REVIDERET PRAKSISPLAN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Efter udvalgets beslutning på mødet d. 4. april har den reviderede praksisplan været sendt til Sundhedsstyrelsen med henblik på at opnå deres rådgivning inden endelig vedtagelse. Samtidig har den reviderede praksisplan været sendt i høring blandt parterne i praksisplanudvalget (kommuner, almen praksis og regionens hospitaler) og til drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at praksisplanudvalget godkender det fremsendte forslag til endelig revideret praksisplan, herunder

- at der ikke foretages ændringer i indholdet af den reviderede praksisplan på baggrund af sundhedsstyrelsens rådgivning, og
- at de øvrige indkomne høringssvar håndteres som foreslået i vedlagte skema (bilag 1)

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Indstillingerne blev tiltrådt. Der afgives svar til høringsparterne i overensstemmelse hermed.

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsstyrelsen og Sundhedskoordinationsudvalget har afgivet bemærkninger til det fremsendte udkast til revideret praksisplan for almen praksis for 2014-15. Desuden er der indkommet 13 høringssvar fra høringen blandt praksisplanudvalgets parter.

Sundhedsstyrelsens rådgivning

Grundlæggende finder Sundhedsstyrelsen, at oplægget er et godt udgangspunkt for praksisplanudvalgets fremtidige arbejde omkring udvikling af almen praksis i Region Hovedstaden. Sundhedsstyrelsen finder det samtidig positivt, at der allerede nu er planer om at udarbejde en ny plan og en underliggende udmøntningsaftale, som nærmere vil fastlægge vilkårene for praksisplanens og sundhedsaftalens gennemførelse.

Sundhedsstyrelsen bemærker dog, at det foreliggende udkast på flere områder ikke beskriver den nyeste udvikling og dermed ikke i tilstrækkeligt omfang er opdateret, herunder at der udelukkende refereres til overenskomsten for almen praksis fra 2011 og ikke til den kommende overenskomst, der træder i kraft 1. september 2014.

Der gives endvidere en række bemærkninger inden for områderne *'Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde*, *'Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen* og *'Lægedækning og tilgængelighed'* (svarende til de overordnede temaer for indhold i praksisplanen, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner), hvor der ønskes en yderligere konkretisering i det videre arbejde med praksisplanen.

Regionsadministrationen har været i kontakt med Sundhedsstyrelsen for at få tolket, hvorvidt deres rådgivning medfører behov for at ændre i det fremsendte høringsudkast (bilag 3). På baggrund heraf gælder det, at:

- ▮ Praksisplanudvalget har kompetencen til at beslutte, om der bør foretages yderligere revision i det

foreliggende udkast på baggrund af sundhedsstyrelsens rådgivning.

- Praksisplanudvalget kan beslutte at vedtage det foreliggende udkast, idet de efterspurgte uddybninger/konkretiseringer mv. kan gennemføres i det kommende planarbejde.

Praksisplanudvalgets administrative styregruppe har drøftet Sundhedsstyrelsens rådgivning og anbefaler på den baggrund, at der ikke foretages ændringer i indholdet af den reviderede praksisplan på baggrund af Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Bemærkninger fra Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede at tage den reviderede praksisplan for almen praksis til efterretning, idet udvalget noterede, at der efter sommerferien påbegyndes en udarbejdelse af en ny praksisplan for almen praksis.

Høringssvar fra parterne i praksisplanudvalget:

Alle indkomne høringssvar bakker op om forslaget om, at den eksisterende praksisplan revideres hvorefter der udarbejdes en ny praksisplan. Alle ser frem til at bidrage til den kommende proces, og i visse høringssvar er der ønske til indhold, bl.a. indarbejdelse af udviklingen inden for akutområdet, samt konsekvenserne af den nye dagpengereform.

Konsekvenser for det udarbejdede udkast til revideret praksisplan for almen praksis 2014-2015

Samlet set giver den modtagne rådgivning samt høringssvar og bemærkninger kun anledning til enkelte ændringer i det udarbejdede udkast til revideret praksisplan for almen praksis 2014-2015. Revisionen ændrer ikke ved den linje, der allerede var lagt i høringsudkastet. Forslag til ændringer er indsat og markeret i en ny version af praksisplan for 2014-2015 (bilag 4).

På den baggrund indstiller administrationen, at det vedlagte forslag til endelig revideret praksisplan for almen praksis for 2014-15 godkendes.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Den endelige reviderede praksisplan efter høring godkendes af praksisplanudvalget. Praksisplanen vedrørende almen praksis udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. sundhedslovens § 206. Derfor skal praksisplanen efter praksisplanudvalgets indstilling herom godkendes af Regionsrådet.

JOURNALNUMMER

14001981

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Samleskema høringssvar praksisplan 2014 og 2015
- 2. Samlede høringssvar
- 3. Bekræftelse fra SST på fremgangsmåde
- 4. Udkast til endelig praksisplan for almen praksis - med ændringer qua høringsrunden

5. TEMADRØFTELSE VEDR. MEDICINOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På praksisplanudvalgets møde d. 14. maj 2014 var der enighed om en række temaer (samarbejde om medicin, forpligtende samarbejde, tilgængelighed, etablering af sundhedshuse/lægehuse, lighed i sundhed), som anses som vigtige fælles anliggender. Disse bør derfor drøftes og adresseres nærmere i praksisplanen. Udvalget var enige om at vende tilbage til hvert af temaerne med en mere fokuseret politisk drøftelse på baggrund af en administrativ redegørelse. På den baggrund fremlægges her en sag med fokus på udfordringer i de tværsektorielle snitflader på medicinområdet, med henblik på en drøftelse i udvalget.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at praksisplanudvalget udpeger snitflader, der ønskes nærmere administrativt beskrevet i regi af PAS.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Udvalget fandt oplægget relevant og interessant. Det blev besluttet, at PAS arbejder videre med emnet, idet udvalget ønsker overvejelser vedr. kommunikation, dosisdispensering og brugen af heraf, FMK herunder status for udviklingen samt medicingennemgang/afstemning inddrages i arbejdet.

Slides fra oplægget udsendes med referatet.

SAGSFREMSTILLING

Medicinområdet er et af de centrale områder, som er et fælles anliggende mellem praksisplanudvalgets parter.

Medicineringsfejl er en kendt udfordring i indmeldelser af utilsigtede hændelser og en potentiel risiko for patienterne. Mange medicineringsfejl opstår på grund af mangelfuld kommunikation, uklar ansvarsfordeling og manglende samlet overblik over patientens medicineringsproces. En særlig udfordring er kommunikationen ved sektorovergange.

Mange særligt ældre borgere og borgere med psykiske lidelser modtager behandling med flere lægemidler på samme tid, hvilket øger kompleksiteten og behovet for samarbejde på medicinområdet. For at sikre størst mulig behandlingseffekt, færrest mulige bivirkninger og samtidig en behandling til lavest mulige pris, er det tværsektorielle samarbejde og løbende kommunikation væsentlig.

Det fælles medicinkort (FMK) er en elektronisk løsning der skal sikre, at borgeren og relevante personer, som har kontakt til borgeren, har adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger (bilag 1). Implementering af FMK løser mange, men ikke alle udfordringer i det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet. Der er bl.a. behov for at fokusere på at tilpasse arbejdsgange på området.

På mødet giver praktiserende læge og patientsikkerhedskonsulent Torben Hellebek et oplæg med fokus på udfordringerne på medicinområdet ud fra patientperspektiver inden for: den polymedicinerede patient, patienten, der får dosisdispenseret medicin, patienten med psykiatriske sygdom eller demens.

I oplægget vil der blandt andet blive fokuseret på, hvad FMK løser ved en fuld implementering – men også på fortsatte udfordringer.

Temat drøftes efterfølgende med henblik på mulige løsninger til gavn for det tværsektorielle arbejde med medicinhåndtering.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af praksisplanudvalgets drøftelser på dette møde, vil der i regi af PAS blive arbejdet videre

med en konkretisering af samarbejdet på medicinområdet. Arbejdet vil blive forelagt praksisplanudvalget i efteråret 2014.

JOURNALNUMMER

14005447

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Det fælles medicinkort
- 📎 2. Vejledning om dosisdispensering
- 📎 3. Baggrundsnotat medicin tværsektoriel koordinering maj 2014

6. MØDE I PRAKSISPLANUDVALGET 5. SEPTEMBER 2014

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På praksisplanudvalgets møde d. 14. maj var der enighed om at afholde et fælles møde med Sundhedskoordinationsudvalget og Patientinddragelsesudvalget. For at gennemføre mødet, er der behov for at næste møde i Praksisplanudvalget d. 5. september starter en time tidligere end tidligere besluttet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at mødetiden for praksisplanudvalgets møde d. 5. september forlænges med en time, idet mødet dermed begynder kl. 11.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Tiltrådt.

SAGSFREMSTILLING

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14005447

7. ORIENTERING OM KAP-H AKTIVITETSKATALOG

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H) er navnet på den nye samlede konsulentordning for almen praksis i Region Hovedstaden.

Målgruppen er alle almen praksis klinikker i Region Hovedstaden. Tilbuddene er frivillige for de praktiserende læger. KAP-H stiller konsulenter til rådighed men kompenserer ikke for klinikkernes tabte arbejdsfortjeneste.

KAP-H fremlægger her aktivitetskatalog for 2014.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Taget til efterretning, idet kommunerne bemærker, at de gerne fremover vil inddrages i processen med henblik på at give input til arbejdet.

SAGSFREMSTILLING

KAP-H blev etableret 1. januar 2013 og er et samarbejde mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden. Formålet med konsulentordningen er at fremme kvalitetsudvikling i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen til gavn for regionens borgere.

KAP-H tilbyder én samlet indgang for klinikker til kvalitetstilbud og efteruddannelse i almen praksis, idet alle kvalitetsindsatser og konsulenter er samlet i én organisation med ét fælles sekretariat.

KAP-H bestræber sig på at tilbyde forskellige tilgange til at fremme kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis. F.eks. temamøder, netværksmøder, roadshows, praksisbesøg, workshops og Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE).

KAP-H har nu fået udarbejdet, trykt og distribueret et katalog over de aktiviteter, som konsulentordningen tilbyder alment praktiserende læger i Region Hovedstaden.

Kataloget er sendt i fysisk format til alle praktiserende læger i Region Hovedstaden, PLO-H, de øvrige regioners Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg for almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, DAK-E, forskningsenheden for tværsektoriel udvikling og samtlige Hospitalsdirektioner.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

14003211

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. KAP-H Aktivitetskatalog 2014

8. STARTTIDSPUNKT FOR KOMMENDE MØDER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Formanden for praksisplanudvalget søger om udvalgets bemyndigelse til fremadrettet at kunne rykke tidspunktet for praksisplanudvalgets mødestart.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at praksisplanudvalgets formand bemyndiges til fremadrettet at kunne rykke praksisplanudvalgets mødestart ud fra en vurdering af SKU-mødets forventede varighed.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Tiltrådt, idet formandens vurdering foretages senest ved dagsordenens udsendelse.

SAGSFREMSTILLING

Af hensyn til et stort personsammenfald mellem praksisplanudvalget og sundhedskoordinationsudvalget er flere af praksisplanudvalgets møder planlagt, så de kan afholdes samme dag som Sundhedskoordinationsudvalget. Formanden for praksisplanudvalget søger om udvalgets bemyndigelse til fremadrettet at kunne rykke praksisplanudvalgets mødestart - ud fra en vurdering af sundhedskoordinationsudvalgets mødes forventede varighed.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

9. EVENTUELT

EVENTUELT

Intet til eventuelt.

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 1 - Side -1 af 6

Høringspart	Øvrige bemærkninger – herunder input til den praksisplan	Forslag til ændringer i planen
Sundhedsstyrelsen	Praksisplanudvalget har kompetencen til at beslutte, om der bør foretages yderligere revision i det foreliggende udkast på baggrund af SST's rådgivning. Praksisplanudvalget kan beslutte at vedtage det foreliggende udkast, idet de efterspurgte uddybninger/konkretiseringer mv. i SST's høringssvar kan gennemføres i det kommende planarbejde. Bemærkninger fremadrettet: Derudover skal det bemærkes, at patientinddragelsesudvalget i regionen systematisk skal inddrages i drøftelserne af emner, der ligger inden for praksisplanens emneområder, samt at praksisplanen inden vedtagelsen skal forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Se i øvrigt Bekendtgørelse nr. 257 af 19/03/2014 om patientinddragelsesudvalg, Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12/2013 og Vejledning nr. 9005 af 20/12/2013 om sundhedskoordinations-udvalg og sundhedsaftaler. Side 2 Sundhedsstyrelsen skal dog bemærke, at det foreliggende udkast på flere områder ikke beskriver den nyeste udvikling og dermed ikke i tilstrækkeligt omfang er opdateret. Samtidig refereres der udelukkende til overenskomsten for almen praksis fra 2011 og ikke til den kommende overenskomst, der træder i kraft 1. september 2014. <i>Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde</i> I oplægget til praksisplan planlægges en række tværsektorielle indsatsområder, som skal understøtte almen praksis i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen finder disse indsatser væsentlige og forventer, at de bliver opdateret og konkretiseret af praksisplanudvalget. Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at oplægget til praksisplan blandt andet har fokus på styrkelse af almen praksis' tilgængelighed for patienter. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog, at rammerne for almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til øvrige samarbejdsparter i sundhedsvæsenet vedrørende det konkrete patientforløb også beskrives. Emnet kan hensigtsmæssigt inddrages i den endelige praksisplan. I forbindelse med færdiggørelsen af praksisplanen bør der endvidere være fokus på, at praksisplanen i relevant omfang sammenfatter de opgaver, som almen praksis er forpligtet til at udføre i henhold til gældende sundhedsaftaler. Særligt fremadrettet bør der være dette fokus i forhold til de kommende sundhedsaftaler. Derudover bør være fokus på, at praksisplanen indeholder forslag til implementeringen af disse opgaver i almen praksis. Endelig bør eventuelle lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne beskrives.	

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 1 - Side -2 af 6

	<i>Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen</i> Sundhedsstyrelsens finder det positivt, at udkastet til praksisplan indeholder en række anbefalinger, der vedrører almen praksis' opgaver og roller i den regionale sundhedsvæsen i forhold til relevante patientgrupper og indsatser, samt at sammenhængen til (nogle af) regionens øvrige planer er tænkt ind. Sundhedsstyrelsen ser frem til, at dette opdateres og konkretiseres yderligere. Beskrivelsen kan endvidere hensigtsmæssigt suppleres med en generel beskrivelse af almen praksis' opgaver og roller i det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at oplægget til praksisplan har fokus på sygehusenes understøttelse af diagnostik og behandling i almen praksis, hvilket er i overensstemmelse med styrelsens anbefaling. Ligeledes findes det positivt, at oplægget til praksisplan beskriver arbejdet med faglig udvikling i almen praksis. Sundhedsstyrelsen finder dette arbejde væsentligt og at det bør konkretiseres, særligt i forhold til planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen. Side 3 <i>Lægedækning og tilgængelighed</i> Oplægget til praksisplan indeholder en god beskrivelse af den aktuelle lægekapacitet i almen praksis i Region Hovedstaden. Ligeledes er der en god beskrivelse af regionens målsætninger, herunder at styrke praksisfællesskaber. Ligeledes er der fokus på de få steder i regionen, hvor der er problemer med læge-dækning, både i socialt udsatte områder og i geografisk udsatte områder. Sundhedsstyrelsen finder det i den forbindelse positivt, at praksisplanudvalget for Region Hovedstaden i planperioden planlægger at følge op på tidligere erfaringer i forhold til rekruttering og fastholdelse. Sundhedsstyrelsen finder dog, at det er centralt, at denne opfølgning sker systematisk. Sundhedsstyrelsen bemærker endvidere, at der generelt i Region Hovedstaden er udfordringer i forbindelse med almen praksis' fysiske tilgængelighed for bevægelseshæmmede. Det anbefales, at denne udfordring håndteres i kommende praksisplaner.	
PLO-H		<i>Side 5: Følgende tilføjelse: De opgaver som i sundhedsaftalen ønskes løst af almen praksis skal beskrives i (indgå i arbejdet med udarbejdelsen af) praksisplanen. Udførelsen af disse opgaver forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der er indgået en underliggende aftale med PLO-H om vilkårene for opgavernes udførelse. (Det med rødt er sekretariatets forslag fremfor: beskrives i).</i> <i>Side 40:</i> <i>Almen praksis forpligtelse i denne sammenhæng forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der er indgået underliggende aftale med PLO-H om vilkårene for opgavernes udførelse, - jf. tilføjelse på side 5. (Sekretariatet har valgt ikke at skrive denne tilføjelse ind, idet den nuværende ordlyd, dels indgår i præamblen,</i>

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 1 - Side -3 af 6

		og dels kender vi ikke ordlyden i den nye overenskomst for Almen Praksis). Side 56: ...De overordnede lægevagtsopgaver – slettes. (Sekretariatet har slettet det). Side 57: Omsorgsniveau ændres til omkostningsniveau. (Sekretariatet fastholder ordet omsorgsniveau). Side 57 linje 4: ... vagtlægen...slettes. (Sekretariatet har slettet det). Side 59: Der er i 2013 indgået en § 2-aftale med PLO-H om almen praksis medvirken i sundhedsberedskabet. (Sekretariatet har indsat det som fodnote). Side 60, linje 12: Erstatte lægevagten med almen praksis. (Sekretariatet har ændret det). Side 66: Er gennemført og ændres til: Udvikling mod akkreditering igennem kvalitetsstandarder har allerede været i pilottest, og fem praksis i Region H har deltaget i et projekt om afprøvning af udarbejdede organisatoriske standarder. (Sekretariatet har omskrevet det nuværende afsnit til datid). Side 67: Ændre til – Den ny overenskomst indeholder en aftale om implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis. I så fald indebærer det, at samtlige praksis skal akkrediteres gennem (Sekretariatet har slettet 'det forventes, at' i den nuværende tekst).
Amager samt Hvidovre Hospitaler	Ingen bemærkninger.	
Glostrup Hospital	Deltager gerne i arbejdet med at styrke udviklingen af almen praksis i et lokalt forankret samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis.	
Københavns Kommune	Ingen bemærkninger. Københavns Kommune ser frem imod andet trin i den nye praksisplanlægning; udarbejdelsen af en ny praksisplan samt en underliggende udmøntningsaftale. Her forventer Københavns Kommune en åben og involverende proces hvor kommunerne har mulighed for at præge planlægningen i almen praksis så borgerne sikres større sammenhæng mellem den kommunale sundhedsindsats, indsatsen i almen praksis og i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Københavns Kommune finder det vigtigt, at der sættes fokus på almen praksis' rolle i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen blandt andet i forhold til borgere med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter og borgere med mentale problemstillinger. Med almen praksis' placering i borgernes lokalområde og viden om borgernes sundhedstilstand og forebyggelsesbehov har almen praksis gode muligheder i forhold	

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 1 - Side -4 af 6

	til tidlig opsporing og en tidlig indsats. Københavns Kommune finder, at almen praksis' rolle som gatekeeper/henviser i forhold til det kommunale sundhedsvæsen – herunder de kommunale forebyggelsestilbud vedrørende rygning, alkohol, overvægt mv. – er et vigtigt fokusområde i udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.	
Gentofte Kommune	Ingen bemærkninger.	
Allerød Kommune	Taget til efterretning. Havde gerne set, at udviklingen indenfor akutområde, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform. Forventer disse to forhold indgår i arbejdet med formuleringen af den nye plan.	
Fredensborg Kommune	Ingen bemærkninger med forbehold for politisk godkendelse i juni. Vi havde gerne set, at udviklingen inden for akutområdet, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform. Vores forventning er at disse to forhold vil indgå i arbejdet med formulering af den nye plan.	
Brøndby Kommune	Vedrørende lægedækning, rekruttering og fastholdelse i sårbare områder (side 6, 7, 30, 31). Det er positivt, at der i praksisplanen er opmærksomhed herpå – og det vil være væsentligt for Brøndby Kommune, at dette fastholdes i den nye praksisplan. Der nævnes flere årsager til problemerne og peges på mulige veje til løsninger. Brøndby Kommune ønsker i denne sammenhæng også at pege på, at et større tidsforbrug pr. patient i sårbare områder er negativt for 'indtjeningsgrundlaget'.	
Gribskov-klyngen	Taget til efterretning. Havde gerne set, at udviklingen indenfor akutområde, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform. Forventer disse to forhold indgår i arbejdet med formuleringen af den nye plan.	

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 1 - Side -5 af 6

Helsingør Kommune	Der peges i praksisplanen på et øget behov for et etableret tværgående samarbejde med socialmedicinske patienter som omfatter særligt socialt belastede patientgrupper; herunder sindslidelser, socialhjælpsmodtagere, alkoholikere og stofmisbrugere. Center for Særlig Social Indsats i Helsingør Kommune understøtter et fremadrettet fokus på målrettet tværgående samarbejde imellem almen praksis, region og kommune i indsatsen særligt belastede befolkningsgrupper, hvor der opleves snitflade problematikker. I den sammenhæng kan der være behov for at tænke i nye baner i sagsbehandlingen, bl.a. med psykiske og sociale problemer som generelt har det vanskeligt i kontakten til offentlige myndigheder. I det for det etablerede system, kan være en udfordring at tilvejebringe en suffcient og helhedsorienteret indsats. Center for Særlig Social Indsats ser velvilligt på muligheden for at etablere et koordineret samarbejde mellem "socialrådgivere på hjul" jf. oplægget i praksisplanen. En sådan funktion vil ligeledes kunne understøtte realiseringen af "Fremskudt sagsbehandling"; som tager udgangspunkt i en tidlig og koordineret kontaktskabende indsats. sundhedsudfordringer i Danmark. Fremskudt sagsbehandling omfatter at sagsbehandleren i højere grad møder de sindslidende borgere og har til formål dels, at forebygge forværring og dels at etablere en bæredygtig indsats for borgere med <i>begyndende</i> psykiske problemer. Endelig kan sagsbehandlingen i en sådan form, understøtte visionen om sammenhængende forløb i mellem kommuner, almen praksis og region i forhold til social ulighed, som er en af de største sundhedsudfordringer i Danmark.	
-------------------	--	--

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 1 - Side -6 af 6

Frederiksberg Kommune	Ingen bemærkninger. I det kommende fremadrettet arbejde med praksisplan ønsker Frederiksberg især at styrke følgende forhold i samarbejdet med almen praksis: • Øge brugen af opfølgende sygebesøg i tilknytning til at forebygge genindlæggelser efter et hospitalsbesøg. • Øge brugen af opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre, normalt over 75 år for at identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer. • At almen praksis forpligtes mere til at holde sig informeret om de kommunale sundhedstilbud og henviser til disse for relevante borgere. • At det lokale lægelaug forpligter sig til deltage i fælles udviklingsprojekter med kommunen, herunder velfærdsteknologiske og share-care løsninger. • At almen praksis indgår i øget opsporing af udsatte gravide og i øvrigt øger samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste. • At kommunen i samarbejde almen praksis sikrer koordinerende indsatser for borgere med psykiatriske lidelser på både voksen og børne-ungeområdet - herunder også omkring medicingennemgang for borgere, som modtager flere lægemidler på en gang	
Hvidovre Kommune		Side 13: Erstatte anden behandling med andre tilbud (<i>Sekretariatet har ændret det</i>).
Frederikssund Kommune	Taget til efterretning. Havde gerne set, at udviklingen indenfor akutområde, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform. Forventer disse to forhold indgår i arbejdet med formuleringen af den nye plan.	

Praksisplanudvalget

Opgang Blok B, stuen
Telefon 38 66 53 41
Direkte 38665341
Fax 38 66 53 99

Journal nr.: 14001981

Dato: 3. juni 2014

Rådgivning og høringssvar i forbindelse med revision af Praksisplan for almen praksis 2014-15

Rådgivning modtaget fra:
Sundhedsstyrelsen

Høringssvar modtaget fra:
PLO Hovedstaden

Hospitaler

- Amager og Hvidovre Hospitaler
- Glostrup Hospitaler

Kommuner

- Københavns Kommune
- Gentofte Kommune
- Allerød Kommune
- Fredensborg Kommune
- Brøndby Kommune
- Region Hovedstadens Midtklynge (Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Tårnbæk, Rudersdal og Rødovre)
- Helsingør Kommune
- Frederiksberg Kommune
- Hvidovre Kommune
- Frederikssund Kommune

Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Alt. Praksisplanudvalget for almen praksis

**Sundhedsstyrelsens rådgivning vedr. oplæg til praksisplan 2014-2017
for almen praksis - Region Hovedstaden**

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden har den 15. april 2014 fremsendt oplæg til praksisplan 2014-2017 i Region Hovedstaden til Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning. Ifølge sundhedslovens § 206 a, stk. 1, skal praksisplanudvalget i hver valgperiode udarbejde en praksisplan, der udgør en del af regionens sundhedsplan, jf. § 206. Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning.

Sundhedsstyrelsen tager i sin rådgivning udgangspunkt i sundhedsloven og de politiske målsætninger bag denne. Bekendtgørelse nr. 256 af 19/03/2014 om praksisplanvalg for almen praksis samt Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen, 2013.

Sundhedsstyrelsen skal indledningsvis bemærke, at praksisplanen skal vedtages af praksisplanudvalget. Kun i tilfælde, hvor det på trods af store og vedvarende bestræbelser ikke har været muligt at skabe enighed i udvalget, tillænder den endelige beslutning om praksisplanens udformning regionsrådet.

Dernæst skal det bemærkes, at patientinddragselsudvalget i regionen systematisk skal inddrages i drøftelserne af emner, der ligger inden for praksisplanens emneområder, samt at praksisplanen inden vedtagelsen skal forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Se i øvrigt Bekendtgørelse nr. 257 af 19/03/2014 om patientinddragselsvalg. Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12/2013 og Vejledning nr. 9005 af 20/12/2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Generelle bemærkninger

Sundhedsstyrelsen har med interesse læst oplægget til praksisplan. Styrelsen bemærker, at udkastet til praksisplanen er en revideret udgave af praksisudviklingsplanen for almen praksis 2012-2015. Sundhedsstyrelsen finder, at oplægget er et godt udgangspunkt for praksisplanudvalgets fremtidige arbejde omkring udvikling af almen praksis i Region Hovedstaden.

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at der allerede nu er planer om at udarbejde en ny plan og en underliggende udmøntningsafale, som nærmere vil fastlægge vilkårene for praksisplanens og sundhedsaftalens gennemførelse. Det bemærkes, at denne forventes godkendt i august 2015.

6. maj 2014

Sag nr. 4-1214-761/
Reference KHA
T. 72227681
E. lobes@sa.dk

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 2 - Side -3 af 20

Sundhedssyrelsen skal dog bemærke, at det foreliggende udkast på flere områder ikke beskriver den nyeste udvikling og dermed ikke i tilstrækkeligt omfang er opdateret. Samtidig refereres der udelukkende til overenskomsten for almen praksis fra 2011 og ikke til den kommende overenskomst, der træder i kraft 1. september 2014.

Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde

I oplægget til praksisplan planlægges en række tværsektorielle indsatsområder, som skal understøtte almen praksis i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen. Sundhedssyrelsen finder disse indsatser væsentlige og forventer, at de bliver opdateret og konkretiseret at praksisplanudvalget.

Sundhedssyrelsen finder det positivt, at oplægget til praksisplan blandt andet har fokus på styrkelse af almen praksis' tilgængelighed for patienter. Sundhedssyrelsen anbefaler dog, at rammerne for almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til øvrige samarbejdspartner i sundhedsvæsenet vedrørende det konkrete patientforløb også beskrives. Emnet kan hensigtsmæssigt inddrages i den endelige praksisplan.

I forbindelse med færdiggørelsen af praksisplanen bør der endvidere være fokus på, at praksisplanen i relevant omfang sammenfatter de opgaver, som almen praksis er forpligtet til at udføre i henhold til gældende sundhedsaftaler. Særligt fremadrettet bør der være dette fokus i forhold til de kommende sundhedsaftaler.

Derudover bør være fokus på, at praksisplanen indeholder forslag til implementeringen af disse opgaver i almen praksis.

Endelig bør eventuelle lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne beskrives.

Almen praksis' opgaver og rolle i det regionale sundhedsvæsen

Sundhedssyrelsen finder det positivt, at udkastet til praksisplan indeholder en række anbefalinger, der vedrører almen praksis' opgaver og roller i den regionale sundhedsvæsen i forhold til relevante patientgrupper og indsatser, samt at sammenhængen til (nogle af) regionens øvrige planer er tænkt ind. Sundhedssyrelsen ser frem til, at dette opdateres og konkretiseres yderligere.

Beskrivelsen kan endvidere hensigtsmæssigt suppleres med en generel beskrivelse af almen praksis' opgaver og roller i det regionale sundhedsvæsen.

Sundhedssyrelsen finder det positivt, at oplægget til praksisplan har fokus på sygehusens understøttelse af diagnostik og behandling i almen praksis, hvilket er i overensstemmelse med styrelsens anbefalinger.

Ligeledes findes det positivt, at oplægget til praksisplan beskriver arbejdet med faglig udvikling i almen praksis. Sundhedssyrelsen finder dette arbejde væsentligt og at det bør konkretiseres, særligt i forhold til planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen.

Lægedeltagelse og tilgængelighed

Oplægget til praksisplan indeholder en god beskrivelse af den aktuelle lægekompakt i almen praksis i Region Hovedstaden. Ligeledes er der en god beskrivelse af regionens målsætninger, herunder at styrke praksisfællesskaber. Ligeledes er der fokus på de få steder i regionen, hvor der er problemer med lægedækning, både i socialt udsatte områder og i geografisk udsatte områder.

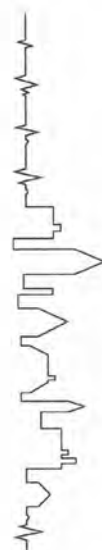
Sundhedssyrelsen finder det i den forbindelse positivt, at praksisplanudvalget for Region Hovedstaden i planperioden planlægger at følge op på tidligere erfaringer i forhold til rekruttering og fastholdelse. Sundhedssyrelsen finder dog, at det er centralt, at denne opfølgning sker systematisk.

Sundhedssyrelsen bemærker endvidere, at der generelt i Region Hovedstaden er udfordringer i forbindelse med almen praksis' fysiske tilgængelighed for bevejelseshæmmede. Det anbefales, at denne udfordring håndteres i kommende praksisplaner.

Sundhedssyrelsen ser frem til at modtage den færdige praksisplan.

Med venlig hilsen

Jette Jul Bruun
Enhedschef



PLO-HOVEDSTADEN

Region Hovedstaden
Att.: Tine Eja Bonke

Stockholmsgade 35
2100 København Ø
Telefon 35 26 67 00
Fax 35 43 11 69
post.hpi@dadl.dk

Den 26-05-2014
Sagsnr: 2014-1824
Init: FH.L.PLO-H

Vedr.: Revision af Praksisplan 2014-2015

PL.O-Hovedstaden har følgende bemærkninger til revision af Praksisplan 2014-2015. I det følgende er høringsudkastets formulering angivet med **rod** skrift og vores forslag angivet i *kursiv*:

Side 5

Almen praksis bliver med lovændringen forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen, og der bliver i den forbindelse tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen.

Praksisplanen skal medvirke til sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet.

Tilføjeelse til dette afsnit:

De opgaver, som i sundhedsaftalen ønskes løst af almen praksis, skal beskrives i praksisplanen. Udførelsen af disse opgaver forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der er indgået en underliggende aftale med PLO-H om vilkårene for opgavernes udførelse.

Side 47

Dertilover skal almen praksis involveres i et forpligtende samarbejde om at implementere forløbsprogrammer, som udspringer fra Sundhedsstyrelsen, herunder bl.a. det reviderede generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, forløbsprogrammer for rehabilitering og palliation ifm. kræft samt rehabilitering af henholdsvis voksne og børn med erhvervet hjerneskade.



Almen praksis forpligtelse i denne sammenhæng forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der er indgået underliggende aftale med PLO-H om vilkårene for opgavernes udførelse, - jf. ovennævnte tilføjelse på side 5.

Side 64, linje 5
... de overordnede lægevagtsopgaver, slettes

Side 65, linje 7
omsorgsniveau ændres til omkostningsniveau

Side 65, linje 4 fra neden
..vagtlæggen.. slettes

Side 71
Anbefalinger:
- at indtænke almen praksis og lægevagten i beredskabsplanlægningen

Der er i 2013 indgået en § 2-aftale med PLO-Hovedstaden om almen praksis medvirken i sundhedsberedskabet

Side 71, linje 12 fra neden
Flere kommuner har desuden henvendt sig med ønske om at etablere et udbygget samarbejde med lægevagten ved at stille specielle akutteams og aflastningspladser til rådighed.

... lægevagten erstattes med: almen praksis

Side 78
Udvikling mod akkreditering igennem kvalitetsstandarder er allerede i pilottest, da fem praksis i Region Hovedstaden indgår i et projekt om afprøvning af udarbejdede organisatoriske standarder.

Er gennemført og foreslås ændret til:

Udøvelsen af akkreditering igennem kvalitetsstandarder har allerede været i



pilottest, og fem praksis i Region Hovedstaden har deltaget i et projekt om afprøvning af udarbejdede organisatoriske standarder.

Side 79
Ifølge overenskomsten skal almen praksis indgå i Den Danske Kvalitetsmodel. Det forventes, at den kommende overenskomster indeholder en aftale om implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis. I så fald indebærer det, at samtlige praksis skal akkrediteres gennem ...

Ændres til:

Den nye overenskomst indeholder en aftale om implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis. I så fald indebærer det, at samtlige praksis skal akkrediteres gennem ...

Med venlig hilsen

Birgitte Alling Møller
Formand

Claus Perrild
Næstformand



Region Hovedstaden
Sekretariatet for Praksisplanudvalget
v/ jane.holm@regionh.dk

Amager Hospital
Hvidovre Hospital
Enheden for Tverrsektoriel
Samarbejde
Kettebodvej Alle 30
2650 Hvidovre
Opgang Taghus 1
Afsnit 172
Telefon 3862 2862
Direkte 3862 1694

Dato: 12. maj 2014

Høringsvar over udkast til plan for almen praksis 2014-2015

Region Hovedstadens administration har 12. maj 2014 fremsendt høringsbrev om samt udkast til plan for almen praksis 2014-2015.

Hospitalsdirektionen noterer sig de særlige vilkår for behandlingen af denne praksisplan og har ingen bemærkninger til det foreliggende udkast.

Amager og Hvidovre Hospitaler ser frem til udarbejdelsen af en ny praksisplan og deltagere gerne i arbejdet at styrke udviklingen af almen praksis i et lokalt forankret samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis.

Med venlig hilsen

Kirsten Breindal
vicedirektør

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan
Bilag 2 - Side -7 af 20

Fra: Jane Holm
Sendt: 21. maj 2014 10:07
Til: Heidi Mortensen
Cc: Tine Eja Bonke
Emne: VS: Høring Praksisplan for almen praksis 2014-2015

T.o.

Vh. Jane

Fra: Karina Sol
Sendt: 21. maj 2014 10:06
Til: Jane Holm
Cc: Vibeke Løgstrup; Mette Schantz Schousboe; Klaus Lunding
Emne: SV: Høring Praksisplan for almen praksis 2014-2015

Til Center for sundhed, Enhed for tværsektoriel udvikling

Glostrup Hospital har haft udkast til praksisplan for Almen praksis i høring og har ikke nogen bemærkninger.

Venlig hilsen

Karina Sol
Planlægningskonsulent

Økonomi- og planlægningsafdelingen

Direkte: 38 63 21 09
Mail: karina.sol@regionh.dk

Glostrup Hospital
Ndr. Ringvej 57

NOTAT

22-05-2014

Sagsnr.
2014-0075790

Dokumentnr.
2014-0075790-5

Sagsbehandler
Lars Buch Hansen

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden
v/ Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden

Høringssvar til revideret praksisplan for almen praksis 2014-15

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden har den 22. april sendt udkast til revideret praksisplan for almen praksis 2014-15 i høring med frist den 23. maj 2014. Hermed følger Københavns Kommunes høringssvar.

Københavns Kommune støtter, at den første praksisplan for almen praksis udarbejdes som en revision af den eksisterende praksisudviklingsplan, da tidsrammen ikke giver mulighed for en tilstrækkelig grundlig proces med involvering af alle relevante parter. Den igangværende udarbejdelse af en ny sundhedsaftale taler ligeledes for, at udarbejdelsen en ny praksisplan afventer denne.

Københavns Kommune ser frem imod andet trin i den nye praksisplanlægning: udarbejdelsen af en ny praksisplan samt en underliggende udmøntningsaftale. Her forventer Københavns Kommune en åben og involverende proces hvor kommunerne har mulighed for at præge planlægningen i almen praksis så borgerne sikres større sammenhæng mellem den kommunale sundhedsindsats, indsatsen i almen praksis og i forhold til det øvrige sundhedsvæsen.

Københavns Kommune finder det vigtigt, at der sættes fokus på almen praksis' rolle i udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen blandt andet i forhold til borgere med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter og borgere med mentale problemstillinger.

Med almen praksis' placering i borgernes lokalområde og viden om borgernes sundhedstilstand og forebyggelsesbehov har almen praksis gode muligheder i forhold til tidlig opsporing og en tidlig indsats.

Københavns Kommune finder, at almen praksis' rolle som gatekeeper/henviser i forhold til det kommunale sundhedsvæsen – herunder de kommunale forebyggelsestilbud vedrørende rygning, alkohol, overvægt mv. – er et vigtigt fokusrumråde i udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

Venlig hilsen

Jens Eggsgaard
Centerchef, Center for Sundhed

Center for Sundhed

Sjællandsgade 40H, 314,
2
2200 København N

E-mail
BWW7W@suf.lkk.dk

EAN nummer
5798009290359

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan
Bilag 2 - Side -9 af 20

Fra: Jane Holm
Sendt: 23. maj 2014 08:58
Til: Heidi Mortensen
Cc: Tine Eja Bonke
Emne: VS: Praksisplan 2014-2015 høring - Gentofte Kommune

Endnu et høringssvar.

Vh. Jane

Fra: Jesper Holmboe (jesh) [<mailto:JESH@Gentofte.dk>]
Sendt: 22. maj 2014 16:08
Til: Jane Holm
Cc: Søren Bønløkke (sgb); Thomas Bille (tbi); Maj Lindberg Danø (mlda)
Emne: Praksisplan 2014-2015 høring - Gentofte Kommune

Kære Jane,

Høringsversion af plan for almen praksis 2014-2015 har været behandlet i Børne- & Skoleudvalget, Socialudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen i Gentofte Kommune på møder i maj måned.

Gentofte Kommune har på den baggrund ingen bemærkninger til det fremsendte høringsudkast.

Venlig hilsen

Jesper Holmboe

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan
Bilag 2 - Side -10 af 20

Chef for Stab & Udvikling

Gentofte Kommune

Stab & Udvikling | Social & Sundhed
Bernstorffsvej 161 | 2920 Charlottenlund
Dir.: 39 98 60 20 | Mobil: 30 61 86 04

Afdelings e-mail: stabogudvikling@gentofte.dk

Betjen dig selv på [Genvej](#) via computer eller smartphone.

Find information på www.gentofte.dk

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videregende eller kopiere den.

