

UDVALGET VEDR. TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE

MØDETIDSPUNKT

15-03-2016 16:15

MØDESTED

Mødelokale H7/H8 på regionsgården

MEDLEMMER

Hanne Andersen

Bodil Kornbek

Per Seerup Knudsen

Pia Illum

Morten Dreyer

Karsten Skawbo-Jensen

Per Roswall

Erik Sejersten

Torben Kjær

Afbud

INDHOLDSLISTE

- 1. Udvikling af det palliative område i Region Hovedstaden**
- 2. Den regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse**
- 3. Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019**
- 4. Status på initiativer om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger i regionen**
- 7. Eventuelt**

1. UDVIKLING AF DET PALLIATIVE OMRÅDE I REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Afledt af den seneste revision af Hospitalsplan 2020 drøftede regionens kræftudvalg, sundhedsudvalg og udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde i efteråret 2015 centrale emner og udfordringer på det palliative område med det formål at skabe fælles politiske sigtelinjer for, hvordan det palliative område bør udvikles og styrkes fremadrettet. Den 24. november 2015 anbefalede de tre udvalg fire konkrete pejlemærker som retningsgivende for regionens videre arbejde med udviklingen af det palliative område. Både sundhedsudvalget og udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde forelægges den 15. marts 2016 forslag til konkrete indsatser, som kan understøtte de beskrevne pejlemærker og udviklingen af det palliative område.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

1. **at** godkende, at administrationen arbejder videre med følgende indsatser, som kan igangsættes umiddelbart uden tilførsel af ressourcer:
 - a. en tidlig palliativ indsats med en øget opmærksomhed i sundhedsaftalen
 - b. borgerrettet kommunikation om den palliative indsats
 - c. udviklingsprojekter på det non-maligne område
 - d. forskning og videngenerering om palliative behov hos patienter med non-maligne diagnoser
 - e. visitationen af patienter til specialiseret palliativ indsats
2. **at** godkende, at administrationen arbejder videre med følgende mere langsigtede indsatser:
 - a. palliation i de formelle uddannelsesstrukturer
 - b. palliation som del af de lægefaglige kompetencer

Administrationen indstiller endvidere til udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde

3. **at** følgende indsatser indgår i budgetprocessen for budget 2017, udvalget vil i givet fald få forelagt budgetnotater til udvalgets drøftelser på møderne i april og maj:
 - a. specialiseret rådgivningsfunktion
 - b. palliationssamtale ved almen praktiserende læge
 - c. efteruddannelse og kompetenceudvikling

POLITISK BEHANDLING

Udvalget tiltrådte indstillingens punkt 1 og 2. Udvalget godkendte indstillingspunkt 3, med følgende bemærkninger:

- 1 vedr. 3.a ønsker udvalget at se det budgetnotat som Sundhedsudvalget har bestilt om specialiseret rådgivningsfunktion.
- 1 vedr. 3.b ønskes en vurdering af ressourcetrækket og i den forbindelse, hvor mange palliationssamtaler den enkelte læge skal afholde, om opgaven betyder, at lægerne ikke kan løse andre opgaver, og om der er volumen nok til at sikre kvaliteten.
- 1 vedr. 3.c skal der udover budgetnotatet laves en vurdering af ressourceforbruget for personalet ved efteruddannelse og kompetenceudvikling
- 1 Udvalget ønsker en opfølgning på indsatserne

Bodil Kornbek (A) deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med Kræftplan III (2010) blev det nationalt besluttet at styrke den palliative indsats på kræftområdet, samt at styrkelsen af området desuden skal omfatte den palliative indsats for alle patienter med en livstruende sygdom. Der er i stigende grad kommet fokus på, at den palliative indsats kan gøre en

stor forskel for patienter med alle former for livstruende sygdom.

Den palliative indsats har til formål at forbedre livskvaliteten hos patienter og pårørende med en livstruende sygdom ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig identifikation og behandling af smerter og problemer af fysisk, psykisk, social og åndelig karakter. Da den palliative indsats rummer mange aspekter, er der ofte behov for tværfagligt samarbejde. Mange patienter vil være i kontakt med både læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer, socialrådgiver, præster m.m. i forbindelse med den palliative indsats.

Den palliative indsats inddeles overordnet i *basal og specialiseret palliation*. Basal palliation leveres af den del af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som hovedopgave - herunder almen praksis, kommuner og hospitalsafdelinger. Specialiseret palliation leveres derimod af de dele af sundhedsvæsenet, som har palliation som hovedopgave, såsom palliative teams, palliative enheder på hospitalerne samt hospice. Til sagen er vedlagt et uddybende bilag om organiseringen af den palliative indsats i Region Hovedstaden.

Den palliative indsats kan være relevant tidligt i sygdomsforløbet parallelt med behandling af patientens grundsygdom og ikke alene i livets afsluttende fase, som ellers tidligere har været fokus for den palliative indsats. De palliative behov, som identificeres i den tidlige fase, vil oftest kunne håndteres på det basale niveau. I de senere faser af patientens sygdomsforløb vil der oftere være behov for inddragelse af det specialiserede niveau.

Regionen har også smerteklinikker, som behandler patienter med kroniske smertetilstande. Kræftpatienter kan behandles ved smerteklinikkerne for f.eks. smerter efter strålebehandling og kemoterapi, hvilket oftest vil være i den tidlige fase. Langt størstedelen af patienterne, som behandles i smerteklinikkerne er dog patienter med anden sygdom end kræft, som har kroniske smerter, der har varet mere end 6 måneder. Den største gruppe af patienter ved smerteklinikkerne er patienter med rygsmerter grundet diskusprolaps eller følger hertil. Patienter som behandles ved smerteklinikkerne er ikke nødvendigvis livstruende syge, mens målet for den palliative indsats er, at den skal tilbydes alle patienter med en livstruende sygdom.

Drøftelserne om palliation i de tre politiske udvalg i efteråret 2015 er i tråd med det nationale fokus på området, idet et af de centrale punkter bl.a. har været, hvordan det palliative område skal udvikle sig for, at imødekomme en udvidet målgruppe. På baggrund af udvalgenes drøftelser i efteråret 2015, er følgende pejlemærker beskrevet som retningsgivende for Region Hovedstadens arbejde med udvikling af den palliative indsats:

- 1 Der skal være lighed i tilbuddet om palliativ indsats
- 1 Der skal sikres en tidlig indsats ved behov
- 1 Den palliative indsats skal være effektiv
- 1 Flere, der ønsker det, skal kunne dø i eget hjem

Administrationen har, sammen med fagpersoner fra Sundhedsfagligt Råd for Palliativ Behandling, udarbejdet forslag til forskellige tværgående indsatser, som kan understøtte udviklingen af det palliative område indenfor de fire overordnede pejlemærker. Implementeringen af nogle indsatser vil kunne igangsættes umiddelbart uden tilførsel af ressourcer, mens implementeringen af andre initiativer vil kunne finde sted i takt med, at de økonomiske- og personalemæssige ressourcer er til stede.

Det foreslås, at sundhedsudvalget og udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler, at administrationen arbejder videre med de nedenfor nævnte indsatser. Desuden foreslås det, at sundhedsudvalget og udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde godkender, at de konkrete initiativer, som kræver tilførsel af ressourcer, indgår i udvalgenes budgetdrøftelser for budget 2017.

Indsatser som kan igangsættes umiddelbart uden tilførsel af ressourcer

De indsatser, som præsenteres nedenfor kan alle igangsættes umiddelbart uden tilførsel af

ressourcer, og det foreslås derfor, at administrationen arbejder videre med de beskrevne indsatser nedenfor.

Tidlig palliativ indsats - øget opmærksomhed i sundhedsaftalen

Allerede når en patient diagnosticeres med en livstruende sygdom er det vigtigt, at der er opmærksomhed på patientens behov for en palliativ indsats. I den tidlige palliative indsats er det vigtigt, at patienten er lindret bedst muligt for at kunne leve et så normalt liv som muligt. I denne palliative fase, vil rehabilitering derfor ofte fylde en stor del med fokus på, at patientens funktionsevne og deltagelse i hverdagslivet forbedres og vedligeholdes. Hovedparten af rehabiliteringsopgaverne ligger i kommunerne. Det er derfor afgørende, at kommunerne er en del af udviklingen af det palliative område. I 'Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' er fordelingen af opgaver mellem hhv. regionen, kommunerne og almen praksis beskrevet. Det foreslås, at der i 'arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom' under sundhedsaftalen fremadrettet skal være en øget opmærksomhed på det palliative område for at få udviklet og udbredt gode samarbejdsformer på det palliative område.

Borgerrettet kommunikation

Der er mange begreber i spil i det palliative fagområde, som har ændret sig over tid, og ikke altid defineres klart. Palliation forbindes derfor også fortsat af mange med smertelindring til døende kræftpatienter. Det foreslås, at der prioriteres initiativer, som kan bidrage til en mere klar og entydig kommunikation og omtale af den palliative indsats. Kommunikationsindsatsen bør være borgerrettet, så langt flere i befolkningen bliver opmærksomme på, hvordan en palliativ indsats kan være med til at lindre i et sygdomsforløb med en livstruende sygdom. Der arbejdes aktuelt på en hjemmeside om palliation i Region Hovedstaden, hvor der dels vil være "en side" rettet til fagfolk fra det basale niveau og dels "en side" rettet mod borgere.

Udviklingsprojekter på det non-maligne område

Det foreslås, at der med det specialiserede palliative niveau prioriteres udviklingsprojekter, som kan være med til at udbrede et specialiseret palliativt tilbud til andre patienter end kræftpatienter (non-maligne patienter). Dette kan f.eks. være hjerte-, nyre-, lunge- eller neurologiske patienter med en livstruende diagnose. Der er flere aspekter, som f.eks. fælles stuegang og konferencer samt øget tilsyn fra specialisterne, som med fordel kan indgå i disse udviklingsprojekter. Generelt opleves idag en gensidig videndeling og undervisning af personale på det basale niveau, når specialisterne går tilsyn på hospitalets stamafdelinger. Tilsynsdelen og en øget opmærksomhed på specialisternes tilgængelighed for det basale niveau, kan derfor tænkes ind i et eller flere udviklingsprojekter på det non-maligne område.

I forhold til tilsynsdelen og et ønske om, at det skal være let tilgængeligt at få sparring med en specialist, kan aktivitetsopgørelse i sundhedsvæsenet være en udfordring. Det foreslås derfor, at det undersøges nærmere, hvordan en øget tilsynsdel og konsultativ funktion fra specialisterne kan understøttes.

Forskning

Mere forskningsarbejde om den palliative indsats er vigtig for særligt at få viden om palliative behov hos patienter med anden livstruende sygdom end kræft. Der bør prioriteres en øget forskningsaktivitet, som har fokus på at generere viden om palliative forløb hos patienter med non-maligne diagnoser. Det vil være relevant at foretage en kortlægning af udfordringer i forskellige patientforløb med henblik på projekter til at skaffe øget evidens på dette område.

Visitation af patienter til specialiseret palliativ indsats

Henvisning til specialiseret palliativ indsats i Region Hovedstaden kan optimeres ud fra den fælles visitationsbeskrivelse, som Sundhedsfagligt Råd for palliativ behandling har udarbejdet med henblik på at sikre en mere optimal anvendelse af de samlede specialiserede palliative ressourcer i regionen. Da den specialiserede palliative indsats kan tilbydes på en palliativ enhed (hospital), et hospice eller ved et udgående team (fra palliativ enhed eller hospice) er der brug for et tæt samarbejde mellem regionens hospitaler (både de palliative enheder og stamafdelinger som visiterer patienter) og de fire hospice som regionen har driftsoverenskomst med. De fire hospices dækker hvert et planområde, og det vil derfor være oplagt, at der udarbejdes en systematisk samarbejdsmodel mellem udgående team, hospice og de

(n) specialiserede palliative enhed(er). Dette vil kunne sikre et fokus på visitationen til specialiseret palliation og skabe bedre muligheder for, at patienterne tilbydes det rette specialiserede tilbud på det rette tidspunkt.

Indsatser på længere sigt

De beskrevne indsatser nedenfor er mere langsigtede, og det foreslås, at administrationen arbejder videre med indsatserne, hvor der særligt er fokus på palliation og uddannelsesområdet.

Palliation i de formelle uddannelsesstrukturer

På længere sigt foreslås det, at der arbejdes for, at palliation bliver en del af de formelle uddannelsesstrukturer og gøres til en obligatorisk del i sundhedsprofessionelles grunduddannelse. Dette vil sikre et generelt kompetenceløft og samtidig være med til at skabe en øget opmærksomhed på palliation hos de sundhedsprofessionelle.

Palliation som del af de lægelige kompetancer

Der er rekrutteringsudfordringer og stor efterspørgsel på læger med specialiserede palliative kompetencer. Muligheden for uddannelse af fagspecialister er begrænset og bør prioriteres. Tilsvarende bør uddannelse af læger på det basale niveau prioriteres gennem videreuddannelsesforløb.

Initiativer som foreslås som element i budgetprocessen for budget 2017

Nedenfor præsenteres konkrete initiativer, som kræver tilførsel af ressourcer, og som derfor foreslås at indgå som elementer i budgetprocessen for budget 2017 ved udvalgenes budgetdrøftelser. Forudsat at sundhedsudvalget og udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde godkender, at de beskrevne initiativer indgår i budgetdrøftelserne, vil administrationen undersøge og beskrive økonomien nærmere frem mod udvalgsmøderne i april og maj 2016.

Tidlig palliationssamtale ved almen praktiserende læge

Det kan være en udfordring, at den praktiserende læge ikke inddrages tilstrækkeligt i palliative patientforløb. Den praktiserende læge er generelt den gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson for patienten. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge får skabt en god kontakt med patienten allerede i den tidlige palliative fase med henblik på dialogen med både kommunen og det specialiserede palliative niveau, hvis der bliver behov for dette i forløbet. Som opstart kan det være relevant at foretage en tidlig palliationssamtale med kræftpatienter, da man fortsat har mest viden om de palliative behov og forløb hos kræftpatienter.

En tidlig palliationssamtale hos praktiserende læger forudsætter en aftale under den underliggende aftale, idet det ikke er beskrevet i overenskomsten. Nærmere aftale om indhold og struktur for samtalen bør vurderes, f.eks. ud fra projekter med efterfølgende evalueringer af effekten. Projekterne kunne initialt relateres til udvalgte kommuner. Da projekterne forudsætter ressourcer foreslås det at indgå i budgetprocessen for budget 2017.

Specialiseret rådgivningsfunktion

Idag er den telefoniske kontakt mellem det basale og specialiserede niveau ikke formaliseret. Der er derfor ikke sikkerhed for, at behandlere fra det basale palliative niveau får den nødvendige specialistrådgivning og sparring omkring konkrete patienter. Det foreslås derfor, at der etableres en rådgivningsfunktion i dagtiden, hvor personale fra det basale niveau kan få telefonisk rådgivning og vejledning fra det specialiserede niveau. Det er forventningen, at etablering af en rådgivningsfunktion vil øge dialogen og sikre øget kendskab til palliation på det basale niveau. Med al sandsynlighed vil flere sundhedspersoner på det basale niveau dermed føle sig bedre i stand til at tilbyde en palliativ indsats og det forventes også at kunne forebygge akutte indlæggelser på enten hospitalet eller hospice.

Etablering af en rådgivningsfunktion vil kræve tilførsel af ressourcer til, da der ikke på nuværende tidspunkt er tilstrækkelig personale til at sikre et højt serviceniveau. I sammenhæng med regeringens sundhedsstrategi, er der afsat 8 mio. kr. i regionen til at etablere 10 organ-/sygdomsspecifikke

rådgivningsfunktioner svarende til 0,8 mio. kr. pr. kræftområde. Ressourcemæssigt forventes rådgivningsfunktionen på det specialiserede palliative niveau at kunne etableres for et tilsvarende beløb, 0,8 mio. kr. Det foreslås, at etablering af specialistrådgivning indgår i budgetprocessen for budget 2017.

Efteruddannelse og kompetenceudvikling

Der er behov for kompetenceudvikling blandt særligt de sundhedspersoner, som indgår i den basale palliative indsats. En oprustning af det basale niveau vil medføre, at specialisterne i højere grad vil kunne koncentrere sig om de patienter, som reelt har behov for specialiseret palliativ indsats. Foruden efteruddannelse af læger på det basale niveau (både praktiserende læger og hospitalslæger på stamafdelingerne) er det væsentligt at fokusere på efteruddannelse af andre faggrupper (eksempelvis plejepersonale, fysioterapeuter, socialrådgivere m.m.). Der kan desuden igangsættes initiativer med mere systematiske tilbud om fx. undervisning lokalt af personale på plejehjem. Mulighed for at oprette "delestillinger" på hospitalerne ml. fx. et palliativt afsnit og stamafdeling bør tilsvarende overvejes. Dette vil understøtte kompetenceudvikling og viden om palliation.

I forhold til det specialiserede niveau er et centralt uddannelses aspekt lægernes mulighed for at blive fagområdespecialister via den nordiske uddannelse i palliation. Uddannelsen består af forskellige uddannelsesforløb fordelt over 2 år og forudsætter 2 års ansættelse på en specialiseret palliativ afdeling med senge.

Efteruddannelse og undervisning af særligt personale på det basale niveau forudsætter ressourcer, og det foreslås derfor, at det indgår i budgetprocessen for budget 2017.

KONSEKVENSER

Hvis indstillingerne tiltrædes vil man imødekomme, at der arbejdes med implementering af indsatser, som i højere grad kan være med til at sikre lighed i den palliative indsats, hvilket vil være i tråd med bl.a. Kræftplan III og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det palliative området. Desuden vil en tiltrædelse af indstillingerne imødekomme, at der tages udgangspunkt i patientens situation og sikres et mere sammenhængende patientforløb ml. f.eks. den basale og specialiserede palliative indsats.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingerne indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen behandles parallelt i sundhedsudvalget den 15. marts 2016.

Sagen forelægges forretningsudvalget den 12.april 2016 og regionsrådet den 19.april 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

15010287

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Bilag 1_Den palliative organisering i Region Hovedstaden

2. DEN REGIONSDÆKKENDE VISION FOR MODELLER FOR FÆLLES SUNDHEDSHUSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet besluttede på møde den 8. april 2014, at ”Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, efter inddragelse af Sundhedskoordinationsudvalget, skal forelægge en regionsdækkende vision for udvikling af modeller for sundhedshuse, der kan indeholde såvel kommunale som regionale sundhedstilbud.”

