



ALLERØD KOMMUNE

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 20

Mødet blev holdt onsdag den 16. september 2015 på Rådhuset i Mødelokale C.
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 09:45.

Medlemmer: Formand - Birgitte A. Rasmussen (V), Næstformand - Poul Albrechtsen (O),
Gurli Nielsen (C), Henriette Gedde (A), Olav B. Christensen (V)

1. Bemærkninger til dagsordenen	1
2. Meddelelser	2
3. Sundheds- og Velfærdsudvalgets møder i 2016	3
4. Praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019	4
5. Høring praksisplan for almen praksis i Region Hovedstaden.....	6
6. Fremtidens organisering - Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2015	9
7. Frivillighedsprisen 2015	13

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**1. Bemærkninger til dagsordenen**

Sagsnr.: 14/19447

Punkttype -**Tema** -**Sagsbeskrivelse** -**Administrationens
forslag** -**Afledte
konsekvenser** -**Økonomi og
finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 16-
09-2015**

Olav B. Christensen rejste spørgsmålet om, hvorvidt punkt 6 på dagsordenen var en beslutning eller orientering.

Fraværende Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**2. Meddelelser**

Sagsnr.: 14/19445

Punkttype -**Tema**

- Åbent hus i MAD til hver DAG, Lokesvej 12, 3400 Hillerød – fredag den 25. september kl. 10-14

Sagsbeskrivelse -**Administrationens forslag** -**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej

Beslutning
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 16-09-2015
Taget til efterretning.**Fraværende** Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**3. Sundheds- og Velfærdsudvalgets møder i 2016**

Sagsnr.: 15/11651

Punkttype	Beslutning
Tema	Sundheds- og Velfærdsudvalget anmodes om at fastlægge tidspunkter for udvalgets møder i 2016.
Sagsbeskrivelse	<p>Sundheds- og Velfærdsudvalgets møder foreslås afholdt på rådhuset kl. 7.30 på følgende dage:</p> <p>Onsdag den 6. januar 2016 Onsdag den 27. januar 2016 Onsdag den 2. marts 2016 Onsdag den 6. april 2016 Onsdag den 4. maj 2016 Onsdag den 1. juni 2016 Onsdag den 22. juni 2016 Onsdag den 31. august 2016 Onsdag den 21. september 2016 Onsdag den 2. november 2016 Onsdag den 23. november 2016</p> <p>Forslag til mødeplan for byrådets og samtlige udvalg er vedlagt som bilag.</p>
Administrationens forslag	Forvaltningen foreslår, at udvalget godkender ovennævnte forslag til mødetidspunkter.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Bilag	Forslag til mødeplan 2016
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 16-09-2015	<hr/> Udvalget godkendte Forvaltningens forslag.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**4. Praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019**

Sagsnr.: 15/11465

Punkttype	Beslutning
Tema	Udvalget anmodes om, at indstille Forvaltningens udkast til godkendelsesbrev til Region Hovedstaden vedrørende Praksisplan for fysioterapi 2015 – 2019, godkendt i Økonomiudvalg og byråd.
Sagsbeskrivelse	<p>Allerød Kommune har modtaget Praksisplan for fysioterapi 2015 – 2019 til godkendelse.</p> <p>Praksisplanen for fysioterapi er udarbejdet af regionen og kommunerne i Region Hovedstaden i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter i Regionen. Praksisplanen omfatter almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ride-fysioterapi og er gældende for perioden 2015 – 2019.</p> <p>Praksisplanen er udarbejdet i henhold til overenskomstens bestemmelser og kommissorium vedtaget af Samarbejdsudvalget for fysioterapi.</p> <p>Formålet med planen er, at den skal fungere som et redskab for planlægning og koordinering af den fysioterapeutiske betjening i regionen og kunne administreres under hensyntagen til andre sundhedsmæssige foranstaltninger samt den regionale og kommunale økonomi.</p> <p>Det er endvidere intentionen, at planen kan bidrage til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af kapacitet, smidigt samarbejde mellem fysioterapipraksis og andre sundhedsaktører og udvikling af kvalitet i behandlingen.</p> <p>Praksisplanen er inddelt i tre overordnede kapitler.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Indledningen beskriver grundlaget for praksisplanen i lovgivning og overenskomster, fysioterapien som fagområde og de forskellige fysioterapiformer2. Kapitel 2 handler om kapaciteten på fysioterapiområdet, hvor der er en beskrivelse af faktuelle oplysninger af betydning for området. Det anbefales, at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau, herunder også den

ridefysioterapeutiske kapacitet. Kapaciteten skal analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer. I forhold til service og tilgængelighed anbefales det, at tilgængelighed i fysioterapi praksis bør forbedres i planperioden. Vedrørende ridefysioterapi vil samarbejdsudvalget i planperioden implementere den tilsynsordning med rideskolerne, som blev udarbejdet i sidste planperiode. Derudover vil udarbejdede retningslinjer og aftaler fra sidste planperiode evalueres i perioden 2015-2019.

3. Kapitel 3 beskriver, hvordan de fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren ønskes udviklet i planperioden. Der er fokus på samarbejde på tværs og kvalitetsudvikling i fysioterapi praksis. I forhold til samarbejde på tværs anbefales det at styrke kommunikation mellem sektorer, at undersøge muligheden for en fælles finansieret (regional og kommunal) praksiskonsulentordning for tilskudsberettiget og vederlagsfri fysioterapi samt ridefysioterapi i planperioden.

Forvaltningen har udarbejdet et forslag til godkendelsesbrev, idet det særligt ønskes velkomment, at der er fokus på kommunikation, samarbejde på tværs, udvikling samt øget fokus på ridefysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår, at udvalget indstiller det udarbejdede godkendelsesbrev godkendt i Økonomiudvalg og byråd.

Afledte konsekvenser

-

Økonomi og finansiering

-

Dialog/høring

Ældreråd og handicapråd

Bilag

Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 til godkendelse
Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 følgebrev
Høringsvar praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 16- 09-2015	Udvalget indstiller Forvaltningens forslag til høringssvar godkendt i Økonomiudvalget og byråd. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**5. Høring praksisplan for almen praksis i Region Hovedstaden**

Sagsnr.: 15/9755

Punkttype	Beslutning
Tema	Udvalget anmodes om at tage stilling til forslag til høringsvar vedrørende praksisplan for almen praksis i Region Hovedstaden 2015 – 2018.
Sagsbeskrivelse	Allerød Kommune har modtaget udkast til praksisplan for almen praksis i Region Hovedstaden 2015 – 2018 i høring. Der er høringsfrist d. 18. oktober 2015.

I henhold til lov nr. 904 af 4. juli 2013 skal der i hver valgperiode udarbejdes en praksisplan vedrørende almen praksis. Praksisplanen udarbejdes af Praksisplanudvalget, der består af kommunale og regionale medlemmer, samt medlemmer udpeget blandt de praktiserende læger. Kommunerne har med lovændringen fra 2013 fået større indflydelse på planlægningen af almen praksis, herunder også decentrale aftaler om udmøntning af såvel sundhedsaftaler som praksisplan. Med ændringerne i sundhedsloven er det hensigten at styrke sammenhængen mellem praksisplanen for almen praksis og sundhedsaftalen, den regionale sundhedsplan og det øvrige koordinerende arbejde på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

Implementeringen af praksisplanen, herunder organiseringen af arbejdet, skal derfor også koordineres tæt med arbejdet med implementeringen af sundhedsaftalen. Dette skal sikre, at almen praksis inddrages i arbejdet, hvor det er relevant, samtidig med, at organiseringen ikke medfører dobbeltarbejde.

Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen har udarbejdet en sundhedsaftale for 2015-2018. PLO-Hovedstaden har deltaget i og bidraget til udarbejdelsen af aftalen.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen, såfremt de opgaver, som ønskes løst af almen praksis beskrives i praksisplanen. Udførelsen af opgaverne forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller indgår i en underliggende aftale om vilkårene for opgavernes udførelse.

Konkret betyder dette, at der kan komme aftaler i perioden, der forudsætter kommunal finansiering af opgaver, der skal udføres af praktiserende læger. Disse aftaler kan fx være lokalaftaler i relation til almen praksis i henhold til overenskomsten for almen lægegering, såkaldte § 2 aftaler. Der arbejdes centralt med denne opgave, men

indholdet drøftes fortsat og er endnu ikke beskrevet eller aftalt. Kommunernes udgifter til ovenstående er som udgangspunkt dækket af økonomiaftalen 2015.

Forvaltningen har udarbejdet udkast til høringssvar, idet der er indsamlet bemærkninger fra alle relevante afdelinger og virksomheder i organisationen.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår, at udvalget godkender udkastet til høringssvar.

Afledte konsekvenser

Når praksisplanen og de underliggende aftaler er på plads og i drift, forventes det, at betyde bedre og mere forpligtende samarbejde på tværs af sektorerne og imellem de praktiserende læger og kommunen.

Økonomi og finansiering

Indeholdt i praksisplanen for almen praksis fremgår det, at der er behov for underliggende aftaler i forhold til finansiering af de ydelser, de praktiserende læger skal levere i det kommende samarbejde og som en del af Sundhedsaftale III.

Udførelsen af opgaverne forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller indgår i en underliggende aftale om vilkårene for opgavernes udførelse. Konkret betyder dette, at der kan komme aftaler i perioden, der forudsætter kommunal finansiering af opgaver, der skal udføres af praktiserende læger. Kommunernes udgifter til ovenstående er som udgangspunkt dækket af økonomiaftalen 2015, hvor det fremgår at der senest i 2017 skal prioriteres 100 mio. kr. til formålet for alle kommuner samlet set. Ud fra en gennemsnitlig betragtning forventes der således en udgift på ca. 400.000 kr. i Allerød Kommune i 2017. Udgifterne indtil da afhænger af hastigheden på indfasningen af praksisplanen og de underliggende aftaler.

Idet de underliggende aftaler endnu ikke er udarbejdet og det er usikkert, hvornår udgifterne reelt begynder at komme, er der ikke afsat særskilt budget til disse udgifter i budget 2016-2019. Kommer der udgifter i 2016 vil de løbende blive indarbejdet som merudgifter i de forventede regnskaber i 2016.

De forventede udgifter til praksisplanen vil blive estimeret og indarbejdet som administrativ merudgift i forbindelse med udarbejdelsen af budget 2017-2020.

Dialog/høring

Ældregeråd og handicapråd.

Bilag

Høring af Praksisplan for Almen Praksis i Region Hovedstaden 2015-2018 Grundbeskrivelse Høringsversion

Høring af Praksisplan for Almen Praksis i Region Hovedstaden 2015-2018 - Høringsudkast praksisplan for almen praksis 2015-18, versiondato 26.06.15

Høringsbrev vedr. Praksisplan for Almen Praksis i Region

Hovedstaden 2015-2018
Høringskema - almen praksisplan region hovedstaden 2015 - 2018

Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 16-
09-2015

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag til høringssvar.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**6. Fremtidens organisering - Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2015**

Sagsnr.: 14/19942

Punkttype Beslutning

Tema Udvalget orienteres om resultatet af ”Fremtidens Organisering strukturanalyse på Ældre og Sundhedsområdet”. Endvidere anmodes udvalget om at godkende implementeringsplan. Udviklingskonsulent Randi Køhler deltager under punktets behandling.

Sagsbeskrivelse Allerød Byråd besluttede i 2013, at der skulle udarbejdes en strukturanalyse på ældre- og sundhedsområdet. Analysens formål var at undersøge potentialer for optimering i forhold til organisering og arbejdsgange. Første del af analysen blev gennemført af Rambøll i 2014, og resultaterne blev fremlagt for Sundheds- og Velfærdsudvalget d. 28. maj 2014. På baggrund af Rambølls konklusioner og anbefalinger, besluttede udvalget, at forvaltningen skulle arbejde videre med anbefalingerne for at sikre et styrket beslutningsgrundlag for den fremtidige organisering.

Formålet har overordnet været at undersøge og udfolde potentialer for at sikre en effektiv indretning og struktur, som kan imødekomme fremtidens udfordringer på ældre- og sundhedsområdet.

Forvaltningen har i 2015 haft etableret et projektteam til opgaven, og har gennem dataindsamling, interview, observationer, inspiration og sammenligning fra andre kommuner, samt viden og inspiration fra relevante forskningsrapporter og vejledninger generelt, udarbejdet en rapport med anbefalinger i forhold til konkret operationalisering af indsatser på følgende områder:

- 1) Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen
- 2) Organisatorisk placering af midlertidige pladser og akutfunktion
- 3) Planlægning og vejtid
- 4) Udnyttelse af terapeutkompetencer
- 5) Dokumentationsoptimering
- 6) Organisationstilpasning

De områder der ikke er medtaget i rapporten er håndteret andre steder.

Det drejer sig om: Fokus på ledelse, relativt højt sygefravær, relativt højt forbrug af vikarer, dialog mellem visitation og virksomheder, lokalefordeling mellem hjemmepleje og genoptræning.

Arbejdet med fremtidens organisering har indtil nu været delt op i tre faser:

1. Fase: Kortlægning af indsatspunkter og proces
2. Fase: Dataindsamling, analyse og bearbejdning i rapport
3. Fase: Afrapportering og implementering - nuværende fase.

Rambøll vurderede overordnet, at strukturen på ældreområdet er relativt velfungerende. Nødvendigheden af en ændret organisering kommer af, at kommunerne fremover vil komme under et stigende krydspres. Der opleves stigende krav om service for færre ressourcer. Dette stiller nye organisatoriske krav og krav til effektivitet. Denne forventning er kombineret med en udvikling af organisationen i retning af mere tværfagligt samarbejde, helhedsorienteret opgaveløsning og sammenhængende borgerforløb. En sådan modernisering vil styrke organisationen til fremtidens udfordringer i det nære sundhedsvæsen.

Den øgede kompleksitet kræver et højere kompetenceniveau hos medarbejdere og ledere i kommunen, mens en tværfaglig medarbejdergruppe øger muligheden for effektiv udførelse af opgaver gennem samarbejde og uddelegering. Dermed bliver det i fremtiden afgørende at kunne samarbejde på tværs af faggrupper.

Rapportens anbefalinger og forslag til organisering, gevinstpotentialer og implementeringsplan er vedlagt.

Forvaltningen vil gennemgå rapportens anbefalinger, organisering og strukturtilpasning samt høringssvar på udvalgets møde, ligesom der holdes byrådsaften om emnet den 24. september 2015.

Implementeres rapportens anbefalinger og effektueres en organisationstilretning efterfølgende, vil det have konsekvenser for næsten alle medarbejdere i Ældre og Sundhed.

Implementeringen af anbefalingerne og en tilretning af organiseringen vil betyde nye samarbejdsformer, nye referencer til ledere og kollegaer, og nye arbejdsgange, der stiller krav og forventning om samarbejde på tværs, med borgerens forløb i fokus, og med retning for at skabe størst mulig værdi for borgerne.

Ændringerne vil forudsætte stor forandringskompetence på alle

niveauer, skærpet ledelse og motivation i organisationen.

Administrationens forslag

Forvaltningen anbefaler, at udvalget godkender, at Forvaltningen arbejder videre med fase 3, i henhold til rapportens anbefalinger og at implementering opdeles i to etaper, idet:

1. at anbefalingerne vedrørende de enkelte indsatsområder prioriteres og implementeres i 1. etape, som forløber fra oktober 2015 – marts 2016, og
2. at organisationstilretningen sker i 2. etape, der løber fra medio til ultimo 2016 efter at arbejdet med anbefalingerne er afsluttet, og
3. at Forvaltningen foretager den organisatoriske tilretning inden for den overordnede ramme om styrket synergi og tværfagligt samarbejde, og
4. at udvalget får en status til orientering, efter den første etape i foråret 2016 og når organisationstilretningen er gennemført.

Afledte konsekvenser

Der vil kunne opstå modstand mod de planlagte forandringer, modstand som kan betyde at nogle medarbejdere vælger at forlade organisationen.

Økonomi og finansiering

Afhængig af de endelige beslutninger og organiseringer, er det estimeret at implementering af anbefalinger og organisationstilretning kan generere nedenstående besparelse fra 2016 og frem.

Indsats & anbefalinger	2016 i kr.
Udnyttelse af terapeutressourcer	150.000
Dokumentation	225.000
Organisering	350.000
I alt estimeret:	725.000

Indsats & anbefalinger	2017-2019 i kr. årligt
Udnyttelse af terapeutressourcer	300.000
Dokumentation	550.000
Organisering	700.000
I alt estimeret:	1.550.000

Den oprindelige forventede besparelse på 250.000 kr. fra 2016 og frem er allerede indarbejdet i budgetoplæg for 2016 til 1. behandling og frem med beløbet 254.000 kr. årligt., og skal derfor fratrækkes i ovenstående oversigter, der som vist indeholder et større besparelspotentiale end estimeret oprindeligt.

Udgift til implementering i 2016 er estimeret til 100.000 kr. og er indarbejdet i budgetoplæg for 2016 til 1. behandling.

Dialog/høring

Rapporten Fremtidens Organisering på Ældre og Sundhedsområdet, har forud for den politiske proces været i administrativ høring i Ældre og Sundhed blandt virksomhedsledere og MED udvalg, samt hos ledere og koordinatore.

Ældreråd og handicapråd.

Bilag

Fremtidens organisering Strukturanalyse af Ældre og Sundhedsområdet 2015.pdf

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 16-
09-2015**

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag, idet udvalget udtrykker tilfredshed med, at det videre arbejde styrker det sammenhængende borgerforløb.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**7. Frivillighedsprisen 2015**

Sagsnr.: 15/12212

Punkttype	Beslutning
Tema	Udvalget anmodes om at træffe beslutning om hvem der skal modtage Allerød Kommunes frivillighedspris 2015. Prisen tildeles en person, gruppe, forening eller organisation, der har ydet en særlig indsats for det frivillige sociale arbejde i Allerød efter indstilling fra borgere.
Sagsbeskrivelse	<p>Sundheds- og Velfærdsudvalget har i 2008 indstiftet frivillighedsprisen med det formål at:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prisen skal markere og anerkende det sociale engagement, som de frivillige i Allerød Kommune bidrager med på det sociale og sundhedsmæssige område.• Prisen skal synliggøre og skabe opmærksomhed omkring frivilligt socialt arbejde i lokalsamfundet.

Sundheds- og Velfærdsudvalget har fastsat følgende kriterier for uddeling.

- Prisen gives til en frivillig organisation/forening eller enkeltperson tilhørende i eller bosat og lokal aktiv i Allerød Kommune
- Prisen gives for en særlig indsats indenfor socialt arbejde, der ikke er lønnet.
- Prisen gives for en indsats ydet til gavn for andre og som er borgerrettet.
- Prisen gives for en indsats som ligger udover enkeltstående aktiviteter.

Prisen er på 2.500 kr. Der er annonceret på kommunens hjemmeside i en længere periode fra den 4. august og i den trykte og elektroniske version af lokalpressen den 4. august 2015 med frist den 31. august 2015.

Der er modtaget 3 indstillinger til prisen. Prisen overrækkes den 25. september 2015 i anledning af den nationale frivillighedsdag ”Frivillig Fredag”. Prisoverrækkelsen er planlagt som afslutning på temamødet

om frivillighed, hvor der blandt andet er oplæg om frivilligcentre og mulighed for debat i SKOVEN 4, Biblioteks- og aktivitetshus, Skovensvej 4, 3450 Allerød fra kl. 15.30-18.00.

Udvalget anmodes om at træffe beslutning om, hvem der skal have frivillighedsprisen 2015.

**Administrationens
forslag**

Forvaltningen anbefaler, at udvalget træffer beslutning om, hvem der skal have frivillighedsprisen 2015.

**Afledte
konsekvenser**

-

**Økonomi og
finansiering**

Udgiften på 2.500 kr. afholdes indenfor Sundheds- og Velfærdsudvalgets budget.

Dialog/høring

Nej

Bilag

Notat kandidater 2015 final.pdf
Indstillinger samlet 2015.pdf

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 16-
09-2015**

Udvalget besluttede i enighed en modtager af prisen, som offentliggøres den 25. september 2015.

Fraværende

Ingen

Signeret af:

Birgitte A. Rasmussen
Formand

Poul Albrechtsen
Næstformand

Gurli Nielsen
Medlem

Henriette Gedde
Medlem

Olav B. Christensen
Medlem

Bilag: 3.1. Forslag til mødeplan 2016

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 61288/15

Forslag til mødekalender 2016

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni							
fr	1 Nytårsdag	ma	1 KIU	ti	1 BSU	fr	1	sø	1	on	1 SVU						
lø	2	ti	2 TPU	on	2 SVU	lø	2	ma	2 KMU	18	to	2					
sø	3	on	3 EBU	to	3	sø	3	ti	3 BSU		fr	3					
ma	4 KMU	1	to	4	fr	4	ma	4 KMU	14	on	4 SVU	lø	4				
ti	5 BSU		fr	5	lø	5	ti	5 BSU		to	5 Kristi Himmelfart	sø	5 Grundlovsdag				
on	6 SVU		lø	6	sø	6	on	6 SVU		fr	6	ma	6 KIU	23			
to	7		sø	7	ma	7 KIU	10	to	7		lø	7	ti	7 TPU			
fr	8		ma	8	6	ti	8 TPU		fr	8		sø	8	on	8 EBU		
lø	9		ti	9 ØU		on	9 EBU		lø	9		ma	9 KIU	19	to	9	
sø	10		on	10		to	10 KL- komm. pol. topmøde		sø	10		ti	10 TPU		fr	10	
ma	11 KIU	2	to	11		fr	11 KL- komm. pol. topmøde		ma	11 KIU	15	on	11 EBU		lø	11	
ti	12 TPU		fr	12		lø	12		ti	12 TPU		to	12 KL - sundhedsp. Topmøde		sø	12	
on	13 EBU		lø	13		sø	13		on	13 EBU		fr	13 KL - sundhedsp. topmøde		ma	13	24
to	14 KL- Komm. øk topmøde		sø	14		ma	14	11	to	14		lø	14		ti	14 ØU	
fr	15 KL- Komm. øk topmøde		ma	15		ti	15 ØU		fr	15		sø	15 Pinsedag		on	15	
lø	16		ti	16		on	16		lø	16		ma	16 2. pinsedag	20	to	16	
sø	17		on	17		to	17		sø	17		ti	17 ØU		fr	17	
ma	18	3	to	18		fr	18		ma	18	16	on	18		lø	18	
ti	19 ØU KL Børn og unge topm.		fr	19		lø	19		ti	19 ØU		to	19		sø	19	
on	20 KL Børn og unge topmøde		lø	20		sø	20		on	20		fr	20		ma	20 KMU	25
to	21		sø	21		ma	21	12	to	21		lø	21		ti	21 BSU	
fr	22		ma	22	8	ti	22		fr	22 Store Bededag		sø	22		on	22 SVU og BY	
lø	23		ti	23		on	23		lø	23		ma	23	21	to	23	
sø	24		on	24		to	24 Skærtorsdag		sø	24		ti	24		fr	24	
ma	25 KMU	4	to	25 BY		fr	25 Langfredag		ma	25	17	on	25		lø	25	
ti	26 BSU		fr	26		lø	26		ti	26		to	26 BY		sø	26	
on	27 SVU		lø	27		sø	27 Påskedag		on	27		fr	27		ma	27	26
to	28 BY		sø	28		ma	28 2. påskedag	13	to	28 BY		lø	28		ti	28	
fr	29		ma	29 KMU	9	ti	29		fr	29		sø	29		on	29	
lø	30					on	30		lø	30		ma	30 KMU	22	to	30	
sø	31					to	31 BY					ti	31 BSU				

Forslag til mødekalender 2016

Juli		August		September		Oktober		November		December	
fr 1	ma 1 31	to 1	lø 1	ti 1	to 1	ti 1	1 BSU	to 1	to 1		
lø 2	ti 2	fr 2	sø 2	on 2	fr 2	on 2	2 SVU	fr 2	fr 2		
sø 3	on 3	lø 3	ma 3	to 3	lø 3	to 3	3	lø 3	lø 3		
ma 4 27	to 4	sø 4	ti 4	fr 4	sø 4	fr 4	4 ØU	sø 4	sø 4		
ti 5	fr 5	ma 5	on 5	lø 5	ma 5	lø 5	5	ma 5	ma 5	49	
on 6	lø 6	ti 6	to 6	sø 6	ti 6	sø 6	6	ti 6	ti 6	ØU	
to 7	sø 7	on 7	fr 7	ma 7	on 7	ma 7	7	on 7	on 7		
fr 8	ma 8	to 8	lø 8	ti 8	to 8	ti 8	8	to 8	to 8		
lø 9	ti 9	fr 9	sø 9	on 9	fr 9	on 9	9	fr 9	fr 9		
sø 10	on 10	lø 10	ma 10	to 10	lø 10	to 10	10	lø 10	lø 10		
ma 11 28	to 11	sø 11	ti 11	fr 11	sø 11	fr 11	11	sø 11	sø 11		
ti 12	fr 12	ma 12	on 12	lø 12	ma 12	lø 12	12	ma 12	ma 12	50	
on 13	lø 13	ti 13	to 13	sø 13	ti 13	sø 13	13	ti 13	ti 13		
to 14	sø 14	on 14	fr 14	ma 14	on 14	ma 14	14	on 14	on 14		
fr 15	ma 15	to 15	lø 15	ti 15	to 15	ti 15	15	to 15	to 15	BY	
lø 16	ti 16	fr 16	sø 16	on 16	fr 16	on 16	16	fr 16	fr 16		
sø 17	on 17	lø 17	ma 17	to 17	lø 17	to 17	17	lø 17	lø 17		
ma 18 29	to 18	sø 18	ti 18	fr 18	sø 18	fr 18	18	sø 18	sø 18		
ti 19	fr 19	ma 19	on 19	lø 19	ma 19	lø 19	19	ma 19	ma 19	51	
on 20	lø 20	ti 20	to 20	sø 20	ti 20	sø 20	20	ti 20	ti 20		
to 21	sø 21	on 21	fr 21	ma 21	on 21	ma 21	21	on 21	on 21		
fr 22	ma 22	to 22	lø 22	ti 22	to 22	ti 22	22	to 22	to 22		
lø 23	ti 23	fr 23	sø 23	on 23	fr 23	on 23	23	fr 23	fr 23		
sø 24	on 24	lø 24	ma 24	to 24	lø 24	to 24	24	lø 24	lø 24		
ma 25 30	to 25	sø 25	ti 25	fr 25	sø 25	fr 25	25	sø 25	sø 25	1. juledag	
ti 26	fr 26	ma 26	on 26	lø 26	ma 26	lø 26	26	ma 26	ma 26	2. juledag	52
on 27	lø 27	ti 27	to 27	sø 27	ti 27	sø 27	27	ti 27	ti 27		
to 28	sø 28	on 28	fr 28	ma 28	on 28	ma 28	28	on 28	on 28		
fr 29	ma 29	to 29	lø 29	ti 29	to 29	ti 29	29	to 29	to 29		
lø 30	ti 30	fr 30	sø 30	on 30	fr 30	on 30	30	fr 30	fr 30		
sø 31	on 31		ma 31	lø 31	ma 31	lø 31	31	lø 31	lø 31	Nytårsaftens dag	

Bilag: 4.2. Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 følgebrev

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 60193/15

Til kommunalbestyrelser i Region Hovedstaden

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666111
Mail csu@regionh.dk

Dato: 30. juni 2015

Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 til godkendelse

Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi har med udgangspunkt i bidragene fra høringsrunden tilrettet og enstemmigt godkendt Praksisplan for fysioterapi 2015-2019.

Der er modtaget værdifuldt input til praksisplanen. Nogle forslag er indarbejdet direkte i planen, andre vil indgå i arbejdet med implementering af planen.

Høringssvarene er generelt positive overfor praksisplanen i sin helhed. Flere høringsvar berører rammerne for fysioterapeuternes virke, der vedrører overenskomsten, og kan derfor ikke ændres i praksisplanen.

Det er derfor med stor glæde, at Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi i Region Hovedstaden sender Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 til godkendelse i kommunerne i regionen.

Konkrete indsatser i praksisplanen vil blive gennemført løbende i implementeringsperioden.

Svar indsendes inden fredag den 16. oktober 2015 til csu@regionh.dk.

På vegne af
Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi i Region Hovedstaden

Else Hjortsø
Vicedirektør
Center for Sundhed
Region Hovedstaden

Vedlagt

- Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019
- Bilag 1. Høringsliste af praksisplanen for fysioterapi 2015-2019
- Bilag 2. Tilsynsordning med rideskoler
- Bilag 3. Undersøgelse om elektronisk tidsbestilling og anvendelse af e-mail. SU sag 26. marts 2014.
- Bilag 4. Aftaler og administrative retningslinjer
- Bilag 5. Funktionsbeskrivelse for den regionale praksiskonsulentordning
- Bilag 6. Strategi for anvendelsen af puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje
- Bilag 7. Grundbeskrivelse Fysioterapipraksis i Region Hovedstaden

Bilag: 4.1. Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 til godkendelse

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 60187/15

Praksisplan for fysioterapi 2015-2019

REGION

KKR
HOVEDSTADEN

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	4
BEGREBER	6
1. INDLEDNING	8
1.1 Afgrænsning	9
1.2 Hvad er fysioterapi?	10
Rammer for udøvelsen af fysioterapi	11
1.3 Data	12
1.4 Høring og godkendelse	12
2. KAPACITET I FYSIOTERAPIPRAKSIS	13
2.1 Målsætninger	13
2.2 Den fremtidige kapacitet	13
2.2.1 Faktorer med betydning for vurdering af kapacitet	14
2.2.2 Kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.	16
2.2.3 Holdtræning	16
2.2.4 Ydelsesudvikling	17
2.2.5 Udgiftsudvikling	18
2.2.6 Flytning og geografisk placering af ydernumre	18
2.2.7 Mobile fysioterapeuter	19
2.2.8 Flere praksisadresser	19
2.3 Ridefysioterapi	20
2.3.1 Kapacitet og geografisk fordeling af fysioterapipraksis	20
2.3.2 Produktion og forbrug	20
2.4 Service og tilgængelighed	
2.4.1 Fysisk tilgængelighed	22
2.4.2 Elektronisk tilgængelighed	25
2.4.3 Telefonisk tilgængelighed	26
2.4.4 Ventetider	26
3. UDVIKLING I FYSIOTERAPIPRAKSIS	27
3.1 Målsætninger	27
3.2 Samarbejde på tværs	27
3.2.1 Brugeren som aktiv samarbejdspart	28

3.2.2 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og den øvrige praksissektor, herunder almen praksis _____	29
3.2.3 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og kommuner _____	31
3.2.4 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og hospitaler _____	35
3.2.5 Forløbsprogrammer _____	35
3.2.6 Lighed i sundhed _____	36
3.2.7 Nye samarbejdsformer _____	37
3.3 Praksiskonsulentordning _____	39
3.4 Kvalitetsudvikling og faglig udvikling _____	40
3.4.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i fysioterapipraksis i Region Hovedstaden _____	40
3.4.2 Patientoplevelset kvalitet _____	42
3.4.3 Faglig kvalitet _____	45
3.4.4 Organisatorisk kvalitet _____	46
3.4.5 Forskning og den regionale kvalitetsudviklingspulje _____	47
4. BILAGSOVERSIGT _____	49

Resumé

Denne praksisplan for fysioterapi er udarbejdet af regionen og kommunerne i Region Hovedstaden i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter i regionen. Praksisplanen omfatter almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi og er gældende for perioden 2015 – 2019.

Praksisplanen er udarbejdet i henhold til overenskomstens bestemmelser og kommissorium vedtaget af Samarbejdsudvalget for fysioterapi.

Formålet med planen er, at den skal fungere som et redskab for planlægning og koordinering af den fysioterapeutiske betjening i regionen og kunne administreres under hensyntagen til andre sundhedsmæssige foranstaltninger samt den regionale og kommunale økonomi.

Det er endvidere intentionen, at planen kan bidrage til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af kapacitet, smidigt samarbejde mellem fysioterapipraksis og andre sundhedsaktører og udvikling af kvalitet i behandlingen.

Praksisplanen er inddelt i tre overordnede kapitler.

Kapitel 1 er indledningen. Her beskrives grundlaget for praksisplanen i lovgivning og overenskomster, fysioterapien som fagområde og de forskellige fysioterapiformer.

Kapitel 2 omhandler kapaciteten på fysioterapiområdet, hvor der er en beskrivelse af faktuelle oplysninger af betydning for området.

Ift. *kapaciteten i fysioterapipraksis* anbefales det, at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau, herunder også den ridefysioterapeutiske kapacitet. Kapaciteten skal analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer.

Ift. *service og tilgængelighed* i fysioterapipraksis anbefales det, at tilgængelighed i fysioterapipraksis bør forbedres i planperioden. Vedrørende *ridefysioterapi* vil samarbejdsudvalget i planperioden implementere den tilsynsordning med rideskolerne, som blev udarbejdet i sidste planperiode. Derudover vil udarbejdede retningslinjer og aftaler fra sidste planperiode evalueres i planperioden.

Kapitel 3 beskriver, hvordan de fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren ønskes udviklet i planperioden. Der er fokus på samarbejde på tværs og kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

Ift. *samarbejde på tværs* anbefales det at styrke kommunikation mellem sektorer (hospital, praksis og kommuner), at undersøge muligheden for en fælles finansieret (regional og kommunal) praksiskonsulentordning for tilskudsberettiget og vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi i planperioden. Er det ikke muligt at opnå en fællesfinansieret ordning, bør andre muligheder for kvalitetsudvikling inden for vederlagsfri fysioterapi afdækkes.

Det anbefales endvidere at kortlægge muligheder for udvikling af samarbejde mellem fysioterapipraksis, borgeren, kommune, praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hospitaler.

Ift. *kvalitetsudvikling og faglig udvikling* skal praksisplanen understøtte implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i fysioterapipraksis. Desuden sikres udvikling af kvalitet og faglighed gennem implementering af kliniske retningslinjer i praksis, udvikling af patientsikkert miljø i praksis, regionale efteruddannelsestiltag samt iværksættelse af kvalitetsudviklingsprojekter gennem den regionale kvalitetsudviklingspulje.

Begreber

Der henvises i Praksisplanen til forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere herunder:

Speciale 51:

Almindelig fysioterapi med patientbetaling. Der ydes offentligt tilskud på ca. 40 procent.

Speciale 57:

Ridefysioterapi med patientbetaling. Patientbetalingen udgør en fast andel, som varierer efter ydelsens art.

Speciale 62:

Vederlagsfri fysioterapi, dækkes økonomisk af kommunen.

Speciale 65:

Vederlagsfri ridefysioterapi, dækkes økonomisk af kommunen.

Overenskomster:

Nationalt dækkende aftaler, der indgås mellem Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) samt den forhandlingsberettigede organisation for området. For fysioterapien, hvor den vederlagsfrie del er kommunalt myndighedsansvar, er Kommunernes Landsforening (KL) forhandlingsberettiget organisation sammen med RLTN.

Den forhandlingsberettigede organisation for fysioterapeuterne er Danske Fysioterapeuter (DF)

Ydernummer:

Et identifikationsnummer, som tildeles en fysioterapeutklinik, der praktiserer efter overenskomst med det offentlige til brug for afregning af ydelser. Klinikken kan omfatte flere fysioterapeuter.

Kapacitet:

Udtryk for en norm, hvorefter man har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. En kapacitet kan være over/under 30 timer.

Ejer:

En ejer er klinikindehaver, der står som ansvarlig for behandlingen. Ejeren kan have både lejere og ansatte, hvis klinikken omfatter flere kapaciteter. Mobile fysioterapeuter har ydernummer, men er ikke nødvendigvis tilknyttet en bestemt klinik.

Lejer:

Lejeren lejer kapacitet, af en klinikejer. Lejeren er selvstændigt ansvarlig for aktiviteten på ydernummeret

Sikrede:

Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin mv. Man kan vælge mellem to sikringsgrupper.

Sikringsgruppe 1:

Borgere i sikringsgruppe 1 skal have henvisning fra egen læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Dog kræves der ikke henvisning til øre- og øjenlæge, tandplejer, tandlæge og kiropraktor.

Det er gratis at få hjælp hos læge eller speciallæge, som har en aftale med regionen. Tilskud til medicin, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.

Sikringsgruppe 2:

Borgere i sikringsgruppe 2 kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves en lægehenvi- sning til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog, og fysioterapeuten, fodterapeuten eller psykologen for at få tilskud.

Det samme tilskud gives som en gruppe 1-sikret patient får til en tilsvarende behandling. Læger, speciallæger, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling. Hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, skal den enkelte selv betale forskellen, når vedkommende er i sikringsgruppe 2.

Tilgængelighed:

Dækker over fysiske adgangsforhold til klinikken, oplysning om ventetid, muligheder for telefonisk kontakt til klinikken samt oplysninger herom på praksisdeklaration på sundhed.dk samt klinikkens hjemmeside, hvis de har en.

Produktion:

Produktion anvendes som et udtryk for, hvad fysioterapeuter med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret af ydelser, uafhængigt af borgeres bopæl.

Forbrug:

Begrebet forbrug dækker over, hvad Region Hovedstadens borgere har modtaget af ydelser, uanset i hvilken region/kommune ydelserne er udført i.

Henvi- sning:

For at modtage fysioterapeutisk behandling med tilskud skal patienten have en henvi- sning fra sin alment praktiserende læge.

Bruttohonorar:

Bruttohonorar er den pris, en fysioterapeutisk ydelse skal koste. Bruttohonoraret er aftalt i overenskomsten, og reguleres fast to gange årligt pr. 1. april og 1. oktober.

Planområder:

Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1 i grundbeskrivelsen, bilag 7).

Patient, bruger og borger:

I kommuner, hospitaler og almen praksis er der ikke altid den samme holdning til anvendelse af begreberne patient, bruger og borger. Ordene forbindes med forskellige roller og positioner.

I denne praksisplan anvendes alle tre begreber, idet der anvendes den betegnelse der passer bedst med beskrivelsen af sygdomsforløbet eller situationen.

I praksisplanen bruges *patient*, når der er tale om en behandlingsrelation mellem patient og sundhedsperson, mens udtrykket *borger* eller *bruger* vil blive anvendt i mødet mellem borger og myndighed i øvrigt.

1. Indledning

Denne praksisplan for fysioterapi er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden, de 29 kommuner i regionen samt repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter.

Pr. 1. august 2008 blev myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi overdraget til kommunerne. Det betød, at landsoverenskomsten blev tilrettet, bl.a. også bestemmelsen for praksisplanlægningen. Af § 18, stk. 1 i Overenskomst 2014 for almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi fremgår:

Regionen og kommunerne i regionen udarbejder en fælles plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen.

Planen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedrørende den fysioterapeutiske kapacitet.

I Praksisplan for fysioterapi 2011-2014 var der stor vægt på beskrivelsen af kapaciteten. Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 har mere vægt på samarbejde og kvalitet.

Målet med praksisplanen er at sikre:

- *Lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelser i praksissektoren*
- *Koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med brugeren og det øvrige sundhedsvæsen*
- *Udvikling af den faglige kvalitet i fysioterapipraksis*

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af drøftelser i Styregruppen for Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019, nedsat under Samarbejdsudvalget for fysioterapi.

Der har endvidere været afholdt visionsseminar den 28. august 2014 for medlemmerne af samarbejdsudvalget, med deltagelse af uddannelsesansvarlige, forskningsledere og kommunale repræsentanter. Samarbejdsudvalget arbejder videre med følgende områder fra visionsseminaret:

- "Kvalitet og efteruddannelse" - Hvordan kan Samarbejdsudvalget sikre bedre rammer for kvalitetsudvikling - at der er faglige miljøer på alle klinikker, og at der er fokus på efteruddannelse.
- "Egenomsorg" - Mulighederne for at videreformidle erfaringer fra projekter, der har haft fokus på at fremme motivation til selvtræning. F.eks. gennem at øge patienternes kompetence til at handle.
- "Praksisfællesskaber" - Fysioterapeuter som en del af praksisfællesskaber - muligheder og barrierer.
- "Effektmåling" - Hvordan kan der fremover arbejdes med effektmålinger i relation til borgerne i Region Hovedstaden som supplement til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Boks 1 – Overenskomstens tekst

Almindelig og vederlagsfri, § 42, stk. 1.

Samarbejdsudvalget

For hver region nedsættes et *Samarbejdsudvalg* for almindelig og vederlagsfri fysioterapi bestående af 2 medlemmer udpeget af regionsrådet, 2 medlemmer udpeget af kommunerne i regionen samt 4 medlemmer udpeget af Danske Fysioterapeuter. De fysioterapeutiske medlemmer skal vælges blandt fysioterapeuter med praksis i regionen.

Almindelig og vederlagsfri, § 43, stk. 1.

Samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser

Samarbejdsudvalget behandler sager vedrørende overenskomsternes gennemførelse i regionen og kommunerne og vejleder med hensyn til forståelse af overenskomsternes bestemmelser. Se overenskomstens § 5.

Styregruppen for fysioterapi

Styregruppen er nedsat af samarbejdsudvalget. Styregruppen har bestået af repræsentanter fra region, kommuner og de praktiserende fysioterapeuter. Den regionale praksiskonsulentordning har deltaget i arbejdsgruppens drøftelser om udviklingsdelen af praksisplanen.

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af overenskomstens bestemmelser og således, at praksisplanen er i overensstemmelse med regionens øvrige sundhedsplanlægning, herunder regionens samlede sundhedsplan af 2013. Praksisplanen gælder for alle praktiserende fysioterapeuter i Region Hovedstaden, som virker under bestemmelserne i overenskomsterne for fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.

1.1 Afgrænsning

Planperiode er afgrænset til 2015-2019.

Nærværende praksisplan beskæftiger sig med specialerne:

- Almindelig fysioterapi (speciale 51)
- Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)
- Almindelig ridefysioterapi (speciale 57)
- Vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)

Praksisplanen beskriver udelukkende den del af fysioterapeuternes virke, der foregår indenfor overenskomsternes rammer, og således f.eks. ikke emner under serviceloven.

1.2 Hvad er fysioterapi?

Fysioterapi tilbydes enkeltpersoner og befolkningsgrupper med henblik på at udvikle, vedligeholde eller genoprette maksimal bevægelse og funktionsevne livet igennem.¹

Fysioterapi handler om at identificere og optimere livskvalitet og bevægelsespotentiale indenfor områderne sundhedsfremme, forebyggelse, behandling/intervention, og rehabilitering.

I den fysioterapeutiske arbejdsproces indgår:

- Undersøgelse, analyse og funktionsdiagnostik
- Intervention/behandling
- Evaluering, dokumentation og kvalitetssikring
- Tværfagligt samarbejde og formidling

Fysioterapeutens arbejdsopgaver indebærer bl.a. at:

- Foretage undersøgelse/vurdering/evaluering af patientens behov
- Sammen med patienten at formulere en plan for behandling
- Forestå rådgivning indenfor sin ekspertise samt implementere en fysioterapeutisk behandling
- Vurdere effekten af patientens behandlingsplan og
- Give anbefalinger til patientens egen indsats.

Fysioterapeutklinikker i praksissektoren er selvstændige virksomheder. Når en fysioterapeut er tilsluttet overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter kan henviste patienter få tilskud til behandlingen.

Henviste patienter med diagnoser omfattet af Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledninger vedr. personer med svært fysisk handicap samt personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom kan modtage vederlagsfri behandling, se i øvrigt fakta boks 3 nedenfor.

Patienter kan henvises fra egen læge eller speciallæge til tre former for fysioterapi²:

- Almindelig fysioterapi (med tilskud)
- Vederlagsfri fysioterapi (uden egenbetaling)
- Ridefysioterapi, almindelig eller vederlagsfri

Almindelig fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi er reguleret i hver deres overenskomst indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter.

¹ <http://www.klinuvfys.dk/Fagligt/Nyheder/Hvad-er-fysioterapi/>

² Sundhed.dk

Boks 2

Almindelig fysioterapi

Patienter kan få tilskud til almindelig behandling hos fysioterapeuter, hvis

- Patienten har henvisning fra en læge
- Fysioterapeuten har relevant overenskomst (gruppe 1-sikrede)

Tilskuddet udgør knap 40 % af fysioterapeutens honorar.

Boks 3

Vederlagsfri fysioterapi

Patienter kan få vederlagsfri behandling hos fysioterapeuter, hvis de opfylder Sundhedsstyrelsens kriterier og:

- Patienten har henvisning fra en læge
- Fysioterapeuten er omfattet af ordningen

Boks 4

Almindelig og vederlagsfri ridefysioterapi

Patienter med svært varigt fysisk handicap, hvor hjælpemidler eller personlig hjælp i hjemmet er nødvendigt, kan få vederlagsfri ridefysioterapi.

Blinde og svagtseende er dog kun berettiget til almindelig ridefysioterapi.

Patienter med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom kan således ikke få vederlagsfri ridefysioterapi.

Det er den behandlende læge, der skal henvise til ridefysioterapi.

Henvisningen skal bero på en konkret lægelig vurdering af, om patienten kan have gavn af ridefysioterapi.

Tilskuddet til almindelig ridefysioterapi udgør 80 % af fysioterapeutens og rideskolens honorar og fuldt tilskud på 100 % til vederlagsfri ridefysioterapi.

Rammer for udøvelsen af fysioterapi

Fysioterapi finder sted i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Eksempler på forskellige steder er hospitaler, ambulatorier, genoptræningsenheder (kommuner), enheder for specialiseret genoptræning (region), rehabiliteringscentre (kommunalt og regionalt), offentlig sundhedsfremme i kommunerne, fysioterapeutiske klinikker, plejehjem og ældrecentre.

Praksisplanen er begrænset til at beskæftige sig med de fysioterapeutiske ydelser, der leveres i praksissektoren eller i spændet mellem praksissektoren og de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

1.3 Data

Data refereret i praksisplanen er primært baseret på dataudtræk fra praksissektorens administrative system, som er yderregisteret³, datavarehuset⁴. Derudover er der anvendt data fra Danmarks Statistik, spørgeskema udsendt af Kommunernes Landsforening til kommunerne samt de øvrige regioners praksisplaner.

I forbindelse med praksisplanlægningen er der indhentet oplysninger fra de enkelte fysioterapeutiske klinikker i praksissektoren i form af en spørgeskemaundersøgelse.

Spørgeskemaet til praksis med fast praksisadresse blev udsendt med henblik på at belyse fysioterapeuters ventetider, elektroniske tilgængelighed samt ønsker til kvalitetsudvikling og faglig udvikling. Undersøgelsen sluttede i august 2013 med en svarprocent på 55 %, svarende til 66 ud af 120 adspurgte klinikker. 69 % af besvarelserne kom fra klinikker med mere end 5 ansatte. Undersøgelsen benævnes herefter *praksisspørgeskemaundersøgelse*.

1.4 Høring og godkendelse

Praksisplanen er udarbejdet af Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende fysioterapeuter i regionen.

Planudkastet var i perioden ultimo februar 2015 til 1. juni 2015 i høring blandt de vigtigste interessenter (se høringsliste i bilag 1 til planen). Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi har den 22. juni 2015 godkendt praksisplanen.

³ Yderregisteret (Notus Behandler) indeholder oplysninger om de enkelte ydere.

⁴ Datavarehuset (Targit BI Suite version 2K10) indeholder primært registreringer om yderes produktion og sikredes forbrug af ydelser og medicin.

2. Kapacitet i fysioterapipraksis

Formålet med dette kapitel er at tilrettelægge den fremtidige kapacitet for fysioterapi i praksissektoren, herunder at beskrive arbejdet med de administrative retningslinjer for sagsbehandlingen af praksisforhold.

Tilrettelæggelsen tager udgangspunkt i kapacitetsbeskrivelsen, der primært omhandler kapacitet og økonomiske opgørelser af tilbud i praksissektoren for almindelig, vederlagsfri og ridefysioterapi.

2.1 Målsætninger

De overordnede målsætninger for kapaciteten i fysioterapipraksis er:

- *Lige adgang og tilgængelighed til fysioterapiydelser i praksissektoren*
 - At alle klinikker har adgangs- og toiletforhold, som er egnede for personer med funktionsnedsættelse
 - At nye klinikker placeres med let trafikal adgang.
 - At alle klinikker har tilbud om holdtræning og træningsfaciliteter, gerne i samarbejde med andre sundhedsaktører
- *Fagligt og organisatorisk bæredygtige klinikker*
 - At alle klinikker har en størrelse som fremmer høj kvalitet i behandling og økonomisk bæredygtighed
 - At alle mobile ydere tilknyttes fast praksisadresse
- *Koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det øvrige sundhedsvæsen*
 - At kapaciteten ses i sammenhæng med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen
 - At der sker større koordinering mellem den vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og den kommunale aktivitet i henhold til Serviceloven.
 - At den nuværende kapacitet fastholdes.

Målsætningerne skal opfattes som pejlemærker, som både region, kommuner og praksissektor stræber mod i planperioden. Praksisplanens anbefalinger skal understøtte opfyldelsen af målsætningerne.

2.2 Den fremtidige kapacitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At kapaciteten fastholdes på nuværende niveau
- At kapaciteten skal analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, som kan påvirke kapaciteten.
- At der tilstræbes en ligelig fordeling af kapaciteten mellem planområderne.
- At det sikres, at fysioterapiklinikker tilbyder holdtræning til de relevante patienter

Vurderingen af den fremtidige kapacitet i praksissektoren bygger på følgende faktorer som befolknings- og patientudvikling, produktion og forbrug af fysioterapeutiske ydelser, overlappende tilbud udenfor praksissektoren samt det økonomiske perspektiv. De væsentligste faktorer gennemgås nedenfor.

2.2.1 Faktorer med betydning for vurdering af kapacitet

Der er mange elementer, der påvirker planlægning af den fremtidige kapacitet i praksissektoren for fysioterapi. Her kan nævnes befolkningstilvæksten og udviklingen i sygdomsmønstret. Der er desuden flere behandlingstilbud som overlapper eller er afhængige af hinanden. Disse er:

- Almindelig fysioterapi
- Vederlagsfri fysioterapi
- Specialiseret genoptræning
- Kommunale tilbud på vederlagsfri fysioterapi
- Ridefysioterapi
- Tilbud efter Servicelovens § 86, stk. 1 og 2
- Øvrige kommunale tilbud

Af tabel 1 fremgår, at der er i alt 643 fysioterapeuter i Region Hovedstaden, hvoraf 456 er lejere på klinikker og 165 er klinikejere. De resterende fordeler sig på ansatte og mobile fysioterapeuter.

Tabel 1. Klinikker og fysioterapeuter, fordelt på planområder, status pr. 1. september 2014

Planområde	Ansatt	Ejer	Lejer	Mobil ejerkapacitet	Ledig mobil ejerkapacitet	I alt
Nord	3	41	109	0	0	153
Midt	9	52	141	0	0	202
Byen	3	37	100	2	0	142
Syd	2	32	106	1	0	141
Mobile kapaciteter	0	3	0	0	2	5
I alt	17	165	456	3	2	643

Kilde: Yderregisteret (Notus Regional og Targit), status per 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014). Overskrifter hvori der indgår 'kapacitet' er i tabellen 'antal fysioterapeuter' uanset om der er tale om halve eller hele (reelle) kapaciteter. Den særlige række for mobile kapaciteter omhandler mobile kapaciteter uden fast tilknytning - i Københavns Kommune.