Region Hovedstaden

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Åbningstider
Mandag-Tirsdag 10-14
Onsdag lukket
Torsdag 10-18
Fredag 10-12

Høringssvar vedrørende revision af plan for almen praksis 2014-2015

Dato: 23. maj 2014

Allerød Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Allerød Kommune tager ændringerne i den reviderede praksis til efterretning.

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen
Tlf. 48100201

Vi havde gerne set, at udviklingen inden for akutområdet, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform.

Vores forventning er at disse to forhold vil indgå i arbejdet med formulering af den nye plan.

Venlig hilsen

Lisbeth Pedersen
Sundhedschef





Høringssvar vedrørende revision af plan for almen praksis 2014-2015

Region Hovedstaden

Fredensborg Kommune

Sagsnr. 14/14578

XX Maj 2014

Fredensborg Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar. Høringssvaret har været behandlet i Byrådet den 24. juni 2014.

Fredensborg Kommune tager ændringerne i den reviderede praksis til efterretning.

Vi havde gerne set, at udviklingen inden for akutområdet, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform.

Vores forventning er at disse to forhold vil indgå i arbejdet med formulering af den nye plan.

Venlig hilsen

XX

Borgmester

XX

Direktør





Til sekretariatet for praksisplanudvalget i Region Hovedstaden

Dato: 23-05-2014

Høringssvar fra Brøndby Kommune vedr. praksisplan for almen praksis 2014-2015

Da praksisplanen 2014-2015 er en revision/opdatering af den nuværende praksisplan, som var i høring 2012, fremsendes her kun enkelte bemærkninger til planen.

Brøndby Kommunes bemærkninger nedenfor retter sig mod fremsendte høringsudkast, men har også relevans for udarbejdelsen af den nye plan til efteråret:

Om lægedækning, rekruttering og fastholdelse i sårbare områder side (særligt side 6, 7, 30 og 31):

- Det er positivt, at der i praksisplanen er opmærksomhed herpå – og det vil være væsentligt for Brøndby Kommune, at dette fastholdes i den nye praksisplan.
- Der nævnes flere årsager til problemerne og peges på mulige veje til løsninger. Brøndby Kommune ønsker i denne sammenhæng også at pege på, at et større tidsforbrug pr. patient i sårbare område er negativt for 'indtjeningsgrundlaget'.

Venlig hilsen

Hanne Kirk Ladekjær
Sekretariatsleder

Slip for rød og rudekuverter

- Tilmeld dig Digital Post i din e-Boks
eller på www.borger.dk



Sags nr.: 153-2014-3364

Dok.nr.: 153-2014-117387

Cpr./Cvr.nr.

SEKRETARIATET • SOCIAL- OG SUNDHEDSFORVALTNINGEN

Park Allé 160, 2605 Brøndby

Tlf.: 4328 2828 • Fax: 4328 2602 • Mail: social@brondby.dk • www.brondby.dk

Rådhuset er åbent: Mandag til onsdag kl. 9-13, torsdag kl. 13-17.30, fredag kl. 9-12

Telefonerne er åbne: Mandag til onsdag kl. 9-14.30, torsdag kl. 9-17.30, fredag kl. 9-12



SOCIAL OG SUNDHED

Sekretariatet for Praksisplanudvalget
i Region Hovedstaden

Rådhuset
Hold-an Vej 7
2750 Ballerup
Tlf.: 4477 2000
www.ballerup.dk

Dato: 10. marts 2014

Tlf. dir.: 4477 3549
E-mail: sito@bak.dk
Kontakt: Sidsé-Marie Toubroe
Sagsnr.: 2014-5370
Dok.nr.: 2014-4805

Forudgående høring vedrørende plan for almen praksis 2014-2015 - Høringssvar fra Region Hovedstadens midtklynge.

De ni kommuner i Region Hovedstadens midtklynge; Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre afgiver hermed et fælles høringssvar.

Kommuneklynge Midt finder overordnet, at det er hensigtsmæssigt med bedre tid til at udarbejde praksisplanen for almen praksis 2015-2018 samt den underliggende udmøntningsplan.

Kommunerne i Midtklyngen forudsætter, at der sker en tæt kobling mellem Sundhedsaftale III og praksisplanen.

Kommunerne har ikke yderligere bemærkninger i forhold til de tidligere fremsendte høringssvar til Praksisudviklingsplanen for almen praksis 2012-2015.

Kommunerne i kommuneklynge midt ser frem til at bidrage til den kommende praksisplan.

På vegne af Region Hovedstadens Midtklyngekommuner.

Inge Kristensen
Centerchef for Social- og Sundhed
Ballerup Kommune



Region Hovedstaden

Center for Sundhed og Omsorg

SO - Sundhed
Stengade 59
3000 Helsingør

Tlf. - 4928 3061
ikm46@helsingor.dk

Dato 23.05.14
Sagsbeh.
Ida Kock Møller

Høringssvar vedrørende revision af plan for almen praksis 2014-2015

Generelle kommentarer

Helsingør Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Helsingør Kommune tager ændringerne i den reviderede praksis til efterretning.

Vi havde gerne set, at udviklingen inden for akutområdet, som kræver lægelig deltagelse, havde været indarbejdet i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform.

Vores forventning er at disse to forhold vil indgå i arbejdet med formulering af den nye plan.

Ovenstående kommentar er en fælles formulering for samtlige kommuner i Gribskov-klyngen.

Helsingør Kommunes kommentar til Praksisplan for almen praksis 2014-2015 med specielt fokus på socialmedicinske patienter

Socialmedicinske patienter:

Der peges i praksisplanen på et øget behov for et etableret tværgående samarbejde med kommunerne omkring de socialmedicinske patienter som omfatter særligt socialt belastede patientgrupper; herunder borgere med sindslidelser, socialhjælpsmodtagere, alkoholikere og stofmisbrugere.

Center for Særlig Social Indsats i Helsingør Kommune understøtter et fremadrettet fokus på et tættere og mere målrettet tværgående samarbejde imellem almen praksis, region og kommune i indsatsen til socialt udsatte og særligt belastede befolkningsgrupper, hvor der opleves snitflade problematikker.

I den sammenhæng kan der være behov for at tænke i nye baner i sagsbehandlingen, bl.a. til den del af borgere med psykiske og sociale problemer som generelt har det vanskeligt i kontakten til offentlige myndigheder og som det for det etablerede system, kan være en udfordring at tilvejebringe en sufficient og helhedsorienteret indsats.

Center for Særlig Social Indsats ser velvilligt på muligheden for at etablere et koordineret samarbejde med såkaldte "socialrådgivere på hjul" jf. oplægget i praksisplanen. En sådan funktion vil ligeledes kunne bidrage til og understøtte realiseringen af "Fremskudt sagsbehandling"; som tager udgangspunkt i en tidlig, opfølgende og kontaktskabende indsats. sundhedsudfordringer i Danmark.

Fremskudt sagsbehandling omfatter at sagsbehandleren i højere grad møder de sindslidende borgere "der hvor borgerne er" og har til formål dels, at forebygge forværring og dels at etablere en bæredygtig og hurtig indsats for borgere med *begyndende* psykiske problemer.

Endelig kan sagsbehandlingen i en sådan form, understøtte visionen om **sammenhængende borger/patient forløb** i mellem kommuner, almen praksis og region i forhold til social ulighed, som er en af de største sundhedsudfordringer i Danmark.

Med venlig hilsen

Charlotte Aagaard, centerchef, Center for Særlig Social Indsats

Helene B. Rasmussen, centerchef, Center for Sundhed og Omsorg



Høringssvar om praksisplan for almen praksis 2014-2015

Frederiksberg Kommune har modtaget udkast til ny praksisplan for almen praksis 2014-2015.

Frederiksberg Kommune vurderer, at den fremsendte revision kan godkendes i dens nuværende form.

Frederiksberg kommune er enige i, at det er en god ide at inddele processen med hensyn til udarbejdelse af den kommende praksisplan i to dele og er også enig i den fremsendte tidsplan.

Det er dog vigtigt at den reviderede praksisplan ikke betyder, at den regionale og lokale udvikling sættes på standby, mens der ventes på den kommende praksisplan. Den reviderede praksisplan bør derfor rumme mulighed for også at afprøve nye pilotprojekter, som kan danne erfaringer for det kommende arbejde med praksisplanen i trin 2.

I det kommende fremadrettet arbejde med praksisplan ønsker Frederiksberg især at styrke følgende forhold i samarbejdet med almen praksis:

- Øge brugen af opfølgende sygebesøg i tilknytning til at forebygge genindlæggelser efter et hospitalsbesøg.
- Øge brugen af opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre, normalt over 75 år for at identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer.
- At almen praksis forpligtes mere til at holde sig informeret om de kommunale sundhedstilbud og henviser til disse for relevante borgere.
- At det lokale lægelaug forpligter sig til deltage i fælles udviklingsprojekter med kommunen, herunder velfærdsteknologiske og share-care løsninger.

30-04-2014

Sagsbeh: Charlotte Meyer
Henius

Dok.nr.: 2014/0016384-4

**Formand for Sundheds-
og Omsorgsudvalget**
Rådhuset
2000 Frederiksberg
www.frederiksberg.dk

fibr01@frederiksberg.dk

- At almen praksis indgår i øget opsporing af udsatte gravide og i øvrigt øger samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste.
- At kommunen i samarbejde almen praksis sikrer koordinerende indsatser for borgere med psykiatriske lidelser på både voksen og børne-ungeområdet - herunder også omkring medicingennemgang for borgere, som modtager flere lægemidler på en gang

Med venlig hilsen

Flemming Brank
Formand for Sundheds- og Omsorgsudvalget

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 2 - Side -19 af 20



Rådhuset, Hvidovrevej 278, 2650 Hvidovre

KKR Hovedstaden

Att.:

Anne-Sofie Fischer Petersen
afp@kl.dk

Sekretariatet for Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden

Att.:

Jane Holm

Jane.holm@regionh.dk

Rådhuset
Hvidovrevej 278
2650 Hvidovre

Børne- og Velfærdsforvaltningen
Sundheds- og Bestillerafdelingen
Udviklings- og Kvalitetsteamet
Lægekonsulent -
Almenmedicinsk:
Hanne Christensen

Telefon: 3639 3726
Afd. telefon: 3639 3750
Fax: 3639 3658

E-mail: haq@hvidovre.dk
Afd. e-mail:
bestillerenhed@hvidovre.dk
www.hvidovre.dk

Sagsnr.: 14/17878
Doknr.: 117318/14

Dato: 14-05-2014

I brev dateret den 22. april fremsender KKR Hovedstaden forudgående høring vedrørende plan for almen praksis 2014-2015 med deadline for kommentarer den 23. maj 2014.

Borgmester Helle Adelborg, Hvidovre Kommune, er medlem af Praksisplanudvalget. Hvidovre Kommunes forvaltning har derfor haft lejlighed til at fremsætte bemærkninger i forbindelse med afholdelse af det første møde i Praksisplanudvalget den 4. april 2014. En række af disse bemærkninger er indarbejdet i den udsendte høringsversion af praksisplanen.

Hvidovre Kommunes har følgende konkrete bemærkning:

Side 15 - Baggrund

Af teksten fremgår: "Endvidere har almen praksis en rolle som visitator for patienter med behov for supplerende behandling og anden behandling"
Det foreslås ændret til

"Endvidere har almen praksis en rolle som visitator for patienter med behov for supplerende behandling og andre tilbud".
Derved omfattes visitation/henvisning til eksempelvis kommunale tilbud af formuleringen.

Hvidovre Kommune ser frem til at bidrage til den kommende proces med at udarbejde en ny plan.

Med venlig hilsen

Mette Riegels

Cc: Borgmester Helle Adelborg

Region Hovedstaden

FREDERIKSSUND
KOMMUNE

Dato
26. maj 2014

Sagsbehandler
Indls

Sagsnr.

BYRÅDSSEKRETARIATET

Høringssvar vedrørende revision af plan for almen praksis 2014-2015

Frederikssund Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar og tager ændringerne i den reviderede praksis til efterretning.

Vi havde gerne set, at udviklingen inden for akutområdet, som kræver løbende deltagelse, havde været inddraget i den reviderede plan. Endvidere havde det været hensigtsmæssigt, om planen havde forholdt sig til konsekvenserne for almen praksis af den nye sygedagpengereform.

Vores forventning er, at disse to forhold vil indgå i arbejdet med formulering af den nye plan.

Venlig hilsen

John Schmidt Andersen
Borgmester

Ole Jacobsen
kommunaldirektør

Strategi, Service og
Koordination
Frederikssund
3600 Frederikssund
Telefon 10 18
Telefax 47 35 10 99
www.frederikssund.dk

Bank 4319-3430270303

Åbningstider:
Mandag 09.00 - 15.00
Tirsdag lukket
Onsdag 09.00 - 15.00
Torsdag 10.00 - 18.00
Fredag 09.00 - 14.00

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan
Bilag 3 - Side -1 af 2



Fra: Tine Eja Bonke [<mailto:tine.eja.bonke@regionh.dk>]

Sendt: 19. maj 2014 08:56

Til: Bente Møller

Emne: Opsamling på telefonsamtale vedr. rådgivning i forhold til Region Hovedstadens praksisplan

Kære Bente Møller

Efter vores telefonsamtale vedr. Sundhedsstyrelsens rådgivning i forhold til Region Hovedstadens indsendte praksisplan har jeg noteret mig, at praksisplanudvalget har kompetencen til at beslutte, om der bør foretages yderligere revision i det foreliggende udkast på baggrund af jeres rådgivning. Praksisplanudvalget vil få rådgivningen forelagt på sit næste møde i juni måned.

I forlængelse af ovenstående har jeg noteret mig, at Praksisplanudvalget kan beslutte at vedtage det foreliggende udkast, idet de efterspurgte uddybninger/konkretiseringer mv. kan gennemføres i det kommende planarbejde.

Vi mødes med kommuner og almen praksis i dag kl. 11 for administrativt at forberede næste møde Praksisplanudvalget. Jeg håber derfor, at du er enig i min konklusion på vores samtale.

Med venlig hilsen

Tine Eja Bonke

Specialkonsulent, praksisplanlægning

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan
Bilag 3 - Side -2 af 2

Fra: Bente Møller <BEM@SST.DK>
Sendt: 19. maj 2014 12:24
Til: Tine Eja Bonke
Emne: SV: Opsamling på telefonsamtale vedr. rådgivning i forhold til Region Hovedstadens praksisplan

Kære Tina Bonke

Enig i, at dette er konklusionen på vores samtale.

Med venlig hilsen

Bente Møller

Overlæge

T (dir.) +45 72 22 78 15

bem@sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud

Axel Heides Gade 1

2300 København S

T +45 72 22 74 00

sst@sst.dk

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden

Praksisplan for almen praksis 2014-2015 – Udkast til endelig plan med korrektur

Revideret udgave af Praksisudviklingsplan for almen praksis
2012-2015

REGION

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 4 - Side -2 af 78

PRÆAMBEL	4
RESUMÉ OG MÅL	5
Kapacitet og tilgængelighed	5
Faglig udvikling tværsektorielt	7
Faglig udvikling i almen praksis	11
BAGGRUND	13
1. Formål	13
2. Rammer for praksisplanlægningen	14
2.1 Sundhedsloven	14
2.2 Øvrig sundhedsplanlægning i regionen	15
3. Høring	16
3.1 Spørgeskemaundersøgelse	16
3.2 Høringsmøder med kommuner	16
3.3 Høringsmøder med PLO-Kommunal	16
4. Grundbeskrivelse	17
5. Praksisplanens opbygning	17
5.1 Målhierarki	17
KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED	19
1. Målsætninger	19
2. Lægedækning og praksisstruktur	20
2.1 Overenskomstens (2011) bestemmelser om lægedækning	20
2.2 Planlægningsområder	21
2.3 Praksisstruktur	21
2.4 Rekruttering og fastholdelse	24
3. Tilgængelighed	27
3.1 Akutanalysen 2012	27
3.2 Fysisk tilgængelighed	28
3.3 Telefonisk tilgængelighed	30
3.4 Elektronisk tilgængelighed	32
FAGLIG UDVIKLING - TVÆRSEKTORIELT	34
1. Målsætninger	34
2. Model for tværsektorielt samarbejde	35
2.1 Formål	36
3. Visitation	36
3.1 Faglige visitationsretningslinjer	36
3.2 Central visitation (CVI)	37
4. Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren	38
5. Samarbejde om kroniske patienter	38
5.1 Kronikerprogrammet	39

Punkt nr. 4 - Godkendelse af endelig revideret praksisplan

Bilag 4 - Side -3 af 78

Praksisplan for almen praksis for almen praksis 2012-2015

5.2 Forløbsprogrammer	40
6. Samarbejde om socialmedicinske patienter	41
7. Samarbejde om medicinanvendelse	42
7.1 Økonomisk effektiv medicinordination	43
7.2 Utilsigtede hændelser i sektorovergangen	43
7.3 Fælles Medicin Kort (FMK)	44
7.4 Medicingennemgang	44
8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb	46
9. Kræftpakkeforløb	48
9.1 Regional kræftplan	49
9.3 Efteruddannelsesindsats for praktiserende læger	50
9.4 Palliation og rehabilitering	50
9.5 Lymfødem behandling	51
10. Udredning af mennesker med sindslidelser	51
10.1 Shared care	52
10.2 Samarbejdsmodel i forhold til behandling af udsatte grupper	52
10.3 Samarbejde ved akut syge mennesker med sindslidelser	53
11. Samarbejde om diagnostik	53
12. Samarbejde om akutberedskab	56
13. Samarbejde på svangreområdet	60
FAGLIG UDVIKLING I ALMEN PRAKSIS	62
1. Målsætninger	62
2. Rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis	63
3. Den organisatoriske kvalitet	64
3.1 Ledelse og praksisudvikling	64
3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus	66
3.3 Telemedicin	67
4. Den sundhedsfaglige kvalitet	68
4.1 Styrket dokumentation ved ICPC-kodning og datafangst	69
4.2 Patientsikkerhed	70
4.3 Børnevaccinationer	72
5. Den patientoplevede kvalitet	75
5.1 Patient- og brugerinddragelse	75
5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser	76
5.3 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser	76

Præambel

Folketinget vedtog d. 29. juni 2013 ændringer til Sundhedsloven, som justerer planlægningsbestemmelserne for almen praksis.

Ændringerne betyder bl.a., at der skal nedsættes et Praksisplanudvalg, hvor region, kommuner og almen praksis i samarbejde udarbejder en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen.

Sundhedsloven fastlægger desuden, at den første praksisplan skal foreligge senest 1. maj 2014. Bekendtgørelsen om ikrafttræden af ændringer til Sundhedsloven fastslår, at Praksisplanudvalget skal træde i kraft fra 25. marts 2014.

Sundhedsstyrelsen har i tillæg hertil udarbejdet vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner.

Kommunerne får med lovændringen større indflydelse på planlægningen af almen praksis, herunder også decentrale aftaler om udmøntning af såvel sundhedsaftaler som praksisplan.

Almen praksis bliver med lovændringen forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen, og der bliver i den forbindelse tæt sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen. Praksisplanen skal medvirke til sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet. *De opgaver som i sundhedsaftalen ønskes løst af almen praksis skal beskrives i (indgå i arbejdet med udarbejdelsen af) praksisplanen. Udførelsen af disse opgaver forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller at der er indgået en underliggende aftale med PLO-H om vilkårene for opgavernes udførelse.*

På grund af kravet om, at der skal foreligge en ny praksisplan senest d. 1. maj 2014 har Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden besluttet at gennemføre den nye praksisplanlægning i to trin.

- Første trin består af en revision af den senest godkendte praksisplan.
- Andet trin består af udarbejdelse af en ny plan samt en underliggende udmøntningsaftale, som nærmere skal fastlægge vilkårene for praksisplanens og sundhedsaftalens gennemførelse.

Andet trin vil bestå af en række temadrøftelser i Praksisplanudvalget og gennemførelse af relevante høringsaktiviteter forbundet med planlægningen.

Praksisplanudvalget ser i forbindelse med den kommende planlægning frem til at styrke udviklingen af almen praksis og almen praksis' snitflade til det øvrige sundhedsvæsen i et lokalt forankret samarbejde mellem kommune, region og almen praksis.

Resumé og mål

I dette afsnit sammenfattes Praksisplanens mål

Praksisplanen fastlægger målsætninger for planperioden 2012-2015 i forhold til, hvordan tilbuddet om almen lægehjælp skal udvikles på tre områder:

- Kapacitet og tilgængelighed
- Faglig udvikling tværsektorielt
- Faglig udvikling i almen praksis

I de tre afsnit nedenfor sammenfattes Praksisplanens indhold og mål.

Kapacitet og tilgængelighed

Lægedækning

Kapaciteten i almen praksis skal tilrettelægges, så en ligelig fordeling af lægepraksis i regionen sikres af hensyn til patienten, og så en rimelig fordeling af arbejdsbyrde og driftsunderlag sikres af hensyn til den enkelte praktiserende læge.

Planlægning af kapaciteten kan sætte rammerne for den fremtidige praksisstruktur, dvs. størrelse og placering af tilbuddet om almen lægehjælp. Ifølge undersøgelser kan størrelse og indretning af de fysiske lokaliteter have betydning for kronikerbehandlingen, idet egnede kliniklokaler er en forudsætning for den nødvendige organisatoriske udvikling af almen praksis. I Praksisplanen fastlægges ikke et fast patientunderlag for den mest effektive organisering, eller en enkelt praksisform som den mest ideelle, men det er en målsætning, at praktiserende læger fortrinsvist praktiserer i fællesskab med andre praktiserende læger.

Region Hovedstaden har ikke generelle problemer med rekruttering og fastholdelse. Der opleves dog problemer med rekruttering og fastholdelse på Bornholm og i visse socialt belastede lokalområder.

Bornholm er et yderområde i Region Hovedstaden, hvor rekrutteringsproblemer og lægemangel er mere alvorlig end tilsvarende rekrutteringsproblemer i andre dele af regionen pga. særlige geografiske

forhold. Praksisplanen anbefaler at følge lægedækningen på Bornholm i perioden.

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

Mål – Lægedækning og praksisstruktur

- ✓ Lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk
- ✓ Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskab med andre praktiserende læger
- ✓ Tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen.
- ✓ Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet i almen praksis
- ✓ Lægedækningen i socialt udsatte områder matcher lægedækningen i områder, som ikke er socialt udsatte

Tilgængelighed – fysisk og telefonisk

Akutanalysen fra 2012 har sat fokus på tilgængeligheden i blandt andet almen praksis, ligesom det også har været et indsatsområde i sidste planperiode.

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

Praktiserende læger er ikke forpligtet i henhold til overenskomsten eller lovgivning til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med handicap.

PLO-Hovedstaden ønsker aftaler og krav om tilgængelighed for personer med handicap løst via centrale overenskomstforhandlinger.

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

Parterne er enige om at fortsætte drøftelserne om tilgængelighed for personer med handicap i Samarbejdsudvalget for almen praksis.

Mål – Tilgængelighed

- ✓ Almen praksis er tilgængelig for personer med handicap
- ✓ Patienterne har kendskab til den fysiske tilgængelighed i praksis
- ✓ Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres praktiserende læge

Skal almen praksis varetage sin akutforpligtelse effektivt, er det afgørende med en god telefonisk tilgængelighed.

Ifølge stikprøveundersøgelse udført i relation til akutanalysen (2012) er 18 % af lægepraksis ikke tilgængelig for telefonisk henvendelse indenfor ti minutter i praksis med køfunktion eller på fire opkald inden for seks minutter.

Tilgængeligheden kan forbedres ved at etablere moderne telefonsystemer eller ved tilrettelæggelse af arbejds gange i praksis. I planperioden skal der arbejdes for at implementere tekniske og organisatoriske løsninger, som vil forbedre den telefoniske tilgængelighed. Der er udarbejdet et idékatalog herfor.

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

Faglig udvikling tværsektorielt

Almen praksis har en central funktion i det samlede sundhedsvæsen. Det er den naturlige primære kontakt for borgeren, og det sted hvor de fleste sundhedsmæssige problemer færdigbehandles.

Almen praksis har en snitflade til en række sundhedsfunktioner, hvor det er nødvendigt med et samarbejde, der kan sikre sammenhængende forløb for patienten, når en helbredsmæssig problemstilling skal løses på tværs af sektorer og faggrupper.

Af disse grunde omfatter Praksisplanen en række forskelligartede tværsektorielle indsatsområder, hvor det er nødvendigt at understøtte et samarbejde i tæt samordning med indsatser i andre regionale planarbejder.

Visitation

I henvisningssituationen skal henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt, med tilstrækkelig information og på en hurtig og let måde.

De praktiserende læger henviser i henhold til regionale forløbsprogrammer for kronikere samt andre diagnosespecifikke patientforløbsbeskrivelser og nationale faglige retningslinjer for at sikre patientforløb af samme høje faglige kvalitet.

Med henblik på at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og samtidigt bedre patientsikkerheden er centrale visitationsenheder etableret. CVI'erne evalueres i 2012, og der bør i planperioden følges op på de anbefalinger, som vedrører almen praksis.

Mål – Visitation

- ✓ Almen praksis anvender sundhedstilbuddene i det specialiserede sundhedsvæsen og i primærsektoren korrekt
- ✓ Det er overskueligt, sikkert og let at henvise
- ✓ Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis
- ✓ Tilbuddet om almindelig og vederlagsfri fysioterapi er anvendt korrekt

Samarbejde om kroniske patienter

Størstedelen af indsatsen for patienter med kronisk sygdom forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og regionen med almen praksis, som en væsentlig og forpligtet part. Der er allerede udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, diabetes, demens og hjerte-kar og lænderyglidelser.

Kronikerprogrammet har været etableret for at virkeliggøre forløbsprogrammerne, som beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats. Det er væsentligt at bygge videre på læring og resultater fra kronikerprogrammet.

I flere forløbsprogrammer for kroniske patienter beskrives den praktiserende læges funktion som tovholder. Der er dog stadig blandt kommuner og almen praksis uklarhed om, hvad tovholderbegrebet indeholder. På høringsmøder med almen praksis og kommunerne efterlyses en præcisering af, og en gensidig forventningsafstemning om, tovholderrollen.

Der skal i planperioden fortsat fokuseres på implementering af forløbsprogrammerne. Det indebærer, at involverede parter indgår i en dialog om samarbejde i forbindelse med behandling og opfølgning på kronisk sygdom. Det indebærer endvidere en indsats, der sikrer, at hver enkelt praktiserende læger har kendskab til programmernes indhold og føler sig forpligtet af dette.

Mål – Samarbejde om kroniske patienter

- ✓ Der er et højt fagligt niveau i behandlingen af kronisk syge
- ✓ Kommunikationen mellem sektorer om kronisk syge er velfungerende
- ✓ Forløbsprogrammerne er implementeret med almen praksis som forpligtet part

Samarbejde om socialmedicinske patienter

Det socialmedicinske område opleves som særligt ressourcekrævende i almen praksis. Både kommuner og almen praksis oplever et behov for at forbedre samarbejdet om attester og statuserklæringer f.eks. gennem tættere dialog eller beskrivelse af / aftaler om arbejdsdeling for konkrete patientgrupper/borgergrupper.

Mål – Samarbejde om socialmedicinske patienter

- ✓ Forløb for socialmedicinske patienter er optimeret

Samarbejde om medicinanvendelse

Det anbefales i den seneste analyse af medicinområdet (2011) at styrke ledelse, faglighed og samarbejde om medicin i det samlede sundhedsvæsen. Ud over at almen praksis har medansvar for at sikre rationel medicinanvendelse (økonomisk effektiv medicinordination), bør medicinområdet derfor tænkes mere bredt. Der skal i planperioden arbejdes for en mere sikker medicinanvendelse, f.eks. ved at fokusere på implementering af organisatoriske tiltag som dosisdispensering, medicingennemgang og Fælles Medicin Kort, som er anerkendte metoder til at kvalitetsudvikle medicinanvendelsen. Desuden skal der fokuseres yderligere på læring af utilsigtede hændelser, som involverer medicin.

Mål – Samarbejde om medicinanvendelse

- ✓ Patienter er medicineret økonomisk effektivt
- ✓ Medicininformation er opdateret og følger borgeren ved brug af FMK
- ✓ Patienter er medicineret sikkert
- ✓ Kun relevante patienter får medicin dosisdistribueret

Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Et forbedret sektorsamarbejde kan medvirke til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser især af ældre medicinske patienter.

Korrekt elektronisk kommunikation, diagnostisk bistand og regelmæssig afstemning af medicin er væsentligt med henblik på at sikre sammenhængende forløb og forebygge utilsigtede hændelse, som fører til indlæggelse eller genindlæggelse. Det er derfor på disse områder, der skal arbejdes systematisk med forbedringer

Implementering af opfølgende hjemmebesøg er en mulighed for at styrke indsatsen efter udskrivelse af bl.a. ældre medicinske patienter. Opfølgende hjemmebesøg, som blandt andet også omfatter en medicingennemgang, er blevet muliggjort i 2011, men benyttes ikke i tilstrækkeligt omfang. Årsagen hertil skal afdækkes.

Mål – Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

- ✓ Almen praksis medvirker aktivt til at forebygge indlæggelser af ældre medicinske patienter
- ✓ Der er alternativer til indlæggelse i forhold til ældre medicinske patienter
- ✓ Kommunikation om ældre medicinske patienter mellem sektorer er sikker, rettidig og ensartet
- ✓ Der er sammenhæng og kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats i indlæggelses- og udskrivningsforløb

Kræftpakkeforløb

Almen praksis har en nøglefunktion i forhold til at identificere kræftsygdom tidligt, understøtte overgange mellem sektorer samt ved opgaver i efterforløbet, herunder at varetage behandling af terminale patienter, som ønsker at dø i eget hjem.

Der er afsat midler til tilrettelæggelse af en efteruddannelsesindsats målrettet praktiserende læger i forhold til den diagnostiske og prædiagnostiske fase. Efteruddannelsesindsatsen skal implementeres i planperioden.

Mål – Pakkeforløb for kræftpatienter

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

Udredning af mennesker med sindslidelser

Almen praksis har den første kontakt med mennesker med sindslidelser, som søger udredning og behandling.

Da arbejdet med disse patienter i almen praksis er omfattende og ressourcekrævende, er udviklingen af modeller, hvor almen praksis understøttes af specialister i udredning og behandling – såkaldt shared care, undervejs.

Der er behov for at styrke samarbejdsindsatsen mellem almen praksis og relevante parter (kommuner, praktiserende psykiatere, behandlingspsykiatri, psykiatrisk skadestue) omkring mennesker med sindslidelser, herunder mennesker med sindslidelser som samtidigt lider af en kronisk sygdom, har sociale problemer eller er smertepatienter. Det bør afdækkes i planperioden, hvilke former for sektorsamarbejde, som er mest hensigtsmæssigt med henblik på en eventuel implementering.

Mål – Udredning og behandling af mennesker med sindslidelser

- ✓ Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis er styrket
- ✓ Samarbejdsformer er udviklet til styrkelse af sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende forløb for mennesker med sindslidelser .

Samarbejde om diagnostik

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

Der er fortsat geografiske forskelle i muligheder for diagnostiske undersøgelser. Det er Praksisplanens målsætning, at den diagnostiske bistand er af en ensartet høj kvalitet. Realiseringen af dette indebærer ændringer af organisationen omkring opgavevaretagelsen blandt andet de aktører, som varetager laboratoriebetjeningen.

Som et nyt tilbud er der 2012 etableret diagnostiske enheder på akuthospitalerne, som skal sikre sub-akut ambulant udredning af patienter med alvorlig sygdom med uklare symptomer ved en hurtig udredning på tværs af specialer.

Mål – Samarbejde om diagnostik

- ✓ Almen praksis' adgang til diagnostiske bistand er af høj kvalitet
- ✓ Patienter og praktiserende læger tilbydes ensartet, diagnostisk service

Samarbejde om svangreområdet

Praktiserende læge og jordemoder er gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet og fødsel.

Med henblik på at udvikle en tilstrækkelig og sikker kommunikation igennem graviditet, fødsel og barsel skal der i planperioden udvikles en elektronisk løsning (som det beskrives i Fødeplanen, 2011) til at dele

oplysninger mellem sundhedspleje, jordemoder og praktiserende læge.
Praktiserende lægers anvendelse af en elektronisk portalløsning eller journal
bør understøttes i perioden.

Mål – Samarbejde om svangreområdet

- ✓ Fødende kvinder oplever sammenhængende forløb

Faglig udvikling i almen praksis

Det er visionen, at alle praktiserende læger arbejder målrettet og systematisk
med kvalitetsudvikling.

De tiltag, der beskrives i afsnittet om faglig udvikling i almen praksis,
forventes at kunne implementeres via KAP-H og en aktiv
efteruddannelsesindsats.

Den organisatoriske kvalitet

En forbedret organisatorisk kvalitet i almen praksis kan påvirke kliniske
resultater, herunder optimere kronikerbehandlingen. Ved organisatorisk
kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange og samordningen
af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb.

På høringsmødet med formændene for PLO-Kommunal efterlyses fokus på
efteruddannelse i ledelse og udvikling med henblik på at kunne arbejde mere
målrettet med bl.a. kronikerbehandling.

Der skal i planperioden etableres et efteruddannelsestilbud, som understøtter
udvikling af organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer.

Telemedicinsk teknologi giver nye muligheder til at optimere patientforløb.
Telemedicin kan anvendes til konkret patientkontakt, men også ved
overvågning af behandlingsforløb.
Det bør i planperioden afdækkes, hvilke telemedicinske løsninger, det er
gavnligt at arbejde videre med.

Mål – Organisatorisk kvalitet

- ✓ Patientforløb er styrket via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i almen
praksis

Den sundhedsfaglige kvalitet

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af ydelser, der har
helbredelse og lindring som formål.

Styrket dokumentation

En forbedret sundhedsfaglig kvalitet indebærer blandt andet, at praktiserende
læger forholder sig til egne data og på baggrund heraf udvikler kvaliteten i
praksis. Anvendelse af ICPC, der er en forudsætning for optimal udnyttelse
af datafangst, indgår i overenskomsten.

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

Patientsikkerhed

Almen praksis er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser. For at kunne behandle, analysere og lære af utilsigtede hændelser er der oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren. Der udestår et arbejde med at skabe en organisatorisk ramme for håndtering af og læring af sektorovergangshændelser mellem almen praksis og kommune. Der skal i planperioden aftales en organisatorisk ramme for disse hændelser. Hændelser mellem almen praksis og hospital er indeholdt i den eksisterende patientsikkerhedsorganisation.

Mål – Sundhedsfaglig kvalitet

- ✓ Behandling følger de til enhver tid gældende faglige retningslinjer
- ✓ Praksis arbejder med databaseret kvalitetsudvikling via datafangst, ICPC-kodning, datafeedback samt kvalitetsopfølgning.
- ✓ Alle praktiserende læger vedligeholder og udvikler systematisk deres kompetencer
- ✓ Patientsikkerheden i almen praksis er styrket
- ✓ Børn er vaccineret mod børnesygdomme

Patientoplevelt kvalitet

Patient- og brugerinddragelse

Patientinddragelse er blevet et led i behandlingen, i takt med at der er kommet fokus på patienter som aktive, informationssøgende borgere. Der bør fokuseres på patientinddragelse i planperioden.

Patienttilfredshedsundersøgelser

Alle praksis skal i henhold til overenskomsten gennemføre en patienttilfredshedsundersøgelse i henhold til et relevant koncept. Resultaterne skal primært bruges til lægens egen læring.

Mål – Patientoplevelt kvalitet

- ✓ Almen praksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed
- ✓ Patienters oplevelser i almen praksis er dokumenteret
- ✓ Patienter rapporteret utilsigtede hændelser

Baggrund

I dette afsnit beskrives formål, rammer, høring, grundbeskrivelse og planens opbygning.

Almen praksis har en central funktion i det samlede sundhedsvæsen. Det er den naturlige primære kontakt for borgeren, og det sted hvor de fleste sundhedsmæssige problemer færdigbehandles. Endvidere har almen praksis en rolle som visitator for patienter med behov for supplerende behandling og andre behandlingsforløb.

Formateret: Fremhævning

Samtidig står almen praksis overfor en række udfordringer. Risiko for lægemangel, flere patienter med kronisk sygdom, flere ældre, social ulighed i sundhed, omlægning af sundhedsopgaver såvel i hospitalsvæsenet som i kommunerne og øgede krav om kvalitet og specialisering i behandlingen. Udfordringer der medfører behov for et særligt fokus på at styrke opgavevaretagelsen i almen praksis.

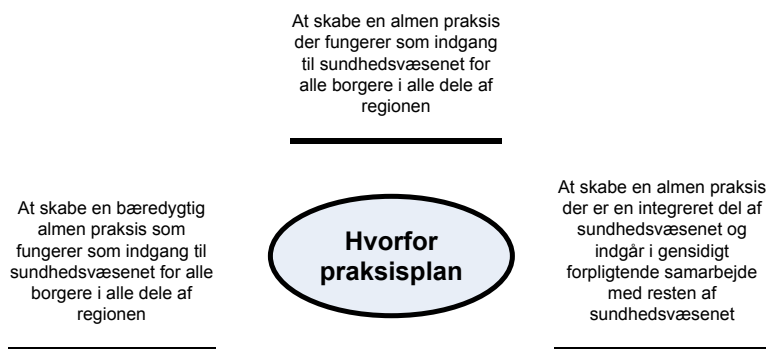
Praksisplanen dækker en lang række indsatsområder. Det skyldes netop, at almen praksis har en central funktion i og bred snitflade til det øvrige sundhedsvæsen.

Endvidere bærer Praksisplanen præg af de ændringer, som fulgte af Overenskomst om almen praksis (2011) først og fremmest på kvalitetsområdet – f.eks. krav om begyndende akkreditering, patienttilfredshedsundersøgelser, datafangst og icpc kodning.

1. Formål

Overenskomsten pr. 1. april 2011 formulerer en langsigtet vision for almen praksis. Det er Praksisplanens formål at udfolde visionerne i overenskomsten, se figur 1.

Figur 1 Formål med Praksisplanen



Det er afgørende for at kunne indfri formålet, at Praksisplanen har opbakning fra væsentlige interessenter.

Visionerne udfoldes i et målhierarki (se under ”Planens opbygning”), som omfatter overordnede og underordnede målsætninger samt anbefalinger for udviklingen i perioden 2012-2015.

2. Rammer for praksisplanlægningen

2.1 Sundhedsloven

Samarbejds- og planlægningssystemet for almen praksis blev justeret i ændringer til Sundhedsloven vedtaget 27. juni 2013.

Det blev fastsat, at der skal udarbejdes en Praksisplan for almen praksis inden 1. maj 2014 og herefter én gang i hver valgperiode. Praksisplanen skal løbende justeres ved behov.

Herudover blev der med loven etableret et nyt udvalg, praksisplanudvalget, der skal forestå udarbejdelsen af praksisplanen.

I bekendtgørelse om praksisplanudvalg fastlægges nærmere regler for funktion og ikrafttræden af praksisplanudvalget.

I Sundhedsstyrelsens vejledning om praksisplaner fastsættes principper for indhold og overordnede rammer for praksisplanlægningen (boks 1).