Ønsket om en regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse udspringer af det visionsarbejde, som er lavet i forbindelse med etablering af det fælles sundhedshus i Helsingør.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde overfor de regionale medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler

- 1 at den regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse godkendes.

POLITISK BEHANDLING

Tiltrådt med ønsket om, at formuleringen af værdien "borgeren i centrum" ændres til "mennesket i centrum".

Derudover havde udvalget følgende bemærkninger til administrationens videre arbejde:

- 1 Placeringer af sundhedshuse bør ske ved et trafikalt knudepunkt
- 1 Ved etablering af sundhedshuse bør somatikken og psykiatrien tænkes sammen
- 1 Ved etablering af fælles sundhedshuse, bør der være opmærksomhed på at sikre, at der fortsat er fokus på at understøtte det sammenhængende patientforløb.
- 1 Udvalget ønsker en opfølgning på arbejdet med den fælles vision for sundhedshuse.

De slides, der blev vist på mødet, sendes ud med protokollen.

Bodil Kornbek (A) og Per Roswall (V) deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Visionen

Region Hovedstaden skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb. Ønsket om et stærkt nært sundhedsvæsen, som kan supplere den indsats, borgerne får på hospitalerne har været i centrum for udarbejdelsen af visionen.

Innovation og samarbejde på tværs af sektorer er essentielt for, at regionen lykkes med den dagsorden. Derfor skal kommuner, region og praksissektoren i fælleskab turde udfordre de eksisterende organisatoriske strukturer, herunder afprøve nye samarbejder med fx fælles ledelse, fælles økonomi og fælles værdier.

I arbejdet med visionen har man set på, hvilke sundhedshuse der er lykkedes bedst, både i de øvrige regioner og i udlandet, herunder Skotland. En af de pointer der fremstår tydeligst er, at de store 'fyrtårne' skabes der, hvor den lokale forankring og engagementet er stærkest.

Formålet med visionen er derfor at inspirere kommuner, region og praksissektoren til at videreudvikle det nære sundhedsvæsen i fælleskab. Visionen kan danne ramme om dialog mellem de involverede parter om mulighederne for at etablere fælles sundhedshuse, ligesom visionen kan indgå i arbejdet om bl.a. nye samarbejdsformer, som er igangsat under den fælles sundhedsaftale for 2015-2018.

Visionen bygger på følgende fælles værdier:

- 1 borgeren i centrum
- 1 lighed i sundhed
- 1 tilgængelighed

Det er visionen, at fælles sundhedshuse bidrager til:

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

Det er administrationens vurdering, at disse værdier er i tråd med regionens politiske målsætning 'Patientens situation styrer forløbet'.

Visionen om fælles sundhedshuse udspringer af ønsket om at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for og med borgerne. På den måde understøtter visionen også sundhedsaftalen.

Sundhedshuse har i praksis udviklet sig til at være et begreb, der dækker mange forskellige sundhedsfaglige tilbud, med mange forskellige sundhedsfaglige aktører. Sundhedshuse i Danmark dækker således alt fra større lægehuse til huse, hvor alle tre sektorer og private praksisydere er repræsenteret. Det skyldes, at lokale behov og muligheder er afgørende for, hvilken model der er valgt.

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

På den baggrund er visionen suppleret med et idékatalog, som er bygget op om eksempler på forskellige tilgange til sundhedshuse; Sundhedshuset med mange tilbud under ét tag, Det lighedsbetingede sundhedshus, et fælles sundhedshus for børn, unge og børnefamilier og et fælles sundhedshus for psykiatri. Til sidst i idékataloget er en guide til overvejelser, man kan gøre sig i forbindelse med etablering af et sundhedshus.

Proces for den regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse

Regionsrådet besluttede den 8. april 2014, at "Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, efter inddragelse af Sundhedskoordinationsudvalget, skal forelægge en regionsdækkende vision for udvikling af modeller for sundhedshuse, der kan indeholde såvel kommunale som regionale sundhedstilbud."

Der er efterfølgende i regi af Sundhedskoordinationsudvalget og Den Administrative Styregruppe tilrettelagt en proces og arbejdsform omkring udvikling af den regionsdækkende vision. På møde i Den Administrative Styregruppe den 21. november 2014 blev det i den forbindelse besluttet at sikre en bredt inddragende proces. Der har derfor været afholdt en politisk drøftelse af fælles sundhedshuse i Kommunekontaktudvalget og efterfølgende et dialogmøde med administrative repræsentanter fra kommunerne, repræsentanter fra PLO-Hovedstaden, Patientinddragelsesudvalget og frivillige foreninger.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde havde på møde d. 24. juni 2014 en temadrøftelse om sundhedshuse og på møde d. 17. marts 2015 blev udvalget orienteret om processen og de udfordringer, der var ved at udarbejde en tværsektoriel vision med mange interessenter.

En tværsektoriel skrivegruppe med repræsentanter henholdsvis fra regionsadministrationen, Det fælleskommunale sundhedssekretariat, kommunerne, Patientinddragelsesudvalget og PLO-Hovedstaden har herefter udarbejdet "Udkast til regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse" (bilag 1). Skrivegruppens medlemmer har efter udarbejdelsen af udkastet til vision haft mulighed for at drøfte udkastet med de parter, de repræsenterer og fremsende ændringsforslag, som i videst muligt omfang er indarbejdet.

Bemærkningerne fra kommuneklynger, regionsadministrationen, og Patientinddragelsesudvalgets

repræsentant er indarbejdet i det vedhæftede udkast til vision. Derudover har Patientinddragelsesudvalget (bilag 2) og PLO-Hovedstaden efterfølgende fremsendt høringssvar (bilag 3).

Patientinddragelsesudvalget efterlyser, et samlet overblik over de behandlingsmuligheder, der bør indtænkes i et fælles sundhedshus, som supplement til indsatsen på hospitalerne. Desuden efterlyses en tættere opkobling til hospitalerne med mere sammenhængende indsatser i forhold til forebyggelses-, rehabiliterings- og plejeområder.

Imidlertid er det i arbejdet med visionen blevet tydeligt, at der ikke er ét svar på hvilke behandlingsmuligheder, der kan være i et fælles sundhedshus. Dels fordi Region Hovedstaden er præget af forskellige behov både i hospitalernes optageområder og i kommunerne og dels fordi der i kommunerne er delte meninger om behovet for fælles sundhedshus. Mange kommuner har allerede etableret egne kommunale sundhedshuse, og ikke alle deler ønsket om at etablere fælles sundhedshuse og tæt opkobling til hospitalerne. Det har derfor været den tværsektorielle skrivegruppens vurdering, at et inspirationskatalog med forskellige modeller, der giver plads til lokal udvikling og tilpasning efter behov har været det mest hensigtsmæssige produkt. For en oversigt over mulige behandlingstilbud i et fælles sundhedshus henvises til visionsarbejdet omkring Sundhedshus Helsingør.

PLO-Hovedstaden gør opmærksom på, at en læge har egne patienter med, hvis vedkommende flytter ind i et sundhedshus, og dermed ikke bliver tilgængelig for alle brugere af et sundhedshus, samt at lægen bør inddrages fra start i processen, hvis man ønsker at lægen indgår i et sundhedshus. Dette ses ikke at være i modstrid med visionen.

KONSEKVENSER

Med visionen er der skabt en fælles ramme for dialog mellem de involverede parter om etablering af fælles sundhedshuse og mulighed for lokal opfølgning på visionen.

Det bemærkes, at der i regionernes økonomiaftale for 2016 er aftalt, at der opslås en pulje til læge- og sundhedshuse i 2017. Der er ikke på forhånd afsat midler til de enkelte regioner. Den regionsdækkende vision kan være grundlaget for fælles ansøgninger til puljen mellem region og kommuner.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen økonomiske konsekvenser i sig selv.

KOMMUNIKATION

I forbindelse med godkendelse i regionsrådet påtænkes en kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges Sundhedskoordinationsudvalget den 27. maj 2016. Visionen skal derefter danne ramme for en efterfølgende dialog mellem de involverede parter om eventuel etablering af fælles sundhedshuse.

Udarbejdelse af en regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse indgår i budgetaftalen for 2015. Visionen forelægges til godkendelse i regionsrådet. Regionsrådets behandling vil ske snarest muligt efter godkendelsen i Sundhedskoordinationsudvalget. Dette forventes at kunne ske den 14. juni 2016.

Visionen påtænkes drøftet i Kommunekontaktudvalg 31. august 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER

15018064

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Bilag 1 Udkast til regionsdækkende vision - final
- 📎 2. Høringssvar fra Patientinddragelsesudvalget til regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse
- 📎 3. Høringssvar fra PLO-Hovedstaden til regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse
- 📎 4. Regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse - TVÆRS 15.03.16 (3)

3. IMPLEMENTERINGSPLAN FOR PRAKSISPLAN FOR ALMEN PRAKSIS 2015-2019

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Praksisplanudvalget har ansvaret for at sikre implementering af Praksisplan for almen praksis 2015-2019. Med udgangspunkt i den overordnede tidsplan for implementering af praksisplanen, som Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde tog til efterretning på møde d. 12. januar 2016, har Praksisplanudvalget udarbejdet en implementeringsplan for 2016, der skal konkretisere anbefalingerne i planen nærmere. Som beskrevet i forbindelse med mødet d. 12. januar skal de årlige implementeringsplaner godkendes af Praksisplanudvalget, og vil dernæst blive forelagt Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde.

På den baggrund forelægges implementeringsplanen for almen praksis for 2016 Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde til orientering.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde:

- at orienteringen om Implementeringsplan for almen praksis 2016 tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Taget til efterretning, idet udvalget bemærker, at arbejdet med tilgængelighed som en del af implementering af praksisplanen også skal have fokus på den trafikale tilgængelighed. Derudover ønsker udvalget at blive orienteret om, hvordan det går med implementering af praksisplanen.

Bodil Kornbek (A) og Per Roswall (V) deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Med udgangspunkt i den overordnede tidsplan for implementering af Praksisplan for almen praksis 2015-2019 har Praksisplanudvalget udarbejdet en implementeringsplan for 2016 (bilag 1).

Implementeringsplanen skal så vidt muligt udfolde og konkretisere de enkelte anbefalinger, herunder beskrive opgavefordelingen mellem parterne i forhold til implementering af anbefalingerne.

I overensstemmelse med den overordnede tidsplan igangsættes størstedelen (84) af praksisplanens anbefalinger i 2016. Ca. en tredjedel af anbefalingerne er forankret i arbejdet med implementering af sundhedsaftalen.

I forbindelse med Praksisplanudvalgets godkendelse af implementeringsplanen, blev det besluttet at nedsætte 7 midlertidige administrative arbejdsgrupper i 2016:

- Arbejdsgruppe vedr. lighed i sundhed mhp. implementering af anbefalingerne 7, 8 og 94
- Arbejdsgruppe vedr. rekruttering og fastholdelse mhp. implementering af anbefaling 12
- Arbejdsgruppe vedr. styrkelse af samarbejdet om opsøgende hjemmebesøg mhp. implementering af anbefaling 16
- Arbejdsgruppe vedr. samarbejdet om medicinhåndtering mhp. implementering af anbefaling 62 og 65
- Arbejdsgruppe vedr. sikker ansvarsoverdragelse mhp. implementering af anbefaling 74
- Arbejdsgruppe vedr. kommunikation mhp. implementering af anbefaling 76, 80 og 81
- Arbejdsgruppe vedr. samarbejdet om attester mhp. implementering af anbefaling 79

Arbejdsgrupperne skal forberede/videreudvikle og/eller igangsætte implementering af de enkelte anbefalinger.

I forbindelse med Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejdes behandling af den overordnede tidsplan for implementeringsarbejdet d. 12. januar 2016 blev der redegjort for, hvordan implementeringsarbejdet forventes at understøtte de centrale fokusområder som Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde løbende har lagt vægt på, herunder bl.a ulighed i sundhed og mulighederne for at understøtte almen praksis i

områder med mange sårbare borgere og udvikling af en ny lægedækningsmodel.

Udvalget har desuden et kontinuerligt fokus på fremme af tilgængeligheden i almen praksis. Derudover har udvalget ønsket at fokusere på udvikling af den enkelte praksis, herunder opstilling af ledelsesmæssige mål og anvendelse af praksispersonale i lægepraksis der fremmer den praktiserende læges kernefaglige opgaver. Endelig har udvalget ønsket at fokusere på udvidelse af samarbejdet på tværs af sektorer og evt. anvendelse af nye incitamenter mhp. at fremme en kommunikerende praksissektor i samspil med kommuner og hospitaler, herunder at understøtte sikker ansvarsoverdragelse mellem parterne.

Som det fremgår ovenfor adresserer flere af de kommende arbejdsgrupper disse fokusområder, ikke mindst arbejdsgrupperne vedr. lighed i sundhed, vedr. sikker ansvarsoverdragelse, vedr. kommunikation og vedr. rekruttering og fastholdelse. Derudover igangsættes en lang række indsatser, som ikke kræver nedsættelse af arbejdsgrupper.

På kapacitetsområdet står det blandt andet centralt, at regionen allerede i 2016 udarbejder en ny model for lægedækning, ligesom der skal udarbejdes rammeaftaler for planens forslag til modeller for lægefaglig betjening af de kommunale akuttilbud, plejecentre mv. Tillige skal der igangsættes indsatser for at forbedre tilgængeligheden i almen praksis og der skal arbejdes for udbredelse af praksisfællesskaber.

Arbejdet under Sundhedskoordinationsudvalget med implementering af sundhedsaftalen sætter i høj grad rammen for implementering af praksisplanen i forhold til 'udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen'. Der igangsættes dog også selvstændige indsatser i regi af Praksisplanudvalget. Ikke mindst på kræftområdet følges arbejdet på nationalt niveau nøje for at sikre den lokale implementering i almen praksis. Der arbejdes i øvrigt kontinuerligt på understøtte en hensigtsmæssig brug af almen praksis' ressourcer i det samlede tværsektorielle opgavefelt.

På kvalitetsområdet følger arbejdet principperne for Den Danske Kvalitetsmodel, som fortsat danner rammen for den målrettede, systematiske kvalitetsudvikling i praksissektoren. I den forbindelse arbejdes også med ledelse og organisering af den enkelte praksis med henblik på at opnå en bedre kvalitet og arbejdstilrettelæggelse såvel internt i praksis som af patientforløbene på tværs af fag- og sektorgrænser. Patientinddragelse og udvikling af praksis på baggrund af tilbagemeldinger på baggrund af tilbagemeldinger fra patienterne understøttes også af arbejdet med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis.

Som beskrevet i forbindelse med mødet d. 12. januar skal de årlige implementeringsplaner godkendes af Praksisplanudvalget, og vil dernæst blive forelagt Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde. Tilsvarende godkender Praksisplanudvalget årlige afrapporteringer vedr. implementeringsarbejdet, som ligeledes vil blive forelagt udvalget. På den måde kan udvalget løbende følge fremdriften i implementeringsarbejdet.

KONSEKVENSER

Tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere konsekvenser end de i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen økonomiske konsekvenser i sig selv.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges udvalget den 15. marts 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

16014257

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Implementeringsplan for almen praksis 2016, godkendt af PPU
- 📎 2. Bilag til implementeringsplan 2016 - Tidsplan for implementering af praksisplanens samlede anbefalinger

4. STATUS PÅ INITIATIVER OM REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE AF PRAKTISERENDE LÆGER I REGIONEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Formanden for Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde har bedt om en status på arbejdet med rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger i regionen - herunder på vestegnen.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde:

- **at** orienteringen tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Taget til efterretning. Udvalget bad om løbende at blive orienteret om udviklingen på området.

Bodil Kornbek (A) og Per Roswall (V) deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Praksisplan for almen praksis 2015-2019 og rekruttering og fastholdelse

Det er i praksisplanen et indsatsområde at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer ved at gøre det attraktivt at praktisere i sårbare områder. Det gælder områder, som er sårbare på grund af deres geografiske placering eller som resultat af en høj andel af sårbare borgere.

Som led i implementeringen af praksisplanen nedsættes der i første halvår 2016 en tværsektorielt arbejdsgruppe, som skal samle viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i områder med mange sårbare borgere og komme med konkrete forslag til tiltag.

Der skal desuden i 2016 udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data. Målet med modellen er bl.a. at reducere ulighedens betydning for rekrutteringsvanskeligheder til de sårbare områder.

I praksisplanen er følgende områder udpeget som sårbare: Bornholm, Brønshøj-Husum, Halsnæs og vestegnen. Lægedækningsundersøgelsen 2016 viste, at der ikke generelt er problemer med lægedækningen, men bekræftede, at der er udfordringer i disse konkrete områder. Regionen arbejder sammen med PLO-Hovedstaden og de relevante kommuner om at finde konkrete løsninger de steder, hvor der er udfordringer.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde drøftede på møde den 9. februar 2016 løsninger på de udfordringer, der er med lægedækningen på Bornholm og Brønshøj-Husum.

Regionen havde den 2. februar 2016 møde med Halsnæs Kommune om lægedækningsudfordringerne i kommunen. På mødet drøftedes kommunes bekymring og regionens muligheder. Bl.a. blev praksisplanens tiltag vedr. rekruttering og fastholdelse gennemgået. Det blev på mødet aftalt i fællesskab med PLO-Hovedstaden at invitere yngre læger, der er ved at færdiggøre deres uddannelse som praktiserende læger, til et arrangement om mulighederne som læge i Halsnæs Kommune. Ud over dette tiltag er der behov for en dialog mellem PLO-Hovedstaden, de lokale læger, kommunen og regionen om muligheden for indgåelse af lokale aftale til afhjælpning af udfordringen.

Dialogmødet om lægedækning på vestegnen, som Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde afholdte den 6. oktober 2015, medførte en række konklusioner, som administrationen, som aftalt, bringer med i det videre arbejde med implementering af praksisplanen og i det øvrige arbejde med rekruttering og fastholdelse i almen praksis.

Møde med PLO-Hovedstaden om rekruttering og fastholdelse

Der blev på baggrund af drøftelse af lægedækningsundersøgelsen på møde i Praksisplanudvalget den 5. februar 2016 aftalt møde mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden om rekruttering og

fastholdelse af praktiserende læger i regionen. Dette møde har været holdt og der er planlagt endnu et møde den 17. marts 2016.

Der var på mødet en drøftelse af mulige tiltag, herunder forslag fra dialogmødet på vestegnen om bl.a. socialrådgiver på hjul, højere basishonorar i sårbare områder og at tale praksissektoren op (branding).