Tabel 2 nedenfor viser, at den fysioterapeutiske kapacitet pr. sikrede (gruppe 1) ikke er jævnt fordelt i regionen. I planområde Nord er der i gennemsnit 3.217 sikrede pr. kapacitet, mens der i planområde Syd er 1 fuldtidskapacitet pr. 5.853sikrede.

Tabel 2. Region Hovedstadens fysioterapeutiske kapaciteter samt sikrede per kapacitet, fordelt på planområder

Planområde	Kapaciteter	Sikrede (gruppe 1)	Sikrede per kapacitet
Nord	98	315.229	3.217
Midt	127	446.992	3.520
Byen	90,5	486.071	5.371
Syd	87,5	512.116	5.853
Mobile kapaciteter*	4		
I alt	407	1.760.858	4.326

Kilde: Yderregisteret (Notus Regional), status per 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014), og antal sikrede er trukket i Targit.

Note: Opgørelserne pr. 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014) viser 450 sikrede, der ikke har en folkeregisteradresse, der kan tilknyttes en kommune i Region Hovedstaden.

*Den særlige række for mobile kapaciteter omhandler mobile kapaciteter uden fast tilknytning - i Københavns Kommune.

Der er også på landsplan forskelle i antal sikrede pr. fuldtidskapacitet. Det fremgår af tabel 3, at Region Syddanmark har flest sikrede per fuldtidskapacitet, mens Region Sjælland har færrest. Region Hovedstaden har 4.326 sikrede pr. fuldtidskapacitet. Det gennemsnitlige antal sikrede pr. fuldtidskapacitet på landsplan er på 4.443.

Tabel 3. Kapacitet samt sikrede pr. fuldtidskapacitet fordelt på regioner, status pr. 1. september 2014

Yder Region	Kapaciteter	Sikrede (gruppe 1)	Sikrede per fuldtidskapacitet
Region Nordjylland	129,5	580.276	4.481
Region Midtjylland	295	1.278.540	4.334
Region Syddanmark	240	1.201.583	5.007
Region Hovedstaden*	407	1.760.858	4.326
Region Sjælland	201	817.774	4.069

Kilde: Region Hovedstadens data: yderregisteret (Notus Regional og Targit). Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland, er indrapporteret fra regionerne..

Note: Der har været en registreringsfejl i Yderregisteret, hvorfor der i forrige praksisplan for fysioterapi stod opgivet en samlet kapacitet på 406,5. Dette er ikke korrekt. Den korrekte kapacitet er 407.

Antal sikrede er afgrænset til sikringsgruppe 1 og 2 pr. 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014).

2.2.2 Kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Kommunalt vederlagsfri fysioterapi tilbydes i 13 af regionens 29 kommuner.

Kommunerne har forskellige tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Flertallet af disse tilbud er holdtræning, og nogle kommuner tilbyder tilbud om individuel behandling, hjemmebehandling og bassintræning.

Nogle kommunale tilbud er målrettet patienter med en progressiv lidelse, og andre tilbud er målrettet svært fysisk handicappede patienter. Tilbuddene kan være afgrænsede efter diagnoser, funktionsniveau og alder.

Kommunalt vederlagsfri fysioterapi er som udgangspunkt placeret sammen med tilbud efter sundhedsloven og serviceloven.

Table 4. Kommuner der har oprettet tilbud om vederlagsfri fysioterapi

Kommune	Startdato	Antal pt. i alt
Albertslund	01.01.2010	ej oplyst
Ballerup	01.01.2012	7
Brøndby	01.08.2013	6
Egedal	01.10.2009	ej oplyst
Furesø	01.01.2009	77
Gentofte	10.10.2010	1
Gladsaxe	01.01.2011	31
Halsnæs	01.01.2012	22
Hillerød	01.03.2014	0
Høje-Taastrup	01.08.2008	110
Ishøj	01.06.2008	23
Lyngby-Taarbæk	01.01.2008	15
Rudersdal	01.01.2013	0
I alt		292

Kilde: KL spørgeskemaundersøgelse 2014, suppleret med enkelte kommuners hjemmesider

Antal patienter, der har modtaget vederlagsfri fysioterapi i kommunalt regi er steget fra 141 patienter i 2009 til 292 patienter i 2013.

2.2.3 Holdtræning

Holdtræning indgår som et vigtigt tilbud i fysioterapipraksis. En forudgående fysioterapeutisk undersøgelse og vurdering danner grundlag for, hvilket hold patienten bliver indstillet til. Her har fysioterapeuten haft mulighed for at tilrettelægge træningsprogrammer, der er tilpasset den enkelte patients behov og ligeledes instruere, korrigere og videreudvikle de enkelte øvelser.

De praktiserende fysioterapeuter skal som følge af tiltrædelsen af overenskomst for vederlagsfri fysioterapi kunne behandle patienter med en progressiv lidelse. Ifølge overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi skal patienter med en progressiv lidelse som udgangspunkt tilbydes holdtræning.

Individuel behandling skal kun tilbydes efter udarbejdelse af en undtagelsesredegørelse. En undtagelsesredegørelse er vurderingen af, om patienter med progressiv lidelse skal have mere end én individuel behandling eller om en patient med svært fysisk handicap har brug for individuel behandling eller en forlængelse af behandlingen ud over limiteringen på 20 behandlinger.

Ud af 115 klinikker i regionen tilbyder de 103 holdtræning.

2.2.4 Ydelsesudvikling

Tabel 6 viser, at andelen af fysioterapipraksis, der tilbyder holdtræning, er steget med 3 procent i perioden 2012 – 2013 for så vidt angår almindelig fysioterapi og 10 procent for vederlagsfri fysioterapi.

Tabel 6. Produktion af individuelle ydelser og holdydelser fra 2009-2013 samt udviklingen fra henholdsvis 2009-2013 og 2012-2013

		2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013	2012-2013
		Antal ydelser					ændring i procent	
Almindelig fysioterapi (speciale 51)	Individuel Behandl.	1.040.271	1.055.110	1.083.582	1.102.751	1.073.729	3,22	-2,63
	Holdtræning	139.657	149.958	155.909	165.951	170.531	22,11	2,76
Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)	Individuel Behandl.	739.640	753.366	815.685	860.474	846.952	14,51	-1,57
	Holdtræning	68.704	80.040	89.333	108.056	118.587	72,61	9,75
	Bassintræning	3.699	3.173	2.455	2.237	5.226	41,28	133,62
Blandede hold	Holdtræning	48.353	54.138	59.285	62.938	73.748	52,52	17,18
	Bassintræning	12.249	13.531	13.182	13.144	13.891	13,41	5,68
	I alt	2.052.573	2.109.316	2.219.431	2.315.551	2.302.664	12,18	-0,56

Kilde: Yderregisteret (Targit)

Note: Ydelser produceret af Region Hovedstadens fysioterapeuter i det pågældende afregnings år. Det samlede antal ydelser er i den forrige praksisplan for 2011-2014 angivet til at være 2.051 (antal i 1.000). Denne forskel skyldes afrunding. Det korrekte antal er angivet i tabellen ovenfor.

Ud af de 103 klinikker i regionen som tilbyder holdtræning, tilbyder 21 også bassintræning.

2.2.5 Udgiftsudvikling

Udgiften opgøres som:

- Udviklingen i de samlede udgifter fordelt på produktion og forbrug
- Udviklingen i produktion pr. fuldtidskapacitet
- Produktion og forbrug pr. patient og pr. indbygger

Tabel 7. Produktion og forbrug (i kroner) af almindelig (speciale 51) og vederlagsfri (speciale 62) fysioterapi for perioden 2009-2013, 2013-priser.

År	Produktion		Forbrug	
	Almindelig fysioterapi (speciale 51)	Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)	Almindelig fysioterapi (speciale 51)	Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)
2009	114.848.439	168.500.298	113.479.452	168.813.231
2010	116.566.583	175.711.358	115.007.075	175.933.123
2011	120.125.157	190.684.854	118.561.449	190.624.227
2012	123.192.195	204.756.721	121.599.214	204.644.818
2013	121.040.138	209.435.198	119.588.024	209.121.458

Kilde: Yderregisteret (Targit)

Note: Produktion ydet af Region Hovedstadens fysioterapeuter i det pågældende afregnings år. Forbrug er Region Hovedstadens borgeres forbrug af fysioterapeutiske ydelser i det pågældende afregnings år.

Det fremgår af tabel 7, at udgifterne til fysioterapeutiske ydelser er steget både for almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Region Hovedstadens borgeres forbrug af fysioterapeutiske ydelser inden for vederlagsfri er steget med ca. 40,3 mio. kroner i løbende priser fra 2009-2013, mens der ses en stigning på omkring 6,1 mio. for almindelig fysioterapi.

Som gennemgået i ovenstående afsnit, er vurdering af den samlede kapacitet afhængig af flere udefrakommende faktorer, f.eks. befolkningstilvækst eller udviklingen af sygdomsmønstre.

Den fysioterapeutiske kapacitet i praksissektoren i Region Hovedstaden har været uændret over de seneste år. Vurderingen baserer sig på patientudviklingen, antal indbyggere pr. fuldtidskapacitet, produktion, forbrug pr. fuldtidskapacitet samt det økonomiske perspektiv. Derfor anbefales det, at den fysioterapeutiske kapacitet i Region Hovedstaden forbliver uændret i planperioden.

2.2.6 Flytning og geografisk placering af ydernumre

Region og kommuner kan ifølge overenskomstens § 18-21 beslutte at ændre antallet af kapaciteter efter indstilling fra samarbejdsudvalget.

I sidste planperiode var det en målsætning at se på redskaber til at sikre en jævn fordeling af kapacitet i regionen. Samarbejdsudvalget har måttet konstatere, at det er svært at udligne de geografiske forskelle i fordelingen af antallet af fysioterapeuter inden for en kortere tidshorisont, med de muligheder som samarbejdsudvalget har til rådighed og inden for den eksisterende økonomiske ramme. Det er stadig en overordnet målsætning at sikre en jævn fordeling af kapaciteten.

2.2.7 Mobile fysioterapeuter

Det er aftalt mellem overenskomstens parter, at antallet af mobile fysioterapeuter bør udfases, da mobile fysioterapeuter som oftest ikke har tilknytning til et fagligt miljø og ej heller tilbyder holdbehandling.

Parterne er derfor blevet enige om, at det fra den 01-01-2015 ikke længere er muligt at opslå nye ydernumre som mobile fysioterapeuter. Behovet for mobil behandling skal fortsat dækkes, dog fremover af klinikkerne.

Udfasningen af ordningen med mobile fysioterapeuter bunder ikke i et ønske om at begrænse den fysioterapeutiske kapacitet.

2.2.8 Flere praksisadresser

Praksisplanens forudsætninger for fysioterapeuters aktivitet på hovedadressen gælder også for aktivitet på en ekstra praksisadresse.

I tilknytning hertil har Samarbejdsudvalget aftalt følgende principper:

Ved orientering af samarbejdsudvalget om hensigten om brug af flere praksisadresser med samme ydernummer, vil samarbejdsudvalget tillægge det afgørende betydning, at anmelderen kan sandsynliggøre, at der er behov for større fleksibilitet for at tilgodese patienternes behov for kvalitet, nærhed og valgmuligheder, herunder at målsætningerne i praksisplanens afsnit 3 om 'Udvikling i fysioterapipraksis', fremmes.

Ved orientering af samarbejdsudvalget om hensigten om brug af flere praksisadresser med samme ydernummer, udsendes henvendelsen umiddelbart i høring blandt praktiserende fysioterapeuter indenfor planområdet. I høringen anmodes om svar på, hvorvidt de sandsynliggjorte forbedringer, vil påvirke behandlingsmulighederne i resten af planområdet og – i givet fald – på hvilken måde.

Høringsfristen fastlægges til 3 uger fra udsendelsesdatoen.

Senest 3 uger efter høringsfristens udløb, svares anmelderen.

Som følge af ny overenskomst udgår boks 5 om 'Mulighed for flere praksisadresser', i bilag 4.

2.3 Ridefysioterapi

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At kapaciteten fastholdes på nuværende niveau.
- At samarbejdsudvalget i planperioden implementerer den tilsynsordning med rideskolerne, som blev udarbejdet i sidste planperiode

2.3.1 Kapacitet og geografisk fordeling af fysioterapipraksis

I Region Hovedstaden tilbydes ridefysioterapi på 6 rideskoler. Det foregår på tre lokaliteter i hovedområde Nord, to lokaliteter i hovedområde Midt samt en i Syd. Ridefysioterapien varetages af seks ridefysioterapeuter med en samlet kapacitet på fire fuldtidskapaciteter⁵.

Tabel 9. Kapacitet for ridefysioterapi, fordelt på hovedområder, per 1. september 2014

Hovedområde	Ridefysioterapeuter	Kapacitet	Sikrede	Sikrede pr. kapacitet
Nord	3	2,00	315.229	157.615
Midt	2	1,50	446.992	297.995
Byen	0	0,00	486.071	n/a
Syd	1	0,50	512.116	1.024.232
Total	6	4	1.760.858	440.215

Kilde: Yderregisteret, Notus Regional

Note: Antal sikrede per 1. september 2014 (udtræksdato 10. november 2014).

Som det fremgår af tabel 9, er der ingen ridefysioterapeuter i planområde Byen. Patienter herfra benytter således andre planområder. Der er endvidere ikke nogle ridefysioterapeuter på Bornholm.

2.3.2 Produktion og forbrug

De samlede udgifter til ridefysioterapi fremgår af tabel 10 fordelt på hovedområde og speciale. Det fremgår, at regionens ridefysioterapeuter har en samlet produktion på knap 9 mio. kr. Det svarer til ca. 2,2 mio. kr. pr. fuldtidskapacitet.

Tabel 10. Produktion og forbrug af almindelig (speciale 57) og vederlagsfri (speciale 65) ridefysioterapi, opgjort som bruttohonorarer (i 1.000 kr.) 2013.

Hovedområde	Produktion, 1000 kr.		Forbrug, 1000 kr.	
	Speciale 57	Speciale 65	Speciale 57	Speciale 65
Nord	56	3.868	45	3.139
Midt	34	4.896	45	2.922
Byen	0	0	7	1.930
Syd	0	0	11	2.143
Total	90	8.764	108	10.135

Kilde: Sygesikringsregisteret, Targit

Note: År er afregnings år

⁵ 2 ridefysioterapeuter på fuldtid, og 4 ridefysioterapeuter med mellem 6 og 15 timer om ugen. Dette er blevet rundet op til 4 ridefysioterapeuter, der arbejder fuldtid.

Geografisk placering af ydernumre

Ridefysioterapi er et særligt felt, idet ydelsen kræver særligt stort areal. Fx er det svært at udbyde ridefysioterapi i planområde byen.

Det anbefales, at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau. I det omfang, der opstår mulighed for det, vil det tilstræbes at udligne de geografiske forskelle i kapaciteten.

Tilsynsordning med rideskoler

Implementeringsgruppen for fysioterapi vedtog i 2012 en tilsynsordning med rideskolerne/klubberne, herunder en vejledning til praktiserende ridefysioterapeuter om krav til rideskolen/klubben og behandlingsforholdene før tiltrædelse og efter tiltrædelse som ridefysioterapeut. Se bilag 2.

Parterne anbefaler, at samarbejdsudvalget i planperioden implementerer tilsynsordningen med rideskolerne i denne planperiode.

2.4 Service og tilgængelighed

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At tilgængelighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutning vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser.
- At fysisk tilgængelighed gøres til en betingelse ved ansøgning om nynedsættelser (nye kapaciteter).
- At samarbejdsudvalget årligt følger op på fysisk tilgængelighed i fysioterapipraksis. Opfølgningen sker på baggrund af yderregistrets oplysninger.
- At samarbejdsudvalget planlægger en indsats for at udbrede tilbuddet om elektronisk kommunikation i fysioterapipraksis.
- At samarbejdsudvalget følger op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelser. Tilgængelighed betyder, at personer med funktionsnedsættelser kan få adgang til samme ydelser og fysiske færden som personer uden funktionsnedsættelser. Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Region, kommuner og praktiserende fysioterapeuter lægger vægt på, at den fysiske tilgængelighed til og i fysioterapipraksis forbedres i planperioden.

Overenskomsten 2014 for Fysioterapi har fokus på patientrettet service i form af ventetider samt tilgængelighed for regionens borgere, såvel fysisk som telefonisk og elektronisk, samt at fysioterapi skal sørge for at have ajourførte praksisdeklarationer på sundhed.dk.

2.4.1 Fysisk tilgængelighed

Ved fysisk tilgængelighed forstås blandt andet egnede adgangs- og toiletforhold for personer med funktionsnedsættelser. Eksempelvis at der er adgang til praksis for kørestole og at der er handicapparkeringsmuligheder indenfor en rimelig afstand til praksis.

Den fysiske tilgængelighed er aftalt i overenskomsten 2014:

Boks 5 – Overenskomstens tekst

Vilkår vedrørende praksis med offentligt tilskud

§ 28 (alm. fys) og § 24 (ved. fys)

Stk. 6. Alle fysioterapeuter skal tilstræbe, at deres klinikker og træningslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede og at der er handicapegnede toiletfaciliteter.

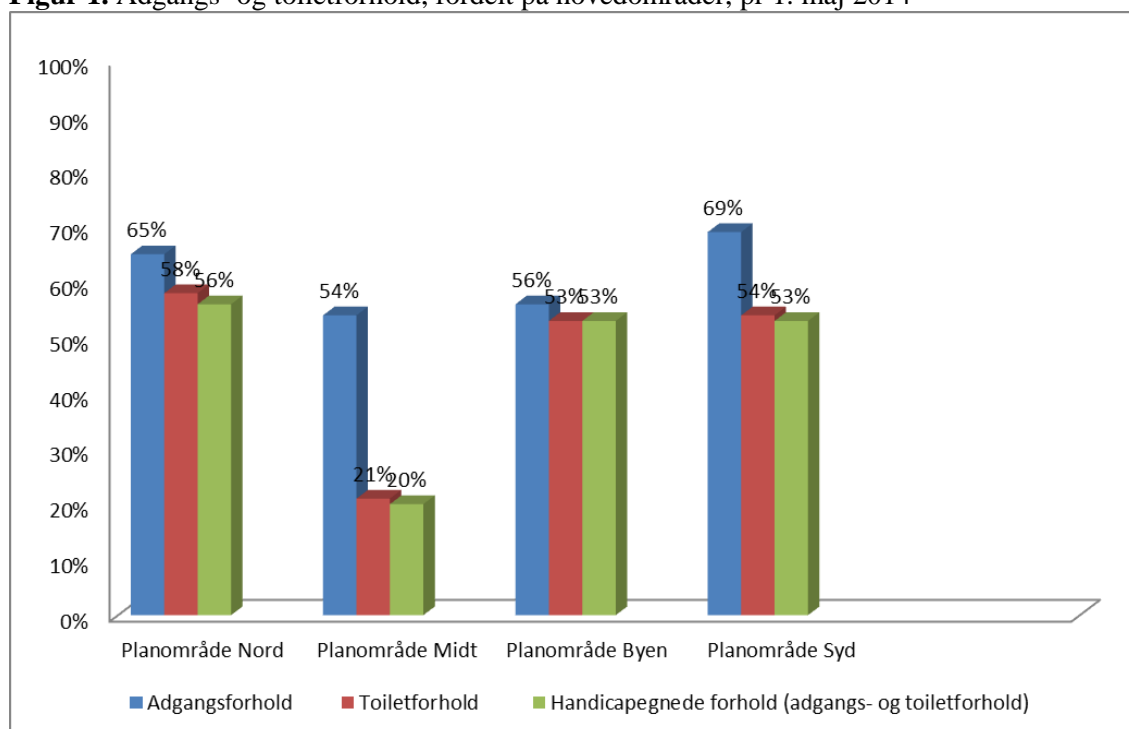
Stk. 7. Fysioterapeuten skal på sin praksisdeklaration jf. § 6, stk. 4, give relevante oplysninger om parkeringsforhold, adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelseshæmmede har mulighed for at vælge en fysioterapeut, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

Stk. 8. Ved nybygning og væsentlig ombygning af klinikker gælder de generelle krav i bygningslovgivningen til erhvervsbyggeri om niveaufri adgang, handicap toilet osv.

Ved flytning, væsentlige ombygninger eller nybygning skal byggelovgivningens regler efterleves.

Figur 1 viser procentfordelingen for den fysiske tilgængelighed i fysioterapipraksis, fordelt på regionens planområder:

Figur 1. Adgangs- og toiletforhold, fordelt på hovedområder, pr 1. maj 2014



Kilde: Yderregisteret, Notus Regional

Fysisk tilgængelighed registreres i regionens yderregister, som indeholder oplysninger om samtlige praksis i regionen.

Regionens oplysninger om fysisk tilgængelighed er dog ikke altid fyldestgørende. Årsagen er, at overenskomsten for fysioterapi ikke omfatter entydige definitioner af tilgængelighedsbegrebet. Oplysningerne i yderregistret er således baseret på praksis' egen vurdering.

62 % af fysioterapiklinikkerne i regionen angiver i yderregistret, at de har adgangsforhold, som er egnede for personer med funktionsnedsættelser. 45 % af klinikkerne oplyser, at de har toiletforhold, som er egnede for handicappede. 45 % af klinikkerne har både egnede adgangs- og toiletforhold.

God Adgang mærkning

Danske Fysioterapeuter indgik i 2012 en aftale om God Adgang mærkning af deres medlemmers klinikker. God Adgang er en forening, som bl.a. vha. en mærkningsordning arbejder for at synliggøre tilgængelighed til bygninger og udearealer.

Boks 6. God Adgang mærkeordning

God adgangs mærkeordning består af 7 mærker, som dækker handicapgrupper med hvert deres behov for tilgængelighed: Kørestolsbrugere, gang-, arm- og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, astmatikere og allergikere, udviklingshandicappede og personer med læsevanskeligheder.

Praksis får tildelt et mærke for hver af de handicapgrupper, hvor klinikken opfylder de pågældende gruppers minimumskrav til tilgængelighed.

I dag er 35 klinikker God Adgang mærket i Region Hovedstaden. 19 af dem har alle 7 mærker, og er dermed tilgængelige for følgende handicapgrupper: kørestolsbrugere, gang-, arm- og udviklingshandicappede og personer med læsevanskeligheder.

Information om klinikkernes tilgængelighed findes på sundhed.dk.

Det anbefales, at fysisk tilgængelighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutning vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser. Det anbefales endvidere, at fysisk tilgængelighed gøres til en betingelse ved ansøgning om nynedsættelser (nye kapaciteter).

Parterne er enige om, at følge op på oplysninger om fysisk tilgængelighed i fysioterapipraksis på baggrund af yderregistrets oplysninger.

2.4.2 Elektronisk tilgængelighed

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der planlægges en indsats for at udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i fysioterapipraksis.

Med elektronisk tilgængelighed menes kontaktmuligheder ved henvendelse fx via e-mail, elektronisk tidsbestilling og/eller praksis' hjemmeside.

De elektroniske muligheder for kontakt til praksis skal sikre en hurtig og nem kontakt til fysioterapeuten.

Vedrørende den elektroniske tilgængelighed angiver overenskomsten fra 2014 følgende:

Boks 7 – Overenskomstens tekst

Anskaffelse og anvendelse af IT i fysioterapipraksis

§ 34, stk. 3 (alm. fys) og stk. 4 (ved. fys)

Det er en fælles målsætning, at fysioterapeuter tilbyder elektronisk tidsbestilling til patienterne, så vidt det er hensigtsmæssigt.

Undersøgelse om elektronisk tidsbestilling og anvendelse af e-mail

Implementeringsgruppen for Praksisplan for fysioterapi 2011-2014 iværksatte i juni 2013 en spørgeskemaundersøgelse vedr. ventetider (jf. næste afsnit), elektronisk tidsbestilling og kvalitet og fysioterapipraksis. Undersøgelsen er gennemført med henblik på at bidrage til et samlet billede af tilgængeligheden i fysioterapipraksis. Samarbejdsudvalget godkendte undersøgelsens resultater på møde ultimo marts 2014, jf. bilag 3.

Undersøgelsen sluttede i august 2013 med en svarprocent på 55 %, svarende til 66 ud af 120 adspurgte klinikker.

86 % af de klinikker, der deltog i undersøgelsen, oplyser, at de har en form for elektronisk tilgængelighed.

I forhold til spørgsmålet om hvorvidt klinikken har en e-mailadresse til kommunikation om ikke-personfølsomme forhold med patienter, f.eks. fakturaer til patienter, træningsprogrammer eller afbud, svarede 14 % nej.

69 % (svarende til 46 klinikker) anvender ikke elektronisk tidsbestilling.

Boks 8

Elektronisk tidsbestilling

En vejledning til elektronisk tidsbestilling er tilgængelig for klinikkerne på sundhed.dk. Med vejledningen kan patienterne få oplysning om, hvornår det er hensigtsmæssigt at bestille tid på hjemmesiden, og hvornår patienterne bør tage kontakt til klinikken. Den informerer om, at visse konsultationer kræver mere tid, end der er afsat i et tidsbestillingsmodul og derfor ikke kan foretages via internettet. Derudover anbefales det at tage kontakt til klinikken, hvis man skal til konsultation i ydertidspunkterne, samt hvis der er tale om en akut tid.

Parterne er blevet enige om, at samarbejdsudvalget skal planlægge en indsats for at udbrede anvendelsen af elektronisk kommunikation i fysioterapipraksis.

2.4.3 Telefonisk tilgængelighed

Med telefonisk tilgængelighed menes muligheder for kontakt til praksis ved telefonisk henvendelse.

Telefonisk tilgængelighed indgår som en del af overenskomsten for fysioterapi § 6 om valg af fysioterapeut (almindelig og vederlagsfri fysioterapi).

Denne angiver om telefonisk tilgængelighed, at ”En række oplysninger skal være tilgængelige for patienten på den fælles offentlige sundhedsportal (sundhed.dk). Endvidere skal fremgå klinikkens navn, klinikadresse, telefonnummer, evt. e-mailadresse og hjemmeside samt information om mulighed for elektronisk tidsbestilling”.

2.4.4 Ventetider

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der følges op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

Vedrørende ventetider angiver overenskomsten følgende:

Boks 9 – Overenskomstens tekst

Valg af fysioterapeut

§ 6, stk. 5 (alm. fys og ved. fys)

Der skal på den fælles offentlige sundhedsportal endvidere være oplysninger om holdtræningsfaciliteter og evt. mulighed for bassintræning, om klinikkens åbningstider, om ventetider for ikke-akutte patienter (i uger) samt om klinikkens eventuelle særlige arbejds- og interesseområder og supplerende oplysninger af saglig og relevant karakter. Endvidere skal oplyses navn, alder, køn og anciennitet på de fysioterapeuter, der er tilknyttet klinikken som lejere.

Som en del af implementeringsgruppens spørgeskemaundersøgelse vedr. ventetider og elektronisk tidsbestilling i juni 2013 blev de praktiserende fysioterapeuter adspurgt om ventetiden på fire forskellige tidspunkter over et kalenderår.

Undersøgelsen viste, at 85-90 % af patienterne kom til behandling inden for 2 uger, heraf 53-60 % indenfor en uge.

Undersøgelsen viste, at 81 % af klinikkerne tilbyder hjemmebehandling. Der er dog mere ventetid på hjemmebehandling – typisk en ventetid på 1-2 uger.

Det anbefales i denne planperiode, at der følges op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

3. Udvikling i fysioterapipraksis

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvordan de fysioterapeutiske tilbud i praksissektoren ønskes udviklet i planperioden. Der er fokus på samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet samt kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

3.1 Målsætninger

Udviklingen af fysioterapeutpraksis tager udgangspunkt i følgende målsætninger:

- *At sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med brugeren og det resterende sundhedsvæsen, med henblik på optimering af behandling og anvendelse af ressourcer.*
- *At sikre udvikling af den faglige kvalitet i fysioterapipraksis.*

3.2 Samarbejde på tværs

Det giver særlige udfordringer i forhold til koordinering og samarbejde, at fysioterapi tilbydes både i hospitalssektoren, i praksissektoren og i kommunalt regi. Flytning af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi til kommunerne havde bl.a. til formål at skabe en sammenhæng, som er klar og gennemskelig for borgere med varigt nedsat fysisk funktionsevne. Ikke mindst i forhold til denne gruppe fordres der samarbejde og koordination mellem region, praksis og kommunerne.

Borgeren skal opleve, at sundhedsvæsenet i regionen er sammenhængende og koordineret. Ligesom at borgeren er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb. Udfordringen er betydelig indenfor fysioterapien, hvor forebyggelse, behandling og rehabilitering af patienter er tværsektoriel.

I mange tilfælde er det nødvendigt, at behandling og forebyggelse af funktionsnedsættelser sker i samspil med andre behandlere for at opnå et godt resultat. Et sammenhængende patientforløb inden for det fysioterapeutiske felt kan involvere praktiserende speciallæger, fx reumatologer og neurologer, kiropraktorer, den alment praktiserende læge, den praktiserende fysioterapeut og fysioterapeut på hospital og/eller kommune. Derudover kan en række private aktører og sundhedspersoner, der ikke har overenskomst med kommunerne og regionen, være involveret.

I dag samarbejder fysioterapeuterne med de alment praktiserende læger og hospitaler, men fysioterapeuterne har også et ønske om styrket samarbejde med de praktiserende speciallæger. Et fagligt samarbejde med speciallægepraksis og hospitaler vurderes relevant ud fra såvel et fagligt som et kapacitetsmæssigt synspunkt.

Det er vigtigt for opnåelse af gode og sammenhængende patientforløb, at fysioterapeuterne indgår i et samarbejde med de øvrige relevante behandlere omkring borgeren/patienten.

Denne praksisplan retter fokus på indsatser, som skal medvirke til større grad af samarbejde og samordning mellem praktiserende fysioterapeuter, hospitaler og kommuner.

3.2.1 Brugeren som aktiv samarbejdspart

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At udvikle brugerinddragelse i fysioterapipraksis både med patienter i almindelig fysioterapeutisk behandling samt med personer med et svært fysisk handicap eller personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi efter lægens henvisning.

Der er i Region Hovedstaden vedtaget en bruger- og pårørendepolitik, som bygger på følgende værdier:

Boks 10

Værdier i Region Hovedstadens bruger- og pårørendepolitik

- Vi tager hensyn til, hvem du er,
- Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig,
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden,
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb.

Brugerinddragelse handler om at bringe brugerens ønsker og viden i spil. Målet er, at enkelte skal opleve autonomi og evne at mestre egen sygdomsforløb.

Brugeren anses som samarbejdspartner, hvor beslutninger, der har betydning for den enkelte, træffes sammen med vedkommende. Den enkeltes ønske om inddragelse og indflydelse på eget forløb kan variere, hvilket forudsætter respekt og forståelse fra behandlerens side. Et rehabiliterende tilbud indebærer en tæt involvering af borgeren og borgerens målsætning fra forløbets start til slutning af forløbet (jf. samarbejdet mellem fysioterapipraksis og kommuner).

Ved at anvende borgerens viden og ressourcer skabes der en bedre effekt af indsatsen, men også en bedre bruger- eller pårørendeoplevet kvalitet. Den brugeroplevede kvalitet er baseret på brugernes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet.

Brugerinddragelse er relevant på forskellige tidspunkter:

- Inddragelse på tidligt tidspunkt kan medvirke til at afklare prioriteringer hos brugeren allerede under planlægning af en indsats.
- Inddragelse af brugeren i tilrettelæggelse og implementering af indsatser kan have stor betydning for en interventionens succes, da indsatsen målrettes den enkelte bruger.
- Involvering af den enkelte giver større engagement og bedre effekt.
- Inddragelse i evaluering kan give værdifuld respons til evt. videreudvikling af indsatsen.

Som nævnt ovenfor i kapacitetsdelen om fysioterapien som erhverv (afsnit 1.3), så har fysioterapien en tradition for brugerinddragelse i behandlingen. Dette betyder, at patienten inddrages i forbindelse med tilrettelæggelse af mål og behandlingsplan, og fysioterapeuten sikrer kommunikation med og information til brugeren med henblik på, at vedkommende bedre kan tage vare på egen sundhed, og dermed også påvirke den kliniske effekt af en given behandling.

Boks 11. Undersøgelse om patienters inddragelse i den vederlagsfri fysioterapi

Danske Fysioterapeuter har gennemført en kvalitativ undersøgelse for at få en uddybende viden om patienternes oplevelse af inddragelse i behandlingen.

De fleste patienter føler sig inddraget i behandlingen i det omfang, de ønsker. Men patienterne savner at være med til at afstemme behandlingen efter dagsformen end om at aftale overordnede mål.¹ Fysioterapeuterne oplever, at det er meget vanskeligt at tale med patienterne om mål og behandlingsplan, når prognosen er dårlig, og ikke mindst hvis patienten har en urealistisk forventning til behandlingen.

Patienterne lægger vægt på, at kemien med fysioterapeuten er vigtig for følelsen af at føle sig inddraget, herunder at fysioterapeuten virker interesseret og nysgerrig, for på den måde at lære patienten at kende og finde frem til den bedst mulige behandling. Andre patienter forbinder inddragelse med, at de selv får indflydelse på behandlingen.¹

Danske Fysioterapeuter gennemførte i 2011 en undersøgelse om patienternes oplevelse af inddragelse i den vederlagsfri fysioterapi. Denne undersøgelse giver de praktiserende fysioterapeuter, patienter og andre interessenter et billede af patienternes oplevelse af inddragelse i deres behandling hos en fysioterapeut. Se boks 17 samt nærmere beskrivelse af undersøgelsen i boks 25 i afsnit 3.5.2 om patientoplevelt kvalitet.

Parterne er enige om, at undersøgelsen og anden evidens om brugerinddragelse skal anvendes i denne planperiode til det videre arbejde med at udvikle og styrke brugerinddragelse i fysioterapipraksis. Parterne ønsker i højere grad involvering af bruger og pårørende via dialog og samarbejde, især til personer med et svært fysisk handicap eller personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi efter lægens henvisning.

3.2.2 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og den øvrige praksissektor, herunder almen praksis

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At forbedre kommunikation mellem fysioterapipraksis og andre faggrupper/dele af sundhedsvæsenet.
- At arbejde med erfaringerne fra epikriseprojektet, herunder fremme antal og kvalitet af epikriser fra fysioterapipraksis til almen praksis.
- At udbrede erfaringerne fra epikriseprojektet til at omfatte epikriseskrivning fra fysioterapipraksis til andre dele af praksissektoren, fx speciallæger (reumatologer og neurologer)

For at understøtte det samlede patientforløb skal fysioterapipraksis være klar til at gå i dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de områder, hvor det er meningsfuldt. Et eksempel på dette er komplekse behandlingsforløb i relation til bevægeapparatet, hvor samarbejde mellem praktiserende læger, praktiserende reumatologer, kiropraktorer og fysioterapeuter kan være relevant. Formålet hermed kan være kommunikation om konkrete patientforløb såvel som samarbejde for at undgå dobbeltundersøgelser.

Patienterne i fysioterapeutpraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis. For at sikre det optimale tværsektorielle samarbejde og et sammenhængende forløb for patienten, er det vigtigt, at styrke kvaliteten af kommunikationen mellem almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapipraksis. Det er endvidere vigtigt, at de relevante og nødvendige oplysninger er medtaget i såvel henvisninger som i notat til patientens alment praktiserende læge (epikriser). Der skal rettes opmærksomhed til at sikre den gode henvisning.

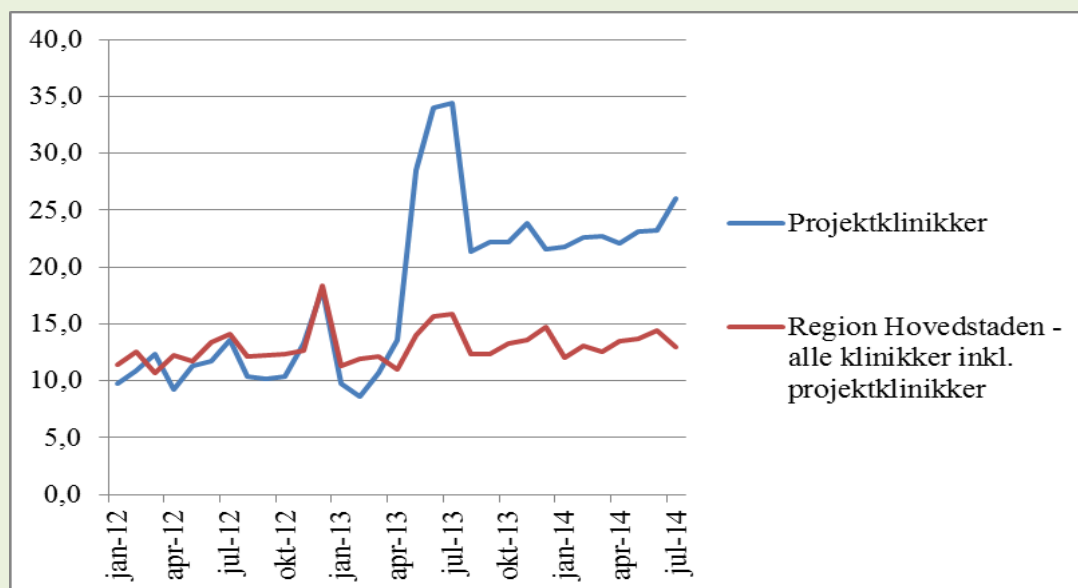
Derfor vil parterne i denne planperiode gøre en indsats for at sikre bedre kommunikation mellem fysioterapeuterne og den øvrige praksissektor. Herunder at kommunikation præsenteres på en overskuelig og struktureret måde for begge parter, således at fokus skærpes på de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb. Det anbefales at sikre en mere systematisk tilgang til indhold i henvisningerne fra almen praksis, således at henvisningerne omfatter alle relevante data.

Boks 12. Projekt om epikriser

Der har i planperioden 2011-2014 pågået et pilotprojekt om epikriseskrivning til almen praksis. Formålet var at øge antallet og højne kvaliteten af epikriser sendt fra fysioterapipraksis til almen praksis.

Et år efter projektafslutning ligger projektklinikkerne fortsat over gennemsnittet for regionens øvrige fysioterapeutklinikker ift. at understøtte kommunikationen mellem faggrupperne og i fællesskab skærpe fokus på at få videregivet de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb. Dette tyder på at der er en langsigtet effekt af projektdeltagelsen.

Figur 1: Epikriseskrivning for projektklinikker sammenholdt ned øvrige klinikker i Region Hovedstaden



Erfaringerne fra epikriseprojektet ønskes udbredt til kommunikationen med andre dele af praksissektoren. Et eksempel er kommunikationen med speciallægepraksis, hvor reumatologer og neurologer er relevant i denne sammenhæng. Formålet med indsatsen vil være at understøtte

kommunikationen mellem faggrupperne og i fællesskab skærpe fokus på at få videregivet de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb.

Fysioterapeuterne oplever desuden fortsat at modtage henvisninger fra praktiserende speciallæger på papir. Der vil derfor i planperioden sættes fokus på henvisningernes form.

3.2.3 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og kommuner

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At afdække gråzonen mellem de kommunale tilbud og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi.
- At sikre løbende dialog og koordination mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.
- At vurdere behovet for at implementere mulige tiltag på baggrund af evalueringen og frikommuneforsøget, med henblik på at styrke dialog, koordination og arbejdsdeling mellem læge, kommune, fysioterapeut og patient.
- At det afprøves at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem fysioterapipraksis og kommunerne med udgangspunkt i 1-2 udvalgte diagnosegrupper.
- Det anbefales at der iværksættes et pilotprojekt vedr. samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknøytning.

Aftaler om regionens samarbejde med kommunerne sker primært i regi af sundhedsaftalen. Dele af sundhedsaftalen med relevans for fysioterapiområdet er indarbejdet i denne praksisplan.

Samarbejdet mellem fysioterapeutpraksis og kommuner er centreret omkring de patientgrupper der er omfattet af bestemmelserne for vederlagsfri fysioterapi. Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats.

I sundhedsaftalen vil der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

I henhold til sundhedsaftalen, vil praksisplanens parter i planperioden se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de praktiserende fysioterapeuter og de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Det anbefales, at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne så borgerne sikres et dagligt tilfredsstillende funktionsniveau. Aftalen tager således sit udgangspunkt i, at rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller social funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er følgende indsats samt anbefaling af betydning for praksisplanen:

Boks 13. Samarbejde på fysioterapiområdet

Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats. I sundhedsaftalen skal der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det er i aftalen desuden oplagt at se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de praktiserende fysioterapeuter og de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Aftalerne fra sundhedsaftalen skal indarbejdes i praksisplan for fysioterapi med virkning fra 2015-2018.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.

Overlappende tilbud – kommunal rehabilitering på ældreområdet

I løbet af de seneste år har de fleste kommuner igangsat et trænings- eller rehabiliteringsforløb på ældreområdet, i stedet for eller som supplement til hjemmehjælp.

Pr. 1. januar 2015 træder ændring af Lov om social service (Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp m.v.) i kraft.

Loven forpligter kommunerne til forud for vurdering af behovet for hjemmehjælp, at tilbyde hjælp til selvhjælp (rehabiliteringsforløb) til borgere, som har brug for hjælp i dagligdagen og som har potentiale til at forbedre deres funktionsevne. Forløbet baseres på en individuel, helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af borgerens samlede situation, hvor der både ses på den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.

Rehabiliteringsforløbet indebærer et tværfagligt forløb med involvering af borgeren og borgerens målsætning fra forløbets start til slut. Forløbet vil være tidsafgrænset. Potentiel målgruppe er patienter/borgere, som får vederlagsfri fysioterapi og som får et nyt eller øget behov for hjemmehjælp.

For at understøtte at borgeren oplever en systematisk hjælp til selvhjælp, er det en forudsætning, at de samarbejdende aktører i borgerens forløb arbejder ud fra borgerens mål.

I planperioden arbejdes der på:

- Informationssammenhæng – dvs. at oplysningerne bliver videregivet mellem de forskellige aktører, involveret i borgerens forløb. Samt at der er fælles retningslinjer for udveksling af data
- Sammenhæng i behandlingen – dvs. at borgeren oplever at indsatsen og rækkefølgen i indsatsen er meningsfuld

Det anbefales at starte med udvælgelse af 1-2 diagnosegrupper til afprøvning

Konsolidering af samarbejde mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter

Der er fortsat behov for at udvikle og konsolidere samarbejdet mellem kommuner og praktiserende fysioterapeuter. Samarbejde mellem en kommune og praktiserende fysioterapeuter skal ske i respekt for, at patienterne har frit valg mellem at modtage vederlagsfri fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut eller i evt. kommunalt tilbud.

Det er derfor vigtigt, at roller, opgaver og forpligtelser hos parterne bliver tydeliggjort. Her kan en række tiltag iværksættes, såsom gensidig orientering om fysioterapeutiske tilbud i kommuner og praksis, styrke kommunikationen, koordination, og kvalitetsudvikling på tværs af kommuner og fysioterapipraksis.

Det fremgår af overenskomstens protokollat vedrørende samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende fysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet, at kommuner bør orientere om væsentlige ændringer i kapaciteten. Samtidig har kommunerne til opgave at fremme dialogen mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter.

Deling af opgavevaretagelsen med veldefinerede parallelle tilbud sikrer en samlet set fornuftig brug af fysioterapeuternes samlede kompetencer til gavn for den enkelte patient.

Parterne vil i planperioden arbejde for muligheden for mere systematisk dialog og tværsektorielt samarbejde for at understøtte en positiv udvikling til gavn for patienterne. Der vil sættes fokus på fællesskab, samarbejde, dialog, og patienten sættes i centrum.

Boks 14. Frikommuneforsøg

Der er i perioden 2013-2016 igangsat et frikommuneforsøg vedr. vederlagsfri fysioterapi, heraf er to kommuner, Gentofte og Fredensborg, i Region Hovedstaden

Frikommuneforsøget har til formål at afprøve en model for systematisk dialog mellem læge, kommune, fysioterapeut og patient.

Dialogen skal bidrage til at øge fagligheden og kvaliteten i ydelserne til gavn for patienter og medarbejdere. Dernæst er projektets formål at sikre en bedre faglig koordinering, sammenhæng og kvalitet af de tilbud, som patienter får flere steder, og dermed medvirke til at borgeren til enhver tid får det tilbud, som er relevant i forhold til den foreliggende situation.

Endvidere skal koordineringen bidrage til at begrænse, at der leveres overlappende tilbud i kommune og praksissektoren.

Parterne er enige om, at frikommuneforsøgets resultater skal anvendes til at undersøge mulige tiltag, der styrke dialogen mellem læge, kommune, fysioterapeut og patient. Der er pt. ingen foreløbige resultater af frikommuneforsøget. Evaluering af forsøget samt resultater kan fås efter projektets afslutning ultimo december 2015.

Samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der iværksættes et pilotprojekt vedr. samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning.

For erhvervsaktive borgere, spiller genoptræning/rehabilitering typisk en afgørende rolle i forhold til at fastholde uddannelse og arbejde og få så kort en sygdomsperiode som muligt. For yngre borgere, kan sygdomsperioden måles i udgifter til sygedagpenge, overførsler og tabt skatteindtægt. De fleste borgere, der får genoptræning, har et ukompliceret forløb og har ikke behov for særlige koordinerede indsats mellem social- sundheds- og beskæftigelsesområdet. Men hvis fx borgeren har flere sygdomme, fysiske, sociale og psykiske problemstillinger, svagt netværk, eller ingen uddannelse vil der være et særligt behov for en koordinerede indsats. Det er derfor væsentligt at sikre en tværgående, koordineret indsats mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter over for denne borgergruppe fra forløbets start. Det anbefales at der iværksættes et pilotprojekt vedr. samarbejde om borgere med arbejdsmarkedstilknytning.

3.2.4 Samarbejde mellem fysioterapeutpraksis og hospitaler

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At gøre en indsats for bedre kommunikation mellem fysioterapeuter og hospital, fx fokusere på elektronisk kommunikation.

Samarbejdet med hospitalerne er centreret omkring de patientgrupper der er omfattet af bestemmelserne for vederlagsfri fysioterapi samt genoptræning.

Kommunikationen mellem fysioterapeut og hospital foregår fortsat som oftest på papir. Fysioterapeuten har desuden ikke mulighed for at kommunikere elektronisk med den henvisende hospitalsafdeling. En af barriererne for dette er at fysioterapeuterne ikke har lokationsnumre for hospitalsafdelingerne i deres it-systemer.

I denne planperiode vil parterne gøre en indsats for bedre kommunikation mellem fysioterapeuter og hospital, fx fokusere på elektronisk kommunikation.

3.2.5 Forløbsprogrammer

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At sikre, at der arbejdes for at sikre kendskabet til forløbsprogrammerne blandt fysioterapeuter med det formål at sikre bedre og ensartet kvalitet og samarbejde mellem de involverede sundhedsaktører.

Der er i Region Hovedstaden udarbejdet patientforløbsprogrammer i forhold til visse kroniske sygdomme, herunder forløbsprogrammer for patientgrupper/sygdomme som diabetes type 2, KOL, hjertekarsygdom, lænderyglidelser og demens. Især forløbsprogrammet for lænderyglidelser er relevant for fysioterapipraksis.

Forløbsprogrammerne beskriver de tværgående faglige indsatser i et patientforløb, med henvisning til kliniske retningslinjer eller lignende. Hermed kan patienten forvente den samme kvalitet uanset hvor i regionen han/hun bor.

I forløbsprogrammerne præciseres, hvem der har ansvaret for hvilke patienter, og hvad indholdet i de indsatser, der gives patienterne, skal være. Formålet er en klar arbejdsdeling mellem sektorerne, som skal sikre, at patienterne oplever et helt og sammenhængende forløb.

Fysisk træning til mennesker med type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekar-sygdom indgår i rehabiliteringsforløb i de godkendte forløbsprogrammer i Region Hovedstaden. De praktiserende fysioterapeuter sammen med andre sundhedsprofessionelle arbejder med rehabilitering af disse målgrupper. Denne opgave ligger i kommunalt regi.

Fysioterapeuter behandler KOL patienter i alle faser af sygdommen. I den akutte fase er der brug for lungefysioterapi, instruktion og fysisk træning. Senere, i den subakutte og stabile fase vil fysioterapeuten skulle lede og supervisere den fysiske træning og bidrage i den tværfaglige KOL rehabilitering med patientundervisning og psykosocial støtte.

Fysisk træning ved fysioterapeuter indgår som en vigtig komponent sammen med medicinsk behandling, diætvejledning, patientuddannelse og andre tiltag i rehabiliterings- og forløbsprogrammer. Opgaven stiller krav om samarbejdskompetencer med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb.

I planperioden vil parterne sikre, at der arbejdes for at sikre kendskabet til forløbsprogrammerne blandt fysioterapeuter med det formål at sikre bedre kvalitet og samarbejde mellem de involverede sundhedsaktører.

3.2.6 Lighed i sundhed

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At afdække muligheder for at arbejde med lighed i sundhed i fysioterapipraksis.

Region Hovedstadens sundhedsprofil viser, at der fortsat er en udfordring med at fremme lighed i sundhed i regionen. Uligheden ses i forhold til sundhedsadfærd, risikofaktorer, sygdomsmønstre samt fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser, hvor der ses en sammenhæng mellem borgernes sociale position og sygdomsrisiko. Regionens sundhedsprofil viser, at jo lavere uddannelsesniveau og indkomst jo større er risikoen for sygdom, hvilket hænger sammen med en mere uhensigtsmæssig adfærd ift. motion, kost, rygning mv.

Ulighed i sundhed har forskellige årsager og skal derfor bekæmpes med forskellige typer af indsatser. Det betyder, at alle sundhedsvæsenets sektorer herunder fysioterapipraksis skal være bedre til at rumme borgere med forskellige behov, ressourcer og udfordringer.

Region Hovedstadens sundhedsprofilundersøgelse dokumenterer endvidere, at patienternes sygdomsmønster går i retning af flere kroniske og livstilsrelaterede lidelser. Dette stiller krav om udredning og behandling ud fra en rehabiliterende tilgang, som understøtter selvstændig livsførelse. Dette er særlig væsentlig for KOL, hjertekar og artrose patienter, hvor fysioterapipraksis har en vigtig rolle i forhold til at facilitere de optimale rammer for selvtræning.

I arbejdet med lighed i sundhed kan der overordnet tages udgangspunkt i to typer af strategier, henholdsvis den befolkningsorienterede strategi og den individorienterede strategi, som hver især rummer forskellige tilgange til at fremme befolkningens sundhed.

Befolkningsorienteret forebyggelsesstrategi

- Strukturel forebyggelse
- Sundhedskampagner

Individorienteret forebyggelsesstrategi

- Patientrettet forebyggelse
- Borgerrettet forebyggelse

I fysioterapipraksis er den individorienterede forebyggelsesstrategi central for at fremme lighed i sundhed og forebyggelse. Lighed i sundhed kan fremmes ved at give tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker. Ved konkretisering af de enkelte indsatser kan det præciseres, hvem der er målgruppen, men det er samtidig vigtigt at være opmærksom på at undgå den stigmatisering, der kan ligge i at få et tilbud på baggrund af en bestemt kategorisering af borgere.

I forhold til fysioterapi er det især ny viden om fysisk aktivitet, kommunikation og motivation fokus er rettet mod. Fysisk aktivitet vurderes at have god effekt på såvel den specifikke psykiske sygdom som på livsstilsrelaterede sygdomme, som personer med psykiske sygdom i særlig grad rammes af.