Boks 1 Indhold i praksisplanen i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om praksisplaner

- Sammenfatte de opgaver som almen praksis er forpligtet til at udføre i henhold til sundhedsaftalen 2011-2014.
- Indeholde forslag til implementeringen af sundhedsaftalens opgaver i almen praksis
- Beskrive eventuelle lokalaftaler mellem almen praksis og kommunerne
- Beskrive rammerne for almen praksis' rådgivning, supervision og tilgængelighed fra og til øvrige samarbejdspartner i sundhedsvæsenet vedr. det konkrete patientforløb.
- Beskrive almen praksis' roller og opgaver i det regionale sundhedsvæsen i forhold til relevante patientgrupper og/eller indsatser
- Beskrive hvordan regionen understøtter almen praksis i deres opgavevaretagelse
- Indeholde overvejelser om kvalitetssikring og/eller -udvikling af almen praksis, specielt omkring planlægningen af implementering og opfølgning på de opgaver, der indgår i praksisplanen.
- Beskrive lægedækningen
- Fastlægge og fordele lægekapaciteten
- Anvise krav i relation til størrelse, organisering og uddannelsesmæssige faciliteter, som forventes imødekommet i forbindelse med nye praksis og flytninger af praksis

2.2 Øvrig sundhedsplanlægning i regionen

Almen praksis er et selvstændigt erhverv, og adskiller sig derved fra det øvrige af regionens virksomhed ved at fungere i henhold til en overenskomst, som er aftalt i Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Det er dog en forudsætning for udvikling og tilrettelæggelse af tilbuddet om almen lægehjælp, at praksisplanen holder sig indenfor rammerne af regionens sundhedsplan.

Regionens sundhedsplan fra 2009 består bl.a. af følgende planer¹:

- Patient- og pårørendepolitik
- Kvalitetspolitik og -strategi.
- Forskningspolitik og -strategi
- Forebyggelsespolitik
- Strategi for kronisk sygdom
- Hospitalsplan 2011-2020 (herefter benævnt HOPP 2020)
- Psykiatriplan
- Plan for den præhospitale indsats og sundhedsberedskab
- Sundhedsaftaler 2011-2013.
- Plan for den ældre medicinske patient.
- Godkendte forløbsprogrammer
- Øvrig praksisplanlægning

¹ Politikker, strategier og planer kan findes på:

<http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Politikker+planer+og+strategier/Politikker+planer+og+strategier.htm>

3. Høring

Den forudgående høring af praktiserende læger og kommuner har i 2011 været tilrettelagt ved:

- En spørgeskemaundersøgelse målrettet de praktiserende læger (klinikker)
- Fem høringsmøder med kommunerne i dialogform
- To høringsmøder med formændene for PLO-Kommunal i dialogform.

3.1 Spørgeskemaundersøgelse

I forbindelse med den årlige fastsættelse af lægedækningen blev et spørgeskema udsendt til alle praksisklinikker i september 2011.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om:

- Ønsket patientantal
- Ønsker til flytning og sammenlægning
- Ønsker til ekstern understøttelse af praksis via konsulentbistand
- Aktuell ansættelse af praksispersonale.

Undersøgelsen blev afsluttet med en besvarelsesprocent på 67 %.

Spørgeskemaet er vedlagt i bilag 1 og en afrapportering fra undersøgelsen fremgår af grundbeskrivelsens afsnit 7.

3.2 Høringsmøder med kommuner

I løbet af efteråret 2011 blev der afholdt fem høringsmøder med kommunerne i hvert af regionens hovedområder: Nord, Midt, Byen, Syd og Bornholm.

Formålet med møderne var:

- at indhente kommunernes input og holdninger til den kommende Praksisplan for almen praksis
- at synliggøre den sammenhæng, der er mellem regionens planarbejde og kommunernes planarbejde, så det fremtidigt bliver nemmere at koordinere indsatser i kommune og region indenfor de givne økonomiske og juridiske rammer.

17 ud af 29 kommuner deltog på høringsmøderne svarende til 59 %.

Afreportering fra møderne er vedlagt i bilag 2.

Da kommunerne ikke var en part i udarbejdelse af praksisplanen i 2012, har kommunerne ikke direkte været med til processen med at afklare og beskrive målsætninger og planindhold.

3.3 Høringsmøder med PLO-Kommunal

Tilsvarende blev der afholdt to høringsmøder med formændene for PLO-Kommunal.

Formålet med møderne var at indhente input og ønsker til:

- Indhold og proces for kvalitetsudvikling i almen praksis
- Samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

25 ud af 34 formænd for PLO-kommunal havde tilmeldt sig. Det er en deltagelsesprocent på 74 %.

Afrapportering fra møderne er vedlagt i bilag 3.

3.4 Høringer i forbindelse med revision af planen

Efter revisionen af praksisplanen har planen yderligere været sendt i høring i

- Sundhedsstyrelsen,
- Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden og
- Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden.

Desuden er der foretaget interne, administrative høringer i region, kommuner og PLO-Hovedstaden.

4. Grundbeskrivelse

En sektorbeskrivelse af almen praksis er samlet i en særskilt grundbeskrivelse. Den indeholder basisoplysninger om:

- Sikrede (prognose, antal, demografi).
- Ydere (antal, kapacitet, køn, alder).
- Klinikker (antal, praksisform).
- Økonomi (samlede udgifter).
- Ydelser (antal, udvikling over tid).
- Anvendelse af praksispersonale.
- Tilgængelighed (telefonisk og fysisk).
- Varetagelse af akutte skader og helbredsproblemer praksis.
- Kommuneopgørelser (samling af nøgletal i hver enkelt kommune).

5. Praksisplanens opbygning

Praksisplanen er opbygget i tre dele:

- DEL I: Kapacitet og tilgængelighed
- DEL II: Faglig udvikling tværsektorielt
- DEL III: Faglig udvikling i almen praksis

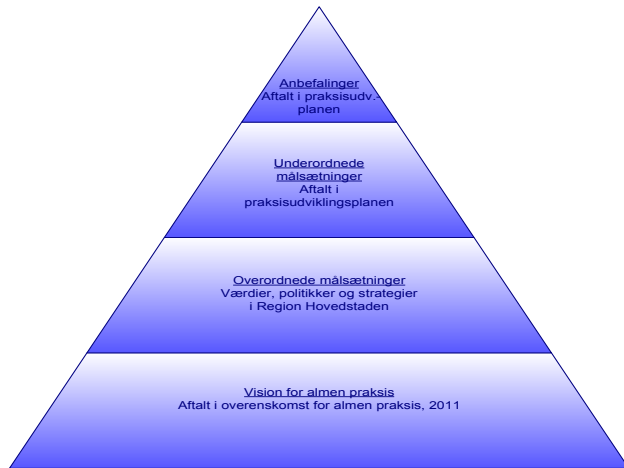
5.1 Målhierarki

Praksisplanen er opbygget omkring et målhierarki, som udviklingen i planperioden skal sigte efter, se figur 2.

Målhierarkiet består af:

- Visioner (som aftalt i udviklingskontrakten i overenskomst for almen praksis, 2011)
- Overordnede målsætninger (regionens værdier, strategier og politikgrundlag)
- Underordnede målsætninger (formuleret i Praksisplanen)
- Anbefalinger (formuleret i Praksisplanen - prioritering i forhold til at nå den underordnede målsætning).

Figur 2 Målhierarki for planlægning og udvikling af almen praksis 2012-2015 i Region Hovedstaden



Praksisplanens overordnede målsætninger er baseret på regionens strategier, politikker og værdigrundlag. Praksisplanen er et led, på linje med andet planarbejde i regionen, i at realisere de værdier, visioner og strategier, som ligger til grund for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden.

De overordnede målsætninger fremgår af boksen nedenfor. Målsætningerne er tilpasset de særlige forhold, som almen praksis er underlagt.

Praksisplanens bud på realisering af vision og overordnede målsætninger fremgår af en sammenfattende illustration for hvert af planens tre delafsnit.

Boks 2

Overordnede målsætninger for Praksisplan for almen praksis 2012-2015

- Der findes et borgernært tilbud om almen lægehjælp.
- Almen praksis er tilgængelig.
- Der er lige adgang til regionens sundhedsydelser for borgeren.
- Behandlingen er sikker for patienten.
- Patienten er i centrum.
- Behandlingen er effektiv og på et ensartet niveau af høj faglig kvalitet
- Et udstrakt samarbejde mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og den øvrige praksissektor bidrager til gode patientforløb.
- Almen praksis er tovholder og bevarer kontinuiteten i forhold til den enkelte patient.
- Der eksisterer et nært tilbud om akut lægehjælp i almen praksis i dagtiden

Kapacitet og tilgængelighed

Beskrivelse af mål og anbefalinger vedrørende kapacitet og tilgængelighed

1. Målsætninger

Målsætninger: Kapacitet i almen praksis

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

Der er lige adgang til sundhedsydelser i almen praksis

Kapacitet og tilgængelighed

Der findes et borgernært tilbud om almen lægehjælp af høj kvalitet

Almen praksis er tilgængelig

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

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

Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskaber med andre praktiserende læger

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

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

Praksis er tilgængelige for personer med handicap

Patienterne har kendskab til tilgængeligheden i praksis for personer med handicap

2. Lægedækning og praksisstruktur

Målsætninger:

- Lægekapaciteten er fordelt ligeligt geografisk og under hensyn til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen
- Tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen
- Praktiserende læger praktiserer fortrinsvis i fællesskab med andre praktiserende læger
- Der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre en passende kapacitet i almen praksis
- Lægedækningen i socialt udsatte områder matcher lægedækningen i områder, som ikke er socialt udsatte.

Dette afsnit beskriver målsætninger og udfordringer i forhold til sikring af lægedækningen samt fremtidig praksisstruktur.

Lægedækning og praksisstruktur vedrører antal og placering af lægekapaciteter.

Det kan have betydning for samspil med kommunernes og hospitalernes sundhedstilbud og muligheder for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne i praksis.

I Dansk Sundhedsinstituts tværgående analyse af kronikerbehandlingen i otte lægehuse (note 54) beskrives fem veje til en forbedret kronikerbehandling, hvoraf ”plads i de fysiske lokaliteter” udgør én.

Praktiserende lægers antal og geografisk placering har desuden betydning for service i forhold til patienten i form af afstanden til den nærmeste lægepraksis og udbuddet af lægepraksis med åbent for tilgang.

2.1 Overenskomstens (2011) bestemmelser om lægedækning

Antallet af lægekapaciteter vurderes årligt i samarbejdsudvalget.

Overenskomsten pr. 1. april 2011 medførte en ny metode til den årlige fastsættelse af kapaciteten. I henhold til overenskomsten vurderes kapaciteten årligt primært med udgangspunkt i en høring af regionens praktiserende læger, hvor der spørges: ”hvor mange patienter kan praksis varetage det kommende år”?²

Skulle kapaciteter blive ubesatte i løbet af året efter praksisophør uden overdragelse af kapacitet, bortfalder de, og den ledigblevne kapacitet indgår i den samlede vurdering ved den årlige fastsættelse af lægedækningen pr. 1. oktober.

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

2.2 Planlægningsområder

En hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved:

- bestemmelse af hvor eventuelle nynedsættelser, som udløses af den årlige justering af lægedækningen, skal placeres.
- godkendelse af praksisflytninger og andre praksisrelaterede hensyn
- at være sammenlignelig rettesnor ved udarbejdelse af statistik og oversigter over lægekapacitet og økonomiforhold.

Så vidt muligt bør inddelingen i planlægnings- og hovedområder svare til samarbejdsfladen med de vigtigste aktører i sundhedsvæsenet.

Opdelingen af regionen i planlægningsområder bør endvidere ikke stå i vejen for en realisering af Praksisplanens formål og målsætninger. Regionen fastsætter i henhold til sundhedsloven retningslinjer for sags- og beslutningsgange i forhold til flytning af praksis og praksisophør, som skal basere sig på målsætninger beskrevet i praksisplanen. Retningslinjerne skal indeholde en fleksibilitet, der muliggør, at afgørelser i flyttesager understøtter praksisplanens målsætninger.

Amager

I planperioden fra 2008-2011 har der vist sig større interesse end vanligt for at flytte til eller fra Amager Øst og Vest. Der er desuden et stort antal praksis, som er beliggende på Amagerbrogade. Denne gade er netop grænsen mellem de to områder, således at ulige gadenumre hører til øst og lige gadenumre til vest. Amager er desuden kendetegnet ved, at erhvervslokaler findes på Amagerbrogade i højere grad end på det øvrige Amager, som er domineret af beboelse. Det betyder, at byliv og samling af et større antal mennesker bl.a. koncentrerer her.

Af disse årsager er en opdeling af Amager i øst og vest uhensigtsmæssig, da over 50 % af de praktiserende læger er placeret på eller nær Amagerbrogade. Det blev besluttet ved vedtagelsen af den tidligere version af praksisplanen at opretholde planlægningsområderne som beskrevet i Plan for almen praksis 2008-2011 med undtagelse af Amager Øst og Vest, som slås sammen til planlægningsområde benævnt Amager³.

2.3 Praksisstruktur

Et mere specialiseret hospitalsvæsen forudsætter, at almen praksis, som en del af det hele sundhedsvæsen, gerne organiserer sig i større enheder, der via den rette arbejdstilrettelæggelse og ansættelse af praksispersonale fortsat vil være i stand til at varetage en bred palet af ydelser, herunder akutbehandling og en styrket kronikerindsats. En almen praksis som er i stand til at afslutte de fleste almindeligt forekommende lidelser.

Praksisplanudvalget ønsker ikke at lægge sig fast på et fast patientunderlag for en effektiv organisering af praksis eller en enkelt praksisform som den

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

ideelle. Målsætningen for perioden er imidlertid at ændre praksisstrukturen, så praksis geografisk er ligeligt fordelt fortrinsvis bestående af praksisfællesskaber, hvor minimum to praktiserende læger indgår, og/eller at enkeltmandspraksis organiserer sig i netværks- eller samarbejdspaksis.

Praksisfællesskabsprojekt

Regionen har i 2011-2013 i en to-årig projektperiode ansat en konsulent til at fremme praksisfællesskaber, forstået som fællesskaber af praktiserende læger evt. i lokalfællesskab med andre praktiserende behandlere, som beskrevet i overenskomsten (2011)⁴.

Projektet har bidraget til, at der findes en fast og systematisk ramme for rådgivning af praktiserende læger, der løbende henvender sig til regionsadministrationen med ønske om at ændre i deres nuværende ejerskabs- og/eller praksisform.

Udfordringerne i projektet har været:

- at finde praktiserende læger der kan og vil samarbejde
- at finde lokaler der har tilstrækkelig størrelse, og kan opfylde kriterier vedrørende handicapadgang og en beliggenhed med nærhed til transport og bymidte.
- at hensynet til en ligelig geografisk fordeling af praktiserende læger kan stå i vejen for praksissammenlægninger, idet praksisområdernes grænser kan forhindre praksisflytninger.

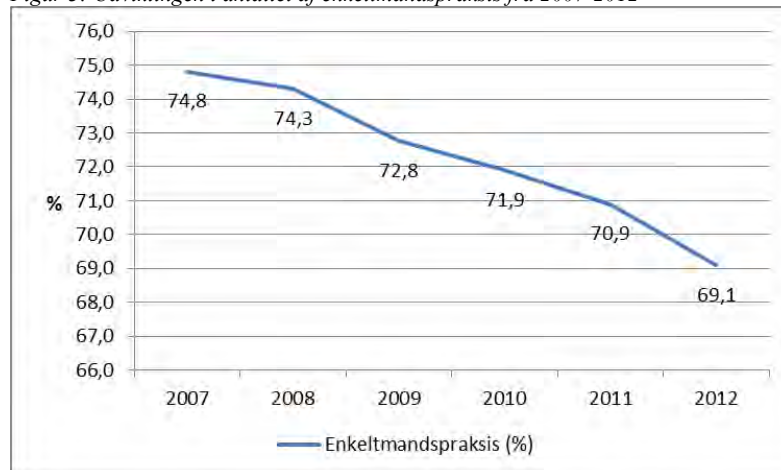
Praksisstruktur

Det fremgår af grundbeskrivelsen (afsnit 3.1), at der pr. 1.1.2012 var 744 praksis i regionen. 514 praksis, svarende til 69,1 %, er enkeltmandspraksis⁵. Det svarer til ca. halvdelen af den samlede kapacitet. Udviklingen i antallet af enkeltmandspraksis er faldet støt de seneste år, hvilket fremgår af figuren nedenfor.

⁴ Overenskomsten for almen praksis (2011) Note til § 5 samt bilag 12.

⁵ Tallene tager ikke højde for omfanget af netværksdannelser mellem praksis, hvor der ikke er økonomisk fællesskab, såkaldte netværks- og samarbejdspaksis.

Figur 3: Udviklingen i antallet af enkeltmandspraksis fra 2007-2012



Den kvalitet, som ønskes opnået ved større praksisenheder, kan i nogle tilfælde ske på bekostning af den umiddelbare nærhed til borgeren. Kommunerne i regionen blev spurgt⁶ om denne problemstilling, og har givet udtryk for en accept af, at borgeren kan få længere til lægen, når der ændres i praksisstrukturen i retning af flere praksisfællesskaber.

Satellitpraksis er et redskab til at skabe nærhed til borgeren i områder, hvor der er langt til læge. Satellitpraksis indebærer, at samme praktiserende læge praktiserer på to eller flere praksisadresser. Etablering af denne form for praksis kan anvendes i særlige situationer, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger til et lokalområde, eller hvor det vurderes nødvendigt for at sikre kvaliteten af behandlingen af socialt udsatte borgere⁷.

Det er væsentligt, at planlægningen af tilbuddet om almen lægehjælp sker i sammenhæng med andre sundhedstilbud i det hele sundhedsvæsen, f.eks. kommunale sundhedstilbud eller udgående hospitalsfunktioner.

Anbefalinger:

- at princippet om en geografisk jævn fordeling af praksis kan fraviges med henblik på at fremme praksisfællesskaber, f.eks. efter konkret vurdering ved flytning over en planlægningsområdegrense eller ved tildeling af 0-ydernumre.
- at der tages hensyn til muligheder for at samarbejde med kommunale sundhedstilbud eller udgående hospitalsfunktioner ved kapacitetsplanlægning og løbende samarbejdsudvalgsafgørelser om kapacitetsforhold.

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

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

- *at metoder og erfaringer fra det to-årige projekt om fremme af praksisfællesskaber anvendes med henblik på fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.*
- *at forankring af metode og erfaring fra facilitatorbesøg⁸ understøttes med henblik på at skabe en forbedret organisering af flerlægepraksis.*
- *at retningslinjer udarbejdes for hvornår satellitpraksis kan anvendes til at sikre lægedækningen i et område, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger og/eller hvor befolkningsunderlaget medfører lang afstand til læge.*

2.4 Rekruttering og fastholdelse

Realisering af visioner om praksisstruktur afhænger af, at der rekrutteres nye læger og ældre læger fastholdes i faget.

Udbud og efterspørgsel af alment praktiserende læger

Sammenlignet med andre regioner i Danmark har Region Hovedstaden ikke generelle problemer med rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Der kan dog i yderområder i regionen, her tænkes særligt på Bornholm, og i socialt belastede lokalområder, f.eks. i syd-vestlige dele af regionen, opleves problemer med rekruttering af læger.

Ifølge Sundhedsstyrelsen seneste udbudsprognoser forventes ikke på landsplan en speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser i almen praksis. I henhold til udbudsprognoserne stiger antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin med 8 % fra 2012-2025.

Befolkningstilvækst i Region Hovedstaden er i perioden på tilsvarende 8 % (se afsnit 4.2 i grundbeskrivelsen).

Om efterspørgselen efter alment praktiserende læger stiger i fremtiden, afhænger af netop befolkningstilvækst på landsplan, opgaveomlægninger i sundhedsvæsenet, til- og afgang af læger til udlandet og demografi. Et øget antal ældre i befolkningen kan muligvis nødvendiggøre en øget kapacitet i almen praksis.

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

Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter

Pr. 1.3.2014 var 20 kapaciteter, som var tildelt praksis, stadig ubesatte. Det er 1,8 % af den samlede lægekapacitet. Der har været en faldende andel af ubesat kapacitet siden 2011.

⁸ Facilitatorordningen er et udviklingsprojekt under Region Hovedstadens Kronikerprogram, hvor almen praksis ved facilitatorbesøg bliver understøttet i at indarbejde ændringer i den daglige praksis med henblik på at styrke og optimere behandlingsforløbet for den kroniske patient.

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

Ubesat kapacitet medfører alt andet lige en øget arbejdsbyrde til øvrige praktiserende læger i området.

Antallet af ubesatte kapaciteter kan skyldes:

- a) at det reelt er vanskeligt at tiltrække nye praktiserende læger til et område - Bornholm er et godt eksempel.
- b) at nye læger ønsker et 0-ydernummer frem for at blive kompagnon i en eksisterende praksis.
- c) at praktiserende læger ikke har konkrete aftaler med en eventuel ny kompagnon eller ikke har forberedt en konkret plan for anvendelsen af en tildelt kapacitet.

En del af problemet kan løses ved at gøre det muligt for læger, som ikke allerede praktiserer, at ansøge om opslåede kapaciteter på lige fod med eksisterende praksis. En opstramning af den periode, som en praksis kan bevare retten til en tildelt kapacitet, vil endvidere tilskynde til, at der er en reel plan for anvendelsen, inden der ansøges om tildeling. Endelig bør en ansøger, som kan oplyse en konkret navngiven praktiserende læge, som medansøger foretrækkes ved tildelingen af kapaciteter.

Ovennævnte forslag blev realiseret ved godkendelse af den tidligere version af praksisplanen.

I KAP-H bør nynedsatte læger og seniorlæger være særlige målgrupper for ordningens indsatser, så lægemangelproblemer så vidt muligt forebygges.

Anbefalinger:

- *nynedsatte læger og seniorlæger indgår som særlig målgruppe i en ny konsulentorganisation for almen praksis.*

Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder

Med henblik på at afhjælp og forebygge rekrutteringsproblemer skal det være attraktivt at praktisere i socialt belastede områder og yderområder.

I socialt belastede områder kan almen praksis understøttes ved at skabe:

- velfungerende samarbejde med hospital og særligt med kommunen om socialmedicinske patienter og udsatte børn
- velfungerende henvisningsmuligheder for komplekse og sårbare patienter, eksempelvis ikke-dansktalende, misbrugere og mennesker med sindslidelser
- "shared care" med de psykiatriske centre og praktiserende speciallæger i psykiatri om mennesker med sindslidelser
- praksisfællesskaber med gode muligheder for praksispersonale og faglig sparring.
- mulighed for videotolkning og professionel tolkebrug.

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

- et praksisfællesskabsprojekt i Brøndby Strand
- en mentorordning for praktiserende læger i sårbare områder

- udvikling af dialogværktøj for praktiserende læger i sårbare områder.

Der bør i planperioden følges op på de erfaringer, som kan uddrages af projektet om rekruttering og fastholdelse i sårbare områder.

I Plan for almen praksis 2008-2011 blev sårbare områder defineret med udgangspunkt i udvalgte indikatorer, så det blev målbart. Hensigten med en kategorisering var at sætte fokus på områder i regionen, hvor

- det er vanskeligt at rekruttere læger
- arbejdsmængden hos lægerne er større begrundet af langvarige og komplekse konsultationer
- der skal gøres en særlig indsats for at sikre kvaliteten af sundhedsydelserne i forhold til den type patienter, som kommer i praksis.

En fastlæggelse af sårbare områder er et redskab, som kan anvendes som retningsgivende, når der foretages ændringer i fordelingen af eksisterende eller ny kapacitet. Et øget fokus på områder, hvor der er en udfordring mht. at sikre lægedækning, hjælper desuden til at fokusere en indsats de rigtige steder. Den tidligere opgørelse af sårbare områder skal derfor opdateres med udgangspunkt i den seneste udgave af sundhedsprofilerne, demografi og antallet af udførte tolkeydelser.

Anbefalinger:

- *sårbare områder redefineres med udgangspunkt i den seneste sundhedsprofil, demografi og antallet af tolkeydelser i området*
- *der tages hensyn til sårbare områder i samarbejdsudvalgsafgørelser ved placering af nye kapaciteter*
- *der tages hensyn til sårbare lokalområder indenfor planlægningsområdet ved placering af nye kapaciteter*
- *det gøres attraktivt at praktisere i sårbare områder, bl.a. ved at udbygge samarbejdsrelationerne mellem sundhedsvæsenets aktører i nærområdet og fremme etablering af praksisfællesskaber.*
- *at der følges op på erfaringer fra projekt om rekruttering og fastholdelse af læger i almen medicin i sårbare områder.*

Rekruttering og fastholdelse på Bornholm

Bornholms Regionskommune har udtrykt bekymring for en situation, hvor en stor andel af de praktiserende læger afdækker på samme tid pga. alder¹⁰. Et rekrutteringsproblem på Bornholm er mere alvorligt end tilsvarende rekrutteringsproblemer i andre dele af regionen, da øens placering gør det vanskeligt for patienterne at benytte praktiserende læger i en nabokommune. I sidste planperiode er vagtforpligtelsen for praktiserende læger på Bornholm reduceret, hvilket frigør kapacitet til patienter i dagtiden. Praksisplanudvalget er i øvrigt opmærksomme på at holde antallet af tilmeldte sikrede pr. lægekapacitet lavt, idet almen praksis på Bornholm generelt varetager flere funktioner end almen praksis i resten af regionen.

¹⁰ Kommunal høring forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

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

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

3. Tilgængelighed

Målsætninger:

- Patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden
- Praksis er tilgængelige for personer med handicap
- Patienterne har kendskab til tilgængeligheden i praksis for personer med fysiske handicap

Tilgængelighed er væsentligt for, at almen praksis kan fungere som gatekeeper i det samlede sundhedsvæsen. Det er også væsentligt for at borgerne benytter sundhedstilbuddene rigtigt, herunder ved akut sygdom.

Tilgængelighed opdeles typisk i telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed. Tilgængeligheden har konsekvenser for både akutte og ikke-akutte henvendelser til almen praksis.

Det er en væsentlig overordnet målsætning at prioritere tilgængeligheden i almen praksis, så der er lige adgang for alle patientgrupper.

Derfor har der generelt været fokus på tilgængelighed i perioden 2008-2011. I forskelligt regi gennemføres allerede tiltag dels rettet mod dokumentation¹¹ og dels mod forbedring af den faktiske tilgængelighed¹². Praksisplanen skal bygge videre på det arbejde, som allerede pågår, herunder bygge videre på implementeringen af den tidligere praksisplan (2008-11).

3.1 Akutanalysen 2012

I 2011 og 2012 har der været fokus på tilgængelighed i almen praksis, når patienter henvender sig med en akut problemstilling. Her er det ofte muligheden for hurtigt at få en konsultationstid eller for umiddelbart at kunne komme i telefonisk kontakt med lægen, som er afgørende.

Som del af en større udredning af det samlede akuttilbud i Region Hovedstaden er der i første halvår af 2012 gennemført tre analyser af akutberedskabet i almen praksis.

- En spørgeskemaundersøgelse med fokus på, hvordan lægerne tilrettelægger patienternes kontaktmuligheder til almen praksis.

¹¹ Analyse af tilgængeligheden i almen praksis, herunder særskilt ved akut opståede behov for hjælp, 2012, herefter benævnt akutanalysen

¹² Implementering af Plan for almen praksis 2008-2011

- En tilgængelighedsanalyse hvor samtlige lægepraksis i regionen er blevet kontaktet med henblik på at afdække telefonisk tilgængelighed.
- En patienttilfredsundersøgelse der belyser, hvordan patienter med akut opstået skader eller sygdom oplever tilgængelighed såvel som service, rådgivning og behandling, som modtages ved henvendelse til egen læge.

3.2 Fysisk tilgængelighed

Det er Region Hovedstadens målsætning, at alle almen praksis er tilgængelige for personer med handicap. Personer med handicap omfatter personer med bevægelighedshandicap, hørehandicap og synshandicap. I henhold til overenskomsten skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede¹³.

Praktiserende læger er således ikke forpligtet i henhold til lovgivning eller overenskomst til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med handicap.

I henhold til FN's handicapkonvention¹⁴, som Danmark har tiltrådt, er der dog en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Praktiserende læger, der ønsker at flytte, skal i henhold til sundhedsloven indhente regionsrådets godkendelse.

Region Hovedstaden opfatter det som selvfølgelig, at patienter uanset alder og sygelighed har fysisk mulighed for at konsultere den praktiserende læge, hvorfor der arbejdes på at sikre dette. Region Hovedstaden finder desuden, at tilgængelighed for personer med handicap skal være en forudsætning for godkendelse af flytning og etablering af nye praksis.

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

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

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

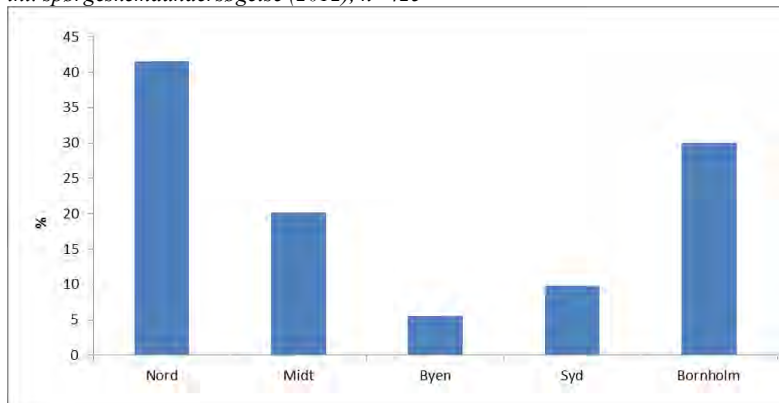
Med henblik på at få et retvisende billede af de alment praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev de praktiserende læger i forbindelse med

¹³ Overenskomst om almen praksis (2011), § 53.

¹⁴ FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

akutanalyserne bl.a. spurgt, om praksis har niveaufri adgang til. Resultatet ses i figur 4¹⁵.

Figur 4: Handicapegnede adgangsforhold i almen praksis fordelt på hovedområder iht. spørgeskemaundersøgelse (2012), n=425



16 % af lægepraksis i Region Hovedstaden oplyser ifølge undersøgelsen, at de opfylder de fire kriterier for handicapadgang (se fodnote 4). Det fremgår af figuren, at ringe adgangsforhold for bevægelseshæmmede er et udbredt fænomen i regionen på trods af, at det i sidste planperiode var et væsentligt indsatsområde. En yderligere beskrivelse af analyseresultaterne vedrørende tilgængelighed er vedlagt i bilag 5.

Det er en udfordring at sikre tilgængelighed for personer med handicap af flere årsager. Det kan medføre en merudgift for almen praksis at flytte til velegnede lokaler. Flere kommuner har således i sidste planperiode ikke haft held med at tiltrække praktiserende læger til projekter, hvor lokaliteter stilles til rådighed.

Det skyldes formentlig dels omkostningerne ved flytning, dels muligvis manglende medinddragelse af almen praksis tidligt i processen. Begge disse forhold kan medføre manglende mulighed for at opnå enighed mellem kommune og potentielle læger om et lokalefællesskab. Endelig er der en række praktiske forhold relateret til flytning, som kan være vanskelige og uoverskuelige at løfte for en mindre praksis.

Det fremgår desuden af figur 4 ovenfor, at der er en særlig udfordring i Byen i forhold til at sikre tilgængelighed for personer med handicap. Det skyldes bl.a. Byens bygningsmasse, der i stor udstrækning består af ældre etageejendomme. Bygningsmassens karakter påvirker udbuddet af lokaler, der er velegnede til almen praksis, med handicapegnede forhold og med den rette beliggenhed.

¹⁵ Figuren afspejler praksis, der har svaret bekræftende til følgende spørgsmål om fysisk tilgængelighed: niveaufri adgang, dørens passagebredde, handicaptoilet, handicap p-plads.

Også kommunernes lokalplaner kan påvirke muligheder, og der er behov for at skabe øget opmærksomhed for problemstillingen i relation til nye boligområder og byfornyelse.

Praksisplanudvalget er enig om, at det kræver en fælles indsats at løfte en indsats for forbedret fysisk tilgængelighed.

I geografiske områder med ringe fysisk tilgængelighed pga. manglende mulighed for almen praksis til at erhverve velegnede lokaler bør almen praksis, region og relevante kommune indgå i en dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes enten ved eksisterende bygningsmasse eller ved fremtidig planlægning.

Anbefalinger:

- *at der årligt følges op på tilgængelighed til praksis for personer med handicap med udgangspunkt i yderregisterets oplysninger om tilgængelighed*
- *at almen praksis fortsat opfordres til at opdatere praksisdeklarationen med klinikinformation om toilet- og adgangsforhold for personer med handicap, så informationer bliver tydelige for patienterne*
- *at etablere et samarbejde mellem relevante aktører i forhold til at kortlægge og nedbryde praktiske barrierer for flytning til velegnede lokaler.*

3.3 Telefonisk tilgængelighed

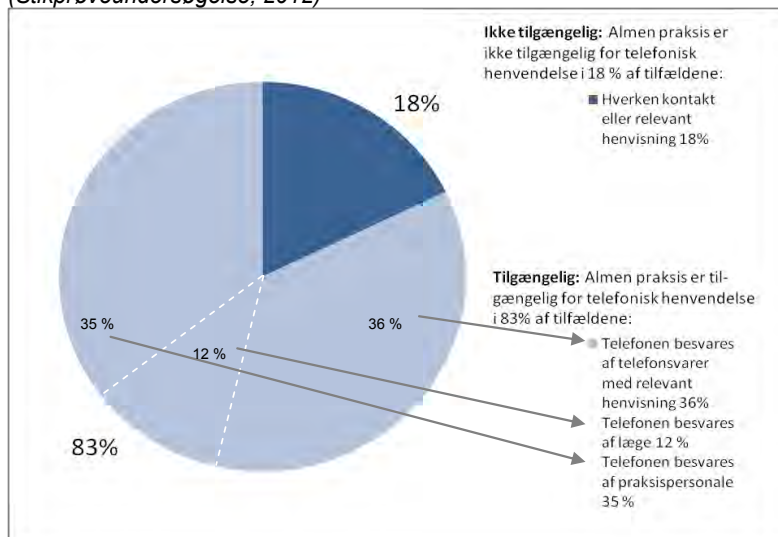
Praksisplanudvalget er enig om at lægen, dennes personale eller en navngiven stedfortræder skal kunne træffes telefonisk i dagtiden (8:00 til 16:00)¹⁶. Kan man ikke efter gentagne forsøg opnå kontakt til lægen på telefonen, er dette mål ikke nået.

Hvordan telefonen besvares, afhænger ofte af tidspunkt for opkald. For de fleste praksis' vedkommende besvarer personale telefonen udenfor lægens telefontid, og dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen.

I figur 5 ses resultaterne af en stikprøveundersøgelsen (2012) af praktiserende lægers telefoniske tilgængelighed. I 18 % af tilfældene er almen praksis ikke tilgængelig inden for 10 minutter i praksis med køfunktion eller på 4 opkald inden for 6 minutter.

¹⁶ Overenskomsten om almen praksis (2011) beskriver vilkår for telefoniske henvendelser i § 51, stk. 2.

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



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

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

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

I forbindelse med implementeringen af Plan for almen praksis 2008-2011 er der udarbejdet et idékatalog, som beskriver organisatoriske og tekniske løsninger til forbedring af den elektroniske og telefoniske tilgængelighed. Idekataloget er vedlagt i grundbeskrivelsens i bilag 4.

For at sikre patienter den bedst mulige tilgængelighed, skal den telefoniske tilgængelighed på den korte bane forbedres ved, at almen praksis etablerer moderne telefonsystemer i praksis, eller på anden måde sikrer, at lægen, dennes personale eller en navngiven stedfortræder kan træffes i dagtiden, f.eks. ved at ændre tilrettelæggelse af arbejds gange.

På sigt vil tilgængeligheden muligvis forbedres med etableringen af større praksis, som har mere hjælpepersonale ansat.

Med henblik på at evaluere indsatsen og få en indikation af, om der er sket et løft af den telefoniske tilgængelighed i løbet af planperioden, skal der i et

samarbejde mellem Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden gennemføres en stikprøveundersøgelse identisk med undersøgelsen udført i relation til akutanalysen (2012).

Det er også væsentligt af hensyn til samarbejdet med hospital og i kommuner, at der er en gensidig tilgængelighed. Drøftelser om en hensigtsmæssig kommunikation kan eventuelt foregå decentralt i f.eks. de kommunalt lægelige udvalg.

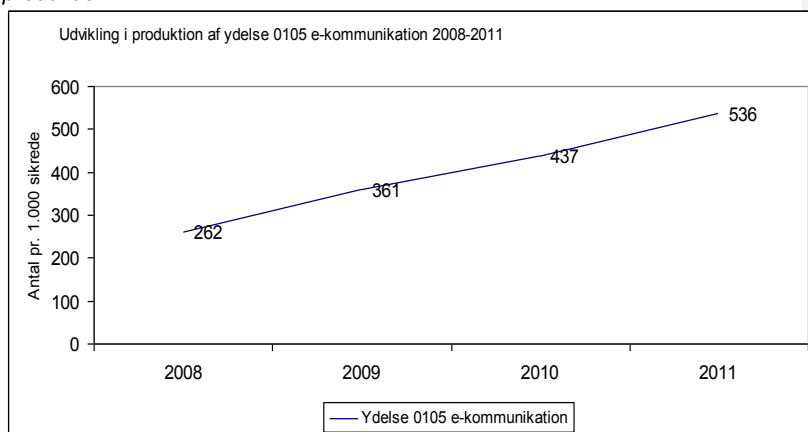
Anbefalinger:

- at der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed¹⁷,
- at der følges op på stikprøveundersøgelsen af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis ved at gennemføre en ny i planperiodens 4. år. Resultatet forelægges SU.
- at der følges op på lægepraksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.

3.4 Elektronisk tilgængelighed

Allerede i overenskomsten fra 2006 blev det aftalt, at lægen bl.a. skal tilbyde e-konsultation. Der er siden sket en vækst i antallet af e-konsultationer udført af praksis i Region Hovedstaden. Fra 2008-2011 er antallet af udførte ydelser pr. 1.000 sikrede steget fra 262 til 536. Det er over en fordobling i perioden.

Figur 6 Udvikling i antallet af e-konsultationer 2008-2011 (ydelse 0105), produktion



E-konsultationstilbuddet er en ny dimension i tilgængelighedsbegrebet og medfører, at patienten på en nem og hurtig måde kan komme i kontakt med lægen. En stigning i denne form for konsultation, hvor patienten kan få et kort svar på et kort spørgsmål, er medvirkende til, at almen praksis gøres tilgængelig for enkle, konkrete forespørgsler.

¹⁷ Jf. bl.a. idekataloget i afrapportering fra arbejdsgruppen om praktiske løsninger til forbedring af telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen praksis (Implementering af Plan for almen praksis 2008-2011), vedlagt i bilag 4.

Udover den beskrevne e-konsultation er der også i almen praksis mulighed for elektronisk at bestille tid og recepter.

Faglig udvikling - tværsektorielt

Beskrivelse af mål og anbefalinger for faglig udvikling i almen praksis, når sektoren indgår i en tværsektoriel sammenhæng.