Landsdækkende forum for fastholdelse og rekruttering i almen praksis

Under overenskomstforhandlingerne i efteråret 2013 lavede parterne en fælles udmelding, hvori indgik beslutning om nedsættelse af et landsdækkende forum for drøftelse og erfaringsudveksling angående fastholdelse og rekruttering i almen praksis. Det Landsdækkende Forum har afholdt første møde den 9. december 2014. Deltagerne i forummet er de regionale formænd for praksisplanudvalgene, formændene for PLO-Regionalt, en række øvrige deltagere fra Praktiserende Lægers Organisation og repræsentanter fra RLTN (Regionernes Lønnings og Takst Nævn). Region Hovedstaden er repræsenteret ved formanden for Praksisplanudvalget, Per Seerup Knudsen (A).

Sundheds- og Ældreministeren har nedsat et udvalg for lægedækning over hele landet, hvor Danske Regioner er repræsenteret. Regionen følger dette arbejde tæt.

Der pågår således en række initiativer vedr. fastholdelse og rekruttering af praktiserende læger i regionen og centralt.

KONSEKVENSER

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

RISIKOVURDERING

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

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen økonomiske konsekvenser i sig selv.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER

16014257

7. EVENTUELT

EVENTUELT

MØDETIDSPUNKT

15-03-2016 16:15

MØDESTED

Mødelokale H7/H8 på regionsgården

MEDLEMMER

Hanne Andersen

Bodil Kornbek

Per Seerup Knudsen

Pia Illum

Morten Dreyer

Karsten Skawbo-Jensen

Per Roswall

Erik Sejersten

Torben Kjær

Afbud

INDHOLDSLISTE

6. Meddelelser - Arbejdsplan for 2016

6. MEDDELELSER - ARBEJDSPLAN FOR 2016

MEDDELELSER

Udvalgets arbejdsplan er vedhæftet denne meddelelse.

Bemærk at der er tilføjet en mødedato d. 13. december 2016, hvor der planlægges dialogmøde med Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet.

JOURNALNUMMER

16014257

BILAGSFORTEGNELSE

1. Arbejdsplan for Udvalg vedr tværsektorielt samarbejde 2016



NOTAT

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 15010287
Ref.: LHOE/CLIN

Dato: 17. september 2015

Fakta om den palliative organisering i Region Hovedstaden

Palliativ behandling har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som har problemer, der er forbundet med livstruende sygdom. Målgruppen for palliativ behandling er således alle patienter med livstruende sygdom og palliative behov. Ifølge WHO's definition af palliation er målet "*at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art*".

Den palliative indsats er rettet mod at lindre patienten som supplement til behandling af grundsygdommen. Målet er i høj grad at sikre en symptomkontrol, hvilket ofte er komplekst, og indsatsen kan derfor kræve tværfaglighed (læge, sygeplejersker, psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut, præst etc.), mens det tidligt i forløbet oftest kan klares af egen læge, hjemmesygepleje og den behandlende stamafdeling. Smertebehandling og lindring af andre symptomer som eksempelvis træthed, kvalme, opkast og angst er en del af den palliative behandling.

Den palliative indsats inddeles helt overordnet i *basal og specialiseret palliativ indsats*. Den basale palliation leveres i den del af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave – herunder almen praksis, kommuner og hospitalsafdelinger. Den specialiserede palliative indsats varetages derimod af palliative teams, palliative enheder på hospitalerne samt hospice, som alle har palliation som hovedopgave.

Der skelnes mellem tre faser i den palliative indsats. Den *tidlige fase* kan vare år, hvor patienten kan være i målrettet livsforlængende behandling, mens den *sene fase* typisk varer måneder og den aktive sygdomsrettede behandling ophører. Endelig er der den *terminale fase*, hvor patienten er uafvendeligt døende, og denne fase varer typisk fra dage til uger.

Nuværende organisering af den palliative indsats

Den basale palliation

Den basale palliative indsats foregår i primær- og praksissektoren (praktiserende læger, kommunale hjemmesygeplejersker, fysioterapeuter m.m.), samt på de hospitalsaf-

Punkt nr. 1 - Udvikling af det palliative område i Region Hovedstaden

Bilag 1 - Side -2 af 3

delinger, som ikke har palliation som hovedopgave – det er bl.a. onkologiske, medicinske, kirurgiske, intensive afdelinger. Almen praksis har som patientens egen læge typisk kendskab og kontakt til patient og dennes familie, og har til opgave at sørge for basal palliation samt tage kontakt til det specialiserede niveau, når der er behov fx for rådgivning, besøg i hjemmet af udgående teams eller indlæggelse. Egen læge samarbejder ligeledes bl.a. med kommunens plejepersonale omkring håndtering af patienten.

Den specialiserede palliation

Region Hovedstaden har på nuværende tidspunkt 5 hospitalsbaserede palliative enheder/afsnit, som alle har palliation som hovedopgave og derfor tilbyder en specialiseret palliativ behandling. Derudover har Bornholms Hospital et mindre palliativt afsnit under det medicinske sengeafsnit. Endelig har regionen driftsoverenskomst med fire hospices, som også alle leverer specialiseret palliativ behandling jf. nedenstående oversigt.

Institution – specialiseret palliativ indsats	Sengeafsnit	Ambulatorie	Udgående team
Palliativ medicinsk afd., Bispebjerg Hospital	x	x	x
Palliativ enhed, Nordsjællands Hospital	x	x	x
Palliativ enhed, Herlev Hospital	x	x	x
Palliativ enhed, Hvidovre Hospital	x	x	x
Palliativt afsnit, Rigshospitalet		x	x
Palliativt afsnit under medicinsk afd., Bornholms Hospital	x		
Sankt Lukas Hospice	x		x
Hospice Søndergård	x		x
Diakonissestiftelsens Hospice	x		x
Arresødal Hospice	x		x

På de fire specialiserede palliative enheder, som er placeret på regionens akuthospitaler, er der både tilknyttet senge, ambulatorie og et udgående team. Det palliative afsnit på Rigshospitalet har, udover en ambulatoriefunktion og et udgående team, en tilsynsfunktion i forhold til hospitalets specialiserede sengeafdelinger.

På de specialiserede palliative enheder (undtagelse af Rigshospitalet) og hospice kan patienter indlægges til specialiseret palliativ behandling, hvis der er behov for at følge en patient tæt i en periode. En indlæggelse vil oftest være med henblik på at justere pleje og behandling, så patienten om muligt kan udskrives til enten hjemmet, andre afdelinger eller kommunale plejetilbud. På hospice kan patienterne ligeledes indlægges til et midlertidigt ophold, når det er muligt at bedre patientens tilstand fx gennem symptombehandling, der giver øget appetit og dermed større energi og livskvalitet. Det typiske billede er dog, at patienter, der får plads på hospice, er uhelbredeligt syge og terminale patienter, som ønsker at leve den sidste tid på hospice, hvis det er muligt.

På de specialiserede hospitalsenheder er der tilknyttet en ambulatoriefunktion, hvor patienterne har mulighed for at komme til et ambulante besøg hos eksempelvis en læge,

Punkt nr. 1 - Udvikling af det palliative område i Region Hovedstaden

Bilag 1 - Side -3 af 3

sygeplejerske, psykolog, præst m.m. Nogle af de palliative enheder varetager derudover tilsyn efter behov på alle kliniske afdelinger. Da Rigshospitalets palliative afsnit ikke har tilknyttet senge og mulighed for at indlægge patienterne, fylder tilsynsdelen særligt meget hos dem.

De specialiserede palliative enheder har ud over den egentlige patientkontakt en betydelig opgave at understøtte uddannelse af nye læger, bistå med supervision og generel sparring om patienter med det basale niveau og andre specialiserede enheder.

Palliativ behandling i hjemmet ved udgående teams

De specialiserede hospitalsenheder og hospices har alle udgående palliative teams til hjemmebesøg hos patienter, som er tilknyttet teamet. Det betyder, at patienterne bor hjemme, i plejebolig eller på aflastningsophold samtidig med, at de er tilknyttet en palliativ enhed eller et hospice. Patienterne får besøg af læge og/eller sygeplejerske efter behov. Der er dog ikke udgående palliative teams på Bornholm.

7. januar 2016

Regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse

Hovedstadsregionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen med borgeren¹ i centrum og med fokus på kvalitet og sammenhængende forløb. Vi har et fælles ønske om et stærkt nært sundhedsvæsen, som kan supplere den indsats, borgerne får på hospitalerne.

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

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

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

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

Det er visionen, at fælles sundhedshuse bidrager til:

¹ Med "borger" forstås både borgere, patienter og deres netværk

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

Fælles værdier når vi indgår i fælles sundhedshuse

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

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

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

Hvad er sundhedshuse og hvad er fælles sundhedshuse

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

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

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

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

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

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

Forskellige behov og muligheder i hovedstadsregionen

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

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

I de fleste områder i regionen er **lægedækningen** god. Der er dog vanskeligt at tiltrække praktiserende læger i enkelte landområder og enkelte byområder med mange sårbare borgere. Denne problemstilling er oplagt at have fokus på ved etablering af fælles sundhedshuse. Vi har ligeledes i kraft af vores geogra-

fi generelt god mulighed for at samarbejde med øvrige oplagte partnere som patientforeninger, frivillige organisationer, andre praksisydere, uddannelsesinstitutioner, universiteter, erhvervsliv mv.

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

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

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

Inspirationskatalog

Modeller for fælles sundhedshuse

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

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

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

Punkt nr. 2 - Den regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse

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

7. januar 2016

Det fælles sundhedshus med mange tilbud under ét tag

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

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

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

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

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

Fælles sundhedshuse med mange tilbud

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

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

Se mere på:
[\[links\]](#)



Billede: Det kommende sundhedshus i Holstebro

Det fleksible sundhedshus

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

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

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

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

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

Et sundhedshus for borgere med kronisk sygdom

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

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

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

Se mere på:

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

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

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



Det lighedsbetingede fælles sundhedshus

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

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

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

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

Fælles sundhedshuse i udsatte områder

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

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

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

Se mere på:

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



Et fælles sundhedshus for børn, unge og børnefamilier

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

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

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

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

Kontinuitet for nybagte familier

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

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

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

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

Et fælles sundhedshus for psykiatri

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

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

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

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

Psykiatriens hus

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

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

For mere information om psykiatrive:

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



Fælles psykiatrive – visionskatalog fra Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri

Overvejelser i forbindelse med etablering af et sundhedshus.

Hvad skal sundhedshuset løse?

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

Væsentlige parter skal inviteres med fra starten

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

Fælles mål, fælles ledelse og fælles samarbejdsværdier

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

Tilbud i sundhedshuset

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

Er forudsætningerne til stede?

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

Til Michala Jessen
Sekretariat for Skrivegruppen vedr. vision om fælles sundhedshuse
Enheden for tværasektoriel udvikling
Center for Sundhed

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666081
Mail csu@regionh.dk

Dato: 17. december 2015

Bemærkninger til tværasektoriel skrivegruppes notat af 6. december 2015 vedrørende regions-dækkende vision for fælles sundhedshuse.

Patientinddragelsesudvalget (PIU) har på sit møde den 15. december drøftet skrivegruppens notat.

PIU takker for at have været inddraget i skrivegruppens arbejde.

PIU bemærker, at notatet bygger på input fra de parter, der har været repræsenteret i skrivegruppen fra region, kommuner, almen praksis og PIU og fra deltagerne (fra kommuner, hospitaler, almen praksis og patienter/borgere) i dialogmødet den 19. november.

PIU er klar over, at det har været en vanskelig opgave. Der har været og er mange forskellige holdninger og forventninger til fælles sundhedshuse, hvilket også afspejler sig i notatet.

PIU er enig i, at ikke alle fælles sundhedshuse nødvendigvis skal have samme indhold, idet der må tages hensyn til forskelle i de behov, der skal dækkes i det enkelte område.

PIU bemærker dog, at nogle af modellerne er endog meget snævert afgrænsede i forhold til, hvordan en vision for fælles sundhedshuse forventes at fremstå. Eksempelvis synes det ikke af modellerne at fremgå, at et af de overordnede mål er at opnå et for borgeren/patienten sammenhængende forløb. Yderligere er tilknytning til hospital og almen praksis anført som en mulighed, ikke som en nødvendighed.

Det er PIUs opfattelse, at der i visionen og ikke mindst i inspirationskataloget med modeller for fælles sundhedshuse burde være større fokus på en tæt opkobling til sygehusene med mere sammenhængende indsatser i forhold til forebyggelses-, rehabiliterings- og plejeområder.

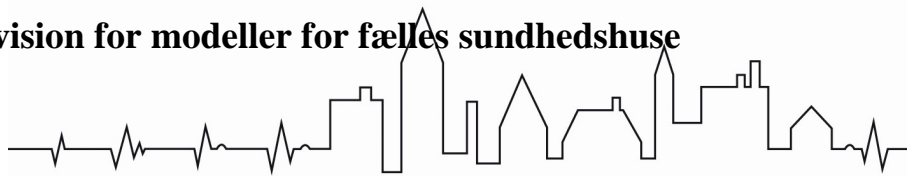
PIU savner således et samlet overblik over de behandlingsmuligheder, der bør indtænkes i et fælles sundhedshus som supplement til indsatsen på hospitalerne i forbindelse med tankerne omkring et helt og sammenhængende sundhedsvæsen.

Punkt nr. 2 - Den regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse
Bilag 2 - Side -2 af 2

Mere generelt er det ikke helt klart, hvem visionen i sit retoriske spørgsmål: ”Skal I etablere et fælles sundhedshus?” henvender sig til.

Med venlig hilsen
Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden

Kai Nørrung
Jette Bay
Bente Clausen
Marie Louise Allerslev
Annette Rolsting
Lotte Klim
Birgitte Glifberg



PLO-HOVEDSTADEN

Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Enhed for tværsektoriel udvikling
Att.: Michala Jessen
e-mail: michala.jessen@regionh.dk

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

Telefon 35 26 67 00
Fax 35 44 10 99
post.hpl@dadl.dk

Den 19-01-2016
Sagsnr. 2015-1776
Aktnr: /52542
Init: FHL/MAH

Høringsvar fra PLO-Hovedstaden vedrørende "Regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse"

PLO-H har modtaget oplæg af 6. december 2015 fra skrivegruppe i Region Hovedstaden med senere ændringer af 7. januar 2016 om en regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse. Det er sidstnævnte oplæg, som kommenteres i det følgende.

PLO-Hovedstaden vil gerne være med i et udviklende samarbejde om sundhedshuse, og oplæg om regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse indeholder mange gode ideer og overvejelser. Særligt henledes opmærksomheden på den allersidste side i oplægget om indledende overvejelser.

PLO-Hovedstaden ser positivt på "det murstensløse sundhedshus", hvor man optimerer kommunikationen via Med Com og etablerer mulighed for video konsultation og korrespondance. Denne model giver en stor grad af fleksibilitet i et moderne kommunikations-samfund. Det murstensløse sundhedshus kan være en rigtig god løsning, som samtidig tilgodeser principperne om lige adgang og nærhed for borgere uden for de større byer.

Hvis man imidlertid ønsker at samle en række funktioner i et sundhedshus, er et af de centrale spørgsmål for os er, om der skal være en eller flere alment praktiserende læger i huset? Hvis man ønsker dette, skal det være frivilligt, om almen praksis vil flytte ind i huset, lokalerne skal være tidsvarende og tilbydes på markedsvilkår. Måske kan et sundhedshus medvirke til at rekruttere læger til et sårbart område. I alle sammenhænge er spørgsmål om ejerskab, fællesskab, ledelse, ansvar og samarbejde nødvendige at afklare forinden.



Det bør også indgå i overvejelserne, om det er hensigtsmæssigt at samle alment praktiserende læger i et sundhedshus, hvis det betyder, at borgerne får meget lang afstand til egen læge? Det harmonerer ikke med ønsket om nærhed for borgerne til egen læge. Desuden virker det selvmodsigende – i hvert fald i landkommunerne, at borgergrundlaget for et sundhedshus skal være af en vis størrelse, samtidig med at der skal være nærhed og øget tilgængelighed for borgerne.

Alle borgere skal være tilmeldt en praktiserende læge. Derfor kan en praktiserende læge i et sundhedshus ikke uden videre tage patienter ind, som er tilmeldt en anden læge. Det samme forhold gør sig gældende, hvis man frikøber en alment praktiserende læge til opgaver i sundhedshuset. Tilstedeværelsen af en alment praktiserende læge må ikke skabe en forventning om, at alle borgere frit kan henvende sig til denne læge, når de kommer i sundhedshuset. Ligeledes må der ikke skabes forventning om, at informationsudveksling mellem forskellige sundhedstilbud kan ske uden for iagttagelse af tavshedspligten for sundhedspersonale.

Lighed i sundhed og tryghed for borgeren kræver, at behandler og patient kender hinanden godt, og at der kan tages individuelle hensyn til patienten. I model for sundhedshuse bør dette aspekt tages med.

Med venlig hilsen

Flemming Skovsgaard
Formand for PLO-Hovedstaden

Regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde

Arbejdet frem mod visionen



Rammen sat af TVÆRS den 24. juni 2014

- Sundhedshuse kan indeholde praksissektor, region og kommune.
- Der skal en vis kritisk masse til i forhold til optageområde ud fra de faglige principper, som det kendes fra sundhedsplanlægningen for at sikre kvaliteten.
- Det er ikke sikkert, at alle kommuner skal have deres eget fælles sundhedshus.
- Sundhedshuse behøver ikke at være ens.
- Sundhedshuse kan være udgangspunkt for opsøgende arbejde, herunder akutte udgående teams.
- Kollektiv trafik skal indtænkes.
- Der bør være en fælles indgang.
- Fokus på samarbejde og fælles tilknytning.
- Det er vigtigt at inddrage patientorganisationer og brugergrupper i planlægningsfasen.
- Sundhedshuse kan have en folkeoplysende rolle / information i lokalsamfundet.
- Sundhedshuse kan have en uddannelsesfunktion i relation til personale og patienter.
- Der skal være principper for anvendelse af fælles faciliteter.

Hvordan kan visionen bruges?

- Fælles regionalt/kommunalt grundlag for sundhedshuse
- Afsæt for dialog mellem region og kommuner
- Inspirationskatalog med eksempler
- Skubbe på udviklingen af det nære sundhedsvæsen

Fælles sundhedshus med mange tilbud under et tag -

Wester Hailes...



