

20. FEBRUAR 2014

Kommunale ønsker til praksisplanen

Indledning

I juni 2013 vedtog Folketinget en ændring af sundhedsloven vedrørende rammer for almen praksis. Ifølge loven etableres nye praksisplanudvalg, der får til opgave at udarbejde en praksisplan. Praksisplanen bliver det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem kommunerne, regionen og almen praksis, og ses som et af de væsentligste instrumenter for kommunerne i forhold til at sikre indflydelse på almen praksis. Yderligere vil praksisplanen være den ramme, som sikrer grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse.

Praksisplanudvalget vil bestå af 5 repræsentanter fra kommunalbestyrelserne i regionen¹, 3 regionsrådsmedlemmer og 3 repræsentanter udpeget blandt de praktiserende læger i regionen. Den første praksisplan skal foreligge den 1. maj 2014. Det forventes, at første møde i praksisplanudvalget bliver medio marts 2014.

Kommunale ønsker til praksisplanen

KKR Hovedstaden besluttede d. 9. oktober 2013, at bede Embedsmandsudvalget for Sundhed om at udarbejde fælleskommunale ønsker til praksisplanen. Formålet var at skabe en fælles kommunale platform for forhandling for de 5 kommunale repræsentanter i praksisplanudvalget. På den baggrund har det fælleskommunale sundhedssekretariat sammen med en kommunal arbejdsgruppe udarbejdet et prioriteret "brutto-katalog" over fælleskommunale ønsker til samarbejdet med almen praksis.

"Brutto-kataloget", som rummer 39 ønsker til praksisplanen, fordelt på seks temaer, har været i høring i kommunerne i december 2013 og januar 2014. Kommunerne er blevet bedt om at prioritere, hvilke ønsker der er særligt vigtige i arbejdet med praksisplanen. På baggrund af høringen har Embedsmandsudvalget for Sundhed udpeget følgende temaer, som dækker over særligt vigtige ønsker til praksisplanen (i ikke-prioriteret rækkefølge).

1. Mere forpligtende samarbejde

- a. Øget deltagelse i tværfaglige møder i kommunen
- b. Mere forpligtende samarbejde om sårbare børn
- c. Sikring af lægedækning for akut syge, indlæggelsestruede og svage ny-udskrevne borgere

2. Medicinområdet

3. Ulighed i sundhed

1. Mere forpligtende samarbejde

Kommunerne ønsker et mere forpligtende samarbejde med almen praksis om de fælles borgere/patienter. Det stiller krav til begge parter at opbygge og vedligeholde et velfungerende samarbejde. Kommunerne skal bygge videre på de gode samarbejdsrelationer der allerede findes og sikre, at indholdet er konkret og patientnært når almen praksis inviteres til møder og udviklingsarbejder.

Almen praksis vælger hvilke ydelser/indsatser de vil deltage i udenfor praksis¹. Dette gælder fx § 2-aftaler, som giver de praktiserende læger mulighed for at give borgeren en bestemt ydelse, men ikke forpligter dem. Kommunerne oplever, at hensigtsmæssig opgaveløsning på nogle områder vanskeliggøres af, at der ikke kan indgås aftaler, der forpligter alle alment praktiserende læger.

1.a. Øget deltagelse i tværfaglige møder

For at optimere den faglige praksis og skabe et velfungerende tværsektorielt samarbejde, ønsker kommunerne at inddrage almen praksis i tværfaglige møder, særligt temamøder, hvor kommunen orienterer eller drøfter nye indsatser eller prioriteringer med almen praksis.

Mange kommuner har i dag ansat praksiskonsulenter for at understøtte samarbejdet med almen praksis. Bortset fra de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) findes der i dag ikke obligatoriske fora, hvor almen praksis og kommunerne drøfter faglige emner. Kommunerne ønsker at gå i dialog med lægerne om indhold og relevans af de tværfaglige møder.

Kommunerne foreslår, at der i praksisplanen aftales klare og gensidigt forpligtende rammer for deltagelse i tværfaglige møder.