1. Målsætninger

Målsætninger: Faglig udvikling - tværsektorielt

En samarbejdsmodel for et gnidningsløst samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører er afprøvet og opbygget
Forløbsprogrammer er implementeret med almen praksis som forpligtet part
Kommunikationen mellem sektorer om kronisk syge er velfungerende
Der er et højt fagligt niveau i behandlingen af kronisk syge
Forløb for socialmedicinske patienter er optimeret
Patienter er medicineret sikkert og økonomisk effektivt
Medicininformation er opdateret og følger borgeren
Kun relevante patienter får medicin dosisdispenseret
Almen praksis medvirker aktivt til at forebygge indlæggelser af ældre medicinske patienter
Der er alternativer til indlæggelse i forhold til ældre medicinske patienter
Kommunikation om ældre medicinske patienter mellem sektorer er sikker, rettidig og ensartet.
Der er sammenhæng og kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats i indlæggelses- og udskrivningsforløb
Almen praksis bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet
Almen praksis bidrager til rehabilitering og palliation af kræftpatienter
Samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis er styrket
Samarbejdsformer er udviklet til styrkelse af sektorsamarbejde, der understøtter det sammenhængende forløb for psykiatriske patienter
Almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet
Patienter og praktiserende læger tilbydes ensartet diagnostisk service
Fødende kvinder oplever sammenhængende forløb

Udstrakt samarbejde mellem
hospitaller, kommuner, almen
praksis og den øvrige
praksissektor bidrager til gode
patientforløb

Faglig udvikling - tværsektorielt

Almen praksis er tovholder og
bevarer kontinuiteten i forhold til
den enkelte patient

Der eksisterer et nært tilbud om
akut lægehjælp i dagtiden i
almen praksis

Det er overskueligt, sikkert og let at henvise
Almen praksis anvender sundhedstilbuddene i det
specialiserede sundhedsvæsen og i primærsektoren korrekt
Der er tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra
almen praksis
Tilbuddet om almindelig og vederlagsfri fysioterapi er
korrekt anvendt

Patienten får det rette, akutte behandlingstilbud, på det
rette niveau, til den lavest mulige omkostning

Almen praksis samarbejder med det omkringliggende sundhedsvæsen. Dette afsnit sætter fokus på områder, hvor det er nødvendigt at prioritere en indsats for at forbedre samarbejdet med hospital, kommune og evt. andre praktiserende sundhedspersoner.

Samarbejde med andre sundhedsaktører fastlægges i f.eks. forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og hospitalsplan. Praksisplanen skal understøtte og supplere det planarbejde, som allerede er en del af Region Hovedstadens samlede sundhedsplan.

2. Model for tværsektorielt samarbejde

Målsætning:

- En samarbejdsmodel for et gnidningsløst samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører er afprøvet og opbygget.

Region Hovedstaden ønsker at skabe rammer for inddragelse af almen praksis i et samarbejde, der fremadrettet sikrer konstruktive processer om nye muligheder og nedbrydning af barrierer i forhold til det fælles mål: øget sundhed for patienterne.

I regionens budget for 2012 er der afsat midler til at udarbejde forslag til en model for samarbejde på tværs af sektorerne med udgangspunkt i patientens behov. Etablering af helhed i patientforløb er omdrejningspunkt for projektet. Ud over almen praksis og hospitaler skal også kommunernes kompetencer og sundhedsopgaver inddrages.

Da projektet har været og er midlertidigt afbrudt er den kommunale involvering stadig uafklaret. Kommunerne har ikke været involveret i beskrivelsen af projektet.

Baggrunden for arbejdet er erfaringerne fra f.eks. Kaiser Permanente, der bl.a. er kendt for integreret indsats over for kronisk sygdom og koordination mellem sundhedsvæsenets aktører. Erfaringerne viser, at en integreret patientjournal smidiggør samarbejdet, sætter struktur på undersøgelser, behandling og forebyggelse. Udstrakt brug af kvalitetsdata og den gensidige respekt mellem de involverede sundhedsfaglige personer understøtter arbejdet. Derudover lægges der vægt på en aktiv opfølgning af den enkelte patient, samt inddragelse af patientens egenomsorg. Konceptet er gældende for organisationernes funktioner på sundhedsområdet og anvendes således ikke alene i relation til kroniske sygdomme, men indenfor alle sygdomsgrupper. Konceptet sikrer også, at der arbejdes med elementet ulighed i sundhed, idet samarbejdet understøtter opfølgningen også for patientgrupper, der ellers vanskeligt nås.

2.1 Formål

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

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

Det er projektets mål at:

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

3. Visitation

Målsætninger:

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

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

I henvisningssituationen skal henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt (faglige visitationsretningslinjer), med tilstrækkelig information (indholdet i henvisning) og på en hurtig og let måde (henvisningslogistik).

3.1 Faglige visitationsretningslinjer

De praktiserende læger visiterer i henhold til forløbsprogrammer for kronikere samt andre diagnosespecifikke patientforløbsbeskrivelser og kliniske vejledninger.

Sundhedsstyrelsen arbejder løbende med at fremme kvaliteten på hospitalerne gennem nationale kliniske retningslinjer, som sikrer samme

behandling, uanset hvor i landet man behandles. Retningslinjerne skal også sikre prioritering og mest mulig sundhed for pengene¹⁸.

Desuden blev det i økonomiaftalen for 2011 mellem Regeringen og Danske Regioner aftalt, at der skal udarbejdes nye klinisk faglige visitationsretningslinjer på nationalt plan, hvis formål er at sikre, at det er de rigtige patienter, der henvises til operation. Retningslinjerne beskriver, hvilken type tilbud patienterne indenfor de respektive områder skal tilbydes givet deres tilstand.

Retningslinjerne beskriver det samlede udrednings- og behandlingsforløb – herunder henvisning til eventuel træning - for de enkelte områder, og dækker såvel praksissektor, hospitalssektor samt den eventuelle kommunale indsats. I udgangspunktet skal der udarbejdes mindst to retningslinjer om året.

Region Hovedstaden er forpligtet til at implementere retningslinjerne.

Der er indtil videre (pr. første kvartal 2012) udarbejdet retningslinjer for områderne fedme-kirurgi, ryg-kirurgi, knæ-artroser og skulder-behandling. Desuden er der igangsat et arbejde med at udarbejde retningslinjer for hængende øjenlåg.

KAP-H udarbejder løbende i samarbejde med hospitalerne og de sundhedsfaglige råd regionale forløbsbeskrivelser og kliniske vejledninger indeholdende visitationsretningslinjer til hospitalsbehandling, som formidles til de praktiserende læger i nyhedsbrevet Praksisnyt.

Fremadrettet bør en mere styret og prioriteret model for information til praktiserende læger overvejes. En mulighed er udarbejdelse af en implementeringsstrategi, i forhold til hvordan der følges op på nyhedsbreve og øvrig information til praktiserende læger på sundhed.dk.

Endelig er lægehåndbogen et tilbud til sundhedsfaglige, som skal understøtte bedre henvisning og udveksling mellem primær- og sekundærsektoren. Lægehåndbogen ejes af Danske Regioner og de fem regioner og er tilgængelig via Den fælles offentlige sundhedsportal – www.sundhed.dk

Anbefaling:

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

3.2 Central visitation (CVI)

Centrale visitationsenheder (CVI'er) i planområderne Byen, Midt og Syd blev etableret i maj 2011. I forvejen fandtes en CVI i Nord.

Formålet med central visitation er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb og samtidigt bedre patientsikkerheden i sektorskiftet. Det sker ved, at læger i praksissektoren sender henvisning til den centrale

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

visitationsenhed i patientens bopælsområde. CVI sender herefter henvisningen videre til den relevante hospitalsafdeling¹⁹.

Ved henvisning til kommunale tilbud skal kommunernes henvisningsprocedurer følges.

Efter visse indkøringsvanskeligheder har de nye CVI'er fundet en fornuftig arbejdsform, og der er generelt stor tilfredshed med CVI'erne blandt deres brugere. Der er imidlertid fortsat plads til forbedringer, og blandt andet derfor bliver ordningen evalueret i løbet af første halvår 2012.

Anbefaling:

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

4. Henvisninger til fysioterapi i praksissektoren

Målsætning:

- Tilbuddet om almindelig og vederlagsfri fysioterapi er korrekt anvendt

Der opleves et stigende antal henvendelser til regionsadministrationen fra praktiserende læger, som er i tvivl om korrekt anvendelse af henvisninger under ordningen om almindelig fysioterapi i praksissektoren.

Der er derfor udarbejdet en vejledning for området i samarbejde mellem regionsadministrationen, praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger. Vejledningen præciserer, hvilke ydelser der skitseres i fysioterapeutoverenskomsten, herunder at der er tale om behandlingsydelser frem for f.eks. vedligeholdende eller forebyggende træning, samt præmisserne for holdtræning på klinikkerne. Vejledningen berører desuden afgrænsningen til andre offentlige tilskudsordninger.

Et lignende arbejde forventes igangsat for den vederlagsfri fysioterapi, hvor kommunerne har myndighedsansvar for tilbuddet.

Anbefaling:

- vejledningen for korrekt anvendelse af tilbuddet om almindelig fysioterapi formidles praktiserende læger.

5. Samarbejde om kroniske patienter

Målsætninger:

- Forløbsprogrammer er implementeret med almen praksis som forpligtet part
- Kommunikationen mellem sektorer om kronisk syge er velfungerende.
- Der er et højt fagligt niveau i behandlingen af kronisk syge.

¹⁹ Grundprincipper for brug af central visitation er beskrevet på sundhed.dk: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/visitation-hovedside/central-visitation-cvi/introduktion-brug-cvi/>

Størstedelen af indsatsen for kronisk sygdom forventes løst i et samarbejde mellem kommunerne og regionen med almen praksis, som en væsentlig part, idet kun en mindre del varetages på hospitalerne.

Det fremgår af overenskomstens udviklingskontrakt, at almen praksis indgår i et forpligtende samspil og arbejdsdeling med det kommunale sundhedsvæsen, hospitalsvæsenet og den øvrige praksissektor. Hermed følger også en gensidig forpligtelse til at følge og implementere faglige vejledninger og forløbsprogrammer. Samtidig fremgår, at almen praksis skal inddrages i udarbejdelsen af programmerne.

Indsatsen for behandlingen af kronisk syge skal følge de hensigter, der er formuleret i regionens strategi for kronisk sygdom²⁰.

Strategien beskriver en model for kronisk sygdom med to hovedspor:

- forløbsprogrammer
- håndtering af patienten med kronisk sygdom (patient empowerment)

I henhold til strategien spiller almen praksis en rolle i forhold til kroniske patienter ved

- at skulle holde behandlingen så tæt på borgeren som muligt
- at indgå i et tæt samarbejde mellem behandlere i alle relevante sektorer
- at understøtte patienten til at leve med og håndtere sin kroniske sygdom.

I DSI rapporten om kronikerbehandling i proaktive lægehuse²¹ peges der desuden på fem forandringstiltag i forhold til at udvikle almen praksis' kronikerbehandling. Disse uddybes i praksisplanens del III, da de ikke i særlig grad involverer tværsektorielle tiltag. I del III uddybes ligeledes, hvordan der systematisk skal arbejdes med kvalitet i kronikerbehandlingen i almen praksis.

5.1 Kronikerprogrammet

Kronikerprogrammet var etableret for at virkeliggøre forløbsprogrammerne i Region Hovedstaden finansieret igennem centrale midler tildelt Region Hovedstaden. Programmet omfattede 18 projekter og løb i perioden 2010 – 2012²².

Kronikerprogrammet skulle forbedre behandling af og vilkår for kronisk syge ved at inddrage patienterne i behandlingen, bygge bro mellem sektorerne, løfte det faglige niveau og forbedre kommunikationsveje.

²⁰ Strategi for kronisk sygdom kan findes på webadressen:
http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Politikker+planer+og+strategier/Strategi_for_kronisk_sygdom.htm

²¹ Proaktive lægehuse anno 2010. Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling (Dansk Sundhedsinstitut, 2012)

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

Det var væsentligt ved programperiodens udløb ultimo 2012, at den viden som kronikerprogrammet afstedkom forankres, videreføres og videreudvikles i både region og kommuner.

Med henblik på at sikre det faglige niveau, patientens egenomsorg og kommunikationsveje ift. kronisk syge skal der i planperioden fokuseres på:

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

5.2 Forløbsprogrammer

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

Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, type 2 diabetes, demens, hjerte-kar og lænderyg lidelser med almen praksis som forpligtet part. De to sidste programmer forventes implementeret fra 2012 og frem. Det fremgår af sundhedsaftalen, at region og kommuner er enige om, at den konkrete udmøntning af forløbsprogrammernes arbejdsdeling skal bygge på en stratificering mellem hospital, almen praksis og kommune, som beskrevet i forløbsprogrammernes minimumsindhold.

Overordnet er almen praksis' væsentligste rolle i udmøntningen af forløbsprogrammerne:

- at varetage tovholderfunktion,
- at diagnosekode,
- at stratificere,
- at følge op bl.a. gennem anvendelse af datafangst,
- at henvise til kommunale tilbud ved brug af SOFT portalen,
- at bidrage til elektronisk kommunikation mellem involverede parter
- at henvise til hospitaler efter aftalte vejledninger.

Derudover skal almen praksis involveres i et forpligtende samarbejde om at implementere forløbsprogrammer, som udgår fra Sundhedsstyrelsen, herunder bl.a. det reviderede generiske forløbsprogram for kronisk sygdom, forløbsprogrammer for rehabilitering og palliation ifm. kræft samt rehabilitering af henholdsvis voksne og børn med erhvervet hjerneskade.

Tovholderfunktionen

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

Kommunerne i regionen efterlyser samlet set en præcisering af betydningen af tovholderbegrebet og en forventningsafstemning mellem den enkelte kommune og de lokale praktiserende læger, om betydningen i et samarbejde om den enkelte patient²³.

Almen praksis efterlyser generelt klarhed hos kommunerne om rigtig anvendelse af tilbuddet om almen lægehjælp indenfor overenskomstens rammer, herunder at kommunalt personale er velforberedt og har rådighed

²³ Høring af kommuner forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

over nødvendige oplysninger inden der kommunikeres om kroniske patienter oftest ved opkald til almen praksis²⁴.

Hvilke funktioner almen praksis skal varetage, er formuleret i bilag til overenskomsten (2011 og 2014) og konkretiseret i det enkelte forløbsprogram. Det varierer desuden i henhold til det situationsbestemte samarbejde med de kommuner og hospitaler, hvor patienter tilmeldt i praksis har bopæl. Kommunerne, hospitaler og de praktiserende læger bør lokalt indgå i en dialog om implementering af forløbsprogrammer, herunder i udmøntningen af de praktiserende lægers tovholderrolle.

SOFT-portal

På baggrund af en national skabelon er der udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT) på sundhed.dk. Den giver de praktiserende læger samt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, i psykiatrien og i kommunerne nem adgang til et overblik over eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne og på hospitalerne og i psykiatrien.

SOFT portalen er således blevet til for at fremme almen praksis og regionens sundhedsfaglige personales kendskab til kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Det er særligt vigtigt, at de enkelte praktiserende læger har kendskab til, og bruger, forløbsprogrammerne og SOFT-portalen, hvilket givetvis vil føre til, at alle relevante patienter, der ønsker det, henvises til de sundhedstilbud, der er knyttet til programindholdet.

Anbefalinger:

- *programmernes indhold formidles til praktiserende læger*
- *gensidige forventninger til henholdsvis almen praksis, hospital og kommune om hinandens samarbejde i forbindelse med behandling og opfølgning på kronisk sygdom afstemmes*
- *ejerskab og forpligtelse hos praktiserende læger i forhold til forløbsprogrammerne sikres.*

6. Samarbejde om socialmedicinske patienter²⁵

Målsætning:

- Forløb for socialmedicinske patienter er optimeret

Det socialmedicinske område omfatter det kliniske arbejde dels med egentlige socialmedicinske sager, f.eks. revaliderings- og førtidspensionssager, dels en del af det lægelige arbejde med patienter i

²⁴ Høring af praktiserende læger forud for praksisudviklingsplanens udarbejdelse.

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

almindelighed, f.eks. ved at inddrage patientens funktion, velbefindende og fremtidsmuligheder i behandlingen af medicinske problemer.

Socialmedicinsk arbejde indebærer også støtte til marginaliserede og trængte befolkningsgrupper f.eks. svagtstillede ældre, dårligt fungerende familier, psykisk syge, udsatte børn, personer med handicap, langtidssygemeldte, særligt socialt belastede patientgrupper f.eks. socialhjælpsmodtagere, alkoholikere og stofmisbrugere.

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

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

I forhold til socialt udsattes generelle sundhed peger kommuner desuden på behov for en tidlig indsats. Det kunne være en screeningindsats eller en indsats for at skabe opmærksom omkring og udnytte, at almen praksis har kontinuitet og patientkontakt.

Et samarbejde om socialmedicinske patienter kan blandt andet omfatte:

- En tættere dialog om gensidige behov og forventninger mellem kommuner og almen praksis. Nogle kommuner har gode erfaringer med såkaldt "socialrådgivere på hjul" (indebærer besøg i praksis), andre med rundbordssamtaler.
- En beskrivelse af en arbejdsdeling i forhold til specifikke socialmedicinske patientgrupper, f.eks. langtidssygemeldte eller ved sager om førtidspensioner – på langt sigt evt. udarbejdelse af forløbsbeskrivelser med inddragelse af relevante sektorer og faggrupper.

Anbefaling:

- *at afdække behov og initiere aftaler om socialmedicinske forløb mellem region, almen praksis og kommuner.*

7. Samarbejde om medicinanvendelse

Målsætninger:

- Patienter er medicineret sikkert og økonomisk effektivt.
- Medicininformation er opdateret og følger borgeren
- Kun patienter som er stabilt medicineret får medicin dosisdistribueret

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

- rationel anvendelse af medicin både i praksis og på hospitaler

- organisatorisk samarbejde om medicin håndtering.

Med henblik på at justere og styrke medicinområdet og sikre en rationel anvendelse af medicin har Region Hovedstaden i 2011 foretaget en grundig gennemgang, jf. medicinanalysen²⁶.

Medicinanalysen anbefaler en styrkelse af ledelse, faglighed og samarbejde om medicin i det samlede sundhedsvæsen i regionen.

Der er behov for i planperioden at tænke medicin håndtering mere bredt end blot rationel anvendelse, herunder realisering af besparelspotentiale. Skal patienter medicineres rationelt og sikkert, er samarbejdet og kommunikationen mellem sektorer særligt vigtigt.

Der er derfor behov for organisatorisk at styrke det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet i forbindelse med sektorovergange, så patienten får de korrekte lægemidler, og så utilsigtede hændelser ved medicinering af patienter, som overgår fra én sektor til en anden, forebygges. Dette arbejde skal involvere både almen praksis, kommuner, hospitaler og apoteker.

7.1 Økonomisk effektiv medicinordination

I 2011 ordinerede almen praksis medicin for 2,97 mia. kr. Heraf har regionen via tilskud betalt 1,81 mia. kr. Region Hovedstadens udgifter til medicin omfatter herudover også omkostninger på hospitalerne, og er dermed samlet en væsentlig udgiftspost.

Almen praksis har et medansvar for at sikre rationel lægemiddelanvendelse, som indebærer, at patienten skal sikres den mest effektive medicin med de færreste mulige bivirkninger til den lavest mulige pris. Indsatsen for rationel farmakoterapi indgår i den samlede kvalitetsindsats for praksissektoren. Denne indsats suppleres med den overenskomstrelaterede opfølgning på afvigende ordinationsmønstre.

Anbefaling:

- *iværksætte analyser og undersøgelser af ordinationsmønstre i almen praksis med henblik på at iværksætte undersøgelser af læger med særligt afvigende ordinationsmønstre²⁷.*
- *støtte og information til de læger, som har et ordinationsmønster, der afviger særlig meget fra rationel medicinordination*

7.2 Utilsigtede hændelser i sektorovergangen

Når patienten medicineres af forskellige sundhedspersoner fra forskellige sektorer, kan der opstå forkerte eller mangelfulde oplysninger om medicineringen. Det kan medføre medicineringsfejl, der i værste fald kan skade patienten.

Problemerne er oftest utilsigtede hændelser, f.eks. som følge af:

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

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

- kommunikation mellem almen praksis og apotek om medicinordination
- kommunikation mellem almen praksis og kommune om polyfarmacipatienter i dagtiden
- kommunikation mellem almen praksis og hospital, særligt når patienter udskrives fra indlæggelse.

Rapportering og analyse af utilsigtede hændelser på medicinområdet er med til at afdække årsager, og de bidrager dermed til læring, og forbedring af kvaliteten omkring medicinhåndtering.

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

7.3 Fælles Medicin Kort (FMK)

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

FMK forventes at tages i anvendelse på hospitaler og i almen praksis i løbet af foråret 2014. Hvornår alle patienters medicinering er opdateret er dog uvist. Der er aktuelt en række udfordringer i brugen af FMK, der kan medføre en forsinkelse af ibrugtagningen i alle sektorer. Et velfungerende FMK bliver et redskab til at forebygge utilsigtede hændelser i medicinhåndteringen.

Praktiserende lægers overblik over medicinordination og rekommanderede præparater (basislisten) vil kunne styrkes, hvis basislisten bliver synlig i lægens ordinationsmodul.

Anbefaling:

- *at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats om anvendelse af FMK.*

7.4 Medicingennemgang

Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling²⁸.

En medicingennemgang skal øge sikkerheden for, at den enkelte borger får den relevante og nødvendige medicin i den rigtige dosis, og indebærer systematisk stillingtagen til medicinens effekt, bivirkninger m.v.

Der er evidens for, at medicingennemgang til patienter, der er i behandling med mange lægemidler samtidig, kan optimere medicineringen. Danske Regioner foreslår derfor i deres oplæg om sikker anvendelse af medicin i januar 2011, at der skal mere fokus på blandt andre polyfarmacipatienter. Dansk Selskab for Patientsikkerhed foreslår, at patienter, der får mindst seks typer medicin daglig, skal have tilbudt en medicingennemgang ved udskrivelse fra hospital eller én gang årligt ved praktiserende læge.

²⁸ Definitionen henholder sig til § 2-aftalen om medicingennemgang ved opfølgende hjemmebesøg.

Overenskomsten indeholder mulighed for, at lægen kan foretage opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre normalt over 75 år. Medicingennemgang kan være en integreret del af hjemmebesøget. Tilsvarende bør årskontroller i patientforløb for kroniske patienter indeholde en medicingennemgang, eftersom der ofte polyfarmacipatienter.

Medicingennemgang bør introduceres for almen praksis ved etablering af et efteruddannelsestilbud om:

- tilrettelæggelse af medicingennemgang i almen praksis
- systematisering af data i patientens medicinkort i FMK for at skabe overblik ved medicingennemgang

Anbefalinger:

- *at udbrede kendskab blandt praktiserende læger til opfølgende hjemmebesøg (herunder medicingennemgang), værktøjer for medicingennemgang²⁹ og elektroniske hjælpemidler vedrørende medicinhåndtering*
- *at etablere et efteruddannelsestilbud i medicingennemgang, hvis det i planperioden bliver relevant.*
- *at tilbyde almen praksis telefonrådgivning fra Medicininfo i forhold til konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicinering*
- *at datafangstrapporter i forhold til medicingennemgang³⁰ indgår i den løbende udvikling af praktiserende lægers anvendelse af datafangst.*

7.5 Dosisdispensering

Ved dosisdispensering forstås, at et apotek pakker den enkelte patients lægemidler til hvert enkelt doseringstidspunkt. Denne metode for dosering sikrer høj kvalitet, og øger samtidigt patientsikkerheden. Om det øger compliance³¹ er stadig udokumenteret³².

Når ændringer i medicinering foretages, skal et tæt samarbejde mellem almen praksis og apotek sikre, at patienten fortsat modtager korrekt, dosisdispenseret medicin.

Det kræver:

- at apoteker får korrekt og rettidig medicininformation ved ændringer i patienternes dosisdispenserede medicin.
- at ordinerende læge er opmærksom på specielle receptregler, der gælder for medicin, der skal dosisdispenseres, bl.a. kravet om seponeringsrecepter, når et lægemiddel ikke skal dosispakkes mere
- at ordinerende læge er opmærksom på særlige receptkrav, der skal markere, at lægen ønsker styrken eller doseringen ændret af dosisdispenseret lægemiddel.

²⁹ www.basislisten.dk/hovedstaden/medicingennemgang.

³⁰ Rapporterne om "storforbrugere af medicin": http://demo.dak-it.dk/medicin_storforbrugere/index.html og "Skrøbelige patienter": http://demo.dak-it.dk/skroebelige_patienter/index.html

³¹ Compliance: Graden af overensstemmelse mellem patientens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling.

³² Jan Sørensen m.fl. (2005). Maskinel dosisdispensering i primærsektoren: Elementer af en medicinsk teknologivurdering.

- at ordinerende læge er opmærksom på kun at ordinere dosisdispenseret medicin, såfremt medicinen også kan dosispakkes³³

³⁴

Et forbedret samarbejde indebærer i øvrigt, at der kun dosisdispenseres medicin til patienter, som er stabilt medicineret – dvs. hvor det forventes samme dosering igennem længere tid. Det er i øvrigt hensigtsmæssigt at foretage medicingennemgang på patienten før opstart af dosisdispenseringsordningen, og derefter mindst én gang årligt f.eks. efter indlæggelser eller ved ændringer i medicinen.

Anbefaling:

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

8. Sammenhængende indlæggelses- og udskrivningsforløb

Målsætninger:

- Almen praksis medvirker aktivt til at forebygge indlæggelser af ældre medicinske patienter
- Der er alternativer til indlæggelse i forhold til ældre medicinske patienter.
- Kommunikation om ældre medicinske patienter mellem sektorer er sikker, rettidig og ensartet.
- Der er sammenhæng og kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats i indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Hospitalsindlæggelser kan være en belastning for mange ældre patienter, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Det vil derfor gavne de pågældende, hvis indlæggelser kan forebygges via en tidlig og aktiv indsats i et samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Hvor indlæggelser kan forudses, bør de så vidt muligt gennemføres som planlagte indlæggelser.

Korrekt elektronisk kommunikation, elektroniske henvisninger til central visitation, diagnostisk bistand (beslutningsstøtte) og regelmæssig afstemning af medicin er væsentligt med henblik på at sikre sammenhængende forløb, og at forebygge utilsigtede hændelser, der kan føre til indlæggelse eller genindlæggelse.

Praksisplanen skal understøtte de indsatser, plantiltag og projekter som udspringer af Ældreplanen (2011) og de målsætninger og indsatsområder som er aftalt i Sundhedsaftalerne (2015), herunder også evt. forløbsprogram for ældre medicinske patienter.

Når en ældre borger er så syg, at der kan blive tale om indlæggelse, så kan der være behov for et alternativ, eksempelvis en akutplads, hvor borgeren vil

³³ Fx. ifølge www.medicinpriser.dk

³⁴ Der arbejdes på at ændre indretningen af de praktiserende lægers it-systemer, så de understøtter dette behov.

opleve et mere roligt behandlingsforløb end ved en indlæggelse på akutmodtagelsen på et hospital. Der er derfor ikke tale om en egentlig forebyggelse af indlæggelse (se mere i afsnit 12.6).

Derimod er den tidlige opsporing af forværring af borgerens almen tilstand den primære kilde til forebyggelse af indlæggelser, idet forværringen af almen tilstande, der ikke opdages, ofte fører til udvikling af sygdom, der til sidst bliver indlæggelseskrævende.

I den tidlige forebyggelse kan inddragelse af egen læge have stor forebyggende betydning, hvis lægen inddrages tidligt i planlægning af behandlings- eller handleplan for borgeren.

Der er i 2012 ingen aftale mellem parterne, som er målrettet forebyggelse af indlæggelser. Mulighederne for en tidlig indsats bør afklares i planperioden.

8.1 Forebyggelse af genindlæggelse: Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg (Glostrup-modellen)³⁵ er en mulighed for at styrke indsatsen efter udskrivelse af bl.a. ældre medicinske patienter³⁶. Det er ordningens formål at reducere antallet af genindlæggelser.

Ordningsen med opfølgende hjemmebesøg er udviklet i henhold til den såkaldte Glostrup-model og har i pilotprojekt været afprøvet i forskellige kommuner³⁷.

Det er derfor besluttet at udbrede ordningen til hele regionen i 2011 ved udarbejdelse af en § 2-aftale om opfølgende hjemmebesøg. Den enkelte kommune har mulighed for at tilmelde sig aftalen. Aftalen blev revideret i 2013, så hospitalspersonale, primærsygeplejerske og praktiserende læge kan tage initiativ til et opfølgende besøg – såfremt det findes relevant aftales omfang og dato herfor. Ydelsen til den praktiserende læge dækkes af regionen.

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

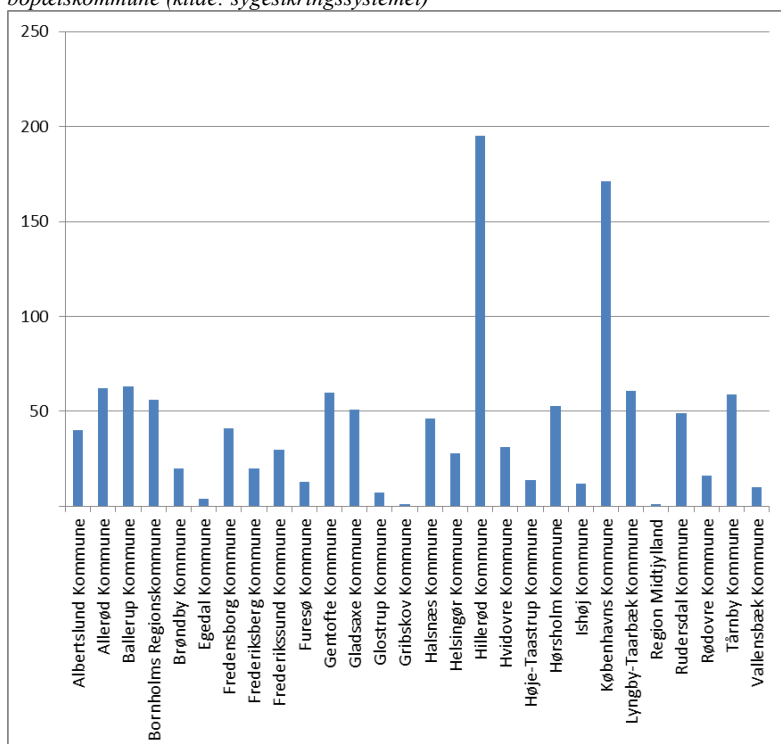
Antallet af udførte opfølgende hjemmebesøg er opadgående. Det fremgår af figuren nedenfor at Hillerød Kommune har gennemført flest opfølgende hjemmebesøg i 2012 og 2013.

³⁵ Ikke at forveksle med opfølgende besøg, jf. overenskomsten.

³⁶ Ordningen er målrettet skrøbelige ældre over 75 år.

³⁷ Se bl.a. DSI publikationen: Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer (2009).

Figur 7 Antal opfølgende hjemmebesøg fra maj 2012-2013 i patientens bopælskommune (kilde: sygesikringssystemet)



Anbefalinger

- ordningen om opfølgende hjemmebesøg implementeres fuldt ud og evalueres
- systematisk arbejde med udvikling af alternativer til indlæggelse, f.eks. gennem ordninger om specialistrådgivning og sub-akutte tider.

9. Kræftpakkeforløb

Målsætning:

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

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

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

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

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

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

9.1 Regional kræftplan

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

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

I forbindelse med vedtagelsen af den regionale kræftplan blev der i alt udmøntet 20 mio. kr til etablering af palliative teams, opnormering af lymfødeme behandling og kommunikationsindsats.

9.2 Implementering af reviderede pakkeforløb for kræft

Som et led i implementeringen af den nationale Kræftplan III, har Sundhedsstyrelsen i 2011 revideret alle pakkeforløbene for kræft. Regionerne skal i 2012 implementere de reviderede pakkeforløb. Pakkeforløbene har i

højere grad end tidligere fokus på hele forløbet, inklusiv efterbehandling, hvilket er i tråd med regionens kræftplan, som sætter fokus på det sammenhængende patientforløb, herunder tiden efter den primære behandling.

9.3 Efteruddannelsesindsats for praktiserende læger

Med henblik på at ruste de praktiserende læger til at kunne diagnosticere patienten tidligt i forløbet planlægges i 2012 en efteruddannelsesindsats rettet mod praktiserende læger.

Rammen for efteruddannelsen ensortes på tværs af regioner, men kan tilpasses lokale forhold.

Fokus i efteruddannelsesforløbet er den prædiagnostiske fase, hvor almen praksis spiller en afgørende rolle. Efteruddannelsesindsatsen skal således opdatere praktiserende læger:

- med viden om symptomer på kræft inklusivt recidiv,
- med særligt fokus på pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft,
- om de største ændringer i reviderede pakkeforløb, f.eks. lunge- og prostatakræft,
- barrierer hos befolkningen og i almen praksis, som kan påvirke tidlig opsporing af kræft.

Det primære fokus i efteruddannelsesindsatsen er opsporing og diagnostik. Efteruddannelse indenfor palliation og rehabilitering er ikke prioriteret i den ovenfor nævnte efteruddannelsesindsats.

9.4 Palliation og rehabilitering

Almen praksis har ikke kun opgaver i udrednings- og henvisningsfasen, men også i efterforløbet. Efterbehandling, rehabilitering og palliation skal håndteres i en tværsektoriel kontekst med kommunerne og hospitalssektoren, med henblik på at borgerne får det rette tilbud.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et forløbsprogram for rehabilitering og palliation, som skal konkretiseres og implementeres regionalt.

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

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

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

9.5 Lymfødem behandling

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

Behandling og efterbehandling af lymfødempatienter bør foregå i højt specialiserede funktioner på akuthospitalerne, som er oprustet til at løfte opgaven, jf. Region Hovedstadens kræftplan.

I tilslutning til denne anbefaling bør det afklares, hvorvidt de praktiserende læger kan henvise til efterbehandling på hospitalerne, når færdigbehandlede patienter henvender sig med fornyede problemstillinger. I givet fald må det sikres, at denne information tilgår de praktiserende læger via Praksisnyt.

Anbefalinger:

- *tilrettelægge en efteruddannelsesindsats som beskrevet i forhold til håndtering af kræftpatienter.*
- *formidle retningslinjer for lymfødem behandling til de praktiserende læger.*

10. Udredning af mennesker med sindslidelser

Målsætning:

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

Almen praksis har ofte den første kontakt til mennesker med sindslidelser. Et godt og relevant samarbejde mellem den pågældendes egen læge og kommunen om opsporing og behandling er et vigtigt omdrejningspunkt. I psykiatrien er der fokus på gode indlæggelses- og udskrivningsforløb, der bygger på en velbeskrevet arbejdsdeling og tæt samarbejde og kommunikation mellem kommune, almen praksis og psykiatrisk center.

Arbejdsdelingen mellem den enkelte kommune og det tilhørende psykiatriske center beskrives i bilaterale samarbejdsaftaler. Der er indgået samarbejdsaftaler både på børne- og voksenområdet³⁸.

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

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

³⁸ Samarbejdsaftalerne for børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri kan hentes på www.psykiatri-regionh.dk

Desuden er der behov for at styrke indsatsen for mennesker med sindslidelser, som samtidigt lider af en kronisk sygdom, er stofmisbruger, har sociale problemer eller er smertepatient.

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

10.1 Shared care

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

Det er visionen, at shared care via integration af hospital, almen praksis og evt. kommunale indsatser muliggør bedre samarbejde og kommunikation mellem sundhedsaktørerne.

Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en projektansøgning, som skal udvikle og afprøve en dansk model for såkaldt collaborative care³⁹. Projektet skal udvikle nye samarbejdsformer i sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende patientforløb, og skal bl.a. resultere i et bedre behandlingstilbud til patienter, som almen praksis i dag har svært ved at håndtere.

Målgruppen for projektet er primært personer med depression og angst. Projektet afventer finansiering.

Udover samarbejde om udvikling af shared care modeller er der tillige etableret en ADHD telefonrådgivningsordning, hvor praktiserende læger skal kunne rette henvendelse til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri med kendskab til ADHD. Telefonen er også målrettet praktiserende speciallæger og kommuner.

Telefonisk rådgivning til patienter med dobbeltdiagnoser og spiseforstyrrelser har fungeret siden 2011.

Endelig etableres forsøg med telefonrådgivning til praksissektoren vedrørende gravide med psykisk sygdom inden udgangen af 2012.

10.2 Samarbejdsmodel i forhold til behandling af udsatte grupper

Der er et udbredt ønske blandt såvel kommuner som regionen og almen praksis om at skabe bedre vilkår for udsatte grupper af børn og voksne, der har et særligt behov for psykiatrisk bistand eller psykologhjælp.

Kommuner har snitflade til psykiatrien ved at varetage socialpsykiatriske tilbud og tilbud til børn og voksne med nedsat psykisk funktion eller sindslidelse. Det er ofte kommunens tilbud, evt. botilbud, som mennesker med sindslidelser udskrives til.

Der skal derfor arbejdes videre med etablering af samarbejdsmodeller og forløbsprogrammer, hvor snitfladen mellem almen praksis og kommune, og

³⁹ I regi af Danske Regioner er der aftalt fælles principper for forsøg med shared care, bl.a. er det aftalt at arbejdes med shared care modellen ”collaborative care”.

almen praksis og hhv. psykiatrisk center, psykiatrisk skadestue og speciallægepraksis er beskrevet.

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

10.3 Samarbejde ved akut syge mennesker med sindslidelser

Ved akut behov for psykiatrisk hjælp kan patienter henvende sig på én af Region Hovedstadens syv psykiatriske akutmodtagelser.

Akut psykiatrisk hjælp til børn og unge gives på akutmodtagelsen på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Glostrup.

Den Psykiatriske Udrykningstjeneste er et supplement til de psykiatriske akutmodtagelser, når disse ikke kan benyttes på grund af patientens tilstand. Udrykningstjenestens formål er at hjælpe og rådgive patienter, pårørende og samarbejdspartnere i meget akutte situationer, som involverer svær sindssygdom – herunder guide til relevant behandling, når det er relevant. Der er tale om patienter, der på grund af manglende sygdomsindsigt, svær angst eller overhængende selvmordsfare ikke selv er i stand til at søge hjælp. Udrykningstjenesten fungerer ikke, i hvad der svarer til det tidligere Frederiksborg Amt, hvor et akutteam i stedet er et tilbud til psykisk syge borgere med akutte problemer i aften og nattetimerne⁴⁰.

⁴¹

Det er væsentligt, at der sikres adgang og reel mulighed for, at almen praksis kan henvise til en hurtig vurdering i hospitalsvæsenet, som et reelt alternativ til akut indlæggelse. Der er gode erfaringer med tilpassede shared care- og step care-modeller, hvor den praktiserende læge er udgangspunktet for visitering og videre behandling.

Anbefalinger:

- at få etableret evidensbaseret viden i forhold til at forstå, hvordan sektorsamarbejdet mellem psykiatri og almen praksis udfoldes mest hensigtsmæssigt.
- at følge op på etableret viden om optimeret sektorsamarbejde med henblik på implementering, hvor det er relevant
- at almen praksis iværksætter en dialog med psykiatrien og kommuner om samarbejdet om mennesker med sindslidelser

11. Samarbejde om diagnostik

Målsætninger:

- Almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet.
- Patienter og praktiserende læger tilbydes ensartet, diagnostisk service

⁴⁰ Udrykningstjenesten udvides til Region Hovedstaden i 2013

⁴¹ Pr. 1. januar 2013 skal visitation ske via AMK-vagtcentral 112 og 1813.

I planperioden 2008-2011 er der gennemført en række analyser med henblik på at ændre organiseringen af den diagnostiske betjening af bl.a. almen praksis⁴².

Formålet har været at sikre og udvikle kvaliteten i betjeningen og skabe mere effektiv service, og dermed en besparelse for Region Hovedstaden.

11.1 Diagnostisk bistand indenfor de parakliniske specialer⁴³

Samarbejdet mellem almen praksis og praktiserende radiologer, relevante praktiserende speciallæger, hospitalsafdelinger og relevante laboratorier i regionen skal løbende optimeres.

Klinisk biokemi, klinisk fysiologi, allergologi, kardiologi, klinisk neurofysiologi

Region Hovedstadens fusionerende parter havde forskellige organisatoriske løsninger i forhold til diagnostiske henvisningsmuligheder og undersøgelsessteder for de undersøgelser, som er nødvendige i forhold til diagnostik og behandling i almen praksis.

De geografiske forskelle er endnu ikke fuldt udlignet.

Der er desuden valgfrihed i forhold til, i hvilket omfang den enkelte almene praksis selv vælger at udføre ydelser i klinikken, som der aftalt honorering for i overenskomsten. Det gør sig gældende for f.eks. typer af blodprøver, lungefunktionstest, EKG, allergitest og døgn-/hjemmeblodtryksmåling. Med henblik på at sikre kvaliteten af udførte laboratorieundersøgelser i almen praksis bør der i planperioden etableres en kvalitetsfunktion, der kan understøtte praktiserende læger.

For så vidt angår klinisk biokemi har RHEL reference til administrationen ved Center for Sundhed indtil der forelægger aftale om endelig organisering af klinisk biokemi i regionen. Opgaven med at iværksætte de nævnte ændringer pågår aktuelt og vil i planperioden blive fulgt bl.a. med henblik på at sikre et tilstrækkeligt serviceniveau for almen praksis

Diagnostisk radiologi

Praktiserende speciallæger i diagnostisk radiologi er hovedsagligt beliggende i København.

Flere hospitaler har såkaldte walk-in funktioner, hvor patienter med en henvisning fra praktiserende læger kan få taget røntgenbilleder uden forudgående tidsbestilling. Begge dele er muligheder for diagnostisk støtte, hvor behandlingsansvaret forbliver almen praksis.

⁴² Jf. bl.a.: Etablering af diagnostiske enheder (Region Hovedstaden, 2012); Organisering af specialerne diagnostisk radiologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin (Region Hovedstaden, 2011). Analyse af den klinisk fysiologiske betjening af praksissektoren (Region Hovedstaden, 2010); Analyse af laboratoriebetjeningen af ambulante klinisk biokemiske ydelser (Deloitte for Region Hovedstaden, 2009)

⁴³ Parakliniske specialer defineres her som diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk biokemi, patologi og udvalgte diagnostiske undersøgelser indenfor kardiologi, allergologi og neurofysiologi.

Borgere fra hele regionen kan henvises til såvel regionens speciallægepraksis i diagnostisk radiologi som til regionens tilbud på hospitalsafdelinger.

Almen praksis kan henvise patienter til CT og MR scanning på specifikke indikationer.

Det vurderes løbende i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd, om der er yderligere indikationer, hvor almen praksis fremadrettet skal kunne henvise direkte til CT og MR-scanning.

11.2 Diagnostiske enheder (DE)

Med henblik på at mindske den sundhedsfaglige ubegrundede ventetid for patienter – specielt med livstruende sygdomme - er der pr. 1.4 2012 etableret diagnostiske enheder (DE) på regionens akuthospitaler.

De diagnostiske enheder skal sikre sub-akut ambulant udredning for patienter med uklare symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom (MAS), eller for patienter, hvor kræft er konstateret, men primær tumor er ukendt (MUP)⁴⁴. Forløbene omfatter ikke børn.

Etableringen af DE forventes hurtigere at kunne give den rette diagnose ved, at udredning foregår på tværs af specialer.

DE kan anvendes af praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller hospitalsafdelinger. Når der afsendes henvisning til DE overgår både udrednings- og behandlingsansvar til enheden.

I ordningen indgår en rådgivende funktion ved en speciallæge, som kan vejlede om en konkret patient skal videreudredes i praksis, på en organspecifik afdeling eller henvises til en diagnostisk enhed. Rådgivning om den udredning, som skal foretages i almen praksis inden henvisning til diagnostiske enheder, er også omfattet af rådgivningsfunktionen.

Rådgivningsfunktionen medvirker til bedre mulighed for dialog og sparring sektorerne imellem, ligesom den skal sikre, at henvisninger er relevante og sker på et tilstrækkeligt grundlag.

Speciallægen kan kontaktes mellem 8-15 på hverdage.

Anbefalinger:

- *opfølgning på kvalitet og service af den diagnostiske betjening af almen praksis*
- *etablering af funktion målrettet almen praksis med formål at optimere kvaliteten af laboratorieundersøgelser.*

⁴⁴ Forløbsbeskrivelse fremgår på følgende webadresse:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/a-alment-og-uspecificeret/diagnostiske-enheder/>

12. Samarbejde om akutberedskab

Målsætninger:

- Almen praksis indgår som en integreret del af det øvrige akutberedskab.
- Patienten får det rette, akutte behandlingstilbud, på det rette niveau, til den lavest mulige omkostning

Det er Region Hovedstadens målsætning, at det akutte beredskab skal være enstrenget. Det indebærer bl.a. at der er sket en organisatorisk og fysisk samling af de funktioner, der før 1. januar 2014 varetog akutte sundhedsfaglige henvendelser fra borgerne, dvs. 1813-opkald til akuttelefonen, 112-opkald til alarmcentral, vagtcentralsopgaver, **de overordnede lægevagtsopgaver** og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)⁴⁵. Dette med henblik på at opnå synergieffekter og faglig sparring mellem regionens akutfunktioner.

Udover den akutte indsats i almen praksis i dagtiden foregår den akutte indsats i hospitalssektoren på akutmodtagelser, på akuthospitalerne og på akutklinikker på de øvrige hospitaler. Herudover kan borgerne søge rådgivning om akut sygdom og skader ved opringning til regionens døgnåbne Akuttelefon (1813).

12.1 Almen praksis' rolle i akutberedskabet

Den akutte indsats i almen praksis foregår i dagtiden hos egen læge. I henhold til overenskomsten skal patienter ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos egen læge eller navngiven stedfortræder inden kl. 16 samme dag.

Der er primo 2012 gennemført en række analyser af den akutte tilgængelighed i almen praksis først og fremmest i dagtid i Region Hovedstaden, jf. bilag 5.

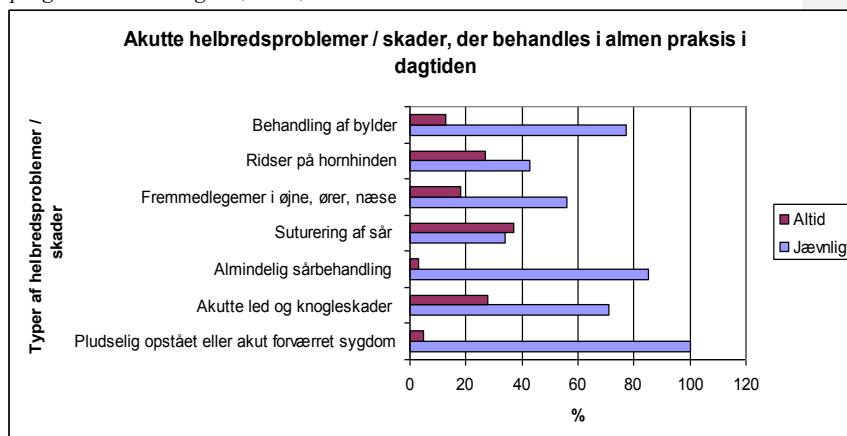
I figuren nedenfor fremgår, hvor stor en andel af de praktiserende læger, der jævnligt i dagtiden behandler typer af akutte helbredsproblemer og skader.

Formateret: Fremhævnning

Formateret: Fremhævnning

⁴⁵ Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab i Region Hovedstaden" (Region Hovedstaden, 2008)

Figur 8: Andel af almen praksis der har oplyst, at klinikken jævnligt eller altid behandler akutte helbredsproblemer / skader i dagtiden (typer fremgår af figuren); spørgeskemaundersøgelse, 2012; n=424.



Det vurderes, at omkring 20 % af de patienter, der i dag behandles på regionens akutmodtagelser og -klinikker, kunne have været behandlet enten hos egen læge eller af lægevagten frem for på hospitalerne⁴⁶.

Det skal undersøges, hvorvidt almen praksis' akuttilbud i dagtiden kan tilrettelægges, så en relevant øget andel af de akutte patienter behandles i praksis ud fra princippet om behandling på lavest, effektive omsorgsniveau. Såfremt dette er tilfældet forudsætter det tilgængelighed og formentlig en styrket efteruddannelsesindsats ift. varetagelse af akutte skader.

12.2 Samarbejde med akuttelefonen

Akuttelefonen, som blev etableret pr. 30. januar 2012 er et døgnåbent tilbud bemandet med erfarne sygeplejersker, som giver borgerne råd ved akut sygdom og skader samt vejledning i forhold til egenomsorg, kontakt til egen læge, **vagtlegen** eller akutmodtagelse/-klinik. Akuttelefonen kan også oplyse om ventetider på FAM/akutklinikkerne. Akuttelefonen rådgiver ikke om kommunale tilbud, ligesom funktionen ikke kan visitere til kommunale tilbud⁴⁷.

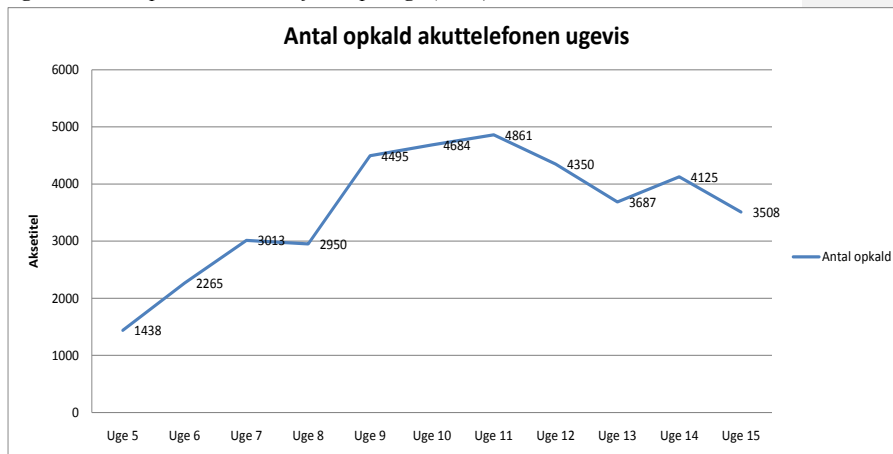
I figur 9 og figur 10 fremgår antallet af henvendelser til akuttelefonen samt hvilken type af rådgivning patienten har modtaget. Begge figurer illustrerer også udvikling over tid.

Formateret: Fremhævning

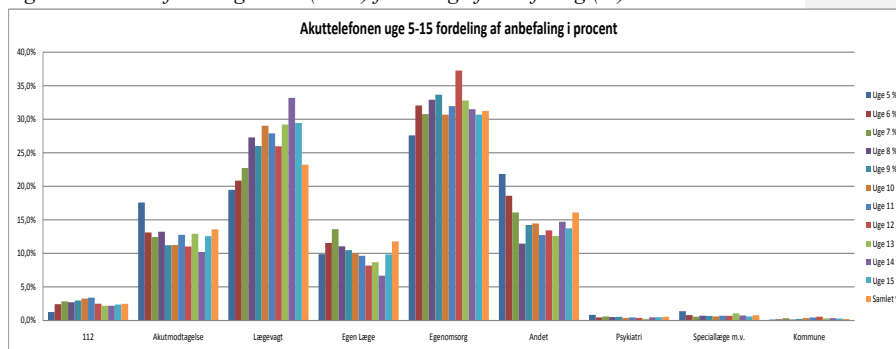
⁴⁶ Analyse af ventetider for skadepatienter. Behov og kapacitet i akutmodtagelserne og akutklinikkerne. (Region Hovedstaden, 2012).

⁴⁷ I 2012 er en proces i gang mellem kommune og region i forhold til at definere og opnå enighed om, hvordan akuttelefonen skal rådgive om kommunale sundhedstilbud.

Figur 9: Antal opkald til akuttelefonen pr. uge (2012).



Figur 10 Akuttelefonen uge 5-15 (2012) fordeling af anbefaling (%)



Det er hensigten med akuttelefonen, at borgerne bliver behandlet det rette sted og samtidigt undgå unødvendige henvendelser i akutmodtagelsen ved at afslutte patienter uden akut lægekontakt, hvor det er muligt.

Akuttelefonen kan ved behov oplyse borgeren om telefonnummer på egen læge

12.3 Samarbejde med sygeplejebemandede akutklinikker

Når Helsingør og Frederikssund Hospital lukkes, forventer regionen, at sygeplejebemandede akutklinikker i Frederikssund og Helsingør kan sikre et nært akuttilbud i nærområdet.

Akutklinikkerne skal bemandes med behandlersygeplejersker med lægefaglig backup fra akutmodtagelsen på akuthospitalet. Klinikkerne skal fungere i perioden kl. 7.00-22.00.

For at kunne realisere dette arbejdsfællesskab skal der etableres et samarbejde med Helsingør og Frederikssund kommuner med henblik på at etablere de fysiske rammer til fælles sundhedshuse, og der skal foretages en kortlægning af, hvilke aktører der vil være interesseret i at indgå i samarbejdet. Dette arbejde er påbegyndt i 2012.

Borgerens tilknytning til en given praksis skal respekteres.

For at facilitere synergi og tværsektorielt samarbejde foreslås det, at det regionale nære akuttilbud, evt. udgående funktioner fra hospitalerne og sundhedspersoner fra praksissektoren suppleres med kommunale sundhedsfunktioner, herunder forebyggelsestilbud, genoptræning, akut- og genoptræningsdøgnpladser, sundhedspleje m.v. Apotek, frivillige organisationer og patientforeninger kan også tænkes at indgå i sundhedshuset.

Med henblik på at sikre en integreret indsats skal der i planperioden fokuseres på dialog om sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund.

12.5 Samarbejde med AMK-Vagtcentral og almen praksis' rolle i beredskabet

Det er en overordnet målsætning i regionens præhospitale indsats, at regionens borgere skal have let og lige adgang til akut hjælp. Der skal være en sammenhæng i det akutte patientforløb fra telefonisk rådgivning, præhospital behandling, behandling i almen praksis og behandling på hospital.

Dette tilsiger en tættere sammenhæng, koordinering og samarbejde mellem praksisområdet og regionens øvrige akutte funktioner og beredskab.

Med etablering af Den Præhospitale Virksomhed samles de akutte funktioner. Der skal i planperioden arbejdes for en model, der sigter mod øget faglig sparring og andre synergieffekter mellem regionens akutfunktion og almen praksis.

Almen praksis er en vigtig del af det daglige beredskab i regionen, og de bør således også indgå i forbindelse med større hændelser af beredskabsmæssig karakter. Det kan f.eks. være i forbindelse med epidemier med behov for massevaccination og ved behov for behandling af mange borgere med skader for at aflaste akutmodtagelser/-klinikker⁴⁸.

Anbefalinger:

- at indtænke almen praksis i beredskabsplanlægningen.⁴⁹

12.6 Samarbejde med kommuner om forebyggelige indlæggelser

Det er for både regionen og kommunerne et fokusområde at forebygge indlæggelser, der gennem en tidlig og fokuseret indsats af kommune og almen praksis kan undgås. Dette fokusområde er aftalt i sundhedsaftalen for 2011-2014. Vægten lægges her på udvikling af en indsats, der afdækker begyndende fald i funktionsniveau og sygdomsudvikling og etablerer tiltag, der kan afbøde denne udvikling. Denne indsats skal særlig målrettes ældre

⁴⁸ Rapporten "Præhospital indsats og sundhedsberedskab" (Region Hovedstaden, 2008)

⁴⁹ Der er i 2013 indgået en aftale med PLOH om almen praksis medvirken i sundhedsberedskabet

svage borgere og borgere med kroniske sygdomme. Det kræver et aktivt samspil mellem kommuner og almen praksis understøttet af hospitalernes specialistkompetencer.

Med henblik på at forebygge indlæggelser har nogle kommuner etableret både lægevisiterede og ikke-lægevisiterede akut- eller aflastningspladser⁵⁰. Kommuner ønsker i nogle tilfælde mulighed for en fast tilknytning af en læge til disse akutpladser med henblik på at styrke deres opgaveløsning. Etablering af akut- og aflastningspladser i kommunerne er i vækst, og det er derfor væsentligt, at de praktiserende lægers rolle i forhold til betjeningen af disse pladser afklares.

Flere kommuner har desuden henvendt sig med ønske om at etablere et udbygget samarbejde med **lægevagten almen praksis** ved at stille specielle akutteams og aflastningspladser til rådighed.

Med henblik på at beskrive modeller for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om samarbejdet om akuttilbud i både dag- og vagttid, og evt. lægelig betjening heraf, bør der først etableres viden om samarbejdet. Regionen skal indgå i udformning af modeller for denne betjening.

En sikker kommunikation mellem kommunerne og almen praksis om akutte patienter skal sikres i både dag- og vagttid. De enkelte kommuner bør invitere det lokale PLO-Kommunal til en drøftelse af en lokal udmøntningsaftale. En aftale kunne indeholde hvilke forudsætninger der skal være på plads i en samtalsituation eksempelvis.

Det er desuden vigtigt, at praktiserende læger og 1813 har aktuelle og lettilgængelige oplysninger om indgangen til de enkelte kommuners akutte tilbud.

Anbefalinger:

- at almen praksis og kommune indgår i en dialog om sikker mundtlig og elektronisk kommunikation
- at viden om samarbejde mellem kommuner og praksis sikres med henblik på beskrivelse af modeller, som kan indgå som udgangspunkt for drøftelser mellem lægevagt, region og kommuner.

13. Samarbejde på svangreområdet

Målsætning:

- Fødende kvinder oplever sammenhængende forløb

I et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis har Region Hovedstaden udarbejdet en fødeplan for, som bl.a. fastlægger målsætninger for det tværsektorielle samarbejde i svangreomsorgen.

I planen beskrives, hvordan den praktiserende læge og jordemoderen er de gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet og fødsel.

⁵⁰ Målgruppen for akut- og aflastningspladser kan variere, men omfatter ofte et tilbud målrettet ældre borgere med behov for observation, pleje og ukompliceret behandling.

Formateret: Fremhævnning

I sundhedsaftalerne 2011-2014 er det besluttet, at der skal arbejdes videre med konkretisering af målsætningerne vedtaget i fødeplanen, bl.a.:

- at beskrive de opgaver henholdsvis fødested, kommune og almen praksis har i relation til svangreomsorg og beskrive den konkrete arbejdsdeling mellem fødested, sundhedsplejerske og praktiserende læge.
- kommunerne indgår i dialog med kommunens praktiserende læger om snitfladen i relation til svangreomsorg, eventuelt via KLU, de kommunale praksiskonsulentordninger eller tilsvarende ordning.
- komme med forslag til, hvordan der kan ske en yderligere udvikling af samarbejdet i forhold til sårbare gravide.

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

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

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

Anbefaling:

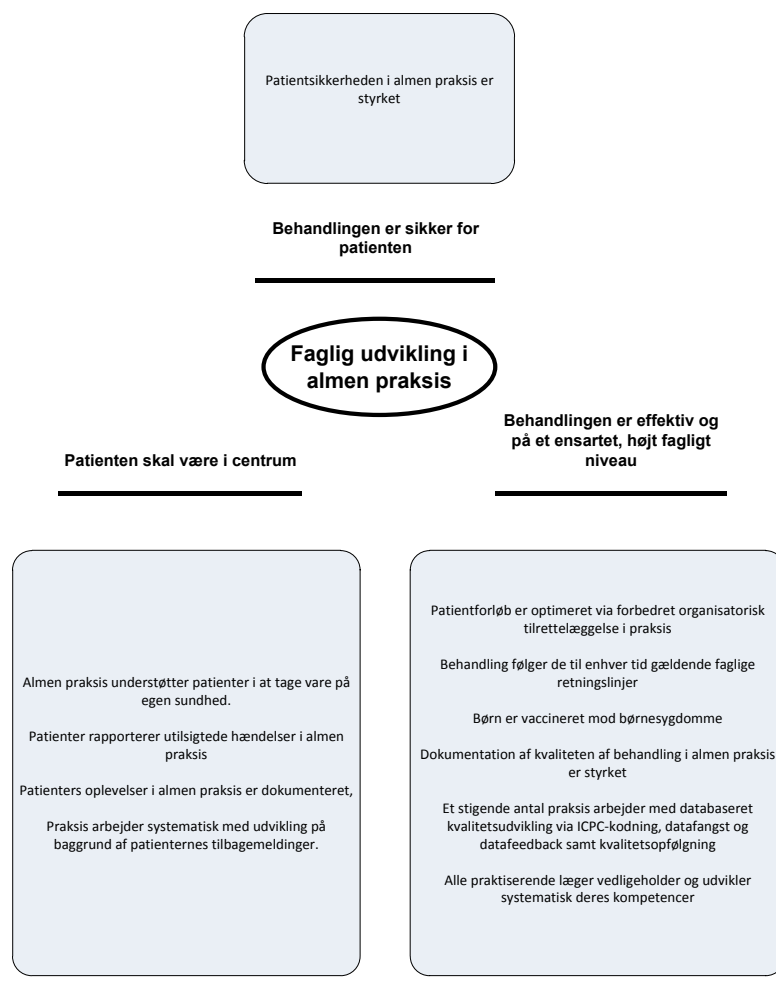
- *at understøtte de praktiserende lægers anvendelse af en elektronisk portalløsning eller elektronisk vandrejournale.*

Faglig udvikling i almen praksis

I dette afsnit beskrives mål og anbefalinger for den faglige udvikling i almen praksis.

1. Målsætninger

Målsætninger: Faglig udvikling i almen praksis



2. Rammer for kvalitetsudviklingen i almen praksis

Det er visionen, at almen praksis gør en målrettet og systematisk indsats for udvikling af kvaliteten af arbejdet i almen praksis.

Det er desuden en overordnet målsætning, at kvaliteten i diagnostik og behandling skal basere sig på en dokumenteret, ensartet høj faglig kvalitet.

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetsstrategien indeholder for sundhedsvæsenets vedkommende fem overordnede indsatsområder:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling

Indenfor rammerne af regionens overordnede strategi er der også udarbejdet en kvalitetsstrategi for almen praksis, som sætter rammerne for udviklingsarbejdet i regionens praksisorienterede kvalitetsorganisation.

En ny kvalitetsorganisation for almen praksis i Region Hovedstaden blev etableret pr. 1. januar 2013 (KAP-H). Den nye organisation indebærer bl.a., at daværende konsulentordninger blev omlagt til én samlet projektorienteret ordning. Formålet med den nye struktur er at fremme både kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis samt det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og resten af sundhedsvæsenet.

En del af konsulenterne har eller skal have direkte kontaktflade til praksis. .

Den nye konsulentorganisation skal samtidig kunne håndtere nye opgaver, som almen praksis skal arbejde med fremover, det være sig akkreditering, systematisk efteruddannelse og andre områder, som organisationen før 2013 ikke havde målrettet indsats mod.

Efteruddannelsesstilbuddet til de praktiserende læger tilrettelægges som regel via temamøder og decentral gruppebaseret efteruddannelse.

En række af de indsatsområder, der beskrives i praksisplanen kan implementeres via KAP-H, herunder blandt andet gennem en efteruddannelsesindsats for almen praksis.

3. Den organisatoriske kvalitet

Målsætning:

- Patientforløb er optimeret via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange i almen praksis og samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb⁵¹.

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring og dokumentation. Det indebærer bl.a.:

- at praktiserende læger henviser og kommunikerer med det omkringliggende sundhedsvæsen og medvirker til optimale patientforløb
- praktiserende læger arbejde målrettet med arbejdsorganisering i praksisklinikken og brug af praksispersonale, herunder opgavefordeling og efteruddannelse af praksispersonalet.

Hvis der arbejdes målrettet med disse forhold i planperioden, kan det optimere en kronikerbehandling, der lever bedre op til de nationale retningslinjer, og som forbedrer kliniske resultater⁵², og dermed også den sundhedsfaglige kvalitet.

Nedenfor uddybes indsatsområderne:

- arbejdsorganisering og ansættelse af praksispersonale
- forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- teleteknologi.

3.1 Ledelse og praksisudvikling

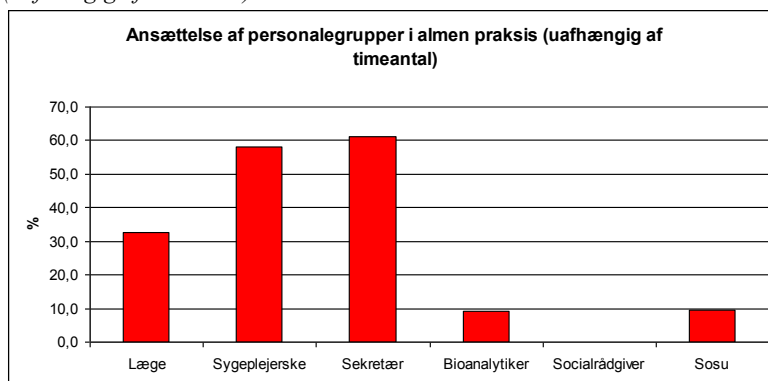
Rigtig anvendelse af praksispersonale og en hensigtsmæssig arbejdsorganisering kan påvirke kliniske resultater (fodnote 53).

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

⁵¹ Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

⁵² DSI rapporten om kronikerbehandling i proaktive lægehuse (2012) peger bl.a. på: faldende henvisninger, færre kontakter, mindre lægekontakt til velfungerende kronikere, men mere til de sårbare, samt struktur og ensartethed i lægernes arbejde.

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



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse (2011), n=530

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

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

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

På samme møde blev der givet udtryk for, at praksis med fordel kan definere ansvars- og opgavefordeling i den enkelte praksis, f.eks. så taste- og kodeopgaven (i forbindelse med ICPC) løses på lavest effektive kompetenceniveau.

På linje med konklusionerne i ovennævnte studie er praksis i regionen i en projektperiode blevet tilbudt besøg af facilitatorer⁵³, som er uddannet i at understøtte ændringer i den daglige praksis, som kunne omfatte:

- varetagelse af tovholderfunktion i forhold til kroniske forløb
- stratificering af patienter
- en mere proaktiv og populationsorienteret indsats
- systematisk organisering af klinikken, ledelse og arbejdsdeling mellem personalegrupper

⁵³ Facilitatorprojektet er omfattet af regionens kronikerprogram, se Del II afsnit 5.

- at indgå i opsporing, diagnosticering, behandling og opfølgning af patienter med kronisk sygdom.

Facilitatorordningen evalueredes i 2012.

Det er væsentligt, at de praktiserende læger, uanset praksisform, fortsat understøttes i forhold til en forbedret arbejdstilrettelæggelse og ledelse i praksis.

Det er endvidere væsentligt, at lægens helhedsorienterede patientrelation i denne forandringsproces bevares, ligesom allerede velfungerende systemer til arbejdstilrettelæggelse fastholdes.

Skal en udvikling som beskrevet realiseres, kræver det understøttelse i forhold til udvikling af organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer i praksis. Denne indsats skal målrettes alle praksis uanset praksisform.

Med henblik på at understøtte almen praksis i at varetage nye og/eller ændrede opgaver i relation til det akutte område og kronikerbehandling skal der i planperioden fokuseres på:

- *en styrket organisatorisk tilrettelæggelse i almen praksis ved efteruddannelse i ledelse og kvalitetsudvikling i praksis og/eller ved ekstern vejledning.*

3.2 Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

I henhold overenskomsten blev der i indeværende overenskomstperiode udarbejdet og pilotprøvet et koncept for organisatoriske standarder til den Danske Kvalitetsmodel. Der er fastlagt en proces herfor, se faktaboksen nedenfor.

Det er kendetegnende ved Den Danske Kvalitetsmodel, at der ikke alene er fokus på kvaliteten af sundhedsydelserne, men også på processer og strukturer, der understøtter patientbehandling samt den patientoplevede kvalitet.

Boks 3

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

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

Udvikling mod akkreditering igennem kvalitetsstandarder **har været et allerede** i pilottest, da fem praksis i Region Hovedstaden indgår i et projekt om afprøvning af udarbejdede organisatoriske standarder.

De udarbejdede standarder omhandler det gode patientforløb, patientinddragelse, patientsikkerhed, ledelse og organisation og sygdomsspecifikke standarder.

Formateret: Fremhævnning

Formateret: Fremhævnning

Ifølge overenskomsten skal almen praksis indgå i Den Danske Kvalitetsmodel. **Det forventes, at Den** kommende overenskomst⁵⁴ indeholder aftale om implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis. I så fald indebærer det, at samtlige praksis skal akkrediteres gennem kvalitetsstandarder med henblik på at:

- fremme kvaliteten af patientforløb
- fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet⁵⁴.

Akkrediteringen realiseres trinvist ved udarbejdelse af konkrete implementeringsplaner.

Anbefalinger:

- *regionalt at implementere en national model for, hvordan almen praksis skal indgå i den Den Danske Kvalitetsmodel.*
- *at udvikle og implementere værktøjer til understøttelse af klinikernes arbejde med akkreditering, herunder inddrage erfaringerne fra pilotprojektet.*

3.3 Telemedicin

Nye teknologier giver nye muligheder. Telemedicinsk teknologi byder på nye kontakt og kommunikationsredskaber, der kan medvirke til at optimere patientforløb. Telemedicinske teknologier kan anvendes i forhold til konkret patientkontakt, men kunne også anvendes ved overvågning af behandlingsforløb.

På følgende områder har teleteknologi på forsøgsbasis været anvendt eller planlægges anvendt:

- videotolkning: har været afprøvet i et nationalt projekt, og har været anvendt i tre praksis i regionen⁵⁵.
- videokonsultation mellem patient og egen læge: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.
- teledermatologi⁵⁶: der foreligger forslag til et projekt i Region Hovedstaden, som endnu ikke er gennemført.

Sund dialog

Sunddialog er et internetbaseret, interaktivt samtaleværktøj beregnet til praksispersonalets dialog med patienter med henblik på livsstilsændringer.

Samtaleværktøjet strukturerer, dokumenterer og målretter forebyggelseskonsultationen. Værktøjet har fokus på pædagogiske redskaber, hvor patienterne lærer at få en sundere adfærd. For at kunne udnytte

⁵⁴ IKAS: Udkast til akkrediteringsstandarder for almen praksis. Pilottestversion (Januar, 2012)

⁵⁵ Evaluering kan findes på webadressen: <http://medcom.dk/wm111493>

⁵⁶ Projekter vedrørende teledermatologi er allerede af prøvet i projektform flere steder i landet.

Formateret: Fremhævnning

værktøjet kræves en uddannelse af praksispersonalet i brugen af værktøjet og den tilhørende samtaleteknik og pædagogik. Med værktøjet er det endvidere muligt at indsamle data til brug for fremtidig forskning og kvalitetssikring inden for forebyggelse og livsstilsændringer.

Sunddialog er en del af regionens kronikerprojekt, og det er målet, at 300 praksispersonaler skal have igangsat 9.000 patienter i et forebyggelsesforløb.

Anbefalinger

- *at afdække og prioritere hvilke telemedicinske løsninger, det er gavnligt at arbejde videre med.*
- *at afprøve og evaluere telemedicinske projekter, herunder teledermatologi i praksis⁵⁷*
- *at kortlægge hvilke områder i almen praksis, der egner sig til monitorering af sygdomsaktivitet via teleteknologi.*
- *at følge op på projekt om sund dialog.*

4. Den sundhedsfaglige kvalitet

Målsætninger:

- Behandling følger de til enhver tid gældende faglige retningslinjer
- Børn er vaccineret mod børnesygdomme.
- Dokumentation af kvaliteten af behandling i almen praksis er styrket
- Et stigende antal praksis arbejder med databaseret kvalitetsudvikling via ICPC-kodning, datafangst og datafeedback samt kvalitetsopfølgning
- Alle praktiserende læger vedligeholder og udvikler systematisk deres kompetencer.
- Patientsikkerhed i almen praksis er styrket

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle ydelser, der bl.a. har helbredelse og lindring som formål.

En forbedret sundhedsfaglig kvalitet indebærer bl.a. at:

- praktiserende læger i størst muligt omfang behandler i overensstemmelse med faglige evidensbaserede vejledninger
- praktiserende læger forholder sig til egne data og på baggrund heraf udvikle kvaliteten i egen praksis ved at fokusere på kvaliteten af de ydelser, der bliver leveret.

Nedenfor uddybes indsatsområderne i planperioden:

- styrket dokumentation og datafangst
- patientsikkerhed
- børnevaccinationer
- systematisk efteruddannelse.

⁵⁷ Under forudsætning at der aftalemæssigt kan nås til enighed om vilkår for udrulning af projektet.

4.1 Styrket dokumentation ved ICPC-kodning og datafangst

Almen praksis skal have overblik over egne patienter, herunder også dem med kroniske sygdomme. Datafangst giver mulighed for at indsamle kvalitetsdata om behandlingen og vurdere denne med henblik på forbedring af kvaliteten.

I henhold til overenskomsten (2011) skal alle praktiserende læger ICPC-kode henvendelser vedrørende følgende diagnoser: KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, osteoporose, hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.

ICPC er et internationalt kodesystem, udviklet af og for almen praksis.

Muligheder for at anvende ICPC er integreret i alle it-systemer. Via overenskomsten er alle læger forpligtet til at kode for kroniske sygdomme, og en del praksis koder alle henvendelser. Der er et beskedent ekstra tidsforbrug forbundet med kodningen, generelt er erfaringen at det er nemt at integrere i det daglige arbejde.

Anvendelse af ICPC er en forudsætning for optimal udnyttelse af datafangst. Endvidere bedres muligheder for at skabe overblik i patientjournalen, og det bliver muligt at søge informationer i praksis' it-systemer.

Datafangstmodulet skal tages i anvendelse hurtigst muligt og inden for overenskomstperioden.

Datafangst på praksisniveau og aggregeret niveau

Datafangst kan forbedre behandlingen af f.eks. kronikere ved at

- give praksis mulighed for at arbejde proaktivt og populationsorienteret med egne data
- målrette ressourcer til patienter med størst behov, herunder sikre at kronisk syge følger forløbsprogrammerne.
- sætte fokus på patientgrupper med behov for screening for risikofaktorer
- få overblik over praksis' behandlingskvalitet ved at sammenligne egne indikatorer med kvalitet på regionalt eller kommunalt niveau.

Med henblik på at fremme arbejdet med egne data skal almen praksis indgå i en vifte af undervisnings- og informationstilbud til læger, praksispersonale og uddannelseslæger med fokus på læring og kvalitetsudvikling på basis af egne data. Der skal i planperioden bygges videre på denne indsats, som er igangsat i projektform⁵⁸.

Regionen har aktuelt afsat midler til et ICPC-implementeringsprojekt. Der er desuden afholdt en række systemspecifikke møder om brugen af ICPC og FMK.

På sigt muliggør datafangst dokumentation og opfølgning på kvalitet på et aggregeret niveau. I henhold til overenskomsten (2011) skal regionen modtage kvartalsvise aggregerede, online rapporter fra DAMD-databasen, hvori der præsenteres data på indikatorniveau.

⁵⁸ Datafangstprojektet 'Et fagligt løft', Region Hovedstaden.

Når behandlingsdata bliver tilgængelige, giver det værdifuld information om kvaliteten af behandling, og giver mulighed for at kunne justere kvalitetsudviklingsindsatsen.

Dokumentation og udvikling af kvaliteten i almen praksis skal ske via automatisk dataopsamling og feedback. Det indebærer udvikling via kvalitetscirklen – planlægge, udføre, undersøge og handle (PDSA). PDSA er en arbejdsform, som er grundlæggende i Den Danske Kvalitetsmodel, og som også har dannet udgangspunkt for arbejdet med kvalitet i hospitalsvæsenet⁵⁹. Kvalitetscirklen skal også være en fast del af efteruddannelsesbuddet i almen praksis.

Anbefalinger:

- *at udvikle værktøjer, der understøtter klinikkernes arbejde med egne kvalitetsdata*
- *at tilrettelægge en efteruddannelsesindsats, der sigter mod at understøtte arbejdet med egne data*
- *at følge data på aggregeret niveau for de aftalte folkesygdomme, når data er tilgængelig.*

4.2 Patientsikkerhed

Sundhedspersoner i praksissektoren, herunder almen praksis, er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Alle utilsigtede hændelser kan rapporteres igennem systemet.

Patientsikkerhed handler ikke om at placere skyld eller ansvar, men om at forebygge utilsigtede hændelser, og sikre løbende forbedringer af det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Den regionale patientsikkerhedsorganisation

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, der skal tage sig af sagsbehandling, analyse og læring af rapporterede utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker.

Patientsikkerhedsorganisationen koordineres af regionens risikomanagerfunktion for praksis, som er forankret i Enhed for Patientsikkerhed. Hvert år forelægges samarbejdsudvalget en samlet handlingsplan og en årsrapport for patientsikkerhedsarbejdet i

⁵⁹ IKAS (2012). DDKM for sygehuse.

<http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarter-for-sygehuse/Indledning.aspx>

Planlægge ("Plan"), som i DDKM betyder, at der i institutionen skal foreligge retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard nås (vurderes med indikatorerne på trin 1)

Udføre ("Do"), som betyder, at institutionen skal sikre implementeringen af de retningsgivende dokumenter (vurderes med indikatorerne på trin 2)

Undersøge ("Study"), som betyder, at institutionen skal overvåge kvaliteten af institutionens strukturer og processer samt de leverede ydelser (vurderes med indikatorerne på trin 3)

Handle ("Act"), som betyder, at institutionen skal vurdere resultaterne af overvågningen samt prioritere og iværksætte tiltag, hvor der er kvalitetsbrist (vurderes med indikatorerne på trin 4).

praksissektoren, herunder data om de rapporterede hændelser og hvilke notater og analyser, der er udarbejdet.

I den samlede regionale patientsikkerhedsorganisation indgår et patientsikkerhedsråd med deltagelse af almen praksis, som træffer beslutninger om håndtering af rapporter, analyser og formidling af læring. Regionen, PLO-Hovedstaden og KAP-H⁶⁰ er repræsenteret. Patientsikkerhedsrådet fungerer som følgegruppe, der rådgiver og sparrer med regionen om patientsikkerhedsforhold, og tager stilling til analysenotater og mementoer med udgangspunkt i konkrete hændelser. I 2011 drøftede rådet temaer om vacciner, håndtering af parakliniske undersøgelser, håndtering af den akutte dårlige patient, høj- og lavenergi traumer. Notater om bearbejdede temaer offentliggøres på sundhed.dk.

I 2011 er der udarbejdet en evalueringsrapport⁶¹ om den regionens organisering og rapportering og læring af UTH. Evalueringen vil danne udgangspunkt for en justering af praksissektorens patientsikkerhedsorganisation. Rapporten peger på to forhold, hvor organisationen kan udvikles. Dels vil det være relevant at styrke organisationen så den bliver mere robust overfor personaleomsætning, dels bør det overvejes hvilke parter, der skal inddrages i arbejdet ved utilsigtede hændelser, der er tværsektorielle.