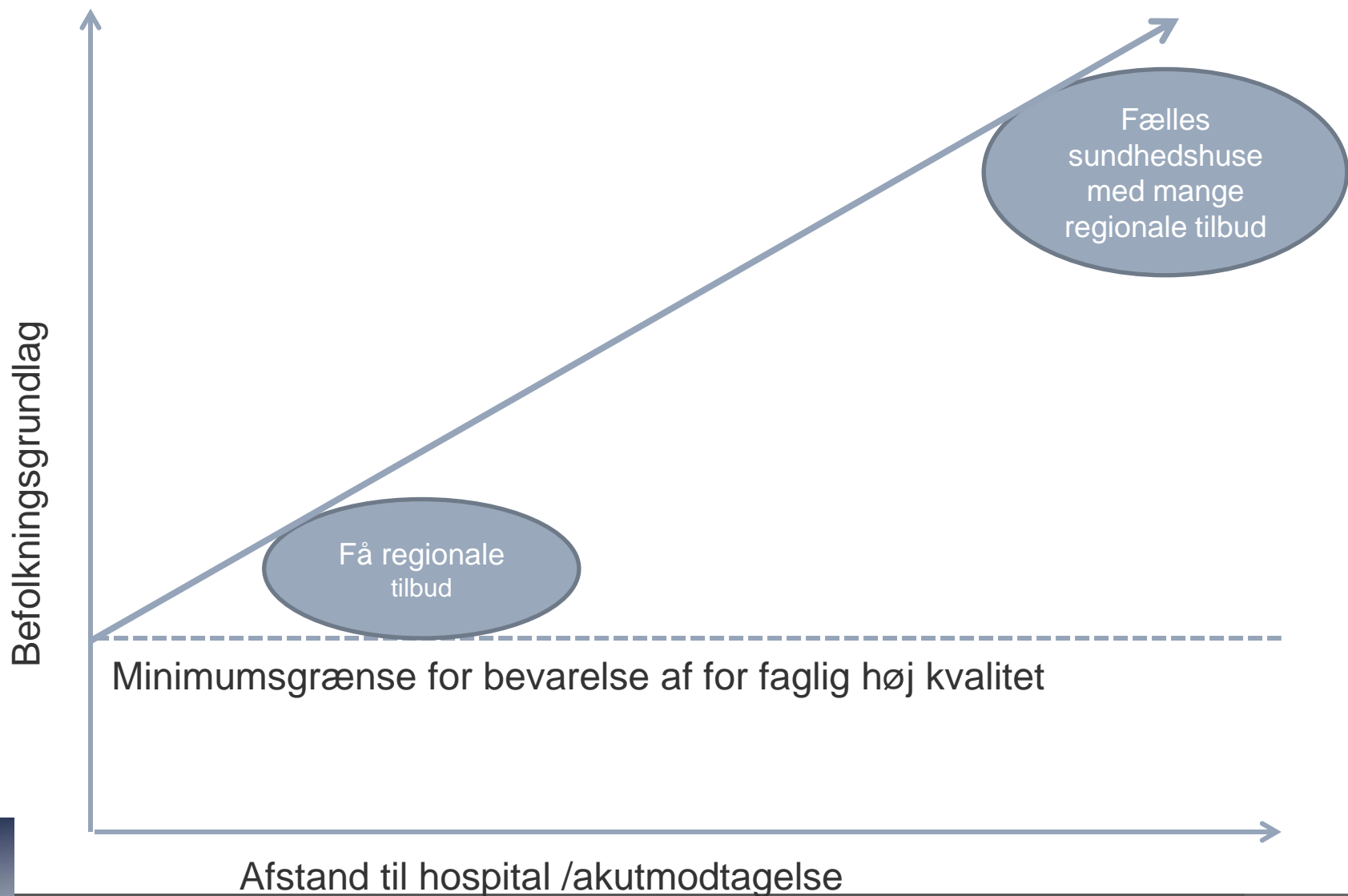
Møde i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde d. 15-03-2016

Community Garden Launch
Wester Hailes Community Centre

Forskellige behov Forskellige typer

- Det fælles sundhedshus med mange tilbud under ét tag
- Det fleksible sundhedshus
- Det lighedsbetingede fælles sundhedshus
- Det fælles sundhedshus for børn, unge og børnefamilier
- Det fælles sundhedshus for psykiatri

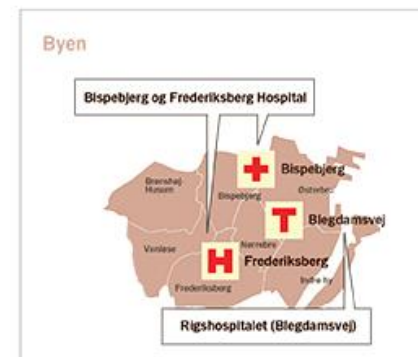
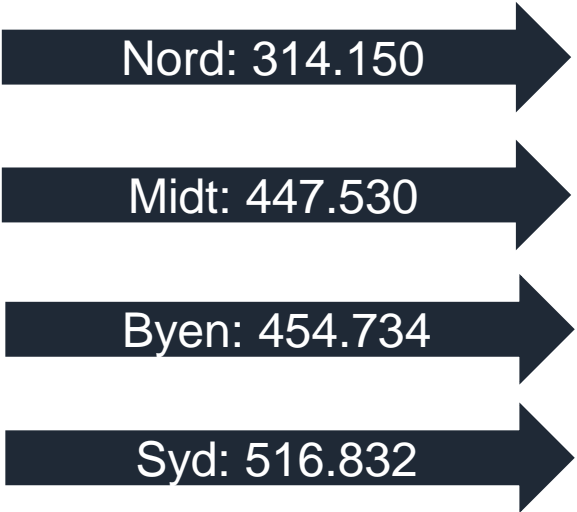
Regionale overvejelser - patientgrundlag

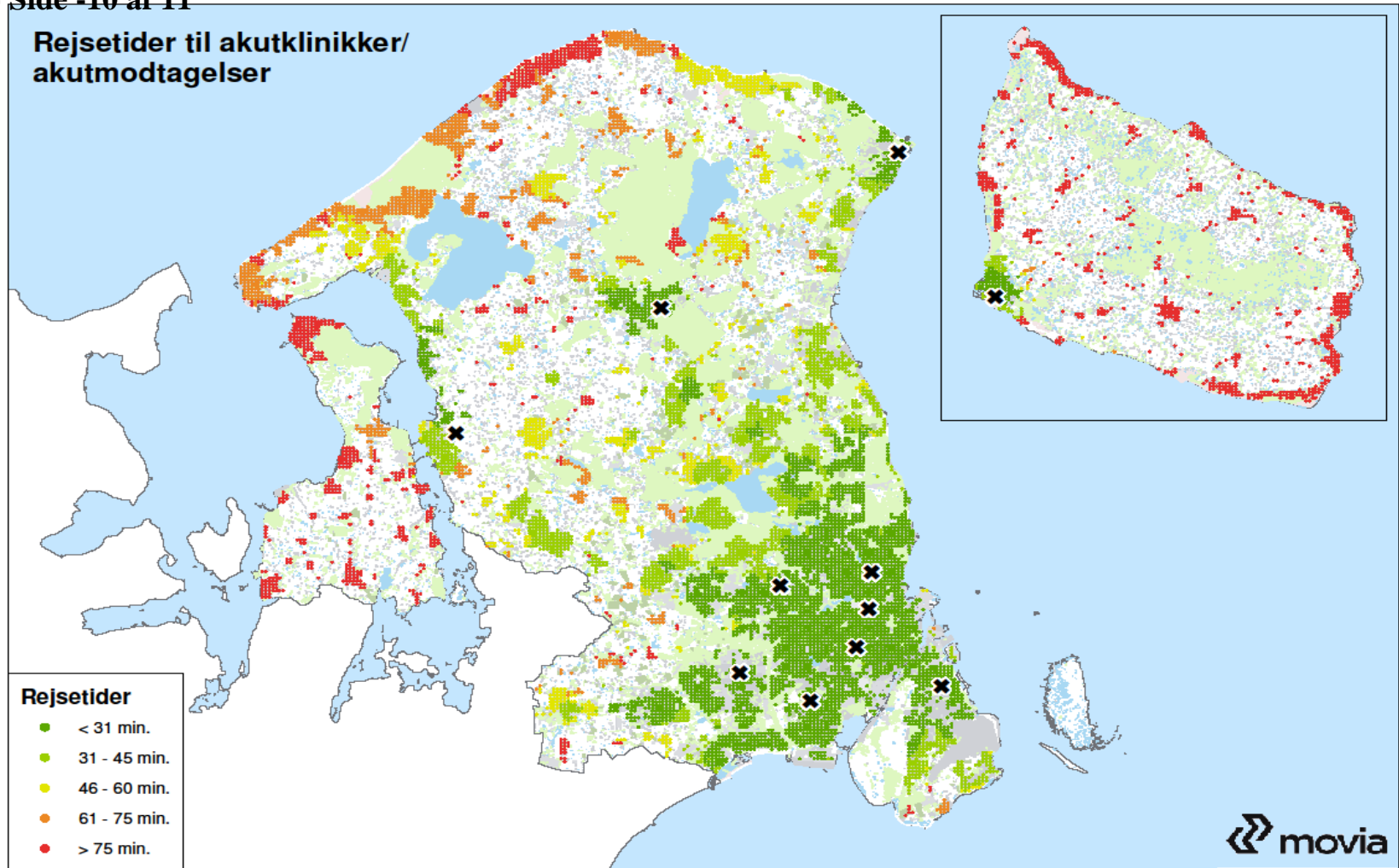


Regionale overvejelser

- Rejsetider til akutmodtagelse
- Udfordringer med lægedækning
- Udgående funktioner
- Den kommunale døgndækkende indsats og akutteams
- Rekruttering af sundhedspersonale

Befolkningstæthed og volumen i planområder (2015)





Udfordringer med Lægedækning

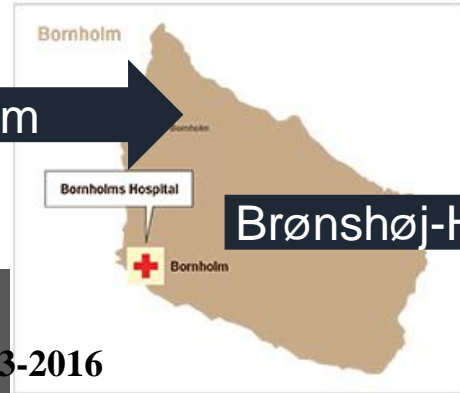
-  Akutmodtagelse
-  Akutklinik, hospital
-  Akutklinik, sundhedshus
-  Traumecenter

Halsnæs

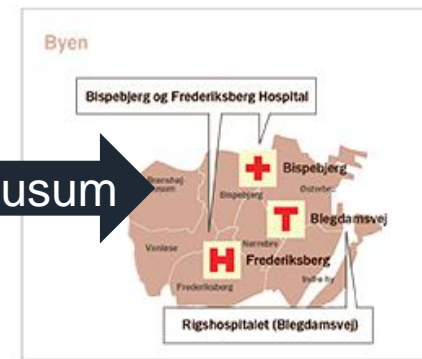


Vestegnen

Bornholm



Brønshøj-Husum



REGION

Titel/beskrivelse (Sidehoved/fod)

Implementerings plan for almen praksis 2016

Implementeringshandleplan for 2016 (for Praksisplan for almen praksis 2015-2019)

Godkendt af Praksisplanudvalget 5. februar 2016

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND	4
1.1 ORGANISERING AF IMPLEMENTERINGSARBEJDET	4
1.2 UNDERLIGGENDE AFTALE	4
1.3 INDSATSOMRÅDER I 2016	4
1.4 SAMMENHÆNG TIL SUNDHEDSAFTALEN	5
2. PATIENTEN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART, NYE SAMARBEJDSFORMER OG LIGHED I SUNDHED	6
2.1 PATIENTEN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART	6
2.2 NYE SAMARBEJDSFORMER	6
2.3 LIGHED I SUNDHED	7
3. KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED	7
3.1 LÆGEDÆKNING OG PRAKSISSTRUKTUR	8
3.2 REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE	8
3.3 BETJENING AF AKUTTILBUD OG SYGEBESØG	9
3.4 TILGÆNGELIGHED	10
4. UDVIKLING AF DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN	11
4.1 SAMARBEJDE OM BESTEMTE MÅLGRUPPER	11
4.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	11
4.1.2 Samarbejde på kræftområdet	13
4.1.3 Samarbejde om gravide nyfødte og børn	14
4.1.4 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	14
4.1.5 Samtaleterapi	16
4.1.6 Samarbejde på misbrugsområdet	16
4.2 SAMARBEJDE OM MEDICIN	17
4.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicinbehandling	17
4.2.2 Det Fælles Medicinkort (FMK)	17
4.2.3 Medicingennemgang	17
4.2. 4 Dosisdispensering	18
4.3 DIGITAL KOMMUNIKATION	19
4.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange	19
4.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper	20
4.4 SAMARBEJDET MELLE ALMEN PRAKSIS OG DET ØVRIGE SUNDHEDSVÆSEN	20
4.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	21
4.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne	21
5. KVALITET	22
5.2 IMPLEMENTERING AF DEN DANSKE KVALITETSMODEL I ALMEN PRAKSIS	22
5.3 DEN ORGANISATORISKE KVALITET	23
5.4 DEN SUNDHEDSFAGLIGE KVALITET	23

Punkt nr. 3 - Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019
Bilag 1 - Side -3 af 24

5.5 DEN PATIENTOPLEVEDE KVALITET	24
5.6 DATADREVET KVALITETSUDVIKLING.....	24

1. Baggrund

Praksisplanen for almen praksis 2015-2019 blev godkendt af Praksisplanudvalget den 11. december 2015. Praksisplanudvalget har ansvaret for at udarbejde og implementere Praksisplan for almen praksis. Implementeringsplanen for 2016 er udarbejdet på baggrund af den overordnede tidsplan for implementering af anbefalingerne i Praksisplan for almen praksis 2015-2019, som Praksisplanudvalget vedtog på deres møde d. 11. december 2015.

1.1 Organisering af implementeringsarbejdet

Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe (PAS) har ansvaret for fremdriften i forhold til implementering af praksisplanens anbefalinger og udarbejder udkast til årlige implementeringsplaner, som godkendes i Praksisplanudvalget. Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe igangsætter aktiviteter i henhold til indeværende implementeringshandleplan. Principielle beslutninger i forbindelse med implementeringsaktiviteter forelægges Praksisplanudvalget før aktiviteten igangsættes. Ved behov kan Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe nedsætte midlertidige arbejdsgrupper med henblik på at igangsætte og/eller understøtte konkrete implementeringsaktiviteter. Implementeringsplanen for 2016 indeholder forslag om nedsættelse af 7 midlertidige tværsektorielle arbejdsgrupper under PAS. Arbejdsgrupperne nedlægges igen, når deres opgaver er løst. Kommissorier for arbejdsgrupperne godkendes i PAS.

Årlig implementeringshandleplan

Den årlige implementeringsplan skal så vidt muligt udfolde og konkretisere de enkelte anbefalinger, herunder beskrive opgavefordelingen mellem parterne i forhold til implementering af anbefalingerne. Som minimum beskrives, hvilken indsats der skal sættes i gang for at implementere anbefalingen og hvem der er ansvarlig herfor. Nogle anbefalinger er dækket af overenskomsten. For andre anbefalinger skal der indgås underliggende aftale, når opgaverne er nærmere udviklet og beskrevet.

Årlig implementeringsstatus

Praksisplanudvalget orienteres løbende om arbejdet i Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe. Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe udarbejder desuden årligt en samlet rapport over implementeringsarbejdet for det forgangne år, som forelægges Praksisplanudvalget til godkendelse. Udvalget vedr. Tværsektorielt Samarbejde modtager desuden en gang årligt afrapportering om implementering af praksisplanen.

1.2 Underliggende aftale

Ved nye eller ændrede opgaver/forpligtelser, som ligger uden for almen praksis' forpligtelse jf. overenskomsten, skal der indgås en underliggende aftale, som beskriver vilkårene for almen praksis' forpligtelse.

1.3 Indsatsområder i 2016

Praksisplanudvalget besluttede på møde den 11. december 2015, hvilke anbefalinger der skal igangsættes i 2016. Strukturen i implementeringsplanen følger overordnet opbygningen i praksisplanen for almen praksis, men fokuserer alene på de anbefalinger, som skal implementeres i 2016.

I bilag 1 ses samtlige praksisplanens anbefalinger. Anbefalingerne er nummereret efter forekomst i praksisplanen, ligesom Praksisplanudvalgets beslutning om tidspunkt for igangsættelse af anbefalingerne fremgår. Da indeværende praksisplan kun indeholder de anbefalinger, der skal igangsættes i 2016 er anbefalingsnumrene i indeværende implementeringsplan ikke fortløbende. I bilaget fremgår desuden opdelingen af anbefalinger mellem implementeringsmæssigt ophæng i praksisplanen og sundhedsaftalen, som beskrevet nedenfor.

1.4 Sammenhæng til sundhedsaftalen

Praksisplanen skal være med til at sikre gennemførelsen af sundhedsaftalen. Derfor omhandler flere af praksisplanens anbefalinger almen praksis' deltagelse i arbejdet med implementering af sundhedsaftalen, ligesom implementeringsplanerne for sundhedsaftalen sætter rammerne for implementeringen af en række af anbefalingerne i praksisplanen.

Det er tidligere besluttet i Praksisplanens Administrative Styregruppe, at der så vidt muligt ikke nedsættes permanente arbejdsgrupper under PAS. Ca. en tredjedel af anbefalingerne i praksisplanen løftes i regi af sundhedsaftalen og gennem de arbejdsgrupper, der er nedsat under Den Administrative Styregruppe (DAS). For disse anbefalinger følger PAS derfor arbejdet med implementering af sundhedsaftalen tæt. Eventuelle områder i implementeringen af sundhedsaftalen, som indebærer en ny forpligtelse eller nye/ændrede opgaver for almen praksis, skal drøftes i PAS og Praksisplanudvalget, som også tager stilling til evt. deraf følgende behov for tilføjelse til den underliggende aftale. Implementeringen af de øvrige anbefalinger tilrettelægges gennem drøftelser i PAS. Principielle beslutninger løftes til Praksisplanudvalget.

Fordelingen af anbefalingernes implementeringsmæssige ophæng i hhv. praksisplan og sundhedsaftale fremgår af bilag 1.

Arbejdsgrupper vedr. sundhedsaftalen

Under DAS er der nedsat 5 permanente arbejdsgrupper og 5 tidsafgrænsede arbejdsgrupper, der skal understøtte arbejdet med udvikling, konkretisering og opfølgning på sundhedsaftalen 2015-2018. Med undtagelse af arbejdsgrupperne vedr. data om aktivitet og økonomi og vedr. genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler er almen praksis repræsenteret i alle arbejdsgrupperne:

Permanente arbejdsgrupper

- Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser
- Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler
- Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom
- Sundheds-it og elektronisk kommunikation
- Data om aktivitet og økonomi.

Tidsafgrænsede arbejdsgrupper

- Nye samarbejdsformer
- Aktiv samarbejde med borgere og pårørende
- Patientsikkerhed
- Revision af samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet for voksne og børn
- Samarbejdet på børneområdet.

I takt med at implementeringsarbejdet vedr. sundhedsaftalen skrider frem, forventes det derfor at blive mere klart, hvilke opgaver sundhedsaftalen medfører for almen praksis. Hovedparten af arbejdsgrupperne er startet i sidste halvår af 2015, hvorfor opgaverne for almen praksis endnu ikke er nærmere beskrevet. Alle arbejdsgrupper har imidlertid lavet årlige arbejdsplaner, hvor det fremgår, hvornår de enkelte opgaver forventes afsluttet.

Efterhånden som opgaverne fra sundhedsaftalen bliver klar til afprøvning og/eller implementering i almen praksis, vil de skulle indarbejdes i de årlige implementeringsplaner for praksisplanen.

2. Patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed

I praksisplanen sættes retningen for almen praksis' rolle i udvikling af et aktivt samarbejde med patienten, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed. I det følgende beskrives de anbefalinger vedrørende patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed, der skal arbejdes med i 2016.

2.1 Patienten som aktiv samarbejdspart

Det er en overordnet målsætning, at der skal tilrettelægges differentierede indsatser i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer. Almen praksis skal bidrage til, at patienter og pårørende er og oplever at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb. Patienter og pårørende skal desuden i højere grad deltage, når der træffes beslutninger om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende (anbefaling 1)*
- *At almen praksis deltager i arbejdet med at styrke systematisk involvering af patienter og pårørende ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedr. tværsektorielle indsatser og forløb (anbefaling 3).*

Arbejdet med anbefaling 1 og 3 pågår i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. aktivt samarbejde med borgere og pårørende. Arbejdsgruppen afrapporterer for begge indsatser i 4. kvartal 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS.

2.2 Nye samarbejdsformer

For at styrke sammenhængen i tværsektorielle patientforløb er et nyt og styrket samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører vigtigt. Almen praksis skal derfor indgå i arbejdet med at udvikle og afprøve integrerede organisatoriske modeller på tværs af kommuner, region og praksissektor.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis indgår i arbejdet med udvikling af principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller (anbefaling 5).*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og afprøve modelprojekter (anbefaling 6).*

Arbejdet med anbefaling 5 og 6 pågår i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. nye samarbejdsformer. Arbejdsgruppen forventer at afrapportere for anbefaling 5 i 1. kvartal 2016 og for anbefaling 6 i 2. kvartal 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS.

2.3 Lighed i sundhed

Praksisplanen har som delmålsætning at samarbejde om at skabe mere lighed i sundhed. Lighed i sundhed skal understøttes gennem arbejdet med tidlig opsporing og differentierede indsatser ikke mindst i forhold til sårbare og særligt udsatte borgere. Almen praksis har ligesom kommunerne en funktion tæt på borgernes hverdag, som giver en god mulighed for at være opmærksom på sårbare og særligt udsatte borgere.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i år 2016:

- *At udvælge og implementere samarbejdsmodeller, der imødekommer det øgede behov for tværsektoriel koordinering og fleksibilitet for sårbare og særligt udsatte borgere på baggrund af eksisterende viden og erfaringer (anbefaling 7).*
- *At det i planperioden vurderes, hvordan der kan arbejdes med differentierede tilbud til patienter i almen praksis, ud fra patienternes personlige ressourcer og muligheder (anbefaling 8).*
- *At almen praksis deltager i relevante arbejdsgrupper, forskningsprojekter og udviklingsarbejde om udvikling af metoder til identificering af sårbare borgere og differentierede indsatser (anbefaling 9).*

Vedr. anbefalingerne 7 og 8 nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra almen praksis, kommuner og region, der skal tilrettelægge det videre implementeringsarbejde. Arbejdsgruppen skal desuden inddrage anbefaling 94 (vedr. diagnosticering og behandling ud fra den personcentrerede medinddragelse) i sit arbejde.

Vedr. anbefaling 7 skal der desuden på administrativt plan gøres status over den eksisterende viden og erfaringer på området. Blandt andet er der i maj 2014 afholdt en workshop om lighed i sundhed i regi af KAP-H (Kvalitet i Almen Praksis i Region Hovedstaden), der er udarbejdet et idékatalog med mulige tiltag, ligesom der er lavet erfaringsopsamlinger fra tidligere kvalitetsudviklingsprojekter, bl.a. erfaringer fra Shared Care, Vestegnsprojektet, Udvikling og evaluering af en samarbejdsmodel mellem almen praksis og plejecentre på Frederiksberg (KEU-projekt). Erfaringerne herfra bør indgå i arbejdsgruppens videre arbejde.

Arbejdet vedr. anbefaling 9 begyndes i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom i 2016. Der ses dog en tæt sammenhæng til arbejdet med anbefaling 7, 8 og 28 (vedr. metoder til identificering af sårbarhed), hvorfor arbejdet i arbejdsgruppen under PAS vedr. anbefaling 7, 8 og 94 skal ske under hensyntagen til arbejdet i arbejdsgruppen i regi af sundhedsaftalen.

3. Kapacitet og tilgængelighed

God og lige adgang til almen praksis skal understøttes gennem indsatser, der fokuserer på kapacitet og tilgængelighed ud fra borgernes behov. Kapaciteterne i almen praksis skal som udgangspunkt fordeles i regionen i forhold til befolkningstal, dog skal der tages hensyn til de sårbare områder i regionen, som ønskes styrket.

3.1 Lægedækning og praksisstruktur

Det er en målsætning, at praktiserende læger praktiserer i bæredygtige praksis, hvor organiseringen understøtter høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen blandt andet gennem udbredelse af praksisfællesskaber.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme udbredelsen af praksisfællesskaber (**anbefaling 10**)*
- *At almen praksis indgår i udviklingen af en regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse (**anbefaling 11**).*

Vedr. anbefaling 10 har der i høringsperioden været afholdt dialogmøde, hvor regionen, kommunerne på Vestegnen og almen praksis udvekslede ideer til fastholdelse og rekruttering i sårbare områder. Et af de områder, der blev fremhævet var, at praksisfællesskaber kan være attraktive for nye, yngre læger, og kan være med til at rekruttere til områderne. Input fra mødet skal derfor anvendes i arbejdet med anbefaling 10. Møder i andre områder er undervejs og evt. nye tiltag bør tilsvarende inddrages.

Vedr. anbefaling 11 forventes forslag til en regionsdækkende vision for modeller for fælles sundhedshuse forelagt til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) inden sommeren 2016. Visionen kan derefter danne ramme for en efterfølgende dialog mellem de involverede parter om etablering af fælles sundhedshuse. Almen praksis har deltaget i arbejdet. Som led i arbejdet med en fælles vision for modeller for sundhedshuse har der været afholdt dialogmøde mellem regionen, kommunerne og almen praksis med bred deltagelse af brugerrepræsentanter.

Der henvises i øvrigt til arbejdet med anbefaling 13 nedenfor vedr. udarbejdelsen af en ny model for lægedækning.

3.2 Rekruttering og fastholdelse

Det er en forudsætning for en god lægedækning, at der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til den ønskede kapacitet. Der er en række sårbare områder i regionen, der er mere udsatte for rekrutterings- og fastholdelsesvanskeligheder end resten af regionen. Derfor skal der i planperioden samles viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i disse områder.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som samler viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i områder med mange sårbare borgere og kommer med konkrete forslag til tiltag (**anbefaling 12**)*
- *at der i 2016 udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data (**anbefaling 13**).*

Vedr. anbefaling 12 nedsættes der i 2016 en arbejdsgruppe under PAS bestående af repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen skal inddrage relevant erfaring og viden vedr. rekruttering og fastholdelse herunder bl.a. erfaringerne fra regionalt afholdt dialogmøde med kommunerne på Vestegnen, erfaringerne med juniorgrupper i regi af Den Gruppebaserede Efteruddannelse, ledelseskurserne til almen praksis mv. Tilsvarende bør erfaringer fra det Landsdækkende Forum for drøftelse

og erfaringsudveksling vedrørende lægedækning og rekrutteringsudfordringer i almen praksis følges og indgå i arbejdet. Derudover kan relevante erfaringer fra Foreningen af Yngre Almen Medicinere med fordel inddrages i arbejdet.

Vedr. anbefaling 13 er regionen i gang med at udarbejde en ny model for lægedækning. I modellen skal indgå relevante data, der tager højde for lighed i sundhed som en vinkel ind i opgaven. Når modellen er forberedt administrativt, skal den drøftes politisk forventeligt i 2. kvartal 2016.

3.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg

Med indgåelsen af 'Overenskomst om almen praksis' 2014 åbnes op for en mulighed for decentralisering af ydelsen for sygebesøg. Parterne er enige om, at der skal ses på den samlede ydelse for sygebesøg, herunder også lægebetjening af patienter, der har midlertidigt ophold uden for hjemmet.

Udviklingen i kommunernes opgaveløsning afstedkommer behov for at udvikle velfungerende løsninger for lægebetjening af de kommunale midlertidige tilbud, akutfunktioner, botilbud og plejecentre. Praksisplanen giver forslag til forskellige modeller for lægefaglig betjening af de kommunale akuttilbud, plejecentre m.v. Det forventes, at der i planperioden indgås rammeaftaler med henblik på at imødekomme kommunernes behov.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der indgås rammeaftale om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af akuttilbud, plejecentre, m.m. (anbefaling 15)*
- *At almen praksis og kommunen styrker samarbejdet om opsøgende hjemmebesøg (anbefaling 16)*
- *At almen praksis fortsat indgår i samarbejdet omkring implementering og understøttelse af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner (anbefaling 17).*

Der skal sikres sammenhæng til arbejdet i sundhedsaftalen vedr. samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer, og om samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Ansvar for disse to indsatser i sundhedsaftalen er placeret i Arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

Vedr. anbefaling 16 nedsættes en arbejdsgruppe under PAS, der med afsæt i eksisterende anbefalinger skal udarbejde forslag til, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om opsøgende hjemmebesøg kan styrkes.

Der er igangsat et projekt¹ om kvalitetsudvikling 'i egen klinik', hvor de fleste praksis arbejder med opsøgende besøg. Projektet afsluttes januar 2016. Erfaringerne herfra skal indgå i det videre arbejde med tilrettelæggelse af kommende indsatser.

KAP-Hs aktiviteter (undervisning i opsøgende og opfølgende besøg samt demensydelse) understøtter desuden arbejdet med anbefalingen. Ved behov kan der evt. udvikles yderligere tilbud. Indsatsen koordineres med arbejdet med anbefaling 17 i regi af sundhedsaftalen (se nedenfor).

¹ Projekt igangsat i regi af Kvalitets- og Efteruddannelses Udvalget (KEU). Projektet omfatter 10 praksis.

Vedr. anbefaling 17 er der i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser planlagt en evaluering af rammeaftalen om opfølgende hjemmebesøg med afslutning i 3. kvartal 2016.

3.4 Tilgængelighed

Det er en væsentlig overordnet målsætning fortsat at prioritere tilgængeligheden i almen praksis, så der tilstræbes god og lige adgang for alle patienter. Dette gælder såvel telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed, så patienterne kan komme i kontakt med deres læge, når de har behov for det. I planperioden er parterne enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser og på at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres, ligesom god telefonisk og elektronisk tilgængelighed skal prioriteres. Derfor skal der i det kommende arbejde bygges videre på arbejdet med tilgængelighed, som der allerede har været fokus på i forrige planperiode.

Anbefalinger i Praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At den fysiske tilgængelighed løbende forbedres, bl.a. i forbindelse med flytning (anbefaling 18)*
- *At forbedre oplysningerne om tilgængelighed for borgerne på www.sundhed.dk (anbefaling 19)*
- *At dette kan ske via en frivillig, uvildig tilgængelighedsmærkning, som regionen tilbyder (anbefaling 20)*
- *At kommunerne tænker egnede lokaler til almen praksis ind i lokalplaner og ved opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud (anbefaling 21)*
- *At almen praksis, region og kommune i områder med ringe fysisk tilgængelighed indgår dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes (anbefaling 22)*
- *At der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed i almen praksis (anbefaling 23)*
- *At der følges op med en stikprøveundersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis (anbefaling 24)*
- *At der følges op på stikprøveundersøgelsens resultater (anbefaling 25)*

Vedr. anbefaling 18 imødekommes flytninger indenfor en kommune eller bydel kun, hvis der flyttes til samme eller forbedrede adgangsforhold. Sker flytninger imellem kommuner eller bydele eller sker de ikke til samme eller forbedrede forhold, skal ansøgningen behandles politisk. Det er Region Hovedstadens stående udvalg 'Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde' der behandler flyttesager, og udvalget lægger stor vægt på tilgængelighed. Tilgængelighed er desuden et krav i forbindelse med nynedsættelser.

Vedr. anbefaling 19 og 20 tilbyder regionen alle behandlere i praksissektoren at deltage i en tilgængelighedsmærkning, hvor praksis kan blive opmålt og få udleveret en statusrapport med forslag om tiltag til at forbedre tilgængeligheden i den enkelte praksis. Oplysningerne lægges på sundhed.dk. Regionen arbejder således løbende på forbedring af tilgængeligheden i almen praksis samt sikring af, at oplysninger om tilgængeligheden gøres tilgængelig for borgerne på www.sundhed.dk.

Vedr. anbefaling 21 skal det fra kommunal side beskrives, hvilke muligheder kommunerne har for at understøtte, at almen praksis kan praktisere i egnede lokaler. Dels i forhold til eksisterende byggeri som ønskes anvendt til praksis, hvor lokalplaner bør/kan inddrage muligheden for udvikling af egnede lokaler til almen praksis. Dels i forbindelse med nybyggeri både generelt og mere specifikt, når der etableres kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud. Efterfølgende skal de beskrevne muligheder udbredes til

de enkelte kommuner, herunder til de kommunalt-lægelige udvalg, således at mulighederne kan indgå i det lokale samarbejde mellem almen praksis og kommunerne.

Vedr. anbefaling 22 kan kommunerne bidrage med egnede, attraktive lokaler. I områder med tæt-høj bebyggelse er det kommunernes opgave at tænke egnede lokaler ind i lokalplanen. Parterne vil løbende som led i arbejdet med at sikre lægedækning i hele regionen være i dialog om, hvordan tilgængeligheden kan fremmes yderligere i de sårbare områder.

Vedr. anbefaling 23 bidrager KAP-H til anbefalingen igennem arbejdet med DDKM standard om tilgængelighed. Almen praksis skal jf. denne standard sikre patienten adgang til såvel akut som ikke-akut lægehjælp. Dette indebærer, at de overenskomstmæssige krav vedr. tilgængelighed for akutte og ikke-akutte patienter, adgangsforhold for personer med funktionsnedsættelse, elektronisk kommunikation, sygebesøg samt visitation af patienter skal sikres overholdt. KAP-H arbejder med at understøtte almen praksis i at blive akkrediteret efter DDKM-standarderne.

Vedr. anbefaling 24 og 25 skal der gennemføres en stikprøveundersøgelse af den telefoniske tilgængelighed. Regionen gennemfører undersøgelsen, som forventes at kunne sættes i gang medio 2016. Efter undersøgelsen skal der følges op på undersøgelsens resultater i PAS og Praksisplanudvalget med henblik på at iværksætte relevante indsatser for at forbedre den telefoniske tilgængelighed.

4. Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af almen praksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at almen praksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb. Symptomer på sygdom skal identificeres tidligt og der skal efter behov samarbejdes om en god og hurtig visitation fra praksis til videre behandling andre steder i sundhedsvæsenet. Der skal ligeledes sikres opfølgning og gode overgange til praksis fra de øvrige sundhedsaktører efter endt behandling. Det er et særligt mål at tilrettelægge det samlede sundhedstilbud, så der sikres sammenhæng for de patienter, der har mest brug for en fokuseret indsats. Dette gælder især for patienter med samtidige forløb i flere sektorer, f.eks. patienter med kronisk eller psykisk sygdom og ældre medicinske patienter.

4.1 Samarbejde om bestemte målgrupper

Med udgangspunkt i målgrupperne i praksisplanen sættes der i det følgende fokus på de konkrete implementeringstiltag for 2016 inden for de enkelte målgrupper.

4.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient

Den praktiserende læge har en vigtig rolle i forhold til at følge anbefalingerne i forløbsprogrammerne samt til at henvise til relevante tilbud.

Forløbsprogrammerne er tilrettelagt, så de kan rumme de fleste patienters behov. Men der er samtidig behov for at sikre differentierede indsatser, der kan tilpasses patienter med særlige behov og ønsker eller ressourcer. Parterne har et særligt fokus på at forebygge ind- og genindlæggelser. Forudsætningen for at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom. Almen praksis har en nøglefunktion i forhold til tidlig opsporing og at risikofaktorer og egentlig sygdom opdages. Den praktiserende læge har pga. sin kontinuerlige kontakt med patienterne mulighed for opsporing og intervention – ikke mindst blandt patienter tilhørende risikogrupper.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der arbejdes for at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere, specielt tovholderrollen i almen praksis (anbefaling 26).*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering samt indikatorer, som skal gøre det muligt at følge og monitorere dette (anbefaling 27).*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom og/eller flere samtidige sygdomme (anbefaling 28).*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing i almen praksis af voksne patienter med KOL og astma hos børn (anbefaling 30)*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom (anbefaling 31)*
- *At sikre, at alle læger anvender SOFT-portalen til informationssøgning i forbindelse med henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud (anbefaling 34)*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at styrke samarbejdet om anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer, herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, der sikrer, at borgere med behov herfor, tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation (anbefaling 35).*

Vedr. anbefaling 26 eksisterer der standarder i Den Danske Kvalitets Model for håndtering af patientforløb for diabetes og KOL samt procedure for koordinering og kontinuitet i patientforløb, som bidrager til arbejdet med forløbsprogrammer. KAP-H understøtter implementeringen af DDKM i almen praksis bl.a. ved at tilbyde undervisning og eksempler på opfyldelse af de 16 standarder.

Der vil blive set på mulighederne for, at KAP-H evt. kan understøtte implementering af forløbsprogrammerne yderligere fx ved udvikling af efteruddannelsestilbud/pakketilbud til efteruddannelsesgrupperne (DGE) under KAP-H.

I regi af det tværsektorielle samarbejde i KAP-H understøttes gode patientforløb blandt andet ved hospitalspraksiskonsulenters og specialepraksiskonsulenters arbejde i sektorskiftet, og forløbsbeskrivelserne er et væsentligt redskab til lægens overblik over patientforløbet. Forløbsbeskrivelser vedrører dog kun arbejdsdelingen mellem almen praksis og hospitaler. Forløbsprogrammer inddrager tillige øvrige relevante aktører, nemlig de øvrige ydergrupper og kommuner.

Vedr. anbefaling 27 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Styregruppen for evaluerings- og analysemodellen. Styregruppen forelægges forslag til indikatorer primo 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS.

Vedr. anbefaling 28 påbegyndes arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen for patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom i 2016. Der ses en tæt sammenhæng til arbejdet med anbefaling 9 og bl.a. differentierede indsatser overfor sårbare borgere.

Vedr. anbefaling 30 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom. Fra centralt hold lægges op til en proces primo 2016, hvor der først forhandles en overordnet forståelsesramme mellem Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner og PLO, der indeholder en beskrivelse af opgaven og finansieringsforudsætninger samt aftale om mål og opfølgning. Dernæst udarbejdes lokalaftaler om opgaven, der implementeres i praksisplanerne.

Vedr. anbefaling 31 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Arbejdsgruppen afrapporterer for indsatsen i 4. kvartal 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS.

Vedr. anbefaling 34 er der en snitflade til arbejdet med indsats 32 i sundhedsaftalen i regi af Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom, der omhandler opdatering af SOFT-portalen. Arbejdet med indsatsen blev startet i 4. kvartal 2015. Desuden skal der arbejdes på at udbrede kendskabet til SOFT portalen og øge trygheden ved at anvende portalen til informationssøgning. Dette arbejde kan understøttes af KAP-H.

Vedr. anbefaling 35 løftes arbejdet i regi af sundhedsaftalen. Arbejdet er endnu ikke påbegyndt, men forventes påbegyndt i 2016.

4.1.2 Samarbejde på kræftområdet

Det er af stor betydning, at almen praksis fortsat bidrager til hurtig udredning af kræft samt gode individuelle opfølgingsforløb. På nationalt plan tilrettelægges i øjeblikket en ændring af opfølgingsforløbet efter endt hospitalsbehandling, hvor almen praksis tiltænkes en større rolle, ligesom arbejdet med Kræftplan IV er påbegyndt.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis fortsat bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet (anbefaling 36)*
- *At almen praksis bidrager til at sikre gode individuelle opfølgingsforløb efter endt primær behandling for kræftsygdom, herunder implementere de 19 nationale opfølgingsforløb for kræftpatienter (anbefaling 37)*
- *at almen praksis bidrager til at implementere initiativerne i Kræftplan IV (anbefaling 38)*
- *at almen praksis medvirker til, at flere patienter med behov henvises til kommunens tilbud om rehabilitering og palliation (anbefaling 39)*
- *at almen praksis fortsat har fokus på børn og unge som pårørende (anbefaling 40)*
- *at der afholdes koordinationsmøder, hvor det er relevant (anbefaling 41).*

Anbefalingerne 36, 37 og 38 har tæt sammenhæng og håndteres derfor samlet i det videre arbejde.

Vedr. anbefaling 36 har der været afholdt kurser i tidlig opsporing af kræft og brugen af diagnostiske enheder. Der skal fortsat udbydes uddannelses tilbud/kurser i regi af KAP-H, der understøtter dette arbejde.

Derudover er der tilbud om ”Tidlig opsporing af kræft” til DGE-grupperne. Der skal løbende og efter behov udarbejdes yderligere efteruddannelses-’pakker’ til DGE. I den systematiske efteruddannelse indgår kræft under temaet diagnosticering, og der vil blive udarbejdet forslag til uddannelses tilbud i det regi.

I regi af Danske Regioner arbejdes på udmøntning af regeringens forslag om en yderligere indsats i forhold til tidlig opsporing og bedre mulighed for adgang til diagnostiske tilbud. I takt med at indsatsen udfoldes nærmere fra centralt hold, må der tages stilling til relevante implementeringsindsatser og evt. behov for underliggende aftale i regionen.

Vedr. anbefaling 37 pågår der pt. i regi af Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner forhandlinger med PLO om udrulning af de 19 opfølgingsforløb, som skal sikre en mere individuel opfølgning af kræftpatienter,

hvoraf noget skal foregå hos praktiserende læge. Når arbejdet er klar på nationalt niveau, skal der sikres en lokal udrulning og PAS skal efter behov drøfte relevante implementeringsindsatser. Når det ligger klart, i hvilket omfang og under hvilke rammer almen praksis skal indgå i kræftopfølgningen kan der tages stilling til, hvordan KAP-H kan understøtte arbejdet bl.a. gennem undervisning af praktiserende læger.

Vedr. anbefaling 38 pågår der i øjeblikket i regi af Sundhedsstyrelsen et forberedende arbejde vedr. kræftplan IV. Når arbejdet er klar på nationalt niveau, skal der sikres en lokal udrulning og PAS skal efter behov drøfte relevante implementeringsindsatser og evt. behov for underliggende aftale. Almen praksis skal indgå i eventuelle arbejdsgrupper, hvis der viser sig et behov for det, og der skal efter behov udbydes kurser til almen praksis i regi af KAP-H.

Vedr. anbefaling 39 er der i regi af sundhedsaftalen aftalt, at Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom følger anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation. Arbejdet med anbefalingen skal derfor koordineres tæt med arbejdet i denne arbejdsgruppe

Vedr. anbefaling 40 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. samarbejdet på børneområdet, som forventes nedsat primo 2016.

Vedr. anbefaling 41 afholder KAP-H roadshows om palliation, hvori udbredelse af kendskab til muligheden for - samt forslag til konkret brug af - koordinationsmøder skal indarbejdes. KAP-H har en rolle i forhold til at sikre, at roadshows om palliation fremadrettet indeholder undervisning i, hvordan der afholdes koordinationsmøder med kommunerne i forhold til palliation jf. overenskomsten. Kommunerne kan desuden udbrede kendskabet til koordinationsmøder gennem drøftelser i de kommunalt-lægelige udvalg, hvor det også kan drøftes, hvordan det lokale samarbejde omkring koordinationsmøderne kan styrkes.

4.1.3 Samarbejde om gravide nyfødte og børn

Almen praksis har under og efter graviditeten og i barnets første leveår mange kontakter med mor og barn, og har en særlig rolle betinget af et bredt kendskab til familien. Almen praksis har derfor mulighed for at være opmærksom på forhold, som kræver en indsats fra en eller flere sektorer samtidig. Almen praksis skal derfor fortsat deltage i arbejdet med at udvikle samarbejdet på svangreområdet herunder styrke samarbejdet om sårbare gravide og sårbare børn.

Anbefalinger i praksisplane der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis fortsat deltager i arbejdet med at udvikle samarbejdet på svangreområdet herunder samarbejdet om sårbare gravide (anbefaling 42).*
- *At almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle samarbejdet om sårbare børn (anbefaling 43).*
- *At almen praksis deltager i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing og udredning af astma hos børn i almen praksis (anbefaling 47).*

Vedr. anbefalingerne 42, 43 og 47 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. samarbejdet på børneområdet, som forventes nedsat primo 2016..

4.1.4 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Et tværsektorielt samarbejde om tidlig opsporing og en koordineret indsats til borgere, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom, er derfor central. Børn er en særlig målgruppe. Der skal sikres en effektiv

henvisning til videre behandling. Derfor skal almen praksis deltage i udviklingen af entydige og let tilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatri og praksissektoren. Det er en særlig indsats at sikre opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med samtidig psykisk sygdom. For patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug skal sikres en koordineret indsats.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis bidrager aktivt i planlægningen af nye indsatser til børn og unge med psykisk sygdom (anbefaling 48)*
- *At almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle entydige og lettilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatrien og praksissektoren (anbefaling 50)*
- *At der aftales retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om børn og unge, der ønskes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien (anbefaling 51)*
- *At almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer på det psykiatriske område (anbefaling 52)*
- *At almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede (anbefaling 53)*
- *At almen praksis inddrages i tilrettelæggelsen af samarbejdet om at informere borgere med psykisk sygdom om muligheden for at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (anbefaling 54)*
- *At almen praksis inddrages i udviklingen af nye modeller for samarbejdet om mennesker med samtidig forekommende psykisk sygdom og misbrug (anbefaling 56).*
- *At parterne arbejder for sammenhæng i behandlingstilbud for patienter med både misbrug og psykisk sygdom (anbefaling 57).*
- *At almen praksis understøtter patientens egen motivation for at tage imod relevante behandlingstilbud [borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug] (anbefaling 58).*

Vedr. anbefaling 48 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. samarbejdet på børneområdet, som forventes nedsat primo 2016

Arbejdet med *anbefalingerne 50-51* pågår i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. revision af samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet for hhv. voksne og børn. Arbejdsgruppen forventes at afrapportere primo 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS.

Vedr. anbefaling 52 er arbejdet med udvikling af nye samarbejdsformer i form af afprøvning af forskellige Shared Care modeller under afprøvning i projektform i Region Hovedstadens Psykiatri. COLLABRI projektet forventes afsluttet i maj 2016, og evalueringen af projektet forventes at foreligge medio 2017. Derudover er endnu et Shared Care projekt i gang i Region Hovedstadens Psykiatri. Projektet IBBIS, der har fokus på at give sygedagpengemodtagere med lettere psykiske lidelser en hurtigere og bedre proces for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, forventes afsluttet i april 2018. Såfremt det besluttet, at Shared Care modellerne efter projektperioderne skal sættes i drift i et bredere setup, skal aftale med almen praksis og kommunerne herom indarbejdes i den underliggende aftale.

Vedr. anbefaling 53 skal arbejdet tilrettelægges i et samarbejde med Region Hovedstaden Psykiatri og speciallægepraksis, således at indsatsen tager højde for de aktuelle retningslinjer på det psykiatriske område. KAP-H inddrages i arbejdet med henblik på udvikling af evt. efteruddannelsesaktiviteter.

Vedr. anbefaling 54 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom, som forventes opstartet i 3. kvartal 2016. Der ses en tæt sammenhæng til arbejdet med anbefaling 9 om bl.a. differentierede indsatser.

Vedr. anbefalingerne 56 og 57 pågår der et arbejde i regi af sundhedsaftalen bl.a. i Arbejdsgruppen vedr. revision af samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet for voksne. Der afrapporteres på arbejdet primo 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS. Samarbejdet vedr. borgere med dobbeltdiagnoser forventes at blive berørt i samarbejdsaftalerne.

Der er desuden igangsat 3 projekter f.eks. projekt om udarbejdelse af en generisk model for implementering af koordinerende indsatsplaner vedr. borgere med dobbeltdiagnoser. En eventuel rolle for almen praksis heri er endnu er uafklaret. Der vil foreligge en samlet afrapportering på indsatsen i sundhedsaftalen ultimo 2016, hvorefter der kan tages stilling til behovet for nærmere drøftelser i PAS.

Vedr. anbefaling 58 er psykiatri et tema i den systematiske efteruddannelse, og den motiverende samtale forventes at blive en del af uddannelsesstilbuddene. Efteruddannelse på dette område kan formentlig medvirke til et øget kendskab til de særlige problemstillinger, der er i forhold til borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug, herunder tilgangen til at motivere til at modtage relevante behandlingstilbud.

KAP-H vil blive inddraget i relevante arbejdsgrupper, bl.a. om udvikling af uddannelsesstilbud indenfor den systematiske efteruddannelse og vil desuden komme til at forestå implementering af konkrete tilbud, herunder udbud af kurser og uddannelsesstilbud.

4.1.5 Samtaleterapi

Aktuel viden om nuværende praksis på området skal beskrives, ligesom parternes ønsker til en ny aftalemodel skal klarlægges med henblik på, at der evt. kan indgås en decentral aftale om samtaleterapi. Parterne er således enige om, at der skal arbejdes videre med en konkretisering af ydelsen, herunder at der ses på sammenhænge mellem tilbud om samtaleterapi i forskellige dele af praksissektoren og i kommunerne. En decentralisering af ydelsen til samtaleterapi vil skulle indgå i den underliggende aftale.

4.1.6 Samarbejde på misbrugsområdet

Almen praksis' primære rolle er at oplyse patienter om behandlingsmulighederne i kommunen og at behandle øvrige sygdomme hos patienten. Den tidlige opsporing og indsats overfor borgere med misbrug og børn i familier med misbrugsproblemer skal styrkes. På samme måde skal det tværsektorielle samarbejde omkring henvisning til misbrugsbehandling og øvrige relaterede tilbud i kommunerne udvikles.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis deltager i arbejdet med at styrke en tidlig opsporing og indsats overfor borgere med misbrug og børn i familier med misbrugsproblemer (anbefaling 59).*
- *At almen praksis indgår i arbejdet med at sikre entydige og lettilgængelige henvisningsprocedurer (anbefaling 60).*

Vedr. anbefaling 59 pågår et arbejde med at synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. samarbejdet på børneområdet, som forventes nedsat primo 2016. Arbejdet vedr. tidlig opsporing og indsats overfor borgere med misbrug generelt påbegyndes i 2017.

Vedr. anbefaling 60 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen. Behovet for nærmere drøftelser i PAS vurderes løbende.

4.2 Samarbejde om medicin

Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet. Målene er at sikre, at patienterne er medicineret rigtigt og sikkert og at utilsigtede hændelser reduceres, herunder at det Fælles Medicin Kort (FMK) er fuldt ud implementeret og anvendes korrekt.

4.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicinhåndtering

Et godt samarbejde og en løbende kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospitaler om medicinhåndtering er vigtigt, hvorfor der skal udarbejdes rammer herfor i planperioden.

Anbefaling i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der udarbejdes rammer for det løbende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering (anbefaling 62)*

Vedr. anbefaling 62 skal der nedsættes en arbejdsgruppe under PAS, der kan udarbejde rammer for samarbejdet om medicinhåndtering. Arbejdsgruppens formål er at sikre, at der etableres en fælles forståelse om roller og ansvar i det daglige samarbejde om borgernes medicin.

Anbefalingen har en snitflade til arbejdet i sundhedsaftalen i regi af Arbejdsgruppen vedr. indlæggelser og genindlæggelser, der omhandler en præcisering af organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation.

Anbefalingen har desuden en snitflade til arbejdet i sundhedsaftalen i regi af Arbejdsgruppen vedr. indlæggelser og genindlæggelser, der omhandler aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud, samt arbejdet i regi af sundhedsaftalen vedr. delegation.

4.2.2 Det Fælles Medicinkort (FMK)

Der skal arbejdes for at understøtte implementeringen og anvendelsen af FMK i det tværsektorielle medicinsamarbejde.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At følge op på implementeringen af FMK (anbefaling 63)*
- *At almen praksis gennem deltagelse i den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe bidrager til udarbejdelse og implementering af anvendelse af FMK i det tværsektorielle arbejde (anbefaling 64).*

Vedr. anbefaling 63 og 64 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen FMK-Tværs. Behovet for nærmere drøftelser i PAS vurderes løbende.

4.2.3 Medicingennemgang

Uanset FMK kan patienten i visse situationer have behov for, at kommunen kan anmode om en individuel medicingennemgang af patientens medicin. Derfor skal der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang foretaget af almen praksis.

Anbefaling i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis (anbefaling 65).*

Arbejdet med *anbefaling 65* forankres i arbejdsgruppen vedr. samarbejdet om medicin håndtering jf. anbefaling 62.

Anbefaling 65 har desuden en snitflade til arbejdet i regi af sundhedsaftalen om implementering af en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicin afstemning i 2016. Arbejdet er forankret i Medicinfunktionen på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler.

De aktuelle rådgivnings- og undervisningstilbud, der medvirker til at understøtte arbejdet med medicingennemgang i almen praksis, skal fastholdes. Det gælder blandt andet Medicingennemgangsprojektet i regi af Klinisk Farmakologisk Afdeling², medicinkonsulenternes arbejde og telefonrådgivningen MedicinInfo.

Der skal gennem KAP-H sikres udbredelse af kendskabet til og opdatering af redskaber, og ydelser til medicingennemgang. Der er tæt sammenhæng til anbefaling 87 om at fremme kendskab til telefonrådgivningen Medicininfo på Klinisk Farmakologisk Afdeling

Desuden er der bevilget midler til at beskrive og pilotteste oprettelse af et polyfarmaciambulatorie i 2016 på Bispebjerg Hospital, hvor målgruppen er de multisyge, polymedicinerede ældre, som behandles af flere aktører. Både almen praksis og hospitalerne kan henvise til ambulatoriet. PAS vil følge arbejdet og erfaringerne.

Der skal sikres samarbejde med Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe om implementering af anbefalingen.

4.2. 4 Dosisdispensering

Arbejdet på medicinområdet skal desuden understøtte, at dosisdispensering kan anvendes korrekt og sikkert.

Anbefaling i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At arbejde for at dosisdispensering kan anvendes sikkert (anbefaling 66).*

Vedr. anbefaling 66 pågår arbejdet i regi af Den Administrative Styregruppe, hvor en arbejdsgruppe er i gang med at revidere den gældende tværsektorielle aftale om dosisdispensering. Almen praksis deltager i arbejdet. Den reviderede aftale vil håndtere, at hospitalets afmeldinger af dosisdispensering til apoteket foregår med anvendelse af elektronisk korrespondancemeddelelse. Almen praksis vil i den reviderede aftale, ligesom i den gældende aftale, være ansvarlig for at genoptage dosisdispensering, hvis/når det vurderes, at borgeren er egnet til denne administrationsform. Den Administrative Styregruppe forelægges forslag til aftale om dosisdispensering på møde den 11. marts 2016.

² Projektet, hvor almen praksis med udgangspunkt i patientcases modtager rådgivning om medicingennemgang, skal medvirke til styrkelse af rationel farmakoterapi. Projektet er finansieret af satspuljemidlerne under DÆMP og videreføres for ubrugte midler i 2016

Sikker anvendelse af dosisdispensering afhænger af fuld implementering af dosisdispensering i alle FMK løsninger og at alle parter anvender funktionaliteten i FMK til håndtering af dosisdispensering. Dosisdispensering forventes at være fuldt implementeret i alle FMK løsninger ved udgangen af 2018.

4.3 Digital kommunikation

Velfungerende og understøttende digitale løsninger er centrale for sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenets indsatser. Det er en målsætning, at styrke den digitale kommunikation og sikre god kvalitet i digitale meddelelser på tværs af sektorerne. I planperioden ses på muligheden for at anvende telemedicinske løsninger til at understøtte opgavevaretagelsen i almen praksis og i dialogen mellem patient og almen praksis.

4.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange

Konkret er der brug for, at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde og implementere kommunikationsaftaler, hvor det er relevant. Let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren er vigtig for at optimere og koordinere smidige og sikre forløb på tværs af sektorer. På nationalt plan arbejdes i øjeblikket med vurdering af, hvilke sundhedsoplysninger, der er størst behov for at dele. Parterne i praksisplanen vil løbende følge dette arbejde.

Der skal derudover arbejdes for sikre hurtige og tilgængelige henvisningsveje samt relevante og fyldestgørende henvisninger og epikriser, der sikrer, at parterne modtager de nødvendige og relevante oplysninger med henblik på det videre forløb.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis deltager indgår i arbejdet med at udarbejde og implementere kommunikationsaftaler på det ambulante område, akutområdet, børneområdet, social- og psykiatriområdet, handicapområdet og jobcentre (anbefaling 67)*
- *At der indgås samarbejdsaftale med almen praksis om nye kommunikationsaftaler og implementering heraf, hvor det er relevant (anbefaling 68)*
- *At der ses på muligheder for udbredelse af videotolkning (anbefaling 71)*
- *At der fortsat arbejdes for at sikre tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis og epikriser tilsendt almen praksis (anbefaling 72)*
- *At der arbejdes for, at det vigtigste/det der kræver handling, placeres først i epikrisen (anbefaling 73)*
- *At der arbejdes for understøttelse af sikker ansvarsoverdragelse (anbefaling 74).*

Vedr. anbefaling 67 og 68 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen i Arbejdsgruppen vedr. Sundheds-it og elektronisk kommunikation. Arbejdsgruppen er forsinkede i arbejdet på grund af tekniske udfordringer med at sende og modtage meddelelser på det psykiatriske område og genoptræningsområdet. Behovet for nærmere drøftelser i PAS vurderes løbende.

Vedr. anbefaling 71 er regionen i gang med at vurdere businesscasen for videotolkning. Når dette arbejde er færdigt, kan konkrete implementeringsindsatser drøftes og igangsættes i regi af datakonsulentfunktionen.

Arbejdet med anbefaling 72 sker i regi af KAP-H konsulenterne på hospitalerne, idet der arbejdes med konkrete tilbagemeldinger til praksis ved mangelfulde henvisninger med henblik på at ændre praksis, hvor der viser sig behov for det. Dette arbejde fortsættes i perioden.

Vedr. anbefaling 73 forventes der i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen at blive taget højde for, at det vigtigste står først i epikrisen. Implementering af Sundhedsplatformen påbegyndes i maj 2016 og forventes fuldt implementeret på alle regionens hospitaler med udgangen af 2018.

Vedr. anbefaling 74 nedsættes en arbejdsgruppe under PAS til nærmere beskrivelse af opgaven med at understøtte sikker ansvarsoverdragelse.

4.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper

Korrespondancemeddelelser skal udbredes som supplerende kommunikationsform i alle sektorer, ligesom der er behov for at arbejde for så korte svarfrister som muligt. Det er afgørende for patientsikkerheden, at ansvaret er entydigt placeret i forbindelse med sektorovergange. I planperioden skal der arbejdes for sikker ansvarsoverdragelse særligt når det vedrører sårbare borgere og særligt komplekse forløb.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At korrespondancemeddelelser implementeres organisatorisk fuldt ud som kommunikationsredskab i det tværsektorielle samarbejde og efterfølgende indtænkes i sikker ansvarsoverdragelse (anbefaling 75).*
- *At principperne for sikker mundtlig kommunikation anvendes (anbefaling 76).*
- *At rammeaftalen om, at svartiden på korrespondancemeddelelsen tilstræbes at være max tre hverdage, udbredes til alle kommuner, hospitaler og almen praksis (anbefaling 77).*
- *At almen praksis deltager i arbejdet om at sikre en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og børneområdet (anbefaling 78).*

Vedr. anbefaling 75 og 77 pågår arbejdet i regi af sundhedsaftalen. Aftale om korrespondancemeddelelser skal revideres (bilag 2 til kommunikationsaftalen på det somatiske område). Der er endnu ikke aftalt en plan for arbejdet, men det forventes igangsat i 2016.

Anbefaling 76 hænger indholdsmæssigt tæt sammen med *anbefalingerne 80 og 81* i næste afsnit. De tre anbefalinger håndteres derfor samlet i det videre implementeringsarbejde.

Der skal i 2016 nedsættes en arbejdsgruppe under PAS, der skal drøfte, hvordan det sikres, at principperne for sikker mundtlig kommunikation anvendes i alle sektorer (76) og hvordan der kan aftales fælles rammer for den telefoniske/elektroniske kommunikation, med afsæt i ISBAR-princippet (81). Det drøftes hvilke dele af den gensidige tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne, der skal udvikles og hvordan (80).

'Riskmanagere' for almen praksis og i kommunerne følger desuden utilsigtede hændelser på området og udvikler på den baggrund anbefalinger til nærmere indsatser efter behov. KAP-H's patientsikkerhedskonsulenter følger arbejdet og understøtter implementering af eventuelle anbefalinger og etablerer relevante efteruddannelses tilbud efter behov.

Vedr. anbefaling 78 pågår der et arbejde i regi af sundhedsaftalen vedr. udarbejdelse af kommunikationsaftaler for børn og unge. Arbejdet foregår i Arbejdsgruppen vedr. Sundheds-it og elektronisk kommunikation. Samme arbejdsgruppe har ansvar for, at arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet. Denne del påbegyndes først i 2017.

4.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen

4.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Almen praksis har sammen med kommunerne en central rolle i forhold til at sikre forebyggelse af sygdom og forværring af eksisterende sygdom, at sikre gode forløb for svækkede og syge patienter samt at forebygge genindlæggelser. Centralt står det social-lægelige samarbejde, hvor relevante sociale og lægelige oplysninger formidles mellem kommuner og læger med henblik på at opnå den optimale sagsbehandling for borgerne.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der arbejdes på at tilvejebringe et smidigt og velfungerende samarbejde omkring attester, særligt på beskæftigelsesområdet (anbefaling 79)*
- *At kommunerne og almen praksis udvikler deres gensidige tilgængelighed, så der hurtigt og klart kan kommunikeres om patienter (anbefaling 80).*
- *At der udarbejdes rammer for den elektroniske kommunikation, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes og aftaler om at bruge sikker kommunikation (efter ISBAR-princippet)(anbefaling 81).*

Vedr. indsats 79 nedsættes der en arbejdsgruppe i regi af PAS, der skal afklare hvilke attester, der primært kan være tale om og aftaler rammer for samarbejdet omkring attester.

Vedr. anbefaling 80 og 81 se ovenfor vedr. anbefaling 76.

4.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne

Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne har været i fokus i en årrække, herunder med fokus på at understøtte opgavevaretagelsen til og fra almen praksis, så der sikres kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *at der arbejdes videre med at udvikle og implementere almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet (anbefaling 82)*
- *at optimere ressourceudnyttelsen og fleksibiliteten, så almen praksis aflastes af hospital, kommune og andre praksisydere, f.eks. ved at patienten på udvalgte ydelser ikke nødvendigvis skal henvises via egen læge (anbefaling 83)*
- *at behovet for rådgivning vedr. psykiatri på tværs af sektorer afklares og udvikles i et samarbejde mellem parterne (anbefaling 84)*
- *At kendskabet i almen praksis til rådgivningsordningerne på det psykiatriske område udbredes – (anbefaling 85).*
- *At fremme kendskab til muligheden for at kontakte og bruge Klinisk Farmakologisk Afdeling – Medicininfo – (anbefaling 87).*
- *at der arbejdes for at sikre procedurer for aktivering af praktiserende læger ved behov i beredskabssituationer (anbefaling 88)*
- *At der arbejdes for at udbrede kendskabet til mulighederne for akut psykiatrisk hjælp – (anbefaling 89).*

Vedr. anbefaling 82 arbejder regionen kontinuerligt og efter behov på udvikling af adgangen til - og kvaliteten af - den diagnostiske bistand til almen praksis. Foruden videreførelse af de eksisterende tilbud på det diagnostiske område, vil der i 2016 særligt være fokus på at understøtte almen praksis' opgavevaretagelse på kræftområdet, herunder på etablering af en rådgivnings/sparrings-funktion indenfor en række af de organspecifikke kræftsygdomme og udvidet adgang til billeddiagnostiske undersøgelser.

Vedr. anbefaling 83 vil mulighederne for optimering af ressourceudnyttelsen og fleksibilitet løbende blive drøftet mellem parterne.

Der er tæt sammenhæng mellem *anbefalingerne 84, 85 og 87*, hvorfor de håndteres sammen

Der er allerede en del tiltag, der understøtter udbredelse af kendskabet til de relevante rådgivningsordninger, herunder er de beskrevet i en forløbsbeskrivelse, der er tilgængelig for almen praksis på Sundhed.dk. Rådgivningsordningerne og mulighederne for akut psykiatrisk hjælp formidles desuden løbende ved gå hjem-møder og diverse klinikbesøg. Disse aktiviteter fastholdes i 2016.

Derudover er udbredelse af kendskabet til mulighederne for at få hjælp på det psykiatriske område en del af den systematiske efteruddannelse, hvor der arbejdes på udvikling af et to dages uddannelsesstilbud på to psykiatridage. Evt. yderligere indsatser planlægges i KAP-H i samarbejde med Klinisk Farmakologisk Afdeling og Region Hovedstaden Psykiatri.

Vedr. anbefaling 88 er der indgået aftale med almen praksis om deltagelse i beredskabssituationer.

Vedr. anbefaling 89, er der ved at blive udarbejdet en forløbsbeskrivelse om den akutte psykiatriske patient. Specialepraksiskonsulenterne i psykiatrien og den gruppebaserede efteruddannelse udbreder kendskab til mulighederne og anvendelsen heraf, ligesom den annonceres i Praksis-Nyt og offentliggøres på Sundhed.dk.

5. Kvalitet

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte, at almen praksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever høj faglig kvalitet i opsporing, diagnostik og behandling.

5.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis

Det er et mål for kvalitetsarbejdet, at almen praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling med Den Danske Kvalitetsmodel som ramme for arbejdet. Kvalitetsarbejdet tilrettelægges derfor, så det understøtter organisatorisk kvalitet, sundhedsfaglige kvalitet, patientoplevels kvalitet og datadrevet kvalitetsudvikling.

Anbefalinger praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At almen praksis bidrager til at skabe et meningsfuldt og relevant fælles grundlag for kvalitetsudviklingsarbejdet med fokus på følgende elementer: 1) Implementering af DDKM's akkrediteringsstandarder for almen praksis 2) Udvikling og implementering af værktøjer til understøttelse af klinikkernes arbejde med akkreditering (**anbefaling 90**).*

Vedr. anbefaling 90 vil KAP-H fortsat understøtte udvikling og implementering af værktøjer til understøttelse af klinikkernes arbejde med DDKM i 2016. Der rapporteres på fremdriften af arbejdet i KAP-H's årsberetning.

5.3 Den organisatoriske kvalitet

Som følge heraf skal kvalitetsarbejdet i almen praksis have fokus på ledelse og organisering med henblik på at opnå en bedre kvalitet og arbejdstilrettelæggelse, ligesom patientforløb søges optimeret via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At hver enkelt praksis optimerer patientforløb ved at arbejde fokuseret med ledelse og organisering (anbefaling 91).*
- *At almen praksis styrker den organisatoriske tilrettelæggelse, herunder ved efteruddannelse i ledelse og organisationsudvikling (anbefaling 92).*

Vedr. anbefaling 91 understøtter KAP-H implementeringen af DDKM – herunder optimering af patientforløb via aktiviteter på området ”ledelse og organisering”. KAP-H er også ansvarlig for at udvikle eventuelle yderligere tilbud. Der er tæt opgavemæssig sammenhæng mellem anbefaling 91 og anbefaling 92.

Vedr. anbefaling 92 tilbyder KAP-H fortsat årskurser i ledelse og udvikling af praksis, samt kurser i ledelse af akkrediteringsprocessen. KAP-H er også ansvarlig for at udvikle eventuelle yderligere tilbud med fokus på organisering og ledelse.

5.4 Den sundhedsfaglige kvalitet

Kvalitetsarbejdet skal også understøtte, at almen praksis arbejder efter opdaterede faglige retningslinjer, at almen praksis foretager relevant dokumentation af kvaliteten af behandlingen og patientoplevelserne, samt at patientsikkerheden i almen praksis styrkes.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At det kvalitetsforbedrende arbejde understøttes med udgangspunkt i evidensbaserede vejledninger (anbefaling 93).*
- *At understøtte, at patienterne tilbydes relevant diagnosticering og korrekt behandling ud fra rammerne for den personcentrerede medinddragelse (anbefaling 94).*
- *At understøtte udviklingen af patientsikkerhed, herunder fremme arbejdet med indrapportering af utilsigtede hændelser (anbefaling 95).*
- *At der i planperioden inddrages vidensformidling og udvikling i det kommunale sundhedsvæsen i efteruddannelsesaktiviteterne (anbefaling 96).*
- *At der ud fra anbefalingerne i den samlede praksisplan udarbejdes relevante efteruddannelsesaktiviteter (anbefaling 97).*

Vedr. anbefaling 93 understøtter KAP-H implementeringen af kliniske vejledninger. I regi af DSAM er der et pilotprojekt i gang om udvikling af en håndbog til implementering af kliniske vejledninger, som vil blive implementeret og brugt videre, hvis pilotafprøvningen viser gode resultater.

Vedr. anbefaling 94, afholdes der i 2016 på Store Praksisdag en session om diagnostik og behandling ud fra rammerne for den personcentrerede medinddragelse. Derudover indgår anbefalingen i arbejdsgruppen vedr. lighed i sundhed.

Vedr. anbefaling 95, understøtter KAP-H fortsat indrapportering af UTH'er, samt at der drages læring på baggrund af indrapporteringer. Bl.a. er der ansat patientsikkerhedskonsulenter, som dels understøtter

linikkerne og dels bidrager til udbredelse af viden. Dette arbejde pågår også i 2016.

Vedr. anbefaling 96 udbyder KAP-H roadshows med fokus på almen praksis og samarbejdet med hospitalerne og det kommunale sundhedsvæsen. Kommunerne inddrages på møderne. Dermed kan anbefaling 76 om ISBAR også understøttes på møderne. Konceptet med at arbejde med roadshows fortsætter i 2016 med fokus på samarbejde mellem kommuner, almen praksis og hospitaler indenfor forskellige fælles faglige områder.

Vedr. anbefaling 97 understøtter KAP-H allerede mange af praksisplanens anbefalinger og nye udvikles og udbydes efter behov.

5.5 Den patientoplevede kvalitet

I planperioden skal der fokuseres på at skabe læring og udvikling på baggrund af tilbagemeldinger og inddragelse af patienterne.

Anbefalinger i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der i planperioden fokuseres på udvikling og kvalitetsforbedringer på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter (anbefaling 98).*
- *At følge arbejdet med at skabe læring ved inddragelsen af patienterne (anbefaling 99).*

Vedr. anbefaling 98 og 99 understøtter KAP-H anvendelsen af resultater af patienttilfredshedsundersøgelsen (DANPEP), som er en del af akkrediteringen. KAP-H vil løbende understøtte anvendelse af tilbagemeldinger fra patienter i kvalitetsudviklingen af klinikker. KAP-H følger arbejdet med patientinddragelse, og udvikler tilbud efter behov.

5.6 Datadrevet kvalitetsudvikling

Anbefaling i praksisplanen der skal arbejdes med i 2016:

- *At der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser (anbefaling 100)*

Vedr. anbefaling 100 skal der fortsat arbejdes med kvaliteten af data, fx når der undervises i FMK.

Anbefalingen er også central som opfølgning på det kommende nationale arbejde med kvalitetsdata. Der vil i regi af KAP-H blive taget stilling til relevante indsatser, når området er nærmere afklaret på centralt niveau.

Punkt nr. 3 - Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019
Bilag 2 - Side -1 af 5

Tidsplan for implementering af praksisplanens anbefalinger - grupperet ud fra primært implementeringsmæssigt ophæng, vedtaget af PPU 04.12.15

Anbefalinger, som primært implementeres gennem PAS og PPU				
Indsatsområde praksisplan	Evt. underområde praksisplan	Anbefalingsnummer	Anbefaling som formuleret i praksisplanen	År
Patienten som aktiv samarbejdspart	Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	2	at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes bl.a. gennem brugen af telemedicinske løsninger og om muligt datafangst.	2017
Patienten som aktiv samarbejdspart	Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	4	at der i planperioden fokuseres på, hvordan almen praksis kan medvirke til at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser	2017
Lighed i sundhed	Tidlig opsporing	7	at udvælge og implementere samarbejdsmodeller, der imødekommer det øgede behov for tværsektoriel koordinering og fleksibilitet for sårbare og særligt udsatte borgere på baggrund af eksisterende viden og erfaringer	2016
Lighed i sundhed	Differentierede indsatser	8	at det i planperioden vurderes, hvordan der kan arbejdes med differentierede tilbud til patienter i almen praksis, ud fra patienternes personlige ressourcer og muligheder	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Lægedækning og praksisstruktur	10	at almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme udbredelsen af praksisfællesskaber	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Rekruttering og fastholdelse	12	at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som samler viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i områder med mange sårbare borgere og kommer med konkrete forslag til tiltag	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Rekruttering og fastholdelse	13	at der i 2016 udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Betjening af akuttilbud og sygebesøg	14	at følge og anvende resultaterne af læring og forskning vedr. betjening på akutområdet	2017
Kapacitet og tilgængelighed	Betjening af akuttilbud og sygebesøg	15	at der indgås rammeaftale om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af akuttilbud, plejecentre, m.m.	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Betjening af akuttilbud og sygebesøg	16	at almen praksis og kommunen styrker samarbejdet om opfølgende hjemmebesøg.	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	18	at den fysiske tilgængelighed løbende forbedres, bl.a. i forbindelse med flytning	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	19	at forbedre oplysningerne om tilgængelighed for borgerne på www.sundhed.dk	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	20	at dette kan ske via en frivillig, uvildig tilgængelighedsmærkning, som regionen tilbyder.	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	21	at kommunerne tænker egnede lokaler til almen praksis ind i lokalplaner og ved opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	22	at almen praksis, region og kommune i områder med ringe fysisk tilgængelighed indgår dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	23	at der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed i almen praksis	2016/l gang
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	24	at der følges op med en stikprøveundersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Tilgængelighed	25	at der følges op på stikprøveundersøgelsens resultater	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	26	at der arbejdes for at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere, specielt tovholderrollen i almen praksis	2016/l gang
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	29	at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til praktisk identificering af sårbarhed.	2017
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	32	at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til tidlig opsporing	2017
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	33	at understøtte, at oplysninger om relevante nye fund fra kommunernes forebyggende besøg hos +75 årige kommunikeres videre til den praktiserende læge.	2017
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Lette henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud	34	at sikre at alle læger anvender SOFT-portalen til informationssøgning i forbindelse med henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	36	at almen praksis fortsat bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet	2016

Punkt nr. 3 - Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019

Bilag 2 - Side -2 af 5

Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	37	at almen praksis bidrager til at sikre gode individuelle opfølgingsforløb efter endt primær behandling for kræftsygdom, herunder implementere de 19 nationale opfølgingsforløb for kræftpatienter	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	38	at almen praksis bidrager til at implementere initiativerne i Kræftplan IV.	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	39	at almen praksis medvirker til, at flere patienter med behov henvises til kommunens tilbud om rehabilitering og palliation.	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	40	at almen praksis fortsat har fokus på børn og unge som pårørende.	2017
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	41	at der afholder koordinationsmøder, hvor det er relevant.	2016
Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, vaccinationer og HPV-vaccine	44	at der følges op på regionernes anbefalinger fra 2011, herunder vurderes, hvorvidt der skal iværksættes flere tiltag med fokus på at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet	2017
Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, vaccinationer og HPV-vaccine	45	at øge almen praksis' kendskab til, at der på www.sundhed.dk findes lister over de børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis	2017
Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, vaccinationer og HPV-vaccine	46	at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier.	2017
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Tidlig opsporing og indsats ved psykisk sygdom og mistrivsel	48	at almen praksis bidrager aktivt i planlægningen af nye indsatser til børn og unge med psykisk sygdom	2016
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Nye samarbejdsmodeller for specifikke patientgrupper	53	at almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede.	2016
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom	55	at der i dialog med almen praksis drøftes, hvordan forebyggende sundhedsundersøgelser kan tilrettelægges for borgere med psykisk sygdom, herunder borgere tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud samt hospitalspsykiatrien.	2017
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Samtidig psykisk sygdom og misbrug	58	at almen praksis understøtter patientens egen motivation for at tage imod relevante behandlingstilbud [borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug].	2016
Samarbejde på misbrugsområdet	Samarbejde på misbrugsområdet	61	at der indgås gensidigt forpligtende aftaler om formaliseret samarbejde mellem kommuner og almen praksis om behandling af konkrete patienter med misbrug.	2017
Samarbejde om medicin	Samarbejde om medicin/håndtering	62	at der udarbejdes rammer for det løbende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne om medicin/håndtering.	2016
Samarbejde om medicin	Medicingennemgang	65	at der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis	2016
Digital kommunikation	Telemedicin	69	at der i planperioden ses på muligheden for at anvende telemedicinske løsninger til at understøtte opgavevaretagelsen i almen praksis	2017
Digital kommunikation	Telemedicin	70	at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes gennem brugen af telemedicinske løsninger	2017
Digital kommunikation	Telemedicin	71	at der ses på muligheder for udbredelse af videotolkning.	2016
Digital kommunikation	Henvisninger og epikriser	72	at der fortsat arbejdes for at sikre tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis og epikriser tilsendt almen praksis.	2016
Digital kommunikation	Sikker ansvarsoverdragelse på tværs af sektorovergange	74	at der arbejdes for yderligere understøttelse af sikker ansvarsoverdragelse	2016
Digital kommunikation	Digital kommunikation omkring sårbare borgere	76	at principperne for sikker mundtlig kommunikation anvendes	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	79	at der arbejdes på at tilvejebringe et smidigt og velfungerende samarbejde omkring atter, særligt på beskæftigelsesområdet.	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	80	at kommunerne og almen praksis udvikler deres gensidige tilgængelighed, så der hurtigt og klart kan kommunikeres om patienter.	2016

Punkt nr. 3 - Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019

Bilag 2 - Side -3 af 5

Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	81	at der udarbejdes fælles rammer for den telefoniske/elektroniske kommunikation, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes og aftaler om at bruge sikker kommunikation (efter ISBAR-princippet).	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Diagnostik og rådgivning	82	at der arbejdes videre med at udvikle og implementere almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Diagnostik og rådgivning	83	at optimere ressourceudnyttelsen og fleksibiliteten, så almen praksis aflastes af hospital, kommune og andre praksisydere, f.eks. ved at patienten på udvalgte ydelser ikke nødvendigvis skal henvises via egen læge.	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Diagnostik og rådgivning	84	at behovet for rådgivning vedr. psykiatri på tværs af sektorer afklares og udvikles i et samarbejde mellem parterne	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Diagnostik og rådgivning	85	at kendskabet i almen praksis til rådgivningsordningerne på det psykiatriske område udbredes	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Diagnostik og rådgivning	86	at der i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis fokuseres på relevant efteruddannelse.	2017
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Diagnostik og rådgivning	87	at fremme kendskab til muligheden for at kontakte og bruge Klinisk Farmakologisk Afdeling – Medicininfo.	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Akut sygdom og beredskab	88	at der arbejdes for at sikre procedurer for aktivering af praktiserende læger ved behov i beredskabssituationer	2016
Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	Akut psykisk sygdom	89	at der arbejdes for at udbrede kendskabet til mulighederne for akut psykiatrisk hjælp.	2016
Kvalitet	*	90	at almen praksis bidrager til at skabe et meningsfuldt og relevant fælles grundlag for kvalitetsudviklingsarbejdet med fokus på følgende elementer: 1) Implementering af DDKM's akkrediteringsstandarder for almen praksis 2) Udvikling og implementering af værktøjer til understøttelse af klinikernes arbejde med akkreditering.	2016/I gang
Kvalitet	*	91	at hver enkelt praksis optimerer patientforløb ved at arbejde fokuseret med ledelse og organisering	2016/I gang
Kvalitet	*	92	at almen praksis styrker den organisatoriske tilrettelæggelse, herunder ved efteruddannelse i ledelse og organisationsudvikling.	2016/I gang
Kvalitet	*	93	at det kvalitetsforbedrende arbejde understøttes med udgangspunkt i evidensbaserede vejledninger	2016/I gang
Kvalitet	*	94	at understøtte, at patienterne tilbydes relevant diagnosticering og korrekt behandling ud fra rammerne for den personcentrerede medinddragelse.	2016/I gang
Kvalitet	*	95	at understøtte udviklingen af patientsikkerhed, herunder fremme arbejdet med indrapportering af utilsigtede hændelser.	2016/I gang
Kvalitet	*	96	at der i planperioden inddrages vidensformidling og udvikling i det kommunale sundhedsvæsen i efteruddannelsesaktiviteterne	2016/I gang
Kvalitet	*	97	at der ud fra anbefalingerne i den samlede praksisplan udarbejdes relevante efteruddannelsesaktiviteter.	2016/I gang
Kvalitet	*	98	at der i planperioden fokuseres på udvikling og kvalitetsforbedringer på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.	2016/I gang
Kvalitet	*	99	at følge arbejdet med at skabe læring ved inddragelsen af patienterne.	2016/I gang
Kvalitet	*	100	at der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser via efteruddannelsesaktiviteter.	2016/I gang
			Ingen anbefaling: Samtaleterapi og sygebesøg - decentralisering	2016
* Anbefalingerne 90-100 vedr. kvalitet er i stor udstrækning allerede igangsat i forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.				

Punkt nr. 3 - Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019
Bilag 2 - Side -4 af 5

Anbefalinger, som primært implementeres gennem DAS og SKU.				
Indsatsområde praksisplan	Evt. underområde praksisplan	Anbefalingsnummer	Anbefaling som formuleret i praksisplanen	År
Patienten som aktiv samarbejdspart	Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	1	at almen praksis deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende	2015
Patienten som aktiv samarbejdspart	Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	3	at almen praksis deltager i arbejdet, med at styrke systematisk involvering af patienter og pårørende ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.	2015
Nye samarbejdsformer		5	at almen praksis indgår i arbejdet med udvikling af principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller	2015
Nye samarbejdsformer		6	at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og afprøve modelprojekter	2016
Lighed i sundhed	Differentierede indsatser	9	at almen praksis deltager i relevante arbejdsgrupper, forskningsprojekter og udviklingsarbejde om udvikling af metoder til identificering af sårbare borgere og differentierede indsatser	2016
Kapacitet og tilgængelighed	Lægedækning og praksisstruktur	11	at almen praksis indgår i udviklingen af en regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse	2015
Kapacitet og tilgængelighed	Betjening af akuttillbud og sygebesøg	17	at almen praksis fortsat indgår i samarbejde omkring implementering og understøttelse af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner	2015
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	27	at almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering, samt indikatorer som skal gøre det muligt at følge og monitorere dette	2015
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	28	at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom og/eller flere samtidige sygdomme	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Styrket satsning på lungeområdet	30	at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing i almen praksis af voksne patienter med KOL og astma hos børn.	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	31	at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom	2016
Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen	Samarbejde på kræftområdet	35	at almen praksis indgår i arbejdet med at styrke samarbejdet om anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer, herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, der sikrer, at borgere med behov herfor, tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.	2016
Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	Samarbejdet på svangreområdet	42	at almen praksis fortsat deltager i arbejdet med at udvikle samarbejdet på svangreområdet herunder samarbejdet om sårbare gravide.	2016
Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	Samarbejdet om sårbare børn	43	at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke samarbejdet om sårbare børn.	2016-2018
Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	Tidlig opsporing af børneastma	47	at almen praksis deltager i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing og udredning af astma hos børn i almen praksis.	2016
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Tidlig opsporing og indsats ved psykisk sygdom og mistrivsel	49	at almen praksis deltager i arbejdet med at udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn og unge i forskellige aldersgrupper.	2017
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Henvisning til videre behandling	50	at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle entydige og let tilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatri og praksissektoren	2015
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Henvisning til videre behandling	51	at der aftales retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om børn og unge, der ønskes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.	2015
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Nye samarbejdsmodeller for specifikke patientgrupper	52	at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer på det psykiatriske område	2016
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom	54	at almen praksis inddrages i tilrettelæggelsen af samarbejdet om at informere borgere med psykisk sygdom om muligheden for at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud	2016
Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Samtidig psykisk sygdom og misbrug	56	at almen praksis inddrages i udviklingen af nye modeller for samarbejdet om mennesker med samtidigt forekommende psykisk sygdom og misbrug	2015

Punkt nr. 3 - Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis 2015-2019

Bilag 2 - Side -5 af 5

Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistrivsel	Samtidig psykisk sygdom og misbrug	57	at parterne arbejder for sammenhæng i behandlingstilbud for patienter med både misbrug og psykisk sygdom	2016
Samarbejde på misbrugsområdet		59	at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke en tidlig opsporing og indsats overfor borgere med misbrug og børn i familier med misbrugsproblemer	2016(børn)-2017 (tidlig opsporing)
Samarbejde på misbrugsområdet		60	at almen praksis indgår i arbejdet med at sikre entydige og lettilgængelige henvisningsprocedurer	2015
Samarbejde om medicin	FMK	63	at følge op på implementeringen af FMK	2016
Samarbejde om medicin	FMK	64	at almen praksis gennem deltagelse i den tværsektorielle FMK- arbejdsgruppe bidrager til udarbejdelse og implementering af anvendelse af FMK i det tværsektorielle samarbejde.	2015
Samarbejde om medicin	Dosisdispensering	66	at arbejde for at dosisdispensering kan anvendes sikkert.	2016
Digital kommunikation	Fra beskedbaseret digital kommunikation til deling af data	67	at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde og implementere kommunikationsaftaler på det ambulante område, akutområdet, børneområdet, social- og psykiatriområdet, handicapområdet og jobcentre.	2016
Digital kommunikation		68	at der indgås samarbejdsaftale med almen praksis om nye kommunikationsaftaler og implementering heraf, hvor det er relevant.	2016
Digital kommunikation	Henvisninger og epikriser	73	At der arbejdes for, at det vigtigste/det der kræver en handling, placeres først i epikrisen.	2016
Digital kommunikation	Digital kommunikation omkring sårbare borgere og særligt komplekse forløb	75	at korrespondancemeddelelser implementeres organisatorisk fuldt ud som kommunikationsredskab i det tværsektorielle samarbejde og efterfølgende indtænkes i sikker ansvaroverdragelse	2016
Digital kommunikation	Korrespondancemeddelelser	77	at rammeaftalen om, at svartiden på korrespondancemeddelelsen tilstræbes at være max tre hverdage, udbredes til alle kommuner, hospitaler og almen praksis.	2016
Digital kommunikation	Bedre digital kommunikation på svangre- og børneområdet	78	at almen praksis deltager i arbejdet om at sikre en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og børneområdet.	2017
Der tages forbehold for tilrettelæggelsen af arbejdet med implementering af sundhedsaftalen, herunder udviklingen af arbejdsplaner for hver af arbejdsgrupperne nedsat under Den Administrative Styregruppe.				

Punkt nr. 6 - Meddelelser - Arbejdsplan for 2016

Bilag 1 - Side -1 af 2

Ledende Udvalg	Titel	Problemstilling	Dato for udvalg	Dato for rådsmøde	Bagkant for beslutning	Forudgående behandling	Andre udvalg	Involverede centre	Politisk baggrund
TVÆRS	Afrapportering på Udmeldinger på det sociale område	Beslutningssag: afrapportering vedr. børn og unge med alvorlig synsnedsettelse samt voksne med kompleks erhvervet hjerneskade	2016.01.12					CSU	
TVÆRS	Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis	Drøftelse af implementeringsplan	2016.01.12				PPU	CSU	
TVÆRS	Nationale kvalitetsmål	Orienterings sag	2016.01.12				SUND	CSU	
TVÆRS	Etablering af Hospicepladser på Bornholm	Orienterings sag	2016.01.12					CSU	
TVÆRS	Arbejdsplan 2016	Godkendelse af arbejdsplan	2016.01.12					CSU	
TVÆRS	Sundhedshuset i Helsingør	Beslutningssag: ramme for det videre arbejde med etablering af sundhedshuset i helsingør, herunder fysisk placering.	2016.02.09				FU/RR	CSU	
TVÆRS	Lægedækning på Bornholm		2016.02.09					CSU	
TVÆRS	Lægedækning i Brønshøj-Husum		2016.02.09					CSU	
TVÆRS	Analyse af sammenhæng mellem socialsum og udgifter i praksis	orientering og drøftelse af analyse af sammenhæng mellem socialsum og udgifter i almen praksis og fysioterapipraksis	2016.02.09				SU	CSU	
TVÆRS	Driftsmål og kongeindikatorer	Kvartalsrapportering	2016.02.09					CSU	
TVÆRS	Regionsdækkende vision for sundhedshuse, herunder opfølgning på studietur	politikformulerende	2016.03.15				SKU, FU/RR	CSU	
TVÆRS	Det palliative område i Region Hovedstaden	Beslutningssag: opfølgning på temadrøftelse i oktober 2015	2016.03.15	2016.04.12			SUND, FU/RR	CSU	
TVÆRS	Implementeringsplan for Praksisplan for almen praksis	Orienterings sag: Endelig implementeringsplan	2016.03.15					CSU	
TVÆRS	Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende / Initiativsag. Forslag til budget 2016.	2016.04.26					CSU	
TVÆRS	Årsrapporter på praksisområdet	Orienterings sag: Afrapportering for 2015 på alle praksisområder	2016.04.26				SU	CSU	
TVÆRS	Praksisplan for fodterapi	Behandling af høringsudkast	2016.04.26				SU	CSU	
TVÆRS	Praksisplan for kiropraktik	Behandling af høringsudkast	2016.04.26				SU	CSU	
TVÆRS	Budget 2016: Den ældre medicinske patient	Temadrøftelse på baggrund af budgetopfølgning	2016.04.26				SUND	CSU	
TVÆRS	Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende / Initiativsag. Forslag til budget 2016.	2016.05.24	Frist for aflevering til FU den xxx		KD		CSU	

Møde i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde d. 15-03-2016

Punkt nr. 6 - Meddelelser - Arbejdsplan for 2016

Bilag 1 - Side -2 af 2

TVÆRS	Budget 2016: hjemtagning af færdigbehandlede patienter	Opfølgning på budget 2016	2016.06.21					CSU	
TVÆRS	Temadrøftelse: Almen praksis	Temadrøftelse	2016.06.21						
TVÆRS	Budget 2016: Systematisk brugerdeltagelse	Temadrøftelse på baggrund af budgetopfølgning	2016.06.21					CSU	
TVÆRS	EVT: Fællesmøde med SUND om tværsektorielt samarbejde	Evt på Steno Diabetes Center	2016.06.21				SUND	CSU	
TVÆRS	Rammeaftaler på det sociale område og specialundervisning	Konkret sag. Behandling af rammeaftalens styringsaftale	2016.08.30	FU/RR		KD	PSYK	CSU	
TVÆRS	Driftsmålstyring	Konkret sag.	2016.08.30					CSU	
TVÆRS	Rammeaftaler på det sociale område og specialundervisning	Politikformulerende. Behandling af rammeaftalens udviklingsstrategi	2016.08.30	FU/RR		KD	PSYK, FU/RR	CSU	
TVÆRS	Budget 2016: Lige adgang til læger	Temadrøftelse på baggrund af budgetopfølgning	2016.08.30					CSU	
TVÆRS	Ny praksisplan for fodterapi	Politikformulerende	2016.09.21				SU	CSU	
TVÆRS	EVT: Fællesmøde med Psykiatriudvalget	Tema om overgange i psykiatrien på det tværsektorielle område.	2016.09.21				PSYK	CSU	
TVÆRS	Praksisplan for fodterapi	Godkendelse af praksisplan	2016.10.25				SU	CSU	
TVÆRS	Ny praksisplan for kiropraktik	politikformulerende	2016.10.25				SU	CSU	
TVÆRS	Praksisplan for kiropraktik	Godkendelse af praksisplan	2016.11.22				SU	CSU	
TVÆRS	Driftsmålstyring - afrapportering.	Konkret sag.	2016.11.22					CSU	
TVÆRS	Dialogmøde med Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet	Dialogmøde med bruger- og pårørendeorganisationer	2016.12.13					CSU	