Men fysioterapi til personer med psykisk sygdom er andet og mere end fysisk aktivitet. Psykisk sygdom er kendetegnet ved komplekse problemstillinger. Mange af disse kommer til udtryk i kroppen, og fysioterapeuter har redskaber til med kroppen som indfaldsvinkel at behandle og støtte patienterne i at mestre svære livssituationer.

Praksisplanens parter ønsker at sætte større fokus på at sikre en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats over for sårbare grupper som børn og psykisk syge.

Lighed i sundhed indebærer også, at der skal sikres nødvendige fysiske adgangsforhold i fysioterapipraksis for bl.a. personer med funktionsnedsættelse. Fagpersonerne har ansvar for at sikre, at alle borgere modtager tilbud af ensartet kvalitet. Fx ved at indgå i praksisfællesskaber. Borgerne skal have mulighed for at træne så tæt på egen bopæl som muligt, såvel som der skal være mulighed for fleksible åbningstider (fx for erhvervsaktive borgere).

Eksempel på et initiativ der kan styrke lighed i sundhed, kan være praksiskonsulentindsatser målrettet de praktiserende fysioterapeuters arbejde med udvalgte sårbare patientgrupper eller udvalgte praksisområder på baggrund af data vedr. befolkningens sundhed, fx hentet fra kronikerprofilen som er en del af den regionale Sundhedsprofil.

Et andet eksempel på en indsats der kan understøtte lighed i sundhed, er den motiverende samtale⁶. Fysioterapeuten kan via den motiverende samtale, skriftligt eller mundtligt på borgerens præmisser forsøge at inddrage og motivere borgere i deres sundhed, samt at understøtte at de kommer til fysioterapeutisk behandling. Her kan tilbud om holdtræning også være et værktøj.

Et andet indsatsområde kan være digitalt understøttet træning/telemedicin.

3.2.7 Nye samarbejdsformer

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At der etableres samarbejder med relevante aktører i forhold til at kortlægge mulighederne for at fysioterapipraksis indgår i nye samarbejdsformer med integrerede indsatser.

Parterne er enige om, at borgerne skal opleve høj kvalitet og sammenhæng i den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats.

Særligt er der behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra alle sektorer. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter og nogle grupper af borgere med kronisk sygdom med hyppige genindlæggelser forårsaget af tilstande, der potentielt kunne være forebygget gennem tidlig og koordineret indsats fra kommune, hospital og praksissektor.

⁶ <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

Der er behov for at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på de områder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne.

I den kommende sundhedsaftale er det en politisk målsætning, at region, kommuner og praksissektoren afprøver nye samarbejdsformer og implementerer nye modeller for en integreret opgaveløsning. Udgangspunktet er samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. De nye samarbejdsformer kan f.eks. afprøves ved etablering af fælles adresser med regionale og/eller kommunale tilbud.

Lokalt i regionen og kommunerne, nationalt og internationalt er man i gang med at afprøve organisatoriske modeller med større eller mindre grad af integration omkring fælles mål, ledelse og organisation, medarbejdere og økonomi. Nationale og internationale erfaringer, der både indeholder kommunale og regionale sundhedstilbud, skal inddrages i afprøvningen og udviklingen af nye modeller for integreret opgaveløsning, der også kan involvere fysioterapipraksis.

3.3 Praksiskonsulentordning

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At effekten af den regionale praksiskonsulentordning for fysioterapi undersøges i planperioden med henblik på udbredelse af ordningen til også at omfatte vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.
- At muligheden for en fælles finansieret (regional og kommunal) praksiskonsulentordning for tilskudsberettiget og vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi undersøges i planperioden. Er det ikke muligt at opnå en fællesfinansieret ordning, bør andre muligheder for kvalitetsudvikling inden for vederlagsfri fysioterapi afdækkes.
- At behovet for øget samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende ridefysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet afdækkes i planperioden.

Praksiskonsulentordningen for almindelig fysioterapi blev etableret pr. 1. januar 2010 ved ansættelsen af to praksiskonsulenter med et samlet timetal på 15 timer/ugentligt.

Ordningen er etableret med henblik på at understøtte kvalitetsudvikling af fysioterapipraksis samt tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Praksiskonsulenterne fungerer som regionens faglige sparringspartnere, ambassadører for kvalitetsudvikling og udøvere af konkrete projekter og aktiviteter. Praksiskonsulentordningen betragtes som et vigtigt implementeringsredskab for kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis.

Praksiskonsulentordningen benytter systematiske metoder til kvalitetsarbejdet og inddrager mulige erfaringer fra øvrige regioner og fra andre ydergrupper. Indsatserne igangsættes ofte som pilotprojekter med færre deltagere, for senere at blive evalueret og justeret inden tilbuddet udrolles til alle (relevante) fysioterapipraksis i regionen.

Årlige handleplaner og årsberetninger for praksiskonsulentordningens virke forelægges samarbejdsudvalget.

Praksiskonsulentordningen er på nuværende tidspunkt regionalt finansieret. Det betyder at praksiskonsulenternes funktion er begrænset til emner vedrørende den almindelige fysioterapi. Denne begrænsning er u hensigtsmæssig i forhold til en generel kvalitetsudvikling i praksis. De praktiserende fysioterapeuter behandler i hverdagen både vederlagsfri patienter og tilskudsberettigede patienter, og der er derfor behov for kvalitetsudvikling inden for begge områder.

Ridefysioterapi

I overenskomst for ridefysioterapi er der fokus på samarbejde, koordination og kvalitetssikring mellem praktiserende ridefysioterapeuter og andre områder i sundhedsvæsenet. I aftalen står der, at praksiskonsulenterne kan have en rolle i dette kvalitetsarbejde, blandt andet i forhold til at sikre mere sammenhængende patient- og genoptræningsforløb samt udvikle fagligt miljø på tværs af faggrupper og sektorer.

Praksiskonsulenternes virke i forhold til kvalitetsudvikling i ridefysioterapien er med den regionale finansiering begrænset til ridefysioterapi under speciale 57. Ridefysioterapeuterne beskæftiger sig dog i langt overvejende grad med vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65). Den nuværende regionale finansiering af praksiskonsulentordningen betyder, at praksiskonsulenterne

ikke kan påtage sig opgaven med kvalitetsudvikling i ridefysioterapi. Uden kommunal medfinansiering må opgaven derfor løses på anden vis.

Funktionsbeskrivelse for den regionale praksiskonsulentordning er vedlagt i bilag 5.

3.4 Kvalitetsudvikling og faglig udvikling

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatsområder der skal arbejdes med i planperioden for at sikre fremdrift i arbejdet med kvalitetsudvikling og faglig udvikling i fysioterapipraksis.

Kvalitetsudvikling forstås i dette afsnit som udvikling af praksis i relation til patientoplevelt, faglig og organisatorisk kvalitet.

Kvalitetsindsatsen i regionen bør i videst muligt omfang baseres på anerkendte implementeringsmetoder. Organisationen skal derfor løbende holde sig orienteret om nye metoder til implementering af kvalitetstiltag i praksissektoren og være klar til at afprøve og inkorporere disse metoder i den regionale kvalitetsindsats. Indsatserne skal desuden dokumenteres og evalueres med henblik på læring og forbedring.

I regi af overenskomsten er der midler fra praksisfonden til regionalt kvalitetsudviklingsarbejde (jf. afsnit 3.4.5). Øvrig regional kvalitetsudvikling foregår i regi af praksiskonsulentordningen. Kvalitetsudviklingstiltag i planperioden skal derfor ske i tæt samarbejde med praksiskonsulenterne. Desuden vil arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) være rammesættende for kvalitetsarbejdet i den sidste del af planperioden.

3.4.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i fysioterapipraksis i Region Hovedstaden

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget i planperiodens sidste del understøtter implementeringen af DDKM (Den Danske Kvalitetsmodel) i det omfang opgaven tilfalder regionen

De indsatser, der arbejdes med i planperioden, vil være i overensstemmelse med kvalitetssikring, der i øvrigt arbejdes med på centralt niveau. Overenskomsterne om almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi, samt regionale kvalitetsstrategier er derfor rammesættende for kvalitetsudviklingstiltag bekrævet i denne plan.

Boks 15. Regionale kvalitetsstrategier

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

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

Regionerne har i 2011 fremlagt en fælles regional strategi for kvalitetsudvikling i hele praksissektoren ”Kvalitet i praksis”, herunder også for fysioterapipraksis. Strategien har som formål at sikre, at der arbejdes systematisk med kvalitet og kvalitetsudvikling i alle behandlergrupper, regionerne og kommunerne indgår overenskomst med.

Som samlende ramme for strategien står Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der følger heraf, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet i og omkring deres praksis. I regionernes kvalitetsstrategi for praksissektoren er der opstillet følgende målsætninger:

- Senest ved udgangen af 2014 skal der i alle overenskomster på praksisområdet være en konkret plan for, hvordan og hvornår Den Danske Kvalitetsmodel implementeres, herunder plan for den eksterne vurdering
- Alle behandlere på praksisområdet skal arbejde med databaseret kvalitetsudvikling via datafangst, dokumentation og datafeedback samt kvalitetsopfølgning
- Kvalitetscirklen* skal være en fast del af efteruddannelsesbuddet til alle behandlere
- Behandlingen skal følge de til enhver tid gældende faglige retningslinjer

*Kvalitetscirklen er et redskab der kan anvendes til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling gennem fire faser: planlægge, afprøve, vurdere og handle ud fra den nye viden.

Overenskomstens rammer for kvalitetsudvikling

Kvalitet indgår også som et centralt emne i overenskomsten for fysioterapi. Her fremgår det, at parterne er enige om, at der skal skabes en kvalitetskultur på praksisområdet på tværs af sektorgrænser, hvor der er en fælles forståelse for og brug af målrettet og systematisk kvalitetsudvikling. Som en del af overenskomsten nedsættes Enhed for Kvalitet (se boks 16 og § 41 i almindelig og vederlagsfri fysioterapi).

Boks 16. Enhed for Kvalitet

Enhed for Kvalitet er betegnelsen for fælles finansieret national enhed som overenskomstens parter har besluttet at nedsætte. Enheden kommer til at have til huse hos Danske Fysioterapeuter og skal i overenskomstperioden beskæftige sig med:

- **Udvikling af standardsæt for Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) tilpasset fysioterapipraksis** med henblik på implementering af en godkendt kvalitetsmodel i næste overenskomstperiode. Udviklingen af standardsættet sker i samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Parterne er enige om at der i forlængelse af udviklingen af standarder igangsættes implementering af diagnosekodning og datafangst.
- **Implementering af kliniske retningslinjer** for at sikre, at der leveres behandling efter bedste faglige standarder.
- **Modernisering.** På baggrund af analyse skal der udarbejdes et inspirationskatalog med forslag til eventuelle moderniseringer af sektoren og overenskomsten. (forhandlingsprotokol 18-06-2014)

Standardsættet for akkreditering af fysioterapipraksis udvikles i et samarbejde mellem IKAS og Enhed for Kvalitet. Regionen er klar til at indgå i arbejdsgrupper og bidrage med viden og sparring i det omfang det efterspørges. Der er endnu ikke klarhed over, hvilken rolle regionerne får i implementeringen af standarderne. Regionen vil i planperiodens sidste del være klar til at understøtte implementeringen af DDKM i fysioterapipraksis i det omfang denne opgave tilfalder regionerne.

Boks 17. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Visionen for Den Danske Kvalitetsmodel er at den via målsætninger for god kvalitet i både enkeltydelser og overgange skal:

- fremme samarbejde mellem sektorerne
- skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- skabe løbende kvalitetsudvikling
- inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis
- dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet
- sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer
- gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden
- forebygge fejl, som koster liv, livskvalitet og ressourcer

3.4.2 Patientoplevelt kvalitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget understøtter arbejdet med den patientoplevede kvalitet i den enkelte praksis.
- At arbejdet med patientsikkerhed sker i tæt samarbejde med den regionale patientsikkerhedsorganisation med særligt fokus på alvorlige hændelser og nær-hændelser.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet på baggrund af patientens egne oplevelser i sundhedsvæsenet.

Patientoplevet kvalitet og vurdering af patienttilfredshed er centralt i DDKM. Der er her fokus på at brugere og patienter oplever samme høje kvalitetsniveau, uanset hvilken del af sundhedsvæsenet de er i kontakt med. Implementeringen af DDKM i fysioterapipraksis skal også sikre, at de praktiserende fysioterapeuter arbejder optimalt sammen med øvrige sundhedsaktører, så brugere og patienter oplever sundhedsvæsenet som et system, der sikrer et sammenhængende forløb. Et sammenhængende forløb understøttes fx af fysioterapeutens kommunikation med almen praksis, speciallæge praksis og hospital, hvor det er vigtigt at fysioterapeuten har oplysninger fra patientens kontakt med de øvrige sundhedsaktører, som er relevante for patientens fysioterapeutiske behandling. Omvendt er det også vigtigt at de øvrige sundhedsaktører (med patientens samtykke) har adgang til viden om fysioterapeutens behandling og plan for patienten.

Indhentning af patient- og brugeroplevelser udgør en del af grundlaget for en aktiv patientinddragelse som præmis for udviklingen af kvaliteten i sundhedsydelserne. I overensstemmelse hermed er samarbejde med og inddragelse af patienterne et vigtigt indsatsområde i regionens bruger-, patient- og pårørendepolitik (jf. afsnit 3.2.1).

Det anbefales, at samarbejdsudvalget understøtter gennemførelse af en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i fysioterapipraksis, når der er udviklet et koncept herfor.

Hvem er patienterne, og hvad er deres oplevelse

Kendskab til patientgrundlaget er en vigtig forudsætning for at arbejde med patientoplevet kvalitet. Det er derfor relevant at vide, hvad der kendetegner patienterne, som de praktiserende fysioterapeuter møder i hverdagen. Patientprofilen (se boks 18), som er udgivet i 2014, belyser patienternes karakteristika og belastningsgrad.⁷ Patienter og fysioterapeuters oplevelse af den vederlagsfri fysioterapi er undersøgt af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Danske Fysioterapeuter i 2011.⁸

⁷http://www.rm.dk/politik/udvalg/samarbejdsudvalg+for+prim%C3%A6r+sektoren/fysioterapeuter/visdagsorden?file=03-06-2014/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_5_Bilag_1_.pdf

⁸Patienter og fysioterapeuters oplevelse af den vederlagsfri fysioterapi - en kvalitativ undersøgelse
Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Danske Fysioterapeuter

Boks 18. Patientprofilen hos praktiserende fysioterapeuter i Danmark

Undersøgelse af karakteristika for patienter som modtager almindelig fysioterapi (speciale 51) hos de praktiserende fysioterapeuter i Danmark (n=2773 personer). Herunder fremgår tal fra den landsdækkende undersøgelse med værdier fra Region Hovedstaden i parentes

- 66 % kvinder og 34 % mænd (Region Hovedstaden: 67,4 % kvinder og 32,6 % mænd)
- Gennemsnitsalder: 48 år (Region Hovedstaden: 46,5 år)
- 66,3 % havde problemer med ryg, skulder eller nakke (Region Hovedstaden 66,2 %)
- 40 % tog dagligt smertestillende medicin (ikke regionalt opgjort)
- 9,1 % rapporterede at være sygemeldte (n=4885) (Region Hovedstaden: 5,8 %)
-

Om patientgruppen konkluderes: ”Overordnet peger undersøgelsens resultater på at fysioterapipraksis varetager en belastet patientgruppe i primærsektoren. En stor del af patienterne har langvarige smerter, behov for daglig smertestillende medicin, smerter i mere end 2 kropsregioner på samme tid, søvnproblemer, fear avoidance adfærd og manglende evne til at håndtere smerterne. Derudover synes patienternes psykiske velbefindende og livskvalitet at være påvirket.”

Boks 19. Undersøgelse om patienters oplevelse af den vederlagsfri fysioterapi

Danske Fysioterapeuter gennemførte i 2011 i samarbejde med Enheden for Brugerundersøgelser om patienters oplevelser af den vederlagsfri fysioterapi.

Undersøgelsen viser, at patienterne generelt oplever en god kvalitet vederlagsfri behandling. 96 % af patienterne erklærer sig "helt enige" eller "enige" i, at de er tilfredse med den behandling/træning, de får hos deres fysioterapeut. Tilfredsheden er generelt størst, når det gælder, om fysioterapeuten er god til at lytte, om det er let at komme i telefonisk kontakt med fysioterapeuten, og om behandlingsrummet er behageligt at være i.

Patienternes mest negative indtryk af deres behandling handler om der er lagt en plan med nogle klare mål for behandlingen, at patienterne er inddraget i at opstille disse mål, og at fysioterapeuten er god til at vejlede patienterne om deres livsstils betydning for den sygdom, de har.

Patientsikkerhed

Praktiserende fysioterapeuter er, ligesom den øvrige praksissektor, omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Hensigten er at skabe læring, så mængden af utilsigtede hændelser kan reduceres.

I regionen er der nedsat et patientsikkerhedsråd for praksissektoren og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens kapitel om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af de utilsigtede hændelser.

I den foregående planperiode er der gennemført et pilotprojekt, som havde til formål at identificere utilsigtede hændelser i fysioterapipraksis og sikre læring. Erfaringerne fra projektet

viser, at der rapporteres meget få hændelser i fysioterapipraksis. Den manglende rapportering kan vidne om, at der endnu ikke er skabt en stærk patientsikkerhedskultur i fysioterapipraksis. Det er derfor fortsat vigtigt, at de praktiserende fysioterapeuter tilskyndes til at identificere og rapportere hændelser og til at arbejde systematisk og konsekvent med de utilsigtede hændelser, der finder sted i praksis.

Praksiskonsulentordningen samarbejder med den regionale patientsikkerhedsorganisation om at øge patientsikkerheden i praksis ved målrettede formidlingsindsatser og eventuelle undervisningsindsatser for praksis, når det skønnes relevant. Indsatsen kan fx være case-baseret formidling med udgangspunkt i alvorlige hændelser, udvalgte temaer eller i tilknytning til aktuelle emner for praksiskonsulentordningens øvrige indsatser.

Endeligt er det væsentligt at sikre, at læring som følge af rapporteringen af utilsigtede hændelser formidles i anonymiseret form til relevante dele af region, kommuner og praksis og anvendes som redskab til kvalitetsudvikling.

3.4.3 Faglig kvalitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget løbende vurderer behovet for at understøtte implementering af kliniske retningslinjer i fysioterapipraksis
- At samarbejdsudvalget understøtter afprøvning og eventuelt inkorporering af implementeringsmodeller for kliniske retningslinjer i det omfang disse udvikles i regi af Enhed for Kvalitet.
- At der igangsættes en afdækning af muligheden for brug af digitalt understøttet træning/telemedicin i fysioterapien i forhold til udvalgte patientgrupper – fx bestemte diagnosegrupper eller patienter, der er forhindret i at møde op på klinikken
- At kvalitetsudviklingstiltag planperioden sker i tæt samspil og overensstemmelse med nationale tiltag initieret af Enhed for Kvalitet.

Ved den faglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle ydelser, der har helbredelse og lindring som formål. Kvalitet i diagnostik og behandling skal funderes på evidens. En forbedret faglig kvalitet indebærer derfor blandt andet, at de praktiserende fysioterapeuter kender og følger de relevante kliniske retningslinjer og deltager i relevante efteruddannelsesaktiviteter.

Implementering af kliniske retningslinjer

I overenskomsten såvel som i de regionale kvalitetsstrategier er der lagt vægt på implementering af kliniske retningslinjer.

Parterne forventer, at de praktiserende fysioterapeuter følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer.

Ifølge overenskomsten har den kommende nationale Enhed for Kvalitet (jf. afsnit 3.4.1) til opgave at lave et implementeringskoncept med afprøvning af en eller flere modeller, som understøtter implementering af nationale kliniske retningslinjer i praksis. Konceptet skal tage højde for udfordringer og barrierer på området.

Parterne er enige om at følge udviklingen af implementeringskonceptet for kliniske retningslinjer. I det omfang der udvikles implementeringsmodeller, bør modellerne afprøves og inkorporeres i regionens kvalitetsudviklingsindsats.

Digitalt understøttet træning/telemedicin

Telemedicin defineres som digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser leveret over afstand. Telemedicin kan både være et supplement til øvrig behandling og potentiel erstatning for nogle ydelser. Telemedicinske løsninger kan gøre det muligt at fjerne monitorere patienter, og patientens egne målinger og observationer kan inddrages i behandlingen – på tværs af faggrupper og sektorer. Dermed understøttes et sammenhængende patientforløb. Telemedicin kan desuden styrke patientinvolvering og dermed understøtte patient empowerment og patientens mulighed for egenomsorg. I dette perspektiv kan telemedicin bidrage til mere lighed i sundhed.

I planperioden igangsættes en afdækning af muligheden for brug af digitalt understøttet træning/telemedicin i fysioterapien i forhold til udvalgte patientgrupper – fx bestemte diagnosegrupper eller patienter, der er forhindret i at møde op på klinikken.

Efteruddannelse

Efter- og videreuddannelse af praksissektorens fysioterapeuter er organiseret nationalt og foregår i regi af Danske Fysioterapeuter.

Der kan være behov for regionale efteruddannelses tiltag eksempelvis i forhold til at opkvalificere kompetencer og metoder til kvalitetsudvikling eller til at implementere nationale kliniske retningslinjer eller forløbsprogrammer i Region Hovedstaden.

I planperioden bør arbejdsdelingen mellem Region Hovedstaden og den nationale Enhed for Kvalitet i forhold til relevante efteruddannelsesaktiviteter i forbindelse med implementeringen af DDKM afdækkes.

Regionale efteruddannelses tiltag bør udarbejdes og gennemføres i samarbejde med praksiskonsulentordningen.

3.4.4 Organisatorisk kvalitet

Følgende anbefales i denne planperiode:

- At samarbejdsudvalget understøtter, at den enkelte praksis får metoder og kompetencer til at arbejde med kvalitetsudvikling i egen praksis
- At samarbejdsudvalget understøtter brugen af data i kvalitetsudviklingen – herunder brugen af datafangst og diagnosekodning i det omfang overenskomstens parter påbegynder implementeringen
- At samarbejdsudvalget undersøger muligheden for brug af effektmåling til kvalitetsudvikling i fysioterapi praksis.

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelse af arbejdsgange i fysioterapi praksis, samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb samt brug af data og dokumentation.

Kvalitetsudvikling i egen praksis

Parterne er enige om at understøtte de praktiserende fysioterapeuters kvalitetsudvikling i egen praksis. Målet er at skabe en kvalitetskultur i den enkelte praksis, så medarbejderne er klædt på til både at implementere fx kliniske retningslinjer og DDKM, men også er i stand til at opstille og gennemføre egne (mindre) kvalitetsudviklingsprojekter i hverdagen og kvalitetsudvikle på relevante områder.

Kvalitetskulturen i klinikken kan understøttes ved, at de praktiserende fysioterapeuter introduceres til relevante kvalitetsudviklings- og implementeringsmetoder i forbindelse med praksiskonsulenternes øvrige indsatser – fx ved anvendelse af kvalitetscirklen. Arbejdet med kvalitet i egen praksis anses som en effekt af regionale kvalitetsudviklingstilbud.

Datafangst og diagnosekodning

Ifølge overenskomsten vil datafangst og diagnosekodning blive implementeret i forlængelse af DDKM. Et centralt element i udvikling af kvaliteten af de leverede ydelser i fysioterapipraksis er arbejdet med egne kvalitetsdata. Diagnosekodning er tilsvarende en forudsætning for anvendelsen af datafangst.

Regionen vil i planperioden understøtte implementeringen og brugen af diagnosekodning og datafangst i fysioterapipraksis, såfremt overenskomstens parter påbegynder implementeringen.

Effektmåling

Flere kommuner påtænker at indføre obligatorisk effektmåling på sundhedsområdet.

Københavns Kommune har igangsat en ambitiøs indsats, der skal indføre effektmåling og effektstyring på alle kommunens sundhedsydelser, startende med genoptræningsområdet.

Traditionelt har kvalitetsarbejde på sundhedsydelser i kommunerne været inspireret af Den Danske Kvalitetsmodel, hvor fokus i kvalitetsarbejdet er på processer og procedurer, men ikke på effekterne for borgerne.

Indsamling af data for effekt understøttes blandt andet af nye digitale muligheder for at indsamle data direkte hos borgerne (webbaseret) og samkøring af disse data med kommunens digitale journalsystemer.

I Københavns Kommune ses effektmåling som et væsentligt skridt frem mod en større borgerinddragelse, kvalitet i genoptræningen og styringsredskaber, der bygger på den forskel vi gerne vil gøre for borgeren.

Kommunerne ser gerne at muligheden for effektmåling på det vederlagsfrie område undersøges i planperioden.

3.4.5 Forskning og den regionale kvalitetsudviklingspulje

Praksiskonsulentordningen for fysioterapi er præsenteret i Praksissektorens Forskningsråd.

Forskningsrådet arbejder på at synliggøre, udvikle og facilitere mulighederne for forskning i praksissektoren, herunder forskning på tværs af sektorerne. Forskningsrådet medfinansierer ca. to årlige ph.d.-stipendiater til forskning i praksissektoren. Det er en betingelse, at forskningsprojekterne har relevans for praksissektoren. Praksiskonsulentordningens deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd understøtter fokus på forskning i fysioterapipraksis, både monofagligt, tværfagligt og tværsektorielt.

Hvert år afsættes midler fra den nationale praksisfond til regionale kvalitetsudviklingspuljer. Puljens formål er at fremme kvalitetsudvikling af fysioterapeutpraksis i regionen.

Kvalitetsudviklingsmidler kan anvendes til at implementere centrale udviklingstiltag og til at tage initiativ til og/eller indgå i regionale mono-/tværfaglige kvalitetsudviklingsprojekter både i forhold til almen og vederlagsfri behandling. Puljens midler kan ikke anvendes til kurser eller efteruddannelse for den enkelte fysioterapeut, men projekter skal favne bredt.

I foregående planperiode blev der udarbejdet en strategi for anvendelsen af puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje, der supplerer de nationalt fastsatte kriterier knyttet til puljens formål. Strategien har til formål at fokusere kvalitetsudviklingsindsatsen og udstyre styregruppen for implementering af praksisplan for fysioterapi med retningslinjer for vurderingen af ansøgninger. Strategien fremgår af bilag 6, der forventes at blive opdateret i planperioden

Der modtages fortsat få ansøgninger fra praksis. Parterne ønsker, at de metoder, der anvendes i praksiskonsulenternes indsatser (fx kvalitetscirklen), er med til at klæde de praktiserende fysioterapeuter på til at kunne varetage kvalitetsudvikling i egen praksis i henhold til puljens formål.

4. Bilagsoversigt

Bilag 1. Høringsliste af praksisplanen for fysioterapi 2015-2019

Bilag 2. Tilsynsordning med rideskoler

Bilag 3. Undersøgelse om elektronisk tidsbestilling og anvendelse af e-mail. SU sag 26. marts 2014.

Bilag 4. Aftaler og administrative retningslinjer

Bilag 5. Funktionsbeskrivelse for den regionale praksiskonsulentordning

Bilag 6. Strategi for anvendelsen af puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje

Bilag 7. Grundbeskrivelse Fysioterapipraksis i Region Hovedstaden

Bilag: 4.3. Høringsvar praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 65056/15

Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

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

Åbningstider
Mandag-Tirsdag 10-14
Onsdag lukket
Torsdag 10-18
Fredag 10-12
27. august 2015

Godkendelse af praksisplan for fysioterapi 2015 - 2019

Allerød Kommune har modtaget praksisplan for fysioterapi 2015 – 2019 til godkendelse.

Allerød Kommune godkender planen, idet det ønskes velkomment, at der i planen er fokus på kommunikation, samarbejde på tværs, udvikling samt øget fokus på ridefysioterapi og vederlagsfri fysioterapi.

I forhold til udvikling kan det desuden anbefales, at må overveje at have fokus på udvikling af kompetencer inden for sundhedspædagogik.

Det skal bemærkes, at det særligt er godt med det skærpede fokus på de mest sårbare børn, der trænes under vedlagerfri fysioterapi modellen, idet der er behov for systematiseret kommunikation mellem kommuner, region og privatpraktiserende aktører.

Venlig hilsen



Bilag: 5.1. Høring af Praksisplan for Almen Praksis i Region Hovedstaden 2015-2018 Grundbeskrivelse Høringsversion

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 50480/15

Grundbeskrivelse

Almen Praksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2015-18 (Høringsversion)

HØRINGSUDKAST

Indholdsfortegnelse

Ordforklaringsliste.....	5
Særlige opmærksomhedspunkter.....	7
Region Hovedstadens geografiske inddeling	8
Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden.....	8
Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden	8
Almen praksis.....	9
Kapacitet	9
Tabel 2. Kapaciteter samt sikrede pr. fuldtidskapacitet fordelt på regioner 2014 (antal)	9
Tabel 3. Region Hovedstadens kapaciteter, fordelt på planområder, for perioden 2011-2014	9
Tabel 4. Region Hovedstadens ubesatte kapaciteter, for perioden 2011-2014	9
Tabel 5. Region Hovedstadens kapaciteter, fordelt på planlægningsområder, 2014	10
Tabel 6. Resultat af lægedækningsundersøgelsen i 2013 og 2014	11
Praktiserende læger	12
Tabel 7. Praktiserende læger fordelt på regioner, 2014	12
Tabel 8. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder, for perioden 2011-2014	12
Tabel 9. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planlægningsområder, 2014... ..	13
Alder.....	14
Tabel 10. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper, for perioden 2011-2014	14
Tabel 11. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper og planområder, 2014 (antal)	14
Figur 2. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper og planområder, 2014 (i procent).....	14
Tabel 12. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper (samt aldersgennemsnittet) samt planlægningsområder, 2014	15
Køn	16
Tabel 13. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på kønsamt planområder, for perioden 2011-2014 (antal)	16
Tabel 14. Fordeling af Region Hovedstadens alment praktiserende læger på køn, opdelt på planområder (procent)	16
Tabel 15. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på køn samt planlægningsområder, 2014 (antal).....	17
Praksis	18
Tabel 16. Praksis fordelt på praksisformer for hver af de fem regioner, 2014 (antal)	18

Figur 3. Region Hovedstadens praksis, fordelt på praksisformer, for perioden 2011-2014.....	18
Tabel 17. Region hovedstadens praksis, fordelt på praksisformer samt planområder, for perioden 2011-2014 (antal).....	19
Tabel 18. Region Hovedstadens praksis, fordelt på praksisformer samt kommuner, 2014 (antal)	20
Tabel 19. Region Hovedstadens praksis fordelt på antal læger pr. praksis, for perioden 2011-2014 (antal)	21
Sikrede.....	22
Tabel 20. Gruppe 2 sikrede i Region Hovedstaden, fordelt på kommuner, for årene 2013 og 2014, (antal og ændring i procent)	22
Befolkningsfremskrivning.....	23
Tabel 21. Befolkningsprognose 2014-2040 for Region Hovedstaden (antal borgere)	23
Tabel 22. Befolkningsprognose 2014-2040 for Region Hovedstaden (ændring i procent)	23
Tabel 23. Befolkningsprognose 2014-2040 for hovedstadsregionens kommuner (antal borgere).....	24
Udgifter	25
Tabel 24. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014, 2014-priser (kroner)	25
Tabel 25. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014, 2014-priser (kroner pr. 1.000 sikrede)	25
Tabel 26. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser, 2014 (kroner pr. 1.000 sikrede)	26
Ydelser.....	27
Tabel 27. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014 (antal)	27
Tabel 28. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)	27
Tabel 29. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser, 2014 (antal pr. 1.000 sikrede)	28
Konsultationer.....	29
Tabel 30. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af udvalgte konsultationsydelser i perioden 2010-2014 (antal og udvikling i procent)	29
Figur 4. Udvikling i antal konsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)	29
Tabel 31. Konsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)	30
Tabel 32. E-kommunikation ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)	30

Tabel 33. Telefonkonsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)	30
Figur 5. Konsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. patient)	31
Figur 6. E-kommunikation ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. patient)	31
Figur 7. Telefonkonsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. patient)	31
Tabel 34. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion af udvalgte konsultationsydelser, 2014 (antal ydelser pr. 1.000 sikrede)	32

HØRINGSUDKAST

Ordforklaringsliste

I grundbeskrivelsen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

Speciale 80:	Almen lægegerning
Kapacitet:	Antal kapaciteter dækker over antal fuldtidspraktiserende læger tilknyttet overenskomsten om almen læge. For almen lægehjælp gælder det, at én kapacitet svarer til én læge, der arbejder fuld tid i klinikken ¹ .
Besat kapacitet:	Kapacitet, der er tildelt en læge, og som er i brug/aktiv
Ubesat kapacitet:	Kapacitet, der er tildelt en læge, men ikke er aktiv. Regionen har ikke råderet over ubesatte kapaciteter.
Ledig kapacitet:	Kapacitet, der afventer at blive tildelt en læge. Regionen har råderet over ledige kapaciteter.
Ydernummer:	Et ydernummer er det nummer, som en alment praktiserende læge er tildelt som yder af behandlinger efter overenskomsten. Ydernummeret anvendes til afregning. Såfremt der er flere sundhedspersoner i samme praksis, vil de oftest have det samme ydernummer.
Praksisformer:	Almen praksis kan i henhold til overenskomsten drives som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis eller netværkspraksis ² .
Enkeltmandspraksis:	Praksis, der drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi. En enkeltmandspraksis råder over én lægekapacitet.
Kompagniskabspraksis:	Praksis, der drives af to eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. En kompagniskabspraksis råder over 2 eller flere lægekapaciteter.
Delepraksis:	Hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsmængde i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis. Ved delepraksis forstås, at der optages en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte lægekapaciteter.
Sikrede:	Alle borgere med bopæl i Danmark har ret til gratis behandling hos egen læge og tilskud til medicin mv.. Borgeren kan vælge mellem to sikringsgrupper: gruppe 1 og gruppe 2.

¹ Statens Serum Institut:

<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Sundhedsvaesenets%20arbejdsmarked/Ydere%20indenfor%20praksissektoren.aspx#Kapacitet>

² Kilde: Overenskomst om almen praksis 01-09-2014

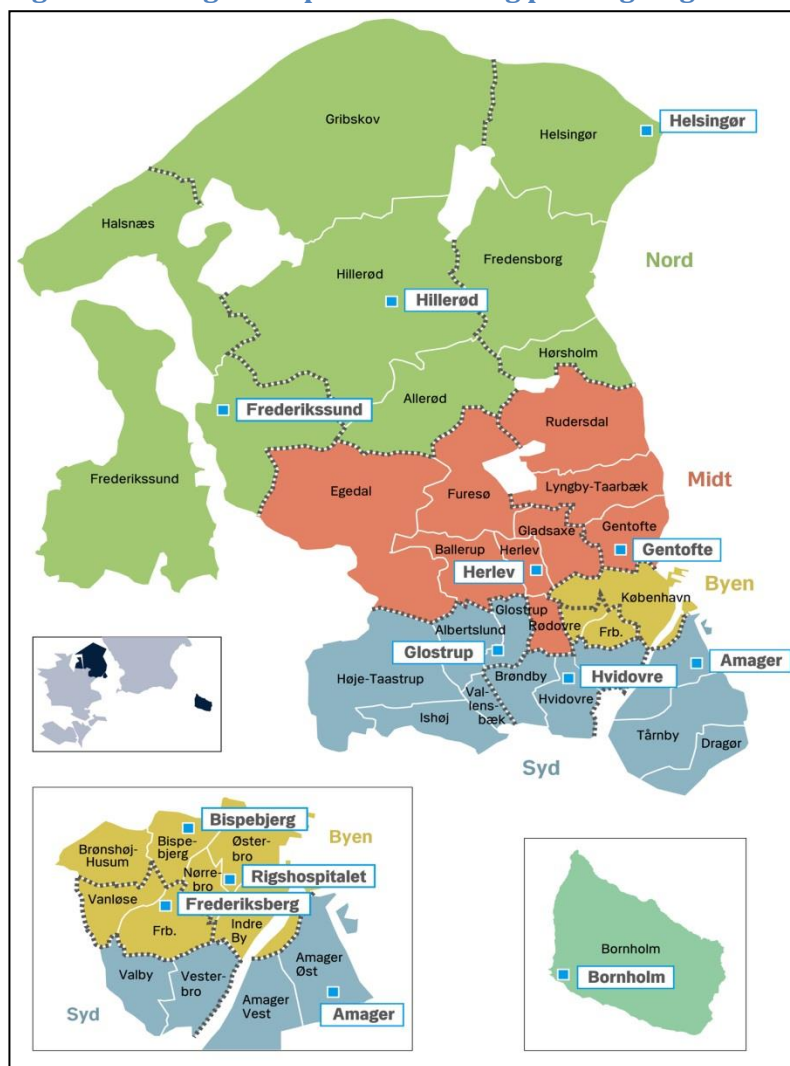
- Sikringsgruppe 1:** En borger der er tilmeldt en bestemt praksis/praktiserende læge. Gruppe 1 sikrede skal have henvisning til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog.
- Sikringsgruppe 2:** Borgere i sikringsgruppe 2 er ikke tilmeldt en bestemt læge. Gruppe 2 sikrede, kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Borgeren skal have lægehenvi-
sning til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Fysioterapeuten, fodterapeuten eller psykologen skal have en aftale med regionen, for at du kan få tilskud.
- Der gives samme tilskud, som en gruppe 1-sikret patient får til en tilsvarende behandling.
- Produktion:** Produktion anvendes som et udtryk for, hvad almen praktiserende læger med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret (produceret) af ydelser, uafhængigt af borgeres bopæl.
- Forbrug:** Forbrug anvendes som et udtryk for, hvad hovedstadsregionens borgere har modtaget af ydelser hos lægen.
- Bruttohonorar:** Bruttohonorar er den pris, der er aftalt en ydelse skal koste. Bruttohonoraret er aftalt i overenskomsten, og reguleres fast to gange årligt pr. 1. april og 1. oktober. Grundbeskrivelsen i tabel 24, 25 og 26 omfatter alene ydelseshonorar i dagtid.
- Planområder:** Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1).

Særlige opmærksomhedspunkter

- Christiansø: Christiansø indgår ikke som en del af Grundbeskrivelsen, da Christiansø Administration er en del af Forsvarsministeriet og dermed hører direkte under staten. Dog er Christiansø undtagelsesvist medtaget i tabel 6, da de indgår i lægedækningsundersøgelsen for 2013 og 2014. Christiansø er medtaget under Bornholm, og kapaciteten for Bornholm er i denne tabel således øget med 1.
- 2014-priser: Opgørelser af produktion og forbrug (i kroner) er angivet i 2014-priser. Det betyder, at en sammenligning på tværs af år ikke er påvirket af prisudviklingen, men alene af ændringer i aktiviteten.
- Omregningen til 2014-priser baserer sig på reguleringsprocenterne for ydelse '0101' (konsultation). Reguleringsprocenterne svarer til den regulering af taksten, som er sket i perioden. Der er beregnet en gennemsnitlig PL-faktor for hvert af årene 2010-2014, hvorefter årets priser er reguleret til 2014-priser.

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd	Bornholm
Planlægningsområder	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby	Bornholm
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro3	
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager Øst	
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Amager Vest	
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Høje-Taastrup	
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Albertslund	
	Fredensborg	Lyngby-Taarbæk	Indre By	Ishøj	
	Hørsholm	Rudersdal	Østerbro	Vallensbæk	
		Gentofte		Brøndby	
				Glostrup	
				Hvidovre	
				Tårnby	
				Dragør	

³ Herunder Kongens Enghave og Sydhavnen

Almen praksis

Kapacitet

Tabel 2. Kapaciteter samt sikrede pr. fuldtidskapacitet fordelt på regioner 2014 (antal)

Yder Region	Kapaciteter	Sikrede	Sikrede per fuldtidskapacitet
Region Nordjylland	369	580.623	1.574
Region Midtjylland	818	1.264.567	1.546
Region Syddanmark	787	1.152.664	1.534
Region Hovedstaden	1.064	1.764.705	1.659
Region Sjælland	496	830.414	1.674

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er inkluderet. Sikrede er gruppe 1 sikrede. Data for Region Midtjylland: kapaciteter er opgjort pr. 1. oktober og sikrede opgjort 1. marts 2015. Region Syddanmark: data er pr. juli 2014. Region Sjælland: Data er fra lægedækningsundersøgelsen 2015.

Tabel 3. Region Hovedstadens kapaciteter, fordelt på planområder, for perioden 2011-2014

Planområder	2011	2012	2013	2014	2011-2014	2014
	<i>antal</i>				<i>ændring (procent)</i>	<i>andel af samlet (procent)</i>
Nord	205	203	201	199	-2,9	18,7
Midt	264	275	278	277	4,9	26,0
Byen	256	261	267	265	3,5	24,9
Syd	300	301	297	295	-1,7	27,7
Bornholm	30	30	30	28	-6,7	2,6
Hovedtotal	1.055	1.070	1.073	1.064	0,9	100

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er inkluderet

Tabel 4. Region Hovedstadens ubesatte kapaciteter, for perioden 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Nord	5	4	7	6
Midt	17	9	8	6
Byen	9	6	6	5
Syd	12	7	8	7
Bornholm	1	1	1	1
I alt	44	27	30	24

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år

Tabel 5. Region Hovedstadens kapaciteter, fordelt på planlægningsområder, 2014

Område	Kapaciteter	Andel af område	Andel af samlet
	<i>Antal</i>	<i>procent</i>	
Nord	199	100	18,7
Allerød Kommune	16	8,0	1,5
Fredensborg Kommune	24	12,1	2,3
Helsingør Kommune	38	19,1	3,6
Hillerød Kommune	30	15,1	2,8
Hørsholm Kommune	18	9,0	1,7
Frederikssund Kommune	29	14,6	2,7
Halsnæs Kommune	18	9,0	1,7
Gribskov Kommune	26	13,1	2,4
Midt	277	100	26,0
Ballerup Kommune	35	12,6	3,3
Gentofte Kommune	44	15,9	4,1
Gladsaxe Kommune	39	14,1	3,7
Herlev Kommune	16	5,8	1,5
Lyngby-Taarbæk Kommune	37	13,4	3,5
Rødovre Kommune	24	8,7	2,3
Furesø Kommune	24	8,7	2,3
Rudersdal Kommune	34	12,3	3,2
Egedal Kommune	24	8,7	2,3
Byen	265	100	24,9
Bispebjerg	22	8,3	2,1
Brønshøj-Husum	21	7,9	2,0
Indre By	37	14,0	3,5
Nørrebro	45	17,0	4,2
Vanløse	25	9,4	2,3
Østerbro	53	20,0	5,0
Frederiksberg Kommune	62	23,4	5,8
Syd	295	100	27,7
Amager	64	21,7	6,0
Valby	30	10,2	2,8
Vesterbro	38	12,9	3,6
Brøndby Kommune	19	6,4	1,8
Dragør Kommune	6	2,0	0,6
Glostrup Kommune	12	4,1	1,1
Albertslund Kommune	19	6,4	1,8
Hvidovre Kommune	30	10,2	2,8
Høje-Taastrup Kommune	31	10,5	2,9
Ishøj Kommune	10	3,4	0,9
Tårnby Kommune	26	8,8	2,4
Vallensbæk Kommune	10	3,4	0,9
Bornholm	28	100	2,6
Bornholms Regionskommune	28	100,0	2,6
Hovedtotal	1064	-	100

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er inkluderet

* Københavns Kommune: 335 kapaciteter

Tabel 6. Resultat af lægedækningsundersøgelsen i 2013 og 2014

Planlægnings-område	Gruppe 1 sikrede (faktisk tilmeldte)		Difference tilmeldte	Kapaciteter (faktiske)		Difference kapaciteter	2013 Høringssvar	2014 Høringssvar	2014 Høringssvar	Difference	Faktisk tilmeldte/kapacitet
	2013	2014		2013-2014	2013		2014	2013-2014	Ønskede tilmeldte pr. kapacitet		Ønskede tilmeldte
	2013	2014	2013-2014	2013	2014	2013-2014	2013	2014	2014	2014	2014
NORD	311.424	312.932	1.508	201	199	-2		337.049	1.694	24.117	1.573
Allerød	25.298	25.610	312	16	16	0	1.766	29.307	1.832	3.697	1.601
Fredensborg	36.332	36.539	207	24	24	0	1.753	41.542	1.731	5.003	1.522
Frederikssund	45.770	45.739	-31	30	29	-1	1.691	49.500	1.707	3.761	1.577
Halsnæs	28.627	28.699	72	19	18	-1	1.599	30.100	1.672	1.401	1.594
Gribskov	39.107	39.221	114	26	26	0	1.756	43.575	1.676	4.354	1.509
Helsingør	61.070	61.222	152	38	38	0	1.725	64.150	1.688	2.928	1.611
Hillerød	47.257	47.611	354	30	30	0	1.722	49.625	1.654	2.014	1.587
Hørsholm	27.963	28.291	328	18	18	0	1.601	29.250	1.625	959	1.572
MIDT	442.643	451.721	9.078	279	277	-2		504.119	1.820	52.398	1.631
Ballerup	54.624	54.943	319	35	35	0	1.683	58.130	1.661	3.187	1.570
Egedal	37.286	37.354	68	24	24	0	1.810	43.050	1.794	5.696	1.556
Furesø	37.344	37.616	272	24	24	0	1.704	41.000	1.708	3.384	1.567
Gentofte	69.557	75.181	5.624	44	44	0	1.952	81.890	1.861	6.709	1.709
Gladsaxe	63.394	64.207	813	39	39	0	1.775	69.300	1.777	5.093	1.646
Herlev	26.605	27.140	535	16	16	0	1.718	28.732	1.796	1.592	1.696
Lyngby-Taarbæk	60.988	62.084	1.096	37	37	0	1.778	69.267	1.872	7.183	1.678
Rudersdal	52.525	52.354	-171	34	34	0	1.812	62.100	1.826	9.746	1.540
Rødovre	40.320	40.842	522	26	24	-2	1.928	50.650	2.110	9.808	1.702
BYEN	450.235	456.539	6.304	267	265	-2		469.202	1.771	12.663	1.723
Bispebjerg	38.850	39.984	1.134	22	21	-1	1.858	40.390	1.923	406	1.904
Brønshøj-Husum	33.577	32.957	-620	21	21	0	1.681	35.275	1.680	2.318	1.569
Frederiksberg	102.403	103.470	1.067	62	62	0	1.781	109.525	1.767	6.055	1.669
Indre by	69.169	71.442	2.273	37	37	0	1.986	71.250	1.926	-192	1.931
Nørrebro	77.601	77.686	85	47	46	-1	1.772	78.816	1.713	1.130	1.689
Vanløse	42.152	43.351	1.199	25	25	0	1.778	42.500	1.700	-851	1.734
Østerbro	86.483	87.649	1.166	53	53	0	1.703	91.446	1.725	3.797	1.654
SYD	493.326	503.573	10.247	297	295	-2		514.236	1.743	10.663	1.707
Albertslund	30.635	30.781	146	18	19	1	1.724	31.250	1.645	469	1.620
Amager	108.484	110.948	2.464	65	64	-1	1.812	111.996	1.750	1.048	1.734
Brøndby	31.504	31.983	479	20	19	-1	1.696	32.751	1.724	768	1.683
Dragør	9.305	9.347	42	6	6	0	1.484	9.100	1.517	-247	1.558
Glostrup	20.712	20.868	156	12	12	0	1.750	20.400	1.700	-468	1.739
Høje-Taastrup	51.393	51.742	349	31	31	0	1.798	51.366	1.657	-376	1.669
Hvidovre	50.005	50.325	320	31	30	-1	1.728	51.850	1.728	1.525	1.678
Ishøj	16.763	17.114	351	10	10	0	1.650	19.400	1.940	2.286	1.711
Tårnby	43.294	43.650	356	26	26	0	1.830	48.800	1.877	5.150	1.679
Valby	49.034	50.621	1.587	30	30	0	1.694	50.748	1.692	127	1.687
Vallensbæk	16.036	18.161	2.125	10	10	0	1.730	17.100	1.710	-1.061	1.816
Vesterbro	66.161	68.033	1.872	38	38	0	1.875	69.475	1.828	1.442	1.790
BORNHOLM	40.371	39.940	-431	31	29	-2		43.591	1.503	3.651	1.377
Bornholm	40.371	39.940	-431	31	29	-2	1.500	43.591	1.503	3.651	1.377
I alt	1.737.999	1.764.705	26.706	1.075	1.065	-10	1.764	1.868.197	1.754	103.492	1.657

Note: Antal tilmeldte sikrede og antal kapaciteter er opgjort pr. 1. oktober 2013 og 1. oktober 2014 (kilde: Notus Regional). Endelig opgørelse af samlede svar fra almen praksis ved høring september-oktober 2014: 67 procent af praksis har besvaret høringen. Tabellen viser det i høringen indmeldte antal patienter med mindre praksis har dispensation til et lavere antal tilmeldte. Øvrige kapaciteter indgår med 1600 tilmeldte. Christiansø er medtaget da de indgår i lægedækningsundersøgelsen for 2013 og 2014. Kapaciteten på Bornholm er derfor øget med 1.

Praktiserende læger

Tabel 7. Praktiserende læger fordelt på regioner, 2014

Region	Læger
Nordjylland	342
Midtjylland	831
Syddanmark	812
Hovedstaden	1.121
Sjælland	505

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er inkluderet. Region Sjælland: data er opgjort pr. ultimo 2013.

Tabel 8. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder, for perioden 2011-2014

Planområde	2011	2012	2013	2014	2011-2014	2014
	<i>antal</i>				<i>ændring i procent</i>	<i>andel af samlet (i procent)</i>
Nord	219	217	217	211	-3,7	18,8
Midt	299	300	296	295	-1,3	26,3
Byen	275	274	278	275	0,0	24,5
Syd	323	320	312	311	-3,7	27,7
Bornholm	31	31	31	29	-6,5	2,6
Hovedtotal	1.147	1.142	1.134	1.121	-2,3	100,0

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er inkluderet.

Table 9. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planlægningsområder, 2014

Område	Læger	Andel af område	Andel af samlet
	<i>Antal</i>	<i>procent</i>	
Nord	211	100	18,8
Allerød Kommune	17	8,1	1,5
Fredensborg Kommune	29	13,7	2,6
Helsingør Kommune	39	18,5	3,5
Hillerød Kommune	30	14,2	2,7
Hørsholm Kommune	20	9,5	1,8
Frederikssund Kommune	30	14,2	2,7
Halsnæs Kommune	20	9,5	1,8
Gribskov Kommune	26	12,3	2,3
Midt	295	100	26,3
Ballerup Kommune	39	13,2	3,5
Gentofte Kommune	46	15,6	4,1
Gladsaxe Kommune	41	13,9	3,7
Herlev Kommune	16	5,4	1,4
Lyngby-Taarbæk Kommune	42	14,2	3,7
Rødovre Kommune	24	8,1	2,1
Furesø Kommune	26	8,8	2,3
Rudersdal Kommune	37	12,5	3,3
Egedal Kommune	24	8,1	2,1
Byen	275	100	24,5
Bispebjerg	22	8,0	2
Brønshøj-Husum	22	8,0	2
Indre By	39	14,2	3
Nørrebro	47	17,1	4
Vanløse	26	9,5	2
Østerbro	57	20,7	5
Frederiksberg Kommune	62	22,5	6
Syd	311	100	27,7
Amager	66	21,2	5,9
Valby	33	10,6	2,9
Vesterbro	39	12,5	3,5
Brøndby Kommune	22	7,1	2,0
Dragør Kommune	6	1,9	0,5
Glostrup Kommune	12	3,9	1,1
Albertslund Kommune	21	6,8	1,9
Hvidovre Kommune	33	10,6	2,9
Høje-Taastrup Kommune	32	10,3	2,9
Ishøj Kommune	10	3,2	0,9
Tårnby Kommune	27	8,7	2,4
Vallensbæk Kommune	10	3,2	0,9
Bornholm	29	100	2,6
Bornholms Regionskommune	29	100,0	2,6
Hovedtotal	1121	-	100

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er inkluderet

* Københavns Kommune: 351 læger

Alder

Tabel 10. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper, for perioden 2011-2014

Aldersgrupper	2011	2012	2013	2014	2014
	<i>antal</i>				<i>Andel af samlet (procent)</i>
<50 år	335	350	359	362	33
50-54 år	178	197	189	188	17
55-59 år	233	201	181	177	16
60-64 år	227	229	238	216	20
65-69 år	114	120	113	128	12
70 + år	16	18	25	26	2
Hovedtotal	1.103	1.115	1.105	1.097	100

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er ikke inkluderet

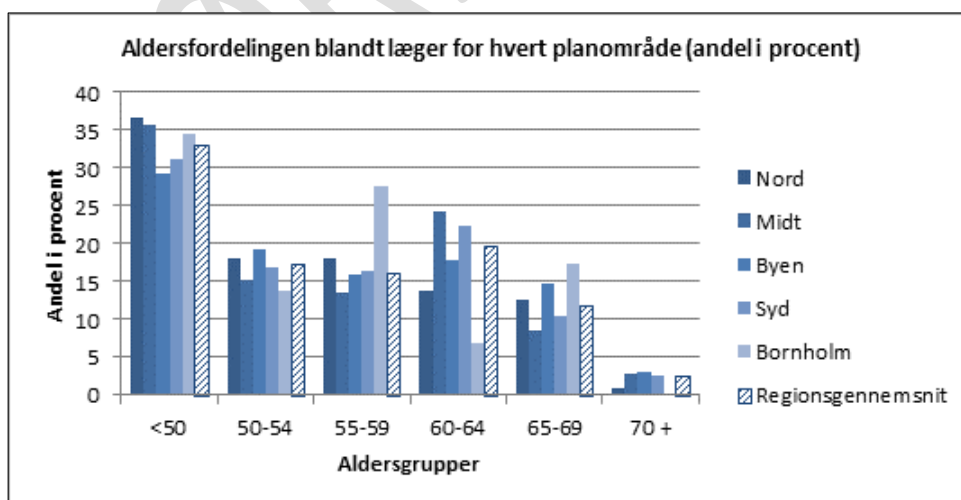
Tabel 11. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper og planområder, 2014 (antal)

	<50 år	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65-69 år	70 + år	I alt
Nord	75	37	37	28	26	2	205
Midt	103	44	39	70	25	8	289
Byen	79	52	43	48	40	8	270
Syd	95	51	50	68	32	8	304
Bornholm	10	4	8	2	5		29
	362	188	177	216	128	26	1.097

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er ikke inkluderet

Figur 2. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper og planområder, 2014 (i procent)



Note: Figuren baserer sig på data fra tabel 11. For hvert planområde er beregnet hvor stor en andel af lægerne der er henholdsvis '<50', '50-54', '55-59', '60-64', '65-69' og '70+'. Regionsgennemsnittet svarer således til tabel 10, kolonnen 'Andel af samlet (i procent)'.

Tabel 12. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på aldersgrupper (samt aldersgennemsnittet) samt planlægningsområder, 2014

Område	Gennemsnit	<50 år	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65-69 år	70 + år
	<i>alder</i>	<i>antal inden for hver aldersgruppe</i>					
Nord	54,6	75	37	37	28	26	2
Allerød Kommune	53,0	7	3	2	5	0	0
Fredensborg Kommune	56,2	5	6	8	4	5	1
Helsingør Kommune	55,2	13	5	8	6	6	0
Hillerød Kommune	54,4	13	4	3	4	4	1
Hørsholm Kommune	51,7	8	5	3	3	1	0
Frederikssund Kommune	56,2	8	8	6	1	5	0
Halsnæs Kommune	53,2	11	3	1	3	1	0
Gribskov Kommune	55,0	10	3	6	2	4	0
Midt	55,0	103	44	39	70	25	8
Ballerup Kommune	53,1	15	7	3	10	3	1
Gentofte Kommune	58,5	12	5	7	13	5	2
Gladsaxe Kommune	55,4	16	5	6	5	6	2
Herlev Kommune	60,4	2	2	5	4	2	0
Lyngby-Taarbæk Kommune	53,0	15	8	5	12	2	0
Rødovre Kommune	55,5	10	2	1	6	3	1
Furesø Kommune	55,4	8	1	6	9	1	1
Rudersdal Kommune	53,0	15	8	3	8	2	1
Egedal Kommune	53,3	10	6	3	3	1	0
Byen	55,6	79	52	43	48	40	8
Bispebjerg	58,8	5	3	2	5	5	2
Brønshøj-Husum	60,5	4	3	5	1	5	3
Indre By	49,5	21	7	4	4	3	0
Nørrebro	54,0	15	9	9	10	3	0
Vanløse	55,2	7	6	4	5	3	0
Østerbro	56,0	15	11	12	7	10	1
Frederiksberg Kommune	57,5	12	13	7	16	11	2
Syd	55,5	95	51	50	68	32	8
Amager	56,6	15	10	14	17	7	3
Valby	53,5	14	5	4	5	3	1
Vesterbro	54,9	16	6	2	8	4	1
Brøndby Kommune	56,1	5	3	4	7	3	0
Dragør Kommune	60,5	0	1	3	1	0	1
Glostrup Kommune	48,7	7	2	1	2	0	0
Albertslund Kommune	56,8	4	2	5	5	4	1
Hvidovre Kommune	58,3	7	8	4	9	2	1
Høje-Taastrup Kommune	55,9	13	5	4	6	2	0
Ishøj Kommune	57,4	2	0	3	2	3	0
Tårnby Kommune	54,2	7	6	5	5	4	0
Vallensbæk Kommune	49,0	5	3	1	1	0	0
Bornholm	54,7	10	4	8	2	5	0
Bornholms Regionskommune	54,7	10	4	8	2	5	0
Regionsgennemsnit	55,2	362	188	177	216	128	26

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober 2014, ubesatte kapaciteter er ikke inkluderet

Køn

Tabel 13. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på kønsamt planområder, for perioden 2011-2014 (antal)

Planområde	2011		2012		2013		2014	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Nord	110	104	113	100	112	98	111	94
Midt	138	145	147	144	148	140	150	139
Byen	129	137	137	131	142	130	143	127
Syd	132	178	142	171	140	165	144	160
Bornholm	15	15	15	15	16	14	15	14
Hovedtotal	524	579	554	561	558	547	563	534

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er ikke inkluderet

Tabel 14. Fordeling af Region Hovedstadens alment praktiserende læger på køn, opdelt på planområder (procent)

Planområde	2011-2014		2014	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
	<i>Ændring i procent</i>		<i>Andel af samlet antal læger (i procent)</i>	
Nord	0,91	-9,62	54	46
Midt	8,70	-4,14	52	48
Byen	10,85	-7,30	53	47
Syd	9,09	-10,11	47	53
Bornholm	0,00	-6,67	52	48
Regionsgennemsnit	7,44	-7,77	51	49

Note: Tabellens beregninger baserer sig på data i tabel 13 ovenfor.

Table 15. Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på køn samt planlægningsområder, 2014 (antal)

Område	Kvinde	Mand	Hovedtotal
Nord	111	94	205
Allerød Kommune	8	9	17
Fredensborg Kommune	16	13	29
Helsingør Kommune	22	16	38
Hillerød Kommune	13	16	29
Hørsholm Kommune	13	7	20
Frederikssund Kommune	15	13	28
Halsnæs Kommune	11	8	19
Gribskov Kommune	13	12	25
Midt	150	139	289
Ballerup Kommune	23	16	39
Gentofte Kommune	22	22	44
Gladsaxe Kommune	24	16	40
Herlev Kommune	5	10	15
Lyngby-Taarbæk Kommune	21	21	42
Rødovre Kommune	10	13	23
Furesø Kommune	12	14	26
Rudersdal Kommune	22	15	37
Egedal Kommune	11	12	23
Byen	143	127	270
Bispebjerg	10	12	22
Brønshøj-Husum	10	11	21
Indre By	22	17	39
Nørrebro	28	18	46
Vanløse	13	12	25
Østerbro	32	24	56
Frederiksberg Kommune	28	33	61
Syd	144	160	304
Amager	30	36	66
Valby	20	12	32
Vesterbro	20	17	37
Brøndby Kommune	10	12	22
Dragør Kommune	2	4	6
Glostrup Kommune	5	7	12
Albertslund Kommune	10	11	21
Hvidovre Kommune	12	19	31
Høje-Taastrup Kommune	14	16	30
Ishøj Kommune	4	6	10
Tårnby Kommune	11	16	27
Vallensbæk Kommune	6	4	10
Bornholm	15	14	29
Bornholms Regionskommune	15	14	29
Hovedtotal	563	534	1097

Kilde: Notus Regional,

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år, ubesatte kapaciteter er ikke inkluderet

Praksis

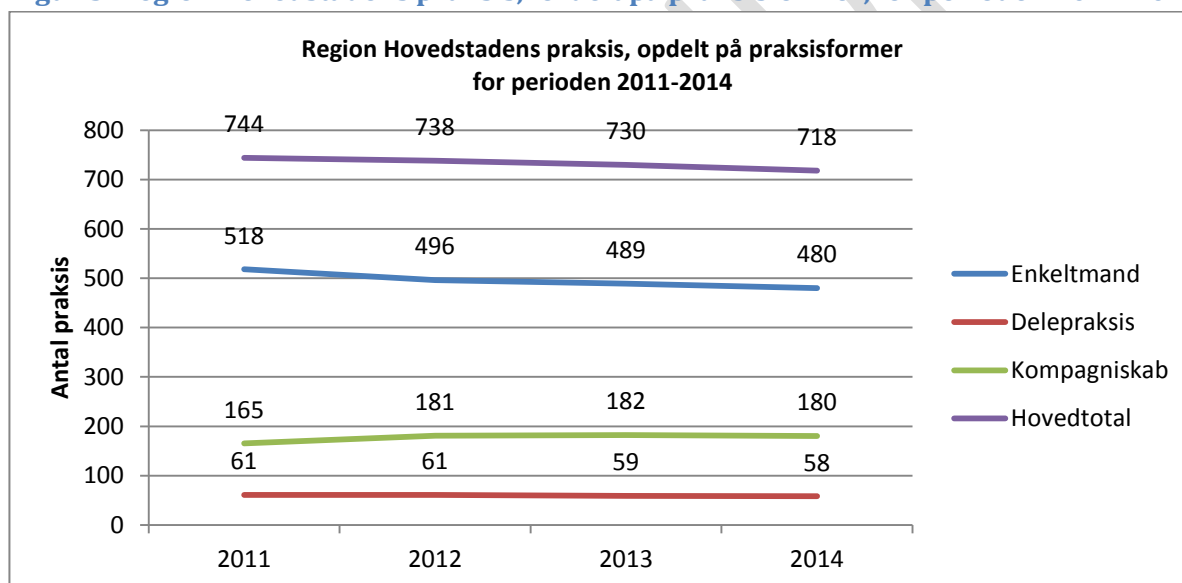
Tabel 16. Praksis fordelt på praksisformer for hver af de fem regioner, 2014 (antal)

Yder Region	Enkeltmandspraksis	Delepraksis	Kompagniskabspraksis	Praksis
Region Nordjylland	90	4	82	182
Region Midtjylland	180*	42	177	399
Region Syddanmark	177	0	206	383
Region Hovedstaden	480	58	180	718
Region Sjælland	152	13	102	267

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober 2014. Region Nordjylland: Hertil kommer 6 regionsklinikker med i alt 12 ansatte læger (disse er medregnet i antal læger). Region Midtjylland: Hertil kommer 1 regionsklinik og 1 'Samarbejdspraksis' (læge med flere ydernumre). * To af disse enkeltmandspraksis er klinikker drevet som "Licenslæge", altså regionens klinik. Region Syddanmark: Data pr. 1. juli 2014. Region Sjælland: Data er fra lægedækningsundersøgelsen 2015. Ø-læger samt regionsklinikker indgår ikke i summen.

Figur 3. Region Hovedstadens praksis, fordelt på praksisformer, for perioden 2011-2014



Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år

Tabel 17. Region hovedstadens praksis, fordelt på praksisformer samt planområder, for perioden 2011-2014 (antal)

Område	2011			2012			2013			2014		
	Dele-praksis	Enkelt-mand	Kompagni-skab	Dele-praksis	Enkelt-mand	Kompagni-skab	Dele-praksis	Enkelt-mand	Kompagni-skab	Dele-praksis	Enkelt-mand	Kompagni-skab
Nord	14	50	41	15	46	42	15	47	41	15	46	40
Midt	19	138	38	19	134	42	18	132	44	18	130	43
Byen	13	162	30	13	155	36	11	163	36	10	159	37
Syd	14	166	46	13	159	51	14	145	51	14	144	50
Bornholm	1	2	10	1	2	10	1	2	10	1	1	10
Sum	61	518	165	61	496	181	59	489	182	58	480	180

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år

Tabel 18. Region Hovedstadens praksis, fordelt på praksisformer samt kommuner, 2014 (antal)

Område	Delepraksis	Enkeltmand	Kompagniskab	Praksis i alt
Nord	15	46	40	101
Allerød Kommune	1	3	4	8
Fredensborg Kommune	5	11	2	18
Helsingør Kommune	1	14	8	23
Hillerød Kommune	0	9	7	16
Hørsholm Kommune	3	2	4	9
Frederikssund Kommune	3	2	6	11
Halsnæs Kommune	2	0	4	6
Gribskov Kommune	0	5	5	10
Midt	18	130	43	191
Ballerup Kommune	4	8	8	20
Gentofte Kommune	2	27	7	36
Gladsaxe Kommune	2	26	3	31
Herlev Kommune	0	10	2	12
Lyngby-Taarbæk Kommune	5	11	8	24
Rødovre Kommune	0	13	4	17
Furesø Kommune	2	13	3	18
Rudersdal Kommune	3	21	3	27
Egedal Kommune	0	1	5	6
Byen	10	159	37	206
Bispebjerg	0	18	2	20
Brønshøj-Husum	1	12	3	16
Indre By	2	11	8	21
Nørrebro	2	26	6	34
Vanløse	1	16	3	20
Østerbro	4	34	5	43
Frederiksberg Kommune	0	42	10	52
Syd	14	144	50	208
Amager	1	36	11	48
Valby	3	15	4	22
Vesterbro	1	14	8	23
Brøndby Kommune	3	9	3	15
Dragør Kommune	0	6	0	6
Glostrup Kommune	0	5	3	8
Albertslund Kommune	1	9	3	13
Hvidovre Kommune	3	14	4	21
Høje-Taastrup Kommune	1	14	5	20
Ishøj Kommune	0	5	2	7
Tårnby Kommune	1	14	4	19
Vallensbæk Kommune	0	3	3	6
Bornholm	1	1	10	12
Bornholms Regionskommune	1	1	10	12
Hovedtotal	58	480	180	718

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år

* Københavns kommune: 247 praksis

Tabel 19. Region Hovedstadens praksis fordelt på antal læger pr. praksis, for perioden 2011-2014 (antal)

	Én læge	To læger	Tre læger	Fire læger	Fem læger	Seks læger	Syv læger	Praksis i alt
2014	472	146	60	28	8	3	1	718
2013	477	156	58	29	6	3	1	730
2012	482	162	55	29	6	3	1	738
2011	488	164	52	29	8	2	1	744

Kilde: Notus Regional

Note: Status pr. 1. oktober det pågældende år

HØRINGSUDKAST

Sikrede

Tabel 20. Gruppe 2 sikrede i Region Hovedstaden, fordelt på kommuner, for årene 2013 og 2014, (antal og ændring i procent)

	2013	2014	Ændring i procent
Albertslund Kommune	65	57	-12,8
Allerød Kommune	192	160	-17,0
Ballerup Kommune	101	89	-11,1
Bornholms Regionskommune	57	50	-10,8
Brøndby Kommune	70	67	-4,1
Dragør Kommune	257	229	-10,9
Egedal Kommune	145	135	-7,2
Fredensborg Kommune	408	386	-5,3
Frederiksberg Kommune	1.077	959	-11,0
Frederikssund Kommune	146	124	-14,9
Furesø Kommune	373	333	-10,8
Gentofte Kommune	2.382	2.194	-7,9
Gladsaxe Kommune	274	255	-7,0
Glostrup Kommune	70	58	-17,9
Gribskov Kommune	356	334	-6,2
Halsnæs Kommune	114	99	-12,7
Helsingør Kommune	409	357	-12,8
Herlev Kommune	81	78	-4,2
Hillerød Kommune	262	235	-10,6
Hvidovre Kommune	105	102	-3,0
Høje-Taastrup Kommune	140	124	-11,2
Hørsholm Kommune	737	668	-9,3
Ishøj Kommune	34	29	-13,7
Københavns Kommune	2.534	2.299	-9,3
Lyngby-Taarbæk Kommune	953	834	-12,5
Rudersdal Kommune	1.844	1.698	-7,9
Rødovre Kommune	114	102	-10,8
Tårnby Kommune	141	116	-17,9
Vallensbæk Kommune	41	37	-8,6
Total	13.480	12.206	-9,4

Kilde: Targit

Note: Kommune er gruppe 2 sikredes bopælskommune, år er afregningsår

Befolkningsfremskrivning

Tabel 21. Befolkningsprognose 2014-2040 for Region Hovedstaden (antal borgere)

	2014	2020	2030	2040	2014-2040
Aldersinterval	antal				Ændring i procent
0-9 årige	203.921	202.507	245.772	247.440	21,3
10-19 årige	194.964	200.194	195.145	233.855	19,9
20-29 årige	257.575	292.594	288.979	270.288	4,9
30-39 årige	248.560	252.736	302.392	295.832	19,0
40-49 årige	254.193	245.644	228.579	272.380	7,2
50-59 årige	210.817	238.011	229.892	209.542	-0,6
60-69 årige	191.407	180.869	217.118	209.339	9,4
70-79 årige	120.683	156.231	155.124	190.694	58,0
80-89 årige	54.390	61.826	100.114	104.801	92,7
90+ årige	12.804	13.246	17.495	30.773	140,3
Samlet	1.749.314	1.843.858	1.980.610	2.064.944	18,0

Kilde: Danmarks Statistik, Befolkningsfremskrivning 2014 efter område, alder og tid

Tabel 22. Befolkningsprognose 2014-2040 for Region Hovedstaden (ændring i procent)

Aldersgrupper og år	2014-2020	2020-2030	2030-2040
0-9 årige	-0,7	21,4	0,7
10-19 årige	2,7	-2,5	19,8
20-29 årige	13,6	-1,2	-6,5
30-39 årige	1,7	19,6	-2,2
40-49 årige	-3,4	-6,9	19,2
50-59 årige	12,9	-3,4	-8,9
60-69 årige	-5,5	20,0	-3,6
70-79 årige	29,5	-0,7	22,9
80-89 årige	13,7	61,9	4,7
90+ årige	3,5	32,1	75,9

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik (se tabel 21)

Table 23. Population forecast 2014-2040 for the capital region's municipalities (number of citizens)

År	2014	2020	2030	2040	2014-2040
Kommune	antal personer				procent
København	569.557	638.495	722.284	763.444	34,04
Frederiksberg	102.717	110.971	120.625	125.177	21,87
Dragør	13.977	14.061	14.854	15.752	12,70
Tårnby	41.992	43.682	47.554	50.743	20,84
Albertslund	27.728	27.886	28.380	28.864	4,10
Ballerup	48.514	49.413	51.226	52.960	9,16
Brøndby	34.580	35.622	37.667	39.047	12,92
Gentofte	74.282	77.514	83.256	88.000	18,47
Gladsaxe	66.656	69.792	75.287	79.271	18,93
Glostrup	22.066	23.047	24.635	25.678	16,37
Herlev	27.706	29.029	31.429	33.122	19,55
Hvidovre	51.842	54.219	58.112	60.889	17,45
Høje-Taastrup	48.807	50.505	53.455	55.510	13,73
Ishøj	21.547	22.771	24.645	25.824	19,85
Lyngby-Taarbæk	54.237	56.359	60.125	63.101	16,34
Rødovre	37.552	39.245	42.227	44.295	17,96
Vallensbæk	15.095	16.009	17.403	18.271	21,04
Allerød	24.175	23.509	23.154	23.569	-2,51
Egedal	42.210	41.642	41.498	42.216	0,01
Fredensborg	39.584	39.465	40.193	41.060	3,73
Frederikssund	44.401	44.454	44.894	45.575	2,64
Furesø	38.492	37.735	38.036	39.008	1,34
Gribskov	40.778	40.676	41.230	41.911	2,78
Halsnæs	30.647	30.304	30.230	30.303	-1,12
Helsingør	61.519	61.538	62.020	62.958	2,34
Hillerød	48.695	49.110	50.355	51.830	6,44
Hørsholm	24.709	24.447	24.798	25.458	3,03
Rudersdal	55.034	54.821	55.976	57.792	5,01
Bornholm	40.215	37.536	35.061	33.320	-17,15
Region Hovedstaden	1.749.314	1.843.857	1.980.609	2.064.948	18,04

Kilde: Danmarks Statistik, Befolkningsfremskrivning 2014 efter kommune, køn og alder

Udgifter

Tabel 24. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014, 2014-priser (kroner)⁴

	2010	2011	2012	2013	2014
Produktion	1.366.305.641	1.391.963.724	1.368.624.104	1.344.342.257	1.363.836.086
Forbrug	1.358.239.763	1.386.340.632	1.363.368.588	1.340.488.659	1.360.020.671
Difference	<i>8.065.878</i>	<i>5.623.092</i>	<i>5.255.516</i>	<i>3.853.598</i>	<i>3.815.415</i>

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid, bruttohonorar.

Tabel 25. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014, 2014-priser (kroner pr. 1.000 sikrede)

	2010	2011	2012	2013	2014
Produktion	818.818	824.709	801.231	778.325	779.245
Forbrug	809.035	817.194	795.158	774.079	793.069

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid, bruttohonorar.

⁴ Tabel 24 afspejler ikke Region Hovedstadens samlede udgifter til almen praksis. Udgiftsposter der ikke er inkluderet i tabellen er basishonorar, amanuensis, indbetaling til fonde samt ramme- og lokalaftaler. Ydelser, som f.eks. laboratoriydelser, er desuden ikke medtaget, idet de omfatter flere ydergrupper end almen praksis.

Tabel 26. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser, 2014 (kroner pr. 1.000 sikrede)

	Produktion	Forbrug
Albertslund Kommune	779.245	798.150
Allerød Kommune	673.033	828.472
Ballerup Kommune	688.037	815.309
Bornholms Regionskommune	800.986	1.088.940
Brøndby Kommune	819.676	845.595
Dragør Kommune	738.394	715.665
Egedal Kommune	780.162	805.136
Fredensborg Kommune	906.365	892.771
Frederiksberg Kommune	756.776	723.148
Frederikssund Kommune	791.843	919.902
Furesø Kommune	802.763	832.370
Gentofte Kommune	782.444	752.658
Gladsaxe Kommune	790.205	773.273
Glostrup Kommune	792.454	762.034
Gribskov Kommune	863.081	864.135
Halsnæs Kommune	815.478	900.103
Helsingør Kommune	795.143	919.140
Herlev Kommune	822.832	794.697
Hillerød Kommune	838.188	784.233
Hvidovre Kommune	830.374	784.064
Høje-Taastrup Kommune	895.198	799.366
Hørsholm Kommune	927.343	946.889
Ishøj Kommune	786.771	817.961
Københavns Kommune	955.144	677.463
Lyngby-Taarbæk Kommune	826.455	794.607
Rudersdal Kommune	826.569	804.649
Rødovre Kommune	915.477	872.315
Tårnby Kommune	900.044	805.060
Vallensbæk Kommune	872.170	792.278

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid, bruttohonorar. 'Produktions-søjlen': Kommune er praksiskommune, 'Forbrugs-søjlen': Kommune er bopælskommune.

Ydelser

Tabel 27. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014 (antal)

	2010	2011	2012	2013	2014
Produktion	15.097.161	15.507.541	15.380.425	15.194.982	15.534.202
Forbrug	15.009.787	15.448.793	15.323.913	15.151.434	15.488.229
Difference	87.374	58.748	56.512	43.548	45.973

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid.

Tabel 28. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)

	2010	2011	2012	2013	2014
Produktion	9.048	9.188	9.004	8.797	8.876
Forbrug	8.941	9.106	8.937	8.749	9.032

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid

Tabel 29. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af ydelser, 2014 (antal pr. 1.000 sikrede)

	Produktion	Forbrug
Albertslund Kommune	8.448	8.836
Allerød Kommune	9.232	8.392
Ballerup Kommune	8.938	9.213
Bornholms Regionskommune	13.414	9.035
Brøndby Kommune	8.774	13.273
Dragør Kommune	7.805	9.168
Egedal Kommune	9.139	7.809
Fredensborg Kommune	10.137	8.903
Frederiksberg Kommune	7.821	10.059
Frederikssund Kommune	10.508	8.243
Furesø Kommune	9.413	10.518
Gentofte Kommune	8.899	9.372
Gladsaxe Kommune	9.747	8.583
Glostrup Kommune	8.228	8.745
Gribskov Kommune	9.995	8.336
Halsnæs Kommune	9.553	9.942
Helsingør Kommune	11.121	9.607
Herlev Kommune	8.885	10.966
Hillerød Kommune	9.075	8.939
Hvidovre Kommune	8.814	8.996
Høje-Taastrup Kommune	9.131	8.799
Hørsholm Kommune	10.782	9.141
Ishøj Kommune	9.224	10.743
Københavns Kommune	7.807	9.342
Lyngby-Taarbæk Kommune	8.948	7.823
Rudersdal Kommune	9.321	8.955
Rødovre Kommune	9.500	9.087
Tårnby Kommune	9.100	9.597
Vallensbæk Kommune	9.970	9.191

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid.

'Produktions-søjlen': Kommune er praksiskommune, 'Forbrugs-søjlen': Kommune er bopælskommune.

Konsultationer

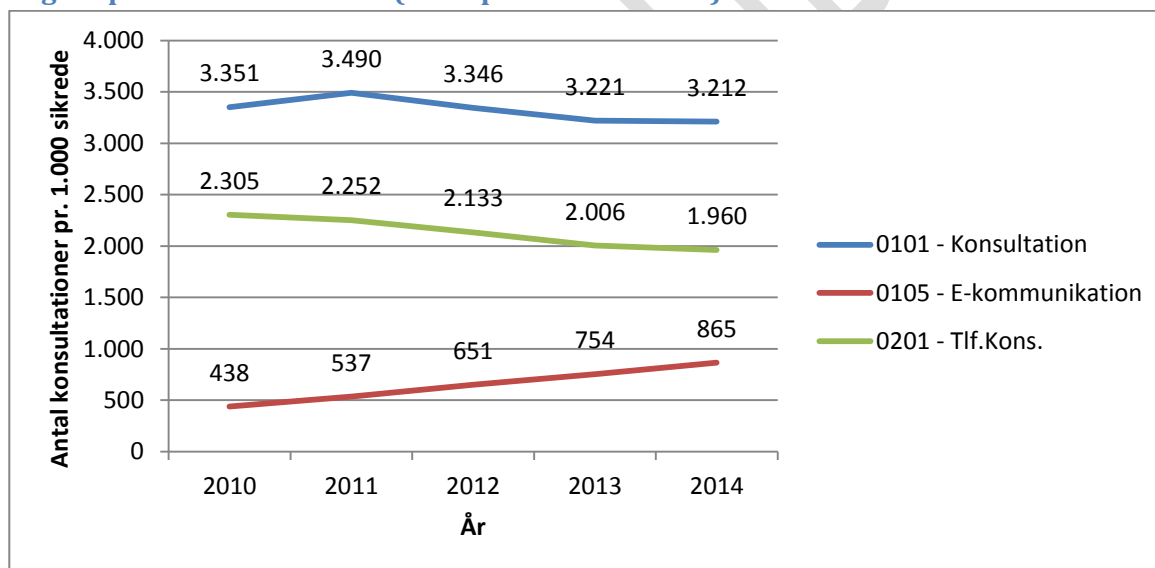
Tabel 30. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion samt hovedstadsregionens borgeres forbrug af udvalgte konsultationsydelser i perioden 2010-2014 (antal og udvikling i procent)

	Konsultationer	E-kommunikation	Telefon-konsultationer	Konsultationer	E-kommunikation	Telefon-konsultationer
	Produktion			Forbrug		
2010	5.591.323	730.387	3.846.883	5.537.987	721.778	3.802.738
2011	5.891.328	905.651	3.800.344	5.834.535	894.927	3.755.742
2012	5.715.489	1.112.217	3.644.109	5.660.789	1.100.109	3.600.391
2013	5.563.440	1.301.598	3.464.259	5.513.359	1.288.209	3.423.868
2014	5.621.268	1.514.344	3.431.189	5.569.839	1.497.912	3.390.622
Ændring i procent						
2010-2014	0,5	107,3	-10,8	0,6	107,5	-10,8
2013-2014	1,0	16,3	-1,0	1,0	16,3	-1,0

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, gruppe 1 og 2 sikrede, dagtid, ydelseskoder '0101', '0105' og '0201'

Figur 4. Udvikling i antal konsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0101', '0105' og '0201'

Tabel 31. Konsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)

	2010	2011	2012	2013	2014
Nord	3.757	3.976	3.837	3.669	3.668
Midt	3.397	3.557	3.446	3.296	3.323
Byen	2.957	3.032	2.944	2.798	2.758
Syd	3.354	3.481	3.382	3.198	3.184
Bornholm	3.764	3.984	2.409	3.867	3.881
Regionsgennemsnit	3.351	3.490	3.346	3.221	3.212

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0101'

Tabel 32. E-kommunikation ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)

	2010	2011	2012	2013	2014
Nord	428	527	628	727	842
Midt	470	549	650	728	817
Byen	483	579	714	812	959
Syd	373	481	615	710	801
Bornholm	465	694	600	1.133	1.338
Regionsgennemsnit	438	537	651	754	865

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0105'

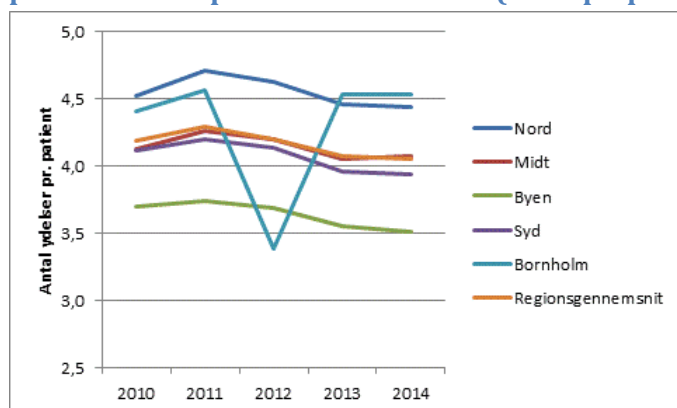
Tabel 33. Telefonkonsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. 1.000 sikrede)

	2010	2011	2012	2013	2014
Nord	2.593	2.534	2.416	2.203	2.126
Midt	2.336	2.269	2.156	2.035	1.977
Byen	2.108	2.052	1.972	1.831	1.789
Syd	2.220	2.181	2.110	1.962	1.944
Bornholm	2.793	2.818	1.747	2.614	2.634
Regionsgennemsnit	2.305	2.252	2.133	2.006	1.960

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0201'

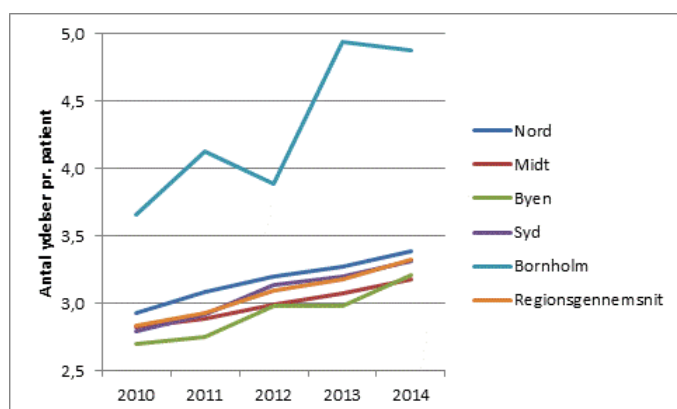
Figur 5. Konsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. patient)



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0101'. Det skal i øvrigt bemærkes, at Bornholm deltog i et projekt om fast honorering, hvilket forklarer afvigelsen i 2012.

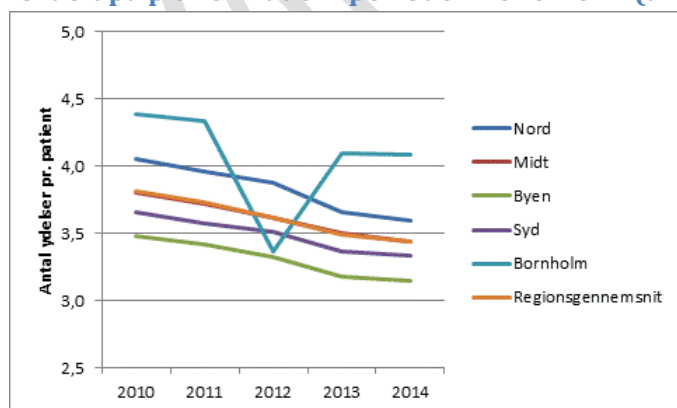
Figur 6. E-kommunikation ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. patient)



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0105'. Det skal i øvrigt bemærkes, at Bornholm deltog i et projekt om fast honorering, hvilket forklarer afvigelsen i 2012.

Figur 7. Telefonkonsultationer ydet af Region Hovedstadens alment praktiserende læger, fordelt på planområder i perioden 2010-2014 (antal pr. patient)



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0201'. Det skal i øvrigt bemærkes, at Bornholm deltog i et projekt om fast honorering, hvilket forklarer afvigelsen i 2012.

Tabel 34. Region Hovedstadens alment praktiserende lægers produktion af udvalgte konsultationsydelser, 2014 (antal ydelser pr. 1.000 sikrede)

	Konsultationer	E-kommunikation	Telefonkonsultationer
Albertslund Kommune	3.279	762	1.747
Allerød Kommune	3.397	1.111	1.465
Ballerup Kommune	3.431	908	1.939
Bornholms Regionskommune	3.881	1.338	2.634
Brøndby Kommune	3.535	540	1.998
Dragør Kommune	3.267	362	1.640
Egedal Kommune	3.248	905	1.427
Fredensborg Kommune	3.690	881	2.125
Frederiksberg Kommune	2.899	936	1.782
Frederikssund Kommune	3.774	976	2.122
Furesø Kommune	3.531	1.062	1.851
Gentofte Kommune	3.134	674	2.133
Gladsaxe Kommune	3.282	804	2.054
Glostrup Kommune	3.229	731	1.661
Gribskov Kommune	3.560	642	2.080
Halsnæs Kommune	3.873	703	1.450
Helsingør Kommune	3.760	851	2.708
Herlev Kommune	3.227	668	1.952
Hillerød Kommune	3.402	760	2.004
Hvidovre Kommune	3.292	795	2.101
Høje-Taastrup Kommune	3.442	663	2.284
Hørsholm Kommune	3.906	871	2.433
Ishøj Kommune	3.673	610	2.302
Københavns Kommune	2.807	943	1.776
Lyngby-Taarbæk Kommune	3.189	852	1.972
Rudersdal Kommune	3.417	786	2.156
Rødovre Kommune	3.600	750	2.029
Tårnby Kommune	3.311	757	2.343
Vallensbæk Kommune	3.510	1.002	2.406

Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, dagtid, ydelseskoder '0101', '0105' og '0201'. Kommune er praksiskommune.

Bilag: 5.2. Høring af Praksisplan for Almen Praksis i Region Hovedstaden 2015-2018 - Høringsudkast praksisplan for almen praksis 2015-18, versiondato 26.06.15

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 50478/15

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Praksisplan for almen praksis 2015-2018

HØRINGSUDKAST, 22. JUNI 2015

RESUME	4
DEL 1	5
1. INDLEDNING	5
1.1 Rammer for praksisplanen	6
1.2 Sammenhæng mellem praksisplanen og sundhedsaftalen	6
1.3 Nationale visioner for almen praksis	7
1.4 Mål i praksisplanen	8
1.4.1 Overordnede målsætninger for praksisplanen	9
1.5 Læsevejledning	10
DEL 2	11
2. PATIENTEN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART	11
2.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	11
2.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	12
2.2.1 Patientevalueringer som patientinddragelse	13
2.2.2 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser	13
2.2.3 Patientinddragelsesudvalget	14
3. NYE SAMARBEJDSFORMER	15
3.1 Tværsektoriel ledelse	16
4. LIGHED I SUNDHED	17
4.1 Tidlig opsporing og differentiering af indsatser	17
4.1.1 Tidlig opsporing af sårbare og udsatte borgere	18
4.1.2 Differentierede indsatser ud fra patienternes behov	19
DEL 3	20
5. KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED	20
5.1 Lægedækning og praksisstruktur	20
5.1.1 Nye muligheder i Sundhedsloven	20
5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning	21
5.1.3 Planområder	22
5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer	23
5.2 Rekruttering og fastholdelse	25
5.2.1 Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter	26
5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder	26
5.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg	27
5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer	28
5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud	30
5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening	31
5.3.4 Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg	32
5.4 Tilgængelighed	33
5.4.1 Definition på tilgængelighed	34
5.4.2 Fysisk tilgængelighed	34
5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning	34
5.4.4 Telefonisk tilgængelighed	36
5.4.5 Elektronisk tilgængelighed	37

6. UDVIKLING AF DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN _____ **39**

6.1 Samarbejde om bestemte målgrupper	39
6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	39
6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet	42
6.1.3 Samarbejde på kræftområdet	45
6.1.4 Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	46
6.1.5 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistroivsel	50
6.1.6 Samtaleterapi	54
6.1.7 Samarbejde på misbrugsområdet	55
6.2 Samarbejde om medicin	57
6.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicin håndtering	57
6.2.2 Det Fælles Medicin Kort (FMK)	58
6.2.3 Medicingennemgang	59
6.2.4 Dosisdispensering	60
6.2.5 Polyfarmaci	60
6.3 Digital kommunikation	62
6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange	62
6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper	67
6.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	69
6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	69
6.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne	71
6.4.3 Samarbejde mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren	75

DEL 5 _____ **78**

7. KVALITET _____ **78**

7.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i almen praksis	78
7.1.1 KAP-H - Regional kvalitetsorganisation	79
7.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis	79
7.2.1 Akkrediteringsprocessen	80
7.3 Den organisatoriske kvalitet	81
7.3.1 Ledelse og praksisudvikling	82
7.4 Den sundhedsfaglige kvalitet	82
7.4.1 Patientsikkerhed	82
7.4.2 Efteruddannelse	84
7.5 Den patientoplevede kvalitet	85
7.5.1 Læring ved patienttilfredshedsundersøgelser og patientevalueringer	85
7.6 Datadrevet kvalitetsudvikling	86

BILAG _____ **87**

GRUNDBESKRIVELSE FOR ALMEN PRAKSIS _____ **87**

Resume

Under udarbejdelse

Høringsudkast

DEL 1

1. Indledning

Parterne bag praksisplanen er enige om, at den praktiserende læges nøglefunktion er at være patientens første, frie og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet og varetage rollen som generalist, gatekeeper og tovholder.

Langt de fleste problemstillinger håndteres i almen praksis, uden at det øvrige sundhedsvæsen involveres. Men når problemstillinger involverer andre end almen praksis, skal samarbejdet med hospitaler, kommuner og øvrige praksissektorer være velfungerende.

Almen praksis er til stede i patienternes nærmiljø med et attraktivt og differentieret sundhedstilbud.

Almen praksis' kerneopgave rummer både sygdomsspecifikke og ikke-sygdomsspecifikke elementer. Det ikke-sygdomsspecifikke er en væsentlig del af tilbuddet i almen praksis, eksempelvis håndtering af patienternes bekymringer samt styrkelse af patienternes mestringsevne og tiltro til egen formåen. Konsultationer sker i langt de fleste tilfælde efter patienternes anmodning. Patienterne henvender sig, når de har et sundhedsrelateret problem, de ønsker almen praksis hjælper med. Dette giver en unik mulighed for at finde løsninger, som patienterne føler sig medinddraget i.

Med den kontinuerlige og brede kontakt opbygges kendskab til patientens livserfaringer, familierelationer og ressourcer. Den personlige relation mellem lægepraksis og patient gør det muligt at skabe den tillid og åbenhed, der er forudsætningen for at patienterne henvender sig, når der kan være tegn på alvorlig sygdom, og gør lægen i stand til at opdage faresignaler som ikke nødvendigvis beskrives i kliniske retningslinjer. Dette er forudsætningen for opsporing, udredning og behandling af det sygdomsspecifikke, samt varetagelse af rollen som gatekeeper og tovholder.

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt større krav om effektiviseringer og kvalitetsudvikling. Praksisplanen skal være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Det er et fælles ansvar at sikre, at almen praksis fortsat kan varetage sine kerneopgaver og samtidig følge med udviklingen som en velfungerende og integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten oplever høj kvalitet og trykthed i forløbet. Praksisplanen forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle almen praksis i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Parterne ønsker dels at styrke kvaliteten, kapaciteten og rammerne om almen praksis. Dels at værne om almen praksis som en attraktiv arbejdsplads - og ikke mindst styrke tilliden mellem samarbejdspartnerne på tværs af faggrupper

og sektorer. Endelig handler det om at flytte fokus fra samarbejdsaftaler hen mod nye organisatoriske samarbejdsformer, der passer til de opgaver, der skal løses og med mennesket i centrum for løsningen.

1.1 Rammer for praksisplanen

Folketinget vedtog d. 27. juni 2013 ændringer til Sundhedsloven, som justerer planlægningsbestemmelserne for almen praksis. Ændringerne betyder bl.a., at der er nedsat et Praksisplanudvalg mellem region, kommuner og almen praksis med ansvar for i samarbejde at udarbejde en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen.

Hvor det før var overenskomsten, der satte rammerne for praksisplanen for almen praksis, er det nu sundhedsloven og den tilhørende vejledning¹, der skitserer principperne for udarbejdelsen og indholdet i praksisplanen.

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplan for almen praksis, skal praksisplanen beskrive *"... de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet"*. I vejledningen fremgår det endvidere, at praksisplanen skal medvirke til at:

"styrke almen praksis' samarbejde med kommunen og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse

styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet

sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, således at alle borgere kan få et almenmedicinsk tilbud."

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

1.2 Sammenhæng mellem praksisplanen og sundhedsaftalen

Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen har udarbejdet en sundhedsaftale for 2015-2018. PLO-Hovedstaden har deltaget i og bidraget til udarbejdelsen af aftalen.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57B stk. 2 forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen, såfremt de opgaver,

¹ Link til bekendtgørelse og vejledning om praksisplanudvalg for almen praksis: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=162217> og <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/praksisomraadet/alment-praktiserende-laeger/~media/CB46099C74AD4610B70E8C1B81D539C1.ashx>

som ønskes løst af almen praksis beskrives i praksisplanen. Udførelsen af opgaverne forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller indgår i en underliggende aftale om vilkårene for opgavernes udførelse².

Med ændringerne i sundhedsloven er det hensigten at styrke sammenhængen mellem praksisplanen for almen praksis og sundhedsaftalen, den regionale sundhedsplan og det øvrige koordinerende arbejde på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

I praksisplanen er relevante opgaver fra sundhedsaftalen beskrevet med fokus på almen praksis' rolle i opgaveløsningen. Der vil blive udarbejdet en implementeringsplan, der konkretiserer indsatserne i praksisplanen og efterfølgende en underliggende aftale, der beskriver vilkårene for løsning af de opgaver som måtte ligge uden for overenskomstens rammer. Implementeringsplanen vil således også være et nødvendigt prioriteringsredskab i forhold til beslutninger om, hvad der indenfor de økonomiske rammer er mulighed for at løfte i fællesskab.

Implementeringen af praksisplanen, herunder organiseringen af arbejdet, skal derfor også koordineres tæt med arbejdet med implementeringen af sundhedsaftalen. Dette skal sikre, at almen praksis inddrages i arbejdet, hvor det er relevant, samtidig med, at organiseringen ikke medfører dobbeltarbejde.

1.3 Nationale visioner for almen praksis

I forlængelse af ændringerne i sundhedsloven er der i forbindelse med regeringens sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre”³, ønsket en styrkelse af almen praksis og afsat ressourcer til dette.

² Underliggende aftaler indgås for de opgaver, som ligger ud over almen praksis' forpligtelser jf. overenskomsten for almen praksis.

³ ”Jo før jo bedre – Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle” (Regeringen, august 2014).

Regeringens sundhedsstrategi ”Jo før jo bedre”

- 1. Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve (1,1 mia. kr.)**
Bedre redskaber til praktiserende læger, direkte henvisning til udredning, øget kapacitet på sygehuse og diagnostiske centre til udredning og bedre kræftkirurgi samt styrket palliativ indsats for kræftramte børn.
- 2. Kroniske sygdomme skal opdages tidligere og svage patienter skal have ekstra hjælp (1,5 mia. kr.)**
Klar plan for behandlingsforløb, målrettede sundhedstjek efter vurdering af patientens risiko baseret på bedre beslutningsstøtteværktøjer, national satsning ift. lungesygdomme, tilknytning af fast tilknyttet sygeplejerske til de svageste patienter (aktiv patientstøtte).
- 3. Styrkelse af den praktiserende læge (1,0 mia. kr.)**
Investeringer i moderne lægehuse der understøtter lægedækning i alle dele af landet og styrket samarbejde på tværs af faggrupper, finansieringsforsøg der nedbringer genindlæggelser, fast tilknyttet læge til plejecentre og bosteder.
- 4. Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende (0,3 mia. kr.)**
Sundhedspersonalet skal klædes på til at inddrage patienter, patienters viden om egen sygdom skal bruges bedre, behandling i eget hjem via telemedicin og bedre adgang til egen journal.
- 5. Bedre kvalitet via synlighed og åbenhed om resultater (1,1 mia. kr.)**
Nationalt kvalitetsprogram med vægt på resultater og som motiverer personalet. Delelementer er bl.a. synlighed om resultater, udbredelse af viden om bedste praksis, eksperter skal støtte kvalitetsudviklingen på sygehusafdelinger, pulje til belønning af kvalitet og fokus på forbedret rengøring og hygiejne.

Der vil løbende blive taget stilling til, hvilken betydning konkretiseringen af de enkelte indsatser i sundhedsstrategien har for arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen.

1.4 Mål i praksisplanen

Da det er et centralt mål for praksisplanen at være med til at sikre gennemførelsen af Sundhedsaftalen 2015-2018, bliver de politiske mål og visioner herfor også centrale i praksisplanen. Visionerne for Praksisplan 2015-2018 omfatter derfor:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Med dette udgangspunkt, udfoldes de politiske visioner for praksisplanen i et målhierarki, som foruden visionerne omfatter overordnede mål- og delmålsætninger samt anbefalinger for udviklingen i perioden 2015-2018 (figur 1).

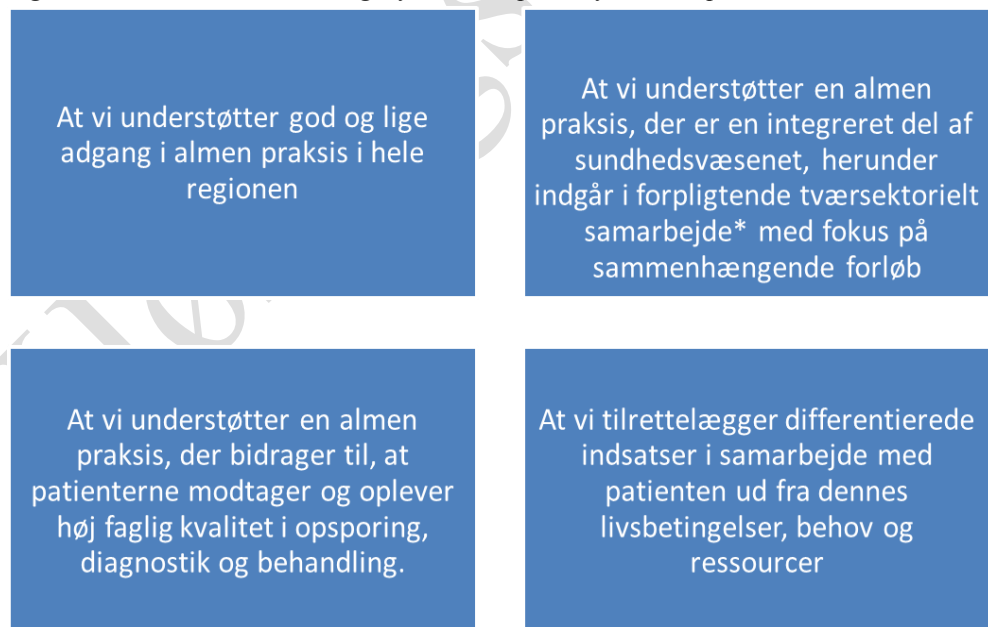
Figur 1: Målhierarki for planlægning og udvikling af almen praksis 2015-2018 i Region Hovedstaden



1.4.1 Overordnede målsætninger for praksisplanen

På baggrund af de fire visioner og de nationale krav til praksisplaner for almen praksis foreslås følgende overordnede målsætninger for Praksisplanen 2015-18:

Figur 2: Overordnede målsætninger for Praksisplanen for almen praksis 2015-18



*Almen praksis' forpligtelser konkretiseres i den underliggende aftale i det omfang, det ikke er en del af de overenskomstmæssige forpligtelser.

1.5 Læsevejledning

Praksisplanen beskriver indledningsvist perspektiver og anbefalinger knyttet til praksisplanens målsætninger om patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed.

Derefter præsenteres målsætninger og anbefalinger om kapacitet og tilgængelighed, efterfulgt af et større afsnit om samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis om en række specifikke målgrupper under overskriften ”Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen”. Afslutningsvist fremstilles målsætninger og anbefalinger omhandlende kvalitet i almen praksis.

Afsnittene under hvert emne er opbygget således, at delmålsætninger for emnet oplistes først, derefter beskrives, hvilke udfordringer og muligheder, der er i forhold til almen praksis’ rolle, og de anbefalinger, parterne ønsker at arbejde med i planperioden for at nå målsætningerne.

Praksisplanen omfatter både det somatiske som det psykiatriske område. Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og mistroivsel behandles imidlertid i et særskilt afsnit i planen.

Patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed er generelle fokusområder i hele praksisplanen og nævnes derfor flere steder i planen. Emnerne behandles derudover i hvert deres særskilte afsnit.

I praksisplanen anvendes ordene ”patient” og ”borgere” afhængigt af, hvilken kontekst ordene indgår i.

I bilag 1 ses grundbeskrivelsen for almen praksis i perioden 2015-2018. Sundhedsstyrelsens ”Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner” anbefaler, at praksisplanen beskriver bl.a. eksisterende lægekapacitet, demografi og organiseringen. Grundbeskrivelsen har til formål at give et overblik over fordelingen af lægekapaciteten, praksisformer, demografi og forventet befolkningsudvikling samt aktivitet og økonomi. Data er opgjort på regionsniveau, fordelt på planområder, og hvor det er skønnet relevant også på kommuneniveau (planlægningsområder).

Del 2

2. Patienten som aktiv samarbejdspart

Delmålsætninger

- at almen praksis bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- at patienter og pårørende deltager, når vi træffer beslutninger om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. Dels bidrager de med vigtig viden om eget forløb. Dels kan et aktivt samarbejde med patient og pårørende medvirke til at styrke patienternes mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb. Endelig vil inddragelse af patienternes viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Parterne er derfor enige om at betragte patienter og pårørende som aktive samarbejdsparter i eget forløb i det omfang, de ønsker det, og under hensyntagen til deres samlede ressourcer. Men sundhedsvæsenet skal også være åbent og lydhør overfor patientens perspektiv, når sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres generelt. Som tidligere beskrevet vil almen praksis typisk have kendskab til patientens samlede livsbetingelser, behov og ressourcer, og kan tage hensyn til dette i planlægningen af patientforløbet.

2.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Ifølge sundhedsaftalen handler aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb.

Involvering af patienter og pårørende i forebyggelse, udredning, behandling, pleje og sygdomshåndtering kan dels medvirke til at forbedre de kliniske resultater og patientsikkerheden samt øge patienternes livskvalitet. Dels kan øget patient- og pårørendeinddragelse medvirke til, at der samlet set opnås mere sundhed for pengene. Det hænger bl.a. sammen med, at patienter, der er godt informerede og involverede i behandlingsforløbet i højere omfang følger den sundhedsprofessionelles rådgivning. De er desuden mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl⁴.

⁴ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser vedr. aktivt samarbejde med den enkelte patient om eget behandlingsforløb:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. aktivt samarbejde med den enkelte patient om eget behandlingsforløb

- Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.
- Understøtte borgernes indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.

I almen praksis handler individuel patientinddragelse bl.a. om, at lægen og klinikpersonale i dialogen med patienten er i stand til at tage udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning.

Det skal i planperioden undersøges, hvordan almen praksis kan bidrage til at understøtte øget patient- og pårørendeinddragelse.

Som det ses ovenfor, peges der i sundhedsaftalen desuden på mulighederne for anvendelse af telemedicin/telesundhed som redskab til at styrke patienternes rolle som aktiv samarbejdspart i eget behandlingsforløb. Desuden giver datafangstprogrammet⁵ mulighed for, at patienten og lægen i forbindelse med konsultationen kan have en dialog om behandlingen af f.eks. diabetes. I øjeblikket afventes dog en afklaring af det lovgivningsmæssige og tekniske grundlag for brugen af datafangst.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende*
- *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.*

2.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden inddragelse af patienter og pårørende i eget forløb, kan patientinddragelse også ske på et 'organisatorisk' plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, hvorpå sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres generelt.

⁵ Link: <http://www.dak-e.dk/flx/dk/almen-praksis/datafangst/>.

Dette er også et centralt perspektiv i det aktive samarbejde med patienten i sundhedsaftalen:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. aktivt samarbejde om udviklingen af sundhedsvæsenet

- *Arbejde for en styrkelse af den systematiske involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.*

På den baggrund anbefales følgende vedr. samarbejdet med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet:

Anbefaling

- *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.*

I Region Hovedstaden er der allerede nogle eksempler på inddragelse af patienter og pårørende, når der træffes beslutning om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Disse former for patientinddragelse er beskrevet nedenfor.

2.2.1 Patientevalueringer som patientinddragelse

I henhold til gældende overenskomst skal almen praksis gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Ifølge den Danske Kvalitets Model (DDKM) for almen praksis, skal klinikken desuden anvende tilbagemeldinger fra patienter til at skabe læring og forbedre klinikken ydelser.

I forbindelse med indikatorerne for standarden i DDKM om patientevalueringer, skal praksis ved interviews kunne redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldingerne/resultaterne af patientevalueringerne.

Derved kommer patientens erfaringer og oplevelser til at indgå i den organisatoriske udvikling af praksis.

2.2.2 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser via Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), som anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker stadig, dog indtil videre i beskedent omfang. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og sendes til den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne.

Det er vigtigt, at patienter og pårørende får øget kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet de er med i hele forløbet og har mulighed for at være opmærksom på utilsigtede hændelser også på tværs af sektorer. Det er derfor en målsætning, at patienterne får information om muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser.

Anbefaling

- *at der i planperioden fokuseres på, hvordan almen praksis kan medvirke til at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.*

2.2.3 Patientinddragelsesudvalget

Med ændringerne i sundhedsloven er der nedsat et Patientinddragelsesudvalg (PIU), som skal involveres i arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen. Udvalget har bl.a. deltaget i dialog- og høringsaktiviteter og i relevante arbejdsgrupper under udarbejdelsen af praksisplanen.

Høringsudkast

3. Nye samarbejdsformer

Delmålsætning

- at styrke sammenhæng i tværsektorielle patientforløb ved at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Patienter, der modtager behandling og pleje fra både hospital, almen praksis og kommune, har et særligt behov for, at social- og sundhedsvæsenets samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper fungerer optimalt.

Med nye samarbejdsformer er ønsket, at fokus flyttes fra samarbejdsaftaler og stafetmodeller hen mod partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder.

Nye samarbejdsformer på tværs af sektorer handler om, at der indgås forpligtende aftaler om et nyt eller styrket samarbejde, dér hvor den almindelige koordinering og det traditionelle samarbejde ikke er tilstrækkeligt til, at patienten oplever den ønskede kvalitet og sammenhæng.

Nye samarbejdsformer på tværs af sektorer har i praksisplanen dels et overordnet perspektiv, hvor principperne for udviklingen af nye organisatoriske løsninger aftales, og dels et borgernært perspektiv, hvor der skabes rammer for en bedre og tættere koordinering om og med den enkelte patient.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. nye samarbejdsformer

- Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
- Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren.

Med sundhedsaftalen for 2015-2018 er det en politisk ambition at reducere udfordringerne ved sektorovergange ved at afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning, herunder f.eks. nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, fælles sundhedshuse og tilbud til mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom.

I arbejdet med at udvikle nye samarbejdsformer, skal der aftales principper for integrerede organisatoriske modeller med f.eks. fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, region og praksissektor. Det er afgørende for dannelsen af gode tværsektorielle samarbejdsprojekter, at almen praksis indgår i arbejdet med kommuner og region i formuleringen af disse principper.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med udvikling af principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller.*

Med afsæt i ovennævnte aftale om principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller, skal der iflg. sundhedsaftalen udvælges og afprøves to til tre større modelprojekter. Almen praksis er den centrale aktør om patientens samlede forløb og derfor er ambitionen for nye samarbejdsformer, at også almen praksis indgår i udviklingen og afprøvningen af mere integrerede løsninger.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og afprøve modelprojekter.*

3.1 Tværsektoriel ledelse

Der, hvor samarbejdet om og med patienten, trænger til et kvalitetsløft, kunne en model være at styrke relationer og ledelse på tværs af sektorgrænserne. Formålet med en styrket tværsektoriel ledelse *'er at styrke dialogen om, hvad det kræver at få det nødvendige men ofte vanskelige samarbejde over sektorgrænserne i sundhedsvæsenet til at lykkes.'*⁶

⁶ 'Ledelse over grænser, erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet'; Væksthus for ledelse, 2014. 'Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet'; KORA, 2014

4. Lighed i sundhed

Delmålsætning

- at samarbejde om at skabe mere lighed i sundhed.

Region Hovedstaden oplever, som resten af Danmark, store udfordringer i forhold til at skabe lighed i sundhed. Uligheden ses i forhold til befolkningens sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre. Uligheden kan aflæses både som en gradient, hvor der i hele befolkningen er en sammenhæng mellem social position og sundhed, og som en dårlig sundhedstilstand hos mange socialt udsatte og sårbare borgere.

At fremme lighed i sundhed er imidlertid en kompleks udfordring, der kræver et helhedsorienteret blik og indsatser, der rækker ud over sundhedsvæsenet. Eksempelvis kan sunde rammer for borgerne via strukturelle indsatser som rygelovgivning, sund skolemad, let adgang til rekreative områder, cykelstier og offentlig transport understøtte faktorer, der fremmer en bedre sundhedstilstand i befolkningen. Men sundhedsvæsenet kan bidrage med at sikre, at alle borgere – uanset social baggrund og situation – får størst muligt udbytte af den behandling, der tilbydes.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser vedr. lighed i sundhed:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. lighed i sundhed

- I sundhedsaftalen er der aftalt konkrete indsatser for en række specifikke målgrupper bl.a. gravide, nyfødte og børn, borgere med psykisk sygdom og borgere med misbrug. Derudover, er der aftalt indsatser, der handler om tidlig opsporing af sårbarhed og risikofaktorer for udvikling af sygdom, og at udvikle og afprøve differentierede indsatser tilpasset den enkeltes behov og ressourcer.

Praksisplanens arbejde for at virkeliggøre indsatserne for disse målgrupper er et element i at øge ligheden i sundhed i regionen.

4.1 Tidlig opsporing og differentiering af indsatser

Et centralt bidrag til at øge lighed i sundhed er at kunne tilbyde indsatser, der tager udgangspunkt i patientens ressourcer, barrierer og egne ønsker. Tidlig opsporing af sårbarhed og udvikling af differentierede indsatser i det tværsektorielle samarbejde er en fælles opgave og derfor også vigtige indsatsområder i praksisplanen.

4.1.1 Tidlig opsporing af sårbare og udsatte borgere⁷

Almen praksis har løbende og ofte langvarig kontakt med mange patienter, hvilket giver en særlig mulighed for at identificere sårbare og særligt udsatte borgere, som i kortere eller længere perioder af livet kan have behov for særlig støtte og målrettede indsatser. Almen praksis kan desuden være med til at identificere patienter, der har behov for mere individuelt tilpassede løsninger indenfor f.eks. forløbsprogrammer, rehabiliteringsforløb m.v. Almen praksis' opgave er herunder også at være opmærksom på relevante tilbud i den øvrige praksissektor, i kommunerne eller på hospitalerne og henvise, når patienten er indforstået hermed.

Kommunerne har, som almen praksis, en funktion tæt på borgernes hverdag, der giver dem mulighed for at være opmærksom på sårbare og særligt udsatte borgere. Hospitalet har tilsvarende mulighed for at være opmærksom på særlige behov i forbindelse med, at de møder patienten i ambulatorium, akutmodtagelse eller under indlæggelse. Dermed kan et godt samarbejde med hospitalerne og især kommunernes hjemmepleje, sundhedspleje, socialrådgivere, arbejdsforvaltningen, rehabiliteringstilbud, forebyggelsestilbud og andre støttetilbud være afgørende for at bidrage til at skabe mere lighed i sundhed.

Dette samarbejde forudsætter, at der er en god forståelse af hinandens opgaver og vilkår, og at der er relevante tilbud at henvise til. På det organisatoriske plan er det derfor centralt, at der arbejdes for at skabe hensigtsmæssige rammer for samarbejdet mellem de forskellige sundhedsaktører, herunder gensidigt kendskab til de forskellige tilbud i de enkelte sektorer.

Der eksisterer allerede i dag en del erfaringer med det gode samarbejde om sårbare og særligt udsatte patienter. For at understøtte samarbejdet er der f.eks. etableret mulighed for at holde koordinerende fællesmøder omkring en enkelt patient⁸. Der er desuden gode erfaringer at bygge videre på fra Vestegnsprojektet og Shared Care-projektet⁹ om, hvordan det er muligt at nå ud til sårbare patienter ved individuelle eller subgruppespecificerede tilbud.

Anbefaling

- *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.*

⁷ Det bemærkes, at der som en del af sundhedsaftalen 2015-2018 fokuseres på en præcisering af målgrupperne i forhold til visionsområdet om lighed i sundhed

⁸ Denne mulighed anvendes imidlertid ikke i særlig udstrakt grad.

⁹ <https://www.psykiatri-regionh.dk/Vestegnsprojektet/Vestegnsprojektet/Rapporter-og-evaluering/Sider/default.aspx>

4.1.2 Differentierede indsatser ud fra patienternes behov

Patienterne har ikke alle de samme ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage ligeværdigt i beslutninger om eget behandlingsforløb. For at øge ligheden i sundhed er det derfor vigtigt, at almen praksis har mulighed for at tage hånd om de mindre ressourcestærke patienter.

Det er derfor centralt, at almen praksis fortsat er opmærksom på patientens samlede situation, dvs. de fysiske, psykiske og sociale aspekter af helbredet og andre personlige vilkår og muligheder. Forebyggelse og behandling af helbredsproblemer skal derfor tage afsæt i patientens ressourcer og forståelse af egen situation, hvilket kræver særlig opmærksomhed overfor de mindre ressourcestærke patienter. Herved sikres at de mål, der opstilles, er realistiske i forhold til de ressourcer, patienten har, herunder også at der sker en prioritering af, hvad der er vigtigst på et givent tidspunkt.

Anbefalinger

- *at det i planperioden vurderes, hvordan der kan arbejdes med differentierede tilbud til patienter i almen praksis, ud fra patienternes personlige ressourcer og muligheder*
- *at almen praksis deltager i relevante arbejdsgrupper, forskningsprojekter og udviklingsarbejde om udvikling af metoder til identificering af sårbare borgere og differentierede indsatser.*

Høringsudkast

Del 3

5. Kapacitet og tilgængelighed

5.1 Lægedækning og praksisstruktur

Delmålsætninger

- at lægekapaciteterne som udgangspunkt er fordelt ligeligt geografisk, dog under hensyn til ønske om styrkelse af områder med sårbare borgere og til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen
- at modellen for lægedækning bygger på parametre, der tager højde for lighed i sundhed og sårbare områder
- at praktiserende læger praktiserer i bæredygtige praksis, hvor organisering understøtter høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- at der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre den ønskede kapacitet i almen praksis
- at der sikres velfungerende løsninger for lægebetjening af de kommunale midlertidige tilbud, akutfunktioner, botilbud og plejecentre.

Dette afsnit beskriver målsætninger og udfordringer i forhold til lægedækning samt fremtidig praksisstruktur. Antal og placering af kapaciteter kan have betydning for samspil med kommunernes, hospitalernes og den øvrige praksissektors sundhedstilbud og dermed muligheden for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelse. Praktiserende lægers antal og geografisk placering har også betydning for kvalitet og service i forhold til afstanden til den nærmeste praksis og praksis med åbent for tilgang.

5.1.1 Nye muligheder i Sundhedsloven

Med ændringerne i Sundhedsloven blev der åbnet for nye muligheder til at sikre lægedækningen i regionerne.

Uddrag af Sundhedsloven om nye muligheder efter lovændring i 2013

§ 227

Stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

Stk. 3. Regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedr. nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Stk. 4. Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

Stk. 5. Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Stk. 6. Et regionsråd kan i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt alment medicinsk lægetilbud.⁷

Det fremgår endvidere af Overenskomst om almen praksis 2014, § 24, at regionen i særlige tilfælde begrundet i praksisplanen og/eller hensynet til lægedækningen i et lokalområde kan gøre tildeling af et ydernummer betinget af, at praksis er geografisk bundet i en periode på op til 10 år.

Endelig kan regionen tildele satellitpraksis, hvor lægen driver virksomhed fra to matrikler.

5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning

Der foretages en årlig fastsættelse af lægedækningen. Formålet er at sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens borgere kan tilmeldes en praktiserende læge. Vurderingen af behovet for kapaciteter tager primært udgangspunkt i en høring af almen praksis om, hvor mange patienter de kan varetage¹⁰.

¹⁰ Resultatet af høringen af de praktiserende læger i 2014 er vedlagt i grundbeskrivelsen.

Der er i Overenskomst om almen praksis 2014 nævnt muligheden for dispensation fra normtallet på 1600, § 7 stk. 3. En sådan tilladelse skal behandles af Samarbejdsudvalget. Spørgsmålet om, hvorvidt lægerne har ønsker til et lavere antal patienter, vil fremover indgå i høringen af lægerne.

Boks 3: Overenskomsten om antal patienter tilmeldt praksis.

Uddrag af overenskomstens § 7, stk. 3

'Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538. Ansøgninger fra læger, der er fyldt 60 år, yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes.'

I forbindelse med praksisplanens udarbejdelse er der gennemført en lægedækningsundersøgelse i henhold til overenskomstens bestemmelser. Undersøgelsen viser, at lægerne samlet set ønsker flere tilmeldte, end de har, men også at der er en tilstrækkelig kapacitet i Region Hovedstaden.

Den årlige lægedækningsundersøgelse vil fremover blive udvidet med et spørgsmål, hvor de praktiserende læger, som ønsker et lavere antal patienter, kan angive 'antal ønskede patienter'. Spørgsmålet suppleres med en bemærkning om, at svaret ikke er bindende for parterne og ikke har konsekvenser for kapacitetsberegningen.

5.1.3 Planområder

Regionen er inddelt i fire planområder: Nord, Midt, Byen og Syd. Bornholm er placeret under planområde Byen.

Figur 3: Planområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Kommuner	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Høje-Taastrup
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Albertslund
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Ishøj
	Fredensborg	Lyngby-	Indre By	Vallensbæk
	Hørsholm	Taarbæk	Østerbro	Brøndby
		Rudersdal	Bornholm	Glostrup
		Gentofte		Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

En hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved:

- bestemmelse af hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres
- godkendelse af praksisflytninger og andre praksis- og patientrelaterede hensyn
- sammenligning ved udarbejdelse af statistik og oversigter over lægekapacitet.

Endvidere bør inddelingen i plan- og planlægningsområder svare til samarbejdsfladen med øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Regionen fastsætter i henhold til sundhedsloven retningslinjer for sags- og beslutningsgange i forhold til flytning af praksis, som skal basere sig på målsætninger beskrevet i praksisplanen.

Overenskomsten beskriver i § 87, at hver region skal ses som et samlet sammenligningsområde i forhold til arbejdet med kontrolstatistikker. I Region Hovedstaden afspejler sammenligningsområderne fortsat historiske områder, der ikke er i overensstemmelse med udviklingen i hospitalsstrukturen og regionens fokus på ensartede tilbud til både borgere og praktiserende læger. For at følge overenskomstens beskrivelse skal der etableres et sammenligningsområde i regionen, idet Bornholm dog af geografiske grunde indtager en særstilling.

5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer

I Finansloven for 2015 ønskes almen praksis styrket ved at investere i moderne læge- og sundhedshuse. Dette ligger i tråd med hovedstadsregionens ønske om at arbejde for udvikling af det nære sundhedsvæsen og udbredelsen af nye samarbejdsformer, herunder også etableringen af fælles sundhedshuse.

Nye samarbejdsformer inden for praksissektoren

Et mere specialiseret hospitalsvæsen og et øget behov for en tættere koordinering med de kommunale tilbud forudsætter, at almen praksis fortsætter den igangværende organisatoriske udvikling. Nye samarbejdsformer i et snævert perspektiv ser på; udviklingen i praksisformer, samarbejdet mellem praksis og andre praksisydere, samt på hvordan dette samarbejde kan understøttes af region og kommuner.

Udviklingen i praksisformer

Almen praksis er kendetegnet ved, at lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, og at praksis i stort omfang er organiseret i små enheder. Fordelingen af klinikker på praksisformer viser en tendens til et øget antal kompagniskabspraksis og en reduktion i antallet og andelen af enkeltmandspraksis inden for de seneste år jf. grundbeskrivelsen (se bilag 1).

Samarbejde mellem praksis

Samarbejde mellem praksis, såvel på tværs af solopraksis som i udbredelsen af større lægehuse og etableringen af praksisfællesskaber, ønskes fortsat understøttet og styrket. Målsætningen er et styrket fagligt samarbejde inden for praksissektoren generelt. En målsætning, der kan opnås, dels ved at læger i enkeltmandspraksis fortsat organiserer sig i netværks- eller samarbejdspraksis og dels ved en fortsat udbredelse af praksisfællesskaber og større lægehuse¹¹, hvor f.eks. også andre praksisydere og sundhedsaktører indgår som en del af fællesskabet.

Med finanslovsaftalen for 2015 er der fra de centrale myndigheder sendt et klart signal om, at udviklingen af praksisfællesskaber og udbredelsen af større og moderne lægehuse skal fremmes.

Praksisfællesskaber defineres i hovedstadsregionen, som et bredt og åbent begreb, der kan rumme eksisterende praksisformer, dvs. kompagniskabspraksis, samarbejdspraksis, netværkspraksis, sundhedshuse¹² eller helt nye konstruktioner¹³. Praksisfællesskaber kan etableres med eller uden lokalefællesskab. Det afgørende for, at det kan defineres som et praksisfællesskab er, at to eller flere ydere er gået sammen i et organisatorisk fællesskab¹⁴. Et praksisfællesskab kan således bestå af to eller flere praksis, med eller uden fælles personale, ledelse eller økonomi.

Praksisfællesskaber kan bidrage til, at styrke den faglige udvikling og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Et større fællesskab kan øge fleksibiliteten i arbejdstilrettelæggelsen og kapaciteten i praksis. Samtidig forventes praksisfællesskaber at kunne imødekomme sårbare områders og udkantsområders udfordringer i forhold til at rekruttere læger.

En rapport om praksisfællesskaber¹⁵ anbefaler, at kommuner, region og de faglige organisationer gør en særlig indsats for at etablere praksisfællesskaber i sårbare områder, se i øvrigt afsnittet 'Lighed i sundhed'.

Det er som tidligere nævnt vigtigt, at der i arbejdet med nye samarbejdsmodeller indtænkes samarbejde og mulig udbredelse af lokalefællesskaber med andre praksisydere samt hospitalsfunktioner og kommuner.

¹¹ De muligheder, der knytter sig til overenskomsten og sundhedsloven, er beskrevet i kapacitetsafsnittet.

¹² Sundhedshuse kan tage mange forskellige former, men der udestår en national afklaring af definitionen på sundhedshuse.

¹³ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012, Side 3.

¹⁴ Praksisfællesskaber kan opdeles i tre typer af fællesskaber: monofaglige praksisfællesskaber (på tværs af eksisterende klinikker inden for almen praksis), tværfaglige praksisfællesskaber (på tværs af ydergrupper inden for praksissektoren) og tværsektorielle praksisfællesskaber (på tværs af ydergrupper og sektorer).

¹⁵ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012

Erfaringerne fra praksisfællesskabsprojektet¹⁶ viser, at der i udbredelsen af praksisfællesskaber kan være udfordringer med:

- at matche kommuner og praktiserende læger,
- at finde lokaler, der har tilstrækkelig størrelse, og kan opfylde kriterier vedr. handicapadgang og en god infrastruktur,
- en ligelig geografisk fordeling af praktiserende læger.

Anbefaling

- *at almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme*
 - *udbredelsen af praksisfællesskaber*
 - *udbredelsen af større lægehuse.*

Vision for fælles sundhedshuse

Fælles sundhedshuse er ét eksempel på en ny samarbejdsform. Fælles sundhedshuse er tilbud, der kan rumme såvel regionale som kommunale tilbud, tilpasset de lokale behov, muligheder og økonomiske ressourcer. Der pågår et arbejde med at udvikle en regionsdækkende vision for - sundhedshuse, der indeholder såvel kommunale som regionale sundhedstilbud, herunder også sundhedstilbud fra praksissektoren.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i udviklingen af en regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse.*

5.2 Rekruttering og fastholdelse

På trods af, at der i regionen ikke samlet set er lægemangel, har der gennem en årrække været områder i regionen, hvor det er svært at rekruttere og fastholde læger. På baggrund af lægedækningsvarene samt en konkret vurdering af bl.a. lægernes alder kan der forudses vanskeligheder med at fastholde tilstrækkelig lægedækning i en række kommuner på Vestegnen, i Halsnæs, på Bornholm og enkelte steder i planområde Byen.

En medvirkende årsag kunne bl.a. være en øget arbejdsbelastning i områder med mange sårbare borgere og bl.a. et stort behov for tolkeydelser. Der skal derfor udarbejdes en ny model for lægedækning, som tager højde for dette. Desuden skal også andre årsager til rekrutteringsudfordringer undersøges.

I regi af Overenskomst om almen praksis 2014 er der nedsat et landsdækkende udvalg for rekruttering og fastholdelse i almen praksis, som skal se nærmere på udfordringerne på nationalt plan. I planperioden kan dette arbejde med fordel følges.

¹⁶ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012

Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste udbudsprognoser forventes der ikke på landsplan speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser i almen praksis. Dog kan efterspørgslen stige i fremtiden, afhængigt af bl.a. opgaveomlægninger i sundhedsvæsenet, til- og afgang af læger og demografisk udvikling. Derfor er det afgørende, at vi hele tiden sikrer lægedækningen med udgangspunkt i den aktuelle situation.

I Region Hovedstaden vurderes hvert år i forbindelse med den årlige fastlæggelse af lægedækningen, om der er områder, hvor lægeressourcer er knappe.

5.2.1 Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter

Pr. 1.10.2014 var 10 kapaciteter, som var tildelt praksis, ubesatte. Der har været en faldende andel af ubesat kapacitet siden 2011.

Antallet af ubesatte kapaciteter kan skyldes:

- a) at det er vanskeligt at tiltrække nye praktiserende læger
- b) at praktiserende læger ikke har eller har forberedt en konkret plan for anvendelsen af en tildelt kapacitet
- c) at nye læger ønsker et 0-ydernummer frem for at købe en kapacitet
- d) at konflikten mellem overenskomstens parter og ændringen af sundhedsloven har haft en negativ indflydelse på lægers lyst til at investere i en praksis.

Følgende forslag blev realiseret ved godkendelse af den tidligere version af praksisplan 2012-2015:

- at læger, som ikke allerede praktiserer, ansøger om opslåede kapaciteter på lige fod med eksisterende praksis
- at den periode, som en praksis kan bevare retten til en tildelt kapacitet tidsbegrænses
- at ansøgere, som kan oplyse en konkret navngiven praktiserende læge som medansøger, foretrækkes.

I kvalitetsorganisationen mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden, KAP-H¹⁷, er nynedsatte læger og seniorlæger særlige målgrupper for ordningens indsatser.

5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder

Med henblik på at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer skal der arbejdes for at gøre det attraktivt at praktisere i sårbare områder. Områder kan både være sårbare såvel på grund af deres geografiske placering som en høj andel af sårbare borgere.

¹⁷ KAP-H er Kvalitetsorganisation for Almen Praksis i Region Hovedstaden, se i øvrigt kapitel 7 om kvalitet.

For at understøtte klinikkerne generelt i forhold til fastholdelse samt rekruttering er det væsentligt fortsat at have fokus på, hvordan almen praksis i områder med mange sårbare borgere kan aflastes, og understøttes bl.a. via indsatser i regi af KAP-H, Regionen, PLO-Hovedstaden og kommunerne.

I sårbare områder kan almen praksis bl.a. understøttes ved at skabe:

- velfungerende samarbejde med hospital og særligt kommunen om sårbare patienter og udsatte børn
- velfungerende henvisningsmuligheder for komplekse og sårbare patienter, eksempelvis misbrugere og mennesker med sindslidelser
- samarbejde med psykiatriske centre og praktiserende speciallæger om psykiatriske patienter¹⁸
- praksisfællesskaber med gode muligheder for fælles praksispersonale og faglig sparring
- mulighed for videotolkning (se s. 65) og adgang til kvalificeret tolkebistand
- en god og hensigtsmæssig kommunikationsform mellem samarbejdende parter i praksis, kommuner og region
- mulighed for kapacitetstilpasning og øget fleksibilitet i patientantal.

Anbefaling

- *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.*

I Plan for almen praksis 2008-2011 blev sårbare områder defineret med udgangspunkt i udvalgte indikatorer. En fastlæggelse af sårbare områder er et redskab, som kan anvendes som retningsgivende, når der foretages ændringer i kapacitetsfordelingen.

Anbefaling

- *at der i planperiodens første år udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data.*

5.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg

Lægerne er i henhold til overenskomsten forpligtede til at aflægge sygebesøg hos egne patienter fra mandag til fredag i dagtiden, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør det. Med mindre andet er aftalt, gælder sygebesøgsforpligtelsen ikke patienter, der har fast bopæl mere end 15 km fra lægens klinik (5 km i København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby Kommuner). Kilometergrænsen for sygebesøg på 5/15 km fra lægepraksis kan være en udfordring i de tilfælde, hvor akuttilbud eller andre midlertidige pladser er placeret et eller få steder i en kommune.

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

5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer

Liggetiderne på hospitalerne bliver kortere og samtidig med, at antallet af genoptræningsplaner fra hospitaler til kommunerne er stigende. Det betyder, at der er behov for en tilpasning af kommunernes tilbud, særligt i hjemmesygeplejen, genoptræning og midlertidige pladser, så de kompetencemæssigt kan imødekomme de mere komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kan være forbundet med en tidligere udskrivelse.

Derudover er kommunerne i stigende grad fokuserede på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, herunder akutte indlæggelser hos borgere, der oplever funktionstab eller sygdom. I de senere år er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udvidet i det nære sundhedsvæsen. Akutte indsatser fra den kommunale sygepleje i form af pleje, observation og behandling tæt på borgeren kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

De nye kommunale tilbud kræver et højere kompetenceniveau end tidligere og forudsætter en udbygget lægefaglig betjening. Særligt de sygeplejefaglige opgaver, kræver udvidede kompetencer hos de involverede sundhedspersoner.

En stor del af de sundhedsfaglige indsatser i akutfunktionen bliver udført på ordination og dermed på delegation af en læge i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (medhjælpsvejledning)¹⁹. Når en læge ordinerer en behandling til en borger, som i henhold til autorisationslovens regler er forbeholdt lægen at udføre, og f.eks. hjemmesygeplejen skal varetage udførelsen af opgaven, er der tale om, at hjemmesygeplejen udfører en delegeret opgave. Men lægen har ikke ansvar for udvælgelse, instruktion og tilsyn med personalet. Det har den kommunale ledelse af hjemmesygeplejen i henhold til Sundhedsstyrelsens medhjælpsvejledning. Det er således ledelsens ansvar, at personalet er kvalificeret til og instrueret i at udføre den delegerede opgave og at føre tilsyn med den udførte opgave.

Afhængig af patientens sygdom vil hjemmesygeplejen således forudsætte et samarbejde med patientens praktiserende læge eller andre læger, herunder hospitalslæger.

¹⁹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064>.

I Sundhedsaftalen er følgende aftalt vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud

- Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring opgaverne, det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation herunder samarbejde om understøttelse samt oplæring af kommunale medarbejdere. Oversigt over kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud skal være tilgængelige på [Www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Den Tværsektorielle Forskningsenhed i Region Hovedstaden har afdækket det kommunale landskab på akutområdet. Det fremgår af undersøgelsen, at der er tale om meget forskellige ordninger, forskellig anvendelse af sprogbrug og forskellige funktioner. Fælles for kommunerne er, at området er nyt, og at der endnu ikke foreligger evidens på området. Resultatet af undersøgelsen skal derfor anvendes til projekter og forskning på området, og bør følges og eventuelt anvendes i planperioden. Der bør også ses på læring fra andre regioner samt i udlandet.

Anbefaling

- *at følge og anvende resultaterne af læring og forskning vedr. betjening på akutområdet.*

Definition af tilbud:

Plejeboliger

Plejeboliger og sociale botilbud er varige botilbud. Plejeboliger er ifølge serviceloven at betragte som borgerens eget hjem, og borgerne har samme rettigheder som alle andre borgere.

Aflastningspladser

Kommunen kan efter servicelovens § 84 tilbyde personer med behov et midlertidigt ophold i en almen plejebolig. Det kan f.eks. være til ældre, der er udskrevet fra hospitalet efter et hoftebrud og som har behov for ekstra opsyn de første uger efter udskrivelsen.²⁰

Rehabiliteringspladser/midlertidige pladser

Rehabiliteringspladser/midlertidige pladser til hjemtagning er et relativt nyt tilbud i kommunerne, som primært etableres indenfor rammerne af serviceloven om midlertidige ophold. Her vil den sociale indsats efter serviceloven dog oftest være suppleret med sygepleje og/eller genoptræning efter sundhedsloven, fordi borgerne er mere svækkede, end der er

²⁰ Se <http://sm.dk/arbejdsomrader/aeldre/hjemmehjaelp/aflastning-og-aflosning> (det er blot aflastning, der er relevant her)

kompetencer til at kunne håndtere i eget hjem, på en almindelig aflastningsplads eller i en almindelig plejebolig.

Kommunale akutfunktioner

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen. Dette gælder uanset om akutfunktionen er organiseret som midlertidige døgnpladser eller som et akutteam. Et akutteam er et udkørende team, der leverer særlig sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig. I beskrivelsen af disse funktioner tages udgangspunkt i de af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening udarbejdede definitioner på akutte og subakutte indsatser: ”Akut indsats” defineres her som ”indsats leveret inden for få timer”; ”Subakut indsats” defineres som ”indsats leveret næste dag”.²¹

Formålet med akutfunktionerne kan dels være at forebygge forværring af sygdom med en proaktiv indsats, dels at følge op på hospitalets pleje- og behandlingsindsats efter udskrivelsen.

De kommunale akuttilbud og rehabiliteringspladser kan have forskellige navne og være organiseret forskelligt, men de kan overordnet inddeles i tre former for tilbud: akutpladser, akutteams og midlertidige døgnpladser. Kommunernes tilbud kan være ”rene” udgaver af disse tre former eller kombinationer af samme. Der er flere eksempler på at kommuner har organiseret akutteams og akutpladser sammen for at udnytte den mere specialiserede personalesammensætning bedst muligt. Der er desuden kommuner, der har akutpladser og rehabiliteringspladser liggende side om side for at sikre en effektiv døgnbemanding.

5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud

Kommunerne har behov for lægefaglig betjening på de midlertidige pladser til hjemtagning og akuttilbud for at sikre en høj kvalitet i indsatsen.

En løsning til at sikre den relevante lægedækning kunne være, at kommunerne får fast tilknyttede læger på de midlertidige pladser og akuttilbud, f.eks. efter model fra Københavns Kommune. I modellen indgås aftale med en eller flere læger på konsulentbasis - med borgerens samtykke - at yde lægefaglig bistand vedr. den tilstand, borgeren er i under det midlertidige ophold samt løbende at yde supervision og instruktion af det kommunale personale. En anden model er at have fastansatte læger, f.eks. praktiserende læger, der har ansvar for løbende behandling samt instruktion og supervision af kommunens personale.

²¹ ’Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje’, Sundhedsstyrelsen 2014

I forhold til akutteams anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der indgås samarbejdsaftale med de praktiserende læger og/eller andre læger om de lægeordnede opgaver, der skal løses af de kommunale medarbejdere. Det kan være generelle aftaler med alle praktiserende læger eller med et færre antal læger, der ønsker at deltage i en sådan samarbejdsaftale.

Fast tilknyttede læger på plejecentre er en måde at sikre et mere formaliseret, systematisk og overskueligt samarbejde med almen praksis, ligesom det sikrer en bedre tilgængelighed i hverdagen. Naturligvis med borgerens samtykke, da borgerne har ret til frit valg af læge. Det understreges, at der her tales om en model med flere end én læge tilknyttet, men dog et mindre antal. Samme model kunne benyttes i forhold til kommunale sociale bosteder for handicappede og psykisk syge, hvor der også er behov for et mere formaliseret, systematisk og overskueligt samarbejde med almen praksis, f.eks. omkring forebyggende sundhedsundersøgelser, som er en indsats i Sundhedsaftalen 2015-2018.

5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening

Der er flere mulige modeller for betjening af patienter i de forskellige kommunale tilbud.

1. Akutteams:

En eller flere fast tilknyttede læger påtager sig tilsyn af patienterne.

2. Akuttilbud og andre midlertidige pladser:

a. En eller flere praktiserende læger fra lokalområdet påtager sig tilsyn af patienterne, hvis det er uden for egen læges kilometergrænse.

b. Fast tilknyttede læger som - med borgerens samtykke - påtager sig tilsyn af patienterne vedr. den tilstand, patienterne er i under opholdet samt at yde supervision og instruktion af det kommunale personale.

3. Plejecenter-modellen (herunder bosteder):

Beboerne får mulighed for at overgå til en fast tilknyttet læge, som udover at udføre almen medicinsk behandling også forpligter sig til at være til stede på plejecentret i et fast aftalt tidsrum ugentligt. Lægen yder lægelig rådgivning til plejepersonalet. Aftalen kan omfatte en eller flere læger.

Modellerne med fast tilknyttede læger (1, 2b og 3) kan sikre kontinuitet i samarbejdet samt kvalitet i behandling samt en forbedret kommunikation og instruktion af det kommunale personale. Modeller med fast tilknyttede læger er endvidere afhængige af, at det er muligt at rekruttere læger til

funktionerne. Derfor kunne man med fordel arbejde med modeller, hvor flere læger er fast tilknyttet.

I det omfang det ikke er muligt at indgå aftale mellem kommune, region og almen praksis i en konkret kommune, behandles patienten, for så vidt angår almen medicinske problemstillinger, af egen læge i henhold til sundhedsloven.

Anbefaling

- *at der indgås rammeaftale om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af akuttilbud, plejecentre, m.m.*

5.3.4 Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg

Udover behovet for lægefaglig betjening på de kommunale tilbud er der behov for at arbejde med forebyggelse af indlæggelser generelt. Dette kan bl.a. gøres via to typer af hjemmebesøg:

Opsøgende hjemmebesøg

Opsøgende hjemmebesøg er en ydelse, hvor almen praksis undersøger begyndende sygdomsudvikling og nedsat funktionsevne hos skrøbelige ældre. Besøget kan aflægges en gang årligt hos skrøbelige ældre, normalt over 75 år²².

Optimalt er der tale om fælles besøg med den praktiserende læge, den ansvarlige kommunale sundhedsfaglige medarbejder og gerne pårørende. Besøget skal aftales på forhånd.

Anbefaling

- *at almen praksis og kommunen styrker samarbejdet om opsøgende hjemmebesøg.*

Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg skal sikre god opfølgning på en indlæggelse og kan initieres både af hospital, kommune og almen praksis. Efter udskrivning mødes den praktiserende læge og den ansvarlige kommunale hjemmesygeplejerske til et hjemmebesøg, alternativt en fælles konsultation med deltagelse af patienten samt evt. pårørende, og følger op på udskrivelsen herunder medicinændringer og andre opfølgingsbehov. Implementering af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner er en del af 'den Nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient'. Der er indgået en lokalaftale om opfølgende hjemmebesøg, som benyttes i varieret omfang lokalt. I efteråret 2014 og foråret 2015 gennemfører KAP-H undervisning for praktiserende læger i hele regionen, der understøtter implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

²² Overenskomst for almen praksis, honorartabel

Anbefaling

- *at almen praksis fortsat indgår i samarbejde omkring implementering og understøttelse af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner.*

5.4 Tilgængelighed

Delmålsætninger

- at patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden
- at praksis tilstræbes at være tilgængelige for personer med funktionsnedsættelse
- at patienterne har kendskab til tilgængeligheden i praksis for personer med funktionsnedsættelse.

Almen praksis er gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen og dermed ansvarlig for både behandling og henvisning af patienten til relevante sundheds-, behandlings- og rehabiliteringstilbud. Samtidig skal patienterne ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos deres praktiserende læge. Dette stiller særlige krav til både fysisk, telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen lægepraksis.

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

Der har generelt været fokus på tilgængelighed i perioden 2012-2015. I forskelligt regi gennemføres allerede tiltag dels rettet mod dokumentation²³ og dels mod forbedring af den faktiske tilgængelighed. Parterne er enige om at bygge videre på det arbejde, som allerede pågår. Fysisk tilgængelighed i almen praksis er reguleret af overenskomsten § 47. Derudover er tilgængeligheden reguleret af byggelovgivningen samt FN's handicapkonvention²⁴.

Almen praksis er i henhold til overenskomsten ikke forpligtet til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med funktionsnedsættelser. I henhold til FN's handicapkonvention, som Danmark har tiltrådt, har Danmark dog pligt til at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelser til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden. Personer med funktionsnedsættelse omfatter bl.a. personer med bevægelsehandicap, hørehandicap og synshandicap.

²³ Analyse af tilgængeligheden i almen praksis, herunder særskilt ved akut opståede behov for hjælp, 2012, herefter benævnt akutanalysen

²⁴ FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

5.4.1 Definition på tilgængelighed

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for patienter, herunder for personer med funktionsnedsættelse.²⁵

Overenskomstens definitioner på henholdsvis telefonisk, fysisk og elektronisk tilgængelighed fremgår nedenfor:

1. *Telefonisk tilgængelighed* – at klinikken kan træffes telefonisk i det af overenskomsten definerede tidsrum. Eksempelvis at praksisdeklarationen indeholder oplysninger om telefonkonsultation.
2. *Fysisk tilgængelighed* – Alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af praksis.
3. *Elektronisk tilgængelighed* – kontaktmuligheder ved henvendelse f.eks. via e-mail, elektronisk tidsbestilling og praksis' hjemmeside, som også omtalt i overenskomsten.

5.4.2 Fysisk tilgængelighed

I henhold til overenskomsten skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede (§ 47). Parterne er enige om, at det tilstræbes at fremme tilgængeligheden til almen praksis for personer med funktionsnedsættelse.

Anbefaling

- *at den fysiske tilgængelighed løbende forbedres, bl.a. i forbindelse med flytning.*

5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning

I Overenskomst for almen praksis 2014 nævnes, at en god service og tilgængelighed vises ved, at der gennem praksisdeklarationen skabes gennemsigtighed overfor omverdenen omkring, hvilken service den enkelte praksis tilbyder. Ligeledes angives det i overenskomstens note til § 47, at: *”Parterne finder det vigtigt, at bevægelseshæmmede i forbindelse med lægevalg får et bedre grundlag for at vurdere handicapvenligheden i de enkelte lægepraksis. Parterne vil derfor udbygge de oplysninger om handicapvenlighed, som findes på www.sundhed.dk, og etablere en søgemulighed hvor borgerne kan søge på læger ud fra kriterier om handicapvenlighed.”*

På baggrund af overenskomsten og FN's handicapkonvention er det derfor et mål at udbygge oplysninger om adgang for mennesker med

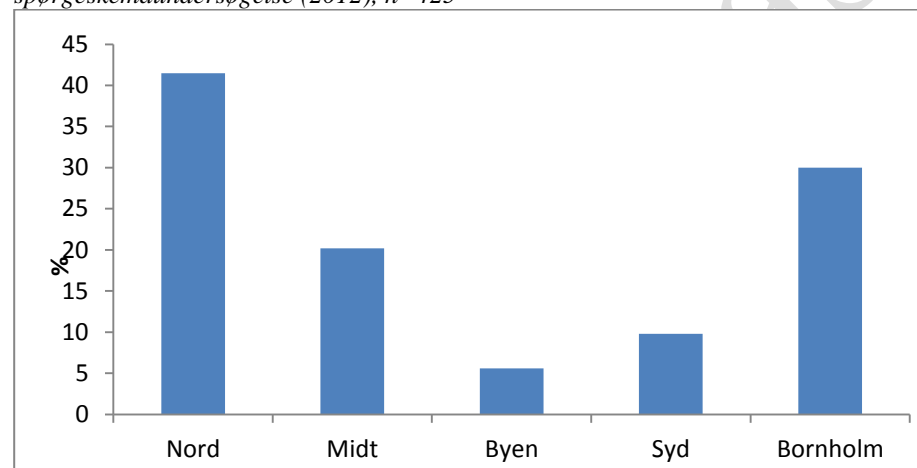
²⁵ Definition fra Center for Ligebehandling af Handicappede, <http://www.clh.dk/?id=813>

funktionsnedsættelse på www.sundhed.dk. Med det formål tilbydes den enkelte praksis at deltage i en tilgængelighedsmærkning, hvor den enkelte praksis kan blive opmålt og få udleveret en statusrapport med forslag om bl.a. mindre og enkle tiltag til at forbedre tilgængeligheden i den enkelte praksis. Dette tilbud gives af regionen til alle praksissektorens ydere i Region Hovedstaden i perioden 2014-2017. Vi ønsker løbende forbedring af den fysiske tilgængelighed i almen praksis samt sikring af, at oplysninger om tilgængeligheden gøres tilgængelig for borgerne på www.sundhed.dk.

Anbefalinger

- at forbedre oplysningerne om tilgængelighed for borgerne på www.sundhed.dk
- at dette sker via en frivillig, uvildig tilgængelighedsmærkning, som regionen tilbyder.

Figur 4: Adgangsforhold i almen praksis fordelt på hovedområder i henhold til spørgeskemaundersøgelse (2012), n=425



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

Med henblik på at få et retvisende billede af de praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev almen praksis i forbindelse med akutanalysen bl.a. spurgt, om praksis har niveaufri adgang (figur 4).

Det fremgår af figuren, at u hensigtsmæssige adgangsforhold for personer med funktionsnedsættelse er et udbredt fænomen i regionen på trods af, at det i sidste planperiode var et væsentligt indsatsområde.

Det er en udfordring for både læger og kommuner at sikre tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser. Flere kommuner har således i sidste planperiode ikke haft held med at tiltrække praktiserende læger til lokaler med forhold, der er velegnede til personer med funktionsnedsættelser, f.eks. sundhedshuse, i andre tilfælde har lokalplaner været en barriere for lægernes ønsker.

Det fremgår af figur 4, at der er en særlig udfordring i planområde Byen i forhold til tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse. Det skyldes

Byens bygningsmasse, der i stor udstrækning består af ældre etageejendomme samt lokalplaner for områderne og manglende dispensation fra boligreguleringsloven.

Der er behov for at skabe øget opmærksomhed på problemstillingen i relation til nye boligområder og byfornyelse. Kommunerne kan indtænke egnede lokaler til lægepraksis i både lokalplaner og i forbindelse med opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud.

Parterne er enige om, at det kræver en fælles indsats at forbedre fysisk tilgængelighed.

Anbefalinger:

- *at kommunerne tænker egnede lokaler til almen praksis ind i lokalplaner og ved opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud*
- *at almen praksis, region og kommune i områder med ringe fysisk tilgængelighed indgår dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes.*

5.4.4 Telefonisk tilgængelighed

Boks 5: Overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed

Overenskomstens § 45, stk. 2, Telefoniske henvendelser

- a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.
- b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.
- c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.
- d. Læger, der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.'

Det fremgår af udviklingskontrakten i overenskomsten (afsnit 4, Service), at *"Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med almen praksis. Det gælder også i de situationer, hvor en pårørende eller en kommune henvender sig på vegne af en borger, der ikke*

selv er i stand til at henvende sig til lægen. Det bliver en opgave for praksisplanudvalgene at medvirke til en fortsat god tilgængelighed”.

Det er afgørende, at almen praksis løbende har fokus på at opretholde og prioritere god telefonisk tilgængelighed, herunder også for at varetage akutforpligtelsen effektivt.

Hvordan telefonen besvares, afhænger ofte af tidspunkt for opkaldet. For de fleste praksis' vedkommende besvarer praksispersonalet telefonen udenfor lægens telefontid, og varetager dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen. Telefonsystemer med f.eks. køfunktion giver bedre service for patienten.

Anbefaling:

- *at der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed i almen praksis.*

I 2012 blev der gennemført en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis.

Det blev efterfølgende besluttet at gentage undersøgelsen. Parterne er enige om, at der i samarbejde mellem regionen og PLO-Hovedstaden gennemføres en stikprøveundersøgelse med henblik på at evaluere indsatsen og få en indikation af, om der er sket en forbedring af den telefoniske tilgængelighed. Det er desuden aftalt, at der følges op overfor praksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser.

Anbefalinger:

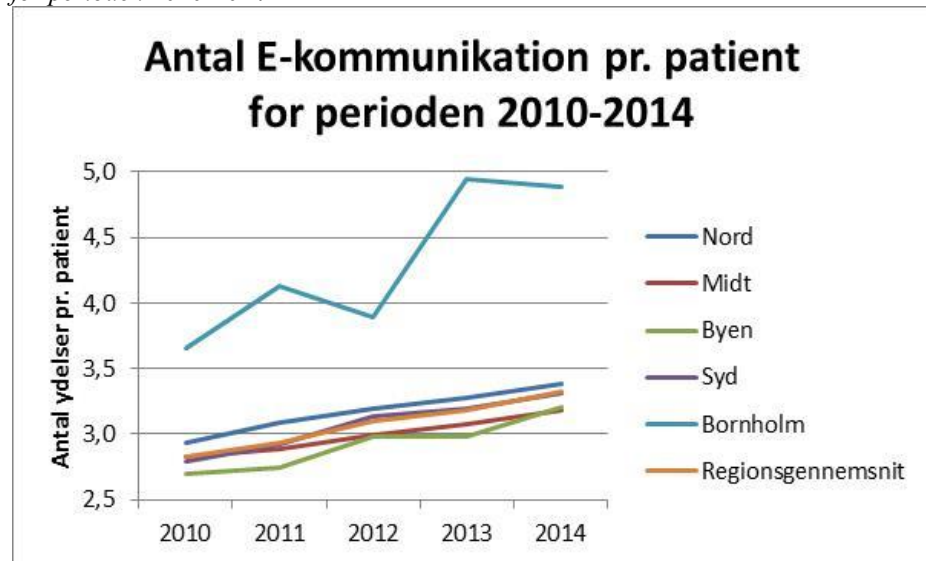
- *at der følges op med en stikprøveundersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis*
- *at der følges op på lægepraksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.*

5.4.5 Elektronisk tilgængelighed

Allerede i overenskomsten fra 2006 blev det aftalt, at lægen skal tilbyde e-konsultation. Der er siden sket en vækst i antallet af e-konsultationer udført af praksis.

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

Figur 5: Antal producerede E-kommunikation pr. patient, fordelt på planområder, for perioden 2010-2014



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, ydelseskoder '0105". Det skal bemærkes, at Bornholm deltog i et projekt om fast honorering, hvilket forklarer afvigelsen i 2012.

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

E-boks

Det er et lovkrav, at alle aktører i sundhedsvæsenet anvender (og tømmer) den digitale dokumentboks (e-boks). Boksen kan ikke benyttes til kommunikation i forbindelse med konkret patientbehandling eller attestarbejde. Sådan kommunikation sker via MedCom standarder.

Del 4

6. Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen

Delmålsætninger

- at tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen
- at almen praksis understøtter et sammenhængende patientforløb

Praksisplanen skal som tidligere nævnt understøtte og beskrive betingelserne for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for patienterne. Derfor fokuseres der i det følgende på almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde med særligt fokus på det gensidigt forpligtende samarbejde om medicin og kommunikation, herunder digitalt. Desuden beskrives hvordan region og kommuner understøtter almen praksis' opgavevaretagelse i det samlede sundhedsvæsen, såvel på det somatiske som det psykiatriske område. 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.

6.1 Samarbejde om bestemte målgrupper

Praksisplanen omfatter som sundhedsaftalen alle patienter, der har behov for en sammenhængende indsats fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Nogle målgrupper har imidlertid behov for en særlig fokuseret indsats. Dette gælder især for patienter med samtidige forløb i flere sektorer, patienter med kronisk eller psykisk sygdom og ældre medicinske patienter. Men også andre målgrupper har et særligt behov for koordinering og fokuserede indsatser. Nedenfor udfoldes indsatserne fra sundhedsaftalen vedr. disse målgrupper med vægt på almen praksis' rolle i forhold til at sikre patienterne et sammenhængende forløb af høj kvalitet.

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

Forløbsprogrammer

De sidste fem år er der udviklet forløbsprogrammer i Region Hovedstaden for borgere med KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme og lænderyg-lidelser. Full implementering af indholdet i disse programmer er en afgørende forudsætning for at opnå effekt af forløbsprogrammerne.

Ud over de regionale forløbsprogrammer er der udarbejdet nationale forløbsprogrammer inden for kræftrehabilitering og palliation samt erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børn. Der pågår et regionalt arbejde med udmøntning af disse. Der vil nationalt blive initieret nye forløbsprogrammer, bl.a. som følge af udarbejdelsen af en generisk model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser (2015), som siden skal udmøntes lokalt.

De seneste års erfaringer har vist, at der er behov for at udvikle forløbsprogrammerne yderligere, så de også kan tilgodese behov hos borgere med flere samtidige sygdomme. Der er ligeledes behov for at udvikle eller styrke indsatser for borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er omfattet af et forløbsprogram eller falder uden for den mere standardiserede behandling og rehabilitering, som aktuelt tilbydes. I forløbsprogrammet for demens er almen praksis' proaktive opfølgning særlig vigtig.

I Sundhedsaftalen er der fokus på monitorering af forløbsprogrammerne.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. implementering af forløbsprogrammer

- Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås.

I forløbsprogrammerne har almen praksis en særlig rolle som tovholder for patienten. Konkret har den praktiserende læge en vigtig rolle i forhold til at følge forløbsprogrammets anbefalinger og herunder henvide til de relevante tilbud samt at drøfte den enkelte patients forudsætninger for - og ønsker om - at deltage i de aktuelle forløb. Henvisning til de rette tilbud forudsætter kendskab til de tilbud, som kan tilbydes den enkelte patient. Samtidig er det nødvendigt, at almen praksis især kender forløbsprogrammets sundhedsfaglige indhold, anbefalinger og tilbud til den enkelte patient.

Anbefalinger

- *at der arbejdes for at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere, specielt tovholderrollen i almen praksis*
- *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.*

Tidlig opsporing af kronisk sygdom

Målet med tidlig opsporing af kronisk sygdom er at nedsætte forekomsten af sygdomskomplikationer og dødelighed samt at opnå forbedret livskvalitet for patienten gennem en tidlig og rettidig indsats. Indsatsen er målrettet patienter, som allerede har udviklet sygdom eller tidlige stadier af sygdom, så de hurtigst muligt kan komme i relevant behandling. Det omfatter dels tidlig opsporing af en specifik sygdom. Men det omfatter også opsporing af flere

samtidige sygdomme, dvs. risikofaktorer og tidlige sygdomsstadier, der hyppigt forekommer samtidig.

Almen praksis har en nøgelfunktion i forhold til tidlig opsporing af 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. Ved udarbejdelse af kommende forløbsprogrammer for kronisk sygdom og ved revisioner af de eksisterende forløbsprogrammer, vil indsatser, der foreslås igangsat, blive beskrevet.

Differentierede indsatser

Det er en fælles udfordring i sundhedsvæsenet at sikre, at den særligt sårbare borger opnår et godt behandlings- og/eller rehabiliteringsresultat for at opnå det bedst mulige funktionsniveau og efterfølgende at mestre sin sygdom bedst muligt.

De indsatser, der igangsættes som en del af forløbsprogrammerne, skal kunne rumme de fleste patienters behov, herunder også støtte den enkelte patient fastholdes i indsatsen. Det betyder, at der skal arbejdes på at skabe rammer for fleksible og differentierede indsatser, der kan tilpasses patienter med særlige behov. Der skal være fokus på den opfølgende indsats og effekten af de indsatser, patienterne modtager. Endelig skal der være fokus på at sikre lette henvisningsveje til differentierede tilbud.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. styrkelse af den differentierede indsats for borgere med kroniske sygdomme og/eller flere samtidige sygdomme

- For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/flere samtidige sygdomme
- For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.

Almen praksis har en betydningsfuld rolle i forhold til at differentiere indsatser, så de tilpasses patienter med særlige behov. Den praktiserende læge vil være en af de første til at erfare, hvis patientens behov ikke imødekommes, f.eks. på grund af en særlig sårbarhed, sproglige eller kulturelle barrierer eller, at de ikke ønsker eller evner at deltage i de standardiserede tilbud.

Det er centralt, at almen praksis i samarbejde med de øvrige sundhedsaktører arbejder på at identificere patienter med særlige behov, herunder motivere flere patienter til at indgå i og gennemføre behandlings- og rehabiliteringsforløb. Hjælp til fastholdelse af livsstilsændringer, samt at

finde nye eller mere fleksible løsninger for patienter med særlige behov er en vigtig del af denne opgave. Her kan de pårørende også med fordel inddrages.

Anbefalinger

- *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*
- *at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til praktisk identificering af sårbarhed.*

6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet

Regeringen har i sin sundhedsstrategi ”Jo før jo bedre” afsat midler til en styrket indsats for patienter med lungesygdomme som KOL og astma hos børn. Fokus er tidlig opsporing, diagnostik og udredning for at sikre ensartede behandlingstilbud.

En væsentlig del af denne indsats handler om, at der skal foretages de relevante lungefunktionsundersøgelser (spirometri) i almen praksis blandt de patienter, som har størst risiko for at udvikle sygdommene. Der lægges op til at øge antallet af lungefunktionsundersøgelser i almen praksis og gennemføre kompetenceudvikling blandt praksispersonalet.

Initiativet skal ses i sammenhæng med udvikling af målrettet sundhedstjek i almen praksis, udarbejdelse af en forløbsplan²⁶ for KOL samt et undersøgelsesprogram for børneastma (se s. 51).

Rammerne for at styrke den tidlige opsporing og øge antallet af lungefunktionsundersøgelser i almen praksis fastlægges centralt, men ansvaret for den konkrete implementering af indsatsen sker i Praksisplanudvalget.

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. KOL og astma hos børn

- For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing i almen praksis af patienter med KOL og astma hos børn.*

²⁶ Forløbsplanerne har til formål at give patienter, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom som fx KOL og diabetes, et bedre overblik over deres behandlingsforløb.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Indlæggelser kan være en belastning for ældre borgere, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Derfor vil det gavne de pågældende borgere, hvis indlæggelser kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Praksisplanen understøtter indsatser i 'Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient', Region Hovedstadens Plan for den ældre medicinske patient samt regeringens sundhedsstrategi "Jo før – jo bedre" med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver nogle gange særlige indsatser, men ofte er der tale om et fokus, der skal integreres i de indsatser, som borgerne allerede modtager.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom

- Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.

Målgruppen for indsatsområdet er sårbare borgere, der f.eks. gennem tilknytning til kommunale tilbud, hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis, er i kontakt med sundhedsfaglige medarbejdere. Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter og borgere med somatisk eller psykisk kronisk sygdom. Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom.

Kommunerne og almen praksis har en væsentlig rolle i forhold til denne tidlige opsporing. En systematisk forebyggende indsats i kommunerne er de forebyggende besøg hos +75 årige.

Der skal følges op på almen praksis' rolle i arbejdet med implementering af redskaber til tidlig opsporing af sygdom eller forværring af eksisterende sygdom. Det skal afklares, hvordan samarbejdet mellem kommuner og almen praksis skal tilrettelægges, herunder hvordan de praktiserende læger sikres adgang til faglig rådgivning fra specialer på hospitalerne.

Anbefalinger

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom*
- *at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til tidlig opsporing*
- *at understøtte, at oplysninger om relevante nye fund fra kommunernes forebyggende besøg hos +75 årige kommunikeres videre til den praktiserende læge.*

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kan desuden understøttes ved brug af opfølgende og opfølgende hjemmebesøg, se side 31s.

Lette henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud

Der er udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT-portalen) på www.sundhed.dk, som kan anvendes til information om eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i henholdsvis kommunerne og på hospitalerne (somatik og psykiatri).

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. information om og anvendelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

- Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på www.sundhed.dk.
- Styrke samarbejdet omkring 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.

Almen praksis' rolle ved henvisning til sundheds- og forebyggelsestilbud

Det er særligt vigtigt, at almen praksis har kendskab til, og bruger SOFT-portalen, da det i høj grad kan medvirke til, at flere borgere henvises til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud, såfremt de ønsker det.

En høring af almen praksis i september-oktober 2014 viste, at der er stort potentiale for at øge anvendelsen af SOFT-portalen i almen praksis.

Anbefalinger

- *at sikre at alle læger anvender SOFT-portalen til informationssøgning i forbindelse med henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud*
- *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.*

Kommunerne har pligt til at sørge for at SOFT-portalen er opdateret og let tilgængelig med en simpel søgefunktion. Desuden skal der arbejdes hen imod, at der for hver kommune udelukkende findes et lokationsnummer.

6.1.3 Samarbejde på kræftområdet

Kræftudredning og behandling

Mistanken om kræft opstår ofte i konsultationen hos den praktiserende læge. Det er derfor vigtigt, at der er fokus på, at symptomer på kræft identificeres tidligt. Det er desuden vigtigt, at der fokuseres på samarbejde om at sikre en god og hurtig visitation fra praksis til hospitalerne, og omvendt at sikre opfølgning og understøtte gode overgange fra hospitalerne til praksis efter endt behandling i hospitalsregi.

Der er oprettet henholdsvis pakkeforløb for forskellige kræftformer og diagnostiske enheder på akuthospitalerne med henblik på at understøtte og rådgive almen praksis om patientgrupper, hvor der er:

- mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft, eller
- begrundet mistanke om kræft.

Opfølgingsforløb

Der har hidtil været faglig tradition og guidelines for, at patienter efter endt kræftbehandling har mødt til kontrol på et hospital. Her er patienten blevet undersøgt for symptomer, recidiv og komplikationer efter endt behandling. For mange kræftformer er der imidlertid ikke evidens for at dette har effekt på overlevelsen.

Nationalt er der derfor udarbejdet 19 opfølgingsprogrammer, som understøtter en ændret tilrettelæggelse af kræftpatienters opfølgingsforløb efter endt primær behandling på hospital. Opfølgingsprogrammerne rummer anbefalinger for den kliniske kontrol, rehabilitering og genoptræning, palliation og psykosociale perspektiver. Programmerne er udarbejdet ud fra en generisk model.

Almen praksis inviteres med i arbejdet med at konkretisere opfølgingsprogrammer regionalt og efterfølgende implementere dem i regionen. Arbejdet påbegyndes i 1. halvår af 2015, hvor der indledningsvist vil være fokus på udarbejdelse af en regional vejledning for implementering af opfølgingsprogrammerne.

I regeringens sundhedsstrategi ”Jo før – jo bedre” planlægges initiativer på kræftområdet, som beskrives, når den nationale konkretisering af initiativerne er kendt.

Anbefalinger

- *at almen praksis fortsat bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet*
- *at almen praksis bidrager til at sikre gode individuelle opfølgingsforløb efter endt primær behandling for kræftsygdom, herunder implementere de 19 nationale opfølgingsforløb for kræftpatienter*
- *at almen praksis bidrager til at implementere initiativerne i regeringens sundhedsstrategi på kræftområdet.*

Almen praksis varetager uændret patienternes behandling af flere samtidige sygdomme gennem hele det ambulante kræftforløb.

Rehabilitering og palliation

Implementeringsplanen for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft beskriver opgavedelingen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

I forløbsprogrammet er der fokus på, at det er patientens individuelle behov, der skal være styrende for den rehabiliterende og palliative indsats. Almen praksis har i den forbindelse et ansvar for at henvise patienten til rehabilitering eller palliation i kommunalt og regionalt regi. Henvielse kan ske på ethvert tidspunkt i kræftforløbet, og almen praksis skal derfor kende til kommunale og regionale tilbud. I forbindelse med forløbsprogrammet er der udviklet et forberedelsesskema om "Støtte til livet med kræft". Skemaet er tænkt som en hjælp til patienten i samtalen med lægen, hvorfor det kan være en fordel for den praktiserende læge at kende til det.

Den praktiserende læge har ofte tæt kontakt med kræftramte familier, og har derfor mulighed for at have et særligt fokus på behov hos børn og unge, der er pårørende til en kræftpatient og inddrage de relevante instanser.

Det er den praktiserende læges opgave at sørge for terminalerklæring til kommunen og ansøgning om terminaltilskud fra Sundhedsstyrelsen, når borgeren er mest i hjemmet, således at kommunen så tidligt som muligt kan planlægge og iværksætte et team omkring den terminale patient. Når der er søgt terminalerklæring, kan den praktiserende læge tage initiativ til et koordinationsmøde. Et koordinationsmøde kan afholdes i den sene palliative fase for den uhelbredeligt syge kræftpatient, hvor sygdomskontrollerende medicinsk behandling hverken er relevant eller mulig, men hvor anden livsforlængende behandling kan være relevant. Til mødet deltager hjemmepleje og almen praksis, pårørende og patienten.

Anbefalinger

- *at almen praksis medvirker til, at flere patienter med behov henvises til kommunens tilbud om rehabilitering og palliation*
- *at almen praksis fortsat har fokus på børn og unge som pårørende*
- *at den praktiserende læge afholder koordinationsmøder, hvor det er relevant.*

6.1.4 Samarbejde om gravide, nyfødte og børn

Sårbare gravide, nyfødte og børn er særlige målgrupper, der kan opleve mange interagerende problemstillinger, hvor der er behov for, at flere sektorer yder en koordineret indsats. Det er derfor essentielt, at samarbejdet på tværs af hospital, kommuner og almen praksis har fokus på at tilrettelægge indsatsen, så der er en klar arbejdsdeling og tilstrækkelig information mellem sektorer og i det løbende samspil generelt. 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 således mulighed for at være opmærksom på forhold, som kræver en indsats fra en eller flere sektorer samtidig.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser i aftaleperioden:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. gravide, nyfødte og børn

- For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle aktiviteter.
- Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen.
- Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af, om der er behov for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.
- Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom.
- For at styrke behandlingen af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.
- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsproblemer (se afsnit om Kommunikation og sundheds-it).
- For at styrke den tidlige opsporing af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.

Styrket samarbejde på svangreområdet

For at sikre en sammenhængende indsats er der behov for bedre kommunikation mellem de involverede sundhedsfaglige aktører på svangreområdet, ikke mindst i forhold til den generelle udvikling med et stigende antal ambulante fødsler og hurtig udskrivning efter fødsel. Derfor blev der allerede i den foregående sundhedsaftale arbejdet på at sikre en klar arbejdsdeling mellem fødestedet, den kommunale sundhedspleje og almen praksis. Overenskomst om almen praksis beskriver i profylakseaftalen almen praksis' rolle i svangreomsorgen med fokus på forebyggende helbredsundersøgelser.

I sundhedsaftalen for 2015-2018 er det aftalt at følge op på aftalen om arbejdsfordeling omkring fødslen og vurdere, om der er behov for at justere denne. Det er desuden aftalt at evaluere tidligere og igangværende

tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide med henblik på at anbefale hvilke tiltag, der vil kunne udbredes.

Anbefaling

- *at almen praksis fortsat deltager i arbejdet med at udvikle samarbejdet på svangreområdet herunder samarbejdet om sårbare gravide.*

Styrket samarbejde om sårbare børn

Det er vigtigt for børns udvikling, at der handles tidligt ved tegn på psykisk og fysisk mistrivsel. I sundhedsaftalen er der aftalt indsatser for tre grupper af sårbare børn: Således skal der udarbejdes en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn, der skal indgås aftaler om tidlig opsporing og varsling mellem sektorerne for børn i familier med misbrug og børn som er pårørende til alvorligt syge.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke samarbejdet om sårbare børn.*

Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, vaccinationer og HPV-vaccine

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der er en dækning på mindst 95 procent for alle børnevaccinationer. De seneste år har vist, at tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser og børnevaccinationsprogrammet er faldende. Sideløbende med børnevaccinationsprogrammet kan 12-årige piger vaccineres mod livmoderhalskræft (HPV-vaccination).

Boks 6: Indhold i profylakse aftalen

Profylakseaftalens kapitel II side 163 om Børneundersøgelser, børnevaccinationsprogrammet og andre vaccinationer

- indeholder aftale om honorar for børneundersøgelser og børnevaccinationer
- indeholder aftale om elementer i en forstærket indsats for at øge tilslutningen til børnevaccinationer, herunder:
 - lister fra regionerne til de praktiserende læger
 - påmindelser til forældre, når børnene er 2, 6½ og 14 år
 - tiltag i lægepraksis (administrative procedurer til at højne vaccinationsdækning, herunder at læger telefonisk kontakter forældre).

Opfølgingsindsatsen

Med henblik på at forbedre tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet, skal der etableres velfungerende systemer til indkaldelse og opfølgning. Opfølgning på MFR 1 og 2 er præciseret i overenskomstens profylakseaftale.

I forlængelse af Profylakseaftalen har regionerne udarbejdet forslag til, hvordan tilslutningen kan styrkes.

Boks 7: Anbefalinger vedr. tilslutning til børnevaccinationsprogrammet.

Danske Regioners anbefalinger i forhold til at øge tilslutningsprocenten til børnevaccinationsprogrammet (2011):

- Opfølgning på børneundersøgelser og vaccinationer er en naturlig del af almen praksis' populationsansvar. En forpligtelse til opfølgning bør indgå i overenskomsten.
- Opfølgning på HPV-vaccination bør indgå i overenskomsten.
- Anvendelse af datafangst til opfølgning på vaccinationer bør indgå i overenskomsten.
- Regionerne følger tilslutningsprocenterne til vaccination ved at lave udtræk over tilslutningsprocenterne på regionsniveau og evt. på praksisniveau.
- Samarbejdsudvalgene gør status over vaccinationstilslutningen i regionen én gang årligt, og kan evt. iværksætte tiltag.
- Praktiserende læger opfordres til systematisk at følge op på vaccinationsstatus, når barnet er fyldt 5 og 12 år.
- Forslag om yderligere undersøgelser vedr. årsager til manglende vaccination.
- Indtil Datafangst er fuldt implementeret, bør regionerne fortsat stå for at sende lister og standardinvitationer ud til de praktiserende læger.

Der er behov for at vurdere, hvilke af disse forslag fra 2011, der fortsat er relevante samt vurdere behov for yderligere tiltag med fokus på almen praksis' rolle i børnevaccinationsprogrammet.

Statens Seruminstitut (SSI) har siden maj 2014 udsendt påmindelsesbreve til forældre med børn, der fylder 2, 6½ og 14 år, hvis der er vaccinationer, som barnet mangler ifølge Det Danske Vaccinationsregister (se nedenfor).

Brevene har ifølge SSI en positiv virkning på antallet af børnevaccinationer.

På www.sundhed.dk kan almen praksis se lister over børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis. Det er uvist i hvilket omfang, lægerne anvender disse lister.

Anbefalinger

- *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*
- *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*
- *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.*

Det Danske Vaccinationsregister og datafangst

Det Danske Vaccinationsregister muliggør en forbedret opfølgingsindsats via elektronisk adgang til oplysninger om alle danskeres vaccinationer. Statens Serum Institut er ansvarlig for registret, som forventes implementeret i almen praksis.

Datafangstsystemet tilbyder endnu en mulighed for den praktiserende læge til at følge op på tilslutningen af egne patienter til børnevaccinationsprogrammet. Der afventes imidlertid i øjeblikket afklaring af det lovgivningsmæssige og tekniske grundlag for Datafangst.

Tidlig opsporing af børneastma

Det er aftalt i sundhedsaftalen, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler om tidlig opsporing af børn med astma i almen praksis. Aftalen følger op på regionernes økonomiaftale for 2014, hvor almen praksis fremhæves som en særlig aktør, der kan medvirke til et øget fokus på tidlig opsporing og diagnostik af astma hos børn.

Nationalt pågår en række initiativer på området. Der arbejdes på en national retningslinje for børneastma og en DSAM vejledning for diagnostik og behandling af børneastma i almen praksis er under udarbejdelse. Endvidere har Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) i regi af Danske Regioner udarbejdet en vejledning om medicinering af børneastma.

Regeringen har i sin sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre” planlagt at iværksætte et nationalt undersøgelsesprogram for børneastma. Formålet med programmet er målrettet tidlig diagnose og udredning af astma hos børn og unge (0 – 18 år). Der skal ske en styrkelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis, så kompetencerne hos den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge i højere grad kan understøtte hinanden. Programmet forventes færdigt i første kvartal 2016.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing og udredning af astma hos børn i almen praksis.*

6.1.5 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistriivsel

Ligesom for de somatiske sygdomme fungerer almen praksis som generalist, gatekeeper og tovholder for borgere, som henvender sig til almen praksis med psykisk sygdom eller tegn på psykisk mistriivsel. Almen praksis har en særlig rolle sammen med kommunerne i forhold til at opspore psykisk sygdom eller psykisk mistriivsel samt medvirke til en tidlig koordineret indsats. For patienter, som er i psykiatrisk behandling uden for almen praksis, er almen praksis fortsat tovholder i forhold til udredning, behandling og medicinering af andre sygdomme.

Sundhedsaftalen indeholder en række indsatser, der fokuserer på at forbedre det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og psykisk mistrivsel:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. mennesker med psykisk sygdom og psykisk mistrivsel:

- For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner
- Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne og Ungdomspsykiatrisk Center
- Udvalge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis
- Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri
- Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren
- Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge
- Revidere og omdanne samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatrisk center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.

For at sikre lighed i sundhed, er det en politisk målsætning, at der arbejdes for, at mennesker med psykisk sygdom får flere gode leveår, samt at der sikres sammenhæng i behandlingen af mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom eller misbrug. Af særlig relevans for samarbejdet med almen praksis er entydig kommunikation, hvilket bl.a. kan understøttes gennem brug af klare retningslinjer for udrednings- og behandlingsansvaret og sikring af lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og den øvrige praksissektor samt relevante redskaber til tidlig opsporing i almen praksis. De konkrete indsatser i forhold til mennesker med psykisk sygdom eller psykisk mistrivsel er indarbejdet i de enkelte afsnit nedenfor.

Tidlig opsporing og indsats ved psykisk sygdom og 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 børn, unge og voksne, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom, er derfor central. Almen praksis kan bidrage til en tidlig opsporing og indsats ved at tænke muligheden ind i de øvrige kontakter med patienten.

Børn er en særlig målgruppe, og man har i almen praksis et særligt fokus på børns psykiske trivsel i forbindelse med børneundersøgelserne. Når børnene bliver ældre, kan almen praksis sætte fokus på psykisk trivsel, når børn og unge kommer med somatiske lidelser. Tilsvarende er der særligt mulighed for opsporing af psykisk sygdom eller mistrivsel i sundhedsplejen.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal sikres retningslinjer for systematisk kommunikation mellem kommunerne og praksissektoren om samarbejde omkring børn og unge med psykisk mistrivsel (jf. i øvrigt afsnit om samarbejdet om børn s. 48), og der skal udvælges og udbredes værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn.

Anbefalinger

- *at almen praksis bidrager aktivt i planlægningen af nye indsatser til børn og unge med psykisk sygdom*
- *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.*

Henvi sning til videre behandling

Afhængigt af patientens behov udredes og behandles patienten enten i almen praksis eller henvises til relevant videre udredning og behandling i kommunen, hos privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende speciallæge i psykiatri eller i hospitalspsykiatrien.

For at understøtte henvisningen til videre behandling, skal det være tydeligt for både patienter og sundhedsprofessionelle, hvilke tilbud hospitaler, kommuner og praksissektoren har på området. I Sundhedsaftalen er det aftalt, at der for både børn, unge og voksne er behov for at sikre synlig og lettilgængelig information om henvisning til de forskellige behandlingstilbud. På børneområdet skal der ske en afklaring af, hvornår der er brug for pædagogisk/psykologisk vurdering af barnet/den unge i kommunalt regi, før almen praksis henviser til børne- og ungespsykiatrien

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle entydige og let tilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatri og praksissektoren*
- *at der aftales retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om børn og unge, der ønskes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.*

Nye samarbejdsmodeller for specifikke patientgrupper

Der arbejdes aktuelt på at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og hospitalspsykiatrien, således at almen praksis i højere grad deltager i diagnosticering og behandling af en række patienter med ikke-psykotiske lidelser. For en række patienter, som er i en stabil psykofarmakologisk behandling, kan den fortsatte vedligeholdende psykiatriske behandling overgå til almen praksis efter aftale herom, såfremt de faglige og organisatoriske forhold tillader det.

Gennem integration af hospital, almen praksis, speciallægepraksis og kommunale indsatser er det visionen, at shared care muliggør behandling på lavest effektive omsorgsniveau, sammenhængende patientforløb og et generelt styrket samarbejde mellem sundhedsaktørerne. Der er behov for at afklare opgave- og ansvarsfordelingen i forhold til behandlingen af ADHD og deraf udvikle shared care modeller om ADHD behandlingen af hhv. børn, unge og voksne. Men også andre patientgrupper er relevante at se nærmere på i forhold til shared care.

Collaborative care

I Region Hovedstadens Psykiatri arbejdes der med udvikling og afprøvning af collaborative care som specifik samarbejdsmodel. Formålet er at udvikle nye samarbejdsformer i sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende patientforløb, og resulterer i et forbedret behandlingstilbud i almen praksis til disse patienter. Aktuelt er der igangsat et forskningsprojekt, Collabri, der fokuserer på samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og almen praksis om behandlingen af patienter med depression og angst. Modelprojektet afsluttes i maj 2016, hvorefter det evalueres.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer på det psykiatriske område*
- *at almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede.*

Opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. En væsentlig årsag hertil er, at somatisk sygdom ofte ikke opspores eller behandles i tide. Det er en fælles opgave at iværksætte indsatser, der kan mindske risikoen for udvikling af kronisk og alvorlig somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom. I sundhedsaftalen er det derfor også en målsætning, at borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

I sundhedsaftalen er det besluttet at fastlægge principper for, hvordan hospitaler, kommuner og almen praksis kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale

forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Desuden er det en indsats i sundhedsaftalen, at det skal aftales, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres for at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge. Denne indsats er tilsvarende relevant for patienter i hospitalspsykiatrien, herunder særligt patienter i distriktspsykiatrien.

Anbefalinger

- *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*
- *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.*

Samtidig psykisk sygdom og misbrug

Mange borgere med et skadeligt forbrug af rusmidler har samtidig psykisk sygdom. Den psykiske sygdom behandles i hospitalspsykiatrien eller hos praktiserende speciallæge i psykiatri, mens kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen. For patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug er der ofte manglende sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske sygdom. For patienten og almen praksis vanskeliggør det henvisningen til relevant behandling. Det er derfor også en målsætning i Sundhedsaftalen, at borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats.

Herunder er det et konkret indsatsområde i Sundhedsaftalen at udvikle og udbrede nye modeller for samarbejdet om mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Med afsæt i kendte erfaringer afprøves en ny organisatorisk model for samarbejdet med fokus på fælles tværsektorielle teams, der arbejder med integreret udredning og behandling af patientgruppen. Der skal som del af projektevalueringen tages stilling til generel udbredelse af modellerne.

Anbefalinger

- *at almen praksis inddrages i udviklingen af nye modeller for samarbejdet om mennesker med samtidigt forekommende psykisk sygdom og misbrug*
- *at parterne arbejder for sammenhæng i behandlingstilbud for patienter med både misbrug og psykisk sygdom*
- *at almen praksis understøtter patientens egen motivation for at tage imod relevante behandlingstilbud.*

6.1.6 Samtaleterapi

Lægerne kan i henhold til overenskomsten yde samtaleterapi. Med indgåelsen af Overenskomst om almen praksis 2014 åbnes mulighed for decentralisering af ydelserne til samtaler og sygebesøg. Parterne er enige om, at der skal arbejdes videre med en konkretisering af ydelsen samtaleterapi. I

dette arbejde skal ses på sammenhæng mellem forskellige tilbud om samtaleterapi i forskellige dele af praksissektoren samt kommunerne, og det skal afdækkes hvilke patientgrupper, der følger behandling hvor.

6.1.7 Samarbejde på misbrugsområdet

Behandling af misbrug er en kommunal opgave. Behandling og medicinering foregår i kommunernes misbrugscentre, hvor der er mulighed for en samtidig sundhedsfaglig, medicinsk, terapeutisk og social indsats. Dertil kommer rådgivning og vejledning samt kort intervention overfor de borgere, som ikke har brug for behandling. Mange misbrugscentre har desuden tilbud til pårørende, herunder børn, som ofte kan være både berørte af og involverede i misbruget.

Almen praksis' rolle er at henvise patienter til behandling i kommunen, at behandle øvrige sygdomme hos patienten, og i visse tilfælde at varetage behandlingen af misbruget (samtaler, antabus og anden medicinsk behandling) for de patienter, der ikke ønsker henvisning til et kommunalt misbrugscenter.

I regi af sundhedsaftalen er det aftalt at arbejde med følgende indsatser på misbrugsområdet:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. misbrug

- Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge, med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsnet, borgeren mødes
- Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling
- Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer
- Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.

Der er behov for et systematisk, formaliseret samarbejde mellem læger og andre sundhedspersoner på misbrugscentrene og almen praksis i forhold til både tidlig opsporing, videndeling om rusmiddelområdet generelt og i forhold til behandlingen af konkrete patienter specifikt f.eks. i forbindelse med behandling af både stof- og alkoholmisbrug.

Særligt er der behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde omkring henvisning til misbrugsbehandling og øvrige relaterede tilbud i kommunerne. Det er vigtigt at sikre, at almen praksis har kendskab til lokale/kommunale behandlingstilbud bl.a. via SOFT-portalen, og at der er ensartethed i informationer om henvisningsprocedurer og visitationskriterier.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke en tidlig opsporing og indsats overfor borgere med misbrug og børn i familier med misbrugsproblemer*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at sikre entydige og lettilgængelige henvisningsprocedurer*
- *at der indgås gensidigt forpligtende aftaler om formaliseret samarbejde mellem kommuner og almen praksis om behandling af konkrete patienter med misbrug.*

Høringsudkast

6.2 Samarbejde om medicin

Delmålsætninger

- at patienter er medicineret rigtigt og sikkert og at utilsigtede hændelser undgås, herunder;
- at Fælles Medicin Kort (FMK) er fuldt ud implementeret og anvendes korrekt.
- at medicininformation i FMK er opdateret og afstemt.
- at medicingennemgang gennemføres ved væsentlige ændringer i medicinen i almen praksis og/eller på hospitalerne.

Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet. Målet er, at patienter, som overgår fra en sektor til en anden, får de ordinerede lægemidler i korrekt dosering og dermed undgår utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering. Arbejdet involverer både hospitaler, kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og apoteker.

Der er i sundhedsaftalen fokus på afklaring af, hvem der har ansvaret ved medicinering:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. medicin:

- Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Det skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.
- Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.

6.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicinhandling

Der kan opstå risiko for patienten i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Når patienten medicineres af flere sektorer samtidigt, kan det således medføre medicineringsfejl og i værste fald skade patienten.

Parterne i det tværsektorielle samarbejde har forskellige roller og ansvar i forhold til medicinhandling. I henhold til sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, har almen praksis, speciallæger og hospitaler ordinationsretten og ansvar for at ordinere den rigtige medicin, mens kommunerne har ansvar for sikker medicinering, dvs. at patienterne får den ordinerede medicin rettidigt og i korrekte doser. Den kommunale sygepleje varetager sin rolle på baggrund af egen autorisation og efter gældende retningslinjer (jf. side 28).

Sikker medicin: Hvor man sikrer at borgerne modtager den medicin, der er ordineret samt at den ordinerede medicin dispenseres og administreres i forhold til den gældende ordination.

Rigtig medicin: Hvor man sikrer, at borgerne får ordineret den medicin, der passer til sundhedstilstanden, dvs. at borgerne får ordineret medicin i relevante doser, der er målrettet borgerens sygdom(me), symptomer, alder og øvrige helbredstilstand, som løbende tilpasses borgerens reaktioner herpå og forebygger utilsigtede interaktioner.

For at opnå sikker og rigtig medicinering er det vigtigt med et godt samarbejde og en løbende dialog mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering. Parterne vil arbejde for, at der etableres et samarbejde, der understøtter rigtig og sikker medicinering for den enkelte patient. Eventuelle nationale retningslinjer vil være et væsentligt element i dette arbejde.

Anbefaling

- at der udarbejdes rammer for det løbende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering.

6.2.2 Det Fælles Medicin Kort (FMK)

En af de centrale målsætninger med FMK er, at løsningen øger det tværsektorielle og samlede overblik over patientens medicin.

Forudsætningen for, at FMK øger patientsikkerheden og kvaliteten er, at oplysningerne på medicinkortet afspejler den medicin, patienten reelt anvender, og at FMK er fuldt implementeret og anvendes korrekt.

I praksisplanregi ønskes det at understøtte arbejdet med at implementere FMK. PLO, KL og DR har forhandlet en oprydningssaftale om FMK. Aftalen er tilpasset parterne i Region Hovedstaden, således at der foreligger aftale om oprydning i forbindelse med igangsættelse af implementering af FMK i kommunerne.

Parterne bag praksisplanen vil arbejde for, at FMK er fuldt implementeret teknisk og organisatorisk i alle sektorer. FMK er taget i brug i almen praksis og på regionens hospitaler, og er implementeret i kommunerne medio 2015.

Ifølge Sundhedsstyrelsen medfører anvendelsen af FMK ikke ændrede regler eller ansvarsforhold i relation til lægens pligt ved ordination af lægemidler. Det er fortsat den ordinerende læges ansvar at vurdere medicinens relevans

²⁷ ”Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler”, 12. februar 2015.

samt eventuelle bivirkninger eller interaktioner med den medicin, som patienten allerede er i behandling med.

Anbefaling

- *at følge op på implementeringen af FMK, herunder også i almen praksis.*

Som en del af arbejdet med at implementere FMK i planperioden, fortsætter undervisnings- og efteruddannelsesaktiviteter i almen praksis bl.a. ved datakonsulenterne i Region Hovedstaden.

Implementering af FMK er i øvrigt en central indsats i sundhedsaftalen:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. medicin:

- For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.

I Region Hovedstaden er der nedsat en tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe. I praksisplanens planperiode understøttes arbejdet med implementering af FMK og de tværsektorielle snitflader i denne gruppe.

Anbefaling

- *at almen praksis gennem deltagelse i den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe bidrager til udarbejdelse og implementering af anvendelse af FMK i det tværsektorielle samarbejde.*

6.2.3 Medicingennemgang

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal udarbejdes og implementeres en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og -afstemning.

Boks 9: Sundhedsstyrelsens definition af medicingennemgang

Medicingennemgang (MGG)²⁸: En struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling. Der skal tages stilling til, om der skal ske ændringer – f.eks. om noget af medicinen skal seponeres - og ændringerne skal herefter gennemføres.

²⁸ Sundhedsstyrelsens begrebsbase, se link: <http://begrebsbasen.sst.dk>

Almen praksis har pligt til at foretage medicingennemgang ved:

- Aftalt specifik forebyggelsesindsats (herunder årskontrol af kronisk syge - også borgere under 75 år) – ydelse 0120
- Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre normalt over 75 år – ydelse 0121)

Almen praksis har mulighed for, men ikke pligt til, at foretage medicingennemgang ved:

- Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital
- Når en patient flytter på plejehjem.

Uanset FMK har kommunerne behov for, at der i visse situationer foretages en individuel medicingennemgang af en patients medicin.

For yderligere at understøtte implementering af medicingennemgang i almen praksis, findes der efteruddannelses tilbud i regi af KAP-H.

Anbefalinger

- *at der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis*

6.2.4 Dosisdispensering

Dosisdispensering (DD) betyder, at apoteket pakker medicin i dosispakker. Det er almen praksis, som skal vurdere, om en patient er egnet til dosisdispensering. Hvis der sker ændringer skal almen praksis give apoteket besked herom. I relation til indlæggelse er det dog hospitalernes ansvar at afmelde dosisdispenseringen.

I forbindelse med opstart på dosisdispensering skal der foretages medicingennemgang. Dosisdispensering er kun egnet til patienter, som får den samme medicin i samme dosis over længere tid²⁹. Det skal samtidig bemærkes, at der i FMK er udfordringer med dosisdispensering, som forventes forbedret i kommende opdateringer.

Anbefaling

- *at arbejde for at dosisdispensering kan anvendes sikkert.*

6.2.5 Polyfarmarci

I forhold til den polymedicinerede patient³⁰ er det en særlig tværsektoriel udfordring at sikre en relevant og rettidig kommunikation om patientens medicinering.

²⁹ Sundhedsstyrelsens notat ”Dokumentation i forbindelse med dosisdispensering.”, marts 2011.

³⁰ Polyfarmaci/polymedicinerede patienter defineres ofte som patienter, der er i fast behandling med mere end 6 forskellige lægemidler i døgnet.

Centralt er der afsat midler til regionale indsatser, der søger at udbrede medicingennemgang til patienter i fast behandling med mere end seks forskellige lægemidler i døgnet³¹. Bevillingen udløber ved udgangen af 2015, men forsøges overført til 2016.

Almen praksis kan få vejledning om bl.a. konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicin på MedicinInfo – se i øvrigt afsnit om diagnostik og rådgivning, s. 74.

Høringsudkast

³¹ Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, juni 2012.

6.3 Digital kommunikation

Delmålsætninger

- at almen praksis fortsat bidrager til at styrke den digitale kommunikation på tværs af sektorer med fokus på fuld implementering og fuld anvendelse af digitale løsninger
- at almen praksis fortsat bidrager til at sikre god kvalitet i digitale meddelelser på tværs af sektorer.

Sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenets indsatser kan ikke ske uden velfungerende og understøttende digitale løsninger. Hurtig adgang til relevante patientoplysninger og øget mulighed for at dele data på tværs af sektorer er afgørende for et godt og sikkert patientforløb. Data kan samtidig bruges til at involvere patienten i egen behandling, følge op på indsatser og pege på, hvor der er behov for forbedringer. Praksisplanen skal være med til at understøtte, at den digitale kommunikation om patienternes forløb sker koordineret, planlagt, rettidigt og sikkert.

6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange

De fulde gevinster ved digitale arbejdsgange og processer på tværs af sundhedsvæsenet høstes først, når alle er med. Derfor er fuld anvendelse og konsolidering på tværs af sundhedsvæsenet en stor opgave, der fortsat skal arbejdes med både i Sundhedsaftale og Praksisplan.

Almen praksis arbejder allerede digitalt og er med til at understøtte arbejdet nationalt og lokalt om digitalisering af det tværsektorielle samarbejde. Det drejer sig bl.a. om implementering af MedCom standarder og digitale meddelelser på tværs af sektorer og Det Fælles Medicinkort (FMK).

Der er imidlertid fortsat et stort behov for at styrke den digitale kommunikation med fokus på implementering og korrekt anvendelse på en række områder og særligt indenfor psykiatrien, det ambulante område, akutområdet og det præhospitale område.

På sigt er visionen også at kunne gå skridtet videre fra beskedbaseret digital kommunikation mod fuld digital understøttelse af det tværsektorielle patientforløb. Fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange er et nationalt udviklingsområde, som parterne i praksisplanen løbende vil følge op på og drøfte muligheder for og konsekvenser af.

Fra beskedbaseret digital kommunikation til deling af data

Sundheds-it og digitale arbejdsgange er et stort fokusområde i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Sundhedsaftalens indsatser på området omhandler følgende:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. sundheds-it og digitale arbejdsgange

- Følge anvisninger i den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* for udbredelsen af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående områder skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.
- For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet.
- Udarbejde og implementere kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.

Indsatsen i sundhedsaftalen om at følge den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet*³² betyder, at der i aftaleperioden vil blive indgået aftaler om anvendelse af og samarbejdet om beskedbaseret digital kommunikation på en række nye områder. Almen praksis vil blive inddraget i arbejdet med henblik på at afdække almen praksis' behov og anvendelsesmuligheder.

Anbefalinger

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde og implementere kommunikationsaftaler på det ambulante område, akutområdet, børneområdet, social- og psykiatriområdet, handicapområdet og jobcentre.*
- *at der indgås samarbejdsaftale med almen praksis om nye kommunikationsaftaler og implementering heraf, hvor det er relevant.*

At følge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet handler også om, at der skal ske en bevægelse fra beskedbaseret digital kommunikation mod sikring af fuld digital understøttelse af udvalgte arbejdsgange. I sundhedsaftalen beskrives ydermere, at for at kunne optimere og koordinere sikre forløb på tværs af sektorer er det nødvendigt at have let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren, uanset hvor og i hvilket system informationerne fødes. Dette gælder for alle involverede parter i forløbet – herunder også borgeren.

I den nationale strategi fremgår, at der sigtes mod fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange i 2017.

³² <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Strategi%20og%20udvikling.aspx>.

Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017:

”Der skal være fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at de relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017. Medio 2014 skal der være færdiggjort en analyse af sundhedsoplysninger og kommunikationsmønstre i sundhedsvæsenet, samt være udarbejdet en fælles faseplan for at realisere 2017-målbilledet”.

På nationalt plan arbejdes i øjeblikket med en analyse af, bl.a. hvilke sundhedsoplysninger, der er størst behov for at dele. Analysen vil indeholde en faseplan for realisering af målet i 2017. Parterne i praksisplanen vil løbende følge arbejdet og drøfte mulighederne og konsekvenserne heraf.

Sundhedsplatformen

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i gang med at forberede og implementere Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen er en ny elektronisk patientjournal til understøttelse af hospitalernes kliniske arbejdsgange, dokumentation og vidensdeling. I forhold til det tværsektorielle samarbejde indeholder sundhedsplatformen bl.a. mulighed for, at almen praksis og kommunerne kan se hospitalets data om borgeren, når der er behov for det. Under sundhedsplatformsarbejdet er der et tværsektorielt projektspor "Projekt for tværsektorielt samarbejde". Projektet har dels til formål at sikre at alle MedCom standarder kan benyttes i sundhedsplatformen, dels undersøges anvendeligheden af "Epic Care Link" i det tværsektorielle samarbejde. Kommunerne og almen praksis er repræsenteret i projektet.

Telemedicin

Telemedicin/telesundhed byder på nye kontakt-, kommunikations- og monitoreringsmåder, der via teknologi kan medvirke til at optimere behandlings- og patientforløb. Måder, som giver bedre udnyttelse af ressourcer, og som samtidig inddrager patienterne aktivt i egen behandling.

På nationalt plan er der iværksat en række telemedicinske storskalaprojekter, bl.a. udbredelse af telemedicin på KOL-området samt telemedicinsk sårvurdering. I disse projekter har almen praksis i udgangspunktet en henvisende rolle.

Af øvrige projekter på området har regionen været involveret i et nationalt projekt om videotolkning. Projektet omfattede afprøvning i tre almen lægepraksis i regionen. Evalueringen af projektet viste, at videotolkning i almen praksis har potentiale – både i forhold til kvaliteten af tolkningen og den lægefaglige samtale og i forhold til en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. At indføre ny teknologi og nye arbejdsgange er ikke uden udfordringer, men erfaringerne viser, at både patienter og praktiserende læger er positive overfor videotolkning.

Anbefalinger

- *at der i planperioden ses på muligheden for at anvende telemedicinske løsninger til at understøtte opgavevaretagelsen i almen praksis*
- *at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes gennem brugen af telemedicinske løsninger*
- *at der ses på muligheder for udbredelse af videotolkning.*

Henvisninger og epikriser

Når patienten henvises fra almen praksis til videre behandling i det øvrige sundhedsvæsen, er det vigtigt, at henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt, med tilstrækkelig information og via hurtige og tilgængelige henvisningsveje. For at sikre hurtige og tilgængelige henvisningsveje skal der være let adgang til kommunernes lokationsnumre, ligesom der generelt skal tilstræbes en entydig kommunikation og med så få lokationsnumre som muligt.

Der skal desuden arbejdes på at sikre mulighed for at vedhæfte bilag, når henvisninger sendes elektronisk.

Ved henvisning til kommunale tilbud skal kommunernes henvisningsprocedurer følges.

Når patienten udskrives fra hospitalet, videregives informationer i form af epikrise til almen praksis. Informationerne skal sikre, at almen praksis hurtigst muligt efter udskrivelsen har de nødvendige oplysninger med henblik på det videre forløb, herunder en liste over den medicin patienten har ved udskrivelsen, samt hvilke ændringer der er sket i medicinen og hvorfor.

I sundhedsaftalen 2015-2018 er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsats:

Indsats i Sundhedsaftalen vedr. epikriser

- Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, skal det sikres, at epikrisen fremsendes til egen læge samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren.

I implementeringsplan for sundhedsaftalen er det aftalt, at hospitalerne påbegynder arbejdet med omlægning af de nødvendige arbejdsgange fra 2015.

Almen praksis har endvidere peget på vigtigheden af, at epikriserne fremsendes således, at det vigtigste/det, der skal handles på, står først i epikrisen. Der arbejdes i øjeblikket på dette i regi af Sundhedsplatformen.

Anbefalinger:

- *At der fortsat arbejdes for at sikre tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis og epikriser tilsendt almen praksis.*
- *At der arbejdes for, at det vigtigste/det der kræver en handling, placeres først i epikrisen.*

Korrespondancemeddelelser

Korrespondancemeddelelsen er en sikker klinisk e-mail, hvori patienthenførbare informationer kan udveksles på tværs af sektorer i ikke-akutte situationer.

Korrespondancemeddelelsen kan anvendes til kommunikation mellem tværsektorielle aktører i sundhedsvæsenet, hvor der ikke findes andre "formaliserede" meddelelsetyper som f.eks. henvisninger, epikriser, ambulante notater og undersøgelsesvar.

I dag kan både kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og hospitaler sende og modtage korrespondancemeddelelser, men der er fortsat stort behov for at styrke anvendelsesgraden i alle sektorer.

Rammeaftale om e-kommunikation (jf. overenskomsten side 151 afsnit A) giver mulighed for, at kommuner og kommunens praktiserende læge kan indgå aftale om at tilstræbe en gensidig svartid på max 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt. 15 kommuner og almen praksis har indgået denne rammeaftale.

Parterne er enige om, at det er relevant at udbrede rammeaftalen til at omfatte alle praktiserende læger, alle kommuner samt alle hospitaler. Dvs. at rammeaftalen udbredes til også at dække korrespondancemeddelelser til og fra hospitalerne. Kommunikationsaftalen på det somatiske område mellem alle kommuner og regionen opererer med gensidig svartid på max 3 hverdage.

Det kan i aftaleperioden være hensigtsmæssigt at ændre på diverse svarfrister, hvorfor parterne er enige om, at det kan være muligt at indgå aftale herom.

Sikker ansvarsoverdragelse på tværs af sektorovergange

Det er afgørende i forhold til patientsikkerheden, at ansvaret er klart placeret i forbindelse med sektorovergange. I dag foregår ansvarsoverdragelse fra hospitalssektoren til almen praksis ofte via epikriser og/eller ved at patienten selv får ansvar for at viderebringe besked til egen læge, om hvilken videre behandling, undersøgelse, henvisning m.v. der evt. ønskes foretaget.

Sikker ansvarsoverdragelse indebærer en klar beskrivelse af opgaven, der ønskes udført af modtageren, ligesom modtageren skal acceptere og kvittere for opgaven, før afsenderen kan anse opgaven, som overleveret sikkert. Opgaver, der ønskes overdraget fra hospitaler til almen praksis, bør derfor

ikke formidles gennem epikriser, hvor kvittering for og accept af opgaven ikke kan finde sted. Telefonisk kontakt eller korrespondancemeddelelser (ved ikke akutte tilfælde) kan her være et redskab.

Såfremt modtageren ikke ser sig i stand til at varetage og kvittere for opgaven, skal afsenderen sørge for opfølgning/behandling på anden vis.

I regi af KAP-H er der nedsat en arbejdsgruppe om sikker ansvarsoverdragelse, der skal udarbejde fælles retningslinjer for sikker kommunikation på tværs af sektorgrænser. Arbejdsgruppen er sammensat med repræsentanter fra såvel hospital, kommune og almen praksis.

Anbefaling

- *at der følges op på resultater fra arbejdsgruppen om sikker ansvarsoverdragelse.*

6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper

Digital kommunikation omkring sårbare borgere og særligt komplekse forløb

Når den digitale kommunikation vedrører sårbare borgere og særligt komplekse forløb, kan der opstå tilfælde, hvor der er særligt behov for at sikre hurtig og let adgang til kommunikation sektorerne imellem. Telefonen er fortsat et relevant redskab ved behov for hurtig kommunikation. Gerne med besked om, at samtalen følges op af en korrespondancemeddelelse. Dette kræver gensidig telefonisk tilgængelighed f.eks. via direkte telefonnumre. Hospitalerne har adgang til telefonnumre til almen praksis via OPUS, men det bør også sikres, at hospitalernes telefonnumre løbende opdateres og kan findes i opslag i lægernes systemer evt. via opdaterede SOR³³ oplysninger. Derudover bør principper for sikker mundtlig kommunikation anvendes³⁴.

Selv ved fuld organisatorisk implementering af korrespondancemeddelelsen som kommunikationsværktøj, kan der være en række barrierer, f.eks. fravær i almen praksis eller andre praktiske forhold hos læge eller patient, der gør, at den ønskede behandling/opfølgning ikke kan finde sted.

Anbefalinger

- *at korrespondancemeddelelser implementeres organisatorisk fuldt ud som kommunikationsredskab i det tværsektorielle samarbejde og efterfølgende indtænkes i sikker ansvarsoverdragelse*
- *at principperne for sikker mundtlig kommunikation anvendes*

³³ SOR er et register, der indeholder organisations- og adressedata om sundhedsvæsenet. Registeret anvendes af en række fagsystemer i sundhedsvæsenet.

³⁴ <http://patientsikkertsygehus.dk/forbedringsmodellen/sikker-mundtlig-kommunikation.aspx>.

- *at rammeaftalen om, at svartiden på korrespondancemeddelelsen tilstræbes at være max tre hverdage, udbredes til alle kommuner, hospitaler og almen praksis.*
- *at der i aftaleperioden er mulighed for at indgå aftaler om at ændre på svarfrister efter behov.*

Bedre digital kommunikation på svangre- og børneområdet

Praktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejen er gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet, fødsel og barnets første leveår. Hvad angår svangreområdet er der behov for en styrket kommunikation mellem fødestederne, almen praksis og sundhedsplejen. Særligt i forhold til sårbare gravide er der behov for aftaler om, hvordan der bedst kommunikeres gerne med digital understøttelse.

Hvad angår børneområdet foregår der i dag ikke en systematisk udveksling af oplysninger mellem almen praksis og sundhedsplejen. Dette kunne bidrage til en mere sammenhængende indsats særligt i forhold til sårbare familier. Almen praksis har udtrykt ønske om, at ”barnets bog”, der er et kommunikationsredskab for kommunernes sundhedspleje, gøres tilgængelig i alle lægesystemer og gøres til et fælles kommunikationsmiddel.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser i aftaleperioden:

Indsatser i sundhedsaftalen om styrkelse af den digitale kommunikation på svangre- og børneområdet:

- Vi vil i aftaleperioden arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.
- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger.

For begge indsatser er der aftalt nedsættelse af en arbejdsgruppe.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet om at sikre en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og børneområdet.*

6.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen

6.4.1 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 forebygge genindlæggelser. Kommunerne varetager bl.a. den forebyggende indsats og patientuddannelse og har i den forbindelse en lang række opgaver i relation til pleje og omsorg, rehabilitering, genoptræning og pleje. Almen praksis' ressourcer rettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud. Kommunerne har visiterede sociale tilbud, som kan støtte borgere i at modtage behandling i almen praksis, herunder bl.a. socialpædagogisk støtte og støtte-kontaktpersonordning.

Opgaveløsningen fordrer et tæt samarbejde mellem kommune og almen praksis, herunder også i relation til opgaver, som lægen giver instruks om til den kommunale sygepleje.

Organisatorisk styrkelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Etablering af Praksisplanudvalget, med praksisplanen som et centralt fælles planlægningsværktøj mellem regionen, kommunerne og almen praksis, er udtryk for det tiltagende behov for, at indsatsen koordineres mellem parterne. Almen praksis' samspil med kommunerne er styrket gennem de seneste år, bl.a. ved kommunalt-lægelige udvalg (KLU) i alle kommuner. Udvalgene sætter rammen for dialog og initiativer om de lokale sundhedsmæssige problemstillinger, som vedrører kommunerne og lægerne. Desuden er der etableret kommunale praksiskonsulenter i de fleste kommuner, som understøtter samarbejdet, dialogen og implementeringen af aftalte indsatsområder. KLU kan udarbejde vejledende retningslinjer inden for relevante samarbejdsområder, f.eks. på forebyggelsesområdet, med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte patient optimeres. KLU kan desuden lave udkast til lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne, som via Kommune Kontakt Rådet (KKR) sendes til Praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen og evt. den underliggende aftale³⁵.

Social-lægeligt samarbejde

Ved social-lægeligt samarbejde formidles relevante sociale og lægelige oplysninger mellem kommuner og læger med henblik på at opnå den optimale sagsbehandling for borgerne. Det social-lægelige samarbejde er særligt vigtigt på følgende områder:

³⁵ Lokale aftaler med alment praktiserende læger i Region Hovedstaden kan kun indgås af PLO-Hovedstaden.

Med reformen af førtidspension og fleksjob er der åbnet op for en ny type tværsektorielt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis. Loven indebærer bl.a., at der skal organiseres rehabiliteringsteams i kommunerne. Rehabiliteringsteamet behandler sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Almen praksis er forpligtiget til at bidrage til arbejdet i rehabiliteringsteamene bl.a. ved udarbejdelse af "Lægeattest til Rehabiliteringsteam LÆ 265". I konkrete forløb vil der være behov for et tæt samarbejde mellem parterne i forhold til aftalen om behandlingsforløb parallelt med et rehabiliteringstilbud.

Med sygedagpengereformen, skal kommunerne indhente LÆ 285 på alle sygemeldte, som forventes at have et sygefravær på mere end 8 uger. Attesten skal foreligge, når kommunen indkalder den sygemeldte til opfølgningssamtale senest 8 uger efter første sygedag. Almen praksis har pligt til at udfylde attesten LÆ 285, når anmodningen med relevante forhåndsoplysninger er modtaget og patienten har bestilt tid og er set i konsultationen.

Kommunerne har fra den 1. juli 2013 desuden været forpligtet til at tilbyde alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte udlændinge en helbredsmæssig vurdering hos en læge.

Således formidles der i forbindelse med det social-lægelige samarbejde et stort antal attester mellem almen praksis og kommunerne, ofte ledsaget af stramme tidsfrister.

Anbefaling

- *at der arbejdes på at tilvejebringe et smidigt og velfungerende samarbejde omkring attester, særligt på beskæftigelsesområdet.*

Gensidig tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne

Den enkelte læge kan have patienter fra forskellige kommuner, hvilket øger kompleksiteten i samarbejdsfladerne for den enkelte praktiserende læge. Desuden øges kompleksiteten af, at den enkelte læge har behov for kontakt til forskellige dele af den kommunale forvaltning.

Der bør derfor i planperioden arbejdes på at forenkle almen praksis' adgang til kommunen. Kommunerne kan ligeledes have behov for at komme i kontakt med almen praksis i dagtiden. Det er derfor et gensidigt forpligtende ansvar, at begge parter kan komme i kontakt med hinanden.

Anbefaling

- *at kommunerne og almen praksis udvikler deres gensidige tilgængelighed, så der hurtigt og klart kan kommunikeres om patienter.*

Dette kan bl.a. ske gennem bedre information på www.sundhed.dk, hvor opdateret information om både telefonnumre og lokationsnumre skal være

tilgængelig. KLU kan med fordel samarbejde om bedre gensidig tilgængelighed.

En forudsætning for en vellykket kommunikation om patienten er, at man har fælles rammer for den kommunikation, der leveres, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes. Dertil kommer aftaler om at bruge sikker mundtlig kommunikation efter ISBAR-princippet³⁶ (se i øvrigt afsnit om sikker ansvarsoverdragelse s. 68).

Anbefaling

- *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).*

6.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne

I det følgende beskrives samarbejdet mellem almen praksis og regionens hospitaler. Der er fokus på, hvordan opgavevaretagelsen i almen praksis understøttes, så der sikres et fortsat fokus på udvikling af kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene.

Praksiskonsulentordning

Hospitalspraksiskonsulenter (HPK) og specialepraksiskonsulenter (SPK) på hospitaler og i psykiatrien er en del af den samlede konsulentordning for almen praksis under KAP-H. Ordningen arbejder for at styrke kommunikationen og samarbejdet primært mellem hospitaler og almen praksis, herunder at styrke kvaliteten i patientforløb på tværs af sektorgrænser.

Patientforløbsbeskrivelser

Der er udarbejdet en lang række patientforløbsbeskrivelser med fokus på henvisningsveje og opgave- og ansvarsfordelingen mellem hospitalerne, herunder Region Hovedstadens Psykiatri, og almen praksis. Disse er tilgængelige for almen praksis på www.sundhed.dk, sammen med øvrige vejledninger og retningslinjer, beskrivelser af pakkeforløb og information om forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Endvidere er de tilgængelige på hospitalernes Vejledninger, Instrukser og Politikker (VIP)-portal.

Central visitation (CVI)

Med henblik på at understøtte hurtig og korrekt visitation og styrke patientsikkerheden, er der etableret centrale visitationsenheder i hvert af de fire planlægningsområder i regionen. Samtidig er det mere enkelt for praksissektoren, når der kun henvises til ét lokationsnummer pr.

³⁶ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling. Står for **I**dentifikation, **S**ituation, **B**aggrund, **A**nalyse og **R**åd (www.patientsikkerhed.dk).

planlægningsområde. CVI'erne håndterer somatiske henvisninger fra almen praksis og speciallæger³⁷.

Almen praksis kan både kontakte den modtagende afdeling og få telefonisk rådgivning ved CVI i forbindelse med tvivlsspørgsmål om konkrete henvisninger.

En evaluering af den somatiske CVI viste i 2012, at der var behov for at styrke kendskabet til CVI'erne ligesom der var behov for at øge henvisningernes kvalitet. I samarbejde med praksiskonsulentordningen har der på den baggrund været gennemført en række tiltag i form af gå-hjem-møder, orientering via PraksisNyt, og der gennemføres en årlig audit af udvalgte dele af CVI'ernes håndtering af henvisningerne. Derudover kan praksiskonsulenterne inddrages mere konkret i arbejdet med opfølgning på henvisninger med ringe kvalitet.

Også inden for hospitalspsykiatrien er der etableret en central visitation (CVI) for at forenkle henvisningsvejene til behandling. Der er etableret særskilt CVI for hhv. børn og unge samt for voksne. For at understøtte en fortsat høj kvalitet i henvisningerne af disse patienter, der ofte har komplicerede og komplekse problemstillinger, er det nødvendigt med gensidig fleksibilitet og mulighed for rådgivning i henvisningssystemet. Der er som fælles baggrund udarbejdet specifikke henvisningsvejledninger til hhv. voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i samarbejde med almen praksis.

Diagnostik og rådgivning

Det vurderes at almen praksis i behandlingen af patienten kan få frigivet ressourcer ved en øget fleksibilitet i form af hurtig adgang til diagnostiske ydelser, adgang til sub-akutte ambulante tider, og øvrig rådgivning fra regionens hospitaler.

Diagnostiske enheder (DE)

Der er i 2012 etableret diagnostiske enheder på akuthospitalerne, som skal sikre sub-akut ambulante udredning af patienter med alvorlig sygdom med uklare symptomer (MAS) eller hvor kræft er konstateret, men primær tumor er ukendt (MUP). Almen praksis, speciallægepraksis og hospitalsafdelinger kan henvise til de diagnostiske enheder, når der er mistanke om, at en patient har alvorlig uafklaret sygdom, hvor diagnosticering ikke umiddelbart har været mulig. Forløbene omfatter ikke børn.

For patienter der henvises med mistanke om kræft, er det vigtigt, at almen praksis informerer patienterne om, at de starter i kræftpakkeforløb.

Foruden henvisning til de diagnostiske enheder, kan almen praksis søge rådgivning ved CVI'en eller på afdelingsniveau om konkrete patienter, hvor det er uklart, om der skal foregå en videre udredning i praksis, på en

³⁷ Bornholms Hospital er af geografiske grunde ikke omfattet af CVI

organspecifik afdeling eller om der skal henvises til en diagnostisk enhed. Denne rådgivningsfunktion medvirker til dialog og sparring sektorerne imellem, ligesom den skal sikre, at henvisninger er relevante og sker på et oplyst grundlag.

Anbefalinger

- *at der arbejdes videre med at udvikle og implementere almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet*
- *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.*

Rådgivning af almen praksis på det psykiatriske område

Som en del af CVI i Region Hovedstadens Psykiatri er der etableret en 'klinisk visitation', som foretager fremskudt visitation af de patienter, hvor det er vanskeligt for almen praksis og psykiatriens CVI at vurdere, om der er tale om hospitalsbehandlingskrævende psykisk sygdom, eller om patienten skal tilbydes anden behandling.

Foruden muligheden for at kontakte den centrale visitation eller de psykiatriske centre, er der etableret telefonrådgivningsordninger, som almen praksis, kommuner m.fl. kan rette henvendelse til vedr. ADHD-behandling, patienter med dobbeltdiagnoser, spiseforstyrrelser, gravide i antidepressiv behandling og gravide i behandling med antipsykotisk medicin.

Desuden kan almen praksis henvende sig samt henvise patienter og pårørende til Region Hovedstadens Psykiatris rådgivningscenter Psyk-Info for vejledning og rådgivning om psykisk sygdom og behandling. Regionens hospitaler holder desuden jævnligt gå-hjem-møder for praksissektoren om faglige temaer og om henvisning og visitation.

Anbefalinger

- *at behovet for rådgivning vedr. psykiatri på tværs af sektorer afklares og udvikles i et samarbejde mellem parterne*
- *at kendskabet i almen praksis til rådgivningsordningerne på det psykiatriske område udbredes*
- *at der i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis fokuseres på relevant efteruddannelse.*

Rådgivning vedr. medicin

Almen praksis tilbydes telefonrådgivning fra Medicininfo fra Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler i forhold til konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicinering, samt om enkelte præparater.

Anbefaling

- *at fremme kendskab til muligheden for at kontakte og bruge Klinisk Farmakologisk Afdeling – Medicininfo.*

Diagnostisk bistand indenfor de parakliniske specialer

Almen praksis har foruden diagnostiske muligheder i egen klinik andre diagnostiske henvisningsmuligheder og undersøgelsessteder inden for de parakliniske specialer.

En organisatorisk og fysisk samordning af laboratoriebetjeningen indebærer, at Region Hovedstadens Elektive Laboratorium (RHEL) nedlægges med virkning fra 1. januar 2016, idet analysefunktionen overflyttes til fire hospitalslaboratorier. Der etableres samtidig en regional kvalitetsordning og en tilsvarende serviceordning, der skal sikre, at lægerne får samme service efter organisationsændringen.

Radiologi

Patienter fra hele regionen kan henvises til såvel regionens speciallægepraksis i radiologi som til tilbud på hospitalsafdelinger. Flere hospitaler og speciallæger har såkaldte walk-in-funktioner, hvor patienter med en henvisning fra almen praksis kan få taget røntgenbilleder uden forudgående tidsbestilling.

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

Akut sygdom og akutberedskab

Det er en overordnet målsætning i regionens præhospitale indsats, at regionens borgere skal have let og lige adgang til akut hjælp. Der skal være en sammenhæng i det akutte patientforløb fra telefonisk rådgivning, præhospital behandling, behandling i almen praksis og på hospital. Dette tilsiger en tættere sammenhæng, mellem praksisområdet, og de akutte funktioner og beredskab. Det præhospitale akutarbejde og beredskab koordineres af den Præhospitale Virksomhed.

Almen praksis er også en vigtig del af beredskabet i regionen, ved større hændelser. Det kan f.eks. være i forbindelse med epidemier med behov for massevaccination og ved behov for behandling af mange borgere ved katastrofer.

I dagtiden er almen praksis patienternes indgang til sundhedsvæsenet, også vedr. akut opstået sygdom og lettere skadestilfælde. I henhold til overenskomsten skal patienter ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos egen læge eller navngiven stedfortræder indtil kl. 16 samme dag. Finder lægen, at der er behov for behandling på en akutmodtagelse/akutklinik, henviser lægen patienten via CVI.

Hvis patienter i dagtiden henvender sig telefonisk med skader eller sygdom, som bør behandles i almen praksis, instrueres patienterne om at henvende sig hos egen læge. Uden for praktiserende lægers åbningstid er Akuttefonen

1813 borgernes indgang til akutsystemet. Når en patient er blevet akut behandlet af 1813 eller på en akutmodtagelse/klinik, sendes en epikrise, der skal indeholde relevante oplysninger til almen praksis. Der arbejdes med at sikre, at alle relevante oplysninger fremgår tydeligt af epikriserne.

Akut psykisk sygdom

Den Psykiatriske Udrykningstjeneste er et supplement til de psykiatriske akutmodtagelser, der kan hjælpe og rådgive patienter, pårørende og samarbejdspartnere i akutte situationer, som involverer svær psykisk sygdom – herunder guide til relevant behandling. Der er tale om borgere, som kommer i en pludselig alvorlig krise med risiko for selvmord, og hvor der ikke er mulighed for henvendelse til en psykiatrisk akutmodtagelse og borgere med komplicerede psykiatriske tilstande, hvor en hurtig psykiatrisk indsats kan forhindre tvangsindlæggelse.

Det er væsentligt, at almen praksis kan henvise til en hurtig vurdering i hospitalspsykiatrien som et alternativ til akut indlæggelse. I tvivlstilfælde kan almen praksis søge rådgivning ved de psykiatriske akutmodtagelser og komme i kontakt med en bagvagt telefonisk.

Anbefaling

- *at der arbejdes for at udbrede kendskabet til mulighederne for akut psykiatrisk hjælp.*

6.4.3 Samarbejde mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren

Som gatekeeper til sundhedsvæsenet, er almen praksis i udgangspunktet patientens indgang til behandling i den øvrige praksissektor. Ved henvisninger er det vigtigt, at almen praksis tilvejebringer den relevante information for den behandler, der overtager behandlingsansvaret. For patienter henvist fra almen praksis til den øvrige praksissektor har almen praksis behov for en tilbagemelding om resultatet af behandlingen i form af en epikrise.

For alle behandlergrupperne i praksissektoren er der praksiskonsulentordninger eller lignende, som fokuserer på kvalitetsudvikling af det tværsektorelle og tværfaglige patientforløb, herunder kommunikation og samarbejde med bl.a. almen praksis.

Samarbejdet med praktiserende psykologer

Praktiserende psykologer modtager patienter efter henvisning fra almen praksis. Dansk Psykologforening og Danske Regioner drøfter og definerer i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation relevant information, der skal udveksles gennem henvisninger, startbreve fra psykolog til henvisende læge ved behandlingsstart og epikriser for at sikre sammenhæng i patientforløb.

Sideløbende hermed fokuseres der regionalt på udvikling af samarbejdet mellem psykologer og almen praksis i regionen, herunder:

- en ny og mere informativ vejledning til almen praksis om henvisning til psykolog
- epikriseskrivning, der skal medvirke til at øge antallet og kvalitetsudvikle indholdet af epikriser.

Samarbejdet med praktiserende kiropraktorer

Borgerne kan få behandling hos kiropraktor uden henvisning, men almen praksis kan også henvise til kiropraktor. Kiropraktorernes kompetenceområde har i et vist omfang overlap med andre faggrupper, der beskæftiger sig med lidelser i bevægeapparatet – herunder almen praksis, fysioterapi og visse speciallæger. Særligt i forhold til forløbsprogram for lænderyglidelser er der en samarbejdsflade til almen praksis.

Overenskomsten for kiropraktorer stiller ikke et generelt krav om afsendelse af epikriser til patientens læge eller til henvisende læge, men peger dog på, at kommunikationen med almen praksis særlig er vigtig, når patienten har et parallelt forløb, som gør en tværgående indsats påkrævet. I disse tilfælde er der krav om, at kommunikation følger gældende MedCom-standarder, herunder epikrise.

Samarbejdet med praktiserende fodterapeuter

Almen praksis kan henvise patienter med relevante diagnoser til behandling hos praktiserende fodterapeut. For alle patienter kommunikeres med praktiserende læge om symptomer og behandling. For patienter med diabetes, som udgør størstedelen af patienterne, er der særlige krav, der er nærmere beskrevet i diabetesforløbsprogrammet.

Samarbejdet med praktiserende fysioterapeuter

Patienterne i fysioterapeutpraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis. For at sikre det optimale tværfaglige samarbejde og et sammenhængende forløb for patienten, er der regionalt fokus på at styrke kvaliteten af kommunikationen mellem almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapipraksis. Det er endvidere vigtigt, at de relevante og nødvendige oplysninger er medtaget i såvel henvisninger som i notat til patientens praktiserende læge (epikriser).

Almen praksis kan ved visse diagnoser henvise patienter med svært fysisk handicap eller progressiv lidelse til vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter. I forbindelse med henvisning til vederlagsfri fysioterapi opleves dog flere problemstillinger omkring samarbejdet og henvisningsgrundlaget. Det foreslås derfor, at der gensidigt arbejdes med information til almen praksis om vederlagsfri fysioterapi.

Med henblik på at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse er det en indsats i sundhedsaftalen at sikre løbende dialog mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem kommunale tilbud om genoptræning og rehabilitering og den vederlagsfrie fysioterapi. I takt med at nærmere afklaring opnås, skal denne udbredes til almen praksis

Samarbejdet med praktiserende speciallæger

Langt de fleste patienter i speciallægepraksis er henvist fra almen praksis. For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb er der fokus på at understøtte og fremme kommunikation og samarbejde med speciallægerne. Speciallæger sender epikrise til henvisende læge, når en patient er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet i speciallægepraksis.

Høringsudkast

Del 5

7. Kvalitet

Almen praksis er – som patientens primære kontakt med sundhedsvæsenet – kendetegnet ved, at en væsentlig del af patientkontakterne ikke er sygdomsspecifikke. Kontinuiteten danner grundlaget for at varetage de mange funktioner: Forebyggelse af sygdom, understøttelse af patientens varetagelse af egen sundhed, opsporing af alvorlig sygdom, kontrol af patienter med kronisk sygdom, sygdomsspecifik behandling m.m. Det er væsentligt, at almen praksis fortsat arbejder med udgangspunkt i individet og relationen mellem patient og læge.

Kvalitetsudvikling beskrives her som udvikling af praksis i relation til patientoplevelen, faglig, organisatorisk samt datadrevet kvalitet.

I regi af Overenskomst om almen praksis er der afsat midler til regionalt kvalitetsudviklingsarbejde placeret i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget – KEU, som er et underudvalg til samarbejdsudvalget. Efter aftale i samarbejdsudvalget udmøntes midlerne bl.a. til KAP-H, herunder arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som er omdrejningspunktet for en del af det kvalitetsforbedrende arbejde, der skal fokuseres på i planperioden. Andre regionale kvalitetstiltag er forankret i Center for Sundhed.

Det er afgørende, at der ved påtænkte initiativer sikres fokus på udvikling af ikke blot den målbare kvalitet, men hele den samlede kvalitet af arbejdet i almen praksis.

7.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i almen praksis

Nationale kvalitetsinitiativer, Overenskomst om almen praksis samt regionale kvalitetsstrategier er beskrivende for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan.

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

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket relevant dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Patientmedinddragende forløbsstyring og tværsektoriel sammenhæng.

7.1.1 KAP-H - Regional kvalitetsorganisation

I 2013 etablerede regionen i samarbejde med PLO-Hovedstaden en fælles konsulentordning for almen praksis, KAP-H.

Formålet med KAP-H er at understøtte kvalitet og sammenhæng i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Ordnningen har en række praktiserende læger tilknyttet til at varetage undervisning og facilitere kvalitetsudvikling hos deres kolleger i almen praksis inden for udvalgte temaer; it, tværsektorielt samarbejde, medicin, patientsikkerhed og organisering og den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE).

Bla. har KAP-H af samarbejdsudvalget fået til opgave at understøtte almen praksis i forbindelse med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

7.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis

Delmålsætning

- at almen praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling.

Anbefaling

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

DDKM er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet. Det er kendetegnende ved DDKM, at der ikke alene er fokus på kvaliteten af sundhedsydelserne - herunder både enkeltydelser og overgange - men også på processer og strukturer, der understøtter patientbehandling samt den patientoplevede kvalitet.

I henhold til Overenskomsten for almen praksis skal alle klinikker akkrediteres efter DDKM inden august 2018. Hensigten med akkreditering er at:

- fremme kvaliteten af patientforløb og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet³⁸.

Boks 13: Overenskomstens bestemmelser om Den Danske Kvalitetsmodel

Uddrag af overenskomstens § 92 om Kvalitetsmodel for almen praksis

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal være omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Modellen skal understøtte og fokusere på kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Kvalitetsudviklingen skal primært tage sit udgangspunkt i den dataopsamling, der sker via datafangst, samt resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelser. DDKM skal ligeledes sikre den organisatoriske kvalitet i praksis.

Implementeringen af DDKM understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyor-ordningen i IKAS.

Alle praksis skal være akkrediteret senest 31. august 2018 – undtagen dem, der ifølge overenskomsten kan bede om undtagelse i henhold til forventet ophør inden for 5 år.

7.2.1 Akkrediteringsprocessen

Der er udarbejdet 16 vejledende standarder for almen praksis³⁹. Standarderne omhandler det gode patientforløb, patientinddragelse, patientsikkerhed, ledelse og organisation samt sygdomsspecifikke standarder.

³⁹ Akkrediteringsstandarder for almen praksis, IKAS (November 2014).

Understøttelse af almen praksis i arbejdet med DDKM i Region Hovedstaden

DDKM skal introduceres i almen praksis som en del af den nye overenskomst for almen praksis. I den forbindelse skal KAP-H bistå almen praksis i processen. Der skal akkrediteres ca. 250 praksis pr. år i Region Hovedstaden i hhv. 2016, 2017 og 2018. Der afholdes fyraftensmøder for alle praksis i starten af 2015, og der iværksættes målrettede indsatser for klinikker, der skal akkrediteres i 2016. DAK-E understøtter i arbejdet med standarderne med skema til registrering og eksempler på dokumentation.

7.3 Den organisatoriske kvalitet

Delmålsætninger

- at almen praksis arbejder med ledelse og organisering med henblik på at opnå en bedre kvalitet og arbejdstilrettelæggelse
- at patientforløb søges optimeret via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Der er opmærksomhed på det vilkår, at almen praksis består af mange forskellige enheder, fra små enmandspraksis med få eller ingen ansatte til større kompagniskaber med flere læger og ansatte. Der vil således, afhængig af klinikstørrelse og patientunderlag, være forskellige krav og fokusområder for at opnå den bedste organisatoriske kvalitet.

Anbefalinger

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

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange i almen praksis og samordningen med sundhedsvæsenets indsats i patientforløb⁴⁰.

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring (patientsikkerhed) og dokumentation.

Når der arbejdes målrettet med den organisatoriske kvalitet, er der fokus på, at der så vidt muligt foreligger forsøg, projekter og forskning til grund, der viser en effekt på definerede mål, før de implementeres generelt. Det anbefales særligt at understøtte forsøg, projekter og forskning, der har fokus på gøre en indsats, der allokerer ressourcer til de patientgrupper, der er mest syge, og hvor indsatsen har størst effekt. Herunder, at behandlingskvaliteten ikke påvirkes negativt af

⁴⁰ Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

organisatoriske forandringer. Sammenhæng i patientforløb, sårbare og udsatte patienter bør prioriteres.

7.3.1 Ledelse og praksisudvikling

Hensigtsmæssig anvendelse af praksispersonale, arbejdsorganisering og anvendelse af data kan have en positiv effekt på kliniske resultater.

Det er naturligt, at de praktiserende læger, uanset praksisform, fortsat arbejder for en forbedret arbejdstilrettelæggelse og ledelse i praksis.

Arbejdet med ledelse og praksisudvikling understøttes af KAP-H I form af ledelses- og udviklingskurser samt bistand af organisationskonsulenter.

7.4 Den sundhedsfaglige kvalitet

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de ydelser, sundhedsprofessionelle tilbyder. Den grundlæggende ydelse i almen praksis er at stå til rådighed for patienternes henvendelser, levere en individualiseret almen medicinsk vurdering, diagnosticering, rådgivning (herunder eventuelt henvisning), opfølgning og behandling. Den almenmedicinske ydelse sikrer en patientcentreret tilgang ud fra patientens ønsker og behov.

Almen praksis såvel som samarbejdspartnere arbejder i overensstemmelse med gældende vejledninger og forløbsprogrammer, herunder med en fælles forståelse af arbejdsvilkår på tværs af sektorer.

Delmålsætninger

- at almen praksis er opdaterede i forhold til de gældende faglige retningslinjer og inddrager disse i behandlingen afhængig af den enkeltes ønsker og behov
- at almen praksis foretager relevant dokumentation af kvaliteten af behandling
- at patientsikkerhed i almen praksis styrkes
- at understøtte udviklingen af efteruddannelses tilbud i almen praksis, som løfter kvaliteten og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen
- at almen praksis vedligeholder og systematisk udvikler individuelle kompetencer.

Anbefalinger

- *at det kvalitetsforbedrende arbejde understøttes med udgangspunkt i evidensbaserede vejledninger*
- *at understøtte, at patienterne tilbydes relevant diagnosticering og korrekt behandling ud fra rammerne for den personcentrerede medinddragelse.*

7.4.1 Patientsikkerhed

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

Patientsikkerhed handler om at forebygge utilsigtede hændelser gennem læring og sikre løbende forbedringer af patientsikkerheden i det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Den regionale patientsikkerhedsorganisation

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, som skal tage sig af sagsbehandling, analyse, læring og formidling af rapporterede utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker og mellem sektorer:

- Tværsektorielle patientsikkerhedsfora, etableret under samordningsudvalgene
- Patientsikkerhedsråd med deltagelse af alle fagpolitiske organisationer i praksissektoren, praksiskonsulenter, kommunale repræsentanter, apotekerne og den regionale patientsikkerhedsorganisation.

Praksissektorens patientsikkerhedsorganisation understøtter den enkelte praksis i arbejdet med at øge patientsikkerheden.

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fra almen praksis har været stigende siden 2010. Det bør være en fortsat målsætning i planperioden at tilskynde til rapportering fra almen praksis om utilsigtede hændelser med henblik på læring og kvalitetsforbedring, idet der arbejdes på at gøre indberetningen mere smidig og mindre tidstung.

Oplysninger om patientsikkerhedsarbejdet med relevans for almen praksis i regionen er samlet på www.sundhed.dk⁴¹. Siden indeholder bl.a. beskrivelse af rapporteringspligt, baggrundsoplysninger, kontaktpersoner, informationsmateriale og en værktøjskasse, som understøtter arbejdet med patientsikkerhed i den enkelte praksis.

I regi af KAP-H er der ansat patientsikkerhedskonsulenter, som arbejder med at styrke læringsdelen og læring i almen praksisklinikkerne, ligesom patientsikkerhed så vidt muligt indtænkes i øvrige kvalitetsindsatser.

Patientsikkerhed og akkreditering

Det er vigtigt at indtænke patientsikkerhed i alle sammenhænge, og derfor også i kvalitetsmæssige tiltag.

Patientsikkerhed skal ligeledes indarbejdes i forhold til akkrediteringsprocessen. DDKM for almen praksis omfatter en standard om utilsigtede hændelser samt fem patientsikkerhedskritiske standarder.

⁴¹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser på samme måde som sundhedsfaglige personer. Det sker indtil videre kun i beskedent omfang.

Anbefaling

- *at understøtte udviklingen af patientsikkerhed, herunder fremme arbejdet med indrapportering af utilsigtede hændelser.*

7.4.2 Efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse er en del af den Overenskomsten for almen praksis. I Fonden for Almen Praksis arbejdes der i øjeblikket på, hvordan den systematiske efteruddannelse kan organiseres og tilrettelægges.

Boks 14: Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb inden for aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund og relevans i forhold til den enkelte læges faglige baggrund.

Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til, at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov, under stadig hensyntagen til sikring af den almenmedicinske lægefaglighed og til kapaciteten i almen praksis.

Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen praksis.

Systematisk efteruddannelse er forankret i Fonden for Almen Praksis og sekretariatsbetjenes af PLO.

Det forventes, at KAP-H og den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE) vil spille en rolle i udviklingen og implementeringen af den systematiske efteruddannelse. Såvel som Region Hovedstaden også vil bidrage med undervisningstilbud.

DGE er organiseret i regi af KAP-H med en DGE-koordinator og efteruddannelsesvejledere, der har til opgave at styrke den decentrale og selvvalgte efteruddannelse, herunder supervision.

Anbefalinger

- *at der i planperioden inddrages vidensformidling og udvikling i det kommunale sundhedsvæsen i efteruddannelsesaktiviteterne*

- *at der ud fra anbefalingerne i den samlede praksisplan udarbejdes relevante efteruddannelsesaktiviteter.*

7.5 Den patientoplevede kvalitet

Delmålsætning

- at dokumentere patientoplevelser i almen praksis og at almen praksis arbejder systematisk med udvikling med henblik på kvalitetsforbedringer samt bedre patientbehandling og øget patientsikkerhed.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet.

Det er i overenskomsten aftalt at sætte fokus på den patientoplevede kvalitet i almen praksis ved gentagne patienttilfredshedsundersøgelser som led i DDKM.

Patientinddragelse bør være et element i den løbende kvalitetsudvikling i almen praksis, f.eks.:

- I patienttilfredshedsundersøgelser.
- Ved gennemførelse af DDKM, hvori der også er en vejledende standard om patientinddragelse.
- Inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsanalyser.

I forhold til den enkelte praksis, sondres der mellem patientinddragelse vedr. egen behandling og inddragelse af patienternes vurdering i den organisatoriske tilrettelæggelse i klinikken.

Anbefaling

- *at der i planperioden fokuseres på udvikling og kvalitetsforbedringer på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.*

7.5.1 Læring ved patienttilfredshedsundersøgelser og patientevalueringer

Når almen praksis gennemfører patienttilfredshedsundersøgelser (jf. overenskomstens § 93) skal klinikken anvende tilbagemeldinger fra patienterne til at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser.

Standard 1.4: Patientevalueringer

- Klinikken anvender tilbagemeldinger fra patienter til at forbedre klinikken ydelser. Formålet er at skabe læring og forbedre klinikken ydelser på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.

Indikatorer:

- Ved interviews med læger og praksispersonale kan almen praksis redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldinger.
- Der er gennemført patientevaluering via DAK-E inden for de sidste tre år, og læger og praksispersonale kan redegøre for, at der er fulgt op på resultater.

Anbefaling

- *at følge arbejdet med at skabe læring ved inddragelsen af patienterne.*

7.6 Datadrevet kvalitetsudvikling

Regler og krav for de kliniske kvalitetsdatabaser er formuleret således, at det sikrer højest mulig validitet af data. At den enkelte læge kan reproducere diagnosen og inkludere patienter i databasen, som lever op til afgrænsningen.

Der bør sættes specifikt ind over for at øge validiteten af data i de kliniske kvalitetsdatabaser, og der bør jævnligt foretages undersøgelser af validiteten af de inkluderede patienter. Der bør sættes en nedre grænseværdi for, hvor stor en procentdel de inkluderede patienter skal udgøre for at kunne anvende data til meningsfulde konklusioner.

Patientens kliniske resultater kan ikke stå alene som mål for kvaliteten, idet individuelle forhold og medinddragelse af patienter nødvendigvis har en effekt på de kliniske indikatorer. Ensartethed i patienternes kliniske resultater er ikke i sig selv et mål og kan ikke i sig selv udgøre et mål for kvalitet.

Anbefaling

- *at der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser via efteruddannelsesaktiviteter.*

Derudover afventes der i planperioden nationale tiltag på området datadrevet kvalitet.

Bilag

Grundbeskrivelse for almen praksis

Høringsudkast

**Bilag: 5.3. Høringsbrev vedr. Praksisplan for Almen Praksis i Region
Hovedstaden 2015-2018**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 50474/15

Høringsparterne

Opgang B & D
Telefon 3866 6000

Mail csu@regionh.dk

Dato: 26. juni 2015

Høring: Praksisplan for almen praksis 2015-2018 for Region Hovedstaden

I henhold til lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, skal der i hver valgperiode udarbejdes en praksisplan vedrørende almen praksis, der udgør en del af regionens sundhedsplan. Praksisplanen udarbejdes af Praksisplanudvalget, der består af kommunale og regionale medlemmer, samt medlemmer udpeget blandt de praktiserende læger.

Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og praktiserende læger. Praksisplanen skal understøtte almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen og sikre sundhedsaftalens gennemførelse.

Høringsudkastet er sendt i høring til de myndigheder og organisationer m.v., der fremgår af vedlagte høringsliste. Der ønskes ét høringssvar pr. høringspart. Alle høringsparter er velkomne til at indhente relevante informationer fra øvrige parter i egen organisation, herunder eksempelvis brugerråd m.v., men de formelle høringsparter er de nævnte i høringslisten.

Afgivelse af høringssvar og høringsfrist

Høringsmaterialet vedr. praksisplan for almen praksis 2015-2018 er tilgængelig på følgende link:

<https://www.regionh.dk/Sundhed/Politikker-Planer-Strategier/Praksisplaner/Sider/H%C3%B8ring-Almen-Praksisplan-2015-2018.aspx>
Høringssvar afgives i det i høringsmaterialet vedhæftede skema til afgivelse af høringssvar. Høringsfristen er **18. oktober 2015 kl. 09.00.**

Spørgsmål til høringen kan rettes til:

E-mail: csu-almenpraksisplan@regionh.dk, eller
Telefon: 38 66 53 16, specialkonsulent Tine Eja Bonke, 38 66 53 41,
specialkonsulent Stine Mieth-Waldorff eller 38 66 61 07, specialkonsulent Birgitte Harbo.

Den videre proces

Høringsudkastet forelægges fra høringsperiodens start for Sundhedsstyrelsen med henblik på rådgivning fra styrelsen. Yderligere forelægges høringsudkastet for Sund-

hedskoordinationsudvalget og Patientinddragelsesudvalget.

Efter endt høringsperiode tilrettes planudkastet på baggrund af de indkomne høringsvar, og praksisplanen forventes herefter godkendt således, at praksisplanen kan træde i kraft ved årsskiftet.

Praksisplanudvalget ønsker på forhånd at kvittere for høringsparternes bidrag til, at praksisplanen kan medvirke til at sikre sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet i Region Hovedstaden.

På vegne af Praksisplanudvalget

Per Seerup Knudsen
Formand for Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden

Bilag: 5.4. Høringsskema - almen praksisplan region hovedstaden 2015 - 2018

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 65014/15

Høringssekema Almen Praksisplan 2015-2018 - besvaret af

Organisation: Allerød Kommune

E-mail:

lipe@alleroed.dk

Dato

31.aug. 2015

Praksisplanens del 2: Patienten som aktiv samarbejdspart

Det er afgørende, at der tænkes i konkrete mål og indsatser, samt forpligtende handlinger for at opnå de gode intentioner, der er beskrevet i afsnittet. Herunder at der er afsat tid til dialog med borger, og at der sikres kommunikationskompetencer til reelt at inddrage borger, patient og pårørende.

Praksisplanens del 2: Nye samarbejdsformer

En meget fin beskrivelse af nye muligheder og samarbejdsformer, hvor fokus må være på at disse modeller for samarbejde kan indgå som en forpligtelse for alle praktiserende læger. Altså at der ikke er tale om at det bør ske, men at det skal ske.

Vi vil gerne gøre opmærksom på at understøttelse af indsatser i eget hjem kan ske gennem anvendelse af en bred vifte af muligheder,- fx sikre inddragelse af og samarbejde med hjerneskadekoordinatorer hos borgere med erhvervet hjerneskade.

Almen praksis er den centrale aktør i forhold til patientens samlede forløb, og derfor er det afgørende for nye samarbejdsformer, at også almen praksis indgår i udviklingen og afprøvningen af mere integrerede løsninger og modelprojekter.

Det må forventes, at der skal udarbejdes en tidsplan i forhold til milepæle og succeskriterier, idet der for nogle almen praktiserende læger vil være tale om nye tilgange og opgaver i forhold til det samlede sundhedsvæsen.

Praksisplanens del 2: Lighed i sundhed

Det er som beskrevet centralt, at der kommer særligt fokus på tidlig opsporing, og at dette sker i tæt samarbejde med kommunerne.

Det kan overvejes om koordinator-modellen fra hjerneskadeområdet eller en lignende model kan udbredes til andre sårbare borgergrupper for at søge at mindske ulighed i sundhed.

Det er en forudsætning, at almen praksis indgår ansvarligt og som forpligtende part i samarbejdet.

Praksisplanens del 3: Kapacitet og tilgængelighed

Såvel kommunernes stadig mere komplekse borgerforløb, akutte og midlertidige tilbud som mange af indsatserne i sundhedsaftale III, forudsætter at der hele tiden skabes bedre tilgængelighed og fleksibilitet også i almen praksis,- herunder som beskrevet en velfungerende model for lægeligt ansvar ift akut pladser, pleje og behandlinger der kræver udvidet kompetence og delegering. Igen er det afgørende, at der er tale om skal aftaler, og ikke alene hensigter.

Det ønskes velkomment, at plejecenterlæger er medtaget i planen.

Genoptræningsopgaver som følger efter accelerede patientforløb og tidligere udskrivninger kræver styrket kompetenceniveau i personale grupperne i kommunerne,- såvel ift omsorg og træning.

De praktiserende læger er en central aktør i hele det borgernære sundhedsvæsen, og er som tidligere meget ofte gatekeeper og tovholder i forhold til borgerne. Det kan overvejes, hvordan de praktiserende læger bedst kan støttes til at varetage denne funktion.

Praksisplanens del 4: Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen

Samarbejde med praktiserende fysioterapeuter forudsætter afklaring, fokus og ansvar hos den praktiserende læges konkrete funktion som gatekeeper i forhold til borgernes tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Det ønskes afklaret og beskrevet, hvordan det sikres at almen praksis følger forløbsprogrammernes sundhedsfaglige indhold, anbefalinger og tilbud til den enkelte patient og løfter deres rolle som tovholder for patienten,- herunder henviser til relevante tilbud i kommunerne. Anbefalingerne på side 40 synes vage, da det er essentielt for patientforløbsprogrammernes implementeringskraft og effekt at almen praksis varetager sin del af opgaven og er aktiv bruger af SOFT portalen.

Vedrørende medicinområdet, er det tilfredsstillende at der i planen tages højde for medicingennemgang, FMK, dosisdispensering mm. Men det virker utilstækkeligt, at der i

flere sammenhænge anføres at almen praksis har mulighed, men ikke pligt til at gennemføre indsatser, der ofte er en forudsætning for at sikre at patienter og borgere får den korrekte medicin.

Praksisplanens del 5: Kvalitet

Det ønskes velkomment, at der forsat er stærkt fokus på kvalitet og udvikling, og at flere af udviklingstiltagene understøtter den fremadrettede udvikling af det borgernære sundhedsvæsen. Herunder at patientsikkerhed og utilsigtede hændelser er en del af planen.

Øvrige kommentarer til praksisplanen eller høringen:

Det bemærkes at der gennemgående i praksisplanen er anvendt formuleringer om at indsatser eller andet **bør** ske, mens det kun sjældent fremgår, at der er tale om et forpligtende **skal** punkt. Dette vil vi anbefale genovervejes, da det opleves som en forudsætning for at få planen til at arbejde ude i de konkrete sammenhænge.

Det tilsendte materiale om de underliggende aftaler skaber bekymring, og er svært at gennemskue og forholde sig til. Det er dog afgørende, at der såvel for underliggende aftaler og § 2 aftaler, sker en central håndtering af modellerne, at det sikres at der bliver vejledning til aktørerne, og at der aftales takster mm centralt.

Det virker ikke realistisk, at håndtere disse forhandlinger i KLU-erne og det vurderes, at der kan være risiko for uhensigtsmæssige konkurrence og konflikter, hvis der skal forhandles lokalt.

Det kan overvejes, om det er muligt at skabe økonomiske incitamentter for de praktiserende læger i forhold til at indgå forpligtende samarbejde, uden at det skal være detaljerede finansieringsmodeller.

Høringsskemaet er helt umuligt,- og har betydet meget ekstra arbejde, ift at få anvendt de forudbestemte muligheder.

Det ser stadig fjollet ud, og det må kunne gøres bedre.

**Bilag: 6.1. Fremtidens organisering Strukturanalyse af Ældre og
Sundhedsområdet 2015.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 67944/15

August 2015

FREMTIDENS ORGANISERING

STRUKTURANALYSE AF ÆLDRE- OG SUNDHEDSOMRÅDET

Allerød Kommune



Indhold

Fremtidens organisering.....	4
Fremtidens udfordringer	6
Proces	7
Metode	9
Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen	9
Konklusion & anbefalinger: Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen.....	9
Anbefalinger	9
Organisatorisk placering af midlertidige pladser & akutfunktion	10
Konklusion & anbefalinger: Organisatorisk placering af midlertidige pladser og akutfunktion	10
Anbefalinger	10
Planlægning & vejtid.....	10
Konklusion & anbefalinger: Planlægningen & vejtid.....	10
Anbefalinger	10
Udnyttelse af terapeutkompetencer.....	11
Konklusion og anbefalinger: Udnyttelse af terapeutkompetencer.....	11
Anbefalinger	11
Dokumentationsoptimering	12
Konklusion & anbefalinger: Dokumentationsoptimering.....	12
Anbefalinger	12
Organisationstilpasning	13
Baggrund for organisationstilpasning.....	13
Nuværende organisering af Ældre og Sundhed	13
Sammenlægning af plejcentre.....	14
Integreret genoptræning.....	15
Oprettelse af overordnet virksomhedsleder	15
Mulige organisationsmodeller.....	16
Model A:	16
Model B:	17
Model C:	18



Fremadrettet proces.....	18
Estimeret gevinstrealisering	19
Implementeringsplan	20

Fremtidens organisering

Allerød Byråd besluttede i 2013, at der skulle udarbejdes en strukturanalyse på ældre- og sundhedsområdet. Første del af analysen blev gennemført af Rambøll, på baggrund af et politisk kommissorie, og resultaterne blev fremlagt for Sundheds- og Velfærdsudvalget d. 28. maj 2014. Analysens formål var at undersøge potentialer for optimering, i forhold til organisering og arbejdsgange.

På baggrund af Rambølls analyse og anbefalinger var der behov for øget konkretisering af anbefalingerne for at lettere og sikre implementeringen. Dette har været fokus for denne del af analysen. Formålet har overordnet været at undersøge og udfolde potentialer for at sikre en effektiv indretning og struktur, som kan imødekomme fremtidens udfordringer på ældre- og sundhedsområdet.

Overordnet påpegede Rambøll, at den nuværende organisering er relativt velfungerende. I denne organisering er der dog 2 indbyggede risici:

1. For meget silotænkning og for lidt synergi og tværfagligt samarbejde, fordi arbejdsdelingen bliver for skarp
2. En overfokusering på de ydelser, som virksomhederne skal producere - og dermed en underfokusering på løbende at tilpasse disse ydelser til nye behov eller politiske ønsker

Disse overordnede risici blev formuleret på baggrund af rapportens konklusioner, der udmøntede sig i 10 anbefalinger. Rambøll anbefalede, at der blev arbejdet videre med udvalgte anbefalinger for at sikre et styrket beslutningsgrundlag for den fremtidige organisering.

Anbefaling 1: Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen

Anbefaling 2: Organisatorisk placering af midlertidige pladser og evt. akutpladser

Anbefaling 3: Udnyttelse af terapeutkompetencer

Anbefaling 4: Fokus på ledelse

Anbefaling 5: Relativt højt sygefravær

Anbefaling 6: Relativt højt forbrug af vikarer

Anbefaling 7: Relativt meget vejtid og tid til planlægning i Hjemmeplejen

Anbefaling 8: Dokumentationsarbejdet opleves som tungt og tidskrævende

Anbefaling 9: Dialog mellem visitation og virksomheder

Anbefaling 10: Mere lokalefordeling mellem hjemmepleje og genoptræning

Med udgangspunkt i Rambølls 10 anbefalinger er der arbejdet i dybden med følgende 6 indsatspunkter:

- 1) Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen
- 2) Organisatorisk placering af midlertidige pladser og akutfunktion
- 3) Planlægning og vejtid
- 4) Udnyttelse af terapeutkompetencer
- 5) Dokumentationsoptimering
- 6) Organisationstilpasning

Indsatspunkterne er alle, direkte eller indirekte, rettet mod at minimere de 2 indbyggede risici ved den nuværende organisering.

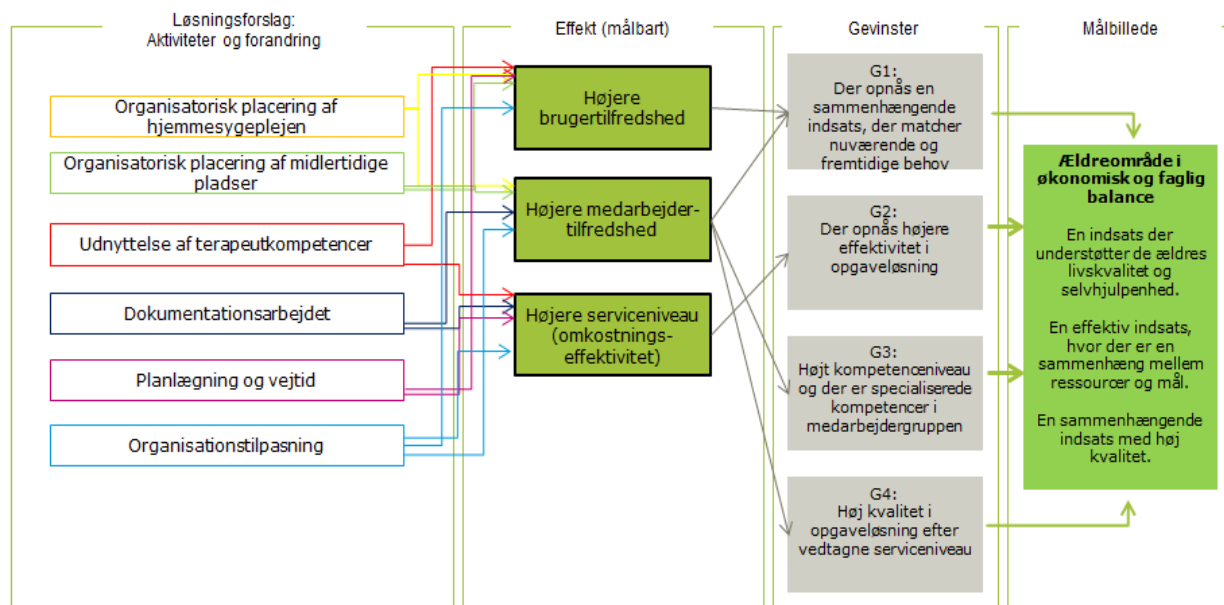
De øvrige anbefalinger: fokus på ledelse, relativt højt sygefravær, relativt højt forbrug af vikarer, dialog mellem visitation og virksomheder samt lokalefordeling mellem hjemmepleje og genoptræning, indgår ikke i denne del af analysen, idet de er håndteret i andre sammenhænge.

Anbefalingen vedrørende øget fokus på ledelse er et vigtigt tema uanset organisering. På baggrund af Rambølls rapport er der sket en udvidelse af ledelsesrefleksion og fokus i den samlede ledergruppe, og der arbejdes videre med såvel ledelsesfokus og ansvar. Anbefalingerne vedrørende vikarforbrug og sygefravær, er håndteret i særlige indsatser såvel i hele Allerød Kommune, som særligt i Ældre og Sundhed. Konkret har den gennemgående indsats i forhold til vikarforbrug været bruttonormering, mens sygefraværspolitikken og håndteringen heraf er skærpet. De nyeste data viser, at såvel vikarforbrug som sygefravær er faldet betydeligt. Der vil også fremover være ledelsesfokus på disse punkter. I forhold til lokalefordelingen håndteres dette punkt lokalt mellem hjemmeplejen og genoptræningen. Indsatspunktet dialog mellem visitationen og virksomheder håndteres ligeledes lokalt mellem visitationen og virksomhederne.

Følgende effekt- og gevinstkort giver et overblik over rapportens indsatspunkter i relation til, hvilke effekter og gevinster en implementering forventes at betyde for organisationen. Indsatserne sigter mod at skabe et ældreområde i økonomisk og faglig balance.

Figur 1: Gevinst- og effektkort

GEVINST- OG EFFEKTORT



Fremtidens udfordringer

Strukturen på ældreområdet er relativt velfungerende. Nødvendigheden af en ændret organisering kommer af, at kommunerne fremover vil komme under et stigende krydspres. Der opleves stigende krav om service for færre ressourcer. Dette stiller nye organisatoriske krav og krav til effektivitet - effektivitet gennem leveringen af et højt serviceniveau for færrest mulige ressourcer. Denne forventning kombineres med at udvikle en organisation i retning af mere tværfagligt samarbejde, helhedsorienteret opgaveløsning og sammenhængende borgerforløb. En sådan modernisering vil ruste organisationen til fremtidens udfordringer i det nære sundhedsvæsen.

Den demografiske udvikling viser, at borgerne i Danmark bliver ældre. Danmarks Statistik estimerer, at andelen af borgere over 65 år på landsplan vil stige fra 15% i 2005 til 24% i 2030. Estimeringen for andelen af borgere

over 80 år stiger ligeledes, dog mere moderat. Denne udvikling bevirker et øget behov for den form for omsorg, som disse borgere typisk har brug for.