Tværsektoriel patientsikkerhedsorganisation

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

Udbredelse af læring af UTH – etablering af patientsikkerhedskultur i den enkelte almen praksis

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fra almen praksis har været stigende siden loven om UTH trådte i kraft.

Antallet af rapporter danner grundlaget for læringsdelen, som er det absolut primære ved rapporteringssystemet.

Det bør være en målsætning i planperioden fortsat at tilskynde til rapportering fra almen praksis om utilsigtede hændelser netop med henblik på læring og kvalitetsforbedring.

Ligeledes er det væsentligt at praksissektorens patientsikkerhedsorganisation skaber rammerne for, at få den enkelte praksis til systematisk påtager sig

⁶⁰ Center for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis

⁶¹ Evalueringsrapporten kan findes på webadressen:

arbejdet med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, dvs. at skabe en patientsikkerhedskultur decentralt.

Oplysninger om patientsikkerhedsarbejdet med relevans for almen praksis i regionen er samlet på sundhed.dk⁶². Siden indeholder bl.a. beskrivelse af rapporteringspligt, baggrundsoplysninger, kontaktpersoner, informationsmateriale og en værktøjskasse, som understøtter arbejdet med patientsikkerhed i den enkelte praksis.

Tidligere nævnte evaluering af patientsikkerhedsorganisation peger på konkrete måder til at styrke læringsdelen og læringskulturen, bl.a. fyraftensmøder og workshops. Det forventes, at patientsikkerhed kan indtænkes i den nye konsulentorganisation for almen praksis, der er på vej.

Anbefalinger:

- *at region og kommuner udarbejder en organisatorisk ramme for analyse af utilsigtede hændelser i sektorovergangen mellem kommune og almen praksis*
- *at udvikle patientsikkerhedskulturen i de enkelte almen praksis.*

4.3 Børnevaccinationer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der er en dækning på mindst 95 procent for alle børnevaccinationer. De seneste år har vist, at tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser og dermed tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet er faldende. Den faldende tilslutning er et problem, idet flere børn som ikke er vaccinerede risikerer at blive smittet med børnesygdomme, hvilket er forbundet med risiko for både varige men og dødsfald.

Tilslutning børnevaccinationsprogrammet i Region Hovedstaden fremgår af tabel 1⁶³.

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

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

Kilde: Sygesikringsregisteret

Sideløbende kan 12-årige piger⁶⁴ vaccineres mod livmoderhalskræft (HPV-vaccination). Vaccinationen skal gives tre gange med et fast interval imellem

⁶² <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

⁶³ Det er vanskeligt at udføre en præcis opgørelse af tilslutningsprocenten til MFR 1 og 2, da børn bliver vaccineret i alle aldre. Dette ville kræve en omfattende analyse baseret på cpr. nr. koblet til ydelsestypen. Tilslutningsprocenterne er i stedet udregnet efter en mere simpel metode, der muligvis undervurderer tilslutningen, der er virkeligheden er en lille smule højere, se grundbeskrivelsens afsnit [indsættes].

⁶⁴ Fra den 1. januar 2009 kunne alle piger født i 1996 eller senere få gratis vaccine, som en del af det almindelige børnevaccinationsprogram. Man skal være fyldt 12 år

vaccinationerne, hvorfor der opstår en ekstra udfordring i forhold til opfølgning.

Overenskomsten for almen praksis indeholder en profylakseaftale, og i denne beskrives procedurerne for indkaldelse og opfølgning på MFR-vaccinationer. Opfølgning på HPV-vaccination indgår ikke i overenskomsten.

Boks 4

Profylakseaftalens kapitel II om Børneundersøgelser, -vaccinationer og andre vaccinationer

- Indeholder aftale om honorar for børneundersøgelser og børnevaccinationer
- Indeholder aftale om elementer i en forstærket indsats for at øge tilslutningen til børnevaccinationer, herunder:
 - o lister fra regionerne til de praktiserende læger
 - o tiltag i lægepraksis (administrative procedurer til at højne vaccinationsdækning).

Opfølgningsindsatsen

Med henblik på at opsamle de forældre, som ikke er opmærksomme på muligheden for vaccination i forbindelse med børnevaccinationsprogrammet, skal der etableres velfungerende systemer til indkaldelse og opfølgning.

I forlængelse af Profylakseaftalen har regionerne i notatform udarbejdet et forslag til, hvordan tilslutningen kan styrkes.

Notatet fokuserer først og fremmest på opfølgning på MFR og HPV-vaccination. Anbefalingerne fremgår af faktaboksen nedenfor.

Opfølgning på MFR 1 og 2 er desuden præciseret i overenskomstens profylakseaftale⁶⁵.

for at få vaccinen. Tilbuddet gælder, til man er fyldt 15 år. Informationsindsatsen overgik fra Sundhedsstyrelsen til regionerne pr. 1.1.2010.

⁶⁵ Vaccinationerne for Di-Te-Ki-Pol-Hib+Pn ligger med en enkelt undtagelse i barnets første år, hvor der i forvejen er tæt kontakt til almen praksis og flere børneundersøgelser, hvor der må formodes også at ske en løbende opfølgning på vaccinationsstatus. Flere af de foreslåede redskaber vil desuden også kunne anvendes til opfølgning på Di-Te-Ki-Pol-Hib+Pn vaccinationerne, selvom opfølgning på denne vaccination ikke er beskrevet i overenskomsten.

Boks 5

Danske Regioners anbefalinger i forhold til at øge tilslutningsprocenten til børnevaccinationsprogrammet:

- Regionerne følger tilslutningsprocenterne til vaccination ved at lave udtræk over tilslutningsprocenterne på regionsniveau og evt. på praksisniveau.
- Samarbejdsudvalgene gør status over vaccinationstilslutningen i regionen én gang årligt, og kan evt. iværksætte tiltag.
- Praktiserende læger opfordres til systematisk at følge op på vaccinationsstatus, når barnet er fyldt 5 fem år.
- Anvendelse af datafangst til opfølgning på vaccinationer bør indgå i overenskomsten.
- Opfølgning på HPV-vaccination bør indgå i overenskomsten
- Forslag om yderligere undersøgelser vedr. årsager til manglende vaccination.
- Indtil datafangst er fuldt implementeret, bør regionerne fortsat stå for at sende lister og invitationer ud til de praktiserende læger.

Herudover har Folketinget indgået en SATS-pulje aftale om etablering af systemer for indkaldelse/opfølgning for de børn, som ikke møder til børneundersøgelser og børnevaccinationer hos den praktiserende læge, og til at understøtte, at pigerne får tre doser HPV-vaccine, inden de fylder 15 år. Der afsættes 1 mio. kr. til regionerne i en 4-årig periode. Den bedste anvendelse af midlerne udredes aktuelt i Danske Regioner.

Børn vaccineres for MFR 1 i 15 måneders alderen og MFR 2 i 4 års alderen. Alderen for MFR 2 er ændret fra 12 år til 4 år i 2008, så vaccinationen er sammenfaldende med en børneundersøgelse. Piger skal som nævnt have tre HPV doser inden 15-års alderen.

Administrationen udsender fortsat brev til samtlige 12-årige og deres forældre med påmindelse om at bestille tid hos egen læge til MFR 2 vaccination, og for pigernes vedkommende påmindelse om tilbuddet om HPV-vaccination.

Denne praksis fortsættes indtil 2016, hvor MFR 2 til 12-årige udløber eller ind til der træffes beslutning om at indstille indsatsen.

Praktiserende læger kan rekvirere lister over 15 måneders, 4-årige og 12-årige tilmeldt praksis ved anmodning til administrationen.

Datafangst og Det Danske Vaccinationsregister

Fremtidigt må det forventes, at en oprettelse af Det Danske Vaccinationsregister muliggør en forbedret opfølgningsindsats, da det etablerer elektronisk adgang til oplysninger om alle danskeres vaccinationer. Vaccinationsregisteret vil også kunne bidrage til en mere præcis vurdering af den samlede effekt af vaccinationstilbuddet på folkesundheden. Statens Serum Institut bliver registeransvarlige.

Når datafangst er fuldt implementeret, er det endvidere et oplagt redskab for den praktiserende læge til at følge op på tilslutningen af egne patienter til HPV og MFR vaccination.

Anbefaling:

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

5. Den patientoplevede kvalitet

Målsætninger:

- Almen praksis understøtter patienter i at tage vare på egen sundhed.
- Patienter rapporterer utilsigtede hændelser i almen praksis.
- Patienters oplevelser i almen praksis er dokumenteret.
- Praksis arbejder systematisk med udvikling på baggrund af patienternes tilbagemeldinger.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet. Der er en overenskomstmæssig aftale om at sætte fokus på den patientoplevede kvalitet i almen praksis, og det er aftalt, at der skal foretages patienttilfredshedsundersøgelser. Vurdering af patienttilfredshed indgår desuden i Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis. Tiltag i forbindelse med styrkelse af den patientoplevede kvalitet skal ligge i forlængelse af de mål og principper, der er fastlagt i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik.

Boks 6

Værdier i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik

- Vi tager hensyn til, hvem du er,
- Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig,
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden,
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb.

5.1 Patient- og brugerinddragelse

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

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

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

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

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

- ved etablering af en ny samlet konsulentorganisation
- i patienttilfredshedsundersøgelser

- ved udarbejdelse og implementering af organisatoriske akkrediteringsstandarder.

Det er vigtigt at sondre mellem de forskellige former for patientinddragelse. F.eks. i både det kliniske arbejde i praksis, hvor der kan blive tale om inddragelse i valg af behandling og som aktiv deltager i egen behandling, og i det organisatoriske arbejde hvor brugere kan inddrages f.eks. ift. tilrettelæggelse og beslutninger om kvalitetsudvikling.

I datafangstsystemet findes mulighed for, at patienten og lægen kan samarbejde om behandlingen af diabetes, og patienter kan få indsigt i egne data. Denne slags muligheder bør videreudvikles.

Anbefaling:

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

5.2 Patienttilfredshedsundersøgelser.

I henhold til gældende overenskomst skal praktiserende læger gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Resultaterne skal primært bruges til lægens egen læring.

I flere regioner har der været afprøvet en model for patienttilfredshedsundersøgelse - Danpep. Overenskomstens parter har videreudviklet konceptet, så et onlinekoncept, Danpep 2.0, kan tages i brug i 2012.

Patienterne vil i henhold til Danpep 2.0 få stillet spørgsmål om deres oplevelse af:

- Læge-patientforholdet
- Den lægefaglige ydelse
- Patientinformation og patientinddragelse
- Sektorovergange
- Praksispersonalets opgaver
- Tilgængeligheden

Derudover vil der være spørgsmål om

- Patientkarakteristika af betydning for evalueringen
- Kronisk sygdom
- Tekstfelter til patienternes kommentarer

Anbefaling:

- at tilbyde alle praksis at få gennemført en patienttilfredshedsundersøgelse via Danpep 2.
- at følge op på resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelsen.

5.3 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser

Fra 1. september 2011 kunne patienter og pårørende rapportere utilsigtede hændelser via de samme kanaler, som anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker indtil videre i beskedent omfang

Det har betydning, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet patienter og deres pårørende er særlig gode til at opdage problemer med sikkerheden, fordi de er med i hele forløbet.

Det er derfor en målsætning at patienter er oplyste om rapporteringsmuligheden samt oplyste om forskelle på patientsikkerhedssystemet, som er et læringssystem, og patientklagesystemet, hvor der placeres ansvar.

Anbefaling:

- *at styrke patienters kendskab til patientsikkerhed og rapporteringssystemet.*

Bilag

Bilag 1 Spørgeskema udsendt til praktiserende læger i forbindelse med årlig høring om lægedækning samt praksisplanlægning.

Bilag 2 Afrapportering fra kommunale høringsmøder

Bilag 3 Afrapportering fra høringsmøder med PLO-Kommunal

Bilag 4 Praktiske løsninger til forbedring af telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen praksis. Idékatalog.

Bilag 5 Rapport over spørgeskemaundersøgelse blandt alment praktiserende læger om tilgængelighed

NOTAT

Til: **Praksisplanudvalget**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 5316
Mail planogudvikling@regionh.dk

Dato: 23. maj 2014

Det Fælles Medicinkort (FMK)

Baggrund

Medicineringsfejl er et problem i sundhedssektoren i dag. Mange medicineringsfejl opstår på grund af manglende overblik over patienternes samlede medicinering, specielt i overgangene mellem sektorerne.¹

For at sikre borgernes medicinsikkerhed og kontinuitet ved sektorovergange skal medicinoplysninger/ kommunikation følge borgerne ved indlæggelse og udskrivelse på hospitalerne og behandling hos almen praktiserende læge, og speciallæge, samt ved behandling på ambulatorier, skadestue og i kommune.

Det fælles medicinkort (FMK)

Det fælles medicinkort (FMK) er en elektronisk løsning, hvor alle borgers aktuelle samlede medicinering er registreret ét sted. FMK er aktuelt ved at blive implementeret i hele sundhedsvæsenet i regionen. Derved sikres det, at borgere og relevante personer, som har borgeren i behandling, har adgang til korrekte og opdaterede medicinoplysninger.

Formålet med FMK er²:

- at reducere antallet af medicineringsfejl, der opstår på grund af manglende oplysninger om borgers medicinering, når man skal håndtere borgerens medicin eller når borgeren behandles hos forskellige læger
- at reducere antallet af genindlæggelser på grund af medicineringsfejl
- at reducere tidsforbruget til afklaring af borgers aktuelle medicinoplysninger

Hvad løser FMK – og hvad løser det ikke?

Samlet overblik over medicinen – og hvad så?

¹ <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Faelles%20Medicinkort/Baggrund%20og%20vision.aspx>

² <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Faelles%20Medicinkort/Baggrund%20og%20vision.aspx>

En af de centrale værdier ved FMK er, at løsningen øger det tværsektorielle og samlede overblik over borgerens medicin.

Forudsætningen for det fulde potentiale ved FMK er, at oplysningerne på medicinkortet afspejler den aktuelle virkelighed, samt at der tages fagligt stilling til hvilken medicin borgeren skal fortsætte behandling med.

Første skridt for at opnå dette, er at medicinen er afstemt³ i FMK (dvs. sikring af overensstemmelse mellem den medicin der er ordineret og den medicin borgeren reelt anvender). Næste skridt er, at der foretages en medicingennemgang (dvs. en faglig stillingtagen til den samlede medicinering)⁴. Først derved opnås større patientsikkerhed.

Ifølge Sundhedsstyrelsen medfører FMK ikke ændrede regler eller ansvarsforhold i relation til lægens ordination af lægemidler. Det er (fortsat) den ordinerende læges ansvar at vurdere medicinens relevans samt eventuelle bivirkninger eller interaktioner med den medicin, som borgeren allerede er i behandling med.⁵

Epikrisen i forhold til FMK

Når borgeren afsluttes fra hospitalet skal FMK være opdateret indenfor to timer. Samtidig skal der udarbejdes en epikrise til den alment praktiserende læge eller den henvissende speciallæge senest tre hverdage efter udskrivelsen. Epikrisen skal blandt andet indeholde begrundelse for væsentlige ændringer i hidtil given medicin, medicinliste samt udleveret medicin og evt. recepter til patienten⁶. Tilsvarende skal kommunen modtage relevant information.

Da borgerne ved udskrivelsen stadig kan have komplekse problemstillinger, kan det være nødvendigt at den alment praktiserende læge eller speciallægen og kommunen orienteres hurtigere af hensyn til den videre opfølgning på behandlingen. Dette løses ikke af FMK.

For en række borgere er der tale om særlige komplekse problemstillinger ved medicingennemgang/afstemning, fx: polymedicinerede patienter, patienter der alene kan ordineres af visse speciallæger og patienter, der modtager dosisdispenseret medicin.

³ **Medicinafstemning** ud fra sundhedsstyrelsens definition: Medicinafstemning er en procedure til at sikre et samlet og tidstro overblik over den medicin, som patienten reelt anvender sammenholdt med den medicin, som er ordineret.

⁴ **Medicingennemgang** (MGG) ud fra sundhedsstyrelsens definition: MGG er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling. Der skal tages stilling til, om der skal ske ændringer - fx om noget af medicinen skal seponeres -og ændringerne skal herefter gennemføres.

⁵ Notat om 'Lægens ansvar ved brug af FMK' fra Sundhedsstyrelsen 10-12-2014

⁶ Aftale om "Medicinhåndtering ved sektorovergange: Kommunikation, koordination og kontinuitet"

Dosisdispensering - indikationer og arbejdsgange

Dosisdispensering (DD) betyder,
at en maskine varetager dispensering af medicin i dosispakker

Patienter, som er kandidater til DD

- Patienter, som anvender medicin i stabil dosering, dvs. har fået medicinen uden ændringer i min. tre måneder, og formodes ikke at have behov for ændringer i medicin i min. tre måneder fremadrettet
- Patienter, som selv er i stand til at administrere medicinen, herunder tjekke medicinskema hver anden uge. Alternativt er personalet i kommunen (hjemmesygepleje/plejehjem/botilbud) forpligtet hertil
- Det vurderes, at patienten kan støttes af DD til at opnå bedre compliance
- Patienter, hvor egen læge vurderer ud fra et fagligt skøn, at patienten er egnet

DD behøver ikke omfatte al patientens medicin, men sideordineret medicin skaber behov for øget opmærksomhed hos de, der dispenserer den sideordinerede medicin.

Patienter, som ikke er kandidater til DD

- Terminale patienter
- Patienter med hyppige akutte indlæggelser (faglig vurdering)
- Patienter med igangværende eller hyppige ændringer af medicin
- Patienter, hvor særlige forhold fx syns- eller hørehæmning betyder, at de ikke er i stand til at sikre, at den maskinelt dosisdispenseret medicin bringes indenfor i hjemmet

Lægemidler, som ikke kan eller må dosisdispenseres

- og som derfor skal sideordineres

- Antibiotika
- Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler
- Lægemidler, der gives både som fast (i dosis) og ved behov (p.n.), som patienten selv administrerer, fx paracetamol (pga. risiko for overdosering)
- Lægemidler, der doseres efter regelmæssig kontrol (fx vitamin K-antagonister)

Vigtigt ved sektorskift:

Ved indlæggelsen

(Læs også om dosisdispensering i "Medicinvejledning 5" i VIP)

- Hospitalet afklarer, om patienten får DD-medicin
- DD afmeldes/seponeres, med mindre det skønnes ufordelagtigt (fx helt kortvarig indlæggelse)
- Ved afmelding anvendes godkendt blanket "Afmelding/seponering af dosisdispenseret medicin"

Ved udskrivelsen

(Hvis DD-medicin har været afmeldt/seponeret under indlæggelsen)

- Hospitalet sørger for, at patienten får recepter på alle de lægemidler, som patienten skal have efter udskrivelsen
- Hospitalet medgiver medicin, så der er nok, indtil recepterne kan indløses på apoteket
- Kommunen og egen læge informeres, hvis der er sket ændringer i den medicin, patienten fik ved indlæggelsen
- Hospitalet rekvirerer kommunen til at ophælle de medicin for borgeren, hvor patienten ikke selv er i stand til dette og ikke har pårørende, der kan udføre opgaven

Efter udskrivelsen

- Egen læge genoptager DD til patienter, som - ud fra tidligere beskrevne krav - er kandidater

Link til:

Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse om dosisdispensering

Apotekernes brochure om dosispakket medicin

Region Hovedstadens vejledninger, instrukser og politikker (VIP)

Region Hovedstadens Arbejdsgangsbeskrivelse og afmeldingsblanket

Disse anbefalinger er udarbejdet af kommuner, hospitaler og almen praksis i fællesskab i regi af Sundhedsaftalerne.

NOTAT

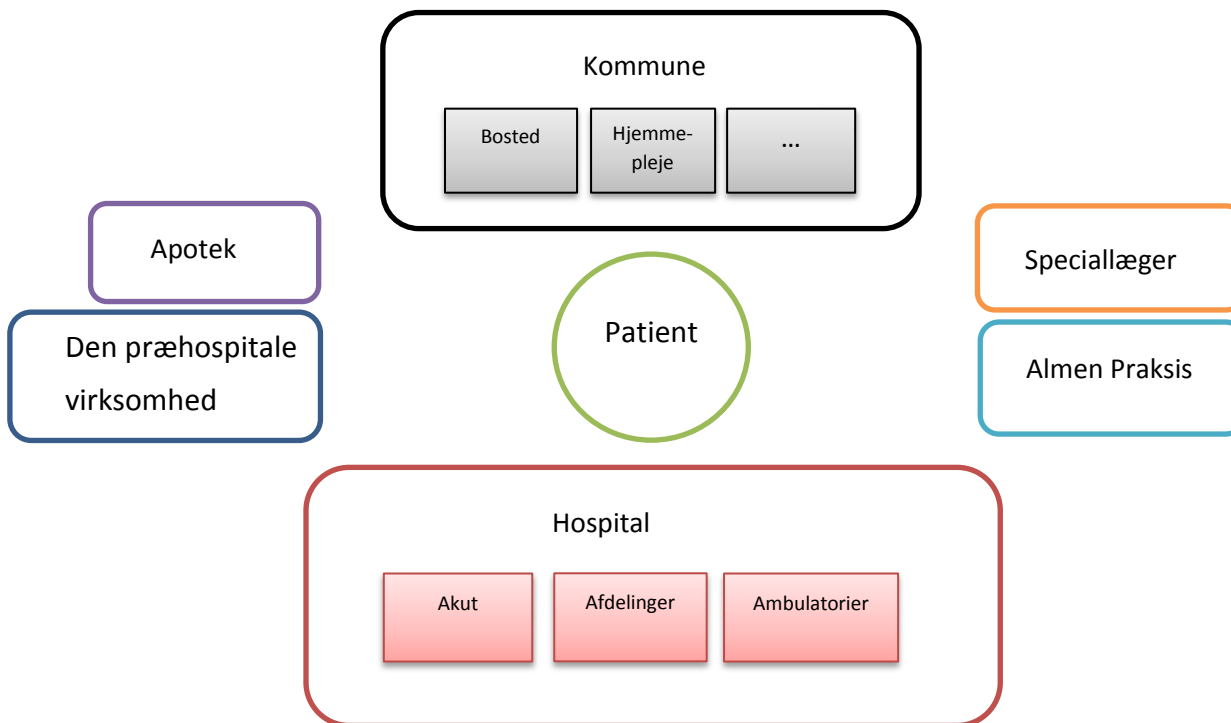
Baggrundsnotat om samarbejdsflader i relation til medicin

Dato: 4. juni 2014

På møde i Praksisplanudvalget den 14. maj 2014 blev administrationen bedt om en model for det videre arbejde på medicinområdet ud fra medicinudfordringer på følgende 4 områder: Polyfarmaci, dosisdispensering, psykiatri samt demens.

En model for patientforløb vedrørende medicinbehandling er oftest ikke et kontinuerligt forløb, men et forløb med mange sideløbende handlinger.

Figur 1. Generisk model for patientforløb vedr. medicinbehandling:



Ovenstående model skal illustrere snitflader mellem interessenter på medicinområdet. Modellen belyser dermed behovet for koordinering, kommunikation og forpligtende aftaler mellem de involverede parter.

Kontakten mellem de enkelte aktører varierer afhængig af den enkelte borgers behov og vil blive uddybet ved de fire udvalgte scenarier:

- polyfarmaci
- dosisdispensering
- psykiatri og
- demens

Nedenfor beskrives de fire områder kort ved brug af cases, der eksemplificerer udfordringer i det tværsektorielle samarbejde i relation til medicinområdet. Casene er hentet fra indrapporteringer fra patientsikkerhedssystemet.

Polyfarmaci

Polyfarmaci/polymedicinerede patienter forstås ofte som patienter, der er i fast behandling med mere end 6 lægemidler i døgnet. I takt med et stigende antal ældre vil antallet af borgere, der er polymedicinerede patienter, stige. Dermed øges muligheden for lægemiddelrelaterede bivirkninger, herunder evt. hospitalsindlæggelser. Kommunikationen og rettidig orientering om borgernes aktuelle medicinering er dermed væsentlig i det tværsektorielle samarbejde.

Der skal derfor arbejdes med medicinafstemning og medicingennemgang. Medicinafstemning giver et overblik over patientens aktuelle medicin, bl.a. ved hjælp Fælles Medicinkort (FMK) og ved hjælp af patientens egne oplysninger. Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med henblik på optimering og evt. ændringer.

I forhold til den polymedicinerede patient er det en særlig tværsektoriel udfordring at sikre en sikker og rettidig kommunikation om patientens medicinering, herunder at afklare ansvaret for systematisk gennemgang af patientens medicinering.

Case 1: Samarbejde omkring dement patient med kompleks polyfarmaceutisk behandling og dosisdispensering

En 80-årig lettere dement kvinde, der fremstår forvirret og ikke selv forstår sin medicin, er i løbende behandling på to ambulatorier og hos egen praktiserende læge. Der er ordineret dosisdispenseret medicin, som apoteket leverer til patienten. Efter et længere forløb med flere utilsigtede hændelser, opdages, at patienten i en længere periode har været fejl- og dobbeltmedicineret uden at det er blevet opdaget. Patienten får blandt andet udlevet både dosispakket og receptudstedt medicin, hvilket giver patienten bivirkninger.

Ved analyse med deltagelse fra blandt andet hospital, kommune, apotek og almen praksis blev identificeret flere problemstillinger. Herunder at patienten er i dosisdispensering, selvom hun ikke lever op til kriterierne i vejledningen, at lægemiddelordinationer ikke altid er kommunikeret rettidigt mellem involverede parter, samt manglende kommunikation mellem kommune og praksis om, hvilke patienter der modtager ydelser fra kommunen.

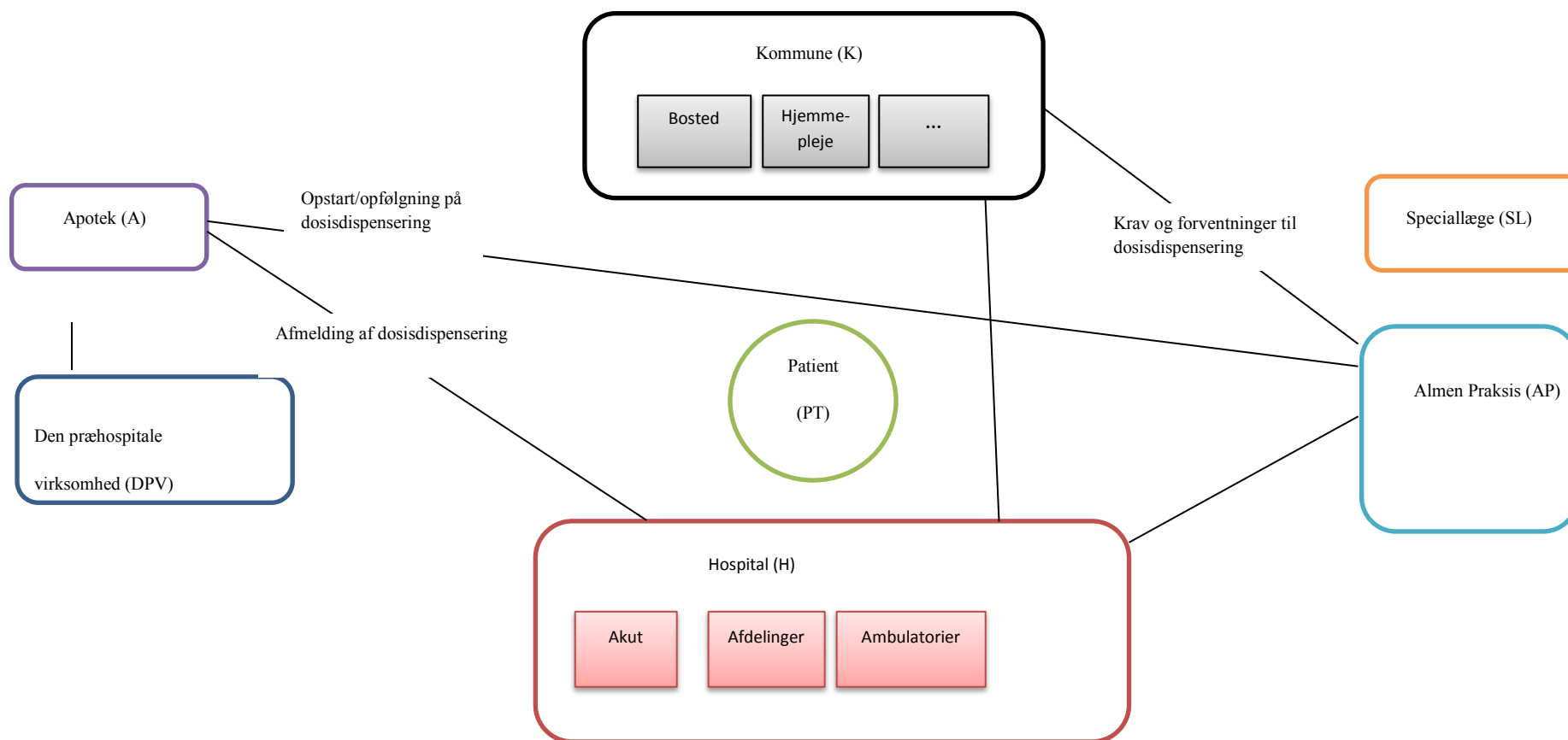
Dosisdispensering

Dosisdispenserede lægemidler er lægemidler, der doseres til patienten i pakker til hvert indtagelsestidspunkt på døgnet. Ikke alle lægemidler kan dosisdispenseres. Dosisdispensering er alene velegnet til borgere på fast medicinering gennem længere tid.

I det tværsektorielle samarbejde er det vigtigt at fokusere på gensidige krav og forventninger, således at alene egnede patienter tilbydes dosisdispensering. Derfor kan patienter, der fx via ambulatorier jævnligt får reguleret medicinen, ikke indgå i ordningen.

Der er behov for at sikre kommunikation mellem involverede parter, herunder apoteket, om dosisdispensering i relation til indlæggelse og udskrivning.

Figur 2. Eksempler på snitflader mellem sektorer i relation til polyfarmaci *samt* dosisdispensering:



Den psykiatriske patient

I psykiatrien diagnosticeres og behandles psykiske sygdomme hos mennesker i alle aldre. Behandlingen omfatter en kombination af medicinsk behandling, terapeutisk behandling samt rehabilitering.

For borgere med behov for både en regional og en kommunal indsats er der stort behov for koordinerede og samtidige indsatser.

Der er en særlig udfordring om patienter med psykisk sygdom og misbrug (dobbeltdiagnoser).

Det tværsektorielle samarbejde for disse borgere forudsætter bl.a. klare aftaler og kommunikationsveje mellem involverede parter, f.eks. almen praksis, botilbud og behandlende psykiater.

Case 2: Psykiatrisk patient med medicinsvigt og alvorlig forværring somatisk samt psykiatrisk

En 45-årig borger er kendt med paranoid skizofreni, bosiddende på botilbud og tilknyttet DPC (Distrikt psykiatrisk center) nægter at indtage medicin. Det gælder både psykofarmaka og anden livsvigtig medicin for somatisk sygdom. Forløbet er over flere måneder og involverer kommunalt botilbud, praktiserende læge, samt psykiater og sygeplejerske fra distriktpsykiatrien. Grundet udfordringer og misforståelser i kommunikationen forværres patientens somatiske og psykiske tilstand. Patienten tvangsindlægges.

Analyse af sagen viste flere udfordringer i samarbejdet mellem egen læge, psykiater og botilbud, herunder uklarhed om aftaler og kommunikationsveje, herunder hvordan man agerer, hvis patienten ikke tager sin medicin.

Case 3: Komplex polymedicineret psykiatrisk patient

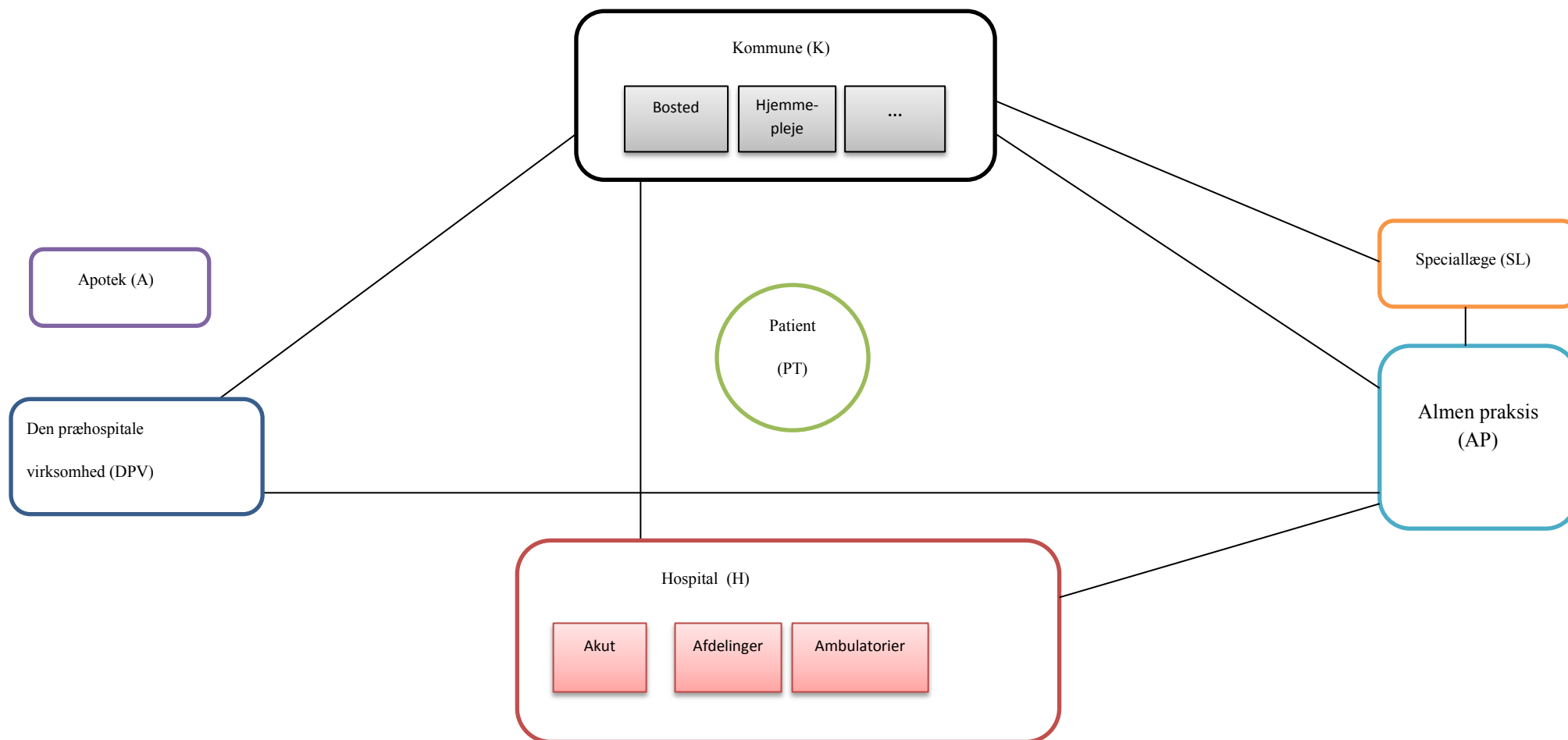
Komplex psykiatrisk patient bor på kommunalt bosted og behandles af privat praktiserende psykiater samt egen læge. Er i langvarig behandling med fire psykofarmaka.

I forbindelse med indlæggelse på psykiatrisk afdeling observerer man for høje niveauer af antipsykotisk medicin i blodet. EKG er normalt. Psykiater og patientens egen læge informeres om behov for opfølgning. Bostedet får ikke besked derom.

På det kommunale bosted observerer man medicinbivirkninger og er bekymret derover, men patienten ønsker ikke at inddrage bostedets personale i samarbejdet med lægerne og insisterer på, at bostedets kontaktpersoner ikke må kontakte psykiateren eller tage med ved konsultationer. Patienten oplever bivirkninger og genindlægges.

I analysen fandtes at problemstillingerne vedrørte manglende samtykke fra patienten til kommunikation mellem bosted og læger, manglende koordination af behandling og udveksling af viden, dilemmaer for bostedets personale ift. tavshedspligten versus omsorgspligten, samt at der ikke var sikker overdragelse af opfølgningsansvaret fra hospitalet til praksissektoren.

Figur 3. Eksempler på snitflader mellem sektorer i relation til patienter med psykiatriske lidelser



Punkt nr. 5 - Temadrøftelse vedr. medicinområdet

Bilag 3 - Side -7 af 7

Demens:

Demens er karakteriseret ved svækkelse af hjernens funktion i voksenlivet og viser sig i form af hukommelsesproblemer samt svigt i kognitive funktioner. Demenssygdomme er kroniske og fremadskridende og fører til et tiltagende behov for hjælp og støtte i hverdagen.

Patienter med demenssygdom mister gradvist evnen til at tage vare på egne forhold, herunder bidrage til koordinering af egen behandling og medicinering. Region Hovedstaden har beskrevet og implementeret et forløbsprogram for demens. Formålet med forløbsprogrammet er at beskrive den samlede tværfaglige og koordinerede sundhedsfaglige indsats for derigennem at:

- Sikre ensartet og evidensbaseret indsats af høj kvalitet i hele regionen.
- Sikre en systematisk proaktiv indsats gennem hele forløbet af en demenssygdom.
- Sikre at der i tilrettelæggelsen af indsatsen tages hensyn til de særlige etiske, juridiske og patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, der knytter sig til demens.
- Sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.
- Sikre monitorering af indsatsen.

Udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde vedrørende demente borgeres medicinering er bl.a. knyttet til kommunikationen om aktuel medicin, bivirkninger og behov for justering af medicinindtaget.

AKTIVITETSKATALOG 2014
TILBUD TIL ALMEN PRAKSIS

Møde i Praksisplanudvalget d. 10-06-2014

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -2 af 52

KAP-H-sekretariat

KAP-H
Center for Sundhed
Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon

3866 5299

E-mail

STB-KAP-H@regionh.dk

Hjemmeside

www.kap-h.dk



Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -3 af 52

FORORD

Kære praktiserende læge i Region Hovedstaden

I dette katalog finder du en samlet oversigt over aktivitetstilbud i KAP-H inden for efteruddannelse og kvalitetsudvikling i almen praksis frem til foråret 2015. Du har fx mulighed for at deltage i temamøder og workshops eller få besøg af en konsulent i din egen klinik. Der er også særlige tilbud til DGE-grupper og PLO-kommuner (lægelaug).

Vi håber, at kataloget vil inspirere dig og dine kolleger til at prioritere og planlægge, hvilke efteruddannelses- og kvalitetstilbud I har lyst til at deltage i. I mange tilfælde vil du også have mulighed for at invitere praksispersonale og uddannelseslæger med. Alle tilbud er udviklet og kvalificeret af kolleger fra almen praksis, der er tilknyttet som konsulenter og projektledere i KAP-H.

Der vil løbende komme nye aktivitetstilbud i KAP-H. De vil alle blive annonceret i PraksisNyt, på KAP-H's hjemmeside www.kap-h.dk og i kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Vi håber, at du vil tage vel imod de nye tilbud, og at du finder aktivitetstilbud, som er relevante for netop din klinik. Det er vigtigt for os, at vores tilbud er relevante og aktuelle for almen praksis. Derfor vil vi meget gerne høre fra dig, hvis du savner tilbud inden for et bestemt emne.

På vegne af KAP-H

Kaare Rossel

Praktiserende læge,
repræsentant PLO-Hovedstaden

Else Hjortsø

Vicedirektør,
Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Flemming Skovsgaard

Praktiserende læge,
repræsentant PLO-Hovedstaden

Karen Toke

Enhedschef,
Center for Sundhed, Region Hovedstaden

INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord	3
Om KAP-H	6
DGE:	
Om DGE	9
Efteruddannelsesgruppe	10
Supervisionsgruppe	11
Gruppeledertræf	12
Mini-gruppeledertræf	13
Fokus på kræft – 4 kursustilbud til alle DGE-grupper	14
Møde for nynedsatte læger i Region Hovedstaden	16
Medicin:	
Nynedsat i praksis? – Få hjælp til rationel medicinanvendelse	17
Fokus på rationel medicinordination – tilbud til PLO-kommuner og DGE-grupper	18
Temamøder om den komplicerede patient med behov for antikoagulation	19
Medicinfunktionen – få hjælp til implementering af rationel medicinanvendelse	20
Medicingennemgang for den ældre, polymedicinerede patient – få besøg i din praksis!	22
Få en saltvandsindsprøjtning til arbejdet med implementering af medicingennemgang	23
Organisering:	
Sæt fokus på organisering – et tilbud til DGE-grupper	24
Sæt fokus på organisering med et praksisbesøg i din klinik	27
Sæt fokus på organisering – et tilbud til PLO-kommuner	28
Roadshows om den ældre medicinske patient	29
Årskursus i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP)	30
Ledelse og udvikling i praksis for øvede	31
Introduktion til ledelse og udvikling i praksis	32
Sololæge – og leder?	33

Aktivitetskataloget udgives af KAP-H
Maj 2014
Oplag: 1.800
Layout: Wanek & Myrner

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog

Bilag 1 - Side -5 af 52

It og data:

Temamøde om Fælles Medicinkort (FMK)	34
Systemspecifik undervisning i FMK	35
Har du en teknisk udfordring? – Datakonsulenterne i Region Hovedstaden	36

Patientsikkerhed:

Patientsikkerhed i almen praksis	38
----------------------------------	----

Tværsektorielt samarbejde:

Regionale temadage om palliation	39
Tidlig opsporing af kræftpatienter	40
Social ulighed og tidlig opsporing af kræftpatienter	41
Samarbejde mellem hospital og almen praksis	42
Samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis	43

Store Praksisdag 2015	44
-----------------------	----

Øvrige kvalitetstilbud til almen praksis	46
--	----

PraksisNyt og Praksisinformation	48
----------------------------------	----

Mine kurser	49
-------------	----

**I midteropslaget
kan du få det fulde
overblik over alle
aktiviteter.**
Tip: Riv det ud og sæt det
på opslagstavlen.

OM KAP-H

KAP-H står for Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden og er navnet på den nye samlede konsulentordning for almen praksis. KAP-H blev etableret 1. januar 2013 og er et samarbejde mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden. Formålet med KAP-H er at fremme kvalitetsudvikling i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen til gavn for regionens borgere.

Hjemmeside
www.kap-h.dk



KAP-H tilbyder én samlet indgang for klinikker til kvalitetstilbud i almen praksis med alle kvalitetsindsatser og konsulenter samlet i én organisation med ét fælles sekretariat. KAP-H bestræber sig på at tilbyde forskellige tilgange til at fremme kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Fx temamøder, netværksmøder, roadshows, praksisbesøg, workshops og Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse.

Konsulenterne i KAP-H er dine kolleger fra almen praksis i Region Hovedstaden.

Den daglige koordinering i KAP-H sker ved et koordinatorteam bestående af:

Michel Kjeldsen, faglig koordinator, kjeldsen@dadlnet.dk

Jesper Lundh, faglig koordinator, lundh@dadlnet.dk

Eva Branner, administrativ koordinator, eva.branner@regionh.dk



Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -7 af 52

SEKS FOKUSOMRÅDER

KAP-H har valgt at have særligt fokus på seks områder.

1. Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE)

DGE støtter efteruddannelse i mindre selvdefinerede grupper, samt supervision. Efteruddannelsesvejlederne arbejder for lokale og varierede efteruddannelses- og supervisionsgrupper.

Konsulenter: Anne Højte, Arne Hantho, Hanne Hjortkjær Petersen, Mads Klem Thomsen, Peter Gram Arildskov og Trine Juhler.

2. Medicin

Medicinkonsulenterne i KAP-H er opdaterede omkring de seneste anbefalinger og understøtter rationel medicinanvendelse.

Konsulenter: Christian Heilmann, Jan Børger, Janne Unkerskov, Jørgen Jensen, Lene Gerlach Jørgensen, Line Stormgaard Jepsen, Nikolaj Askjær, Torben Brøgger-Jensen og Torben Stoklund Pech.

3. Organisering

Konsulenterne inden for organisering rådgiver om og bidrager til udvikling af organisering i klinikken med sigte på bedre behandling af patienterne. Der arbejdes med implementering af vejledninger og forløbsprogrammer.

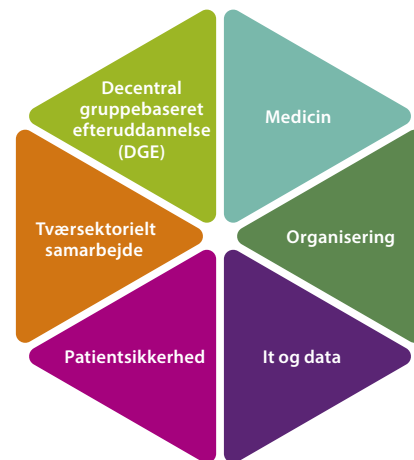


Foto: Kresten Scheel



Møde i Praksisplanudvalget d. 10-06-2014

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog

Bilag 1 - Side -8 af 52

Konsulenternes kontaktoplysninger

Du kan finde konsulenternes kontaktoplysninger og læse mere om deres funktion på Sundhed.dk: www.kap-h.dk/om-kap-h/konsulenterne



Konsulenter: Hanne Hjortkær Petersen, Jannie Sørensen, Jørgen Jensen, Jørgen Steen Andersen, Lars Rytter, Lene Gerlach Jørgensen, Line Ekstrøm Løkkegaard, Mads Crandal, Rudi Østlund Slatanach, Stine Lei Fredslund, Tina Koch og Trine Rønnov.

4. It og data

It-konsulenterne i KAP-H rådgiver om og bidrager til, at It og data i almen praksis understøtter patientbehandlingen i det samlede sundhedsvæsen.

Konsulenter: Jens Parker og Peter Schultz-Larsen.

5. Patientsikkerhed

Patientsikkerhedskonsulenterne i KAP-H rådgiver om og bidrager til, at der er tænkt høj patientsikkerhed ind i KAP-H's projekter. Konsulenterne bidrager til, at der sker læring ud fra utilsigtede hændelser.

Konsulenter: Torben Hellebek og Ynse de Boer.

6. Tværsektorielt samarbejde

Hospitalspraksiskonsulenter og specialpraksiskonsulenter på hospitalerne og i psykiatrien arbejder for patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorer. De er også centrale i kommunikationen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Konsulenter: Andreas Højring, Anette Denker, Annette Randløv, Belén Redal-Baigorri, Birgitte Bibow, Bjørn Perrild, Bodil Johnsen, Christian Ivar Müller, Christina Hundrup, Christina Thein, Helle Vestergaard Middelfart, Henrik Malling Pedersen, Henrik Nathansen, Jan Værnet, Jannie Sørensen, Jari Jasansky Nielsen, Jens Drejer, Jonas Meile, Jørgen Steen Andersen, Kasper Hvid, Kim Lybeck Sørensen, Kirsten Sander, Klaus Terpager Rasmussen, Kristian Arendrup, Lars J. Hansen, Lars Larsen, Lars Rytter, Lene Flachs, Lisbeth Boss, Marike Nicolaisen Møller, Niels Dreisler, Niels Erik Møller, Niels Jacob Nielsen, Nikolaj Askjær, Paw Bjørn Jensen, Peder Christian Reistad, Peter Gram Arildskov, Peter Haugaard, Peter Søttrup, Peter Winge, Rikke Hjorth Westh, Steen Frobenius, Stig Bille Hansen, Stig Sonne-Larsen, Susanne de Lony, Thomas Gorlen, Thomas Saxild og Vibeke Vestereng.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog

Bilag 1 - Side -9 af 52

OM DGE

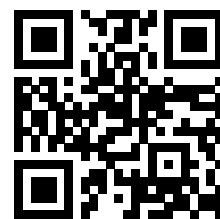
Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE) organiserer og finansierer supervisions- og efteruddannelsesgrupper (DGE-grupper). Det er også muligt for yngre læger på vej mod almen praksis at danne "juniorgrupper". Læs mere på DGE's sider på Sundhed.dk. Du finder os under www.kap-h.dk.

I kataloget findes der en række tilbud specielt udviklet til DGE-grupper.
Se fx mere her:

Gruppeledertræf	12
Mini-gruppeledertræf	13
Fokus på kræft – 4 kursustilbud til alle DGE-grupper	14
Fokus på rationel medicinordination – tilbud til PLO-kommuner og DGE-grupper	18
Få en saltvandsindsprøjtning til arbejdet med implementering af medicingennemgang	23
Sæt fokus på organisering – et tilbud til DGE-grupper	24
Patientsikkerhed i almen praksis	38

Yderligere information

Se DGE's side på Sundhed.dk:
www.kap-h.dk/dge.



EFTERUDDANNELSESGRUPPE

Tid

Gruppen bestemmer selv tidspunkt for gruppemøderne samt varigheden af disse.

Sted

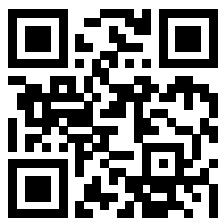
Møderne afholdes typisk i de deltagende lægers klinikker på skift.

Tilmelding

Gruppen skal registreres i DGE-sekretariatet i KAP-H. Mangler du nogen at danne en gruppe med, så kig på DGE's sider på Sundhed.dk, eller kontakt DGE-sekretariatet, dge@regionh.dk.

Yderligere information

Læs mere om DGE og hvordan du registrerer en gruppe på Sundhed.dk under www.kap-h.dk/dge/efteruddannelsesgrupper.



Skab jeres egen efteruddannelse, hvor der er rum for læring, videndeling og sparring samt udvikling og fastholdelse af egne mål. En gruppe på 5-12 læger kan sammen lave en DGE-gruppe. For at have en DGE-gruppe skal I minimum holde fire møder om året. Halvdelen af møderne må I holde sammen med andre grupper, hvis I ønsker det.

I bestemmer selv, hvilke faglige emner I vil beskæftige jer med i gruppen. I har mulighed for selv at finde undervisere eller benytte jer af KAP-H's tilbud til DGE-grupper.

Fase 2 og 3 læger og speciallæger i almen medicin uden praksis kan lave "juniorgrupper".

Mangler du nogle at danne en gruppe med, så kig på DGE's sider på Sundhed.dk eller kontakt DGE-sekretariatet.

Målgruppe

Praktiserende læger samt fase 2 og 3 læger.

Læringsmål

Gruppen er en god basis for undervisning og netværksdannelse.

Praktisk

Gruppen får stillet 15.000 kr. til undervisere og undervisningsmateriale til rådighed om året. Gruppeledere, som deltager i gruppeledertræf, får mulighed for gruppelederhonorar på 5.000 kr./år. Deltagelse i gruppemøderne giver mulighed for refusion for tabt arbejdsfortjeneste via egen konto i Efteruddannelsesfonden.

SUPERVISIONSGRUPPE

Gå i supervision og bliv superviseret på konkrete oplevelser fra dit daglige virke i praksis. Grupper af læger eller enkeltstående læger kan få refusion for udgifter til supervision.

Der er ingen krav til, hvor mange I skal være i en supervisionsgruppe, til jeres supervisors uddannelse eller til hvor mange møder, I holder. De fleste grupper er dog af størrelsesordenen 6-10 læger. Supervisor er typisk psykolog, praktiserende læge med specialuddannelse eller psykiater.

Målgruppe

Praktiserende læger.

Læringsmål

Gruppen arbejder typisk med læge-patient-relationer og cases.

Praktisk

Hver læge kan få refusion for afholdte udgifter på 5.200 kr./år. Deltagelse i gruppemøderne giver mulighed for refusion for tabt arbejdsfortjeneste via egen konto i Efteruddannelsesfonden.



Tid

Gruppen bestemmer selv tidspunkt for gruppemøderne samt varigheden af disse.

Sted

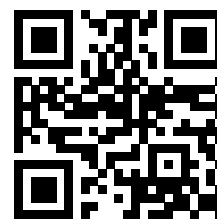
Møderne afholdes typisk i de deltagende lægers klinikker på skift.

Tilmelding

Gruppen skal registreres i DGE-sekretariatet i KAP-H. Mangler du nogen at danne en gruppe med, så kig på DGE's sider på Sundhed.dk, eller kontakt DGE-sekretariatet, dge@regionh.dk.

Yderligere information

Læs mere om DGE på Sundhed.dk under www.kap-h.dk/dge/supervision.



GRUPPELEDERTRÆF

Tid

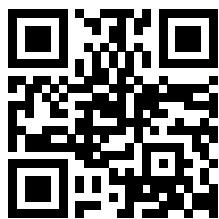
Onsdag den 24. september 2014
kl. 16.30 til fredag den 26. september
2014 kl. 13.00.

Sted

Toruplund,
Torupvejen 90,
3390 Hundested.

Tilmelding

Tilmeld dig på www.conferencemanager.dk/Gruppeledertraef2015.



Om aktiviteten

Bliv inspireret i din rolle som gruppeleder og udvid dit netværk med de øvrige gruppeledere. Gruppeledertræffet er det årlige internat for DGE-, junior- og supervisorsgruppeledere. I år er det Robert Rolfsted, som skal undervise og inspirere gruppelederne.

Undervisningen kommer blandt andet til at dreje sig om, hvordan forskellige persontyper har indflydelse på gruppens liv. Du lærer at forstå og håndtere dine medmennesker ud fra en forståelse af, hvem de er.

Målgruppe

DGE-, junior- og supervisorsgruppeledere.

Læringsmål

Internatets formål er dels at klæde gruppelederne på til arbejdet i grupperne i form af pædagogiske redskaber eller eksempler på undervisning. Dels at sørge for at alle gruppeledere er opdaterede i, hvad der rør sig i DGE.

Praktisk

Kurset er gratis, og de deltagende gruppeledere får refusion for tabt arbejdsfortjeneste fra DGE. Når en gruppeleder har deltaget i et gruppeledertræf, giver det ret til at modtage gruppeledershonorar på 5.000 kr./år de efterfølgende to år. Gruppeledere,

som det sidste år ikke har været tilmeldt gruppeledertræf, vil få fortrinsret, såfremt kurset bliver overtegnet.

Man skal selv transportere sig til Hundested. Der er togstation (Østerbjerg) 5 minutters gang fra Toruplund. Der ydes ikke tilskud til transportudgifter.

Der er gode muligheder for både gå-, løbe- og svømmetur.

Undervisere

Robert Rolfsted (www.robertrolfsted.dk/om-robert) og efteruddannelsesvejlederne i KAP-H.

Program

Ons. d. 24. sept.: Ankomst, netværk, info fra vejlederne og udflugt.

Tors. d. 25. sept.: Undervisning ved Robert Rolfsted.

Fre. d. 26. sept.: Refleksion over torsdagen og gruppearbejde.

MINI-GRUPPELEDERTRÆF

Informations- og inspirationskursus

Bliv inspireret i din rolle som gruppeleder og udvid dit netværk med de øvrige gruppeledere. Dette halvdagsarrangement er en årligt tilbagevendende begivenhed, hvor alle gruppeledere kan møde efteruddannelsesvejlederne og få inspiration til det fortsatte arbejde i deres grupper. Der er forskellige temaer hvert år.

Målgruppe

Gruppeledere i DGE-, junior- og supervisionsgrupper.

Læringsmål

Kurset klæder gruppelederne på med viden om det sidste nye inden for DGE og efteruddannelse i grupper, herunder de aktuelle og konkrete tilbud for DGE-grupper.

Praktisk

Kurset er gratis og de deltagende gruppeledere får refusion for tabt arbejdsfortjeneste fra DGE. Når en gruppeleder har deltaget i et gruppeledertræf, giver det ret til at modtage gruppeledershonorar på 5.000 kr./år de efterfølgende to år.

Undervisere

Udover efteruddannelsesvejledere i KAP-H er der som regel en gæsteunderviser.

Program

Program følger.

Tid

Tirsdag den 5. maj 2015 kl. 13-21.

Sted

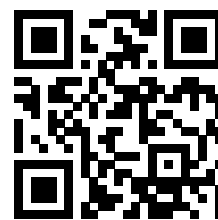
Bernstorff Slot,
Jægersborg Allé 93,
Gentofte.

Tilmelding

Alle gruppeledere får tilsendt invitation. Kan gruppelederen ikke deltage, er gruppeledersuppleanten velkommen. Tilmeld dig på www.conferencemanager.dk/Minigruppeledertraef2015.

Yderligere information

Spørgsmål kan rettes til dge@regionh.dk.



FOKUS PÅ KRÆFT

– 4 KURSUSTILBUD TIL ALLE DGE-GRUPPER



TIDLIG OPSPORING AF KRÆFT

1

Kræft er den hyppigste dødsårsag. Hver 3. af os får kræft, og hver 4. skal dø af kræft. Og tallene forventes at stige. Kræftdiagnostik kan være en udfordring. Du kan sammen med din DGE-gruppe få redskaber til at blive endnu bedre til at opspore kræft hos dine patienter. Kurset er udviklet til DGE-grupper, med et filmoplæg og filmcases, som medlemmerne kan se og efterfølgende drøfte.

Praktisk

Gruppenleder vil få tilsendt materiale med undervisningsprogram til 3 timer med film, spørgsmål og tipskupon.

Kan rekvireres ved henvendelse til efteruddannelsesvejleder
Trine Juhler, juhler@dadlnet.dk.

OPFØLGNING EFTER HENVISNING TIL KRÆFTPAKKE

2

Hvad sker der, når vi har henvist vores patient til et kræftpakkeforløb?

Hvad er næste step? Hvordan holder vi tæt kontakt med vores patienter gennem et kræftbehandlingsforløb?

Hør, hvordan de gør det i Korsør med breve, team med fast læge og sygeplejerske samt brug af Datafangst.

Underviser

Praktiserende læge Helge Madsen, Korsør

Praktisk

Tag kontakt til underviser
Helge Madsen og aftal tid og sted for mødet, helmads@dadlnet.dk.

PALLIATIV BEHANDLING I ALMEN PRAKSIS OG BRUG AF TRYGHEDSKASSEN

3

En 2 timers "workshop":

- Behandling af de hyppigste symptomer i den terminale fase.
- Praktisk indføring i brug af subcutan nål og subcutan mediciner.
- "Tryghedskassen" – indhold og hvordan skal den bruges.
- Socialmedicinske muligheder (tilskud) den sidste tid.

Undervisere

En af følgende praktiserende læger:

- Thomas Gorlen
- Anette Denker
- Gorm Thusgaard
- Tom Simonsen

Praktisk

Tag kontakt til underviser Thomas Gorlen og aftal tid og sted for mødet på tlf. 3956 0055 / 2042 1445 eller e-mail: gorlen@dadlnet.dk.

REHABILITERING

4

Kræftrehabilitering er en bred vifte af tilbud og ofte på flere forskellige planer alt efter sygdommen og patienten. Der er mulighed for både fysisk rehabilitering med motion og træning samt at indgå i projekt "DITLIV", som er et tilbud med fysio/ergoterapi, meditation, og patientuddannelse med udgangspunkt i patienternes egne ressourcer og behov.

Desuden drøftes forløbsprogrammer og henvisning til disse tilbud.

Underviser

Fysioterapeut Lene Kiel Jensen, leder af genoptræningscentret i Rudersdal.

Praktisk

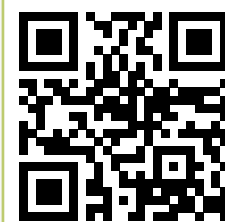
Tag kontakt til underviser Lene Kiel Jensen og aftal tid og sted for mødet på tlf. 7268 3961.

Yderligere information

De viste tilbud er gratis for DGE-grupper og kan benyttes ved allerede eksisterende grupper eller ved at danne nye grupper.

Ved behov for yderligere information er du meget velkommen til at kontakte DGE-sekretariatet på e-mail dge@regionh.dk.

Der kommer løbende nye tilbud, som oprettes på Sundhed.dk.



MØDE FOR NYNEDSATTE LÆGER I REGION HOVEDSTADEN

Tid

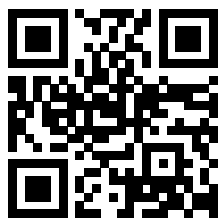
Torsdag den 26. februar 2015
kl. 9-16.

Sted

Hotel Frederiksdal,
Frederiksdalsvej 360,
2800 Kongens Lyngby.

Tilmelding

Der bliver sendt invitationer til alle nynedsatte læger. Skulle man ikke have haft mulighed for at deltage ved et tidligere arrangement, eller har man ikke modtaget invitationen, er man meget velkommen til at rette henvendelse til dge@regionh.dk. Tilmeld dig på www.conferencemanager.dk/Moedefornynedsatte2015.

**Om aktiviteten**

Nynedsat i almen praksis i Region Hovedstaden? Kom og hør, hvilken hjælp du kan få og dan netværk i DGE og/eller i supervisionsgruppe. En gang om året byder Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden årets nye praktiserende læger velkomne ved dette arrangement. Der er undervisning, information og demonstration af alt fra Sundhed.dk, over KAP-H til afregning og ikke mindst, hvordan man undgår returregninger. Efteruddannelsesvejlederne står for arrangementet og sørger for, at alle, som ønsker det, kommer i både efteruddannelsesgrupper (DGE-gruppe) og/eller supervisionsgruppe. Midt på dagen afholdes "markedsplads", hvor der er mulighed for at møde og lave aftaler med KAP-H's konsulenter inden for kvalitetsudvikling.

Målgruppe

Alle læger som har nedsat sig som praktiserende læge i Region Hovedstaden i 2014 og 2015.

Læringsmål

De deltagende læger får mulighed for at stifte bekendtskab med en masse vigtige samarbejdspartnere samt få en vigtig netværks- og efteruddannelsesmulighed i form af DGE- og/eller supervisionsgruppe.

Praktisk

Kursusdagen er gratis, og de deltagende læger får refusion for tabt arbejdsfortjeneste af DGE.

Undervisere

Efteruddannelsesvejlederne og en række andre undervisere.

Program

Endnu ikke fastlagt.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -17 af 52

NYNEDSAT I PRAKSIS?

- FÅ HJÆLP TIL RATIONEL MEDICINANVENDELSE

Om aktiviteten

Har du lyst til at kigge nærmere på dit eget ordinationsmønster? Måske har du netop overtaget en praksis og har lyst til at få en snak om rationel farmakoterapi med udgangspunkt i de overtagne ordinationer. Så har du mulighed for at få besøg i din klinik af en KAP-H-konsulent med medicin-kompetencer.

Konsulenten vil sammen med dig kigge på ordinationsdata for klinikken og vil gennem dialog sætte fokus på rationel medicinadfærd – fx i forhold til særlige lægemiddelgrupper eller patientgrupper.

Konsulenten kan bl.a. vise dig, hvordan du selv kan se dit ordinationsmønster samt vise dig, hvordan dit lægemiddelforbrug ligger i forhold til det generelle forbrug i dit område eller i hele regionen.

Målgruppe

Tilbuddet er henvendt til nynedsatte læger i almen praksis og kan benyttes af alle, der har fået nyt ydernummer inden for de sidste tre år. Gælder også ved indgåelse eller opsplitning af kompagniskab. Klinikker, der ikke tidligere har haft besøg af en medicinkonsulent, kan også benytte sig af tilbuddet.

Læringsmål

Når du har haft besøg af en medicinkonsulent, har du:

- Viden om din ordinationsadfærd inden for bestemte lægemiddelgrupper
- Kendskab til rationel farmakoterapi inden for de udvalgte områder
- Fået inspiration til konstant at have fokus på udskrivelsen af lægemidler

Praktisk

På besøget drøftes et eller flere emner valgt af dig/jer i klinikken eller af konsulenten. Du skal afsætte ca. en time til besøget. Eventuelt kolleger og praksispersonale inkl. uddannelseslæger er velkomne til at deltage.

Konsulentbesøget er gratis.

Undervisere

KAP-H-konsulenter med medicinkompetencer, som er tilknyttet følgende geografiske områder:

- **Nord:** Christian Heilmann og Torben Brøgger-Jensen
- **Midt:** Line Stormgaard Jepsen og Torben Brøgger-Jensen
- **Byen:** Jan Børger og Nikolaj Askjær
- **Syd:** Lene Gerlach Jørgensen og Torben Stoklund Pech
- **Bornholm:** Lene Gerlach Jørgensen

PRAKSISBESØG

Tid

Efter tilmelding vil konsulenten kontakte dig for at aftale et tidspunkt for besøget.

Sted

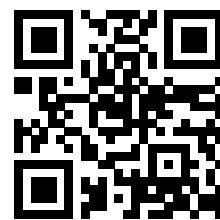
Besøget foregår i din egen klinik.

Tilmelding

Skriv til STB-KAP-H@regionh.dk for tilmelding. Husk at angive kontaktoplysninger og gerne datoforslag.

Yderligere information

www.kap-h.dk/tilbud-og-indsatser/nynedsat-i-praksis/



FOKUS PÅ RATIONEL MEDICINORDINATION

– TILBUD TIL PLO-KOMMUNER OG DGE-GRUPPER

Tid

Nærmere tidspunkt aftales med konsulent efter tilmelding.

Sted

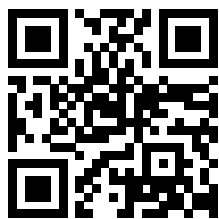
Stedet for gruppebesøget fastsættes af gruppen. Det efterfølgende individuelle besøg foregår i egen klinik.

Tilmelding

Skriv til STB-KAP-H@regionh.dk for tilmelding. Husk at angive kontaktoplysninger og gerne mulige datoer.

Yderligere information

www.kap-h.dk/tilbud-og-indsatser/medicinordination.



Om aktiviteten

I har mulighed for at få besøg af en KAP-H-konsulent med medicinkompetencer i jeres PLO-kommune eller DGE-gruppe. Konsulent vil gennemgå de vigtigste principper for rationel medicinanvendelse med fokus på ét til to temaer valgt i samarbejde med jer – fx antibiotika, hjertekar lægemidler herunder antikoagulantia eller benzodiazepiner.

Inden besøget vil konsulent forberede sig ved at kigge på ordinationsdata for den enkelte af jer og sammenlignet med hinanden – i anonymiseret form, hvis I ønsker det.

Efter besøget i jeres gruppe har I alle mulighed for at få et opfølgende praksisbesøg i egen klinik – gerne sammen med jeres praksispersonale og uddannelseslæger. Dette er en rigtig god mulighed for at dykke yderligere ned i egne ordinationsdata.

Målgruppe

Tilbuddet er primært henvendt til PLO-kommuner og DGE-grupper. Indgår du i en anden gruppe af praktiserende læger, så kontakt KAP-H-sekretariatet og hør om muligheden for et gruppebesøg.

Læringsmål

Når I har haft besøg af en konsulent med medicinkompetencer i jeres gruppe og klinik, har I:

- Viden om ordinationsadfærd inden for bestemte lægemiddelgrupper i egen klinik og i området
- Kendskab til rationel farmakoterapi inden for de udvalgte områder
- Fået inspiration til konstant at have fokus på udskrivelsen af lægemidler

Praktisk

Ved gruppebesøget vil jeres ordinationsdata være anonymiserede, hvis I ønsker det. I bør afsætte mindst 30 min., men gerne en time til konsulentens gennemgang af data. Tilbuddet er gratis.

Undervisere

KAP-H-konsulenter med medicinkompetencer.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -19 af 52

TEMAMØDER OM DEN KOMPLICEREDE PATIENT MED BEHOV FOR ANTIKOAGULATION

TEMAMØDE

I løbet af efteråret 2014 afholdes temamøder om behandlingsprincippet og -metoder, når patienten fejler andet end atrieflimmer/-flagren, som kræver antithrombotisk medicinering:

- Flebothrombose
 - Lungeemboli
 - Perifer karsygdom
 - Apoplexi
 - Iskæmisk hjertelidelse med/uden infarkt eller stent, evt. kombineret med atriellarrhythmi.
- Herunder især de mere vanskelige situationer, hvor patienten har flere samtidige lidelser.

Der vil blive afholdt ét møde i hvert planområde, og undervisningen vil blive dækket af kardiologer og neurologer – om muligt fra lokalområderne supporteret af alment praktiserende læger fra KAP-H.

Program for møderne udarbejdes, når aftaler med underviserne er på plads og udmeldes straks via PraksisNyt og kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk. Så hold løbende øje, så du ikke går glip af dette tilbud om, hvordan vi skal agere ved disse komplicerede tilstande.



MEDICINFUNKTIONEN

- FÅ HJÆLP TIL IMPLEMENTERING AF RATIONEL MEDICINANVENDELSE

Medicininfo:

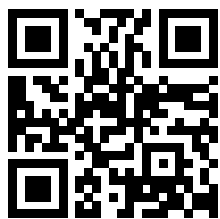
MedicinInfo rådgiver sundhedsfaglige i Region Hovedstaden om lægemidler. Et team af læger, farmaceuter og farmakonomer kan besvare dine spørgsmål om brug og håndtering af lægemidler, fx bivirkninger, interaktioner, dosering til særlige patientgrupper, mediciner af gravide og ammende samt holdbarhed og opbevaring.

Du har også mulighed for at få hjælp til medicingennemgang til din patient ved at sende patientens data, medicinliste og tilhørende diagnoser til MedicinInfo på fax.

Kontakt: tlf. 3531 5090, fax 3531 5096
eller skriv til medicininfo@regionh.dk

Yderligere information

medicininfunktionen@regionh.dk.



Medicinfunktionen arbejder for at fremme rationel medicinanvendelse i praksissektoren og kvaliteten i det samlede medicineringsforløb i Region Hovedstaden.

Medicinfunktionen har i samarbejde med KAP-H udviklet en række værktøjer, som almen praksis kan bruge i arbejdet for at fremme implementering af rationel medicinanvendelse. Værktøjerne omfatter:

- **Basislisten.** Giver forslag til førstevalg af lægemidler til de mest almindelige indikationer i almen praksis
- **Antibiotikavejledning.** Giver forslag til rationelt lægemiddelvalg til forskellige infektioner
- **Mange infektioner går over af sig selv uden antibiotika.** Patientfolder der informerer om, at antibiotika kun virker på bakterier – ikke virus, og giver råd til egen omsorg ved almindelige infektioner. Folderen findes på 8 sprog
- **Drop vanedannende nerve- og sovemedicin. Materialet omfatter:**
 1. Plakat til venteværelset
 2. Deskguide til lægen med oplysning om bl.a. udtrapning og regler vedr. kørekort
 3. Afvigningsblok med søvnråd til patienten
 4. Patientfolder med kort information om udtrapning
- **Rationelt valg af pulverinhalator til astma/KOL.** Mange astma- og KOL patienter

kan spare penge ved at skifte til Easyhaler. En oversigt viser, hvordan du kan skifte patienten fra Turbuhaler eller Diskos til Easyhaler, den årlige besparelse herved samt en beskrivelse af de tre inhalatorer

- **Hjælp til medicingennemgang.** Medicinfunktionen har samlet forskellige værktøjer og tilbud om hjælp til gennemgang af polymedicinerede patienters medicin
- **Nyt om medicin.** Nyhedsbrev med nyt om rationel medicinanvendelse, bivirkninger, større prisændringer på medicin m.m. Nyhedsbrevet udsendes med PraksisNyt ca. en gang om måneden

Alle værktøjer og materialer kan ses på og printes fra Medicinfunktionens side på Sundhed.dk. Her kan du også læse mere om Medicinfunktionens tilbud til praksis.

Målgruppe

Praktiserende læger og praksispersonale.

Praktisk

Materialeerne "Mange infektioner går over af sig selv", "Drop vanedannende nerve- og sovemedicin" samt "Rationelt valg af pulverinhalator til astma/KOL" kan rekvireres gratis hos Medicinfunktionen ved at sende en mail til: medicininfunktionen@regionh.dk. Husk at oplyse forsendelsesadressen samt hvilke materialer, der ønskes og antal.



MEDICINGENNEMGANG FOR DEN ÆLDRE, POLYMEDICINEREDE PATIENT

Tid

Besøget varer ca. 1 time.

Sted

Besøget foregår i din egen klinik.

Tilmelding

Kontakt medicinfunktionen,
medicinfunktionen@regionh.dk.

Medicingennemgang er et fokusområde i Sundhedsstyrelsens handleplan for "Den ældre, medicinske patient". I forbindelse med Medicinfunktionens og KAP-H's indsats "Styrkelse af rationel farmakoterapi i Region Hovedstaden" tilbydes et konsulentbesøg i din praksis, der vil inspirere dig til, hvordan medicingennemgang kan implementeres i din praksis samt præsentere dig for redskaber, der kan understøtte dette.

Inden besøget udvælger den enkelte praksis hvilke patientcases (2 stk.), der skal tages udgangspunkt i. Sammen med konsulent fokuseres der på implementeringen af medicingennemgang med udgangspunkt i de valgte cases.

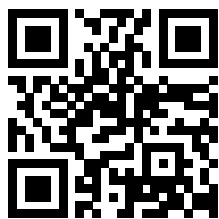
Besøgene udføres af speciallæger i almen medicin med praksis i Region Hovedstaden. Konsulenterne har gode kompetencer i rationel farmakoterapi og medicingennemgang.

Målgruppe

Læger og praksispersonale inkl. uddannelseslæger i almen praksis.

Praktisk

Tilbuddet er gratis.



Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -23 af 52

FÅ EN SALTVANDESINDSPRØJTNING TIL ARBEJDET MED IMPLEMENTERING AF MEDICINGENNEMGANG

GRUPPEMØDE

Som led i Medicinfunktionens og KAP-H's indsats "Styrkelse af rationel farmakoterapi i Region Hovedstaden" tilbydes fyraftensmøder om medicingennemgang.

Møderne vil bl.a. komme ind på følgende:

- Muligheder for støtte til medicingennemgang
- Mulige måder at organisere medicingennemgang i din praksis
- Drøftelse af faglige dilemmaer ved medicingennemgang med udgangspunkt i konkrete patientcases – evt. jeres egne medbragte patientcases

Målgruppe

DGE-grupper og PLO-kommuner.

Praktisk

Tilbuddet er gratis.

Oplægsholdere

Klinisk farmakolog og farmaceut.

Tid

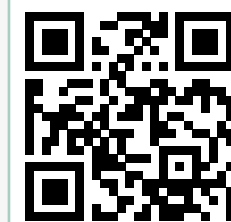
Mødet er berammet til 1-3 timer, men kan udvides. Tidspunkt fastsættes af deltagerne.

Sted

Fastsættes af deltagerne.

Tilmelding

Hvis fyraftensmøde ønskes, kontaktes Medicinfunktionen på medicinfunktionen@regionh.dk.



SÆT FOKUS PÅ ORGANISERING – ET TILBUD TIL DGE-GRUPPER

Tid

DGE-gruppen bestemmer i samarbejde med en organisationskonsulent tidspunkt for mødet.

Sted

Mødet afholdes, hvor DGE-gruppen har aftalt det.

Tilmelding

DGE-gruppen skal være registreret i DGE-sekretariatet i KAP-H.
Skriv til STB-KAP-H@regionh.dk for tilmelding. Husk at angive kontaktoplysninger og gerne mulige datoer.

Yderligere information

Læs mere om indsatsen organisering på Sundhed.dk under www.kap-h.dk/om-kap-h/fokusomraader/organisering.



Organisationskonsulenterne i KAP-H stiller deres viden inden for temaet organisering til rådighed for DGE-grupperne. Det er muligt at få besøg af en organisationskonsulent i en DGE-gruppe, hvor fokus for undervisningen fx kan være ideer, inspiration og værktøjer til at få bedre styr på hjertepatienter og den ældre medicinske patient fagligt såvel som organisatorisk.

Med udgangspunkt i den ældre patient og hjertepatienter kan emnerne være:

Organisering af arbejdsgange

- Lær at bruge muligheden for årskontrol – 0120 og 0121. Hvordan kan du finde dine ældre skrøbelige patienter og dine hjertepatienter
- Hvordan organiserer du opsøgende hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg i henhold til §2-aftalen?
- Demenskontrol – kender du §2-aftalen?
- Tips og tricks til organisering af arbejdet i din klinik
- Trives din klinik? Find udviklingsmuligheder og få hjælp til at komme videre

IT-hjælpeværktøjer

- Brug datafangstrapporter som et planlægningsværktøj i din klinik og som kvalitetsløft af den medicinske behandling af din patient
- Lær om "pop up" skemaer i datafangst for skrøbelige ældre, hjeriteinsufficiens,

AK- og CVD-behandling og hvad du kan bruge dem til

- Få kendskab til nyttige hjemmesider fx Soft-portalen, Sundhed.dk, praksisinformation, basislisten, interaktionsdatabasen, DAK-E og andre
- Lær at finde E-learningprogrammer

Fagligt

Bliv opdateret på behandling af hjertepatienter og få kendskab til medicinafstemning /gennemgang og behandling af ældre.

Andet

Få kendskab til KAP-H – de øvrige konsulenter og deres tilbud. Hvem er de, hvad kan de og hvor finder du dem?

Målgruppe

Praktiserende læger.

Læringsmål

DGE-gruppen undervises i indsatsen organisering, hvor fokus i øjeblikket er på Den ældre medicinske patient og Forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme.

Praktisk

Tilbuddet er gratis.

Det er muligt at oprette en DGE-gruppe med særligt henblik på at arbejde med organisering i praksis.