Det kan eksempelvis ske ved:

- at alle alment praktiserende læger i den enkelte kommune forpligtes på at deltage i fx to årlige informationsmøder, som afholdes af kommunen

1.b. Mere forpligtende samarbejde om sårbare børn

Almen praksis er en meget vigtig samarbejdspart på børneområdet – især i forhold til tidlig opsporing og tidlig indsats for sårbare børn og sårbare gravide. Kommunerne ønsker at intensivere samarbejdet om børn i dårlig trivsel, således at sundhedstjenesten og den praktiserende læges indsatser både i barnets første år og senere i skolealderen i højere grad bliver sammenhængende.

Med henblik på at styrke overgangen fra dagtilbud til folkeskole ønsker kommunerne, at lægerne udarbejder statusnotater på børn, der har eller har haft sundhedsmæssige problemer, som kan få betydning for skolegangen, i forbindelse med overgang til skolesundhedstjenesten.

Kommunerne foreslår, at der i praksisplanen aftales klare og forpligtende rammer for samarbejdet omkring sårbare børn.

Det kan eksempelvis ske ved:

- at almen praksis er opmærksomme på at fremsende statusnotater på alle relevante børn, da lægen på baggrund af børneundersøgelser og sit kendskab til familien typisk har et godt indblik i barnets trivsel og udvikling ved skolestart

¹ Det gælder dog ikke enkeltopgaver, som almen praksis er lovmæssigt forpligtet til at levere til kommunerne for eksempel udarbejde udtalelser m.v. Her ligger der dog en udfordring i forhold til overholdelse af de gældende tidsfrister bl.a. på beskæftigelsesområdet.

1.c. Sikring af lægedækning for akut syge, indlæggelsestruede og svage ny-udskrevne borgere

Borgerne udskrives fra hospital, når de ikke længere har et lægefagligt vurderet behov for at være indlagt. Og udviklingen går imod fortsat kortere indlæggelsestider. Borgerne kan efter udskrivning fortsat have behov for en ambulans behandlingsindsats og en intensiv sygeplejefaglig indsats i kommunalt regi, samt pasning og observation. Denne opgave løses bl.a. på kommunale akutpladser og/ eller ved at kommunale akutsygeplejersker løser opgaven i borgerens eget hjem.

Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser samt håndtering af komplikationer, forværring eller udvikling af sygdomme på et akutt tilbud kan kræve, at den kommunale sygepleje handler efter delegation² fra en læge. De akutte tilbud har behov for en lægefaglig betjening i forhold til udredning, behandling og tilsyn af borgere, fx via telefonisk rådgivning eller sygebesøg i samarbejde med hjemmesygeplejerske. En særskilt udfordring er, at almen praksis efter overenskomsten ikke er forpligtede til at foretage besøg hos borgere, hvor afstanden fra lægens praksis er mere end 15 km.

Når svækkede ældre udskrives efter en hospitalsindlæggelse, er risikoen for genindlæggelse stor. U hensigtsmæssige genindlæggelser er til stor gene for borgerne. Samtidig er det ressourcekrævende for både hospitalet og kommunen. Indsatsen for at forebygge genindlæggelser kan tilrettelægges på forskellige måder, fx ved opfølgende hjemmebesøg, hvor hjemmesygeplejerske og praktiserende læge besøger borgeren i eget hjem. Det er vigtigt for kommunerne at almen praksis tilrettelægger deres arbejde således, at akutte og subakutte opgaver i samarbejde med kommunen kan prioriteres.

Kommunerne foreslår, at der i praksisplanen aftales klare og forpligtende rammer for hvordan der sikres lægedækning til akut syge, indlæggelsestruede og svage ny-udskrevne borgere.

Det kan eksempelvis ske ved:

- at almen praksis er opmærksomme på at anvende de kommunale akutt tilbud med henblik på at borgeren behandles på laveste effektive omkostningsniveau. Derudover skal den alment praktiserende læge delegerer relevant behandling.
- at de alment praktiserende læger er forpligtede til tilse egne patienter på akutt tilbud eller sikre lægedækningen på akutt tilbud.
- at almen praksis planlægger akutte og subakutte tider, hvor det er muligt at prioritere opgaver i samarbejde med kommunen, herunder opfølgende hjemmebesøg.