Ud fra Allerøds befolkningsprognose forventes det, at antallet af borgere over 80 år vil stige med ca. 115% i årene 2014 til 2026. Denne markante stigning sker som konsekvens af en tidligere stigning i antallet af borgere mellem 65 og 80 år. Selvom tendensen med flere ældre er generel på landsplan, vil tendensen være øget i Allerød Kommune. Danmarks Statistik forventer, at stigningen af borgere over 65 år i Allerød Kommune vil ligge 3 procentpoint over landsgennemsnittet.

Den nye sygehusstruktur med supersygehuse medfører faldende kapacitet på sygehusene. Det forventes derfor, at færre borgere kan være indlagt. Den lavere kapacitet lader sig gøre gennem kortere indlæggelsestider, opnået med mindre indgribende behandlingsmetoder og effektivisering af arbejdsgange på sygehusene. Det betyder, dels en øgning i antallet af opgaver for kommunerne, og dels at kompleksiteten i opgaverne stiger.

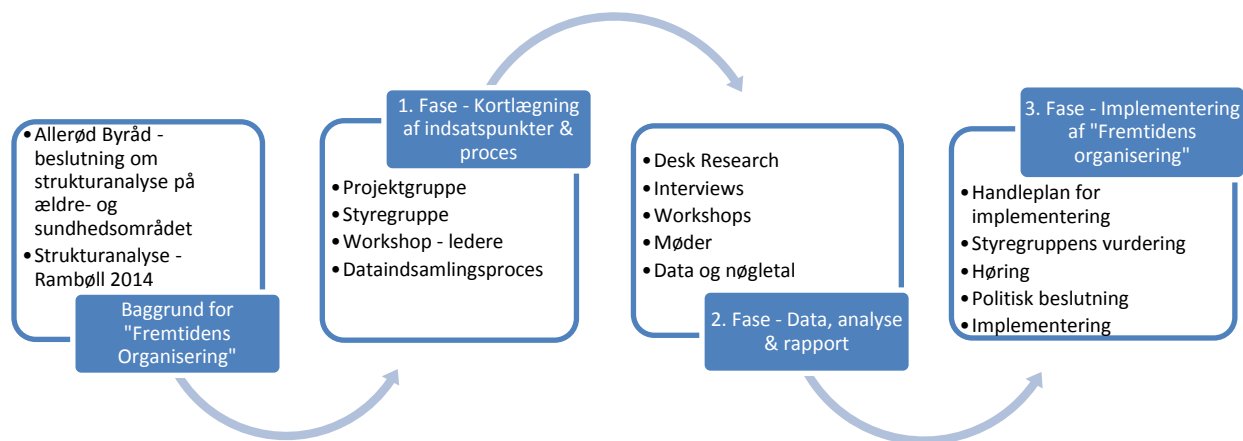
Den øgede kompleksitet kræver et højere kompetenceniveau hos medarbejderne i kommunen. Med en tværfaglig medarbejdergruppe muliggøres effektiv udførelse af opgaver gennem uddelegering. Dermed bliver det i fremtiden særligt vigtigt at kunne samarbejde på tværs af faggrupper.

Sundhedsaftale III trådte i kraft medio 2015, og betyder, at der kommer yderligere fokus på implementering af fælles og tværgående initiativer. Et væsentligt element ved aftalen er sammenhængende borgerforløb mellem hospital, almen praksis og kommunen. Der stilles desuden krav om sammenhængende forløb internt i kommunen. Patientsikkerhed og tidlig opsporing er ligeledes gennemgående elementer i indsatserne i forhold til den ældre medicinske patient.

Proces

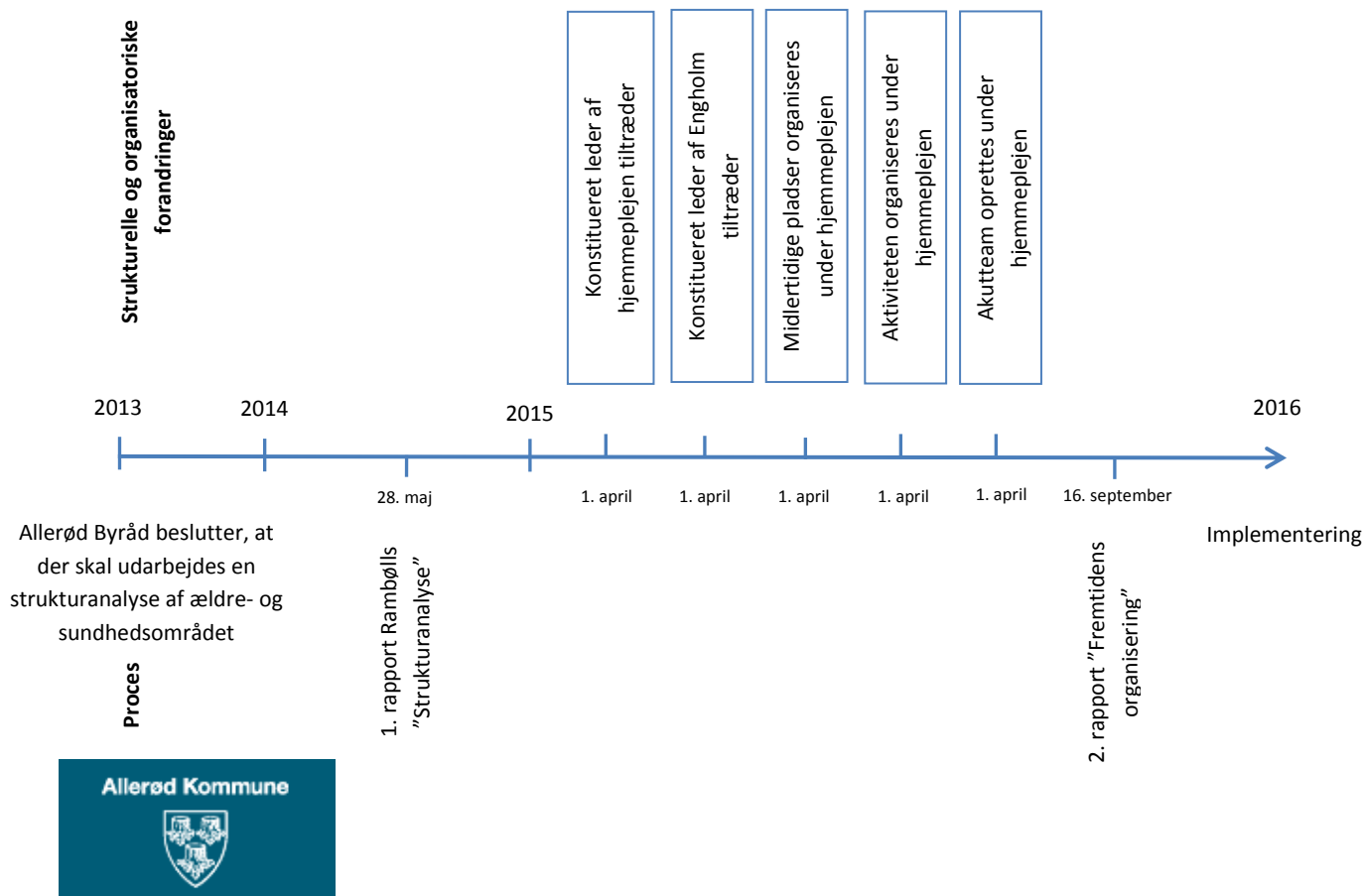
Processen for "Fremtidens organisering – Strukturanalyse af ældre- og sundhedsområdet" bygger videre på grundlaget fra Strukturanalysen udarbejdet af Rambøll 2014 og kan illustreres i 3 faser, som skitseret i figuren nedenfor.

Figur 2: Processkema



Processen har løbende medført strukturelle såvel som organisatoriske forandringer som respons på anbefalinger og som en følge af naturlige organisatoriske forandringer. Herunder er opstillet en kronologisk oversigt over strukturelle og organisatoriske forandringer fra processens start i 2013 til implementeringsprocessen ultimo 2015.

Figur 3: Proces og forandringer



Allerød Byråd beslutter i 2013 at få udarbejdet en strukturanalyse af ældre- og sundhedsområdet med henblik på at optimere organisationen i forhold til organisering og arbejdsgang. Rambølls rapport blev præsenteret for SVU den 28. maj 2014. Her blev det besluttet, at der skulle arbejdes videre med anbefalingerne, for at gøre konklusioner og anbefalingerne mere operationelle. Dette arbejde blev sat i gang primo 2015 med analysen "Fremtidens organisering". Mens denne analyse er i gang sker der undervejs implementering af enkelte anbefalinger.

Tidligere leder af plejecenter Engholm konstitueres som leder af hjemmeplejen. I forlængelse af dette organiseres de midlertidige pladser og aktiviteten under hjemmeplejen, ligesom der etableres en akutfunktion under hjemmeplejen. Plejecenterlederen af Mimosen konstitueres som leder af Engholm, og leder således 2 plejecentre.

Metode

I nærværende rapport er hovedsagligt anvendt kvalitative dataindsamling suppleret med nøgletal. Data er indsamlet gennem interview, observationer, inspiration og sammenligning fra andre kommuner, samt viden og inspiration fra relevante forskningsrapporter og vejledninger generelt. Der har været fokus på inddragelse af perspektiver fra medarbejdere og ledere for herved at gøre anbefalingerne operationelle. Rambølls rapport og denne rapport metodeanvendelse supplerer således hinanden og skaber rammen for at arbejde videre med anbefalingerne og sikre et styrket beslutningsgrundlag for den fremtidige organisering.

Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen

Konklusion & anbefalinger: Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen

Det vil være hensigtsmæssigt at bibeholde en integreret hjemmesygepleje i hjemmeplejen for at underbygge helhedsorienterede løsninger og minimere silotænkning. Det vil desuden være relevant at styrke den monofaglige ledelse på sygeplejeområdet, og hermed give sygeplejerskerne bedre mulighed for vidensdeling og kompetenceudvikling. Det bør overvejes, hvorvidt sammenlægning af hjemmeplejeområderne vil føre til maksimalt udbytte af den integrerede ordning i forhold til robusthed og synergi sygeplejegrupperne imellem.

Anbefalinger

Det anbefales at:

- Bibeholde en integreret organisering af hjemmesygeplejen
- Styrke fokus på sygeplejefaglig ledelse
- Styrke fokus på sygeplejefaglig udvikling
- Styrke fokus på den relationelle koordinering på midlertidige pladser
- Styrke fokus på det rehabiliterende tværfaglige borgerforløb

- Overveje hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt at sammenlægge hjemmeplejeområder
- Arbejde videre med synergien mellem områderne

Det er afgørende at den organisatoriske placering af hjemmesygeplejen besluttet i tæt dialog med virksomhedslederen af hjemmeplejen.

Organisatorisk placering af midlertidige pladser & akutfunktion

Konklusion & anbefalinger: Organisatorisk placering af midlertidige pladser og akutfunktion

Den nye organisering af de midlertidige pladser og oprettelse af en akutfunktion under hjemmeplejen fremstår som en hensigtsmæssig organisatorisk løsning. Den organisatoriske placering af de midlertidige pladser i hjemmeplejen er med til at sikre borgerne et sammenhængende forløb og har potentiale til at styrke det relationelle arbejde faggrupper imellem. Akutfunktionen giver mulighed for en dynamisk opgaveløsning på tværs af Ældre og Sundhed. Begge funktioner forventes at være med til at nedbringe indlæggelser og genindlæggelser.

Anbefalinger

Det anbefales at:

- Bibeholde den nuværende organisatoriske placering af midlertidige pladser og akutfunktionen
- Anvende de midlertidige pladser som platform til at styrke det relationelle arbejde faglighederne imellem
- Følge effekten på indlæggelser og genindlæggelser

Planlægning & vejtid

Konklusion & anbefalinger: Planlægningen & vejtid

Det kan konkluderes, at det forholdsvis høje antal årsværk til planlægning skyldes, at koordinatorene varetager et bredt spektrum af arbejdsopgaver, der strækker sig ud over kerneopgaven. Der planlægges ikke efter konsistente og målbare succeskriterier på tværs af områderne, hvilket gør det svært at bedømme, om opgaven løses effektivt. Det skønnes, at den forholdsvis høje planlægnings- og vejtid kan skyldes et særligt fokus på borger- og medarbejdertilfredshed.

Anbefalinger

Det anbefales at:

- Afklare kerneopgaver og daglige opgaver på tværs af områder
 - Ledelsen i hjemmeplejen anbefales i fællesskab med koordinatorene at prioritere den daglige arbejdsdag, så den underbygger løsningen af kerneopgaven

- Finde alternative løsninger til opgaver, der ikke er effektive/relevante i forhold til kerneopgaven
- Afklare fælles succeskriterier for planlægning på tværs af områder
 - Ledelsen i hjemmeplejen anbefales i fællesskab med koordinatorene at udarbejde et antal succeskriterier for planlægningen med fokus på:
 - Målbarhed
 - Balance mellem effektivisering og personlige hensyn – herunder afklare og definere hvad der menes med en tilfreds borger og tilfreds medarbejder

Udnyttelse af terapeutkompetencer

Konklusion og anbefalinger: Udnyttelse af terapeutkompetencer

Anbefalingerne retter sig mod, at der skabes en organisering, arbejdsgange og prioriteringer, der sikrer at terapeuterne har mere tid direkte med borgerne, og at indsatsen i genoptræningen sker mere integreret tværfagligt med de øvrige dele af Ældre og Sundhed.

Anbefalinger

Det anbefales at:

- Udarbejde standardskema til brug for henvisning af borgere til træning fra samarbejdspartnere internt i kommunen, herunder at der udarbejdes retningslinjer for hvilke medarbejder, der kan henvise borger til træning
- Fordelingen af arbejdsopgaver terapeuterne imellem sker ved direkte tildeling i kollegers kalendere
- Der beskrives faste kriterier for opgavefordelingen
- Gennemgå mødeaktivitet kritisk og vurdere effekt af møderne
- Analysere borgernes fremmødemuligheder og overveje placeringen af mødeaktivitet i henhold til dette
- Vurdere lokalernes maksimumskapacitet og behov for minimumsareal på baggrund af aktivitet samt minimere ledige lokaler
- Placere terapeuternes aktiviteter i tidsafgrænsede blokke
- Harmonisere og minimere tid forbrugt på administration, dokumentation og planlægning
- Udarbejde strategi der sigter mod at flest mulig borgere modtager tilbud om holdtræning, herunder kriterier for hvornår der kan tilbydes andre typer af træning end holdtræning
- Analysere minimumsbehov for antal terapeuter tilknyttet hvert hold og undersøge muligheden for oprettelse af hold med en bredere borger målgruppe
- Analysere behov for afholdelse af holdmøder
- Gennemgå praktiske opgaver og udarbejde af løsningsforslag til løsning disse.
- Terapeuterne medbringer deres bærbar PC og dokumenterer direkte ved borgeren
- Terapeuterne dokumenterer samme sted som medarbejdere i øvrige virksomheder
- Gennemgå dokumentationen således at denne er enkelt og systematisk
- Fokuserer på positiv effekt af tværfagligt samarbejde og rehabilitering



- Vurdere effekt af en tilpasning af organisationen, herunder en model hvor genoptræningen inkluderes i en fælles organisatorisk udedel
- Enkelte terapeuter bliver organisatorisk placeret og ansat på midlertidig plads

Dokumentationsoptimering

Konklusion & anbefalinger: Dokumentationsoptimering

Der er gældende krav som dokumentationen skal leve op til og de nedenstående anbefalinger tager sit udgangspunkt i disse krav fra Sundhedsstyrelsen/Embedslægeinstitutionen, som gennemfører uanmeldt tilsynsbesøg på kommunens plejehjem. Ved tilsynet vurderes blandt andet om den sundhedsfaglige dokumentation er fyldestgørende. Tilsyn udføres desuden af BDO og en del af tilsynets fokus er på medarbejdernes arbejde med den faglige dokumentation. Derudover er der lovkrav til dokumentationen beskrevet i sundhedsloven og autorisationsloven, der er bekendtgørelse om autoriseret patientjournaler og vejledninger gældende for de forskellige faggruppers dokumentation på henholdsvis sundhedslovs- og servicelovsydelser.

Anbefalinger

Det anbefales at:

- Danne en styregruppe med få ledere med beslutningskompetence for dokumentationen
- Der etableres en superbrugerorganisation med en superbruger i hver virksomhed
- Der udarbejdes en strategi for dokumentationen
- Ledelsen formulerer mål for anvendelse af ledelsesstatistik/information
- Der arbejdes systematisk med data som genererer ledelsesinformation og med systematisk brug af ledelsesinformation
- Arbejdsprocesser vedrørende dokumentationen effektiviseres og tydeliggøres
- Der udarbejdes retningslinjer for afholdelse af journalaudit i alle virksomhederne, herunder retningslinjer for frekvens, metode og kriterier
- Fortsat målrettet obligatorisk undervisning i dokumentation i virksomhederne
- Der udarbejdes fælles vejledninger og materiale til brug i undervisning
- Medarbejdere med udekørende funktion har mobil it-understøttelse til rådighed
- Der er supportaftale på alle elektroniske enheder
- Ensrette styresystemerne på alle elektroniske enheder
- Afdække medarbejdernes behov for it-understøttelse systematisk
- Der iværksættes reduktion i papirbaserede dokumentation og arbejdes på at digitalisere disse
- Dokumentation foregår i en tværfaglig fællesjournal uanset faggruppe
- Indføre en systematisk behovsvurdering for dokumentation i forhold til nye og eksisterende projekter
- Gennemgang af journalen med henblik på at sikre at data udelukkende registreres et sted
- Etablere én samlet kanal til indrapportering af fejl

- Der gives tydelig feedback i forhold til eksisterende fejl og disses status
- Viden om fejl anvendes struktureret til undervisning og forbedringer
- Gennemgå af alle klassifikationer kritisk
- Udarbejde skabeloner og standarder for dokumentation
- Etablere single sign-on

Organisationstilpasning

Baggrund for organisationstilpasning

Følgende indsatspunkt sigter efter at klarlægge perspektiver i forhold til en organisationstilpasning, der sikrer en effektiv indretning og struktur på ældreområdet, som bedst kan imødekomme de demografiske, faglige og økonomiske udfordringer i fremtiden.

Indsatspunktet tager udgangspunkt i de erfaringer, der er gjort gennem de forrige indsatspunkter og Rambølls overordnede indbyggede risici. Disse indbyggede risici er:

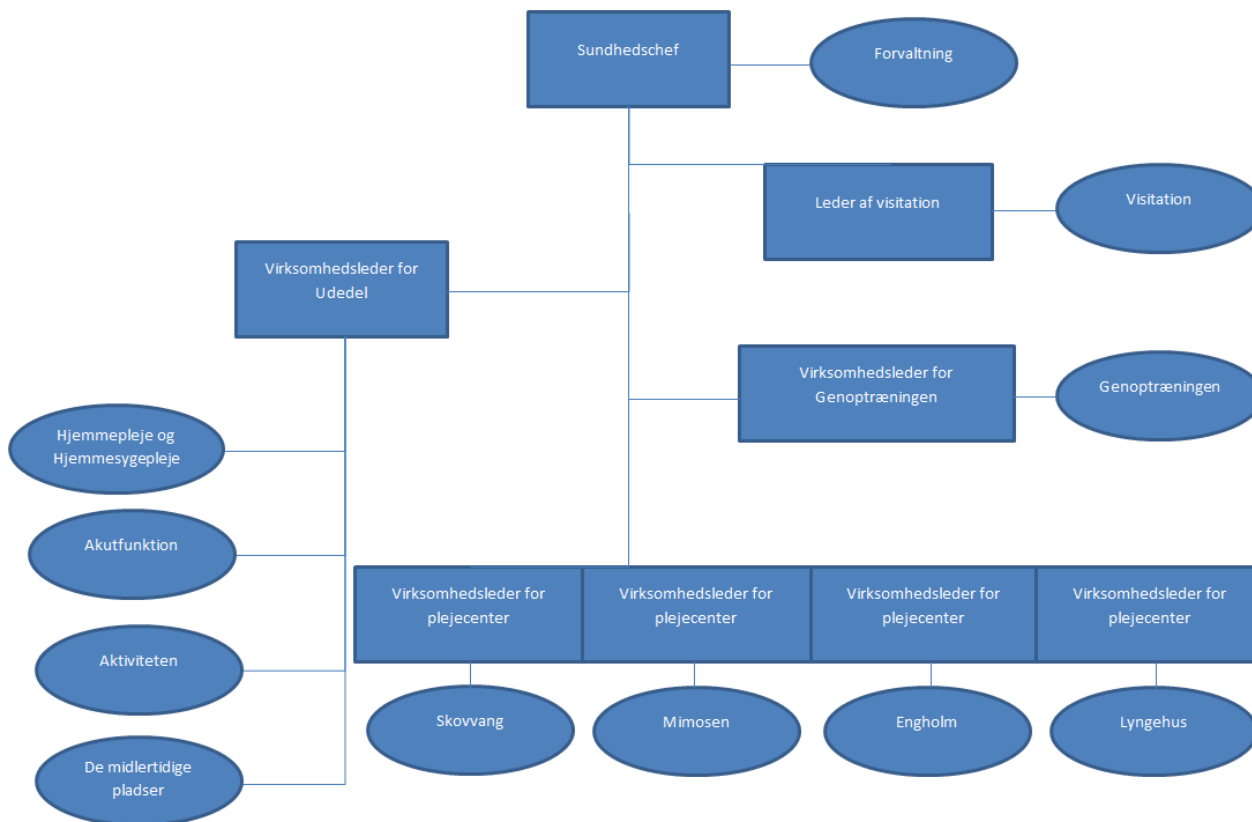
1. *For meget silotænkning og for lidt synergi og tværfagligt samarbejde, fordi arbejdsdelingen bliver for skarp.*
2. *En overfokusering på de ydelser, som virksomhederne skal producere - og dermed en underfokusering på løbende, at tilpasse disse ydelser til nye behov eller politiske ønsker.*

I den kommende udvikling skal retningen være en moderniseret organisation, der skaber de bedste rammer for at sikre samarbejde, forløb, samskabelse, skabe offentlig værdi og sikre optimering, effektivitet og kvalitet.

Nuværende organisering af Ældre og Sundhed

Følgende figur viser den nuværende organisering af Ældre og Sundhed.

Figur 4: Nuværende organisering



På baggrund af fund og anbefalinger samt fokus på at styrke organisationen i forhold til samarbejde, nedbrydning af siloer og sikring af bedst mulige borgerforløb, er der udarbejdet tre organisationsmodeller med fokus på:

- 1) Mulig sammenlægning af plejecenterledelse, helt eller delvis
- 2) Integrering af genoptræningen i udedelen
- 3) Oprettelse af overordnet virksomhedslederstilling

Sammenlægning af plejecentre

Sammenlægges plejecentrene to og to eller alle fire vil en lokal ledelse fx en områdeleder fortsat være en nødvendighed. Dette vil sikre, at den enkelte medarbejder har mulighed for kontakt med sin nærmeste leder. En fælles ledelse af samtlige plejecentre kan styrke muligheden for at ens serviceniveau øges, styrket udvikling på tværs og øget fleksibilitet.

Integreret genoptræning

Genoptræningen er aktuelt organiseret funktionsopdelt i sin egen enhed. Hvis genoptræningen integreres med den øvrige udedel, vil der være tale om en fælles organisation for de hjemmeboende borgere. Dette vil lette koordinering, samarbejde, og uddelegering i borgernes forløb. Når borgeren kan have kontakt med flere fagområder i samme organisation, vil det styrke muligheden for at planlægge borgerens samlede forløb bedre.

Oprettelse af overordnet virksomhedsleder

Med oprettelse af en overordnet virksomhedsleder, der varetager ledelse af ledere på tværs af både udedel og plejecentre vil et strategisk ledelsesfokus kunne opprioriteres. Virksomhedsledere for plejecentre og udedel vil uanset antallet af stedfortrædere i form af områdeledere få en meget driftsmæssig præget ledelsesform. Driftsledelse er den form for ledelse, der får dagligdagen til at fungere i den enkelte enhed. Ikke kun i form af uddelegering af opgaver til medarbejderne, men i lige så høj grad ved at optimere arbejdsprocesser, så de er optimale i forhold til opgaver og budgetter.

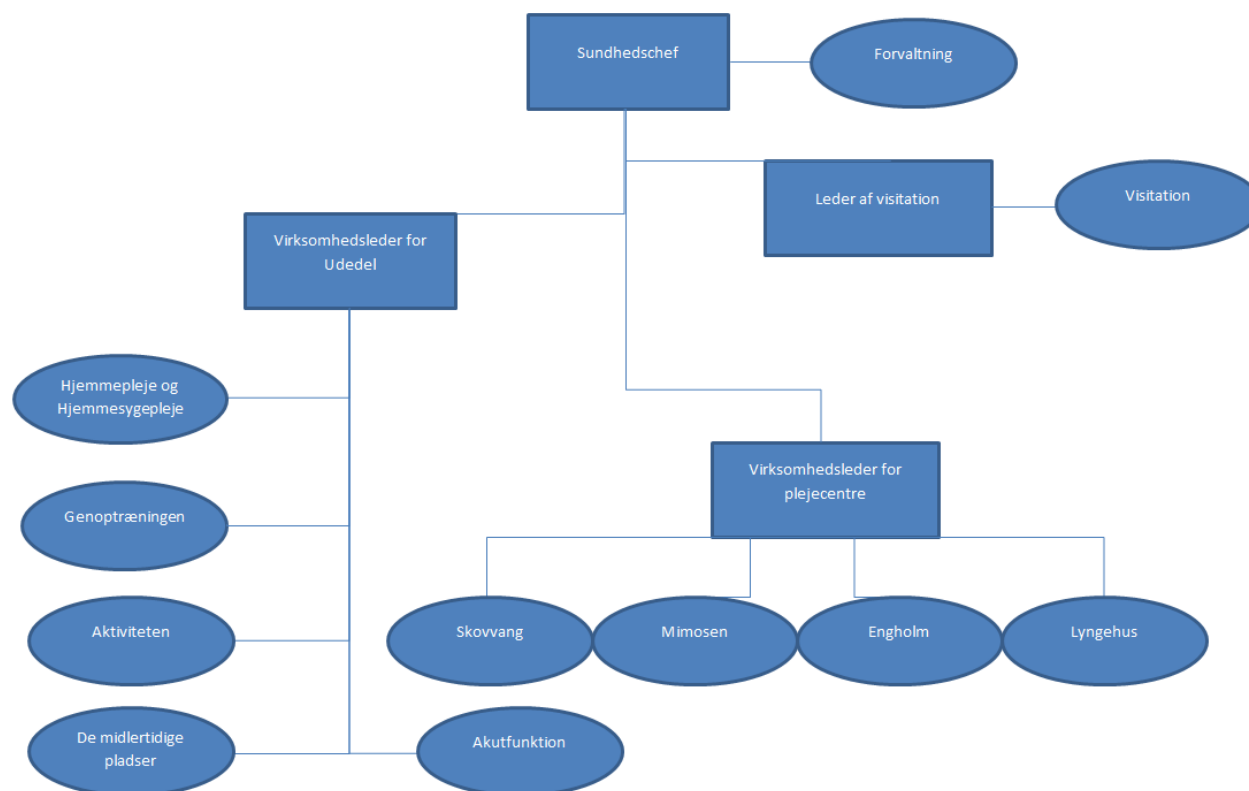
Strategisk ledelse ser ud over den daglige drift og sætter fokus og retning for at udvikle organisationen på længere sigt. I strategisk ledelse er der fokus på hvilke opgaver der udføres, og hvordan opgavesammensætningen skal se ud i fremtiden. Med oprettelse af en overordnet virksomhedsleder vil der kunne udføres strategisk ledelse på tværs af de enkelte virksomheder, upåagtet af hvor mange der måtte være.

Med ansættelse af en overordnet virksomhedsleder vil det frigive ressourcer til at lede strategisk. I den nuværende organisation er alle ledere også ledere af medarbejdere. Med en samlet overordnet virksomhedsleder vil alle Ældre og Sundheds virksomheder i højere grad kunne udvikle i fælles retning. Denne fælles udviklingsretning er til stede i den nuværende organisering i form af sundhedschefen. Sundhedschefen er leder af ledere, og har dertil ledelse af dele af forvaltningen. Dette medarbejderfokus kan tage ressourcer fra at udvikle sundhedschefens område. Oprettelse af en overordnet virksomhedslederstilling vil give mulighed for yderligere fokus på ledelse af ledere og strategi.

Mulige organisationsmodeller

Model A:

Figur 5: Model A

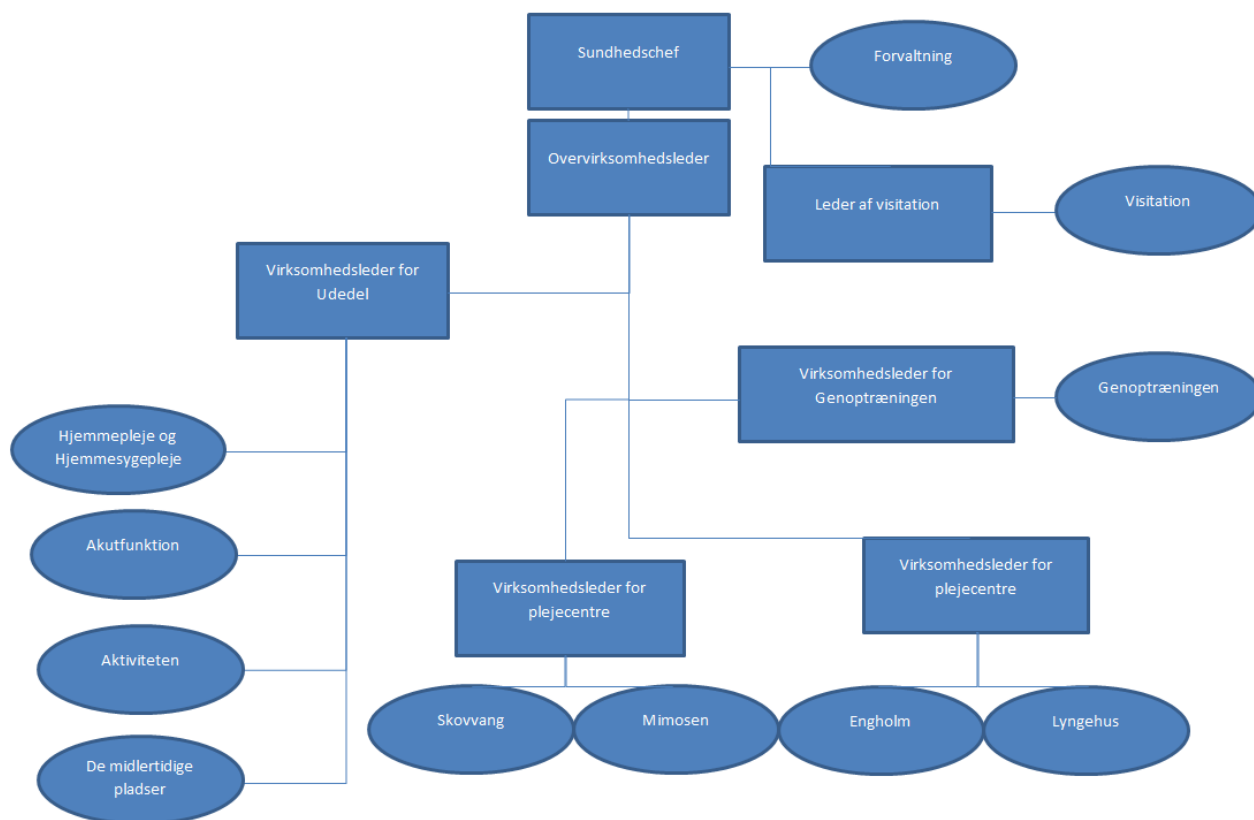


Model A bygger på to forandringer. 1) En samling af alle 4 plejecenterledere til en samlet plejecenterleder for alle plejecentre, 2) en integrering af Genoptræningen i en udedel sammen med hjemmepleje, hjemmesygepleje, aktiviteten, de midlertidige pladser og akutfunktionen under én virksomhedsleder.

Ved en oprettelse af 2 store enheder i form af samlede plejecentre og en samlet udedel vil det være vigtigt at være opmærksom på det fortsatte arbejde mellem de 2 enheder.

Model B:

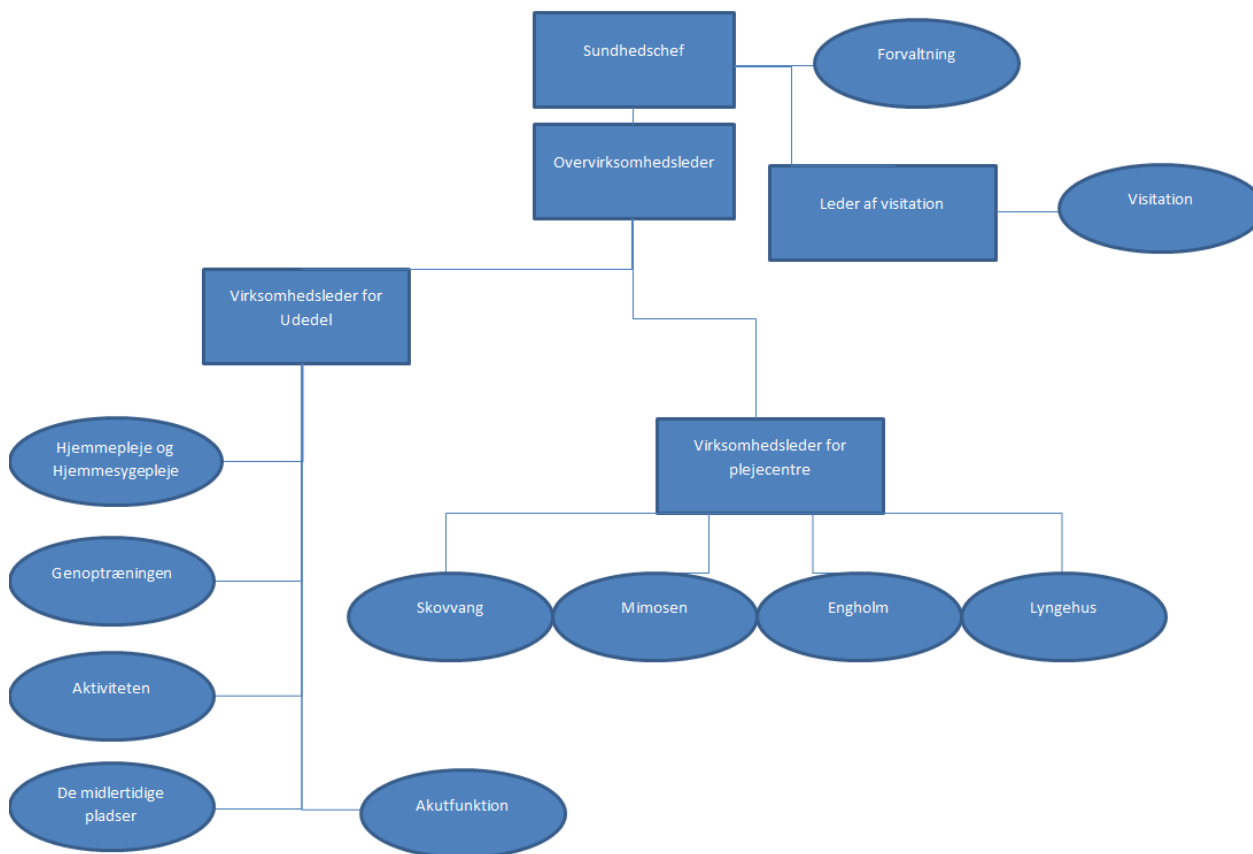
Figur 6: Model B



Model B bygger på 2 forandringer i forhold til den nuværende organisering. 1) En nedsættelse af det samlede antal plejecenterledere fra fire til to, 2) oprettelse af overvirksomhedsleder mellem sundhedschef og øvrige virksomhedsledere.

Model C:

Figur 7: Model C



Model C bygger på 3 forandringer. 1) En samling af alle 4 plejecentre under én samlet plejecenterleder for alle plejecentre, 2) en integrering af genoptræningen i en udedel sammen med hjemmepleje, hjemmesygepleje, aktiviteten, de midlertidige pladser og akutfunktionen under én virksomhedsleder, 3) oprettelse af overvirksomhedsleder mellem sundhedschef og øvrige virksomhedsledere.

Fremadrettet proces

Styregruppen vil efter den administrative høring tage stilling til anbefalinger og konklusioner vedrørende organisationstilpasningen. Den videre proces vurderes og behandles efterfølgende i Sundhed-og Velfærdsudvalget.

Der foreslås, at implementering af rapportens anbefalinger og organisationsmodeller opdeles i 2 faser. Anbefalingerne vedrørende de enkelte indsatsområder prioriteres og implementeres i fase 1. Fase 1 forløber fra oktober 2015 – marts 2016. Organisationstilpasningen sker i fase 2 og dermed efter anbefalingerne er afsluttet, så organisationen er bedst forberedt til at indgå i en ny organisering. Fase 2 forløber fra medio til ultimo 2016

Estimeret gevinstrealisering

I nedenstående skema er estimeret økonomisk potentiale angivet for indsatspunkterne. Realiseringen af gevinsterne forudsætter tilstedeværelse af en række faktorer og forudsætninger som knytter sig til implementeringen.

Som skrevet under indsatspunktet organisationstilpasning vil beslutning om organisationstilpasning ske efter administrativ høring og implementering af øvrige anbefalinger. Estimeret økonomisk potentiale er angivet for de tre organisationsmodeller.

Tabel 1: Gevinstrealisering

Gevinstrealisering	Estimeret økonomisk potentiale	Bemærkninger
Organisering af hjemmesygeplejen		Det vurderes ikke, at der kan beregnes et besparelspotentiale, på baggrund af organiseringen af området.
Organisatorisk tilpasning af de midlertidige pladser og aktiviteten. Oprettelse af akutteam		Organisationsændring i forhold til de midlertidige pladser, aktiviteten og oprettelse af akutteam er pågået i foråret 2015 før rapportens tilblivelse.
Udnyttelse af terapeutkompetencer	Ca. 300.000.	Implementeres anbefalingerne estimeres besparelsen at være tilsvarende ca. 27 timers stilling ugentligt.
Planlægning og vejtid	0	Effektivisering af planlægningsopgaven vil bibringe et kvalitetsløft i opgavevaretagelse, og et mindre ikke estimeret økonomisk gevinstpotentiale.
Dokumentationsoptimering	Ca. 550.000 kr. årligt fra 2017. 50 % i 2016	Optimering af dokumentationen vil kræve et øget ressourcetræk i ca. 3 måneder, som vil genere en gevinstrealisering på længere sigt.
Organisationstilpasning		
Sammenlægning af plejecenterledelse til en samlet leder og oprettelse af 4 områdeledere/souschef stillinger (model A & C).	Samlet besparelse ca. 700.000 kr. årligt	
Sammenlægning af plejecenterledelse til 2 plejecenterledere med oprettelse	Samlet besparelse på ca. 300.000 kr. årligt	

af områdeledere souschefstillinger (model B).		
Oprettelse af samlet udedel med integreret genoptræning, med oprettelse af områdeleder for genoptræningen (model A & C).	Samlet besparelse ca. 20.000 kr. årligt	Besparelse ved nedlægning af virksomhedslederstilling til områdelederstilling. Udgift til difference på udedels virksomhedsleder som følge af øget antal områder.
Oprettelse af samlet udedel med integreret genoptræning uden oprettelse af områdeleder (model A & C).	Samlet besparelse ca. 350.000 kr.	Besparelse ved nedlægning af virksomhedslederstilling for genoptræningen. Øget udgift til virksomhedsleder for udedel grundet øgede opgaver. Udgift til administrativ sekretær grundet øget antal opgaver.
Oprettelse af administrativ sekretær stilling.		
Oprettelse af overvirksomhedsleder (model B & C).	Ca. -850.000 kr.	Oprettelse af overvirksomhedslederstilling.

Implementeringsplan

Nedenfor er præsenteret en implementeringsplan, der skal sikre, at analysens data bringes i spil og underbygger processen mod fremtidens organisering af Ældre og Sundhed. I implementeringsplanen er der taget højde for, at implementering af organisatoriske forandringer, ændrede arbejdsgange og nye samarbejdsrelationer er en kompleks proces, der kræver omfattende tiltag på tværs af organisationen. Derfor er det væsentligt at udarbejde en gennemgående kommunikationsstrategi, der tilgodeser ledere såvel som medarbejdere i hele processen. Implementeringsplanen er en handlingsorienteret strategi, der bringer den foreliggende viden i spil, mens selve implementeringsprocessen skal forstås som en dynamisk proces, der giver mulighed for at inddrage ledere og medarbejdere i organisationen for at skabe mening og forståelse for og indsigt i de forestående forandringer.

Planen er opbygget, så det er muligt at få overblik over hvilket indsatspunkt, der skal implementeres og hvilke aktiviteter dette kan indebære. Det fremgår, hvem der er ansvarlig for at gennemføre implementeringen og hvilken virksomhed, der er involveret.

Implementeringsplanen vil være dynamisk og kan ændres, ligesom en endelig milepæl- og leveranceplan skal udarbejdes i tæt dialog med virksomhedslederne i Ældre og Sundhed.

Implementeringsplanen vedrørende organisationstilpasning vil først ske efter implementering af de øvrige indsatsområder er påbegyndt. Styregruppen har vurderet, at det er en nødvendighed at organisationen er trimmet med påbegyndt implementering af de administrative indsatser, før der kan opnås en positiv effekt af organisationstilpasning.

Tabel 2: Implementeringsplan

Indsatspunkt	Aktivitet	Ansvarlig	Virksomhed	Startdato	Slutdato
Beslutningsproces				Primo august	Medio september
	Endelig rapport til styregruppe	Projektteam		10/08	14/08
	Styregruppebeslutning. Før og efter høring.	LP/TVP		Medio august	Ultimo august
	Høring	Virksomhedsledere & virksomhedernes MED-udvalg		20/08	24/08
	Politisk behandling ved SVU	LP/TVP		16/09	16/09
Kommunikation				Primo august	Ultimo december
	Tema aften med Byrådet.	LP/TVP		24/09	
	Road Show	LP/RK	Alle virksomheder	September	December
	Nyhedsbrev	GS	Allerød Kommune intranet	Primo september-Løbende	
	Møder med virksomhedsledere	LP	Alle virksomheder	Løbende	
	Informationsmøder medarbejdere	Virksomhedsledere	Alle virksomheder	Løbende	
Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen, midlertidige pladser og akutpladser				Primo september	Ultimo december
	Opstartsmøde	LP/CU	Forvaltningen & hjemmeplejen	Primo september	Ultimo december
	Definering af områder, ledernes opgaver og evt. ansættelse af områdeleder	LP/CU	Hjemmeplejen	Primo september	Ultimo december
	Vurdering af behov for sammenlægning af områder - Geografiske områder defineres - Fordeling af personale på områder. Besluttes i proces med medarbejderne. - Introduktion til nye områder og teams	LP/CU	Hjemmeplejen	Primo september	Ultimo december
	Arbejde med synergien/samarbejde på tværs i hjemmeplejen	CU	Hjemmeplejen	Primo september	Ultimo december

	- Strategi for samarbejde på tværs.				
Planlægning & vejtid				Primo september	Ultimo december
	Afklaring af kerneopgaver og daglige planlæggeropgaver	CU/Områdeledere/ Koordinatorer	Hjemmeplejen	Primo september	Ultimo december
	Afklaring af succeskriterier for planlægningen	CU/Områdeledere/ Koordinatorer	Hjemmeplejen	Primo september	Ultimo december
Udnyttelse af terapeutkompetencer				Primo september	Ultimo december
	Anbefalingerne vurderes, prioriteres og effektueres.	LP/LG	Genoptræningen	Primo september	
Dokumentationsoptimering				Primo august	Ultimo februar 2016
	Nedsættelse af styregruppe	RK/ virksomhedslederne	Ældre og Sundhed på tværs.	Er pågået	
	Oprettelse af superbruger organisation	RK/ virksomhedslederne	Ældre og Sundhed på tværs	Medio august	Medio september
	Anbefalingerne effektueres ved styregruppe og superbruger organisation.	RK/ virksomhedslederne	Ældre og Sundhed på tværs.	September 2015	Medio februar
Organisations tilpasning					
	Organisationstilpasning udedel	LP/ virksomhedslederne	Ældre og Sundhed på tværs	Medio 2016	
	Organisationstilpasning plejecentrene.	LP/ virksomhedslederne	Ældre og sundhed på tværs.	Medio 2016	

Bilag: 7.1. Notat kandidater 2015 final.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 67948/15

NOTAT

Allerød Kommune

Sekretariat

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

Dato: 3. september 2015
Sagsnr. 15/12212

Sagsbehandler:
mies

Direkte telefon: 178

Øversigt over indstillede kandidater 2015

Følgende er efter annoncering på kommunens hjemmeside og i Allerød Nyt trykt udgave indstillet til modtager af frivillighedsprisen 2015.

- Per Gjerløv, Senior IT
- Laila Sørensen, Rampelyset
- Alis Moss, Allerød Stavgangsforening

De seneste 5 års modtagere af frivillighedsprisen er beskrevet herunder:

- 2014, Lita Arias, repræsenterer bl.a. Lyngge Uggeløse Idrætsforening, gymnastikafdelingen.
- 2013, Ilse og Mogens Gøtze, Røde Kors Allerød
- 2012, Lisbet Garnov, Bedre Psykiatri
- 2011, Kirsten Rasted, Blovstrød Seniorklubs ledelses- og hjælperkollektiv
- 2010, Jørgen Jensen, som koordinator af indlæsergruppen ved Allerød Bibliotek



Bilag: 7.2. Indstillinger samlet 2015.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 16. september 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 67950/15

Frivillighedsprisen 2015

Indstilling nr. 1

Kandidatens navn:	Per Gjerløv
Adresse:	Kongevejen 9, 3450 Allerød
Telefonnummer:	48170084
Mailadresse:	pergjerlov@gmail.com

Baggrund for indstilling:

Per har været med stort set fra begyndelsen af Senior it Allerød's arbejde, hvis formål er:

"Organisationens formål er at fremme forståelse for og brug af Informations Teknologi for beboere i Allerød Kommune, som er over 60 år eller førtidspensionister. Formålet opfyldes ved kursusvirksomhed, studiekredse, individuel hjælp og vejledning samt mødeaktiviteter" (citater slut)

Per udviklede undervisningsmateriale, der var til stor gavn i undervisningen

"Instruktørerne på pionerholdene havde stort besvær med at finde egnet undervisningsmateriale. Dette problem blev løst, da en erfaren lærebogsforfatter, Per Gjerløv, sluttede sig til instruktørgruppen. Han har 'skræddersyet' hefterne, 'Elementær Tekstbehandling' samt 'Internet og E-mail', der begge første gang blev anvendt i efterårssemestret 2002. Januar 2003 udkom yderligere to hefter, også målrettet til ældre elever: 'Tekstbehandling med Word' samt 'Regneark med Excel'" (citater slut).

Jf.: <http://www.senior-it-allerod.dk/foreningen/historienstarter.pdf>

Per har for nylig engageret sig i et – efter min mening – storslået socialt projekt Projekt: 'Ældre computere' i Senior-it-Allerød til brug i Integrationshuset arbejde med integration af flygtningene.

Projektet går ud på at indsamle ældre computere og installere et gratis styreprogram, så computerne får nyt liv. De vil herefter kunne gøre gavn i Integrationshusets arbejde med flygtningenes integration i Allerød kommune, hvad angår kommunikation med det omgivende samfund, bl.a. Borger.dk, e-boks, brevskrivning, ansøgninger osv. Computerne installeres med Dansk sprog, og de vil også kunne gøre stor gavn i flygtningenes uddannelse.

Integrationshusets leder Anna Oldenburg betegner projektet som "det er det bedste, der er hændt os indtil nu", og det er dette projekt Per er primus motor i sammen med Hans Clemmensen fra Senior IT Allerød og mig.

Per fortjener at få Allerød kommunes frivillighedspris 2015 for det årelange arbejde, han som frivillig har arbejdet i det sociale arbejde (udvikling af ældres

brug af moderne it-teknologi og på det sidste flygtninges integration i Allerød kommune).

Venlig hilsen
Helen Nielsen
Kirkeltevej 59
3450 Allerød

Beskrivelse af aktivitet / forening som kandidaten repræsenterer

Venligst se ovenstående.

Indstillet af:

Kontaktoplysninger:
Navn: Helen Nielsen
Adresse: Kirkeltevej 59, 3450 Allerød
Tlf. nr.: 26274017

Frivillighedsprisen 2015

Indstilling nr. 2

Kandidatens navn: Laila Sørensen
Adresse: Ørnevang 46, st.th. 3450 Allerød
Telefonnummer: 29374809
Mailadresse: Laila.rampelyset@gmail.com

Baggrund for indstilling:

Grethe Finsen og Susanne Lund vil hermed gerne indstille, Laila Sørensen som er formand for klubben Rampelyset, der henvender sig til førtidspensionister og andre pensionerede uanset alder.

Laila gør et stort arbejde for medlemmerne. Hun besøger medlemmer, når de er syge og indlagt, kører med dem, hvis der er behov, samt henter og bringer, hvis det ønskes, så de kan komme til vores aktiviteter i klubben. Vi har klubben åbent tirsdag og fredag, hvor vi laver forskellige aktiviteter, så det er mange timer om ugen Laila lægger i det. Hun har lavet kaffe og gjort klar før medlemmerne kommer disse dage.

Rampelyset har i år 25 års jubilæum i december måned, hvoraf Laila Sørensen har været formand i størstedelen af årene, og derfor syntes vi at det var en god anledning til at Laila skal have frivillighedsprisen i år.

Med venlig hilsen

Grethe Finsen og Susanne Lund

Beskrivelse af aktivitet / forening som kandidaten repræsenterer

Rampelyset - Vi spiller kort og billard, laver keramik, forskelligt håndarbejde, sylter asier og rødbeder, og andet som bruges til vores sommer- og julemarked for at tjene penge til vores aktiviteter, f.eks. ture ud af huset og andet.

Indstillet af:

Kontaktoplysninger:
Navn: Grethe Finsen og Susanne Lund
Adresse: Bjergagervej 2, 3540 Lyngby og Lærkenborg Alle 35, 3450 Allerød
Tlf. nr.: Grethe: 25633500 Susanne: 20668088

Frivillighedsprisen 2015

Indstilling nr. 3

Kandidatens navn:	Alis Moss
Adresse:	Gøgevang 13 – 3450 Allerød
Telefonnummer:	4817 4131- 2421 4847
Mailadresse:	ao@moss.dk

Baggrund for indstilling:

Alis er en ildsjæl - også i sin funktion som holdleder i Allerød Stavgangsforening – hun går altid forrest – motiverer – opmuntrer – og udfører i det hele taget et ganske stort og nyttigt arbejde i Allerød Stavgangsforening til gavn og glæde for alle – herunder Allerød kommune der får reducerede rehabiliteringsomkostninger igennem hendes indsats.

Allerød Stavgangsforening ved Alis Moss indstilles herved til at modtage Frivillighedspris 2015.

Beskrivelse af aktivitet / forening som kandidaten repræsenterer:

Allerød Stavgangsforening – holdleder og inspirator

Indstillet af:

Kontaktoplysninger:	
Navn:	Benny Rasmussen -
Adresse:	Tjørnebakken 8 – 3540 Lynge
Tlf. nr.:	4264 7676