AKTIVITETSOVERSIGT 2014

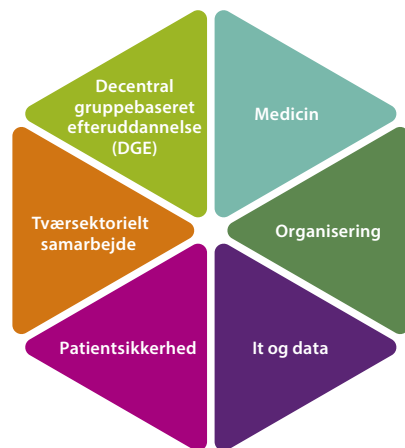
TILBUD TIL ALMEN PRAKSIS

Decentral
gruppebaseret
efteruddannelse
(DGE)

Tværasektorielt
samarbejde

Patientsikkerhed

AKTIVITETSOVERSIGT 2014

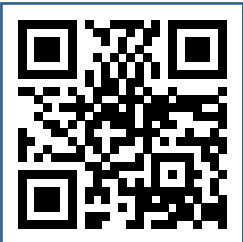


		2014							2015					
		Juni	Juli	August	September	Oktober	November	December	Januar	Februar	Marts	April	Maj	
GRUPPELEDERTRÆF	Gruppeledertræf				24-26									side 12
GRUPPELEDERTRÆF	Mini-gruppeledertræf												5	side 13
KURSUS	Møde for nynedsatte læger i Region Hovedstaden									●				side 16
KURSUS	Årskursus i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP)										26-27	23		side 30
KURSUS	Ledelse og udvikling i praksis for øvede					2-3								side 31
KURSUS	Introduktion til ledelse og udvikling i praksis					8					4			side 32
KURSUS	Sololæge – og leder?							3	27					side 33
WORKSHOP	Tidlig opsporing af kræftpatienter	16												side 40
GÅ-HJEM-MØDER	Samarbejde mellem hospital og almen praksis				8+18	6	17							side 42
GÅ-HJEM-MØDER	Samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis				●		●		●		●			side 43
TEMAMØDE	Temamøde om Fælles Medicinkort (FMK)	19												side 34
STORE PRAKSISDAG	Store Praksisdag 2015								29					side 44

GRUPPEMØDE Tilbud til din DGE-gruppe, supervisionsgruppe og PLO-kommune.	Efteruddannelsesgruppe	side 10
	Supervisionsgruppe	side 11
	Fokus på kræft – 4 kursustilbud til alle DGE-grupper	side 15
	Fokus på rationel medicinordination – tilbud til PLO-kommuner og DGE-grupper	side 18
	Få en saltvandsindsprøjtning til arbejdet med implementering af medicingennemgang	side 23
	Sæt fokus på organisering – et tilbud til DGE-grupper	side 24
	Sæt fokus på organisering – et tilbud til PLO-kommuner	side 28
	Patientsikkerhed i almen praksis	side 38
PRAKSISBESØG Tilbud om besøg af konsulent i din egen praksis.	Nynedsat i praksis? – Få hjælp til rationel medicinanvendelse	side 17
	Medicingennemgang for den ældre, polymedicinerede patient	side 22
	Sæt fokus på organisering med et praksisbesøg i din klinik	side 27
	Patientsikkerhed i almen praksis	side 38
UNDERVEJS Hold øje med kursus-og mødekalenderen på Sundhed.dk	Temamøder om den komplicerede patient med behov for antikoagulation	side 19
	Roadshows om den ældre medicinske patient	side 29
	Systemspecifik undervisning i FMK	side 35
	Regionale temadage om palliation	side 39
	Social ulighed og tidlig opsporing af kræftpatienter	side 41



Mødekalenderen på Sundhed.dk



www.kap-h.dk

Medicin

Organisering

It og data

Møde i Praksisplanudvalget d. 10-06-2014



Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -29 af 52

SÆT FOKUS PÅ ORGANISERING MED ET PRAKSISBESØG I DIN KLINIK

Det er muligt at få besøg af en organisationskonsulent i din klinik, hvor fokus for undervisningen fx kan være ideer, inspiration og værktøjer til at få bedre styr på hjertepatienter og den ældre medicinske patient fagligt såvel som organisatorisk.

Med udgangspunkt i den ældre patient og hjertepatienter kan emnerne være:

Organisering af arbejdsgange

- Lær at bruge muligheden for årskontrol – 0120 og 0121. Hvordan kan du finde dine ældre skrøbelige patienter og dine hjertepatienter
- Hvordan organiserer du opfølgende hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg i henhold til §2-aftalen?
- Demenskontrol – kender du §2-aftalen?
- Tips og tricks til organisering af arbejdet i din klinik
- Trives din klinik? Find udviklingsmuligheder og få hjælp til at komme videre

IT-hjælpeværktøjer

- Brug datafangstrapporter som et planlægningsværktøj i din klinik og som kvalitetsløft af den medicinske behandling af din patient
- Lær om "pop up" skemaer i datafangst for skrøbelige ældre, hjerteinsufficiens, AK- og CVD-behandling og hvad du kan bruge dem til
- Få kendskab til nyttige hjemmesider fx

Soft-portalen, Sundhed.dk, praksisinformation, basislisten, interaktionsdatabase, DAK-E og andre

- Lær at finde E-learningprogrammer

Fagligt

Bliv opdateret på behandling af hjertepatienter og få kendskab til medicinafstemning/gennemgang og behandling af ældre.

Målgruppe

Praktiserende læger og praksispersonale.

Læringsmål

Klinikken undervises i indsatsen organisering, hvor fokus i øjeblikket er på Den ældre medicinske patient og Forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme.

Praktisk

Tilbuddet er gratis.

Undervisere

Konsulenternes geografiske område:

- **Nord:** Rudi Slatanach og Stine Fredslund
- **Midt:** Jørgen Steen Andersen og Trine Rønnov
- **Byen:** Jannie Sørensen og Tina Koch
- **Syd:** Line Løkkegaard og Lene Gerlach Jørgensen

PRAKSISBESØG

Tid

Klinikken bestemmer i samarbejde med en organisationskonsulent tidspunktet for mødet.

Sted

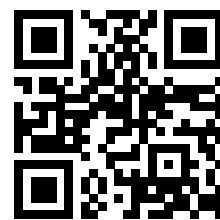
Mødet afholdes i klinikken.

Tilmelding

Skriv til STB-KAP-H@regionh.dk for tilmelding. Husk at angive kontaktoplysninger og gerne mulige datoer.

Yderligere information

Læs mere om indsatsen organisering på Sundhed.dk www.kap-h.dk/om-kap-h/fokusomraader/organisering.



SÆT FOKUS PÅ ORGANISERING – ET TILBUD TIL PLO-KOMMUNER

Tid

PLO-kommunerne bestemmer i samarbejde med en organisationskonsulent tidspunktet for mødet.

Sted

Mødet afholdes, hvor PLO-kommunen mødes.

Tilmelding

Skriv til STB-KAP-H@regionh.dk for tilmelding. Husk at angive kontaktoplysninger og gerne mulige datoer.

Yderligere information

Læs mere om indsatsen organisering på Sundhed.dk www.kap-h.dk/om-kap-h/fokusomraader/organisering.



Organisationskonsulenterne i KAP-H stiller deres viden inden for temaet organisering til rådighed for de kommunale PLO-kommuner i Region Hovedstaden. Det er muligt at få besøg af en organisationskonsulent i en PLO-kommune, hvor fokus for undervisningen fx kan være ideer, inspiration og værktøjer til at få bedre styr på hjertepatienter og den ældre medicinske patient fagligt såvel som organisatorisk.

Med udgangspunkt i den ældre patient og hjertepatienter kan emnerne være:

Organisering af arbejdsgange

- Lær at bruge muligheden for årskontrol – 0120 og 0121. Hvordan kan du finde dine ældre skrøbelige patienter og dine hjertepatienter?
- Hvordan organiserer du opsøgende hjemmebesøg og opfølgende hjemmebesøg i henhold til §2-aftalen?
- Demenskontrol – Kender du §2-aftalen?
- Tips og tricks til organisering af arbejdet i din klinik
- Trives din klinik? Find udviklingsmuligheder og få hjælp til at komme videre

IT-hjælpeværktøjer

- Brug datafangstrapporter som et planlægningsværktøj i din klinik og som kvalitetsløft af den medicinske behandling af din patient
- Lær om "pop up" skemaer i datafangst

for skrøbelige ældre, hjerteinsufficiens, AK- og CVD-behandling og hvad du kan bruge dem til

- Få kendskab til nyttige hjemmesider fx Soft-portalen, Sundhed.dk, praksisinformation, basislisten, interaktionsdatabase, DAK-E og andre
- Lær at finde E-learningprogrammer

Fagligt

Bliv opdateret på behandling af hjertepatienter og få kendskab til medicinastemning/gennemgang og behandling af ældre.

Andet

Få kendskab til Kap-H – de øvrige konsulenter og deres tilbud. Hvem er de, hvad kan de og hvor finder du dem?

Målgruppe

Praktiserende læger i PLO-kommuner.

Læringsmål

PLO-kommunerne undervises i indsatsen organisering, hvor fokus i øjeblikket er på Den ældre medicinske patient og forløbsprogrammet for hjertekarsygdomme.

Praktisk

Tilbuddet er gratis.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -31 af 52

ROADSHOWS

OM DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT

I løbet af efteråret 2014 afholdes temamøder om den ældre medicinske patient. Der bliver tale om gå-hjem-møder/roadshows i alle kommunerne samt nogle flere i Københavns Kommune. Varigheden bliver 3 timer fra kl. 14-17 – således deltagende læger kan trække på deres efteruddannelseskonto.

Underviserne bliver praktiserende læger/KAP-H-konsulenter med organisationskompetencer, personale fra kommunerne samt geriaterne.

Endeligt program følger, når møderne er på plads og mødedatoer udmeldes via PraxisNyt samt kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk, så hold løbende øje med nye tilbud.

Målgruppe

Praktiserende læger, praksispersonale og kommunalt personale.

Læringsmål

Udgangspunktet er 3 cases med gruppediskussioner og opsamling samt konkret viden inden for casene.

De 3 cases der arbejdes med:

- Demens 4282 indledningsvist
- Fald – hvad er den almen medicinske vurdering, hvilke tilbud har geriaterne, ved fraktur/ hoftebrud, hvem laver opfølgning mm. samt gennemgang af de fem evidensbaseret spørgsmål ved fald
- Den ældre nyudskrevne/opfølgende hjemmebesøg, snak om organisering, hvordan finder man ud af det, hvem tager initiativ, skal der være besøg, hvis ja, hvad er så indholdet af besøget?
- Opsøgende besøg, årlig status, hvordan ser den skrøbelig ud, udløsende faktorer i systemet fx i en epikrise, brug af pop op mm. Medicinafstemning og dosisdispensering i følge de nye principper

Praktisk

Deltagelse er gratis.

ROADSHOW

Tid

Meldes ud i forbindelse med de konkrete møder. Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Sted

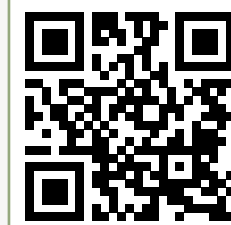
Meldes ud i forbindelse med de konkrete møder. Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Tilmelding

Praktisk omkring tilmelding fremgår når møderne udbydes. Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Yderligere information

Læs mere om indsatsen organisering på Sundhed.dk www.kap-h.dk/om-kap-h/fokusomraader/organisering.



ÅRSKURSUS I LEDELSE OG UDVIKLING I PRAKSIS (LUP)

Tid

Kursusdagene i 2015 er den 26.-27. marts, den 23. april, den 4. juni, den 27. august, den 8. oktober og den 19. november. Bemærk: Der startes med et internat og sidste kursusdag slutes af med middag. Alle kursusdagene er kl. 9-17 (undtaget internat og den 19. november).

Sted

Sophienberg Slot,
Rungsted Strandvej 219,
2960 Rungsted.

Tilmelding

Tilmeld dig senest 1. februar 2015 via
www.conferencemanager.dk/lup2015.

Yderligere information

Læs mere om kurset på Sundhed.dk.



Få redskaberne til at blive en bedre leder af din egen klinik!

I løbet af 2015 kan du sammen med kolleger arbejde med drift og udvikling af jeres klinikker. På kurset underviser læge og chefkonsulent i Cubion Ulrik Lange. Kurset fordeler sig over hele 2015. Det starter med et internat og herefter 5 enkeltdage. Mellem hver kursusdag skal du til møde i din LUP-gruppe.

LUP-grupperne dannes på første kursusdag. Vi tilråder, at kompagniskaber tilmelder sig samlet til kurset, fordi det ellers kan være svært at implementere forandringer hjemme i klinikken. Er I flere læger af sted fra samme klinik, kommer I i forskellige grupper, så I samlet får mest muligt ud af kurset. I løbet af kurset kommer du dels gennem et personligt udviklingsforløb som leder, dels skal du gennemføre et udviklingsprojekt i din egen klinik. På kursusdagene veksler formen mellem teori og praksis.

Målgruppe

Alle praktiserende læger.

Læringsmål

Større indsigt i ledelse og lettere tilgang til implementering af forandringer.

Pris

16.500 kr. for hele forløbet.

Underviser/kursusledere

Ulrik Lange, læge, chefkonsulent hos Cubion.

Trine Juhler, praktiserende læge i Virum, efteruddannelsesvejleder.

Arne Hantho, praktiserende læge i København NV, efteruddannelsesvejleder.

Program

Endnu ikke fastlagt.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -33 af 52

LEDELSE OG UDVIKLING I PRAKSIS FOR ØVEDE

- TILGÆNGELIGHED

Du kan holde din udvikling og viden ved lige på dette kursus for alle tidligere deltagere i årskurset. Vi prøver at skabe en fast tradition med første torsdag-fredag i oktober. I år bliver temaet tilgængelighed. Temaet bliver fortolket i meget bred forstand. Hvordan bliver lægen mere tilgængelig, hvordan bliver klinikken? Kan man undgå ventetid? Hvilke knapper kan man skrue på?

Vi kommer ind på:

- Delegering
- Tidsbestilling
- Åbningstider
- Intern organisering
- Kommunikation via hjemmeside, pjecer, opsøgende arbejde (datafangst)

Deltagere

Tidligere deltagere i årskursus i ledelse og udvikling i praksis.

Læringsmål

Udbygning af tidligere kursus.

Pris

6.500 kr. Kurset forventes godkendt af Efteruddannelsesfonden.

Underviser/kursusledere

Ulrik Lange, læge, chefkonsulent hos Cubion.

Arne Hantho, praktiserende læge i København NV, efteruddannelsesvejleder.

Hanne Hjortkær Petersen, praktiserende læge i København K, efteruddannelseskoordinator.

Program

Er endnu ikke fastlagt.

KURSUS

Tid

Torsdag den 2. oktober 2014 kl. 9 til
fredag den 3. oktober kl. 16.

Sted

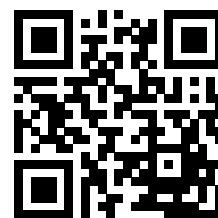
Sophienberg Slot,
Rungsted Strandvej 219,
2960 Rungsted.

Tilmelding

Du kan tilmelde dig her: www.conferencemanager.dk/aarskursusopf2014-1
Også ved opfølgingskurset er det bedst at tilmelde hele klinikken.

Yderligere information

www.kap-h.dk/tilbud-og-indsatser/ledelseskurser/opfoelgningskursuslup.



INTRODUKTION TIL LEDELSE OG UDVIKLING I PRAKSIS

Tid

Et dagskursus fra kl. 9-17. Du kan tilmelde dig enten den 8. oktober 2014 eller den 4. marts 2015.

Sted

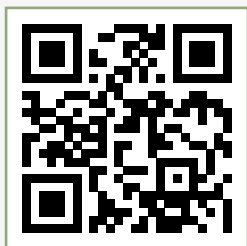
Sophienberg Slot,
Rungsted Strandvej 219,
2960 Rungsted.

Tilmelding

Senest den 15. september 2014.

Yderligere information

Se kursus- og mødekalenderen på
Sundhed.dk.



Hvis du synes, at ledelse og udviklingskurser lyder spændende, men ikke har mod på et årskursus, så er dette dagskursus måske noget for dig. Du vil blive introduceret til ledelsesbegreber, strategi og arbejde med udvikling i egen praksis.

Målgruppe

Praktiserende læger.

Læringsmål

Du vil have en plan med hjem for et mindre udviklingsprojekt i egen praksis (fx datafangstprojekt, delegering til personale, videndeling i klinikken eller andet efter eget ønske).

Praktisk

Der er egenbetaling på kurset, mere information følger. Kurset forventes godkendt af Efteruddannelsesfonden for en dag.

Underviser/kursusledere

Ulrik Lange, læge og chefkonsulent hos Cubion.

Trine Juhler, praktiserende læge i Virum, efteruddannelsesvejleder (kursus 2014).

Peter Gram Arildskov, praktiserende læge i Hundested, efteruddannelsesvejleder (kursus 2015).

Program

Endnu ikke fastlagt.



SOLOLÆGE - OG LEDER?

Er der behov for ledelse i soloklinikker?

De fleste sololæger har 1-2 personaler ansat. Mange tænker, at det ikke kræver formaliseret ledelse: "Vi snakker om det over kaffen". Men det kunne være, at klinikdriften blev både sjovere og mere effektiv med mere fokus på ledelse.

Hvordan skaber man forandring i egen klinik på en struktureret måde, fx brug af datafangstrapporter, akkreditering m.m.? Forandringsledelse er vigtigt, når nye tiltag skal implementeres. Når opgaver skal uddelegeres, er det godt at vide noget om personaleledelse.

Kom og bliv inspireret og hør, hvordan andre leder i deres klinikker.

Målgruppe

Sololæger og læger i samarbejdspraksis.

Læringsmål

Systematisk viden om ledelse og hvordan man driver udviklingsprojekter i egen klinik.

Praktisk

Der er egenbetaling på kurset, mere information følger. Kurset forventes godkendt af Efteruddannelsesfonden for en dag.

Underviser/kursusleder

Ulrik Lange, læge, chefkonsulent hos Cubion.

Arne Hantho, solopraktiserende læge i København NV i en samarbejdspraksis, efteruddannelsesvejleder.

Program

To kursusdage. Forvent en mindre opgave hjemme i klinikken mellem kursusdag 1 og 2.

Tid

Onsdag den 3. december 2014, kl. 9-17.
Tirsdag den 27. januar 2015, kl. 9-17.

Sted

Sophienberg Slot,
Rungsted Strandvej 219,
2960 Rungsted.

Tilmelding

Senest 1. september 2014.

Yderligere information

Se kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.



TEMAMØDE OM
FÆLLES MEDICINKORT (FMK)**Tid**

Torsdag den 19. juni 2014 kl. 14-17.

Sted

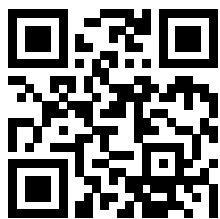
Følger – hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk

Tilmelding

Du kan tilmelde dig her: www.conferencemanager.dk/fmkstormoede3

Yderligere information

Foruden dette temamøde kan du tilmelde dig systemspecifikke FMK-kurser. Se hvornår der afholdes kursus for dit lægesystem i kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

**Om aktiviteten**

Det Fælles Medicinkort (FMK) skal sikre, at alle relevante sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer til en hver tid kan få et korrekt og opdateret overblik over borgerens aktuelle medicinstatus, så fejlmedicinering undgås. For at dette skal lykkes, er det vigtigt, at alle aktører anvender FMK korrekt.

Dette temamøde sætter fokus på, hvordan du som praktiserende læge anvender FMK korrekt. Vi ser desuden nærmere på aktuelle opmærksomhedspunkter for brugen af FMK i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og regionens hospitaler.

Målgruppe

Temamødet er henvendt til læger i almen praksis samt praksispersonale.

Læringsmål

Efter deltagelse i temamødet ved du:

- Hvordan du anvender det fælles medicinkort korrekt
- Hvornår du skal afstemme patientens fælles medicinkort
- Hvad forskellen er på afstemning af FMK og medicingennemgang
- Hvordan det fælles medicinkort anvendes på hospitalerne
- Hvem der kan hjælpe dig med hvilke spørgsmål vedrørende FMK

Praktisk

Deltagelse er gratis.

Undervisere

Helle Balle, projektleder for FMK i National Sundheds-it (NSI), Statens Serum Institut
Jens Parker, tværgående it-konsulent i KAP-H.

Program

Endnu ikke fastlagt.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -37 af 52

SYSTEMSPECIFIK UNDERVISNING I FMK

Datakonsulenterne arrangerer i 2014 en række systemspecifikke kurser i FMK.

Har du brug for undervisning eller nogle tips og tricks i FMK, så kom og deltag i undervisningen og bliv inspireret. Du vil blive undervist i FMK i dit lægesystem samt blive klædt på med gode råd og værktøjer til medicingennemgang.

Der bliver stillet computere til rådighed, hvor du selv kan få lov at arbejde i systemet. Få styr på knapper og begreber i FMK, lær hvordan du bedst muligt gennemgår din patients medicin og afstemmer det på FMK.

Kurserne bliver planlagt løbende i samarbejde med systemleverandørerne, så følg med på Sundhed.dk.

Målgruppe

Praktiserende læger og medfølgende praksispersonale.

Læringsmål

- FMK tips og tricks i dit lægesystem
- Værktøjer og inspiration til medicingennemgang
- Fingrene på tasterne, sid sammen 2 og 2 og arbejd med FMK i testmiljø

Undervisere

Systemleverandører samt praktiserende læger.

KURSUS

Tid

Se i kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk, hvornår der er undervisning i dit system.

Sted

Se i kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk, hvor der er undervisning i dit system.

Tilmelding

Se kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Yderligere information

Kontakt datakonsulenterne på datakonsulenterne@regionh.dk.



HAR DU EN TEKNISK UDFORDRING?

– DATAKONSULENTERNE I REGION HOVEDSTADEN

Datakonsulentfunktionen i Region Hovedstaden har som formål at styrke anvendelsen af it til kvalitetsudvikling hos regionens ydere.

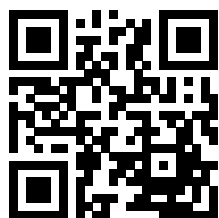
Som yder er du velkommen til at kontakte datakonsulenterne via telefon eller e-mail. Besøg i klinikken kan også aftales.

Datakonsulenterne rådgiver og vejleder fx i forhold til:

- Implementering af it i forhold til de overenskomstmæssige aftaler
- Datafangst
- Digital signatur
- Brug af elektronisk kommunikation (EDIFACT m.m.)
- Anvendelse af Sundhed.dk

Fælles e-mail: datakonsulenterne@regionh.dk.

Se mere på Sundhed.dk.





PATIENTSIKKERHED I ALMEN PRAKSIS

Tid

Aftales ved henvendelse til underviserne – I skal afsætte ca. 2 timer til besøget.

Sted

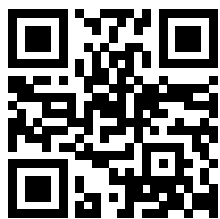
Besøget foregår i jeres egen klinik eller aftalt mødested for gruppen.

Tilmelding

Husk ved tilmelding at angive kontaktoplysninger og mulige datoer.

Yderligere information

I den sidste måned inden praksisbesøget er det en god idé at notere samtlige erfarede UTH'er uanset hændelsessted. På mødet kan vi benytte disse hændelser som udgangspunkt for det praktiske arbejde med patientsikkerhed i jeres klinik.



Vidste du, at Sundhedslovens kapitel 61 om patientsikkerhed i 2009 blev udvidet, så lov om patientsikkerhed siden september 2010 også omfatter den primære sundhedssektor? Derfor er det nu lovpligtigt for sundhedspersonalet i primærsektoren, at rapportere utilsigtede hændelser (UTH).

Rapportering af UTH er kun et enkelt element i patientsikkerhedsarbejdet.

Som tværgående patientsikkerhedskonsulenter i KAP-H vil vi gøre patientsikkerhedsarbejdet, herunder indrapportering af UTH, operationelt. Vores mål er, at den enkelte klinik oplever en gevinst ved at arbejde med patientsikkerhed.

Du kan få besøg af en patientsikkerhedskonsulent i din egen klinik, i jeres DGE-gruppe eller PLO-kommune.

Ved besøget gennemgår vi:

- Hændelser indrapporteret af og om klinikken eller klinikkerne (hvis der er indrapporteret hændelser)
- Gennemgang af praktisk indrapportering
- Praktisk patientsikkerhed i jeres klinik(ker)

Målgruppe

Patientsikkerhed udvikles som en kultur i hele klinikken, derfor er besøget rettet mod læger og personale. Det vil være en fordel, hvis et flertal af klinikkens medarbejdere deltager.

Tilbuddet gælder også DGE-grupper og PLO-kommuner.

Læringsmål

Efter besøget vil I kunne påbegynde udvikling / forbedring af patientsikkerhedskulturen og have redskaber til at opnå gevinst ved arbejdet med patientsikkerhed.

Praktisk

Tilbuddet er gratis.

Undervisere

Tværgående patientsikkerhedskonsulenter i KAP-H:

Ynse de Boer, praktiserende læge,
ynse.boer@dadlnet.dk, tlf. 4010 7843

Torben Hellebek, praktiserende læge,
the@dadlnet.dk, tlf. 2049 9280.

**Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog
Bilag 1 - Side -41 af 52**

REGIONALE TEMADAGE OM PALLIATION

Om aktiviteten

Regionale temadage om palliation. Dagene vil bestå af fællessessioner og sessioner målrettet forskellige behandlere, enten sammen eller hver for sig.

Målgruppe

Alle behandlere, der er involveret i palliative forløb inviteres. Sessionerne henvender sig til såvel praktiserende læger som praksispersonale.

Læringsmål

Målet med temadagene er at give relevante behandlere kendskab til det palliative forløb og at drøfte/præcisere de enkelte behandleres rolle heri.

Praktisk

Deltagelse er gratis. Kurset forventes at blive godkendt af efteruddannelsesfonden.

Program

Endnu ikke fastlagt.



TEMAMØDE

Tid

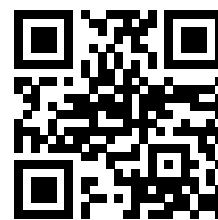
Under planlægning. Hold øje med kursus- og mødekalenderen på sundhed.dk.

Sted

Endnu ikke fastsat. Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Tilmelding

Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk, hvor der vil blive oprettet et link til tilmeldingssiden.



TIDLIG OPSPORING AF KRÆFTPATIENTER

Tid

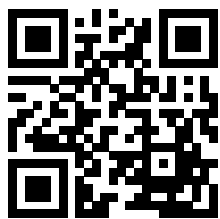
Mandag den 16. juni kl. 16-19.

Sted

Charlottehaven,
Hjørringgade 12C,
2100 København Ø.

Tilmelding

Tilmeld dig på www.conferencemanager.dk/WorkshopTidligOpsporing16juni2014.



Kræft er den hyppigste dødsårsag. Hver 3. af os får kræft, og hver 4. skal dø af kræft. Og tallene forventes at stige ...

Synes du, at kræftdiagnostik kan være en udfordring, og føler du dig godt klædt på?

Deltag i efteruddannelse om tidlig diagnostik af kræftpatienter og få redskaber til at blive endnu bedre til at opspore kræft hos dine patienter.

Workshoppen indeholder:

- Redskaber til hjælp for tidlig opsporing af kræftpatienter
- Casebaseret dialog om tidlig diagnostik af kræftpatienter
- Nyeste faglige viden om udredning af kræftpatienter (nationalt)
- Nyeste lokale viden om henvisninger og epikriser
- Udfordringerne (og dilemmaerne) ved at opspore kræft tidligt

Målgruppe

Praktiserende læger og uddannelseslæger i almen praksis.

Læringsmål

Få redskaber til at blive endnu bedre til at opspore kræft hos dine patienter.

Praktisk

Deltagelse er gratis. Der er et begrænset antal pladser pr. hold, og de tildeles efter først til mølle princippet.

Undervisere

Peter Vedsted, Professor, ph.d. – Bjørn Per-rild, Praktiserende læge og hospitalspraksiskonsulent – Claus Larsen Feltoft, leder af diagnostisk enhed på Herlev Hospital. Moderator: Ulrik Lange, cand.med og chefkonsulent og partner i CUBION A/S.

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -43 af 52

WORKSHOP

SOCIAL ULIGHED OG TIDLIG OPSPORING AF KRÆFTPATIENTER

Tidlig opsporing i forbindelse med kræft er en udfordring i sig selv. Og den bliver ikke nemmere, når den tidlige opsporing sættes i forbindelse med særligt sårbare patientgrupper.

KAP-H afholder derfor workshop med afsæt i, hvad den nyeste forskning siger om emnet: Hvordan rammer kræft forskellige befolkningsgrupper, og hvem er de sårbare grupper? Der vil herudover være fokus på almen praksis' udfordringer, etiske problemstillinger, handlemuligheder og organisering.

Workshoppen gennemføres som en blanding af oplæg, gruppedrøftelser, cases og refleksioner.

Målgruppe

Praktiserende læger og praksispersonale.

Læringsmål

- Du får mere viden om hvordan kræft rammer forskellige befolkningsgrupper
- Du får mere viden om relevante samarbejdspartnere
- Du får input til handlemuligheder
- Du får input til organisering

Undervisere

Ulrik Lange faciliterer. Der er ikke pt. truffet aftale med øvrige undervisere.

Program

Programmet er foreløbigt

1. Status på tidlig opsporing af kræft – hvordan går det?
2. Kræft og ulighed – hvad siger tallene, og hvem er de sårbare grupper?
3. Sårbare gruppers kontakt med sundhedsvæsenet.
4. Strategi for tidlig opsporing af kræft hos sårbare grupper.

Tid

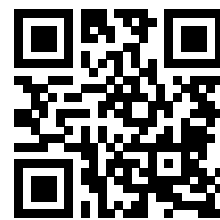
Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.
Tidsrummet bliver fra kl. 16-19.

Sted

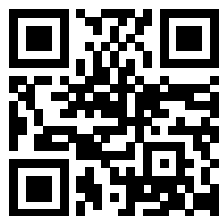
Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Tilmelding

Hold øje med kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.



SAMARBEJDE MELLEM HOSPITAL OG ALMEN PRAKSIS



Gå-hjem-møder for praksissektoren bliver afholdt på hospitalerne og er arrangeret af hospitalsdirektionerne i samarbejde med konsulenterne i KAP-H.

På gå-hjem-møderne tages typisk et tema eller flere emner op, som er relevante for almen praksis og samarbejdet med hospitalet. Ofte er de af aktuel karakter. Programmet for de enkelte møder annonceres i PraksisNyt og i kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.

Formålet med gå-hjem-møderne er at forbedre det patientrelaterede samarbejde mellem hospitalet og egen læge. Møderne henvender sig til praktiserende læger og uddannelseslæger i de respektive planområder.

Møderne foregår som oftest i tidsrummet kl. 16.30-18.30, og det er gratis at deltage.

Møder i 2014-2015

- Gå (ikke) hjem-møde på Hvidovre Hospital – den 8. september 2014.
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gaa-ikke-hjem-moede-hvidovre/
- Bispebjerg-Frederiksbergdagen – den 18. september 2014.
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/bispebjerg-frederiksbergdagen/
- Gentoftedag – den 6. oktober 2014.
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gentoftedag-2014/
- Gå-hjem-møde på Glostrup Hospital – den 17. november 2014.
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gaahjemmoede-glostrup/

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -45 af 52

GÅ-HJEM-MØDER

SAMARBEJDE MELLEM PSYKIATRIEN OG ALMEN PRAKSIS

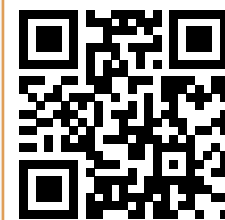
Gå-hjem-møder for praksissektoren bliver afholdt på de psykiatriske centre og er arrangeret af Region Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med konsulenterne i KAP-H.

Formålet med gå-hjem-møderne er at forbedre det patientrelaterede samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og egen læge. Programmet for de enkelte møder annonceres i PraksisNyt og i møde- og kursuskalenderen på Sundhed.dk.

Møderne foregår som oftest i tidsrummet kl. 16.30-18.30, og det er gratis at deltage.

Møder i 2014-2015

- Psykiatrisk Center Ballerup – september 2014. Emne: Spiseforstyrrelser.
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gaa-hjem-moede-spiseforstyrrelse/
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center – november 2014.
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gaa-hjem-moede-selvskade/
- Psykiatrisk Center Nordsjælland – januar 2015. Emne: Akut psykiatri – hvilke tilbud er der i Nordsjælland? Hvordan kan PC Nordsjælland yde god faglig rådgivning til de praktiserende læger i området?
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gaa-hjem-moede-akut-psyk/>
- Psykiatrisk Center Glostrup – marts 2015. Emne: Psykiatriloven med fokus på tvangsindlæggelser og koordinationsplaner
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/kursus-og-moedekalender/kalender/gaa-hjem-moede-psykiatriloven/



STORE PRAKSISDAG 2015

Tid

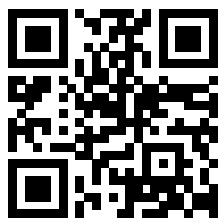
Torsdag den 29. januar 2015.

Sted

Hotel Scandic Copenhagen
Vester Søgade 6
1601 København V.

Tilmelding

Tilmeldingen åbner den 1. december 2014.



Om Store Praksisdag 2015

Store Praksisdag 2015 for Region Hovedstaden samler praktiserende læger, praksispersonale og yngre læger på vej mod almen medicin. Dagen skal bidrage til at sikre et fortsat højt fagligt niveau samt øge netværksdannelsen mellem almen praksis og de lokale/regionale aktører. Samtidig bidrager Store Praksisdag til et godt kollegialt miljø og understøtter rekruttering til almen praksis i Region Hovedstaden.

Målgruppe

Praktiserende læger, praksispersonale og yngre læger på vej mod almen praksis.

Læringsmål

Ved at deltage i denne uddannelsesdag vil du have mulighed for at få den nyeste viden inden for forskellige faglige emner. Der vil være en markedsplads, hvor du kan møde mange af de samarbejdspartnere, vi har i det daglige. Målet er at inspirere hinanden og sammen udvikle og styrke samarbejdsrelationerne.

Praktisk

Pris: Læger 1.200 kr., praksispersonale 1.200 kr. og yngre læger 600 kr.

Kurset forventes godkendt af Efteruddannelsesfonden.

Undervisere

Det vil fremgå af det endelige program, som foreligger den 10. oktober 2014.

Program

Det endelige program vil blive annonceret i PraksisNyt og på kursus- og mødekalenderen på Sundhed.dk.



ØVRIGE KVALITETSTILBUD TIL ALMEN PRAKSIS



PLO EFTERUDDANNELSE

PLO Efteruddannelse udbyder en lang række forskellige kurser til både de praktiserende læger og til praksispersonale, udover den årlige kongres; Lægedage. Vi udsender både kataloger for Lægedage og de løbende kurser til alle praktiserende læger samt til medlemmer af FYAM. Derudover kan du altid finde alle vores kurser på www.plo-e.dk. Vi hjælper dig også med refusion til Efteruddannelsesfonden og ansøgninger om godkendelse af aktiviteter. Send os blot en mail på kurser.plo@dadl.dk. Du er altid velkommen til at kontakte os, hvis du er i tvivl eller har spørgsmål om din efteruddannelse.

Hvis du synes, der mangler kurser, er du meget velkommen til at sende dine forslag til os. Vi er altid glade for at få gode ideer. Hvis du kunne tænke dig at være kursusleder eller underviser, er du også meget velkommen til at kontakte os. Send blot en mail til jah.plo@dadl.dk.

RIV

www.riv-regh.dk er hjemmesiden for Region Hovedstadens ansatte i almen og speciallæge praksis. Der er registreret 28 RIV-grupper i Region Hovedstaden. Grupperne er selvkørende mht. undervisningsemner og mødehyppighed. Gruppelederne for de enkelte grupper sender evalueringer til RIV-bestyrelsen, som samler trådene. Bestyrelsen består af repræsentanter for praksispersonalet og to medlemmer af PLO-Hovedstaden.

Den faglige kvalitet og kravene til underviserne er stigende. Undervisningen omhandler praksisrelevante emner. Hver underviser modtager 2.000 kr.

Hjemmesiden tilbyder en emne- og underviserbank. De tilknyttede praksisbetaler 625 kr. i kontingent til RIV for 2014.

Årligt afholdes generalforsamling for alt praksispersonale i festlige rammer med kvalificerede faglige undervisere samt et inspirerende gruppeledermøde.

Henvendelse kan ske via hjemmesiden, enten til bestyrelsen eller til gruppeleder via fanebladet "find gruppe".

Punkt nr. 7 - Orientering om KAP-H aktivitetskatalog Bilag 1 - Side -49 af 52

VIDEREUDDANNELSEN

Kurser for tutorlægerne arrangeres af regionens AMU (Almen Medicinsk Uddannelse) og PRLK gruppe (Uddannelseskoordinatorer), der også fungerer som kursusledere.

Som tutorlæge er du forpligtet til via Tutorlægeaftalen at deltage i et grundkursus som helt ny tutorlæge. Derudover skal alle tutorlæger deltage i et halvdags opdateringskursus hvert 3. år. Disse kurser annonceres på www.laeguuddannelsen.dk.

www.laeguuddannelsen.dana6.dk/for-tutorlaeger/tutorlaeger-i-region-hovedstaden/kurser-for-tutorlaeger.html.

KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSES-UDVALGET (KEU)

KEU er et underudvalg til Samarbejdsudvalget (SU) og bevilliger midler til kvalitetsudviklings- og efteruddannelsesarbejdet i almen praksis. Som alment praktiserende læge kan du søge om tilskud til kongresdeltagelse, ligesom du kan søge om projektmidler, hvis du sammen med andre har fået en god idé til et udviklingsprojekt. Det er også muligt at få midler til at forberede en projektbeskrivelse. På Praksisinformation på Sundhed.dk under Uddannelse finder du oplysninger om ansøgningsfrister, ansøgningsskemaer og vejledning. Ansøgningsfrister meddeles i PraksisNyt, og der er i reglen tre-fire møder i KEU om året.

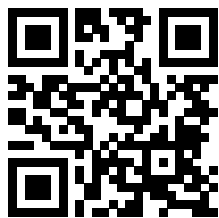
Kvalitetsudviklingsprojekter vil ofte skulle rekruttere praksis, som er interesserede i at deltage. Det kan være auditregistrering, interviews og andre former for medvirken. Annoncering af disse tilbud sker også via PraksisNyt. Kontakt KAP-H-sekretariatet for nærmere information: stb-kap-h@regionh.dk.

www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/uddannelse/kvalitets-og-efteruddannelsesudvalget/

PRAKSISNYT OG PRAKSISINFORMATION

Yderligere information

[www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/
praksisinformation/almen-praksis/
hovedstaden/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/)



PraksisNyt

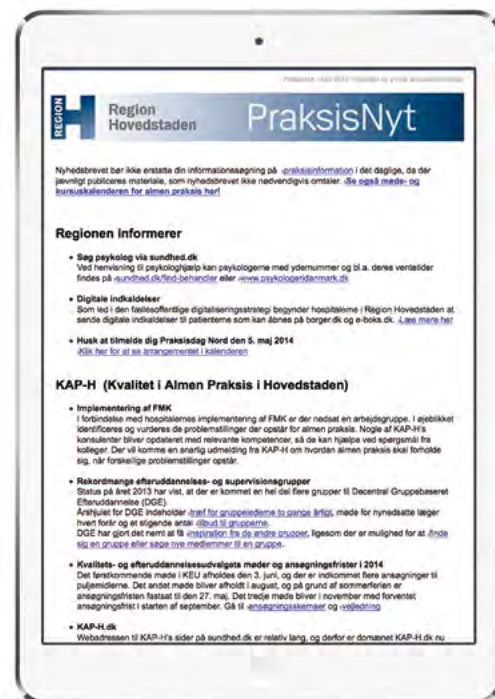
Faglige opdateringer om forløbsbeskrivelser, nyheder mm. bringes i PraksisNyt. Arrangementer og tilbud til almen praksis om fx efteruddannelse og kvalitetsudvikling annonceres også her.

Du kan tilmelde dig PraksisNyt her:
www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/nyheder/praksisnyt-nyhedsbrev/

Praksisinformation

Praksisinformation er information til sundhedsfaglige i praksissektoren fra regionen. Her kan du finde oplysninger om forløbsbeskrivelser, afregning og administration af klinikken.

Den fælles kursus- og mødekalendar for almen praksis findes også her.







Kvalitet i Almen Praksis
i Hovedstaden