2. Medicinrådet

Mellem 11 og 17 procent af borgere, der bliver udskrevet fra hospital, oplever utilsigtede hændelser med medicin, som kan resultere i skadestuebesøg, genindlæggelser og dødsfald. Hændelser i forbindelse med medicin håndtering er ofte et resultat af mangelfuld overvågning af behandlingen, eller utilstrækkelig kommunikation og ansvarsfordeling, mellem de involverede parter.

Mange ældre borgere og borgere med psykiske lidelser, som enten bor i eget hjem, på plejecentre eller på kommunale botilbud, modtager behandling med flere lægemidler på samme tid. For at sikre

² Delegation betyder, at lægen som autoriseret sundhedsperson kan overdrage opgaver, som kun må udføres af læger, til andre personer. Eksempler kan være at give borgerne intravenøs (gennem vene) behandling med væske og medicin og måling af blodsukker, som kræver at huden gennembrydes.

størst mulig behandlingseffekt, færrest mulige alvorlige bivirkninger og behandling til den lavest mulige behandlingspris, er det væsentligt, at der løbende tages hånd om borgernes medicin.

Mange ældre medicinske patienter har gentagne indlæggelser og får ofte justeret deres medicin af skiftende læger i hospitalsvæsenet. Den praktiserende læge har en central rolle i tovholderfunktionen omkring den enkelte patient – især patienter med mange kontakter i sundhedsvæsenet, polyfarmaci³ og/eller dårlige sociale netværk. Det er vigtigt, at almen praksis løfter denne tovholderrolle og at det beskrives hvilket ansvar og forpligtigelser, der ligger i funktionen.

Kommunerne oplever et stort behov for en årlig medicingennemgang af beboere i plejecentre og på botilbud. Embedslægen efterspørger i forbindelse med tilsyn på plejecentre dokumentation for en årlig gennemgang, og lægerne opfordres til at gennemgå deres beboere på plejecentre årligt, herunder medicinstatus. Medicingennemgang er ikke en selvstændig ydelse i overenskomsten med de praktiserende læger, men der er ydelser som indeholder muligheden for en årlig gennemgang af medicinen. Det kan være vanskeligt for kommuner og almen praksis at opnå enighed om, hvornår en medicingennemgang skal gennemføres.

Kommunerne foreslår, at der i praksisplanen aftales klare og forpligtende rammer for varetagelse af tovholderrollen og for medicingennemgang.

Det kan eksempelvis ske ved:

- at det aftales, hvordan almen praksis i højere grad kan varetage tovholderrollen for den ældre medicinske patient – særligt i forhold til medicin – i samarbejde med kommunen.
- at almen praksis prioriterer at gennemføre en årlig medicingennemgang af beboere på kommunale institutioner, herunder plejecentre og botilbud samt ældre borgere og borgere med psykiske lidelser i eget hjem der får 6 eller flere lægemidler på samme tid (polyfarmaci).

3. Ulighed i sundhed - fokus på livsstilssygdomme hos sårbare borgere

Den praktiserende læge er med sin tætte kontakt til borgerne og som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen en vigtig aktør i arbejdet for større lighed i sundhed. Det er afgørende, at almen praksis har blik for den sårbare⁴ borger. Kommunerne skal tilbyde forebyggende og/eller rehabiliterende indsatser. Tidlig opsporing af både somatiske og psykiske sygdomme og henvisning af sårbare borgere til kommunale tilbud, skal ske i samarbejde mellem kommune og almen praksis.

Kommunerne foreslår, at der i praksisplanen aftales klare og gensidigt forpligtende rammer for den opsporende indsats.

Det kan eksempelvis ske ved:

- at læger i almen praksis prioriterer den tidlige opsporing af sygdomme hos sårbare borgere

³ Polyfarmaci er brugen af 6 eller flere lægemidler på én gang.

⁴ Sårbare borgere er borgere, som på grund af svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap, misbrug mv. og evt. svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser – eller borgere, som på grund af begrænsede personlige ressourcer, ringe sygdomsindsigt eller sociale/kulturelle forhold har svært ved at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg.